



Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard

P. Horváth, N. Gamm, K. Möller, M. Kastner, B. Schmidt, B. Iserloh,
G. Kliesch, R. Otte, M. Braun, M. Matter, St. Pennig, J. Vogt, B. Köper

**Forschung
Projekt F 2126**

P. Horváth
N. Gamm
K. Möller
M. Kastner
B. Schmidt
B. Iserloh
G. Kliesch
R. Otte
M. Braun
M. Matter
St. Pennig
J. Vogt
B. Köper

**Betriebliches Gesundheitsmanagement
mit Hilfe der Balanced Scorecard**

Dortmund/Berlin/Dresden 2009

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht zum Projekt „Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Hilfe der Balanced Scorecard am Beispiel eines Unternehmens in der Automobilindustrie“ – Projekt F 2126 – im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Péter Horváth
Nils Gamm
Klaus Möller
International Performance Research Institute

Michael Kastner
Burkhard Schmidt
Berthold Iserloh
Gesa Kliesch
Rolf Otte
Universität Dortmund, Lehrstuhl für Organisationspsychologie

Martin Braun
Marion Matter
Fraunhofer-Institut für Arbeitswirtschaft und Organisation

Stefan Pennig
Context

Joachim Vogt
Universität Kopenhagen, Lehrstuhl für Psychologie

Birgit Köper
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Titelfoto: Uwe Völkner, Fotoagentur FOX, Lindlar/Köln

Umschlaggestaltung: Rainer Klemm
Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, 44149 Dortmund
Telefon: 0231 9071-0
Telefax: 0231 9071-2454
E-Mail: poststelle@buaa.bund.de
Internet: www.buaa.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, 10317 Berlin
Telefon: 030 51548-0
Telefax: 030 51548-4170

Dresden:
Proschhübelstr. 8, 01099 Dresden
Telefon: 0351 5639-50
Telefax: 0351 5639-5210

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Kurzreferat	5
Abstract	6
Vorwort	7
1 Einleitung	8
1.1 Problemstellung	8
1.2 Zielsetzung	10
1.3 Aufbau des Berichts	11
2 Stand des Wissens	13
2.1 Definition von Gesundheit	13
2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung	14
2.3 Strategien des betrieblichen Gesundheitsmanagements	17
2.4 Ökonomische Bewertung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	19
3 Konzeptioneller Rahmen	27
3.1 Die Balanced Scorecard als betriebswirtschaftliches Rahmenkonzept	27
3.2 Konzept zur ganzheitlichen Betrachtung des betrieblichen Gesundheitsmanagements	31
3.3 Steuerungs- und Bewertungskonzept „Gesundheits-BSC“	37
3.4 Ableitung des Bezugsrahmens	41
4 Untersuchung	51
4.1 Inhaltslogische Beschreibung des Forschungsprojekts	51
4.2 Untersuchungsumfeld und -durchführung	55
4.3 Datengrundlage und Stichprobe	57
4.4 Beschreibung der Fragebogen und der Statistischen Auswertungslogik	60
5 Ergebnisse	73
5.1 Struktur der Ergebnisdarstellung	73
5.2 Vorbereitung und Planung	74
5.3 Empirische Analyse	79
5.4 Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC	113
6 Kritische Reflektion	116
6.1 Überblick über die Diskussionspunkte	116
6.2 Vorbereitung und Planung	117
6.3 Empirische Analyse	119
6.4 Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC	145
6.5 Zusammenfassende Betrachtung und Schlussfolgerung	147
7 Empfehlungen zur Entwicklung einer Gesundheits-Balanced Scorecard	163
7.1 Vorbemerkungen	163
7.2 Schritt 1: Vorbereitung und Planung	164
7.3 Schritt 2: Empirische Analyse	170
7.4 Schritt 3: Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC	171

7.5	Softwaretool „Gesundheits-BSC“	180
8	Fazit und Ausblick	191
9	Literatur	194
10	Abbildungsverzeichnis	207
11	Tabellenverzeichnis	209
12	Abkürzungsverzeichnis	211
	Anhang	212

Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard

Kurzreferat

Damit Mitarbeiter bereit und fähig sind, ihre Leistungspotenziale im Sinne des Unternehmenszwecks einzusetzen, bedarf es u. a. einer entsprechenden Qualität der Arbeit, welche die Gesundheit und Motivation fördert.

Ziel des vorliegenden Projekts war es, eine Vorgehensweise und ein Instrumentarium zur Abschätzung der wirtschaftlichen Effekte von Maßnahmen des Gesundheitsmanagements und deren kontinuierliche Steuerung zu entwickeln. Damit sollte einerseits die Bedeutung des Gesundheitsmanagements durch Ausweisung des betriebswirtschaftlichen Nutzens gestärkt werden. Andererseits sollte die Effektivität (bzgl. Ressourceneinsatz und Wirkung) des Gesundheitsmanagements abgeschätzt werden, um begründete Handlungsprioritäten setzen zu können.

Zur Erreichung dieses Forschungsziels wurde eine Fallstudie in einem Automobilunternehmen durchgeführt: Zunächst wurde ein theoretisch fundiertes Steuerungs- und Bewertungskonzept für das Gesundheitsmanagement entwickelt, das arbeitswissenschaftliche und organisationspsychologische Erkenntnisse in das Konzept der Balanced Scorecard (BSC) integriert. Im Rahmen einer empirischen Untersuchung in einem Fallstudienunternehmen wurden Hinweise über zentrale Ursache-Wirkungsbeziehungen im Sinne des BSC-Konzepts erhoben. Auf Basis der Erfahrungen, die bei der Entwicklung der Gesundheits-BSC gemacht wurden, konnte das Projektteam ein Vorgehen zur Implementierung in weiteren Unternehmen ableiten.

Schlagwörter:

Balanced Scorecard, Betriebliche Gesundheitsförderung, Gesundheitsmanagement, Performance Measurement, Controlling

Management of workplace health promotion by means of the Balanced Scorecard approach

Abstract

Since employees are the basic precondition and resource in terms of the future enterprises' success there is an intense discussion how to recruit and to develop personnel and sustain their capability and well being.

Investments in Occupational Safety and Health (OSH) as part of Human Resource Management have therefore potentially a value for business. However, systematic and continuous OSH controlling methods are scarcely applied within the enterprises, since at present there are no broadly accepted standard procedures available.

Hence the objective of the study at hand was the conceptualisation and trial of an evaluation method in terms of economic effects of OSH interventions. Thereby we tried to bridge the health and safety relevant issues to the performance level. Accordingly, the application of the method should analyse in how far the OSH measures were worthwhile for the company.

In order to meet this claim we conducted a case study in cooperation with a German automobile manufacturer. The OSH controlling instrument was developed in accordance to the well known and accepted Balanced Scorecard approach. Based on empirical data and statistical analyses we gathered hints with respect to the economic effects of OSH related measures.

Based on the case study a guideline how to develop and implement an OSH-Scorecard within an organisation could be compiled.

Key words:

Balanced Scorecard, Behavior Evaluation Model, Occupational Health and Safety, Performance Measurement, Control

Vorwort

Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert die Ergebnisse des Forschungsvorhabens „Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Hilfe der Balanced Scorecard (BSC) am Beispiel eines Unternehmens in der Automobilindustrie“. Das von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geförderte Forschungsprojekt zielte auf die Entwicklung und Implementierung eines Kennzahlensystems für das betriebliche Gesundheitsmanagement ab. Insbesondere sollten hierbei die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit, den Beschäftigten und dem wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens aufgezeigt werden, um eine gezielte Planung, Durchführung und Kontrolle von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu ermöglichen. Ein innovativer methodischer Ansatz des Projektes war es, arbeitswissenschaftliche bzw. -psychologische mit betriebswirtschaftlichen Erkenntnissen (insbesondere dem Controlling) auf Grundlage einer Balanced Scorecard (BSC) für den Bereich Betriebliche Gesundheitsförderung zusammenzuführen.

Da die Gesundheit der Beschäftigten kein primäres Unternehmensziel darstellt, muss zunächst geklärt werden, welcher Zusammenhang zwischen Gesundheit und betrieblichem Erfolg besteht. Gesundheit ist nach betriebswirtschaftlichem Verständnis ein Teil des Humankapitals, das die Mitarbeiter ihrem Unternehmen zur Verfügung stellen und das für die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens bedeutsam ist (RACHBAUER & WELPE, 2004). Eine Operationalisierung des Humankapitalfaktors „Gesundheit“ im betrieblichen Kontext erfordert eine Eingrenzung, welche Personengruppen und welches Ausmaß an Gesundheit wettbewerbsrelevant sind. Erst wenn dies festgelegt ist, liegt ein Maßstab vor, unter dem der Wirkungsaspekt von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF-Maßnahmen) als Betrachtungsgegenstand der Steuerung untersucht werden kann. In der Bedeutungsanalyse ist zu klären, welche Relevanz gesundheitsbedingte Verhaltensunterschiede für die Betriebsdurchführung haben.

Das Projekt betrat mit diesem Anspruch ein komplexes und interdisziplinäres Forschungsfeld, das angesichts der Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft (z. B. Globalisierung, demographischer Wandel, Fachkräftemangel etc.) eine hohe Aktualität und zunehmende strategische Bedeutung für Unternehmen am Wirtschaftsstandort Deutschland besitzt.

Die Projektlaufzeit reichte November 2005 bis April 2008. Der vorliegende Abschlussbericht dokumentiert zum einen die wissenschaftlich-empirische Arbeit des Projekts. Zugleich werden die Struktur und die Methodik eines umfassenden Kennzahlensystems zur Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements als Ergebnis des Projekts in dieser Form erstmalig vorgelegt. Zudem wird ein BSC-Softwaretool auf Basis der Standardsoftware Microsoft Excel zur Verfügung gestellt, um den kontinuierlichen Einsatz einer Gesundheits-BSC in weiteren Unternehmen zu unterstützen. Der Abschlussbericht enthält darüber hinaus auch konkrete Handlungshilfen und Empfehlungen zur kennzahlengestützten Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements, um die Erfahrungen und Erkenntnisse in Bezug auf die Entwicklung und Implementierung sowohl für weitere Forschungsvorhaben als auch für die Praxis einem breiten Adressatenkreis zur Verfügung zu stellen. Dazu gehört ebenso die Reflektion der Schwierigkeiten und Hindernisse bei der Realisierung eines vergleichbaren Vorhabens, die in diesem Bericht beschrieben werden.

1 Einleitung

1.1 Problemstellung

Die aktuelle Diskussion des Begriffs Humankapital (SCHOLZ et al., 2005) belegt, dass der Wertbeitrag der Beschäftigten zum Unternehmenserfolg zunehmend intensiv diskutiert wird (SCHÜTTE, 2005). So führt bspw. im Zuge der demographischen Entwicklung die Veränderung der Alterszusammensetzung der Erwerbsfähigen dazu, dass die Zahl an Arbeitskräften künftig kontinuierlich abnimmt (PACK et al., 2000). Das Alter der Beschäftigten als solches ist grundsätzlich kein Faktum, das sich einer Tätigkeitsausübung entgegenstellt. Zum Problem wird das Altern im Berufsleben meist dann, wenn Beschäftigte langfristig in unausgewogenen Tätigkeiten ohne nennenswerte persönliche Entwicklungschancen verbleiben und dadurch das individuelle Leistungsvermögen den Tätigkeitsanforderungen immer weniger genügt. Auch in diesem Zusammenhang weisen die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) in einem gemeinsamen Memorandum nachdrücklich auf die Erkenntnis hin, dass die Gesundheit der Beschäftigten als verhaltens- und schützenswertes Gut in der Arbeitsgesellschaft an Bedeutung gewinnt (WHO/ILO, 2000).

Damit die *Mitarbeiter* bereit bzw. fähig sind, ihre *Leistungspotenziale* im Sinne des Unternehmenszwecks einzusetzen, bedarf es einer entsprechenden Qualität der Arbeit (FUCHS et. al., 2006), welche die Gesundheit und Motivation fördert. Dass hier ein erheblicher Handlungsbedarf besteht, unterstreichen die regelmäßig erhobenen Zahlen zu den Folgekosten unzureichender Arbeitssicherheit und Gesundheit. Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin schätzt die jährlichen Kosten durch gesundheitsbedingte Produktionsausfälle auf über 38 Milliarden Euro (www.baua.de/statistik). Erhöht wird diese Summe durch die Kosten der Entgeltfortzahlung in nahezu ähnlicher Höhe. Für das Jahr 2005 schätzten deutsche Unternehmen, dass durch krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten nach Ausfalltagen Kosten in Höhe von 40 Milliarden Euro entstehen (POHL-ECKERSTORFER, 2005). Die Summe für den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit in Deutschland taxieren BADURA et al. (2005) für das Jahr 2002 auf insgesamt 223,6 Milliarden Euro, was 10,9 % des Bruttoinlandsprodukts bedeutet. Hiervon übernehmen die öffentlichen Haushalte 79 % der Kosten.

Das *Arbeitsumfeld* in den Unternehmen ist heute einerseits durch den Abbau klassischer Belastungsfaktoren wie Lärm, Schmutz, Heben und Tragen gekennzeichnet, andererseits nehmen jedoch psychische Belastungen und daraus resultierende Gesundheitsstörungen deutlich zu (PESCHKE, 2000). Nachdem die Arbeitsplatzsicherheit in vielen Branchen der deutschen Wirtschaft vorbildlich ist, wird nun von „unsichtbaren“ Risiken ausgegangen. Es ist ein Wandel des Krankheitspanoramas vom akuten zum chronischen Krankheitsgeschehen zu erkennen (BADURA et al., 2007). Dabei entfallen die höchsten Kosten, nämlich 15,8 % der Gesamtausgaben oder 35,4 Milliarden Euro, auf Krankheiten des Kreislaufsystems. Nach den Berechnungen von BÖDECKER et al. (2002) ergeben sich in Bezug auf die Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen die in Abb. 1.1 dargestellten Auswirkungen psychischer Belastungen.

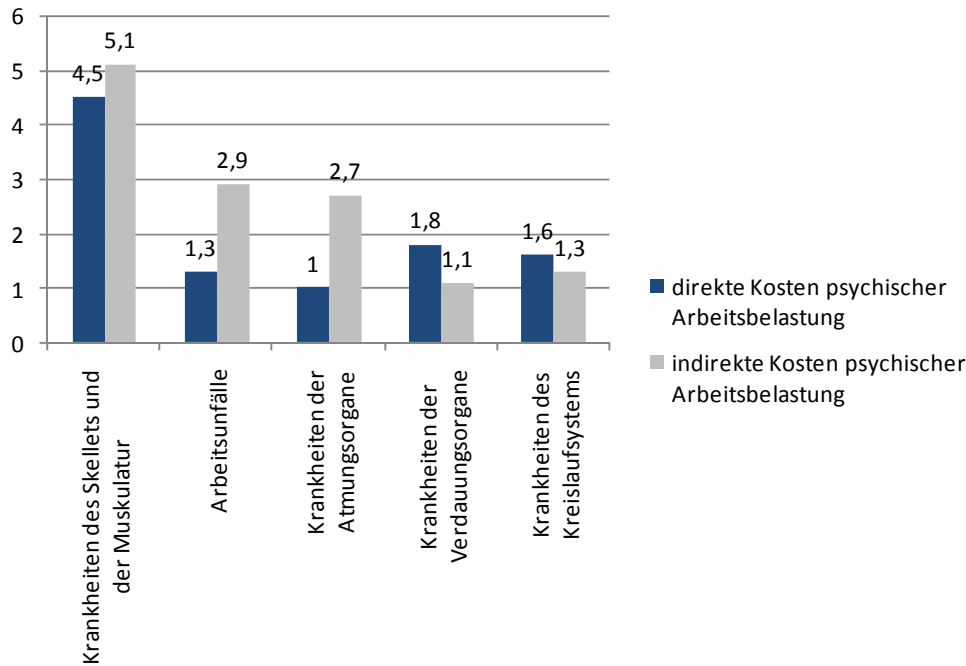


Abb. 1.1 Kosten psychischer Arbeitsbelastung (BÖDECKER et al., 2002)

Dass der deregulierte Arbeitsmarkt dem gesundheitlichen Befinden vieler Arbeitnehmer zusetzt, belegt auch ein OECD-Bericht mit folgenden Zahlen: 56 % der Beschäftigten arbeiten unter sehr stressigen Bedingungen, 47 % erleben Arbeitsbedingungen, die zu körperlichem Verschleiß führen, 42 % können sich nicht vorstellen, ihre Berufstätigkeit bis zum 60. Lebensjahr durchzuhalten (www.der-arbeitsmarkt.ch).

Gesundheitsbezogenen Themen, die über Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz hinausgehen, kam in den Unternehmen jedoch lange Zeit eine untergeordnete Bedeutung zu. Mittlerweile finden sich in der betrieblichen Praxis zunehmend Ansätze einer aktiven, vom *salutogenetischen Paradigma* geprägten, betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), welche Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit, sondern als „state of complete physical, mental and social wellbeing“ (WHO, 1986) versteht. Dabei wird das Augenmerk auf die Ressourcen gerichtet, welche sich auf den Gesundheitszustand auswirken können. Solche salutogenetischen Ressourcen sind z. B. unterstützende Kollegen, Familie, Freunde und ein positives Betriebsklima (ANTONOVSKY, 1979). Dennoch ist festzuhalten, dass die heutige Praxis des betrieblichen Gesundheitsmanagements zumeist aus einzelnen ad-hoc-Maßnahmen besteht, deren Wirkung häufig versandet (BÖDECKER, 2005).

Um den negativen Folgen von physischer und psychischer Belastung für die Mitarbeiter entgegenzuwirken, werden konsequenterweise strategische und weitgefasste Gesundheitsstrategien benötigt. Damit Unternehmen die Potenziale des *Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)* auch in ihrem Sinne nutzen können, bedarf es jedoch neben einem ganzheitlichen und *strategischen Ansatzes der BGF*, deren wirksamer Umsetzung in konkrete, abgestimmte Maßnahmen.

Diese Umsetzung kann im Rahmen einer laufenden Bewertung überprüft werden, die steuernde Eingriffe ermöglicht. Die bestehenden Modelle zur Kosten-Nutzen-Analyse von BGF-Maßnahmen werden in der Praxis als zu kompliziert erachtet und sind nicht in das Controlling integriert (ZANGEMEISTER & NOLTING, 1997). *Praxistaugliche*

Bewertungs- und Steuerungsinstrumente zur ganzheitlichen Bewertung und (strategischen) Steuerung der BGF, die in die bestehenden betriebswirtschaftlich geprägten Steuerungssysteme integriert werden können, sind daher notwendig.

1.2 Zielsetzung

Als Projektergebnis wurde eine Methodik zur *umfassenden Steuerung betrieblicher gesundheitsfördernder Maßnahmen* angestrebt, die den oben beschriebenen Herausforderungen im Rahmen des BGM gerecht wird. Zudem sollte auch ein praxisnaher *Handlungsleitfaden* und eine *Software* für betriebliche Anwender entwickelt werden. Zur Erprobung der entwickelten Methodik und zur Gewinnung von Handlungshilfen für eine Anwendung bei weiteren Unternehmen sollte eine *Fallstudie* durchgeführt werden.

Konkret sollte auf das im betriebswirtschaftlichen Kontext häufig angewendete Instrument der *Balanced Scorecard* (BSC) zur Steuerung des BGM zurückgegriffen werden. Dieses Instrument dient zur *Umsetzung von Strategien in konkrete operative Maßnahmen*. Zur Beschreibung einer Strategie werden verschiedene, die Strategie beschreibende Perspektiven berücksichtigt und in einem Gesamtrahmen zusammengefasst. In der klassischen BSC werden folgende vier Perspektiven unterschieden: Finanzen, Kunden, Interne Prozesse, Lernen und Entwicklung. Diese Perspektiven werden über *Ursache-Wirkungsbeziehungen* miteinander verbunden, um eine strategische Steuerung zu ermöglichen. Inhaltlich muss die BSC immer an die spezifischen Anforderungen des BGM angepasst werden (KAPLAN & NORTON, 1996). Hierfür sollte das BSC-Konzept durch *arbeitswissenschaftliche* und (*organisations-*) *psychologische Erkenntnisse* erweitert werden. Dies ist insbesondere aus Gründen der inhaltlichen Befüllung der einzelnen Perspektiven und deren Verbindung durch Ursache-Wirkungsbeziehungen relevant. Das entwickelte Konzept sollte anschließend im Rahmen einer Fallstudie erprobt werden.

Zusammenfassend wurden folgende *Ziele* angestrebt:

- Erarbeitung einer *theoretischen Grundlage* für die Konzeption eines strategischen Steuerungs- und Bewertungsinstruments in der BGF.
- *Konzeption eines strategischen Steuerungs- und Bewertungsinstruments für das BGM (Gesundheits-BSC) auf Basis des BSC-Konzepts sowie arbeitswissenschaftlichen und organisationspsychologischen Erkenntnissen* (Erarbeitung der notwendigen Perspektiven zur Beschreibung einer Gesundheitsstrategie und einen Rahmen zur Ableitung der steuerungsrelevanten Ursache-Wirkungsbeziehungen).
- Die Gewinnung von Erkenntnissen über *steuerungsrelevante Ursache-Wirkungsbeziehungen* im Rahmen eines weit gefassten Konzepts der BGM durch quantitative empirische Erkenntnisse. Hierbei sollen insbesondere die Auswirkungen des BGM auf den Erfolg von Unternehmen untersucht werden.
- *Gewinnung von Umsetzungshinweisen* aus dem Realisierungsprozess der Entwicklung der BSC.
- Umsetzung der BSC in einem *Software-Tool*.

Mit den oben beschriebenen Zielen wurden zwei zentrale *Innovationsbeiträge* adressiert:

- Bisher existieren nur wenige Ansätze zur *strategischen Steuerung des BGM*. Mit der Entwicklung eines Steuerungs- und Bewertungsinstrument in Anlehnung an die BSC sowie auf Basis theoretischer Ansätze aus der Organisationspsychologie kann die fehlende umfassende als auch strategische Steuerung des BGM realisiert werden.
- Bisherige Studien zum Thema der BSC haben die zugrunde gelegten *Ursache-Wirkungsbeziehungen* eher heuristisch betrachtet. Quantitative Studien zu diesem Thema liegen daher nicht vor.

Dieser Forschungsbericht richtet sich an alle Interessierten im Gesundheitswesen und insbesondere an diejenigen Fach- und Führungskräfte in Unternehmen, die für das Gesundheitsmanagement, also die Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung, Verantwortung tragen.

1.3 Aufbau des Berichts

Im Folgenden wird der Aufbau des vorliegenden Berichts erläutert. Zunächst werden grundlegende Begriffe sowie der Stand des Wissens erläutert. Hierzu zählen die Definition des Gesundheitsbegriffs (Kapitel 2.1), eine Beschreibung des BGM (Kapitel 2.2), mögliche Strategien des Gesundheitsmanagements (Kapitel 2.3) sowie ein Überblick über den Stand der Forschung hinsichtlich der ökonomischen Bewertung von BGM-Maßnahmen (Kapitel 2.4).

Im folgenden Kapitel wird ein *konzeptioneller Rahmen* zur Steuerung und Bewertung des BGM aufbereitet (Kapitel 3). Dazu gehören zum einen der theoretische Hintergrund und die Methodik der Balanced Scorecard als strategisches Steuerungsinstrument (Kapitel 3.1) und zum anderen das PSO-Modell¹ (Kapitel 3.2), das einen organisationspsychologischen Rahmen für das Verstehen von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen im Bereich des BGM bietet. Aus diesen beiden Modellen werden ein gesundheitsbezogenes Steuerungs- und Messkonzept (Kapitel 3.3) sowie ein Bezugsrahmen für das empirische Forschungsvorhaben (Kapitel 3.4) abgeleitet.

In Kapitel 4 wird das *Forschungsdesign* beschrieben. Dazu gehört die inhaltslogische Beschreibung des Vorgehens (Kapitel 4.1), die Darstellung des Untersuchungsfeldes -sowie der Untersuchungsdurchführung (Kapitel 4.2), der Durchführung der Stichproben (Kapitel 4.3) sowie der Auswertungslogik der quantitativen Studie inklusive der verwendeten Methoden (Kapitel 4.4). Die Fallstudie ist in die drei Phasen „Planung- und Vorbereitung“, „empirische Analyse“ und „Ableitung der Gesundheits-BSC“ unterteilt, welche den Entwicklungsprozess der Gesundheits-BSC beschreiben. Diese Phasen bilden die Bezugspunkte der folgenden Kapitel 5 und 6.

Kapitel 5 umfasst die *Ergebnisse* der empirischen Forschung. Kapitel 5.1 stellt die Struktur der Ergebnisdarstellung der Studie vor. Es werden die Ergebnisse der Planungs- und Vorbereitungsphase (Kapitel 5.2), der empirischen Analyse (Kapitel 5.3) und der Ableitung der Gesundheits-BSC (Kapitel 5.4) beschrieben.

¹ Ein organisationspsychologisches Modell, das das Verhalten und Erleben von Menschen bezüglich der Faktoren Person, Situation und Organisation differenziert.

Die *kritische Reflektion der Ergebnisse* der Untersuchung erfolgt in Kapitel 6. Dazu gehören Interpretation der Ergebnisse, Einschätzungen der Ergebnisse bzgl. der Bedeutung für das Untersuchungsfeld und Schlussfolgerungen für weitere Gesundheits-BSC-Entwicklungen. Kapitel 6.1 stellt die Struktur der kritischen Reflektion der Ergebnisse vor. Die Reflektion erfolgt ebenfalls vor dem Hintergrund der Planungs- und Vorbereitungsphase (Kapitel 6.2), der empirischen Analyse (Kapitel 6.3) und der Ableitung der Gesundheits-BSC (Kapitel 6.4). Das Kapitel endet mit einer Zusammenfassung der Diskussion und Schlussfolgerungen (Kapitel 6.5). Im Rahmen dieses Kapitels werden auch die zentralen Lernerfahrungen aus dem Forschungsprojekt im Sinne von *Praxisempfehlungen* dargestellt.

In Kapitel 7 werden abschließend die *Hinweise zur Entwicklung einer Gesundheits-BSC* auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse und Erfahrungen vorgenommen. Dies beinhaltet Hinweise zur Entwicklung einer BSC und zur Implementierung eines solchen Steuerungsinstrumentes im betrieblichen Gesundheitsmanagement (Kapitel 7.1 bis 7.4). Dieses Kapitel stellt auch die entwickelte *BSC-Software* vor (Kapitel 7.5).

Der Abschlussbericht schließt mit einem *Fazit* bzgl. weiterer, sinnvoller Forschungsarbeiten, die auf den Erfahrungen und Ergebnissen dieses Projekts aufbauen können (Kapitel 8). Abb. 1.2 fasst die Struktur des Berichts zusammen.

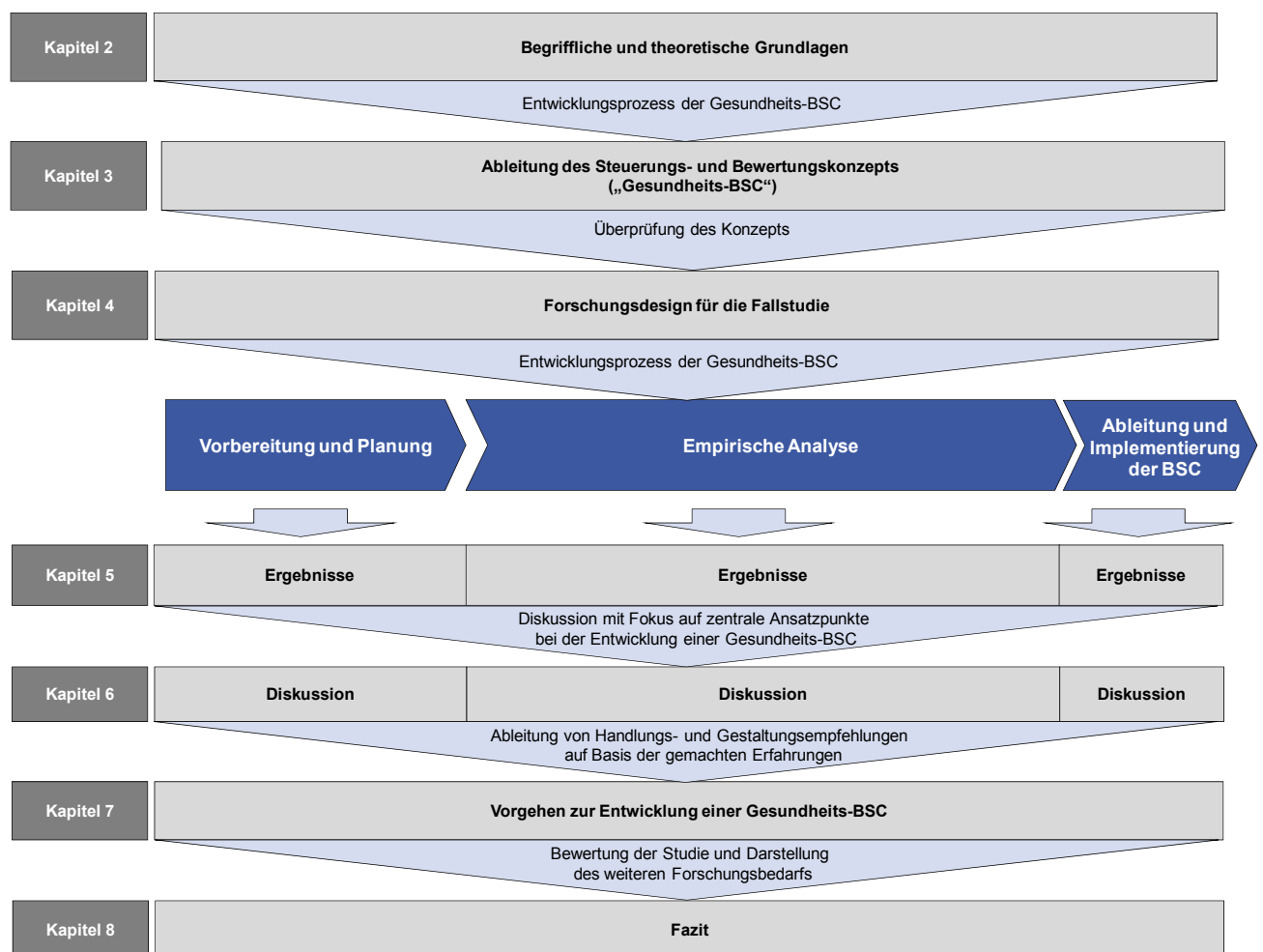


Abb. 1.2 Gedankenflussplan

2 Stand des Wissens

2.1 Definition von Gesundheit

Das zentrale Erkenntnisinteresse im Rahmen dieses Forschungsvorhabens ist die Steuerung und Bewertung der BGF. Aus diesem Grund werden zunächst die Basisbegriffe und theoretischen Ansätze hierfür erläutert. Aufbauend auf dem zugrundegelegten Gesundheitsverständnis wird beschrieben, was im Rahmen dieser Arbeit unter der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren strategischer Steuerung zu verstehen ist. Abschließend werden die aktuellen Ansätze zur ökonomischen Evaluation (Bewertung) der BGF dargestellt. Die folgenden Ausführungen bilden die Basis für das in Kapitel 3 entwickelte Steuerungs- und Bewertungsinstrument.

Zunächst ist anzumerken, dass in der betrieblichen Praxis nur wenig Klarheit darüber besteht, was Gesundheit ist und wie sie sich entwickelt. In einfacher, aber unzureichender Weise wird Gesundheit als Abwesenheit durch Krankheit definiert (BRAUN, 2004). Laut DGFP (2004) wird Gesundheit nicht als ein statischer Zustand bezeichnet, sondern vielmehr als ein ausgewogener Zustand körperlichen und seelischen Wohlbefindens. So besteht in der Wissenschaft Einigkeit darüber, dass *Gesundheit mehrdimensional* zu erfassen ist. Zu ihrem Wesen gehören (FRISCHENSCHLAGER, 1996):

- *Körperliches Wohlbefinden* (bspw. positives Körpergefühl, Fehlen von Krankheitsanzeichen und von organischen Beschwerden),
- *Psychisches Wohlbefinden* (bspw. Freude, Glück, Lebenszufriedenheit),
- *Leistungsfähigkeit und Erfüllung von Rollenerwartungen, Selbstverwirklichung und Sinnfindung.*

Darüber hinaus korreliert Gesundheit mit dem Vorhandensein und der individuellen Handhabung von persönlichen, sozialen und ökologischen Ressourcen, Belastungen und Risiken. Dies schließt die Wahrnehmung, Erschließung, Inanspruchnahme sowie Pflege und Entwicklung von individuellen Ressourcen, z. B. Coping-Fähigkeiten, ein (SCHUBERT, 2004). Gesundheit wird somit als *Fähigkeit zur Problemlösung, Handlung und Gefühlsregulierung* betrachtet (BADURA et al., 1999). Gesund ist, wer sich aktiv und zielgerichtet in seiner Welt bewegen und weiterentwickeln kann. Diese *Fähigkeit* kann u. a. durch ein positives körperliches, psychisches und soziales Befinden sowie ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen hergestellt oder erhalten werden. Somit ist *Gesundheit abhängig* von den *Verhältnissen*, unter denen Menschen leben und arbeiten, von den alltäglichen *Verhaltensweisen*, dem persönlichen Lebensstil und vom subjektiven Erleben und Verarbeiten der individuellen Lebensverhältnisse (BULLINGER & BRAUN, 2006).

Es wird deutlich, dass neben *bio-physischen Bedingungen* (d. h. genetische und dispositive Einwirkungen) auch *psychische* und *soziale Faktoren die Entwicklung von Gesundheit wesentlich beeinflussen*. Dies betrifft insbesondere Bedingungen in der unmittelbaren Lebenswelt des Individuums, wie sozioökonomische Lebenslage, Arbeits- und Wohnbedingungen, Status und Bildung, aktuelle und chronische psychosoziale Belastungen (d. h. Stressoren), individueller Lebensstil und die Art, mit Belastungen umzugehen (d. h. Bewältigungsverhalten bzw. Coping; ANTONOVSKY, 1979). Dazu gehören Persönlichkeitsmerkmale, wie auch Ausmaß und Qualität von

sozialer Integration und sozialer Unterstützung. Diese Bedingungen beeinflussen sich gegenseitig; sie können die individuelle Lebensbefindlichkeit und Lebensbewältigung beeinflussen sowie Erkrankungs- und Gesundungsprozesse auslösen bzw. beschleunigen.

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Das umfassende Verständnis von Gesundheit spiegelt sich in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wider, die sich der Gesundheitsförderung widmet. Die Ottawa-Charta definiert *Gesundheitsförderung* als einen *Prozess, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt* (WHO, 1986). Sie fordert damit eine stärkere Vernetzung unterschiedlicher, sich ergänzender Maßnahmen – einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung und organisatorischer Regelungen. Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet diesen Prozess im Kontext der Arbeitswelt.

Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO können folgende Ziele und Leitsätze betrieblicher Gesundheitsförderung abgeleitet werden (BAMBERG et. al., 1998):

- Identifikation und Gestaltung positiver Merkmale der Arbeit, die zum körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehen der Beschäftigten beitragen und deren Handlungsfähigkeit erweitern
- Weiterqualifizierung der Beschäftigten durch Kompetenzerweiterung in Hinsicht auf gesundheitsförderliche Aspekte in der Arbeit
- Aktive Beteiligung der Beschäftigten an der Planung und Durchführung von Maßnahmen.

Nach der Luxemburger Deklaration zur BGF in der EUROPÄISCHEN UNION (1997) umfasst betriebliche Gesundheitsförderung alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der *Arbeitsorganisation* und der *Arbeitsbedingungen*
- Förderung einer *aktiven Mitarbeiterbeteiligung*
- Stärkung *persönlicher Kompetenzen*.

Die BGF zielt somit letztendlich auf die Herstellung und Aufrechterhaltung eines Gleichgewichts zwischen den an eine Person gestellten Anforderungen und ihren Leistungsvoraussetzungen. Dieses Gleichgewicht kann sowohl durch personen- als auch durch bedingungsbezogene Maßnahmen erreicht werden. Im Rahmen der BGF werden konsequenterweise verschiedene, aufeinander abgestimmte BGF-Maßnahmen in Form von Gesundheitsförderungsprogrammen für bestimmte Zielgruppen (z. B. in Abhängigkeit der Arbeitsbedingungen) gebündelt.

Für die *Erklärung von Gesundheitsentstehung* und damit *Gesundheitsförderung* gibt es eine Vielzahl von Theorien, Ansätzen und Modellen. Das Zusammenspiel von personen- und bedingungsbezogenen Faktoren in Bezug auf die individuelle Gesundheit verdeutlichen u. a. die *transaktionalen Modelle*. Abb. 2.1 zeigt dieses Zu-

sammenspiel und die verschiedenen beteiligten Faktoren im *Belastungs-Beanspruchungs-Prozess*. Das Modell ist angelehnt an das transaktionale Stressmodell von ZAPF & DORMANN (2001).² Dabei signalisieren die dunklen Kästchen die verschiedenen Einfluss- und Wirkungsgrößen auf die Beanspruchung, die hellen Kästchen beinhalten die verschiedenen Interventionen, die auf diese Größen wirken.

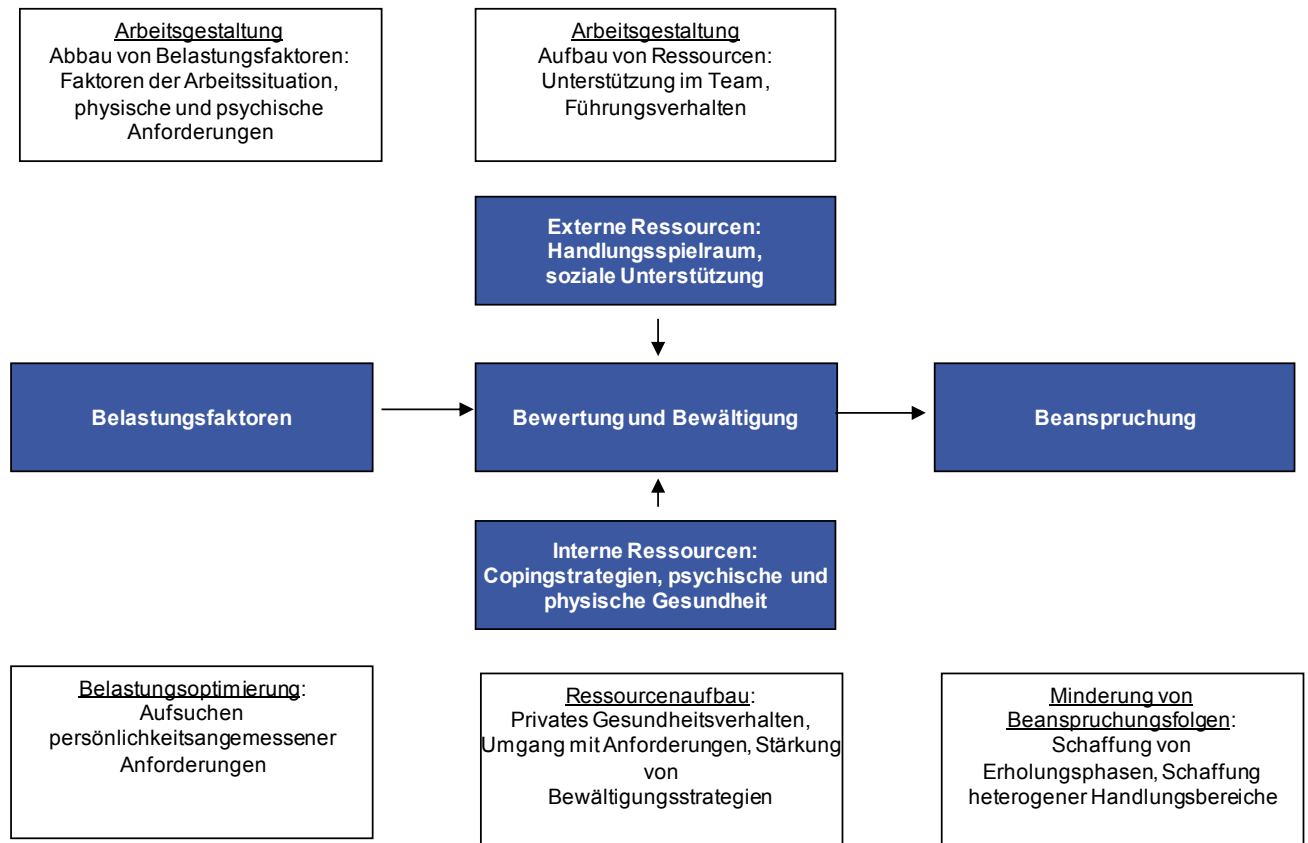


Abb. 2.1 Der Belastungs-Beanspruchungs-Prozess

Die transaktionalen Modelle gehen davon aus, dass objektive Belastungsfaktoren nicht auf alle Personen gleichermaßen wirken, sondern ihre Wirkung abhängig von *Bewertungs- und Bewältigungsprozessen* ist (ZAPF & DORMANN, 2001). Für die Bewertung einer Situation ist zum einen die Intensität der Belastung, zum anderen die Einschätzung externer und interner Ressourcen zur Problemlösung bzw. zum Umgang mit dem Stressor entscheidend. *Externe Ressourcen* bezeichnen situative Ressourcen, d. h. außerhalb der Person liegende Faktoren, die durch die Umwelt gegeben sind. Zu den externen Ressourcen zählen organisationale Ressourcen wie Aufgabenvielfalt, Tätigkeits- und Handlungsspielraum sowie soziale Ressourcen, die sich auf die Unterstützung durch Vorgesetzte, Kollegen, Partner und andere Personen beziehen (UDRIS et al., 1991). *Interne Ressourcen* bezeichnen hingegen Faktoren, über die eine Person selbst verfügt. Dazu zählen berufliche Qualifikationen, Problemlösungskompetenzen und soziale Kompetenzen (ZAPF & DORMANN,

² In der Literatur werden eine Vielzahl von Stressmodellen diskutiert (bspw. ZAPF & DORMANN, 2001) HACKER (1999) KARASEK und THEORELL (1990) KASTNER (1994)), die als Gemeinsamkeit die Transaktionalität bei der Entstehung von Beanspruchung in den Vordergrund stellen. Das hier vorgestellte Modell dient dazu, diesen Grundgedanken darzustellen.

2001). In Abhängigkeit von der *Ausprägung* und *Einschätzung* interner und externer Ressourcen kann so ein und derselbe Belastungsfaktor (z. B. Lärm) die eine Person in ihrer Arbeitsausführung beeinträchtigen, während eine andere Person keine Einschränkung erfährt. An die *Bewertungsprozesse* schließt sich *Bewältigungsverhalten* an, das sich zum einen auf den Belastungsfaktor (z. B. Lärm oder Zeitdruck) und zum anderen auf die dadurch ausgelösten Emotionen (z. B. Ärger, Angst) beziehen kann. Schließlich wird zwischen lang- und kurzfristigen Beanspruchungsreaktionen unterschieden, die sich auf physiologischer Ebene (z. B. Herzschmerzen, Müdigkeit, Adrenalinausschüttung, Blutdrucksteigerung), motorischer Ebene (z. B. Rückenschmerzen, Nackenschmerzen), psychologischer Ebene (z. B. Burnout, Frustration, Nervosität, Niedergeschlagenheit, Schlafstörungen) und Verhaltensebene (Konzentrationsstörungen, Fehlzeiten, Leistungsschwankungen, Alkohol- und Tablettenkonsum, Verminderung der Arbeitsgeschwindigkeit) auswirken können.

Das dargestellte transaktionale Modell repräsentiert ein zeitgemäßes und dieser Forschungsarbeit zugrunde liegendes *salutogenetisches Verständnis* von Gesundheit, deren Bedingungsfaktoren und Möglichkeiten der Intervention. BGF-Maßnahmen können grundsätzlich auf allen Stufen des Prozesses ansetzen. Sollen Belastungsfaktoren (wie beispielsweise Lärm oder Zeitdruck) reduziert werden, müssen mit Hilfe geeigneter Instrumente Belastungsquellen identifiziert werden (linker Teil der Abb. 2.1). Neben der Reduktion von Belastungsfaktoren sind in der betrieblichen Gesundheitsförderung der Aufbau und die Stärkung von Ressourcen der Mitarbeiter weitere wichtige Interventionsbereiche (mittlerer Teil der Abb. 2.1). Schließlich lassen sich Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auch auf der Ebene der Belastungsreaktion durchführen (rechter Teil der Abb. 2.1).

Die Grundidee dieses *transaktionalen Modells* wurde in verschiedenen Theorien und Modellen (bspw. Handlungsregulationstheorie, Job-Demand-Control Modell, Beanspruchungs-Handlungsanalyse) *verfeinert*, in denen jeweils bestimmte Faktoren betrachtet werden. Drei solcher Theorien und Modelle werden im Folgenden näher erläutert.

In der *Handlungsregulationstheorie* von HACKER (1999) werden Arbeitstätigkeiten hinsichtlich ihrer Vollständigkeit analysiert. Das Modell fokussiert damit die kognitiven Belastungsfaktoren und deren Auswirkungen. Dies geschieht mit dem Ziel, mögliche Ursachen für positive und negative Folgen der Arbeitstätigkeit zu identifizieren und gegebenenfalls Interventionsmaßnahmen bzw. Maßnahmen zur Gestaltung der Arbeitstätigkeit anzuregen. Eine Tätigkeit ist vollständig, wenn sie angemessene Regulationsanforderungen besitzt. Zu diesen Regulationsanforderungen zählen Komplexität, Variation und Vollständigkeit von Handlungen sowie das Ausmaß bewusster vs. automatischer Regulation (FRESE & ZAPF, 1994).

Im *Job-Demand-Control Modell* von KARASEK und THEORELL (1990) wird zwischen Regulationsanforderungen, Regulationsmöglichkeiten und Regulationsbehinderungen unterschieden. Es differenziert damit die Belastungsfaktoren und ihr Zusammenspiel mit kognitiven Bewältigungsmechanismen im Hinblick auf mögliche Beanspruchungsfolgen. Regulationsanforderungen beziehen sich auf die Arbeitskomplexität, d. h. auf das Ausmaß, zu dem bei der Ausübung der Tätigkeit im Sinne der hierarchisch-sequentiellen Struktur von Arbeitstätigkeiten komplexe Ziele und Pläne generiert und Entscheidungen getroffen werden. Regulationsmöglichkeiten beschreiben das Ausmaß der Kontrolle, das eine Person in Bezug auf eine Tätigkeit hat (FRESE, 1977). Regulationsbehinderungen sind arbeits- bzw. handlungsbezoge-

ne Stressoren und beschreiben äußere Arbeitsbedingungen, die der Ausübung einer Tätigkeit im Wege stehen und vom Beschäftigten zur Erreichung eines Handlungsziels „zusätzlichen Handlungsaufwand abfordern“ (GREINER et al. 1987). Es gibt zahlreiche Hinweise, wonach Regulationsanforderungen, -möglichkeiten und -behinderungen einen Zusammenhang zu Gesundheit und Wohlbefinden aufweisen (ZAPF, 2002).

Die *Beanspruchungs-Handlungsanalyse* (BHA) von KASTNER (1994) erweitert diese Perspektive, in dem sie zwischen vier Ebenen der Handlungsregulation unterscheidet: das Handeln, die Handlungsbereiche, das Handlungsgeschehen und die einzelne Handlung. In der Gesamtmenge des Handelns werden einzelne Handlungsbereiche unterschieden (wie z. B. Freizeit, Arbeit). In Bezug auf die Handlungsbereiche gilt es, sich angemessene Ausgleiche zu schaffen, indem diese jeweils verschiedene Anforderungen an die handelnde Person stellen (z. B. kreative Anforderungen in der Freizeit, wenn die Arbeit mit hoher Routine verbunden ist). Jeder Handlungsbereich besteht aus mehreren Handlungsgeschehen. Diese sind Sequenzen von mehreren, nacheinander ablaufenden und zusammengehörigen Handlungen. Die Beanspruchung im Handlungsgeschehen wird in der BHA als eine Folge der Faktoren Komplexität (d. h. Vielfalt und Vernetzung der notwendigen Einzelhandlungen), Dynamik (d. h. Ausmaß und Geschwindigkeit der Veränderung der Anforderungssituation) und Affordanz (d. h. Ausmaß der Fremdbestimmtheit des Handelns) beschrieben. Hier ist vor allem eine persönliche Passung der Anforderungen im Hinblick auf Komplexität, Dynamik und Affordanz entscheidend für die Beanspruchungsfolgen. Das Handlungsgeschehen besteht wiederum aus mehreren Einzelhandlungen. Die Beanspruchungsfolgen auf der Ebene von Einzelhandlungen hängen vor allem von verfügbaren Handlungsalternativen, dem Grad der Automatisierung des Verhaltens und der richtigen Einschätzung der eigenen Bewältigungsmöglichkeiten ab. Die BHA differenziert die möglichen, internen Ressourcen für eine optimale Beanspruchung und bietet Ansatzpunkte sowohl zur Optimierung der Belastungsfaktoren zum Aufbau interner und externer Ressourcen als auch zur Minderung von Beanspruchungsfolgen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei der Entwicklung und Umsetzung von BGF-Zielen sowohl personen- als auch personenumfeldbezogene (bspw. organisationale) Steuerungsaspekte berücksichtigt werden müssen. Hieraus ergibt sich die Logik, dass die wichtigsten Hebel zur positiven Veränderung eines Zustandes in Personen, Situationen und der Organisation gesucht werden müssen (siehe Kapitel 3). Im gleichen Maße wird sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisprävention relevant. Die oben beschriebenen Ansätze und Theorien der BGF können dabei als Ausgangsbasis für eine strategische und operative Steuerung herangezogen werden und sollten damit auch die Grundlage von Steuerungs- und Bewertungsansätzen bilden.

2.3 Strategien des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die *zielorientierte Steuerung* der BGF ist Aufgabe des Gesundheitsmanagements (BGM). BGM umfasst die Planung, die Koordination und die Kontrolle von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Anforderungen an ein Gesundheitsmanagement lassen sich grundsätzlich in drei *Problemfeldern* strukturieren: die *Allokation*, die *Volition* und die *Evaluation*.

Die *Allokation* bezieht sich auf den Planungs- und Steuerungsaspekt und beschreibt die Frage der sinnvollen Maßnahmenkombinationen („Welche Maßnahmen verstärken gewünschte Effekte?“), die Erreichung der relevanten Zielgruppe („Welche Angebote sind für spezielle Zielgruppen (alt – jung, sportlich aktiv – sportlich inaktiv, gesundheitlich vorbelastet – gesund etc.) interessant?“) sowie die richtige Teilnehmerzusammensetzung in Präventionskursen („Welche Voraussetzungen, d. h. Erfahrungen, Einstellungen, Wissen, Persönlichkeitseigenschaften sollten Teilnehmer mitbringen?“). Der Themenkomplex der Allokation umfasst damit die Bereiche der Motivation und Kursinhalte.

Darüber hinaus ist entscheidend, ob einmal begonnene Aktivitäten auch langfristig aufrechterhalten werden können. Die langfristige Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen ist häufig gering, da viele Vorsätze und Strategien nur kurzfristig ausgerichtet sind (FRANZKOWIAK & WENZEL, 1985). Um den sogenannten „Silvestereffekt“ (KASTNER, 1999) zu vermeiden, müssen die Personen ihr Erleben und Verhalten hinterfragen und ggf. unangemessene Verhaltens-, Wahrnehmungs- und Beurteilungstendenzen auflösen, Motivationsblockaden abbauen und effiziente Handlungsstrategien entwickeln und anwenden. Diese Frage von *Nachhaltigkeit* ist allerdings nicht nur auf der Seite des Individuums virulent. Auch Betriebe stehen vor der Aufgabe, Gesundheitsförderung nicht kurzfristig aus Imagegründen, sondern langfristig und dauerhaft zur Personalpflege einzusetzen.

Diese gewünschte Nachhaltigkeit von Verhalten (*Volition*) bezieht sich auf den Steuerungsaspekt und beschreibt hier die dauerhafte Aufrechterhaltung einmal begonnener gesundheitsförderlicher Aktivitäten internal („Welche Voraussetzungen müssen beim Akteur vorhanden sein bzw. erlernt werden, um dauerhaft eine einmal begonnene Aktivität aufrecht zu erhalten?“) und external („Wie müssen Maßnahmen konzipiert sein, um zur Aufrechterhaltung zu führen?“) (GOSCHKE, 2002).

Letztlich stellt sich die Frage der Bewertung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten. Die *Evaluation* bezieht sich auf den Bewertungsaspekt und beschreibt Gesundheitsförderung in Bezug auf die zu erwartenden Effekte (Welche Wirkungen werden durch die Maßnahmen erzielt?) und Effizienz (In welcher Kosten-Nutzen-Relation stehen Aufwand und Wirkungen der Maßnahme?) (KREIS & BÖDECKER, 2003).

Für alle drei Problemfelder (Allokation-Volition-Evaluation) ist eine weitere Differenzierung wichtig. Jedes Problemfeld ist unter Gesichtspunkten des Individuums bzw. des Kollektivs zu betrachten. So stellt sich zum Beispiel die Frage der Nachhaltigkeit einerseits für den einzelnen Teilnehmer (dabeibleiben oder aufgeben), aber auch für den Anbieter von Maßnahmen der Gesundheitsförderung (aufeinander aufbauende Angebote etc.).

Insbesondere der Zwang zu kostenbewusster Produktion und Dienstleistung erfordert eine zunehmende Priorisierung von BGF-Maßnahmen in der Planungsphase, was die Festlegung klarer Ziele und Erfolgskriterien für diese Interventionen erfordert. Dabei müssen die *Ziele der BGF konsistent* mit den *Unternehmenszielen* sein. So gilt es, aus den unternehmensspezifisch verfolgten Zielen (z. B. die Fehlzeiten zu senken oder die Attraktivität als Arbeitgeber zu steigern) entsprechende Ziele für die betriebliche Gesundheitsförderung abzuleiten und zu operationalisieren. Im Anschluss an die Festlegung der BGF-Ziele müssen dann die entsprechenden BGF-Strategien zu deren Erreichung abgeleitet werden. Solche Strategien beinhalten die grundlegenden Stoßrichtungen der Gesundheitsförderung (bspw. demographischer Wandel, Work-Life-Balance, Reduktion psychischer Fehlbelastungen).

In der arbeitswissenschaftlichen Literatur wird zwischen *verhaltens-* und *verhältnisbezogenen Interventionsstrategien* unterschieden. Verhältnisbezogene Strategien beziehen sich überwiegend auf Maßnahmen, die direkt mit der Arbeitsgestaltung und strukturellen Organisationsmerkmalen — also personenumfeldbezogenen Faktoren — zusammenhängen (KERN et al., 2005). Dazu gehören u. a. physikalische Faktoren, wie Lärm- und Lichtverhältnisse, leistungsgerechte Bezahlung, Schichtarbeit und soziale Faktoren, wie Mobbing oder soziale Unterstützung. Verhaltens- oder auch personenbezogene Maßnahmen fördern darüber hinaus die gesundheits- und kompetenzförderlichen Potenziale der arbeitenden Person. Hierunter fallen z. B. Interventionen, wie Seminare zum Stressmanagement, Rückenschulen etc.

Neben der nicht immer einfachen Unterscheidung zwischen verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen wird auch zwischen *korrektiven, präventiven* und *prospektiven Strategien* unterschieden (ULICH, 2002). Korrektive Strategien sind erforderlich, wenn Mängel im bestehenden Arbeitsablauf erkannt und beseitigt werden sollen. Korrektive Strategien sind somit auf kurativer Ebene angesiedelt. Präventive Strategien berücksichtigen hingegen bewährte arbeitswissenschaftliche Konzepte und Regeln bereits bei der Implementierung von Arbeitssystemen und -abläufen. Sie dienen der Vermeidung potenzieller Gesundheitsbeeinträchtigungen. Prospektive Strategien schließen korrektive und präventive Interventionen ein und fungieren in einem übergeordneten Sinn der bewussten Schaffung „von Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung im Stadium der Planung bzw. des Entwurfs (...) von Arbeitssystemen“ (ULICH, 2002).

2.4 Ökonomische Bewertung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Eine Steuerung der BGF setzt voraus, dass es zuverlässige (d. h. reliable) und gültige (d. h. valide) Bewertungsmaßstäbe für den Erfolg der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt. Die reliable und valide Bewertung der Effizienz und Effektivität von BGF-Maßnahmen ist Aufgabe der Evaluation (WOTTAWA & THIERAU, 2003; DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR EVALUATION, 2004; HÖFT, 2001).

In Theorie und Praxis haben sich viele spezifische Zielsetzungen, Definitionen und Formen von Evaluation herausgebildet. Als grundlegendes Charakteristikum von Evaluation gilt dabei, dass sie eine bewertende Tätigkeit ist, die als Entscheidungs- und Planungshilfe dient und das Ziel hat, praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern und über sie zu entscheiden. Evaluation ist nach dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Techniken und Forschungsmethoden durchzuführen (WOTTAWA & THIERAU, 2003).

Da sich BGF-Maßnahmen in ihrer Komplexität und Reichweite unterscheiden, können Evaluationen entsprechend auf verschiedenen Ebenen durchgeführt werden. Unterschieden werden dabei die Evaluation von *einzelnen Interventionen* (d. h. einzelne BGF-Maßnahmen), *BGF-Programmen* und *BGF-Modellvorhaben* (ELKELES & GEORG, 2002). So ist es möglich, Einzelmaßnahmen, wie beispielsweise eine Rückenschule, die allen Mitarbeitern innerhalb eines Unternehmens angeboten wird, zu evaluieren. Häufig wird jedoch nicht nur eine einzelne Maßnahme angeboten, sondern ein Programm, das mehrere Maßnahmen für eine Zielgruppe integriert (z. B. Gewichtsabnahme durch Sportangebote, Ernährungsumstellung usw.). Hier müssen

dann Wirksamkeitsnachweise sowohl auf Ebene der einzelnen Maßnahmen als auch auf der übergeordneten Programmebene durchgeführt werden. Verbreitet sind die von Krankenkassen angebotenen Modellprogramme. Diese Programme werden unternehmensübergreifend durchgeführt und entsprechend evaluiert.

Die Evaluation von BGF-Maßnahmen oder -Programmen lässt sich zudem danach differenzieren, welche Kriterien und Ergebnisgrößen verwendet werden. Es werden ökonomische und nicht-ökonomische Evaluationen unterschieden. Nicht-ökonomische Evaluationen schließen qualitative Zielvariablen, wie die Zufriedenheit der Beschäftigten mit der Maßnahme oder das Ausmaß der Verhaltensänderung nach der Teilnahme an BGF-Maßnahmen, ein. Die ökonomische Evaluation fokussiert hingegen auf die Wirtschaftlichkeit der Maßnahme im Sinne des Kosten-Nutzen-Verhältnisses. Allgemein wird sie als das Verhältnis zwischen erreichtem Ergebnis (d. h. Output) und dafür benötigtem Mitteleinsatz (d. h. Input) definiert (WÖHE & DÖRING, 2002).

Das von KIRKPATRICK (1994) ursprünglich für die Erfassung von Trainingseffekten entwickelte 4-Ebenen-Modell bietet einen *Rahmen zur Planung und Durchführung von Evaluationen*, welche die Erfassung sowohl ökonomischer als auch nicht-ökonomischer Parameter erlaubt. KIRKPATRICK (1994) unterscheidet folgende Ebenen:

- *Reaktionsebene*: Beschreibt die Zufriedenheit der Teilnehmer mit der Trainingsmaßnahme (Inhalte, Methode, Rahmenbedingungen, Trainerverhalten)
- *Lernebene*: Die Lerneffekte (Wissen, Fertigkeiten, Einstellungen) des Trainings werden unabhängig davon erfasst, inwieweit sie bei der Arbeit anwendbar sind oder umgesetzt werden
- *Verhaltensebene*: Erfasst werden Verhaltensänderungen bei der Ausübung der Arbeitstätigkeit, d. h. Lerntransfer
- *Ergebnisebene*: Erfasst abschließend die (für die Organisation relevanten) Ergebniseffekte der Verhaltensänderungen (z. B. Produktqualität und Effizienz der Leistungserbringung, Kundenzufriedenheit sowie Image- und Personalfaktoren, Mitarbeiterzufriedenheit, Fluktuation, Abwesenheit oder Kosteneinsparungen).

BGF-Evaluationen wurden bisher zumeist für einzelne Interventionen durchgeführt, z. B. im Bereich der Raucherentwöhnung und Gewichtskontrolle. Diese Maßnahmen wurden von BÖDECKER (2005) als „recht überzeugend“ eingeschätzt. Ergebnisgrößen waren in dieser Studie die Verringerung von Gesundheitsrisiken, Absentismus und Krankheitskosten. Studien zur Evaluation von Maßnahmen zur Reduktion arbeitsbedingter Muskel-Skelett-Erkrankungen wurden unter anderem von STÖSSEL et al. (1998) durchgeführt. Als erfolgreich wurden arbeitsplatzbezogene Rückenschulungen, die Vermittlung von Arbeitstechniken und eine ergonomische Arbeitsplatzumgestaltung bewertet, vorausgesetzt, dass die Maßnahmen häufig eingesetzt und über einen langen Zeitraum regelmäßig wiederholt wurden. Eine *systematische Evaluation* von umfassenden *BGF-Programmen* liegt bislang jedoch nicht vor.

Hinsichtlich der Messung von Effekten von BGF besteht Dissens in Bezug auf die Identifikation und Standardisierung relevanter Ergebnisgrößen (KREIS & BÖDECKER, 2003). Die wenigen, allgemein anerkannten Variablen, wie der Krankenstand, werden oft so unterschiedlich operationalisiert, dass ein Vergleich der Maßnahmeevaluationen untereinander schwierig ist. In der Praxis überwiegt die Ergebnisbewertung auf der ersten Reaktionsebene: Weit verbreitet sind Feedback-Fragebögen im

Anschluss an die BGF-Maßnahme, in denen die Teilnehmer die Gestaltung und den Nutzen der Maßnahme einschätzen und Verbesserungsvorschläge einreichen können. Diese Art von Evaluation ist jedoch wenig aussagekräftig in Bezug auf Kosten-Nutzen-Effekte von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Monetäre Bewertungen von BGF-Maßnahmen wurden bisher selten vorgenommen. Die gegenwärtigen Bewertungsmethoden konzentrieren sich auf die Kosten anerkannter Berufskrankheiten sowie auf die Schätzungen eingesparter Krankheitskosten oder Arbeitsunfähigkeitszeiten (KREIS & BÖDECKER, 2003). Die Krankheitskosten umfassen z. B. Kosten für Medikamente, Behandlungen, Operationen, Krankenhaus- oder Kuraufenthalte. Die Kosten von Arbeitsunfähigkeitszeiten werden oft mit den Lohnkosten des kranken Beschäftigten gleichgesetzt. Dies ist jedoch eine grobe Unterschätzung, da auch die Lohnnebenkosten, die Kosten für die Bereitstellung eines nicht genutzten Arbeitsplatzes, Kosten für Produktions- bzw. Dienstleistungsausfälle innerhalb und außerhalb des Unternehmens anfallen.

Nach MOSSINK (1999) kann eine monetäre Bewertung von gesundheitlichen Aspekten prinzipiell über folgende vier Faktoren durchgeführt werden:

- *Gesundheitliche Folgen:* Für die Schätzung des Wertes gesundheitlicher Variablen wird zwischen reversiblen, vorübergehenden gesundheitlichen Schäden und permanenten gesundheitlichen Schäden unterschieden. Für die vorübergehenden gesundheitlichen Schäden ist die Addition der Kosten des Medikamentenkonsums und der ärztlichen Behandlung der am häufigsten verwendete Grundsatz zur Bestimmung der Kosten
- *Humankosten:* Es gibt keine allgemein anerkannte Methode für die Berechnung eines monetären Werts für dauerhafte gesundheitliche Folgen wie bspw. Schmerzen und Leiden, Lebensqualität oder Lebenserwartung. Für diese Werte bestehen keine Marktpreise
- *Produktionsausfälle:* Die am meisten verbreitete Methode für die Benennung eines monetären Werts für einen produktiven Arbeitszeitverlust besteht in der Annahme der Löhne als zeitliche Opportunitätskosten. Diese Methode ist zulässig, wenn von der Annahme ausgegangen wird, dass die Löhne den Produktionswert widerspiegeln
- *Erwerbsunfähigkeit:* Für eine langfristige Erwerbsunfähigkeit impliziert die Anwendung der Humankapitalmethode, dass Schätzungen bezüglich der Höhe künftiger Löhne getroffen werden müssen. Ähnliche Anpassungen müssen auch für Personen vorgenommen werden, die bereits vor langer Zeit aufgehört haben zu arbeiten.

In Tab. 2.1 werden Grundsätze zur Zuordnung von monetären Werten und Teilaspekten (Variablen) der Gesundheit beispielhaft aufgezeigt.

Tab. 2.1 Grundsätze zur Zuordnung von monetären Werten für Variablen von Gesundheit nach MOSSINK (1999)

Variable	Messeinheit	Anwendbare Grundsätze
Krankheitsbedingte Abwesenheit	Verlorene Produktionszeit	Outputverluste: volle Lohnzahlungen, Opportunitätskosten der Arbeit
Kosten für Gesundheitsvorsorge, Rehabilitation	Anzahl der Fälle, Dauer	Marktpreis (Kosten der Gesundheitsvorsorge)
Erwerbsunfähigkeit, Frühverrentung	Alter des Betroffenen	Outputverluste: künftige Lohnzahlungen nicht-berufstätiger Lebensjahre, Zahlungsbereitschaft, Akzeptanzbereitschaft
Todesfälle	Alter des Betroffenen	Künftige Outputverluste durch verlorene Lebensjahre, Zahlungsbereitschaft

Seit den 1970er Jahren wurden mehrere *Kostenrechnungskonzepte* entwickelt, um den Nachweis zu führen, dass sich gesundheitsbezogene Aufwendungen für die Unternehmen in wirtschaftlicher Dimension lohnen. Diesen Rechnungsmethoden liegen diverse Verfahren der Wirtschaftlichkeitsanalyse zugrunde.

Betriebliche Investitionsrechnungen bzw. Kosten-Nutzen-Untersuchungen werden eingesetzt, um die Effizienz und Effektivität von Investitionsvorhaben (so auch im betrieblichen Gesundheitsmanagement) bewerten zu können. Hierbei werden entscheidungsrelevante Informationen verdichtet und Zielbeträge dem erforderlichen Mitteleinsatz gegenübergestellt. Die in der Betriebswirtschaft angewandten Investitionsrechnungen werden auch als „Traditionelle Wirtschaftlichkeitsanalysen“ bezeichnet, während Kosten-Nutzen-Analysen als „*Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalysen*“ verstanden werden. Die traditionellen Wirtschaftlichkeitsanalysen berücksichtigen keine nicht-monetären Ziele (KRÜGER et al., 1998).

Die erweiterten Wirtschaftlichkeitsverfahren beziehen neben den herkömmlichen Rentabilitätskennziffern auch schwer quantifizierbare und nicht monetär bewertbare Kriterien ein, wenn diese für die Bewertung einer geplanten Investition relevant sind. Dabei sind diese „weichen“ Faktoren oftmals mitentscheidend für den Erfolg und die Amortisationsdauer einer Investition.

Die erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnung trennt in der Regel zwischen diagnoseorientierten und entscheidungsorientierten Verfahren. Dabei bezeichnen diagnoseorientierte Verfahren lediglich die Analyse und Darstellung wirtschaftlichkeitsrelevanter Wirkungen. Eine Alternativbeurteilung zur Entscheidungsfindung bleibt unberücksichtigt. Im Gegensatz dazu ermöglichen entscheidungsorientierte Verfahren eine formalisierte Zusammenfassung von monetären und nicht-monetären Bewertungsergebnissen im Sinne einer Prioritätenfolge. Die meisten dieser Verfahren erfolgen vor dem Hintergrund der Nutzwertanalyse.

Wesentlicher Kritikpunkt an den erweiterten Wirtschaftlichkeitsverfahren ist der hohe Aufwand, der für betriebliche Anwender nur schwer handhabbar ist. Aus unterneh-

merischer Sicht sind erweiterte Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen nur für Großinvestitionen bedeutsam. Dies begründet, warum sich die erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnung in der betrieblichen Praxis nicht durchgesetzt hat. Darüber hinaus ist zu bemängeln, dass sich die erweiterten Wirtschaftlichkeitsverfahren auf die gesamtwirtschaftliche Bewertung von BGM-Maßnahmen beziehen. Hierbei dienen sie als Planungs- und Entscheidungshilfe, um entweder ein Maßnahmenpaket sinnvoll zusammenzustellen oder eine Entscheidung zwischen zwei Maßnahmenalternativen zu treffen. Erweiterte Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen bilden hingegen keine steuerungsrelevanten Indikatoren für ein BGM-Controlling ab. Im Folgenden werden Methoden der erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse beispielhaft aufgeführt.

Die *Kosten-Nutzen-Analyse* (KNA) beschränkt sich auf die Darstellung der Auswirkungen monetärer Größen und wird aufgrund dessen als eindimensionaler Ansatz verstanden. Zusätzlich zu den direkt monetären Investitionsauswirkungen erfasst die KNA aber auch die indirekt monetären Konsequenzen, weshalb sie zu einer (eindimensional) erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse gezählt wird. Die KNA erfasst die Wirtschaftlichkeit als Ganzes; d. h. es werden nur solche Maßnahmen durchgeführt, die einen Beitrag zur Steigerung der Erträge leisten. Die KNA zielt demnach auf eine potenzielle Verbesserung der wirtschaftlichen Situation ab, bei der die resultierenden Vorteile die dabei entstehenden Nachteile wertmäßig übersteigen. In die KNA fließen Faktoren wie zeitliche Homogenisierung, Risiko und Unsicherheit, Opportunitätskosten und die Bewertung externer Effekte ein (ZANGEMEISTER & NOLTING, 1997).

Die fehlende Präzision bei Kosten-Nutzen-Analysen kann zu ungenauen Befunden mit Fehlerspannen in einigen Berechnungselementen führen, welche die Gesamtkosten bei anderen Elementen weit übersteigen. Es gibt mehrere Gründe, warum die präzise Schätzung der Kosten oder des Nutzens einer Maßnahme schwierig ist:

- voreilige Konzentration auf die offensichtlichsten Kosten
- das Spektrum potenzieller Nutznießer
- unzulängliche Prognosen
- Übertreibungen der Informationslieferanten sowie
- das Geschäftsgeheimnis.

Die meisten KNA gehen detaillierter auf die Kosten von Interventionen ein als auf deren Nutzen. Das liegt an der Unbestimmtheit des Nutzens für die Gesundheit. Da das BGM üblicherweise unternehmenspolitisch ausgestaltet wird, sind die Kosten der praktischen Anwendung leichter zu veranschlagen als das Ergebnis, das in vielen Fällen unsicher ist.

Hinzu kommt, dass der Nutzen häufig auf eine größere Zahl von Interessengruppen entfällt als die Kosten. Der Arbeitgeber ist in vielen Fällen der Einzige, dem direkt Kosten aus einer Maßnahme im BGM entstehen. Von den Maßnahmen jedoch profitieren zahlreiche Nutzer, z. B. andere Arbeitnehmer, ihre Familien, Staat und Gesellschaft. Ein weiteres Problem der KNA ist der Stellenwert der Kostenschätzungen der Arbeitgeber. Bei Nachprüfungen von KNA wurde häufig festgestellt, dass die erwarteten Kosten niedriger lagen als zunächst prognostiziert (TUDOR, 2003).

Die *Kosten-Wirksamkeitsanalyse* (KWA) stellt den etablierten Forschungsstand zur erweiterten Wirtschaftlichkeitsbetrachtung des betrieblichen Arbeitsschutzes dar (ZANGEMEISTER, 1997). Die Kosten-Wirksamkeitsanalyse ist eine Entscheidungshilfe bei der Bewertung und Auswahl von BGM-Maßnahmen. Diese Bewertung er-

folgt nach dem Prinzip der ökonomischen Effizienz bzw. Wirtschaftlichkeit. Dabei wird der erwartete Zielertrag dem erforderlichen Aufwand gegenübergestellt.

BGM-Maßnahmen bezeichnen hierbei potenzialorientierte Investitionen, die auf die Vermeidung von betrieblichen Störungen bzw. auf die Verbesserung des betrieblichen Leistungsvermögens abzielen und damit mittel- und langfristig indirekt ertragswirksam werden. Das bedeutet, dass BGM-Maßnahmen als Investitionen betrachtet werden, deren rational begründete Durchführung die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsprinzips verlangt.

Die Gegenüberstellung von bewerteten Zielwirkungen und Kosten einer Maßnahme ist unabdingbar für eine Bewertung nach dem KWA-Verfahren. Dazu müssen zunächst die gesundheitlichen Ziele festgelegt und ihre Maßnahmen und Zielwirkungen bestimmt werden. Da Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge im BGM häufig unbekannt sind und nicht nachgewiesen werden, ist es nicht möglich, einen absoluten Zielertrag zu berechnen; d. h. es kann lediglich ein relativer Zielertrag abgeschätzt werden. ZANGEMEISTER (1997) wählt hierfür das Relevanzbaumprinzip als eine systematisch-heuristische Betrachtungsweise. Voraussetzung für das KWA-Verfahren ist eine fundierte Datenerhebung, die Aufschluss über den Handlungsbedarf in den einzelnen Unternehmensbereichen gibt.

Die KWA ist ein offenes Verfahren, das sich an die jeweiligen betriebs- und branchentypischen Bedingungen anpasst und eine erfahrungsgelenkte Heuristik bezeichnet. Sie ist nicht als eine starre Lösungsvorschrift zu verstehen. Die Anwendung der KWA ist sehr aufwändig und nur schwer verständlich. In der Praxis ist dieses Verfahren schwer einsetzbar, da es ausführlicher Schulungen und Erklärungen bedarf. Zudem sind für den Einsatz des Verfahrens eine Gesundheitsberichterstattung sowie institutionalisierte Gesundheitszirkel erforderlich, was nicht in allen Unternehmen vorausgesetzt werden kann. Das Hauptproblem der KWA liegt aber darin, dass das Verfahren innerhalb eines relativ eng umrissenen Kreises betrieblicher Gesundheitsakteure verbleibt, und damit nicht von einem umfassenden Ansatz ausgegangen werden kann (LANGHOFF, 2002).

Die *Nutzwertanalyse* (NWA) ergänzt die unterschiedlichen Wirtschaftlichkeitsanalysen, konzentriert sich dabei jedoch hauptsächlich auf die Output-Wirkungen und vernachlässigt aufgrund dessen die Kostenseite. Die NWA entwickelt ein multidimensionales Zielsystem und ordnet anhand dieses Zielsystems die Wirtschaftlichkeit der Projektalternativen sowie deren Vorteilhaftigkeit. Ähnlich der KWA wirkt sich auch bei der NWA die Messung der Kosten und Nutzen in unterschiedlichen Einheiten negativ auf die Möglichkeit einer Beurteilung der gesamtwirtschaftlichen Vorteilhaftigkeit einer Maßnahme aus (HANUSCH, 1994).

Trotz zahlreicher Initiativen haben sich die erweiterten Wirtschaftlichkeitsverfahren über den Projektcharakter hinaus in der Praxis kaum durchgesetzt.

Seit den späten 1990er Jahren rückte die *Messung von Humankapital* in den Mittelpunkt der Diskussion. Die Gesundheit der Beschäftigten muss als ein zentraler Bestandteil des Humankapitals angesehen werden. Um das Humankapital zu messen, existieren eine Vielzahl von Ansätzen (für eine Übersicht siehe z. B. SCHOLZ et al., 2006). In der akademischen Forschung sowie in der Praxis zeigt sich hier ein deutlicher Zielkonflikt zwischen dem Versuch der monetären Bewertung und damit einhergehend einer Simplifikation des Humankapitals und dem Steuerungs- und Optimierungsansatzes, der sich wiederum stärker von objektiven, quantifizierbaren Größen entfernt (WUCKNITZ, 2002; SCHÜTTE, 2005). „Intangibles“ entziehen sich einer ein-

fachen, direkten monetären Bewertung (BATES, 2002). Für eine Messung von Humankapital – also auch von gesundheitsbezogenen Themenstellungen – ist aufgrund der hohen Komplexität davon auszugehen, dass indikatorenbasierte Messverfahren der Vielschichtigkeit des Messobjekts am besten begegnen können (SCHMIDT, 2006).

Abb. 2.2 verdeutlicht die Bestandteile des Humankapitals. Für die in dieser Untersuchung betrachteten Aspekte ist vor allem das individuelle Humankapital (personenbezogene Faktoren) von besonderer Bedeutung. Aber auch aus den dynamischen Komponenten ist mit Einflüssen zu rechnen. Hier wird deutlich, wie komplex die Betrachtung von Gesundheit als Bestandteil des individuellen Humankapitals gesehen werden muss, da zwischen allen gezeigten Faktoren des Humankapitals inhibierende oder verstärkende Beziehungen existieren. Somit können nur ganzheitliche Betrachtungen zu Erfolgen führen.

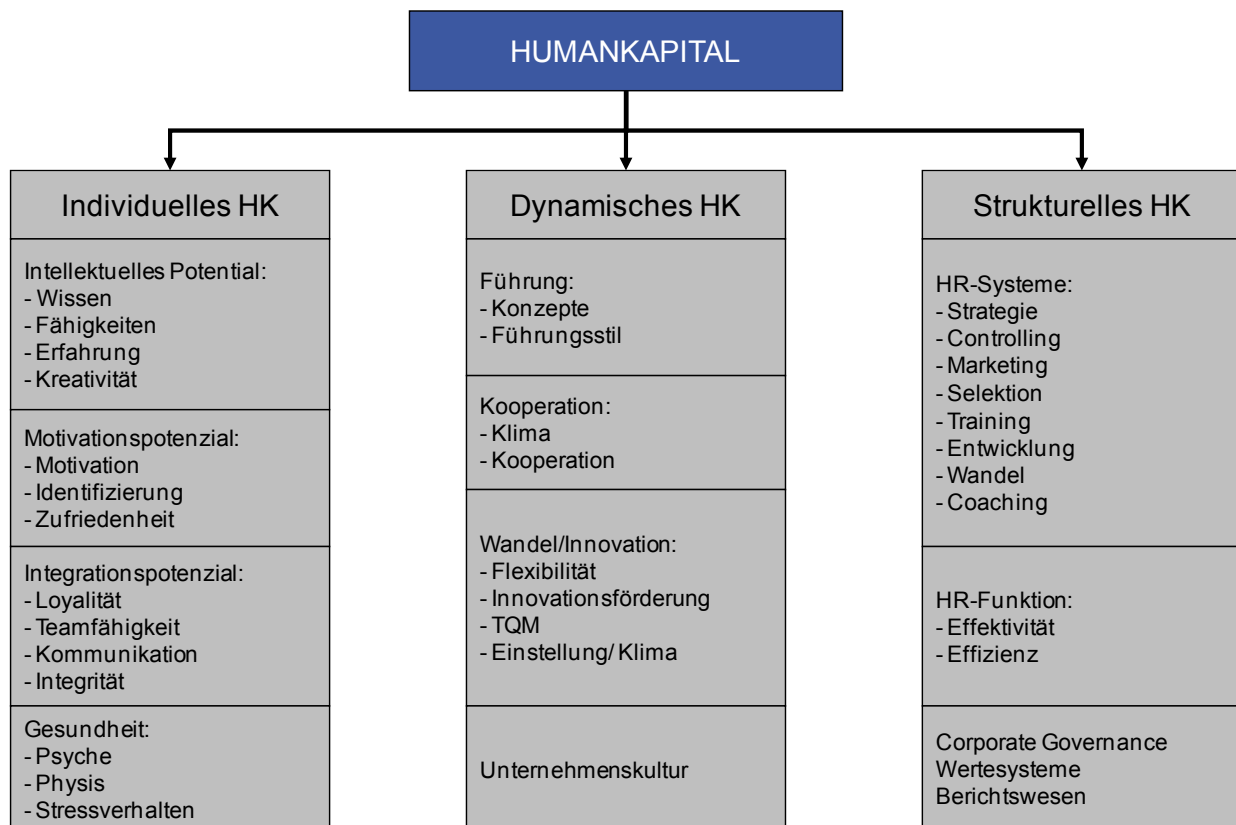


Abb. 2.2 Bestandteile von Humankapital modifiziert nach SCHÜTTE (2004)

Bisherige betriebswirtschaftliche Evaluationen von BGF-Maßnahmen beruhen im Wesentlichen auf Schadens- und Absentismusdaten. Wirtschaftliche Bewertungen von BGF-Maßnahmen in Bezug auf die Verhinderung von Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz (d. h. Präsentismus) (KARCH, 2001) und die Unterstützung unternehmerischer Ziele, wie z. B. Produktivität, Qualität, Kreativität und Nachhaltigkeit von Produktion bzw. Dienstleistung, liegen bisher kaum vor: „Obwohl wir also annehmen können, dass durch betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung rund

ein Drittel aller Arbeitsunfähigkeitszeiten und damit der direkten und indirekten Kosten vermeidbar sind, sagt dies noch nichts über den möglichen wirtschaftlichen Nutzen aus“ (THIEHOFF, 2004). Zur Wirtschaftlichkeitsbewertung bedarf es der Kenntnis valider Ursache-Wirkungszusammenhänge, die den Beitrag von BGF-Potenzialen und -Prozessen über die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten auf den Unternehmenserfolg beschreiben. Dabei wird offensichtlich, dass sich erfolgsorientierte Leistungsfaktoren weniger auf die körperlichen Fähigkeiten des arbeitenden Menschen beziehen, sondern vornehmlich dessen geistige Potenziale – wie Zielorientierung, Konzentration, Urteilsvermögen, Willenskraft, Agilität etc. – umfassen (BRAUN, 2008).

Die in Kapitel 2.2 dargestellten theoretischen Ansätze verdeutlichen, dass die BGF eine vielschichtige Herausforderung für Unternehmen darstellt. Aus diesem Grund muss ein Steuerungsinstrument der Komplexität (bspw. die Berücksichtigung von personenbezogenen und personenumfeldbezogenen BGF-Zielen) gerecht werden. Um einem praxistauglichen Einsatz nicht entgegenzustehen, darf das Instrument jedoch nicht zu aufwendig sein. Einen solchen Rahmen bietet die BSC als indikatoren-basiertes Instrument. Sie bildet die Basis für das im Folgenden entwickelte Konzept zur Steuerung und Bewertung der BGF.

3 Konzeptioneller Rahmen

3.1 Die Balanced Scorecard als betriebswirtschaftliches Rahmenkonzept

Die Problematik der Steuerung, Messung und Bewertung von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde bislang nur selten interdisziplinär erforscht. Als betriebswirtschaftliches *Rahmenkonzept für die Steuerung und Messung* des BGM kann auf das Konzept der BSC zurückgegriffen werden. Die BSC hat in der Vergangenheit eine hohe Verbreitung in Theorie und Praxis erfahren. So zeigen bereits Studien aus den Jahren 2000/2001, dass ca. 40 % der Fortune 1000-Unternehmen und 40 % der DAX 100-Unternehmen das Konzept der BSC anwenden (HORVÁTH & PARTNERS, 2007; UNIVERSITÄT EICHSTÄTT, 2001). Als umfassendes Steuerungskonzept verstanden, kann mit einer BSC gezielt die *Strategie eines Unternehmens implementiert* und die bekannten Mängel in der Strategieumsetzung, d. h. fehlender Konsens über strategische Ausrichtung des Unternehmens und schleppende Implementierung, beseitigt werden (KAPLAN & NORTON, 1997, 2001; HORVÁTH, 1999). Die grundsätzliche Möglichkeit der Anwendung einer BSC im Bereich des Gesundheitsmanagements wird von einigen Autoren zwar vorgeschlagen (siehe z. B. ENWHP, 2004), diese Vorschläge beschränken sich jedoch auf die grundsätzliche Einsetzbarkeit und geben keine weitergehenden Anregungen zur Ausgestaltung und Implementierung.

Die BSC ist ein Instrument zur mehrdimensionalen Steuerung und Leistungsmessung. Hierzu werden *finanzielle* und *nicht-finanzielle Kennzahlen* verwendet, die mehrere inhaltliche Dimensionen des Unternehmensgeschehens (z. B. Finanzen, Kunden, Prozesse, Potenziale) abbilden. Dieser Trend zur Verwendung von nicht-finanziellen Kennzahlen lässt sich insbesondere durch die Kritik an der Verwendung der traditionellen, rein auf finanzielle Kennzahlen fokussierten Steuerungs- und Bewertungskonzepte zurückführen. Um die Schwächen traditioneller Kennzahlensysteme zu überwinden, wurde seit dem Ende der 1980er Jahre unter dem Stichwort „Performance Measurement“ nach umfassenderen Ansätzen gesucht, um den identifizierten Schwächen zu begegnen (GLEICH, 2001). Eines dieser neuen Steuerungskonzepte ist das von KAPLAN und NORTON (1997) im Rahmen langjähriger Feldforschung entwickelte Konzept der Balanced Scorecard.

Üblicherweise werden strategische Ziele für vier *Perspektiven* zur mehrdimensionalen Leistungsmessung definiert (siehe Abb. 3.1). Die Anzahl wie auch der Inhalt der Perspektiven sind jedoch nicht fest vorgegeben, sondern können und sollen unternehmens- bzw. funktionspezifisch und situationsabhängig angepasst werden (HORVÁTH & PARTNERS, 2007). Perspektiven und deren strategische Ziele sind nicht getrennt voneinander zu betrachten, sondern werden durch *Ursache-Wirkungsbeziehungen* im Rahmen sogenannter „Strategy Maps“ miteinander verknüpft, d. h. die Umsetzung eines strategischen Zieles wirkt sich auch auf die Erreichung von anderen Zielen in einer BSC aus. Anhand der von Kaplan und Norton vorgeschlagenen vier Perspektiven der BSC („Finanzen“, „Kunden“, „Prozesse“ sowie „Potenziale“) werden diese dann systematisch konkretisiert und top-down auf die einzelnen Unternehmensebenen herunter gebrochen, operationalisiert und überprüfbar gemacht. So werden innerhalb der vier Perspektiven kritische Wertschöpfungs-

aktivitäten sowie die dazugehörigen Leistungstreiber herausgestellt. Vor allem die Leistungstreiber sind dabei individuell auf jedes Unternehmen bzw. auf jede einzelne Einheit und die konkrete Situation sowie den Einsatzzweck abzustimmen.

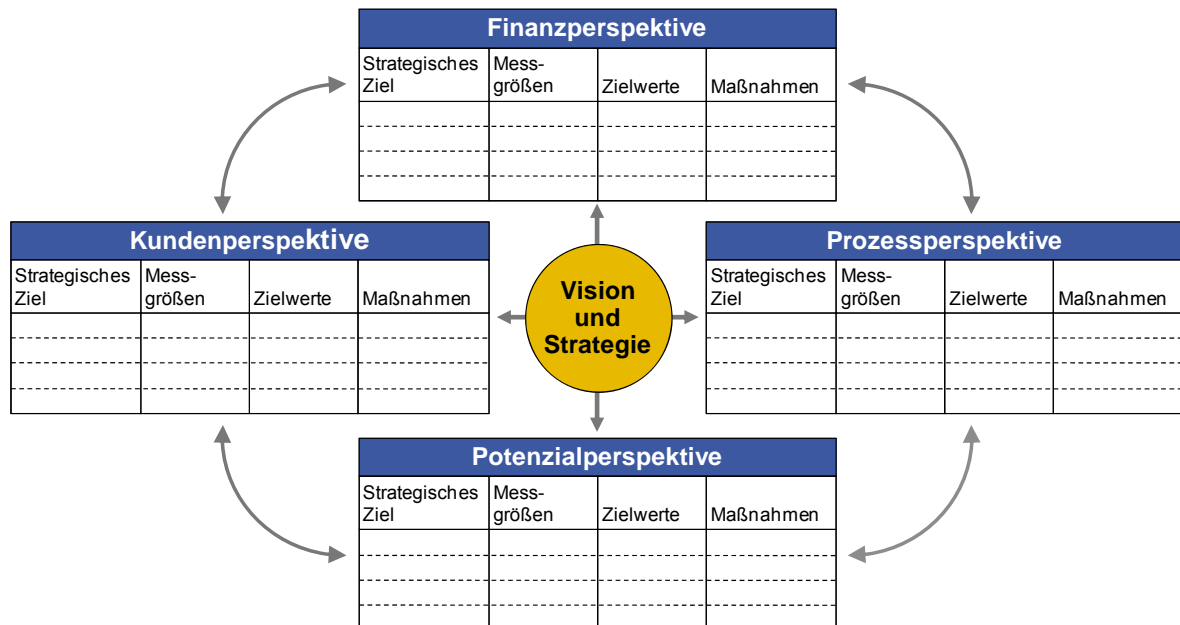


Abb. 3.1 Perspektiven einer Balanced Scorecard (KAPLAN & NORTON, 1997)

Der Vorteil einer BSC liegt in der *Konkretisierung der Strategie*:

- Aus einer gegebenen *Vision und Strategie* eines Unternehmens werden in einem unternehmensinternen Prozess für verschiedene Perspektiven, welche die Strategie eines Unternehmens abbilden, *strategische Ziele* definiert.
- Anschließend wird jeweils eine Auswahl von *Messgrößen* für jedes strategische Ziel festgelegt.
- Für diese Messgrößen werden wiederum *Soll-Werte* festgelegt.
- Schließlich werden *Aktionsprogramme* bzw. Einzelmaßnahmen zur Erreichung der angestrebten Soll-Werte geplant und realisiert.
- In einem Feedback-Prozess werden Soll-Ist-Vergleiche durchgeführt, die in der nächsten Periode zu einer Anpassung der BSC führen können.

Das Vorgehen zur Erarbeitung einer BSC ist in Abb. 3.2 dargestellt.

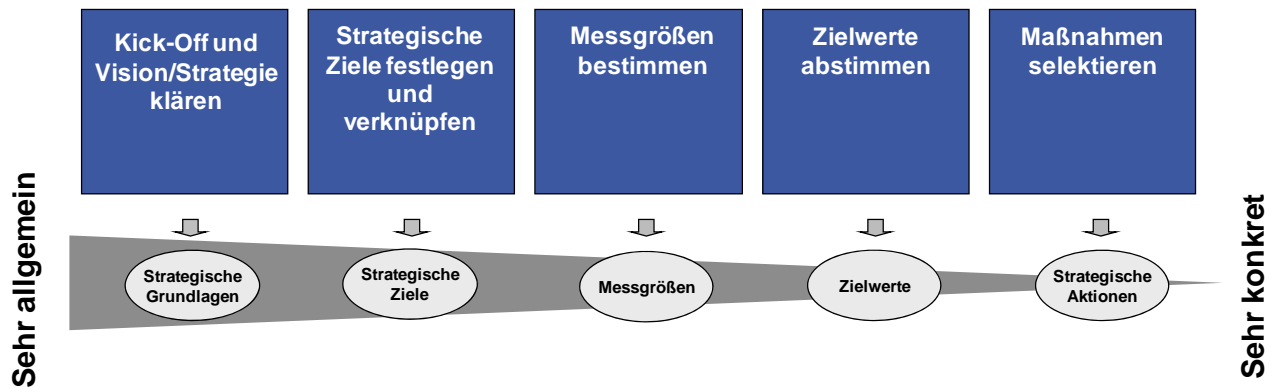


Abb. 3.2 Vorgehen zur Entwicklung einer Balanced Scorecard in Anlehnung an HORVÁTH & PARTNERS (2007)

„Strategy Maps“ stellen eine auf der BSC aufbauende Weiterentwicklung dar (KAPLAN & NORTON, 2004). Sie basieren auf der Entwicklung einer sachlogischen Kette von Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen einzelnen messbaren Indikatoren, die Teilziele auf dem Weg zur Umsetzung einer Strategie repräsentieren. Es entsteht also eine „Karte“ mit logisch verknüpften Ziel- bzw. Leistungsgrößen für eine bestimmte Strategie. Sie fasst die Ziele und Maßnahmen einer strategischen Alternative und ihrer Umsetzung in operative Aktionen zusammen. Der Begriff Strategy Map wird bewusst vom Begriff der Ursache-Wirkungsbeziehungen abgegrenzt (GAISER & WUNDER, 2004), d. h. es werden zur Steuerung nur die zentralen Ziele und deren Wirkungsbeziehungen im Rahmen der BSC dargestellt. Ursache-Wirkungsbeziehungen wollen ein möglichst vollkommenes Bild der Wirklichkeit (in diesem Fall: strategische Ziele) abbilden. Hierbei müssen mehrere Dimensionen wie z. B. lineare, nicht-lineare, reziproke oder nicht-reziproke Zusammenhänge betrachtet werden. Ein solches Vorgehen führt zu einem zu komplexen Steuerungsansatz, der einem praxistauglichen Einsatz entgegenstehen würde. So wurde bspw. nachgewiesen, dass Manager nur einen Teil der ihnen zur Verfügung gestellten Kennzahlen tatsächlich verwenden (LIPE & SALTERIO, 2002). Zudem besteht die Gefahr einer Informationsüberladung durch zu viele und nicht nachvollziehbare Kennzahlen (SCHOLZ, 2000). Dennoch besteht die Notwendigkeit, das Wissen über die komplexen Ursache-Wirkungsbeziehungen in den spezifischen Anwendungskontexten zu kennen. Aus diesem Wissen können dann vereinfachte Strategy Maps entwickelt werden.

Zur Implementierung der Strategie kann die BSC als *Managementsystem* verwendet werden (KAPLAN & NORTON, 1997). Grundsätzlich gilt es, die langfristige Vision und Strategie allen Beschäftigten einer Organisation zu vermitteln. Ziel einer erfolgreichen Organisation muss es sein, dass alle Beschäftigten bei der Umsetzung der Strategie helfen und sie aktiv ermuntert werden, Beiträge (z. B. im Sinne von Verbesserungsvorschlägen) hierzu zu liefern. Durch die Kommunikation und die Verknüpfung der individuellen Ziele mit der Strategie kann eine strategische Ausrichtung der Organisation erreicht werden. Zudem sollte die BSC als *integrierter Strategie- und Budgetierungsprozess* angewendet werden, indem eine Verbindung dieser bisher oft getrennten Planungsprozesse hergestellt wird (siehe Abb. 3.3). Durch ein solches Vorgehen können Strategien in Organisationen top-down konsequent implementiert werden. Da eine Strategie im Endeffekt eine Sammlung von Hypothesen über die Zukunft ist und diese sich als fehlerhaft erweisen oder durch externe Umstände als obsolet erweisen können, bedarf es eines ständigen, organisationalen

Lernens. Die BSC als Management-System kann ein solches Lernen ermöglichen. Grundsätzlich kann nach AGYRIS & SCHÖN (1978) single-loop- und double-loop-learning unterschieden werden. Unter single-loop learning verstehen sie die Anpassung des Verhaltens von Organisationsmitgliedern ohne die zugrundeliegenden Normen oder Vorgaben zu hinterfragen, während diese im Rahmen des double-loop learning verändert werden. Die BSC kann im Idealfall nicht nur Abweichungen einzelner Messwerte analysieren (single-loop learning), sondern bietet auch die Möglichkeit, die Annahmen über Erfolgsfaktoren zu überprüfen (double-loop learning).

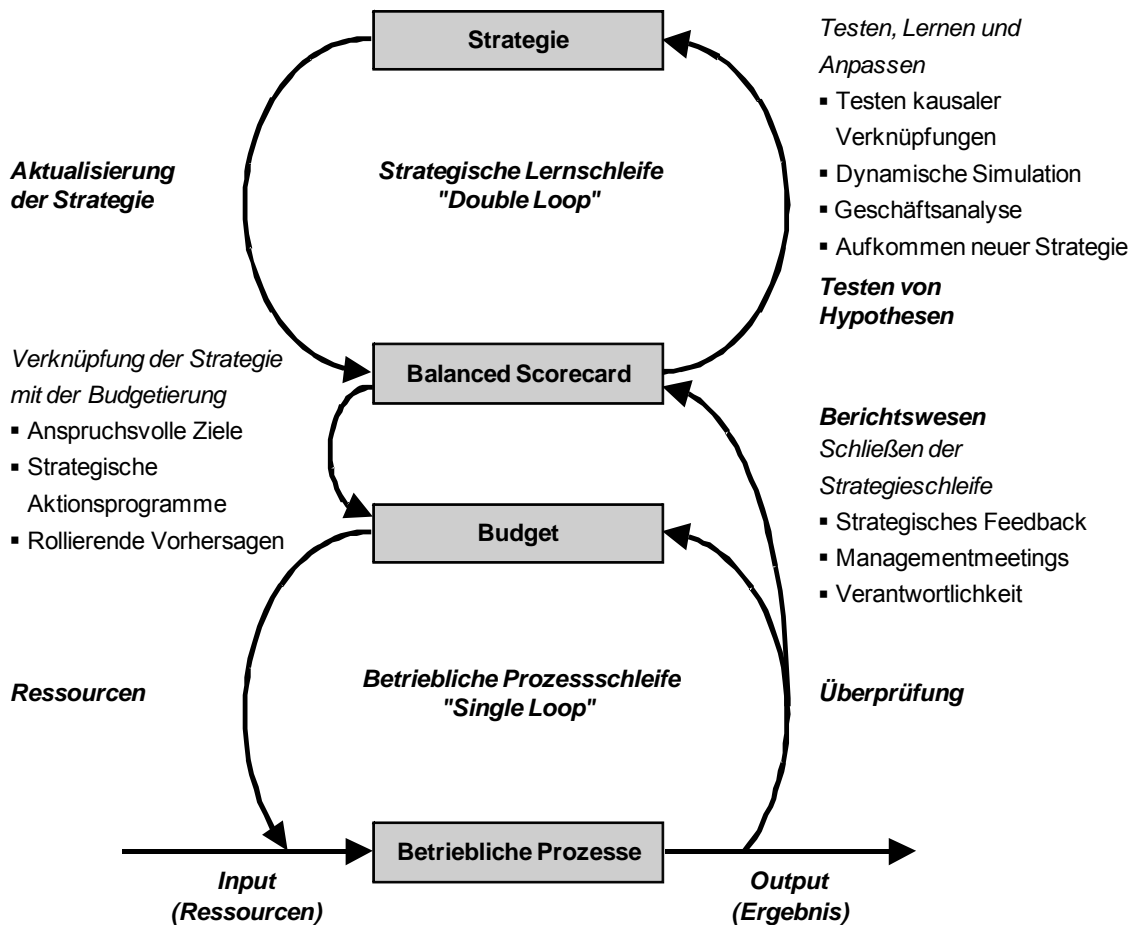


Abb. 3.3 Die Strategie als kontinuierlicher Prozess (KAPLAN & NORTON, 2001)

Die betriebliche Erfahrung zeigt, dass eine nachhaltige Verankerung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen die Schaffung einer sachlichen Argumentationsgrundlage für einen nutzenorientierten Umgang mit Gesundheit erfordert (BRAUN et al., 2007; THIEHOFF, 2004). Ihrer Logik folgend wird die überwiegende Mehrzahl von Managern nur dann eine BGM-Maßnahme bewilligen, wenn eine positive Kosten-Nutzen-Relation aufgezeigt werden kann, dem (vereinfachenden) Grundsatz folgend „If you can't measure it, you can't manage it“ (KAPLAN & NORTON, 1996).

Moderne Performance Measurement-Konzepte, wie die Balanced Scorecard, treten mit dem Anspruch an, über die Abbildung plausibler Ursache-Wirkungsbeziehungen eine Verbindung von immateriellem Vermögen – wie der Gesundheit der Beschäftigten – zum finanziellen Erfolg aufzuzeigen, um rein quantitative bzw. monetäre Entscheidungskriterien zu erweitern. Damit treten „*vorlaufende Elemente*“ in den *Vordergrund*. KAPLAN & NORTON (1996) sprechen bei einer Abbildung dieses Sachverhalts in nicht-finanziellen Kennzahlen von „leading indicators“. Damit ist die Annahme verbunden, dass sich die nicht-finanziellen Steuerungsaspekte finanziell auswirken werden.

Der Erfolg des betrieblichen Gesundheitsmanagements dürfte damit immer stärker von ihrer nachgewiesenen und für die Entscheidungsträger nachvollziehbaren Wirtschaftlichkeit sowie einer praktikablen Steuerung zur Umsetzung der Maßnahmen abhängen. Die BSC eignet sich insbesondere aufgrund der expliziten Verwendung von Ursache-Wirkungsbeziehungen als Grundlage zur Steuerung, weil diese im Steuerungskontext des BGM bisher weitestgehend unbekannt sind. Um die Wirksamkeit und Bedeutung des Gesundheitsmanagements für den einzelnen Betrieb aufzuzeigen und dieses zentrale Handlungsfeld in das Bewusstsein des Managements zu rücken, müssen praxistaugliche BGM-Steuerungskonzepte entwickelt werden, die sich nicht nur an Evaluationsmodellen der Arbeitswissenschaft, sondern auch an den Zielen und Instrumenten des Managements und Controllings orientieren (KRÜGER et al., 1998; FRÖHNER et al., 2002).

Die BSC kann jedoch nur den Rahmen eines Steuerungs- und Bewertungsinstruments für das BGM bilden. Es bedarf in jedem Unternehmen, das sich der BSC als Steuerungsinstrument bedienen will, der Spezifizierung und prozesshaften Annäherung an die jeweiligen inhaltlichen und betrieblichen Anforderungen. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel ein Konzept zur umfassenden Betrachtung des betrieblichen Gesundheitsmanagements vorgestellt, das in den BSC-Rahmen integriert werden kann.

3.2 Konzept zur ganzheitlichen Betrachtung des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Ein grundsätzliches Problem des BGM zum derzeitigen Entwicklungsstand ist, dass betriebliche Gesundheitsförderung meist noch nicht strategisch in die Unternehmensprozesse integriert ist, sondern tendenziell durch betriebliche Einzelmaßnahmen umgesetzt wird. Dieser Fakt widerspricht der Forderung der WHO, die eine stärkere Vernetzung unterschiedlicher, sich ergänzender Maßnahmen fordert. Durch eine mangelnde strategische Ausrichtung können die Maßnahmen ihr volles Potenzial nicht umfassend entfalten.

Traditionelle Maßnahmen der Arbeitsgestaltung verfolgen das Ziel, gesundheits-schädliche Einflüsse in der Arbeitssituation so weit wie möglich zu reduzieren (siehe bspw. HACKER, 1991; KERN et al., 2005). Neuere BGM-Ansätze unterstützen zusätzlich die gesundheits- und kompetenzförderlichen Potenziale der arbeitenden Person (vgl. Kapitel 2).

Aus der *psychologischen Perspektive* finden sich durch Aufbau und Stärkung von Gesundheitsressourcen der Beschäftigten weitere Interventionsbereiche, bei denen

vornehmlich am Verhalten der arbeitenden Person, aber auch an externen Faktoren angesetzt wird. Ein solcher Ansatz kann durch das *PSO-Modell* veranschaulicht werden, das auf die Person (P), also z. B. Fähigkeiten und Fertigkeiten des Beschäftigten, die Situation (S), z. B. die Arbeitsplatzgestaltung, und die Organisation (O), z. B. die Unternehmenskultur, fokussiert. Diese Basis führt zu der Annahme, dass das *gesundheitliche Verhalten* eines Beschäftigten durch die Faktoren (P), (S) und (O) sowie deren Interaktionen $P \times S$, $P \times O$, $S \times O$ und $P \times S \times O$ beschrieben werden kann. Das heißt gesundheitsförderliches Verhalten wird nicht allein auf einen Faktor zurückgeführt, sondern es sind immer alle betrieblichen Komponenten beteiligt und müssen dementsprechend berücksichtigt werden. Darüber hinaus existieren möglicherweise „Versandungseffekte“, d. h. einer möglichen positiven Wirkrichtung von Faktoren, die die Gesundheit positiv beeinflussen, können unbekannte Störfaktoren entgegenwirken und somit einen möglichen positiven Effekt reduzieren oder sogar komplett aufheben, insbesondere da es sich bei BGF um dynamische Prozesse handelt. Die damit verbundene Nachhaltigkeit ist meist durch eine einzige Intervention nicht gegeben. Diese Problematik wird in Abb. 3.4 verdeutlicht. Es ist somit wichtig, alle Einflussfaktoren eines Modells zu kennen, um die direkten bzw. indirekten sowie die positiven bzw. negativen Wirkungen zu identifizieren. Es muss weiterhin beachtet werden, dass die gewünschten Effekte (gerade im Falle von Prävention) gegebenenfalls erst nach längeren Zeiträumen auftreten und nur bei konsequenter Umsetzung entstehen.

Es ist möglich, die PSO-Faktoren und ihre Interaktionen durch statistische Verfahren sichtbar zu machen. Die Varianzaufklärung gibt Informationen darüber, welche positiven Effekte existieren und wie stark diese Interaktionseffekte eine abhängige Variable (bspw. den Unternehmenserfolg) erklären.³

³ In der Statistik ist die Varianzaufklärung (beschrieben durch Bestimmtheitsmaß R^2 ; siehe hierzu auch Kapitel 4.4) ein Maß für die durch ein Modell erklärte Streuung eines empirischen Datensatzes. Die Varianzaufklärung erklärt somit die Wirksamkeit einer (oder mehrerer) unabhängigen Variable(n) auf die abhängige Variable (BORTZ & DÖRING, 2006). Daraus ergibt sich, welche Menge an Informationen (unbekannte Variablen) zur Vollständigkeit des Modells fehlen. Ein Modell mit einer Varianzaufklärung von 50 % beschreibt die abhängige Variable zu 50 % aus den gewählten unabhängigen Variablen, aber lässt darauf schließen, dass weitere 50 % durch andere, unbekannte Faktoren erklärt werden können. Die Varianzaufklärung bezieht sich naturgegeben auf die Stichprobe. Im vorliegenden Fall sind die Modellaussagen somit in erster Linie für das Fallstudienunternehmen gültig (siehe Kapitel 5).

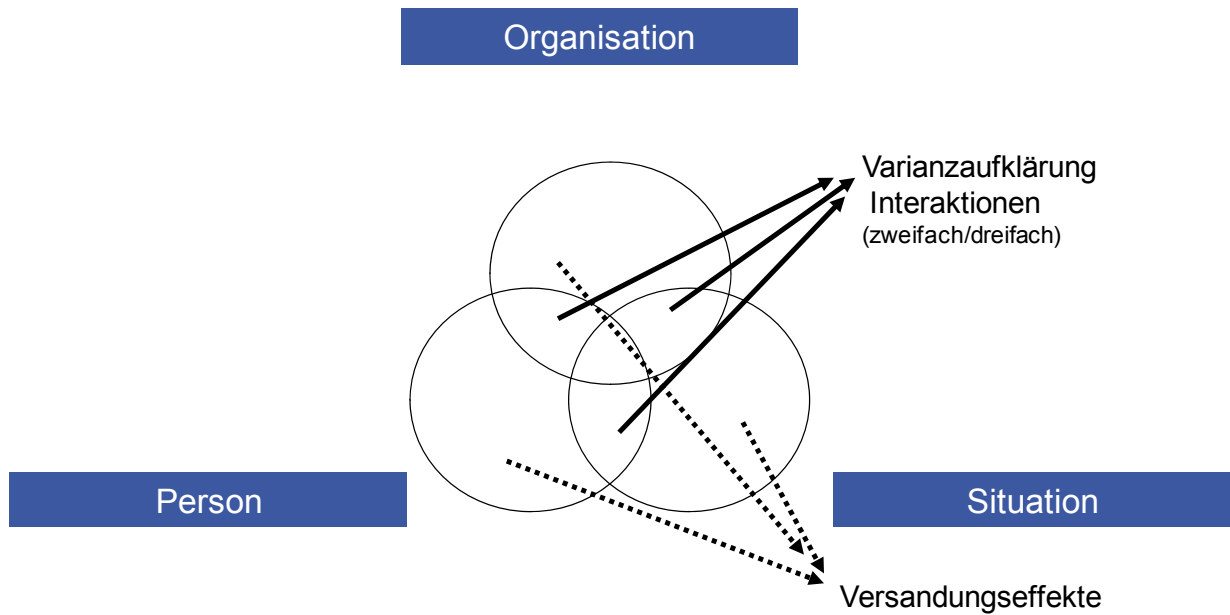


Abb. 3.4 Person, Organisation und Situation als Bezugsrahmen

Wenn beispielsweise persönliche Einstellungen verändert und Gesundheitswissen erworben wurde (P), die richtigen Anreize gesetzt werden (S) und die Kultur im Unternehmen das erwünschte Verhalten belohnt (O), ist die Wahrscheinlichkeit eines gesundheitsbewussten Handelns der Mitarbeiter erheblich höher. Deshalb ist es *notwendig, (P), (S) und (O) Faktoren bei der Planung und Evaluation von BGF-Maßnahmen zu berücksichtigen*. Tab. 3.1 zeigt Beispielmaßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention, die auf die Person, die Situation oder die Organisation abzielen.

Tab. 3.1 Beispielmaßnahmen in der Verhältnis- und Verhaltensprävention der BGF⁴

Maßnahmenbereich	Maßnahme	Fokus	Maßnahmenbereich	Maßnahme	Fokus
Aufgaben-gestaltung	Anforderungsvielfalt an Fähigkeiten der Person anpassen	PxS	Arbeits-fähigkeit	Fachschulungen durchführen	P
Arbeits-platz-gestaltung	Anordnung der Arbeitsmittel optimieren, Arbeitsplatz strukturieren, z. B. mit Farben, höhenverstellbare Tische und Stühle anschaffen	S	Beanspruchung	Beanspruchungs-optimierung schulen und durch Führungskräfte unterstützen; Herz-, Kreislauf- und Entspannungstrainings anbieten	PxSx O
Gefähr-dungs-reduktion	Gefährdungsanalyse durchführen und Gefährdungen beseitigen, z. B. durch Hebewerkzeuge	S	Einsatz von Skelett und Muskeln	Ergonomisches Sitzen, Heben und Tragen schulen (Rückenschule)	PxS
Beleuch-tung	Leselampe mit 1000 Lux anschaffen	S	Sucht-verhalten	Sozial- und Suchtberatung anbieten	PxO
Belüftung	Fenster einbauen; Grünpflanzen anschaffen	S	Ernährung	Gesunde Ernährung schulen und in der Kantine anbieten	PxO
Lärm	Schalldämpfung von Maschinen oder Absorber einrichten	S	Gehör-schutz	Gehörschutz zur Verfügung stellen und Anwendung trainieren/honorieren	PxS
Schicht-arbeit	Vorwärtsrotierendes, kurzykliches Schichtsystem einführen	O	Sozial-verhalten	Mobbinghotline einrichten und Teamentwicklung durchführen	PxO

Es ist davon auszugehen, dass die technisch-ergonomische Situationsgestaltung (S) in den Betrieben bereits weitgehend optimiert ist (MÜLLER-GETHMANN et al., 2003). Hingegen weisen psycho-soziale Faktoren, die sich oft aus organisationalen Faktoren, wie Führung und deren Interaktionen mit Personen (PxO), ergeben, noch erhebliches Verbesserungspotenzial auf. Laut KASTNER (2006) resultiert somit aus den Interaktionseffekten von P, S, und O die höchste Varianzaufklärung menschlichen Verhaltens in Organisationen. Somit sind es diese Faktoren, die als die relevanten Stellschrauben für eine optimale Passung der Interaktionen fungieren.

⁴ Legende: Fokus auf P (=Person), S (=Situation), O (=Organisation) oder deren Interaktion (=x)

In der betriebswirtschaftlichen Logik werden oft nur diejenigen Faktoren und Maßnahmen in die Entscheidungsfindung einbezogen, deren ökonomische Kosten- und Nutzenrelation bewertbar ist. Betriebliche Effekte beruhen jedoch auch stark auf den Verhaltensweisen, den Fähigkeiten und dem Commitment der Beschäftigten, die sich in Leistungsparametern und damit ebenfalls in betriebswirtschaftlichen Kennzahlen niederschlagen. Angelehnt an die Wertschöpfungskette nach PORTER (1985), die ein Grundkonzept für strategische Planung darstellt, gilt es hier vor allem, die Effekte zu identifizieren, die den Erfolg beeinflussen. KASTNER (2006) hat diese Logik anhand des *Behaviour Evaluation Model* (BEM) operationalisiert (vgl. Abb. 3.5). Im Gegensatz zum originären Modell von Porter liegt der Fokus dieser Variante stärker auf organisationspsychologischen Ursache-Wirkungsbeziehungen, die wiederum Einfluss auf Erfolgsgrößen nehmen.

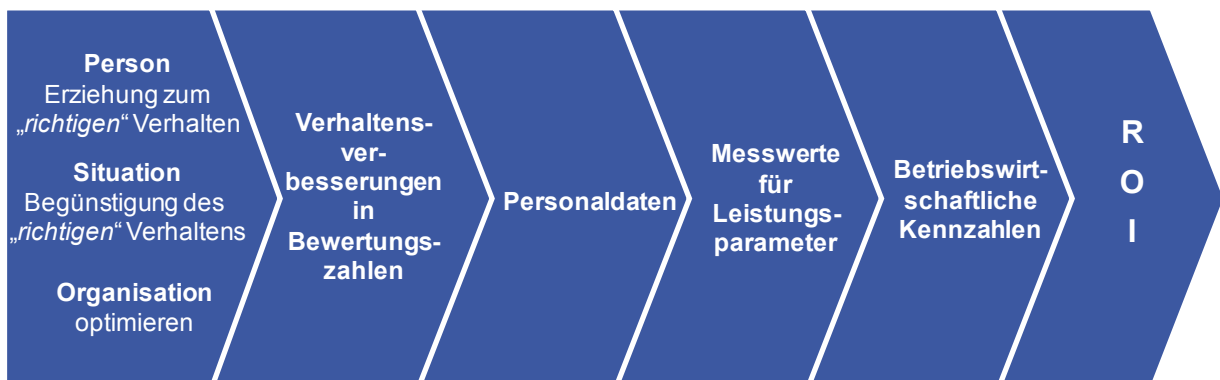


Abb. 3.5 Logik des BEM-Modells (KASTNER, 2006)

Das BEM identifiziert relevantes (hier: gesundheitsförderliches) Verhalten der Beschäftigten und beschreibt das Zustandekommen dieses Verhaltens über die oben beschriebenen Faktoren der Person, der Situation und der Organisation sowie deren Interaktionen. Das Modell basiert auf der Logik der „Systemverträglichen Organisationsentwicklung“ (Kastner, 1998), die auf den drei Hauptbereichen Personalentwicklung, Organisationsentwicklung und Personalpflege basiert. Um die Effekte einer Verhaltensänderung messen zu können, sind definierte Leistungsparameter (hier: empirisch zu erfassende Erfolgsfaktoren wie Produktivität oder Qualität) notwendig, anhand derer die Resultate der BGF-Maßnahmen veranschaulicht und ihre Erfolge bewertet werden können. So lassen sich gesundheitsbezogene „Wertschöpfungsprozesse“ abbilden, die sowohl steuerbar als auch zu bewerten sein können.

Im Fokus des Modells steht die inhaltliche Evaluation von Verhaltens- und Erlebensprozessen. Im Rahmen dieser Evaluation werden die komplexen psychologischen Ursache-Wirkungsbeziehungen zu Faktoren zusammengefasst (z. B. Coping oder Motivation), die wiederum Auswirkungen auf die Unternehmensprozesse haben. Ein solcher Effekt ist beispielsweise, dass eine gesunde Belegschaft höhere Produktivität aufweist bedingt durch verschiedene psychische und physische Faktoren, die im Rahmen dieser Untersuchung aufgezeigt werden sollen.

Bei einer statistischen Analyse der Effekte muss berücksichtigt werden, dass die Komplexität der Ursache-Wirkungsbeziehungen in Bezug auf Gesundheit eine Vielzahl von Effekten bedingen, die allein kein ausreichend großes Gewicht erreichen um Relevanz zu zeigen, aber in ihrer Summe dennoch von Bedeutung sein können. Damit werden möglicherweise nur die zentralen Ursache-Wirkungsbeziehungen dargestellt. So ist bspw. der Zusammenhang zwischen persönlicher Leistung und Produktivität ein direkter Effekt. Faktoren, die jedoch die persönliche Leistung beeinflussen (Gesundheit, Psyche, Motivation, Führung etc.) sind hinsichtlich der Produktivität indirekte Effekte, da sie über die Leistung des Mitarbeiters Auswirkungen zeigen. Die Möglichkeit zur Erfolgsanalyse von Ursache-Wirkungsbeziehungen im Rahmen des BGM stellt die Schnittstelle zur BSC dar.

Abb. 3.6 veranschaulicht das Vorgehen der Evaluation im Kontext eines BGM. Vor der Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist es sinnvoll und notwendig, die betrieblichen Realzustände, also die tatsächlichen Zusammenhänge im Rahmen von Gesundheit und Unternehmenserfolg, zu erfassen. Vor der Erfassung der Ist-Zustände ist es wichtig, einen Idealzustand unter gegebenen, nicht veränderbaren Umständen, zu definieren. Dieser Idealzustand stellt die optimalen Zusammenhänge von Gesundheit und Erfolg eines Unternehmens dar, die erreicht werden können/sollen. Hierzu können wertvolle Hinweise durch die Integration der Beschäftigten gewonnen werden. Durch die Integration von Mitarbeitern in die Zielfindung ergibt sich zum einen der Vorteil, dass deren individuelle Bedürfnisse und Belange bzgl. Gesundheitsförderung erfasst werden können. Zum anderen führt die Beteiligung der Beschäftigten zu höherer Akzeptanz der BGF im Unternehmen. Anschließend wird durch den Abgleich von Ideal- und Realzuständen bestimmt, welche Interventionen erforderlich sind. Auf dieser Basis werden dann entsprechende Maßnahmen durchgeführt und evaluiert. Nach Durchführung einer (oder mehrerer) Intervention(en) werden die Faktoren erneut erhoben um die Maßnahme hinsichtlich ihres Effektes auf das gewünschte Ziel (z. B. Verhaltensänderung) zu messen. Je nach angestrebtem Ziel kann sich die Evaluation auf Werte, wie Gesundheitszustand der Belegschaft, Mitarbeiterzufriedenheit und Commitment oder ökonomische Parameter beziehen. Vergleicht man die Investitionen mit dem Ergebnis der durchgeführten Maßnahmen kann letztlich die Abbildung des „Return on Investment“ und damit eine entsprechend fundierte betriebswirtschaftliche Begründung der BGF erfolgen.

Das BEM ist als alleinstehendes Modell zur Evaluation von Maßnahmen im Rahmen der „Systemverträglichen Organisationsentwicklung“ (KASTNER, 1998) entwickelt worden. Durch die Verbindung mit der BSC als Rahmenmodell wird das Verfahren dahingehend angepasst, dass der Gesundheitsevaluationsprozess (Idealentwicklung und Realmessung) als Grundlage für die Identifikation von psychosozialen Ursache-Wirkungsketten dient. So ermöglicht das BEM die Identifikation von Faktoren, die in der Lage sind, das komplexe Konstrukt „Gesundheit“ abzubilden und die als Grundlage für die Ableitung von Kennzahlen innerhalb der BSC-Perspektiven herangezogen werden können.

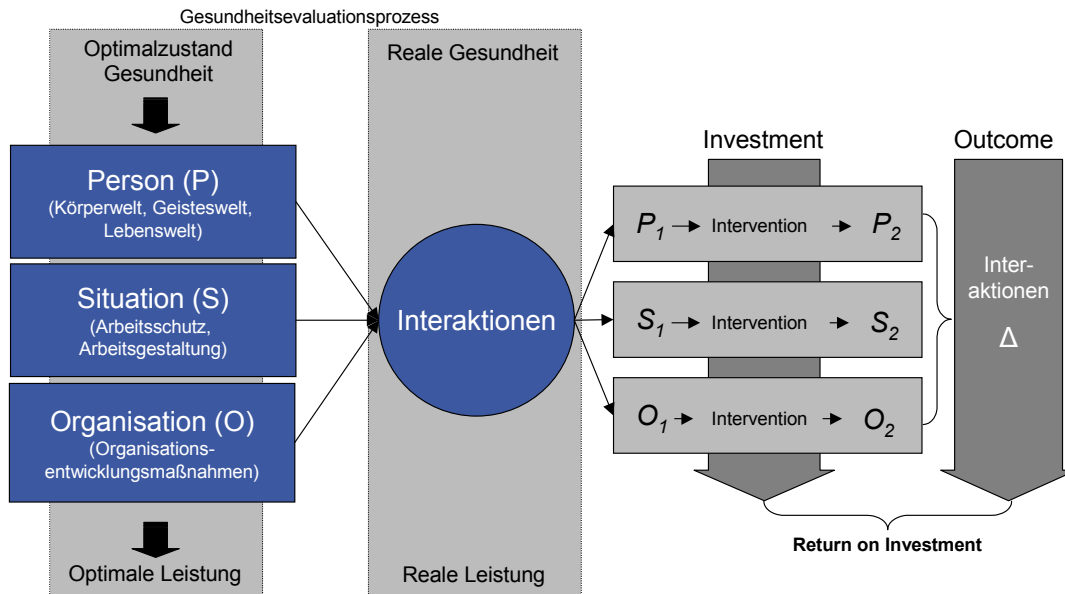


Abb. 3.6 Behavior Evaluation Model (BEM)

3.3 Steuerungs- und Bewertungskonzept „Gesundheits-BSC“

Das im Folgenden beschriebene Konzept führt die Modelle BEM und die BSC zu einem umfassenden Ansatz für das betriebliche Gesundheitsmanagement zusammen. Die BSC wird im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements als Instrument zur unternehmensinternen Koordination verstanden. Der inhaltlichen Logik der BSC folgend, werden zur mehrdimensionalen Leistungsmessung und Steuerung der BGM-Maßnahmen *vier Betrachtungsperspektiven* (i. S. v. Messbereichen) identifiziert:

- *Erfolg (Perspektive 1)*: Welche Kosten- und Nutzenziele müssen gesetzt werden, um zu den wirtschaftlichen Zielen des Unternehmens beizutragen?
- *Gesundheit und Beschwerden (Perspektive 2)*: Welche strategischen Ziele sind hinsichtlich des (Gesundheits-)Verhaltens der Beschäftigten zu setzen, um positive Auswirkungen in Bezug auf materielle und immaterielle Ziele zu erreichen (Gewünschte Effekte bezüglich P, S und O als Ziele)?
- *Prozesse des Gesundheitsbereichs (Perspektive 3)*: Wie müssen die Leistungen und Prozesse gestaltet werden, um eine optimale Gesundheitsförderung gewährleisten zu können und die Ziele in Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Beschäftigten sowie Kosten und Nutzen zu erreichen (Beeinflussung von P, S und O als Ziele)?
- *Potenziale des Gesundheitsbereichs (Perspektive 4)*: Wie müssen Entwicklungs- und Wandlungsfähigkeit (z. B. Aufmerksamkeit für Gesundheitsthemen) der an der Gesundheitsförderung beteiligten Akteure (z. B. Führungskräfte, Gesundheitsexperten) verbessert werden, um die Ziele zu erreichen?

Zur Ableitung der gesundheitsbezogenen Ziele wird das PSO-Modell herangezogen. Auf diese Weise kann die BSC mit möglichen Zielen befüllt sowie Hypothesen über

Ursache-Wirkungsbeziehungen im Sinne einer Strategy Map erstellt werden. Hierzu werden in einem *top-down-Prozess* auf Basis der (unternehmensspezifischen) Erfolgsziele zunächst die erfolgskritischen Geschäftsprozess-, Leistungs- und Verhaltensbereiche identifiziert und dann die entsprechenden Ziele für die Gestaltungsfaktoren abgeleitet. Auf Basis des angestrebten Gesundheitsverhaltens können wiederum Ziele für die Prozesse des Gesundheitsbereichs identifiziert werden. Aus den Prozesszielen lassen sich erforderliche Potenziale der am BGM beteiligten Gruppen entwickeln. Die so aus der Unternehmensstrategie gewonnenen gesundheitsbezogenen Ziele ermöglichen eine Ausrichtung des BGM an den Bedürfnissen des Unternehmens. Dabei gilt es, sich an den grundlegenden Erfolgsfaktoren und ihren zugrundeliegenden Ursache-Wirkungsbeziehungen zu orientieren. Somit ist es die zentrale Herausforderung, diejenigen Faktoren zu identifizieren und zu messen, welche den wirtschaftlichen Erfolg von BGM-Maßnahmen maßgeblich beeinflussen. Auf dieser Basis können Führungspersonen mit wenigen ausgewählten Messgrößen, die diese Faktoren messen, die Unternehmensaktivitäten steuern. Dieses Vorgehen ist in Abb. 3.7 veranschaulicht.

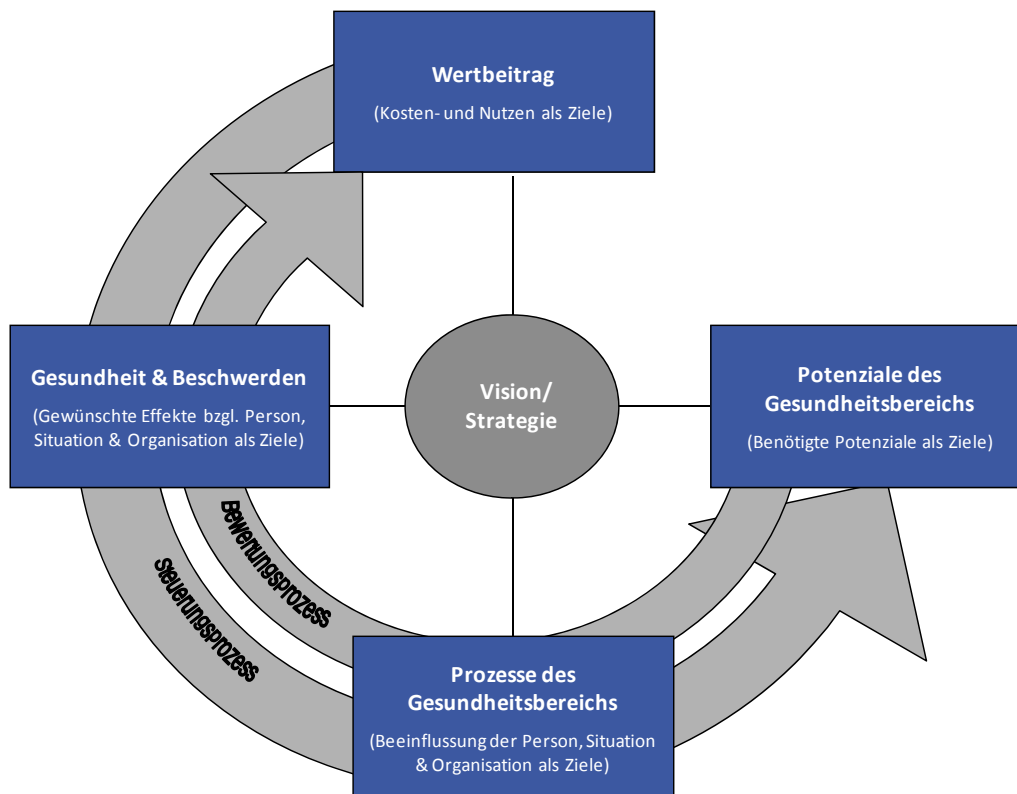


Abb. 3.7 Grundstruktur des Steuerungs- und Bewertungskonzepts für das BGM

Es ist essentiell, dass die Ziele auf den verschiedenen dargestellten Perspektiven durch das Unternehmen selbst festgelegt werden und die daraus entstehende strategische Logik konsequent umgesetzt wird. Dies ist der in der Abbildung beschriebene *Zielfindungsprozess*.

Der *Aufbau* und die *Überprüfung* von *Ursache-Wirkungsmodellen* zwischen den Erfolgsfaktoren stellen eine zentrale Forschungsaufgabe dar. Erst ein Verständnis der

Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen zentralen Einflussfaktoren der Wertschöpfung ermöglicht eine erfolgreiche Steuerung der Unternehmensaktivitäten. In Abb. 3.8 sind formale Ursache-Wirkungsbeziehungen für die Evaluation und Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements dargestellt. Bei der Konzeption einer Strategy Map des BGM sind insbesondere die zentralen Wirksamkeitsparameter bei der Analyse und Auswahl der gesundheitsbezogenen Ursache-Wirkungszusammenhänge zu berücksichtigen. Beispielsweise sind hier die Faktoren

- Absentismus (d. h. die Abwesenheit aufgrund von Krankheit),
- Präsentismus (d. h. die Anwesenheit mit Leistungseinschränkungen aufgrund von Krankheit bzw. Beeinträchtigungen) oder
- Krankheitsverlauf (d. h. die Erholung oder Chronifizierung einer Krankheit oder Einschränkung mit langfristigen Folgen für die Arbeitsfähigkeit)

zu beachten. Ziel einer ganzheitlichen Steuerung von BGM-Maßnahmen und -Programmen ist es, deren Beiträge auf die gewünschten Effekte für bestimmte Zielgruppen im Unternehmen hin zu überprüfen. Ebenso ist zu untersuchen, wie sich Einflussfaktoren, wie Krankheitstage, Leistungseinschränkungen am Arbeitsplatz, Krankheitsverläufe, Unternehmenskultur etc., auf die Leistungsfähigkeit des jeweiligen Betriebes auswirken. Hierbei werden verschiedene Betrachtungsebenen berücksichtigt.

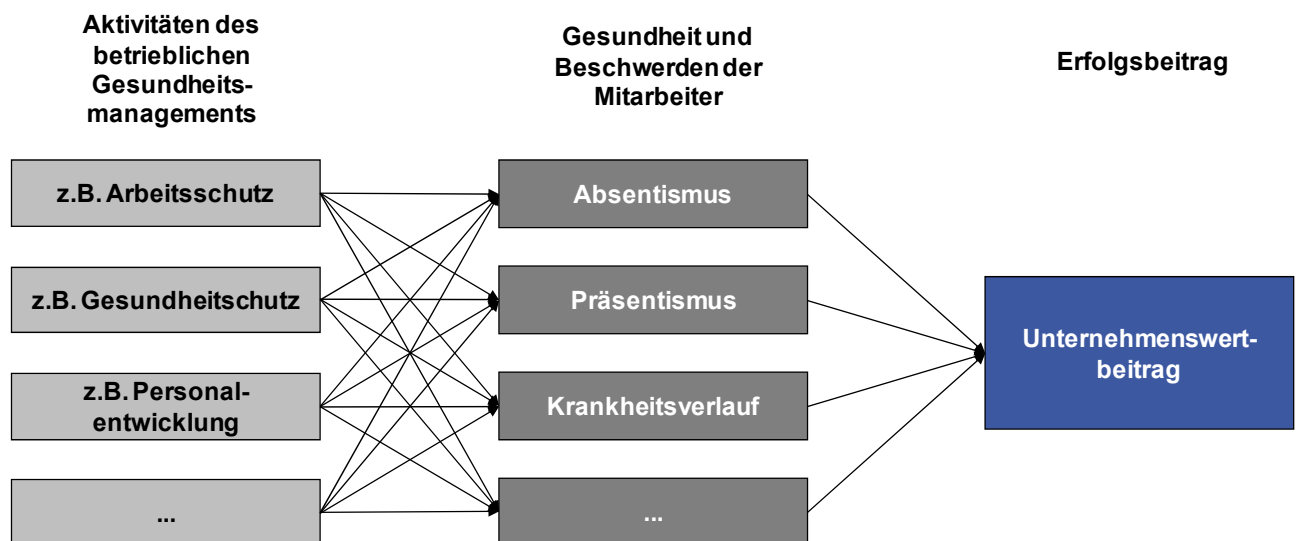


Abb. 3.8 Grundlegende Ursache-Wirkungsbeziehungen im Bereich des BGM

Diese Leistungsfähigkeit lässt sich monetär (z. B. Personalkosten, Materialkosten, erzielte Erlöse) und nicht-monetär (z. B. Kundenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Prozessqualität) ausdrücken. Dabei kann der Nutzen auf der Prozessebene (z. B. Prozessqualität im Sinne von Förderung von Engagement und Leistung, Förderung von Kreativität oder Optimierung von Prozessen) und der Organisationsebene (Unternehmenswertbeitrag, z. B. im Sinne von Innovationsfähigkeit durch Unternehmenskultur, Mitarbeiterbindung oder Kundenorientierung) analysiert werden (PENNIG et al., 2006; PENNIG & VOGT, 2005; PENNIG, 2005).

Bei der Analyse der Ursache-Wirkungsbeziehungen aber auch bei der organisatorischen Implementierung eines Bewertungs- und Steuerungsinstruments für das BGM muss berücksichtigt werden, dass eine umfassende Gesundheitsförderung, welche über die Kuration hinausgeht, von *mehreren Organisationseinheiten kooperativ* erbracht wird. Um eine strategische Ausrichtung zu ermöglichen, müssen bei der Entwicklung eines solchen Instruments alle relevanten Akteure identifiziert und beteiligt werden.

Die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der Gesundheitsförderung sind unterschiedlichen Verantwortungsbereichen (z. B. Betriebsärztlicher Dienst, Personalbereich, Arbeitsplanung) zugeordnet. Voraussetzung für eine erfolgreiche Entwicklung und Implementierung der BSC ist jedoch ein *institutioneller Rahmen*, der klare Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kooperationsbeziehungen klar spezifiziert. Für eine effektive und effiziente Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung wird daher vorgeschlagen, einen „virtuellen Gesundheitsbereich“ (VG) zu definieren. Der VG integriert als Querschnittsbereich sämtliche Akteure, Strukturen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und Anspruchsgruppen (vgl. Abb. 3.9).

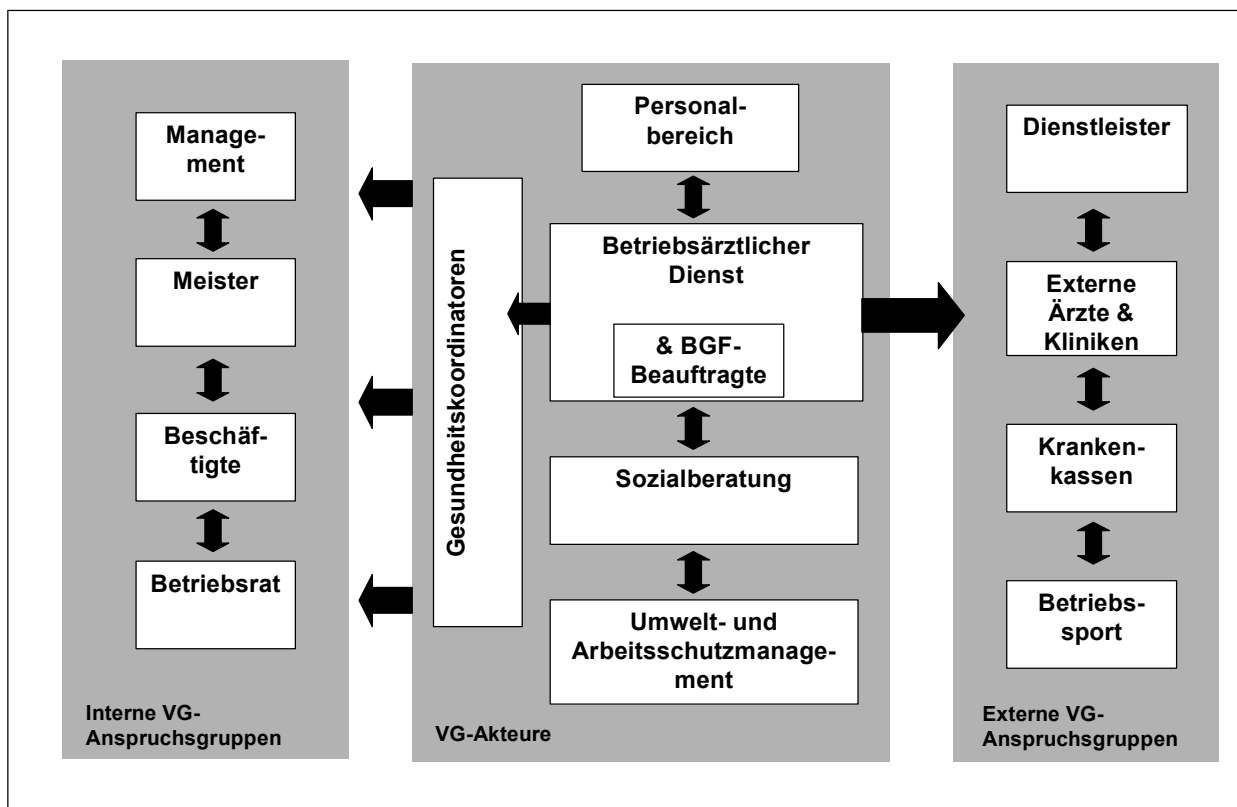


Abb. 3.9 Akteure und Anspruchsgruppen eines virtuellen Gesundheitsbereichs (Beispiel)

Akteure des VG können bspw. der Gesundheitsmanager, Betriebsärzte, Gesundheitskoordinatoren, Personalfachleute oder Beauftragte der betrieblichen Gesundheitsförderung sein. Idealerweise ist die Verantwortlichkeit für den VG bei einem Gesundheitsmanager verankert, der sämtliche Akteure im Gesundheitsbereich koordiniert und die Verantwortung für die Weiterentwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und die Wirkungskontrolle übernimmt. Andere Personen und

Gruppen können die operative Maßnahmenumsetzung unterstützen. Somit umfasst der VG beispielsweise die betrieblichen Funktionen „Gesundheitsförderung“, „Personal“, „Arbeitsgestaltung“ und „Arbeitsschutz“ sowie „Personal- und Organisationsentwicklung“. Ziel ist es, die an der Wertschöpfung beteiligten betrieblichen Stakeholder „Beschäftigte“ und „Führungskräfte“ (d. h. Meister, Management) im Sinne eines „gesunden Verhaltens“ zu unterstützen. Externe Akteure wie bspw. der Betriebsrat, externe Gesundheitsdienstleister, Ärzte, Kliniken und Krankenkassen können ebenfalls in das betriebliche Gesundheitsmanagement eingebunden werden.

3.4 Ableitung des Bezugsrahmens

Ursache-Wirkungsbeziehungen bilden die Basis einer BSC. Diese Beziehungen sind im Rahmen der BGF sehr komplex und wurden bisher noch nicht im Sinne der BSC-Logik dargestellt. Aus diesem Grund wird im Folgenden ein Bezugsrahmen entwickelt, der die Logik von Gesundheitsstrategien in einem Ursache-Wirkungsmodell abbildet. Für die Entwicklung einer solchen *strategischen Logik* wird ein theoretischer „Unterbau“ erläutert, welcher die dem oben entwickelten Konzept zugrundeliegenden Ursache-Wirkungsbeziehungen weiter konkretisiert und letztlich auch als Grundlage für die Ableitung des Forschungsdesigns (Kapitel 4) dient.

Das klassische Verständnis des strategischen Managements aus betriebswirtschaftlicher Sicht basiert auf einer Marktsicht (PORTER, 1990). Produkt-Markt-Kombinationen werden hier als Quelle für Wettbewerbsvorteile angesehen. Im Gegensatz zu dieser Sichtweise, die neben der Marktposition auch physische und finanzielle Vermögensgegenstände als wettbewerbsrelevant erachtet, werden in der jüngeren Vergangenheit insbesondere auch immaterielle Vermögensgegenstände (zu einer Definition siehe AK "IMMATERIELLE WERTE IM RECHNUNGSWESEN", 2005) als Schlüsselressourcen für Wettbewerbsvorteile angesehen. Diese Entwicklung spiegelt den Wandel von der industriellen Ära zur Wissensökonomie wider und wird auch durch die Betrachtung von finanziellen und nicht-finanziellen Aspekten in der BSC deutlich. Dieser Sachverhalt wird im theoretischen Rahmen des „*Ressource-based View*“ (PENROSE, 1959; WERNERFELT, 1984; BARNEY, 1991) diskutiert.

Der sogenannte ressourcenorientierte Ansatz geht von der Annahme aus, dass zwischen Unternehmen Heterogenität in Bezug auf ihre Ressourcen besteht. Aus diesen Unterschieden können diesem Erklärungsansatz folgend dauerhafte Wettbewerbsvorteile für Unternehmen entstehen (BARNEY, 1991). Auf Basis dieser Annahme lassen sich Wettbewerbsvorteile für Unternehmungen über die Verfügbarkeit und Nutzung von Ressourcen und Ressourcenkombinationen im Sinne von Isolationsmechanismen erklären (RUMELT, 1984).

Ressourcen werden als alle Stärken und Schwächen eines Unternehmens definiert (WERNERFELT, 1984). Damit Ressourcen sich in überdurchschnittlichem Erfolg und Wettbewerbsvorteilen niederschlagen, postuliert BARNEY (1991), dass folgende Bedingungen zu erfüllen sind: Ressourcen müssen wertvoll, einzigartig, möglichst immobil, schwer imitierbar sowie schwer substituierbar sein. Konkret unterteilt BARNEY (1991) in (a) Physisches Kapital (z. B. physische Technologie, Ausstattung, Lage, Zugang zu Rohmaterial), (b) Humankapital (z. B. Wissen, Erfahrungen, Beziehungen) sowie (c) Organisationales Kapital (z. B. Planungs-, Controlling- und Kommunikationssysteme).

Dabei besteht eine überlegene Ressourcenarchitektur aus einer Kombination von materiellen und immateriellen Ressourcen. Die Beziehungen zwischen beiden Ressourcentypen sind diesem Ansatz nach von essentieller Bedeutung, wenn Ressourcen als verfügbare Inputs interpretiert werden, die erfolgreiches Handeln ermöglichen (AMIT & SCHOEMAKER, 1993; DIERICHX & COOL, 1989). Jedoch führt die alleinige Existenz bestimmter materieller und nicht-materieller Ressourcen nicht notwendigerweise zu Erfolg. Vielmehr ist der Wert von Ressourcen kontextspezifisch und die spezifischen Beziehungen zwischen den Ressourcen scheinen besonders relevant zu sein (DIERICHX & COOL, 1998).

Der ressourcenorientierte Ansatz wird wegen einer fehlenden spezifischen Definition der zugrunde liegenden Konstrukte kritisiert, was eine empirische Überprüfung erschwert (BROMILEY, 2005; PRIEM & BUTLER, 2001). Trotz solcher Kritik ist der ressourcenorientierte Ansatz ein dominierendes Konzept, um den Erfolg von Unternehmen zu erklären. Maßnahmen, Prozesse und Kompetenzen, die im Rahmen der BGF durchgeführt bzw. gefördert werden, müssen als eine Kombination von physischen (z. B. BGF-Maßnahmen wie Rückenschulen) und intangiblen (z. B. Unternehmenskultur oder Kompetenz der BGM-Akteure, die Mitarbeiter zu einer nachhaltigen Nutzung zu bringen) Ressourcen verstanden werden. Mit anderen Worten kann von einer Interaktion von personellen, organisationalen und situativen Faktoren gesprochen werden, welche einen Erfolgsbeitrag leisten.

1. Um das BGM zielorientiert mittels eines auf eines BSC-basierten Konzepts steuern zu können, müssen die *Ursache-Wirkungsbeziehungen* zwischen den relevanten Ansatzpunkten Potenziale, Prozesse, Gesundheit und Beschwerden sowie dem Wertbeitrag *aufgedeckt* und *konkretisiert* werden. Diese bilden die Logik einer Gesundheitsstrategie ab (siehe hierzu den in Abb. 3.10 dargestellten Bezugsrahmen). Im Folgenden werden folgende fünf grundlegende *strategische Wirkpfade* im Rahmen des Bezugsrahmens aus existierenden Forschungsergebnissen abgeleitet und charakterisiert: Faktoren auf der *Prozessperspektive* (PSO) *beeinflussen* die Größen der *Gesundheits- und Beschwerdeperspektive* (Interaktionen zwischen PSO) sowie sich selbst.
2. Die im Fallstudienunternehmen durchgeführten *Interventionen* der BGF haben *Effekte* auf die *Gesundheits- und Beschwerdeperspektive*.
3. Faktoren der *Gesundheits- und Beschwerdeperspektive* wirken sich auf den *Gesamterfolg* der Organisation aus.
4. Faktoren der *Prozessperspektive* wirken sich entweder *direkt* oder *indirekt* über die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive auf den *Gesamterfolg* der Organisation aus.
5. Faktoren der *Potenzialperspektive* wirken sich entweder *direkt* oder *indirekt* über die Prozessperspektive auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive aus.

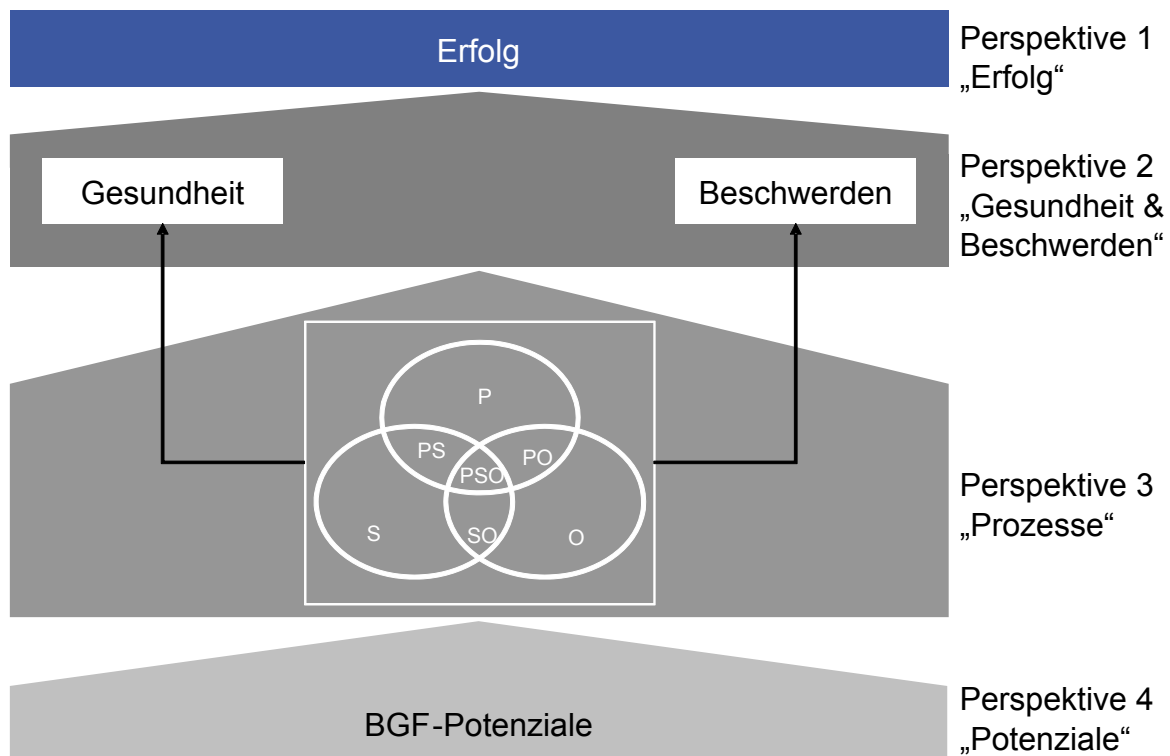


Abb. 3.10 Bezugsrahmen der Studie

Zunächst werden im Folgenden in den bisherigen Studien identifizierte *Effekte* zwischen der *BGF-Prozess-* und *Gesundheits- & Beschwerden-Perspektive* beschrieben. Die dargestellten Studienergebnisse bestätigen einen gerichteten Zusammenhang zwischen diesen Perspektiven.

Dem PSO-Modell folgend wird die Leistungsfähigkeit des Einzelnen durch die Tripelinteraktionen zwischen Person, Situation und Organisation beeinflusst. Diese Beziehungen sind auf den Mitarbeiter fokussiert, sie stellen die Grundlage für das weitere Wirkmodell in Bezug auf die organisationalen Erfolgsgrößen dar (nicht zu verwechseln mit den organisationalen Einflussfaktoren auf die Person). Im Rahmen des Modells wird von Verhaltensprodukten (empirische Konstrukte aus Faktoranalyse) ausgegangen, die durch PSO-Interaktionen gebildet werden. Im konkreten Anwendungsfall gilt es zunächst, die Prozesse und Faktoren zu identifizieren, die zu psychischen und physischen Fehlbelastungen führen bzw. umgekehrt diesen vorbeugen. Des Weiteren ist zu untersuchen, wie sich richtiges Gesundheitsverhalten für das Unternehmen im BGM-Prozess darstellt und wie es gefördert werden kann.

Die Prozessperspektive wird inhaltlich durch PSO-Faktoren abgebildet, welche die Gesundheit des Mitarbeiters direkt oder indirekt beeinflussen. Im Rahmen der Logik des PSO-Modells treten sie als Verhaltensprodukte oder Prozessergebnisse von Maßnahmen in Erscheinung. Sie stellen die möglichen Stellschrauben dar, welche die Zielinteraktionen „psychische und physische Gesundheit“ sowie mögliche Leistungseinschränkungen auf der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive erklären sollen.

So sind es typische Situationsvariablen wie Arbeitsschutz und der Arbeitsgestaltung, die laut Theorie einen positiven Einfluss auf die physische Belastungssituation haben bzw. die körperliche Gesundheit erhalten. Arbeitsgestaltungsprozesse betreffen u. a. ergonomische und sicherheitstechnische Maßnahmen sowie die Pausengestaltung und Entlohnungssysteme (FRIELING & SONNTAG, 1999). Die Frage lautet also, wie der Arbeitsplatz gestaltet werden muss (Verhältnisprävention), um die Belastungen für den Mitarbeiter zu reduzieren und damit eine optimale Beanspruchung zu ermöglichen. Traditionelles Ziel des Gesundheitsschutzes ist es, schädigende Auswirkungen der Arbeit innerhalb und außerhalb einer Organisation zu vermeiden (WENNINGER, 1999).

Hinzu kommt das Führungsverhalten (für den Mitarbeiter ein S-Faktor). Gutes Führungsverhalten (Vorbildfunktion, Transparenz, Kommunikation etc.) führt zu geringerer psychischer Belastung (GRÖBEN, 2005; HARNESK et al., 2005).

Ein weiteres Kriterium ist die Bewältigungsfähigkeit, oft auch als Coping-Fähigkeit bezeichnet (UDRIS & FRESE 1999). Angemessene fachliche, emotionale und soziale Kompetenz sowie hohe Motivation gelten als die wichtigsten persönlichen Gesundheitspotenziale (SYDÄNEMAANLAKKA & ANTELL, 2001). Die Copingfähigkeit ist ein typischer P-Faktor.

Organisationsbezogene Prozesse beziehen sich häufig auf die Wichtigkeit der sozialen Unterstützung. Soziale Unterstützung (PxSxO) bezieht sich auf direkte Hilfe, aber auch auf emotionale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte (SEMMER & UDRIS, 1995). Ergebnisse belegen, dass gesundheitliche Beschwerden bei höherer sozialer Unterstützung vermindert auftreten und überdies, dass höhere soziale Unterstützung die negativen Wirkungen von Belastungen dämpft bzw. puffert (ÖSTERREICH & VOLPERT, 1999). Für das Verhalten der Führungskräfte bedeutet dies, dass sie durch aktives Interesse und Hilfsbereitschaft sowie durch Einnehmen einer Vorbildfunktion einen Teil dazu beitragen können, um eine optimale Beanspruchung der Mitarbeiter zu ermöglichen. In Kontext der Führungskraft ist dieses Verhalten ein P-Faktor. Diese Grundlagen können z. B. im Rahmen von Schulungen für Führungskräfte oder durch Gesundheitszirkel geschaffen werden (ÖSTERREICH & VOLPERT, 1999). Hier kann eine Unterstützung der Führungskräfte durch z. B. das Wissen von Ärzten erfolgen. Wie bereits zu Beginn erwähnt, lassen sich die beschriebenen Ressourcen nicht immer getrennt voneinander betrachten, sondern die Interaktion der einzelnen Faktoren wirkt sich häufig auf den Gesundheitszustand der arbeitenden Personen aus.

Neben ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen im Unternehmen liegen die Probleme bei der Umsetzung der Gesundheitsförderung häufig im *individuellen Verhalten*. Um verhaltensorientierte Maßnahmen erfolgreich durchführen zu können, bedarf es der Unterstützung des Managements und der Einbeziehung der Beschäftigten bei der Planung und Implementierung von Maßnahmen sowie eine langfristige Planung, da sonst die gewünschten Effekte verpuffen können („Sylvestereffekt“).

Zudem sollten Maßnahmen mit einer hohen Bedarfsgerechtigkeit durchgeführten werden (ÖSTERREICH & VOLPERT, 1999). „Einige Autoren [...] sehen den entscheidenden Aspekt für die Wirksamkeit [...] betrieblicher Gesundheitsförderung in einer individuellen Beratung“. Dies bedeutet, dass die Probleme der Beschäftigten genau analysiert werden müssen, um gezielte Maßnahmen für die individuelle Person auswählen zu können. Vor allem Maßnahmen mit einer individuellen Beratungskomponente sind ermutigender als kollektive Informationsveranstaltungen (KREIS &

BÖDECKER, 2003). Zumeist berücksichtigen Programme die Sichtweise und Bedürfnisse der einzelnen Mitarbeiter nicht. Die Bedarfsgerechtigkeit ist auch von enormer Bedeutung, da die BGF sich den Herausforderungen einer alternden Belegschaft stellen muss. Das Alter der Belegschaft wird dann zum Kostenfaktor, wenn die Gesundheit und damit die Leistungsfähigkeit der Belegschaft beeinträchtigt werden. Zudem können sich Einsatzeinschränkungen auf Grund von mangelnden zeitgemäßen Qualifikationen ergeben (HARDEN et al., 1999). Folglich müssen Arbeitssysteme zukünftig an die immer älter werdenden Mitarbeiter angepasst werden, nicht zuletzt um ungünstige Arbeitsmarkteffekte zu kompensieren (KORSCHÄUSER, 2000). Hier sind vor allem Arbeitsplätze mit reduzierten Arbeitsbelastungen zu nennen, um auch Mitarbeiter mit gesundheitsbedingten Leistungseinschränkungen möglichst freizügig (z. B. in rotierenden Arbeitssystemen) einsetzen zu können. Daneben wird die Wichtigkeit der Anpassung an den demografischen Wandel durch das BGM betont (MEIERJÜRGEN & SCHERRER, 2004).

Eines der größten Probleme betrieblicher Gesundheitsförderung scheint die geringe Teilnahmequote zu sein. Das europäische Netzwerk für BGF (ENWHP 2006) definiert einen hohen Durchdringungsgrad als ein wichtiges Qualitätskriterium der betrieblichen Gesundheitsförderung. Darüber hinaus betonen KREIS & BÖDECKER (2003) sowie HARDEN et al. (1999), dass hohe Teilnahmequoten die Voraussetzung darstellen, um den Gesundheitszustand der Belegschaft mit Hilfe von verhaltenspräventiven Maßnahmen zu verbessern. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Selbstselektion, da gesundheitsbewusste Beschäftigte ohnehin an den Maßnahmen teilnehmen. Jedoch müssen für betriebsweit relevante Effekte vor allem diejenigen Beschäftigten zur Teilnahme motiviert werden, welche ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen. Nach HARDEN et al. (1999) gibt es Hinweise darauf, dass vor allem Jüngere, Frauen, Angestellte und Nichtraucher an den Maßnahmen teilnehmen.

Die Prozesse des Gesundheitsbereichs müssen so gestaltet werden, dass die BGF-Maßnahmen optimal eingesetzt werden. Dies erfordert eine enge Kooperation z. B. mit dem Produktionsbereich und dem Personalbereich. Die Logik des Bezugsrahmens (siehe Abbildung 3.9) führt somit auf den hier diskutierten Perspektiven Prozesse sowie Gesundheit und Beschwerden zu folgenden Annahmen über mögliche Wirkpfade:

- Wirkpfad 1: Die Konstrukte der Prozessperspektive (PSO) beeinflussen die Konstrukte der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive (Interaktionen PSO) sowie sich untereinander durch direkte und indirekte Effekte. Durch Veränderung dieser Stellschrauben verändern sich die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters.
- Wirkpfad 2: Durchgeführte BGM-Maßnahmen im Fallstudienunternehmen haben direkte und indirekte Effekte auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive. Diese steigern Gesundheit und reduzieren Fehlbelastungen.

Im Folgenden wird auf Basis von Studienergebnisse dargestellt, dass *Effekte* zwischen der *Prozess-*, *Gesundheits-* und *Beschwerdeperspektive* und *Erfolgsperspektive existieren*. Die Studien weisen auf eine Auswirkung der BGF-Prozesse, der Gesundheit der Mitarbeiter und dem Unternehmenserfolg hin.

Auf dieser Ebene werden Ursache-Wirkungsbeziehungen auf die organisationalen Erfolgsgrößen beschrieben. Ziel eines strategisch ausgerichteten BGM ist es einen Beitrag zur Erreichung der Unternehmensziele zu leisten. Effekte wie Leistungsschwankungen, Nachlassen der Konzentration und Ansteigen der Fehleranzahl sind Kennzeichen des Präsentismus (PxSxO). Sie haben ihre Ursache in unausgewogenen Belastungen am Arbeitsplatz. Daneben hängt der Absentismus, also die Fehlzeiten auf Grund von Krankheit oder mangelnder Motivation (FRIELING & SONNTAG, 1999), ebenfalls mit der Beanspruchung am Arbeitsplatz zusammen.

Die Ursachen des Absentismus wurden intensiv untersucht und Faktoren z. B., wie Arbeitszufriedenheit, Motivation, Belastungen, Gesundheitszustand, Gerechtigkeit, psychologischer Stress und wahrgenommene Absentismus-Normen, identifiziert, die einen Einfluss auf die Fehlzeiten ausüben (Kaufmann et al., 1982). Der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit einerseits und Fluktuations- und Fehlzeitenquoten andererseits kann aufgrund empirischer Untersuchungen als gesichert gelten (BRUGGEMANN et al., 1975; IVERSON & DEERY 1997; BROOKE & PRICE, 1989). Allerdings muss erwähnt werden, dass einige Autoren keinen direkten Einfluss der Arbeitszufriedenheit bestätigen (HARRISON & MARTOCCHIO, 1998). Es wurde festgestellt, dass eingreifende Maßnahmen wie z. B. Rückenschulen helfen, krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren. „Smoking, substance abuse, depression, and lack of exercise are supported by the most evidence as long-term, health related origins of absenteeism“ (HARRISON & MARTOCCHIO, 1998). Ein weiterer, wichtiger Einflussfaktor scheint das Vorgesetztenverhalten zu sein (SCHMIDT, 1996). In diesem Zusammenhang soll auf die Bedeutung von Abwesenheits-Normen oder auch Abwesenheits-Kultur eingegangen werden. Hier geht es darum, inwieweit Abwesenheit innerhalb der Organisation toleriert bzw. als normal angesehen wird (GELLATLY, 1995; JOHNS & NICHOLSON, 1982). Diese Normen haben entscheidenden Einfluss auf die gesamten Fehlzeiten einer Organisation (GELLATLY, 1995; AUSTRALASIAN FACULTY OF OCCUPATIONAL MEDICINE, 1999). DEERY et al. (1995) finden einen Zusammenhang zwischen den Fehlzeiten und der Absentismus-Kultur. Durch die Förderung von (personen-, organisations- und situationsbezogenen) Zielen kann eine optimale Beanspruchung und ein verbesserter Gesundheitszustand der Mitarbeiter erreicht werden (BULLINGER & BRAUN, 2001; KREIS & BÖDECKER, 2003; ÖSTERREICH & VOLPERT, 1999; STÖSSEL & MICHAELIS, 2001; ULICH, 2002).

BGM-Maßnahmen, welche das Coping, den Gesundheitszustand und die Zufriedenheit der Mitarbeiter fördern, können demnach zu einer Senkung der Fehlzeiten und damit zu einer Steigerung der Wirtschaftlichkeit beitragen. Negative Folgen von hohen Fehlzeiten betreffen auf der individuellen Ebene vor allem die Arbeitsleistung (HARRISON & MARTOCCHIO, 1998). BYCIO (1992) kommt in einer Meta-Analyse zu dem Ergebnis, dass es einen signifikanten, negativen Zusammenhang zwischen Absentismus und Leistung gibt. Auf organisationaler Ebene haben hohe Fehlzeiten vor allem Auswirkungen auf die Kosten und auf die Produktivität (HARRISON & MARTOCCHIO, 1998; BROWN & SESSIONS, 2004; BADURA et al., 2001; BUSCHAK et al., 1996). Die Kosten spiegeln sich unter anderem in Kosten für Lohnfortzahlungen und dem Ersetzen der nicht anwesenden Arbeiter wider. Empirische Untersuchungen belegen die Auswirkungen auf Produktivität und Kosten (HARRISON & MARTOCCHIO, 1998; AUSTRALASIAN FACULTY OF OCCUPATIONAL MEDICINE, 1999; MARTOCCHIO, 1992; KREIS & BÖDECKER, 2003). In den meisten Untersuchungen im Zusammenhang mit Krankheiten am Arbeitsplatz wird allerdings

der Präsentismus vernachlässigt und stattdessen der Fokus auf den Absentismus gelegt (DEW et al., 2005). Darüber hinaus führt eine Verringerung des Absentismus zu einer Steigerung der Flexibilität, da damit die Anzahl an vorhandenen Arbeitskräften steigt, welche notwendige Qualifikationen besitzen, um bestimmte Tätigkeiten auszuführen (RHODES & STEERS, 1990). Die Kosteneffekte des Absentismus sind offensichtlich und direkt messbar.

In Zusammenhang mit der Gesundheit wird ein weiteres Verhaltensmuster genannt, welches oftmals nur schwer oder überhaupt nicht erkannt wird, dabei aber deutlich höhere Kosten und Produktivitätsverluste verursacht als Absentismus. Das Phänomen „Präsentismus“ erklärt Produktivitätsverluste dadurch, dass die Beschäftigten zur Arbeit erscheinen, obwohl sie krank sind (EPSTEIN, 2005; BROWN & SESSIONS, 2004). Die Ursachen hierfür sind vornehmlich chronische Erkrankungen, wie Migräne, Arthritis, chronische Rückenschmerzen, Allergien, Asthma, Hautentzündungen, Erkältungen und Depressionen (HEMP, 2004). Hinzu kommt die Tatsache, dass Beschäftigte unter großem Leistungsdruck Angst haben, einen Tag bei der Arbeit zu verlieren und deshalb trotz Krankheit zur Arbeit gehen – mit der Folge einer Reduktion der Arbeitseffizienz (RAMSEY, 2006; LAVIGNE et al., 2003). Die Auswirkungen von Präsentismus sind sowohl qualitativer als auch quantitativer Natur. Produktivitätsverluste resultieren demnach zum einen aus der Tatsache, dass die Arbeit langsamer erledigt wird bzw. Wiederholungen notwendig sind (quantitativ), zum anderen werden mehr Fehler gemacht, was die Qualität der Arbeit verschlechtert (qualitativ) (HEMP, 2004; RAMSEY, 2006). Aber nicht nur ein Rückgang der individuellen Produktivität erweist sich als problematisch, sondern auch die Gefahr, Kollegen anzustecken und damit das Ziel eines verbesserten Gesundheitszustandes zu gefährden (BROWN & SESSIONS, 2004; RAMSEY, 2006). Präsentismus scheint eine starke Komponente aller medizinischen Kosten zu sein. „Furthermore, most studies confirm that presenteeism is far more costly than illness-related absenteeism“ (HEMP, 2004). Studien der Cornell Universität zeigen ebenfalls, dass der Präsentismus sehr hohe Kosten verursacht und die Produktivität vermindert (AMERICAN PSYCHIATRIC FOUNDATION, 2003). In den meisten Untersuchungen im Zusammenhang mit Krankheiten am Arbeitsplatz wird allerdings der Präsentismus vernachlässigt und stattdessen der Fokus auf den Absentismus gelegt (DEW et al., 2005).

Nach der Logik des Bezugsrahmens ist davon auszugehen, dass die PSO-Faktoren sowie deren Interaktionen bezüglich der Gesundheit und Leistung des Mitarbeiters auch Auswirkungen auf den Erfolg des Fallstudienunternehmens zeigen. Es folgt:

- Wirkpfad 3: Die Faktoren der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive haben direkte und indirekte Effekte auf die Erfolgsperspektive. Somit wirkt sich die Gesundheit der Beschäftigten auf die persönliche Leistung aus, die in unternehmerischen Erfolg mündet.
- Wirkpfad 4: Die Faktoren der Prozessperspektive haben direkte und indirekte Effekte auf die Erfolgsperspektive. Die PSO-Faktoren und Prozesse verändern die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters und tragen somit direkt zu einer Beeinflussung des Unternehmenserfolges bei.

Um BGM optimal im Sinne des Unternehmens durchführen zu können, bedarf es der entsprechenden Potenziale (Leistungsangebote und Ressourcen in den gesundheitsrelevanten Leistungsbereichen des Unternehmens, wie Betriebsarzt, Personalentwicklung, etc.). Im Folgenden werden die Zusammenhänge möglicher Faktoren auf der Potenzialperspektive mit der Prozess- und Gesundheits- und Beschwerdeperspektive dargestellt.

BADURA (1998) betont die Notwendigkeit einer engen Kooperation der an der BGF beteiligten Akteure, um eine effektive Gesundheitsförderung zu ermöglichen. Dabei spielt die *Kooperationsfähigkeit* der verschiedenen Akteure eine wichtige Rolle. Ein Beispiel hierfür sind die Gesundheitszirkel⁵. Sie stellen zeitlich befristete Projektgruppen zur Klärung gesundheitlicher Belastungen am Arbeitsplatz dar. Durch die Zusammenarbeit (z. B. von Arbeitsschutzexperten, Beschäftigten und Vorgesetzten) soll ein hoher Erfahrungsaustausch stattfinden, um gesundheitsgefährdende Probleme zu erkennen und zeitnah zu beheben. Die Einrichtung von Gesundheitszirkeln und damit die Kooperation der Beteiligten die Belastungen am Arbeitsplatz reduziert und verbessert die Gesundheit der Beschäftigten (SLESNIA, 2001). Darüber hinaus wirken sich Gesundheitszirkel positiv auf die Bedarfsgerechtigkeit der BGF aus. HARDEN et al. (1999) betonen, dass die Befragung und Einbeziehung der Beschäftigten bei der Gesundheitsprävention eine wichtige Voraussetzung für die Effektivität der Maßnahmen darstellen. Wie bereits erwähnt, ist die enge Zusammenarbeit und der Erfahrungsaustausch mit den Beschäftigten eines der Grundprinzipien der Gesundheitszirkel und damit stellen diese die Voraussetzung für eine hohe Bedarfsgerechtigkeit dar (SLESNIA, 2001).

Eine gute Kommunikation ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Kooperation (RUPPERT, 1999). Dies lässt sich an den bereits erläuterten Gesundheitszirkeln darstellen. Hier bilden ein hoher Erfahrungsaustausch und die Festlegung klarer Kommunikationsregeln die Grundlage, um Problembereiche themenoffen erörtern zu können (SLESNIA, 2001; FRIELING & SONNTAG, 1999).

Eine gute Kooperation wird durch Achtung des Kooperationspartners, Klarstellen der eigenen Situation, Klärung von Schuldfragen und vor allem gemeinsame Verfolgung der Ziele und Gestaltung der Zukunft ermöglicht (RUPPERT, 1999). Sollte es dennoch zu Interessenkonflikten kommen, so ist ein gutes Kooperationsklima für ein erfolgreiches Konfliktmanagement von entscheidender Bedeutung (BERKEL, 1995).

Bei der Durchführung von BGF-Maßnahmen ist es wichtig, dass die durchführenden Betreuer eine hohe *Fachkompetenz* aufweisen. Einerseits muss bspw. ein Training gesundheitsgerecht durchgeführt werden, d. h. die Belastungen dürfen z. B. nicht zu hoch sein. Andererseits müssen z. B. richtige Diagnosen über Rückenbeschwerden gestellt werden, um entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.

Die SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN (2003) stellen in ihren Anforderungen an die betriebliche Gesundheitsförderung folgendes klar: „Um einen effektiven Ressourceneinsatz zu gewährleisten, ist an die Anbieter von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ein hoher Qualitätsmaßstab anzulegen.“ Wie wichtig diese fachlichen Qualifikationen sind, zeigt sich an der Tatsache, dass für die jeweiligen Maßnahmen und zugehörigen Anbieter genaue Qualifikati-

⁵ Dabei gibt es mit dem Düsseldorfer und dem Berliner Ansatz zwei verschiedene Grundformen, wobei der Erste auf die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen ausgerichtet ist, während der Zweite die Förderung der Fähigkeiten der Beschäftigten anregen soll (SLESNIA, 2001; FRIELING & SONNTAG, 1999).

onskriterien definiert sind. Hierzu gehören z. B. Fachkräfte mit staatlich anerkannten Ausbildungen in den jeweiligen Bereichen.

Die Fähigkeiten und Kompetenzen der an der BGF beteiligten Akteure bilden also die Voraussetzung, um im Rahmen der BGF den Gesundheitszustand der Mitarbeiter zu verbessern. Daraus folgt:

Wirkpfad 5: Die Potenziale einer mit „Mitarbeitergesundheit“ beauftragten Organisationseinheit (z. B. betriebsärztlicher Dienst) beeinflussen Gesundheit und Leistungsfähigkeit durch Kuration und Prävention sowie die Prozesse zur Steuerung und Gestaltung der BGF.

Zusammenfassend gilt es, diese strategische Logik und deren Ursache-Wirkungsbeziehungen zu identifizieren, die über die vier Perspektiven „Potenziale → Prozesse → Gesundheit & Beschwerden → Erfolg“ der BSC vermutet werden. Diese können dann als Basis für ein Steuerungs- und Bewertungsmodell dienen. Abb. 3.11 fasst die oben abgeleiteten Wirkpfade über die vier Perspektiven zusammen. Mit dieser *Spezifizierung des Bezugsrahmens* zur Darstellung einer Gesundheitsstrategie wurde ein *Rahmen für die im nachfolgenden vorgestellte Fallstudie* geschaffen. Ziel hierbei ist es, das Wissen über die Ursache-Wirkungsbeziehungen im Rahmen der strategischen Logik explorativ weiter zu vertiefen.

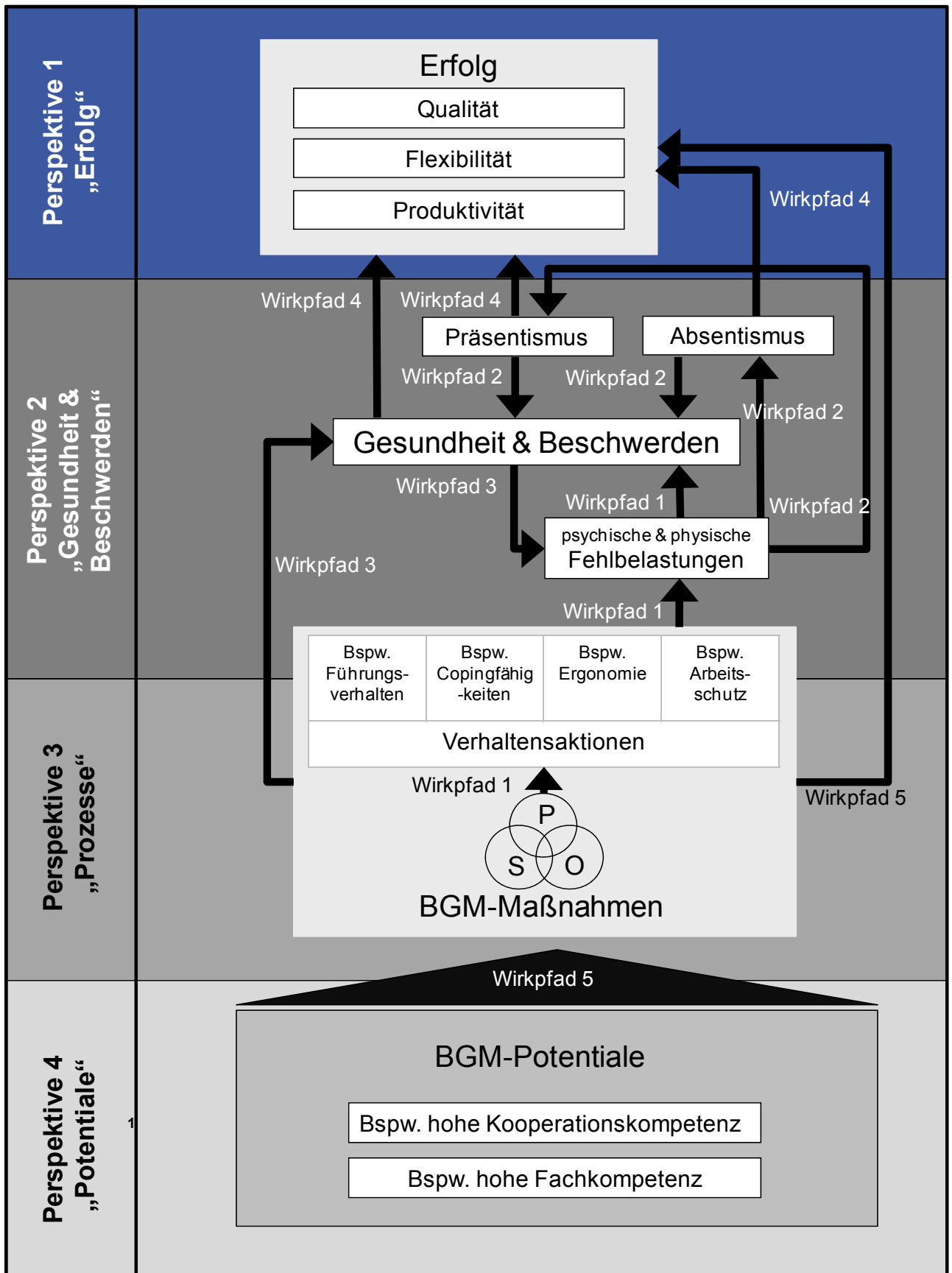


Abb. 3.11 Verfeinerung des Bezugsrahmens

4 Untersuchung

4.1 Inhaltslogische Beschreibung des Forschungsprojekts

Zur Untersuchung der Frage, ob das in Kapitel 3 theoretisch hergeleitete Konzept einer BSC zur Steuerung von Gesundheitsprozessen in Unternehmen möglich und sinnvoll ist, wurde der Schwerpunkt des Projekts auf eine empirische Fallstudie gelegt.

Es wurde erwartet, dass sich das Theoriekonzept der „Gesundheits-BSC“ bzw. die Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen den vier Perspektiven der BSC bestätigen. Insbesondere sollte die empirische Testung des Konzepts Aufschlüsse über statistische Zusammenhänge zwischen den einzelnen Konstrukten der Perspektiven, welche jeweils strategische Ziele abbilden, aufzeigen.

Diese statistische Überprüfung ist eines der zentralen Anliegen der vorliegenden Studie und hier liegt auch ein Großteil des innovativen Projektcharakters. Denn trotz der mittlerweile großen Verbreitung der BSC zur Strategieumsetzung gibt es kaum Versuche, die gedanklich angenommenen heuristischen Zusammenhänge zwischen den Perspektiven oder zwischen den Konstrukten einer Perspektive statistisch abzusichern. Die vorliegenden Projektergebnisse und insbesondere die Befunde aus der empirischen Fallstudie bilden den Versuch ab, diese Lücke zu schließen und dadurch aufzuzeigen, an welchen Stellen im Unternehmen Weiterentwicklungen erfolgen müssen, um durchgängige Planungs- und Steuerungsprozesse für Querschnittsaufgaben wie Gesundheit zu optimieren. Diese Optimierung mag sich auf die Frage beziehen, welche Funktionsträger beteiligt sein müssen, wie diese sinnvoller Weise kommunizieren und insbesondere welche Daten – auch nicht-finanzieller Natur – ein Unternehmenscontrolling in Zukunft bereitstellen muss.

Zusammenfassend verfolgte die Fallstudie als zentraler Teil des Gesamtprojekts also folgende Ziele:

- Überprüfung des in Kap. 3 dargestellten theoretischen Konzepts einer Gesundheits-BSC
- Entwicklung einer geeigneten Methode, die BSC zu „befüllen“ (validier, reliabler und ökonomischer Fragebogen zu qualitativen Merkmalen)
- Aufzeigen der statistischen Zusammenhänge zwischen zentralen Konstrukten in einer Perspektive und zwischen den verschiedenen Perspektiven. Von besonderem Interesse war dabei der Zusammenhang gesundheitsrelevanter Faktoren (Perspektiven 2, 3 und 4, vgl. Kap. 3) mit dem Unternehmenserfolg (Perspektive 1, vgl. Kap. 3).
- Dokumentation der „lessons learned“ und Ableitung eines Leitfadens, wie die Steuerungsprozesse für Gesundheit mit Hilfe einer Gesundheits-BSC in Unternehmen optimiert werden können.

Die Ableitung des theoretischen Modells der Gesundheits-BSC (vgl. Kap. 3) basiert auf einer umfangreichen Analyse der Literatur. Die angenommenen Zusammenhänge zwischen einzelnen Konstrukten sind durch entsprechende Forschungsbefunde belegt und durch die Literaturverweise dokumentiert. In der Literatur fehlen jedoch bisher multifaktorielle statistische Analysen der angenommenen Zusammenhänge

von Gesundheitsprozessen auf den Unternehmenserfolg im Rahmen von umfassenden BSC-Ursache-Wirkungsmodellen. Das methodische Vorgehen in der Fallstudie ist daher explorativ.

Nachdem nun die Ziele und die Bedeutung der Fallstudie beschrieben wurden, soll im Folgenden deren Einordnung in den Gesamtkontext des Projekts erfolgen. Abb. 4.1 zeigt daher das mehrstufige Vorgehen zur Weiterentwicklung des theoretischen Grundkonzepts (siehe Kap. 3).

Vorgehensschritte	Ziele des Arbeitsschritts	Methoden
Konzeptionelle Grundlagen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entwicklung eines Steuerungs- und Bewertungskonzepts ▪ Entwicklung eines Bezugsrahmens für die Fallstudie ▪ Aufbau einer Logik zur Darstellung von Gesundheitsstrategien (Ursache-Wirkungsbeziehungen) 	Literatur-Review: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Theorien ▪ Konzepte ▪ Empirische Studien
1. Schritt: Vorbereitung und Planung	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kennenlernen des Fallstudienunternehmens ▪ Aufnahme der spezifischen Anforderungen für die Entwicklung der BSC ▪ Klärung der Umsetzungsmöglichkeiten ▪ Entwicklung eines Fragebogens ▪ Identifikation objektiver Erfolgs- und Gesundheitsdaten 	Qualitative Vorstudie <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experteninterviews ▪ Strategie-Workshop
2. Schritt: Empirische Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Datenerhebung ▪ Exploration der Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen Gesundheit und Erfolg im Fallstudienunternehmen ▪ Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen gesundheitsfördernden Maßnahmen und Erfolg 	Quantitative Studie <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Befragungen von Werkern ▪ Objektive Gesundheits- und Erfolgsdaten ▪ Multivariate Analyse der Daten
3. Schritt: Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und der Gesundheits-BSC	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analyse der Ursache-Wirkungsbeziehungen mit Blick auf die praktische Anwendbarkeit ▪ Entwicklung der BSC (Strategische Ziele, Kennzahlen, Zielwerte, Maßnahmen) ▪ Implementierung der BSC mit einem Software-Tool 	Entwicklung der BSC <ul style="list-style-type: none"> ▪ Gespräche mit Führungskräften ▪ Umsetzung in MS-Excel
4. Schritt: Kritische Reflektion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskussion der Fallstudienresultate ▪ Darstellung der Lessons learned ▪ Abstraktion des Konzepts ▪ Aufzeigen von Forschungsbedarf 	

Abb. 4.1 Forschungsdesign

4.1.1 Schritt 1: Vorbereitung und Planung

Zunächst wurde ein *Strategie-Workshop* mit den Zielen zur Klärung der Rahmenbedingungen für die BSC-Implementierung und der Identifikation von strategischen Stoßrichtungen durchgeführt. Beteiligte dabei waren Mitarbeiter des Betriebsärztlichen Diensts, der Sozialberatung, jeweils eine Führungskraft aus dem Produktionsbereich, der Organisationsentwicklung, wie dem Arbeitsschutz und der Arbeitssicherheit sowie einem Vertreter des Personal-Controllings.

Im Anschluss daran wurden durch *Experteninterviews*

- die strategischen Ziele des Unternehmens,
- die Stärken und Schwächen im Unternehmen hinsichtlich der Gesundheit, dem Verhalten und der Leistung der Beschäftigten sowie
- die Erwartungen an die betriebliche Gesundheitsförderung und an das Projekt weiter spezifiziert.

Die Interviews zielten somit darauf ab, das spezifische Wissen der einzelnen Führungs- und Fachkräfte mit in die Entwicklung der BSC zu integrieren. Hierbei erfolgte eine hierarchische und fachliche Differenzierung. Zum einen wurden Meister, Team- und Abteilungsleiter (aus dem Produktionsbereich) in die Interviews einbezogen. Zum anderen wurden solche Mitarbeiter befragt, die einen Beitrag zur BGF leisten. Dazu gehörten fachliche Vertreter des Betriebsärztlichen Dienstes, der Sozialberatung, des Arbeitsschutzes, der Personalabteilung und des Betriebsrates.

Die protokollierten und transkribierten Interviews wurden anhand der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2003) systematisch ausgewertet: Hierzu wurden die Aussagen der Interviewpartner in einem ersten Schritt paraphrasiert, d. h. auf eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte Form umgeschrieben. Die Formulierungen wurden sprachlich vereinheitlicht. Im Anschluss daran erfolgte die erste Abstrahierung und Reduktion des Materials auf ein allgemeingültiges Niveau. Aus Gründen der Anonymisierung wurden Ergebnisse von mehreren Interviewpartnern zusammengefasst. Gegenstände der Paraphrasen wurden generalisiert und bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen.

Die resultierenden *Analyseergebnisse* dokumentieren die spezifischen Anforderungen an das Gesundheitsmanagement der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens im Fallstudienunternehmen. Zudem identifizierten sie die für die Befragung relevanten *PSO-Faktoren und Interaktionen* (vgl. Kap. 2), die zur Untersuchung der Ursache-Wirkungsbeziehungen herangezogen werden sollten. Somit dienten die Interviews insbesondere als *Grundlage für die Entwicklung des Fragebogens für die empirischen Datenerhebungen* (siehe Schritt 2).

Notwendige Kennzahlen für die Steuerung der Gesundheitsprozesse im Sinne der BSC lassen sich aus der betrieblichen Praxis und dem verfügbaren Datenmaterial des Controllings häufig nicht ohne Weiteres ableiten. Zur „Befüllung“ einer eher verhaltenswissenschaftlich fundierten Gesundheits-BSC wurde daher als begleitendes Instrument auf Grundlage der Planungsphase (siehe Schritt 1) ein umfangreicher Fragebogen genutzt. Neben diesen „weichen“ gesundheitsrelevanten Daten wurde mit Vertretern des Unternehmens intensiv diskutiert, welche objektiven Kennzahlen aus dem Controlling als Erfolgskennzahlen verfügbar und sinnvoll nutzbar seien. Eine weitere wesentliche Funktion der Interviews war daher die Identifikation sinnvoller und vor allem im Unternehmen *verfügbarer Daten* zum *finanziellen Erfolg, zu Fehl-*

zeiten, zur Fertigungsqualität und zur Produktivität. Diese Daten, die im Rohkonzept der BSC die Erfolgsperspektive darstellen, wurden im Rahmen der empirischen Phase des Projekts für die zentrale Frage nach der Erfolgsrelevanz von Gesundheitsprozessen als abhängige Variablen definiert (vgl. Abb. 4.6 auf S. 55).

Mit diesem Vorgehen erfolgte ein erster Schritt bei der Identifikation der strategischen Ziele und der Ursache-Wirkungsbeziehungen, die im Zusammenhang mit der „gesunden Organisation“ relevant sein könnten.

4.1.2 Schritt 2: Empirische Analyse

Ziel der zweiten Phase war die Identifikation der Ursache-Wirkungsbeziehungen von Faktoren auf den BSC- Perspektiven „Potenzial“ (Perspektive 4), „Prozesse“ (Perspektive 3), „Gesundheit und Beschwerden“ (Perspektive 2) auf den „Erfolg“ (Perspektive 1) im Fallunternehmen auf Grundlage von zwei Datenerhebungen.

Im Rahmen der ersten Datenerhebung wurden Mitarbeiter im Produktionsbereich (Werker) mit Hilfe eines ausführlichen Fragebogens mit 145 Items zu gesundheitsrelevanten Aspekten befragt. Die erste Version des Fragebogens enthielt eine große Anzahl von Einzelfragen, um einen breiten Bereich der komplexen Zusammenhänge von BGF-Maßnahmen, Gesundheit und Erfolg abzudecken und zu analysieren. Damit konnte der aktuelle Ist-Stand der gesundheitsrelevanten Einfluss- und Ergebnisfaktoren abgebildet werden.

Ein Ziel des Projekts war neben der Konzeption einer BSC zur Steuerung von Gesundheitsprozessen auch die Generierung von geeigneten Instrumenten zur inhaltlichen „Befüllung“ der BSC. Dies ist notwendig, da die Inhalte und Konstrukte im Rahmen einer „Gesundheits-BSC“ eher verhaltenswissenschaftlich fundiert sind. Notwendige Kennzahlen zur Zieloperationalisierung für die Steuerung der Gesundheitsprozesse im Sinne der BSC lassen sich daher aus der betrieblichen Praxis und dem verfügbaren Datenmaterial des Controllings nicht ohne Weiteres ableiten oder entziehen sich einer Bewertung durch zu hohe Komplexität. Ein Fragebogen, der die verhaltensrelevanten Faktoren im Unternehmen valide und reliabel erfassen kann, ist daher als begleitendes Instrument zur BSC angeraten.

Um den Bedürfnissen der Praxis entgegenzukommen, muss ein solches Instrument zudem ökonomisch anwendbar sein. Diese Anforderung führt zur Notwendigkeit der Beschränkung auf einige wenige prägnante Items. Es war also auf Grundlage des ersten umfangreichen Fragebogens notwendig, die Anzahl der Items zu reduzieren und das resultierende Kurzinstrument (siehe Anhang) im Rahmen einer zweiten Datenerhebung zu validieren.

Die zweite Datenerhebung soll eine zukünftige, nachhaltige Erfassung der Gesundheit und Beschwerden der Mitarbeiter in praktikabler Form ermöglichen, um

- den Gesundheitszustand zu evaluieren und damit
- Probleme zu identifizieren, die durch
- eine effiziente BGF-Maßnahmenplanung
- zu gezielten Interventionen und Prävention führen.

Der zweite Fragebogen ist aufgrund seiner Struktur (reduzierte Itemzahl) jedoch vorerst nicht als BSC-Konzipierungsinstrument gedacht; er ist als Zusatzleistung zur ersten Datenerhebung zu verstehen.

4.1.3 Schritt 3: Ableitung und Implementierung einer Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC

Die Kenntnis der Wirkungszusammenhänge zwischen den verschiedenen BSC-Perspektiven bildete die Grundlage für die *Entwicklung der Gesundheits-BSC*, die im Fallstudienunternehmen im dritten Schritt entwickelt und beispielhaft implementiert wurde. Ausgangspunkt hierfür war die Analyse der explorativ gewonnenen Ursache-Wirkungsbeziehungen auf Grundlage der ersten Datenerhebung. Auf Basis der empirischen Ergebnisse wurden in Abstimmungstreffen mit dem Fallstudienpartner die strategischen Ziele und Kennzahlen festgelegt. Ein solches Vorgehen ist aufgrund der gewonnenen empirischen Erkenntnisse sinnvoll, da die Ergebnisse eine Anpassung strategischer Ziele nahelegen können.

Im Anschluss an die Entwicklung der BSC erfolgte die Umsetzung in ein Microsoft-Excel-basiertes *BSC-Softwaretool*. Dieses Tool ist neben der BSC-Konzeption und dem Fragebogen das dritte Ergebnis des Projekts. Es kann aufgrund seiner einfachen, rechnerbasierten Handhabung flexibel an unternehmensspezifische Bedingungen angepasst werden und damit den vereinfachten, kontinuierlichen Einsatz einer eigenen unternehmensspezifischen Gesundheits-BSC unterstützen.

4.1.4 Schritt 4: Kritische Reflexion

Der letzte Schritt des Forschungsvorhabens stellte die Diskussion der Ergebnisse, die Abstraktion des Konzepts sowie des Vorgehens und die Darstellung von „lessons learned“ dar (siehe Kapitel 6 und 7). Die Ergebnisse der Interviews (Schritt 1 in Abb. 4.1), der empirischen Analysen (Schritt 2 und 3 in Abb. 4.1) und die gewonnenen Erfahrungen während der Projektlaufzeit ermöglichen die Formulierung eines Handlungsleitfadens zur unternehmensspezifischen Entwicklung einer Gesundheits-BSC und zeigen die „Fallstricke“ in diesem Prozess auf. Anhand dieser „Fallstricke“ wurde zudem weiterer Forschungsbedarf identifiziert.

Ausdrücklich muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass der Entwicklungsprozess einer BSC für jedes Unternehmen sehr spezifisch erfolgen muss. Die Hilfsmittel, die im Rahmen dieses Projekts entstanden sind, bieten Hinweise auf Zusammenhänge und Unterstützungsmodule. Sollen sinnvolle Steuerungsprozesse zur Steigerung der Mitarbeitergesundheit implementiert werden, können die Ergebnisse lediglich als Leitfaden genutzt werden. Die Ziele, Ursache-Wirkungsbeziehungen und Kennzahlen sind unternehmensspezifisch zu erarbeiten.

4.2 Untersuchungsumfeld und -durchführung

Beim Fallstudienunternehmen handelte es sich um einen Automobilhersteller. Das Unternehmen verfolgte das strategische Hauptziel, nachhaltig und profitabel zu wachsen, um dadurch den Unternehmenswert zu steigern. Zur Erreichung dieser Ziele initiierte das Unternehmen in der jüngeren Vergangenheit diverse Reorganisations- und Rationalisierungsmaßnahmen.

Das Untersuchungsfeld innerhalb des Fallstudienunternehmens umfasste eine *produzierende Organisationseinheit* in einem Werk. Hier wurden Fahrzeugkomponenten gefertigt und montiert. Teile wurden vornehmlich mittels zerspanender Bearbeitung und Umformung (z. B. Pressen) gefertigt. Im Untersuchungsbereich waren während der Projektlaufzeit etwa 3.000 Mitarbeiter beschäftigt, die ca. 7.500 Komponenten pro Tag produzieren.

Abb. 4.2 verdeutlicht schematisch die Abgrenzung des Untersuchungsfeldes im Fallstudienunternehmen. Beteiligt waren mehrere Abteilungen, die wiederum in Kostenstellen unterteilt waren. In den Kostenstellen erfolgte die Fertigung und Montage der Fahrzeugkomponenten. Der Betriebsärztliche Dienst, dem Personalbereich untergeordnet, führt BGF-Maßnahmen (zu einer näheren Beschreibung siehe Kapitel 5.1) für die produzierenden Einheiten durch und nahm somit eine Querschnittsaufgabe wahr.

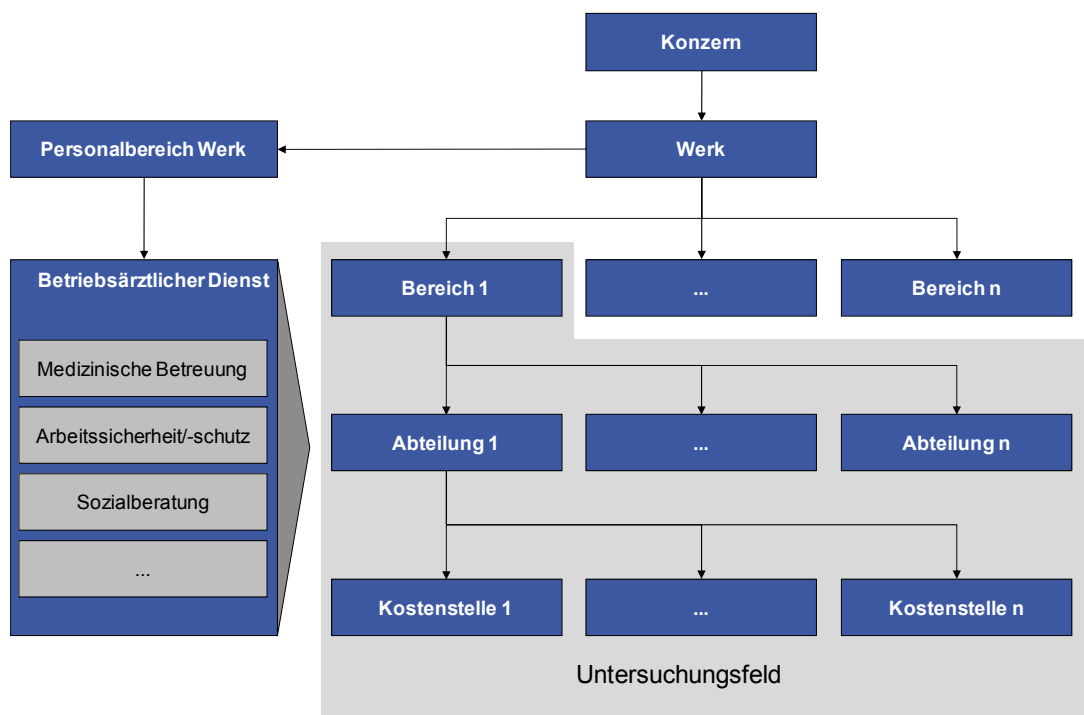


Abb. 4.2 Abgrenzung des Untersuchungsfeld im Fallstudienunternehmen

Im Folgenden wird das Vorgehen im Untersuchungsfeld zur Entwicklung der BSC kurz erläutert. Die *Vorbereitungs- und Planungsphase* startete im Februar 2006 mit einem Workshop, im Rahmen dessen mit den relevanten Personen der Querschnittsaufgabe „Gesundheit“ die strategischen und operativen Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung zusammengetragen wurden. Daran anschließend wurden im Zeitraum von Mai bis August 2006 die 31 Interviews mit Personen aus verschiedenen Bereichen und Hierarchiestufen (bspw. aus dem Betriebsärztlichen Dienst oder dem Produktionsbereich; zu einer Übersicht siehe Tab. 4.1, S. 51) durchgeführt. Im Zeitraum von Februar 2006 bis August 2006 fanden Begehungen des Produktionsumfelds statt, um Aussagen zu Beanspruchungen und Belastungen einschätzen zu können.

Im Oktober 2006 erfolgte die erste Fragebogenerhebung zu gesundheits- und erfolgsrelevanten Daten (siehe Kap. 4.1.2). Dabei wurden die Werker verschiedener Kostenstellen innerhalb des Fallstudienunternehmens befragt. Parallel dazu wurden aus verschiedenen Informationsquellen des Controllings und Produktionsbereichs die objektiven Erfolgsdaten erhoben. Hierbei kam es zu Verzögerungen, da diese Daten zunächst nicht, wie aus den Interviewergebnissen erwartet, in der entsprechenden Qualität (Erhebungskontinuität, Verfügbarkeit gleicher Daten über die Kostenstellen hinweg) vorlagen (siehe hierzu Kapitel 5). Eine vollständige Erhebung der Daten lag im Mai 2007 vor. Im Zeitraum von Oktober bis November 2007 wurde auf Grundlage des reduzierten Fragebogens (s. Kap. 4.1.2) die zweite Befragung durchgeführt. Hierzu wurden ebenfalls die Werker im Untersuchungsfeld aus verschiedenen Kostenstellen befragt. Die zugehörigen objektiven Daten des zweiten Befragungsturnus lagen bis Februar 2008 vor. Die Ergebnisse der empirischen Analysen wurden dem Fallstudienpartner präsentiert und diskutiert.

Im Anschluss an die empirische Analyse wurde im Zeitraum Februar bis Mai 2008 zusammen mit dem Betriebsärztlichen Dienst – als hauptverantwortliche Organisationseinheit für das betriebliche Gesundheitsmanagement – im Rahmen mehrerer Gespräche die unternehmensspezifische *BSC abgeleitet* und in das MS-Excel-Tool überführt. Abb. 4.3 fasst das Vorgehen nochmals zusammen.

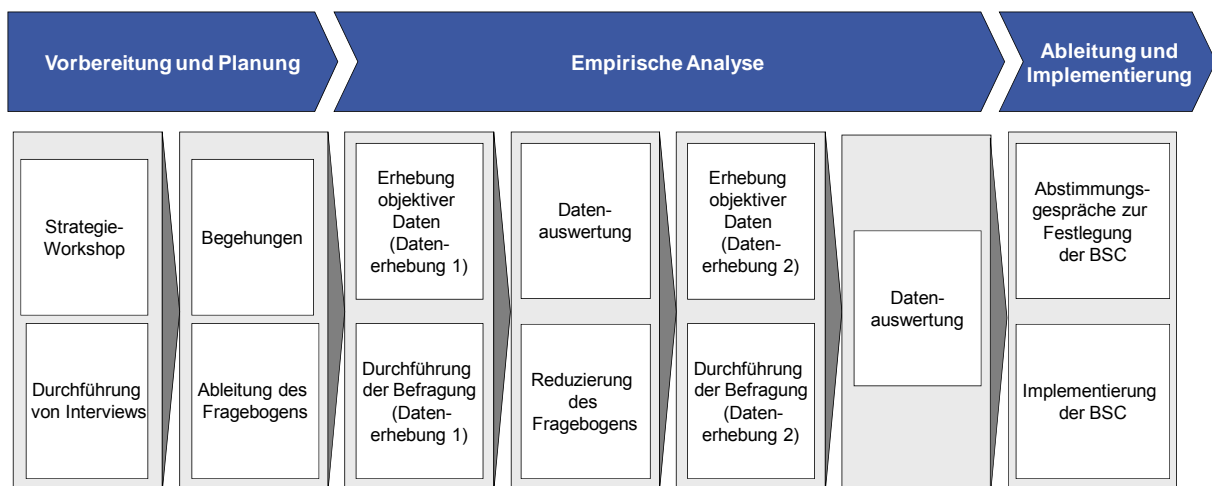


Abb. 4.3 Projektmeilensteine⁶

4.3 Datengrundlage und Stichprobe

Zur Identifizierung von strategischen Ansatzpunkten sowie im Kontext der Fragebogenerstellung (Vorbereitungsphase) wurden 31 Interviews durchgeführt (siehe Tab. 4.1). Die Interviewpartner wurden anhand eines 30 Fragen umfassenden, halbstandardisierten Interviewleitfadens (siehe Anhang 1) jeweils ca. 90 Minuten befragt. Das Interview wurde offen geführt, so dass zusätzliche, aufgabenrelevante Themen aufgegriffen werden konnten. Während der Interviews wurden tiefere Erkenntnisse über betriebliche und gesundheitsrelevante Sachverhalte erlangt.

⁶ Die (innerhalb der Spalten dargestellten) Arbeitspakete der einzelnen Phasen wurden weitestgehend chronologisch abgearbeitet.

Tab. 4.1 Übersicht der Zielgruppe der durchgeführten Interviews

Position	Bereich	Aufgaben
Betriebsarzt	Betriebsärztlicher Dienst	Untersuchungen, Unfälle, Notarztwagen
Leiterin Sozialberatung	Sozialberatung	psychosoziale Beratung, Projektstätigkeit
Mitarbeiter Sozialberatung	Sozialberatung	psychosoziale Beratung, Projektstätigkeit
Abteilungsleiter	Betriebsärztlicher Dienst	Leitung
Teamleiter	Personalbereich	Beratung der Produktion in Personalfragen
Kundenbetreuer	Personalbereich	Beratung der Produktion in Personalfragen
Abteilungsleiter	Umwelt- und Arbeitsschutz	Leitung
Abteilungsleiter	Betriebliche Bildung	Leitung
Abteilungsleiter	Produktion	Leitung
Externer Berater	extern	Gesundheits- und Führungsfragen
Abteilungsleiter	Produktion	Leitung
Abteilungsleiter	Produktion	Leitung
Abteilungsleiter	Produktion	Leitung
Projektleiter	Personalbereich	Projekt zu Fehlzeitenreduzierung
Betriebsrat	Produktion	Personalverantwortung
Bereichsleiter	Produktion	Leitung
Abteilungsleiter	Produktion	Leitung
Abteilungsleiter	Produktion	Leitung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung
Meister	Produktion	Personalführung

Tab. 4.1 verdeutlicht im Hinblick auf die Funktionsbereiche und Aufgaben der Befragten, dass es sich bei gesundheitsrelevanten Fragen und eine weit angelegte Querschnittsaufgabe handelt, welche die Vernetzung der aufgeführten Funktionsbereiche voraussetzt. Dieser Tatsache wurde im Rahmen der Vorbereitungsphase (vgl. Kap. 4.1.2) durch den weiten Kreis der Interviewpartner Rechnung getragen.

Der folgende Abschnitt beschreibt die Mitarbeiterstruktur des Fallstudienunternehmens während der ersten Datenerhebung mittels Fragebogen (vgl. Kap. 4.1.3).

Die erste Datenerhebung (Fragebogen mit 145 Items, siehe Anhang 2) fand in 26 Kostenstellen des Produktionsbereichs statt, die jeweils mit mindestens 15 Personen an der Befragung teilnahmen. Die Kostenstellen wiesen erhebliche Varianzen bzgl. ihrer Krankenstände und Produktivität auf. Unter den 458 Befragungsteilnehmern waren 428 Männer und 10 Frauen. 20 Befragungsteilnehmer machten keine Angaben zum Geschlecht. Es waren alle Altersgruppen vertreten, der Schwerpunkt der

Verteilung lag jedoch in den Altersgruppen 30-39 Jahre (n=146) und 40-49 Jahre (n=139).

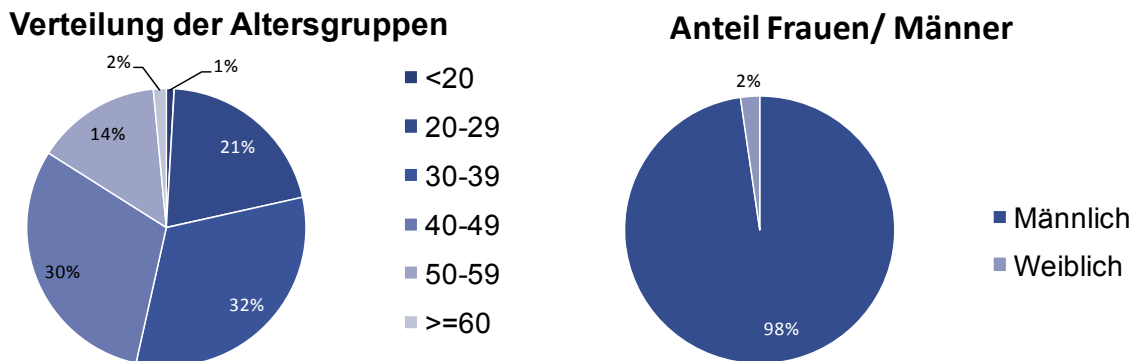


Abb. 4.4 Verteilung von Alter und Geschlecht in Datenerhebung 1 in Prozent

Haupt- (n=286) und Realschulabschluss (n=142) mit anschließender Berufsausbildung waren die am häufigsten genannten Ausbildungsgrade in der Stichprobe. Die meisten Befragten waren nach eigenen Angaben über 10 Jahre beim Fallstudienunternehmen (n=277) und in der derzeit ausgeübten Tätigkeit (n=186) beschäftigt. Bzgl. der Nationalität wurde in 329 Fragebögen deutsch angegeben, türkisch war mit 29 die zweithäufigste Angabe. Bezüglich des Ausbildungsstandes zeigt sich, dass die meisten Mitarbeiter (83 %) eine Lehre abgeschlossen haben, ca. 10 % den Meister gemacht oder eine Fachschule besucht haben. Ca. 7 % der Werker haben keinen Abschluss.

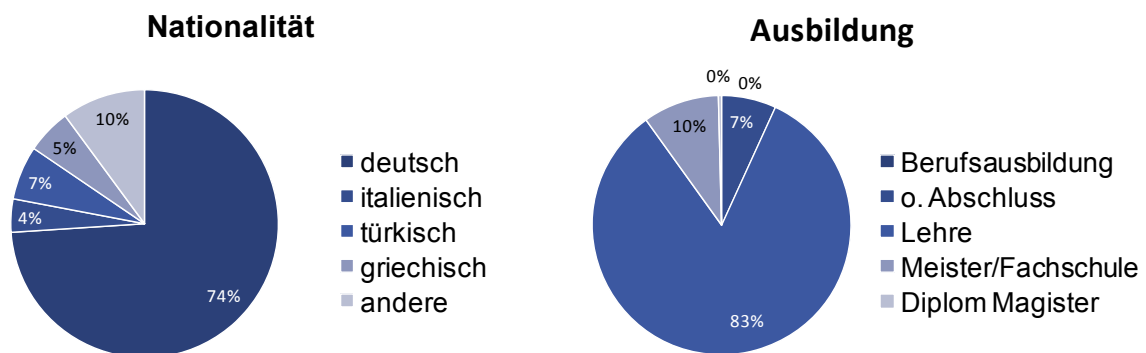


Abb. 4.5 Nationalität und Ausbildung in Datenerhebung 1 in Prozent

Die zweite Datenerhebung umfasste insgesamt 501 Mitarbeiter in 27 Kostenstellen, deren inhaltliche Zuordnung gegenüber der ersten Datenerhebung konstant geblieben ist. Das Forschungsdesign ist hier im Sinne einer Längsschnittstudie zu verstehen, d. h., dass nach einem Zeitraum von einem Jahr die inhaltlich gleiche Studie mit der nahezu gleichen Stichprobe durchgeführt wird (sog. Kohorte). Solange nur marginale Änderungen der Stichprobe auftreten, ist dies vertretbar. In Gesprächen mit dem Fallstudienunternehmen wurde bestätigt, dass es keine nennenswerten Verän-

derungen bezüglich der Stichprobe gegeben hat. Aus diesem Grunde wurde auf die erneute Erhebung der demographischen Daten verzichtet.

Bei allen Datenerhebungen wurde der persönliche Datenschutz berücksichtigt. Um die Daten aus zwei Befragungszeitpunkten auf Personenebene vergleichbar zu machen, ohne die Anonymität der Befragten aufzuheben, wurden alle Werker gebeten, ihren Fragebogen mit einem Code zu versehen, der nur ihnen persönlich bekannt und gleichzeitig unverwechselbar war. Dieser Code sollte den statistischen Vergleich von Daten auf Personenebene in anonymisierter Form ermöglichen. Die Werker sind angehalten worden, sich ihren persönlichen Code für die zweite Befragung zu merken, damit für eine Längsschnittstudie verwertbare Datensätze entstehen. Es musste jedoch festgestellt werden, dass nach der zweiten Datenerhebung nur vier Datenpunkte mit identischem Code vorlagen, was eine statistische Analyse im Sinne einer Längsschnittstudie unmöglich machte.

Neben subjektiven Einschätzungen der Mitarbeiterbefragung wurden auch objektive Daten erhoben. Dies betraf insbesondere den Themenbereich „Erfolg“ sowie die Gesundheitsdaten. Alle objektiven Daten konnten nur pro Kostenstelle erhoben werden; sie lagen nicht personenbezogen vor (siehe Kapitel 4.4). Dadurch ergaben sich auch Einschränkungen für die statistische Auswertung, da die Fallzahl sich hier erheblich reduzierte (vgl. Kap. 5 und 6).

4.4 Beschreibung der Fragebogen und der Statistischen Auswertungslogik

Nachdem bis hierher die Arbeitspakete des Gesamtprojekts und deren inhaltslogische Zusammenhänge, die Untersuchungsdurchführung und die Datengrundlage dargestellt wurden, werden im Folgenden analog dazu die statistischen *Analyse-schritte des Vorgehensschritts 2* (siehe Abb. 4.6) beschrieben.

Bevor Regressionsanalysen über sämtliche Konstrukte und objektive Daten zum Unternehmenserfolg durchgeführt wurden, erfolgte eine explorative Faktorenanalyse über die thematischen Bereiche des Fragebogens. Die daraus resultierenden Konstrukte waren Grundlage für alle weiteren Auswertungen und die Reduktion des Fragebogens. Ein solches Vorgehen ist deshalb sinnvoll, da Interpretationen der Ergebnisse bezüglich der Mitarbeiter nur dann zuverlässig und gültig sind, wenn sich die einzelnen Konstrukte direkt auf die Einschätzungen der Mitarbeiter beziehen und nicht a priori durch die Untersucher festgelegt werden.

Die zweite Datenerhebung sollte die Einsatzfähigkeit des reduzierten, praxisorientierten Fragebogens testen. Sie konnte allerdings nicht als zweiter Messpunkt im Sinne einer Mehrpunktmessung eingesetzt werden, da nur vier Datenpunkte mit identischem Code in beiden Datenerhebungen vorlagen. Abb. 4.6 fasst die durchgeführten Schritte zusammen. Im Folgenden werden die verwendeten Analysemethoden, die Faktor- und Regressionsanalyse, und das Vorgehen der Analyse dargestellt.



Abb. 4.6 Auswertungsmethodik der Datenerhebungen

4.4.1 Fragebogen 1

Auf Basis der Ergebnisse der qualitativen Interviews und Beobachtungen wurden zur Entwicklung des ersten Fragebogens aus der Literatur (siehe Tab. 4.2) Skalen ausgewählt, die aus wissenschaftlicher Sicht die identifizierten Sachverhalte möglichst passend abbilden. Bei der Konstruktion des Fragebogens zu den verschiedenen Einstellungsaspekten wurde wie folgt vorgegangen:

1. Zuerst wurden aus einer Vielzahl von etablierten Instrumenten (Fragebögen) relevante Skalen betrachtet. Daraus wurde eine erste Itemsammlung erstellt.
2. Im zweiten Schritt wurden diese Items auf Redundanzen und Überschneidungen geprüft und eine verkürzte Itemsammlung erstellt.
3. Diese wurde dann mit den Ergebnissen aus den Interviews im Fallstudienunternehmen verglichen. Items, die wenig Bezug zu den einstellungsrelevanten Aussagen enthielten, wurden eliminiert. Andere Aspekte wurden ergänzt, falls sie in den Interviews genannt wurden, aber in der Itemsammlung nicht enthalten waren.
4. Abschließend wurden die Items sprachlich überarbeitet, um eine einheitliche Satzstellung zu gewährleisten und eine für die vorgesehene Skalierungsform passende Itemformulierung zu erhalten.

Tab. 4.2 Verwendete Quellen zur Konstruktion des Fragebogens

Inhalt	Literatur
Arbeitsleistung	SCHULER (1991)
Präsentismus	KARCH (2001), KESSLER et. al. (2000)
Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmotivation, Identifikation und Führungsverhalten	JUDGE et al. (2001), LOCKE (1976, 1984), BRUGGEMANN et al. (1975), NEUBERGER (1974), NOTBOHM (1994), BORG (2001), ROSENSTIEL (1983), DOMSCH & LADWIG (2006)
Belastung, Beanspruchung und Gesundheitszustand	FAHRENBERG (1994), BRÄHLER & SCHEER (1983), SEMMER et al. 1998, BANDURA (1997)

Schwerpunkt der Mitarbeiterbefragung war die Einschätzung der Variablen auf den Perspektive 2 und 3, da verhaltens- und einstellungsbezogene Informationen über die Mitarbeiter benötigt wurden.

Mit wenigen Ausnahmen sind die verhaltens- und einstellungsbezogenen Informationen mit einer 5-stufigen Antwortskala erfasst worden. Diese wurde von ROHRMANN (1978) entwickelt, und zwar:

- Für die Abfrage der Häufigkeit von Verhalten/Einstellungen mit den Stufen „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „dauernd“; in der vorliegenden Werkerbefragung

wurde aus sprachpragmatischen Gründen bei einigen Fragen die Antwort „immer“ anstelle von „dauernd“ verwendet.

- Für die Abfrage der Intensität von Verhalten/Einstellungen mit den Stufen „nicht“, „wenig“, „mittelmäßig“, „ziemlich“ und „sehr“.

Die ROHRMANN-Skala hat sich in der sozialwissenschaftlichen Forschung vielfach bewährt. Die verschiedenen Abstufungen erwiesen sich in Skalierungsexperimenten als nahezu äquidistant, eine wichtige Voraussetzung, um sinnvoll Mittelwerte bilden zu können. Außerdem zeigte sich, dass die Antworten auf dieser Skala im Regelfall normalverteilt sind, eine weitere wichtige Voraussetzung für viele statistische Operationen wie Korrelations- und Regressionsanalysen.

Der Werkerfragebogen (siehe Anhang 2) umfasste insgesamt sechs Datenbereiche (siehe Abb. 4.7) und insgesamt 145 Items, die im Folgenden beschrieben werden. Die durch eine explorative Faktoranalyse identifizierten Konstrukte stellen Ergebnisse dar und werden deshalb in Kapitel 5 dargestellt.

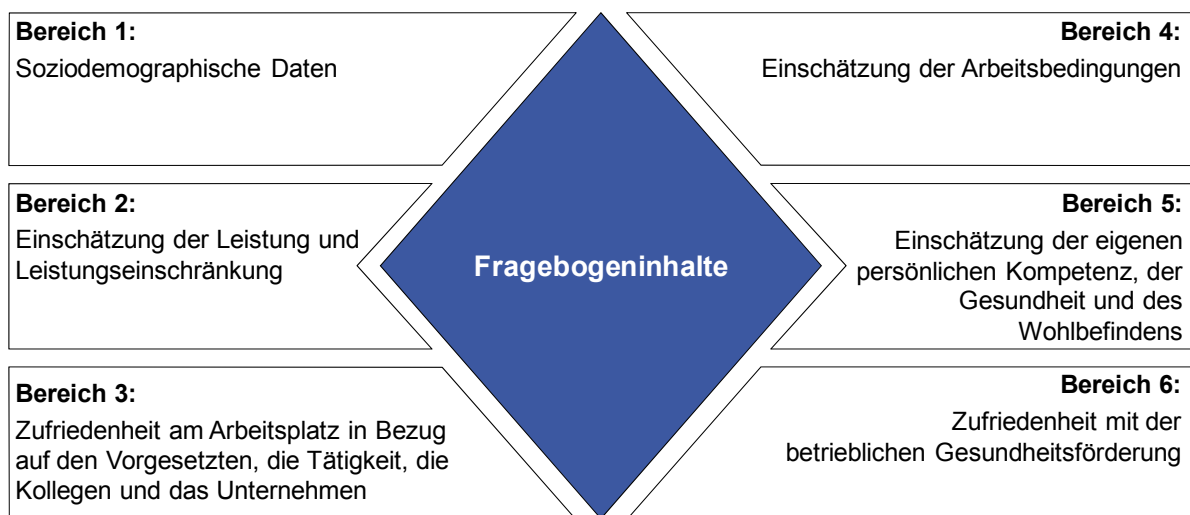


Abb. 4.7 Bereiche des Fragebogens

Der erste Datenbereich widmete sich *soziodemographischen Daten*. Es wurden Alter, Geschlecht, Nationalität, Schul- und Berufsausbildung, Dauer der Beschäftigung beim Fallstudienunternehmen und im Untersuchungsbereich, Art der ausgeübten Tätigkeit, Dauer der Tätigkeitsausübung sowie Einstufung der Tätigkeit der Befragten erhoben.

Im Datenbereich „*Einschätzung der Leistung und Leistungseinschränkung*“ wurden die Werker zunächst gebeten, ihre individuelle Arbeitsleistung (Qualität, Quantität, Beitrag zur Teamleistung) sowie ihren Beitrag zur Optimierung des Leistungsprozesses durch Verbesserungsvorschläge einzuschätzen. Für die Güte, Menge und Teamleistung werden im Unternehmen funktionsspezifische Leistungsvorgaben definiert, die sich aus dem Leistungsprozessdesign ergeben. Daher wurden die Werker nach dem Grad der Erfüllung dieser Vorgaben gefragt. Dazu wurde die Häufigkeitsskala von ROHRMANN (1978) (s. o.) mit den Stufen „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „dauernd/immer“ verwendet.

Um darüber hinaus Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen auf die Arbeitsleistung zu erfassen, wurden Einflussfaktoren und Effekte von Leistungseinschränkungen erfragt. Außerdem wurden die Werker gebeten, anzugeben, ob eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit spezifische Auswirkungen auf die Qualität des Arbeitsvorgangs und damit auf das Arbeitsergebnis hat.

Der dritte Datenbereich umfasste die Thematik „*Zufriedenheit am Arbeitsplatz*“. Zum Aspekt „Führungsverhalten“, das als eine wesentliche Einflussgröße auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter gesehen wurde, sind entsprechend spezifische, den Umgang mit Gesundheit/Krankheit im Unternehmen betreffende Aspekte erfragt worden. Die Werker sollten das Verhalten ihres Vorgesetzten hinsichtlich gesundheitsfördernder Verhaltensweisen einschätzen. Aspekte des Vertrauens, der Verlässlichkeit und der Unterstützung der Führungskraft bei Problemen am Arbeitsplatz spielten dabei eine entscheidende Rolle.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in Bezug auf die Mitarbeiterzufriedenheit waren die Erwartungen der Werker an ihr Unternehmen. Die Belegschaft wurde gefragt, inwieweit spezifische Erwartungen ihrer Meinung nach erfüllt werden. Ist diese Skala hoch ausgeprägt, so sind die Werker zufrieden mit dem Fallstudienunternehmen und honorieren dies durch hohe Identifikation und Leistungsbereitschaft.

Zur Zufriedenheit gehört darüber hinaus auch die Bewertung der eigenen Tätigkeit in Bezug auf Möglichkeiten und Freiräume. Die Werker sollten dabei angeben, wie eigeninitiativ sie ihre Arbeit gestalten können und ob sie durch vorgegebene Geschwindigkeiten oder Arbeitsausführungen an einen bestimmten Handlungsrahmen gebunden sind. Relative Selbstbestimmung am Arbeitsplatz sollte ein hohes Motivationspotenzial für den Beschäftigten bieten.

Auch die Bewertung der Kollegialität am Arbeitsplatz wurde erfragt, da durch die Beziehung zu anderen Personen zentrale psychosoziale sowie instrumentelle Bedürfnisse befriedigt werden. In diesem Zusammenhang wurden die Werker gebeten, ihr Verhältnis zu den Kollegen zu beurteilen.

Aus den Interviews konnte entnommen werden, dass eine höhere Identifikation mit dem Unternehmen die Zufriedenheit der Mitarbeiter fördert. Bzgl. dieses Konstrukts waren die Beschäftigten aufgefordert, einzuschätzen, inwieweit sie sich mit den Werten und Zielen des Unternehmens identifizieren.

Im Bereich 4 erfolgte eine Erhebung der *Arbeitsbedingungen*. Hier wurde eine Einschätzung von Belastungsfaktoren vorgenommen, die Einfluss auf das Arbeitsumfeld und den Mitarbeiter ausüben (Kälte, Staub etc.). Die Beschäftigten wurden befragt, inwieweit sie durch situationsbedingte äußere Einflüsse an ihrem Arbeitsplatz belastet werden. Außerdem sollten körperliche Belastungsmerkmale am Arbeitsplatz eingeschätzt werden. In der Werkerbefragung wurden damit die Arbeitsbedingungen angesprochen, die zu Beschwerden oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können.

Bei der *Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und des Wohlbefindens* (Datenbereich 5) sollten sowohl die Kompetenz der Werker im Umgang mit Belastungen als auch die Folgen von Belastungen (Beschwerden) erfasst werden. Bezogen auf die Gesundheitskompetenz wurde in den Interviews vor allem der Umgang mit Stress, mit Konflikten und mit der Arbeitsplatzunsicherheit genannt. Gesundheitskompetenz sollte darüber hinaus auch die spezifischen Fähigkeiten umfassen, die für einen bewussten und gezielten Umgang mit der eigenen Gesundheit notwendig sind.

Dazu zählen z. B. die Bereitschaft, selbst etwas für die eigene Gesundheit in der Freizeit zu tun, ein aktives Gesundheitsverhalten sowie die Bereitschaft, die gesundheitsfördernden, betrieblichen Angebote zu nutzen. Die genannten Aspekte sind wichtige Bestandteile eines weit umfassenden Begriffs von Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung und betreffen zudem wichtige Erwartungen des Arbeitsgebers und des betriebsärztlichen Dienstes an die Selbstverantwortung der Werker.

Weiterhin sollte im Fragebogen an dieser Stelle auf die Bedrohlichkeit eines Stellenverlustes und die daraus resultierende Belastung für den jeweiligen Beschäftigten eingegangen werden. Der Umgang mit der Beschäftigungsunsicherheit hat, wie die Interviews zeigten, auch deutliche Bezüge zur Bereitschaft und dem Interesse der Beschäftigten, einen neuen Aufgabenbereich oder eine neue Tätigkeit zu übernehmen. Die Folgen von Belastung wurden als Ausmaß erlebter körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen oder Beschwerden erfasst. Die Werker wurden nach der Eintrittshäufigkeit bestimmter Symptomaten gefragt (z. B. Nackenschmerzen, Konzentrationsstörungen). Außerdem wurde erfasst, inwieweit ärztliche Leistungen außerhalb des betriebsärztlichen Dienstes in Anspruch genommen wurden, um u. a. Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschäftigten ziehen zu können.

Der abschließende Datenbereich 6 zielte auf eine Erhebung der *Zufriedenheit mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement* ab. In der Werkerbefragung wurde auch eine Einschätzung der Qualität der Dienstleistungen (interne Kundenperspektive) vorgenommen, um Ursache-Wirkungs-Analysen zwischen den Prozessen und Potenzialen auf der einen Seite und der Perspektive „Gesundheit & Beschwerden“ auf der anderen Seite zu ermöglichen. Zum einen sollten die Werker eine Beurteilung des betriebsärztlichen Dienstes vornehmen. Zum anderen wurden die Werker gefragt, wie der betriebsärztliche Dienst sich nach außen präsentiert und wie dessen Personal hinsichtlich Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft wahrgenommen wird. Die Werker wurden außerdem nach der Bekanntheit, dem Nutzungsgrad und der Wirksamkeit der in Anspruch genommenen Maßnahmen gefragt. Damit sollte insbesondere der Durchdringungsgrad und die erlebte Bedarfsgerechtigkeit der Angebote gemessen werden sowie eine differenzierte Einschätzung der verhaltens- und der verhältnisorientierten Elemente des BGF-Angebotes erfolgen.

Die Auswahl der Items erfolgte in enger Abstimmung mit dem betriebsärztlichen Dienst. Einzuschätzen waren alle BGF-Angebote aus dem letzten Jahr hinsichtlich Bekanntheit, Nutzung und Wirksamkeit bezogen auf die eigene Gesundheit. Bei der Wirksamkeit wurde eine Beurteilungsskala von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“ vorgegeben. Zusätzlich wurden weitere Wünsche an das zukünftige BGM thematisiert (offene Frage).

Bei der Beurteilung der BGF-Prozesse wurden darüber hinaus mehrere Items aus einem bestehenden „Kundenfragebogen“ des betriebsärztlichen Dienstes übernommen, um eine Vergleichbarkeit zu bestehenden Daten zu gewährleisten. Dazu zählten die erlebte Wartezeit, eine allgemeine Einschätzung der Bedarfsorientierung der betriebsärztlichen Leistungen durch die Werker, eine Gesamteinschätzung der betriebsärztlichen Leistungen, die Bekanntheit der Hauptaufgaben des betriebsärztlichen Dienstes sowie die Gründe für den letzten Besuch beim betriebsärztlichen Dienst. Letztes diente vor allem als Kontrollvariable für die Solidität der Einschätzung der Werker bezogen auf die BGM-Maßnahmen und die BGM-Potenziale.

Zum betrieblichen Gesundheitsmanagement gehört auch, wie sich die Vorgesetzten im Krankheitsfall gegenüber dem Werker verhalten. Daher wurden die Werker ab-

schließlich gebeten, dieses spezifische Führungsverhalten anhand der Rückkehrgespräche einzuschätzen. Im Fragebogen gaben die Werker an, wie aus ihrer Sicht mit kranken Mitarbeitern im Werk umgegangen wird und ob nach krankheitsbedingter Abwesenheit von Mitarbeitern in der Regel Rückkehrgespräche geführt werden. Um das Rückkehrgespräch in den Kontext des allgemein erlebten Unterstützungsverhaltens der Vorgesetzten einzuordnen, wurden die Werker gebeten, das Interesse und die Aufmerksamkeit ihres Vorgesetzten für nicht berufliche Themen einzuschätzen.

4.4.2 Fragebogen 2

Als Basis für die Optimierung bzw. Reduzierung des Fragebogens für die zweite Datenerhebung (siehe hierzu Kapitel 5.3.2) wurde eine Faktorenanalyse der Daten aus Erhebung 1 berechnet. Die empirische Itemanalyse ergab eine Faktorenstruktur von 19 Faktoren. Zwei Faktoren wurden aufgrund ihrer geringen Aussagekraft aus der weiteren Befragung herausgenommen: „Orientierung am Standard“ sowie „Freundlichkeit des betriebsärztlichen Diensts“. Somit umfasst die übernommene Faktorenstruktur für den optimierten Fragebogen 17 Faktoren. Um eine Reduzierung der Items aus der Faktorenstruktur der ersten Befragung zu ermöglichen, wurden die Items pro Faktor nach zwei Kriterien selektiert. Ausschlaggebend war die Höhe der Faktorladung – ausgewählt wurden Items mit einer Faktorladung größer 0,50 – sowie die inhaltliche Bewertung der Items. Es wurden Aussagen herausgenommen, deren inhaltliche Bedeutung und Dimensionalität über alle Items eines Faktors nicht trennscharf genug waren.

Ergänzt wurde im überarbeiteten Fragebogen ein weiterer Faktor mit drei Items, der in der ersten Datenerhebung nur mit offenen Fragen belegt war: „Selbstverantwortung für Gesundheit“. Zudem wurde ein weiteres Item integriert, das insbesondere für die Ausrichtung der präventiven Gesundheitsförderung wichtige Informationen liefern sollte. Es betrifft die wahrgenommene Bedeutung der eigenen Gesundheit für die Leistungsfähigkeit der eigenen Organisationseinheit. Abgerundet wurde der Fragebogen durch zwei offene Fragen zur Nutzung von BGM-Maßnahmen durch die Werker und zu deren Erwartungen an zukünftige BGM-Maßnahmen. Beide Aspekte waren bereits im ersten Fragebogen enthalten.

4.4.3 Objektive Daten

Die Generierung von objektiven Daten gestaltete sich im Projektverlauf als schwierig. Entgegen der in den Interviews gewonnenen Annahme einer flächendeckenden Verfügbarkeit von Erfolgsdaten mussten Daten teilweise erst generiert und vergleichbar gemacht werden (siehe hierzu Kapitel 5.3.1).

Es konnten sechs Erfolgskennzahlen identifiziert werden, die in ihrer Gesamtheit die Konstrukte und Ziele der Erfolgsperspektive in geeigneter Form abbilden. Es zeigt sich, dass diese untereinander Abhängigkeiten aufweisen. Zum Beispiel hängt die Produktivität u. a. auch von dem Ausmaß der erreichten Rationalisierung ab. Diese gegenseitigen Abhängigkeiten der Ziele beschreiben jedoch die betriebliche Realität und mindern nicht die Güte der Kennzahlen. Folgende Kennzahlen (siehe Tab. 4.3) konnten in den beteiligten Kostenstellen erfasst werden:

Tab. 4.3 Kennzahlen zur Erfolgsperspektive

	Kennzahl	Berechnung
Fehlzeiten	Krank (Absolut/Person)	Tage absolut (Durchschnitt pro Kostenstelle)
Produktivität	Produktivitätszahl (P-Zahl)	Anzahl gefertigter Teile pro Stempelstunden (Soll-Ist)/Soll
	Gesamtanlageneffizienz (GAE)	Produktionszeit/Gesamtzeit (Soll-Ist)/Soll
Qualität	Ausschuss	Anzahl fehlerhafter Teile (Soll-Ist)/Soll
	Nacharbeit	Anzahl nachbearbeiteter Teile (gering, mittel, hoch)
Kostensenkung	Scott-Index (Kennzahl für Rationalisierungseinsparungen)	Erzielte Einsparungen durch Rationalisierungen in €

Bei der Kennzahl *Krank (Absolut/Person)* handelt es sich um den durchschnittlichen Krankenfehlstand pro Mitarbeiter (in Tagen) im Erhebungszeitraum. Der Krankenfehlstand wird in jeder Kostenstelle kontinuierlich erfasst. Er ist für das Unternehmen eine wichtige Erfolgskennzahl, da durch einen hohen Krankenfehlstand erhebliche Kosten, insbesondere durch vorgehaltene Personalkapazitäten, entsteht.

Die *Produktivitätszahl (P-Zahl)* ist die wichtigste Produktivitätskennzahl in den Kostenstellen. Sie ergibt sich aus dem Verhältnis von gefertigten Teilen und dafür benötigten Mitarbeiterstunden (Anzahl gefertigter Teile pro Stempelstunden; hier Berechnung durch den Quotienten: (Soll-Ist)/Soll). Die P-Zahl wird beeinflusst durch die Flexibilität und Bedarfsangemessenheit des Personaleinsatzes und ist ein Indikator für die Qualität der Personalführung und der Einsatzflexibilität der Mitarbeiter in einer Kostenstelle. Eine hohe Produktivität kann nur erreicht werden, wenn der Einsatz der Mitarbeiter passgenau zur benötigten Personalkapazität geplant und umgesetzt wird. Dies ist vermutlich eher zu erreichen, wenn die Mitarbeiter engagiert und gesund sind. Nach Aussage des Controllings ist die P-Zahl zugleich eine aussagekräftige Kennzahl zur Messung der Flexibilität.⁷

Es wurde die prozentuale Abweichung von Ist und Soll nach der Formel (Soll-Ist)/Soll berechnet, um eine Vergleichbarkeit der Kennzahlen zwischen den Kostenstellen zu ermöglichen. Damit entsprechen positive Werte des Quotienten einer negativen Produktivität, da die Ist-Produktivität geringer als die geplante Produktivität ist. Die P-Zahl liegt allerdings nur für einen Teil der Kostenstellen vor.

Die *Gesamtanlageneffizienz (GAE)* erfasst die Auslastung der vorhandenen Anlagen in den Kostenstellen und ist damit eine weitere, wichtige Kennzahl für die Produktivität. Die produktive Zeit einer Anlage wird durch Rüstzeiten, Reparaturzeiten, Störungen oder Stillstandzeiten reduziert. Berechnet wurde auch hier die prozentuale Abweichung der tatsächlichen, durchschnittlichen Auslastung im Erhebungszeitraum

⁷ Geplant war ursprünglich die Flexibilität anhand der Anzahl von Freischichten zu bewerten. Ein angemessener Bewertungsmaßstab für die Beurteilung der Anzahl von Freischichten im Sinne einer optimalen Größe war jedoch nicht begründbar.

der geplanten Auslastung. Dies berücksichtigt, dass Anlagen z. B. aufgrund ihres Alters unterschiedliche Reparaturzeiten oder Rüstzeiten aufweisen. Wird die geplante Auslastung nicht erreicht, kann dies u. a. auf mangelhafte Bedienung oder Probleme bei Störfällen zurückgeführt werden. Der schnelle und kompetente Umgang mit Betriebsstörungen ist ein wichtiger Produktivitätsfaktor und dieser hängt in hohem Maße von dem Verhalten der Werker ab. Somit wirken auch „weiche Faktoren“ auf die GAE-Zahl, wie z. B. die Qualifikation, Motivation oder gesundheitliche Fitness der Werker. Die Gesamtanlageneffizienz (GAE) wird allerdings nicht in allen Kostenstellen erhoben. Auch für diese Kennzahl wurde die prozentuale Abweichung von Ist und Soll berechnet. Damit entsprechen positive Werte des Quotienten einer negativen Produktivität, da die Ist-Produktivität geringer als die geplante Produktivität ist.

Der *Ausschuss* erfasst den Anteil von unbrauchbaren Teilen (Fehler pro Million gefertigte Teile; sogenannte: ppm) an der Gesamtproduktion einer Kostenstelle. Er ist ein wichtiger Indikator für die Qualität der Produktion; wird allerdings nicht in allen Kostenstellen erhoben. Der Ausschuss kann sowohl durch maschinelle als auch durch menschliche Fehler verursacht werden. Diese Kennzahl ist somit ein Indikator für die Qualifikation, das Engagement und die gesundheitliche Fitness der Mitarbeiter. Auch für diese Kennzahl wurde die prozentuale Abweichung von Ist und Soll berechnet. Damit entsprechen positive Werte des Quotienten einer guten Qualität, da die Ist-Menge an unbrauchbaren Teilen geringer ist als die geplante Menge.

Die *Nacharbeit* ist die zweite zentrale Qualitätskennzahl in Produktionsunternehmen. Sie beinhaltet den Anteil von nachzubearbeitenden Fertigungsteilen (ppm; pro Million gefertigter Teile) an der Gesamtproduktion. Diese Kennzahl ist nicht in allen Kostenstellen verfügbar, da nicht in allen Kostenstellen Fehler nachgebessert werden. Auch Nacharbeit kann durch menschliche Fehler verursacht sein und ist daher eine mögliche Erfolgskennzahl der Gesundheitsförderung. Zur Nacharbeit lagen bereits interne Werte mit der Skala „gering“, „mittel“ und „hoch“ vor.

Um mit dem geplanten Kostenbudget auszukommen, müssen die Kostenstellen nach Rationalisierungsmöglichkeiten im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP) suchen. Die durch KVP realisierten Einsparungen (in Euro) werden im Scott-Index erfasst. Da Rationalisierungen eng mit dem Engagement der Mitarbeiter (d. h. Verbesserungsvorschläge) verbunden sind, wurde der *Scott-Index* in die BSC aufgenommen.

4.4.4 Faktor- und Regressionsanalyse

Dieses Kapitel beschreibt das methodische Vorgehen der empirischen Herangehensweise sowie die Auswertung der statistischen Daten. Am Beispiel der Datenerhebung 1 werden die Arbeitsschritte und Limitationen der Methodik beschrieben.

Vor weiteren komplexeren Analysen wurde zunächst die Qualität der Daten untersucht. Der Fragebogen 1 (siehe Anhang) besteht wie oben beschrieben aus objektiven Daten zur Person (Items Nummer 1-10), die für die statistischen Analysen zunächst zurückgestellt werden. Die folgenden Items des Fragebogens beziehen sich auf die Beurteilung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Nummer 11-50), die Einschätzung der Arbeitsbedingungen (51-69) sowie die Beschreibung von Gesundheit und Wohlbefinden (70-113). Mit den nachfolgenden Items (Nummer 114-145) schätzten die Teilnehmer der Untersuchung die Zufriedenheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung und deren Maßnahmen ein. Diese Items mit den Nummern 88, 89,

100, 104-106, 108, 110, 111, 114-124, 138, 140, 141, 146 umfassen nur qualitative Informationen, lassen Mehrfachantworten zu oder weisen sehr hohe Missing-Daten-Raten (d. h. nicht beantwortete Fragen) auf, so dass sie für die weiteren statistischen Analysen ebenfalls zurückgestellt wurden.

Für einen Überblick über die Qualität der Daten wurden für jedes Item zunächst Häufigkeitsanalysen durchgeführt, die Aufschluss geben, wie sich die Antworten über den Skalierungsmaßstab verteilen und welche Werte die einzelnen Parameter erreichen (Median, Mittelwert, Streuung, Wertebereich (min ... max)). Dies dient der Überprüfung der Datenverteilung und der vorläufigen deskriptiven Beurteilung der Datenqualität.

Bei fehlenden Angaben gibt es statistische Möglichkeiten, diese z. B. durch Mittelwertbildung über alle Untersuchungsteilnehmer auszugleichen. Dies wurde in Einzelfällen durchgeführt. War die Missing-Data-Rate jedoch größer als 20 %, wurden diese Items von den weiteren Analysen ausgeschlossen.

Die Abbildung des Erfolgs von gesundheitsbezogenen Konstrukten (Fragebogendaten) soll durch objektive (betriebswirtschaftliche) Daten belegt werden. Der Nachteil dieser aggregierten Daten liegt allerdings darin, dass sie nur als Durchschnitt pro Kostenstelle vorliegen und einige Kostenstellen aufgrund von fehlenden Daten nicht auswertbar sind. Daten auf individuellem Niveau liegen nicht vor oder werden aus Gründen des Datenschutzes nicht zur Verfügung gestellt. Die mangelnde Varianz der Mittelwerte über Kostenstellen schränkt Aussagen über gerichtete Zusammenhänge mit anderen Variablen ein.

Die Aggregation von Item-Inhalten zu übergeordneten Dimensionen und den statistischen Analysen der Beziehungen innerhalb und zwischen den einzelnen Ebenen ließ nur ein exploratives Vorgehen zu.

Prinzipiell wird bei Faktoranalysen zwischen einem explorativen und einem konfirmatorischen Vorgehen unterschieden (vgl. BACKHAUS et al., 2003). Bei einer explorativen Faktoranalyse steht der Entdeckungszusammenhang im Vordergrund, d. h. sie dient der Bildung von Hypothesen. Das ist der Standardfall. Ein Spezialfall ist die konfirmatorische Faktoranalyse. In speziellen Anwendungsfällen existieren a priori bereits konkrete Vorstellungen über hypothetische Faktoren, die hinter empirisch beobachtbaren Korrelationen zwischen Variablen vermutet werden. Wenn solche Faktoren theoretisch begründet vor der Untersuchung festgelegt werden, gilt es zu überprüfen, ob diese theoretische Annahme zutrifft bzw. ob andere Faktoren eine Rolle spielen. Hier wird von einem Begründungszusammenhang bzw. einem konfirmatorischen Vorgehen gesprochen.

Die Anlage der Untersuchung und die vorliegende Datenqualität lassen nur zu, dass einzelne thematische Bereiche des Fragebogens analysiert werden.

Der Vorteil dieser Methode liegt nicht nur in der Prüfbarkeit von Zuverlässigkeit und Gültigkeit der Faktorenstrukturen, sondern auch in der direkten Ableitung von Maßnahmen für die Untersuchungsteilnehmer. Die meisten Items stammen aus anderen Untersuchungen (konstruierte Skalen). Es entspricht dem wissenschaftlichen Kanon, dass diese Skalen auch an der neuen Stichprobe auf faktorenadäquate Zuordnung sowie deren innere Konsistenz geprüft werden. Hierin zeigt sich der wissenschaftliche Prozess, hypothesengeleitete Konstrukte, Faktoren oder Dimensionen auszuarbeiten, in Aussagen zu transferieren und diese dann in einer Untersuchung mit anderen Variablen empirisch in Beziehung zu setzen.

Der grundsätzliche methodische Duktus geht davon aus, dass die Teilnehmer der Untersuchung die Aussagen mit gleichem Verständnis einschätzen. Dies bedeutet, dass inhaltlich ähnliche Aspekte der einzelnen Aussagen mit gleichen Skalenwerten auch in gleicher Weise durch die Teilnehmer eingeschätzt werden. Dies ist von besonderer Bedeutung, weil alle Ableitungen und konsekutiven Maßnahmenentscheidungen auf den statistisch gewonnenen Gruppierungen der Items basieren.

Die Frage der Faktorisierung aller quantitativen Items des Fragebogens in einer Analyse stellt sich nicht, weil sich durch die hohe Anzahl der Missing-Data in den einzelnen Variablen die Stichprobe bei den ersten 69 Variablen von 458 auf 262 reduziert. Schon bei dieser Itemanzahl sind die methodischen Voraussetzungen für stabile Faktorenstrukturen nicht mehr gegeben: eine inhaltlich konstante Stabilität ergibt sich erst ab einem Variablen-Stichproben-Verhältnis von mindestens 1:5 (ÜBERLA, 1971).

Wenn weitere Variablen in eine Faktorenanalyse eingeschlossen werden, reduziert sich die Anzahl der Teilnehmer noch weiter. Eine Faktorenanalyse ließ sich wegen nicht positiv-semidefiniter Korrelationsmatrizen nicht durchführen.

Aus diesen Gründen wurden die Themenbereiche der Items getrennt faktorisiert, obwohl dadurch statistische Abhängigkeiten dieser Faktoren untereinander in Kauf genommen wurden. Dieses Vorgehen lässt sich dadurch begründen, dass in dieser Untersuchung die gewählten Verfahren zur explorativen Reduktion der inhaltlichen Komplexität und zur Generierung von Arbeitshypothesen benutzt werden. Die in Faktorenanalysen (Methode: Hauptkomponentenanalyse) einbezogenen Items der thematischen Bereiche entsprechen den o. a. Kriterien.

Aus den Interkorrelationen (siehe Anhang) der Faktoren geht hervor, dass nur 8 von 91 Korrelationen überzufällig signifikant und inhaltlich bedeutsam (mindestens 25 % Varianzaufklärung) sind. Nach allen Faktoranalysen entsteht die Faktorenstruktur (siehe Anhang) in den einzelnen Bereichen des Fragebogens. Bei der *Zuordnung der Items* sind folgende Punkte zu beachten:

- Zuordnung der Items 1-36: Für die Zuordnung der einzelnen Items zu ihren Faktoren wurden folgende Kriterien aufgestellt: (a) die Faktorenladung (Korrelation des Items mit dem Faktor) eines Items soll den Wert 0,40 übersteigen, sowie (b) das Item soll möglichst faktorrein sein, d. h. möglichst nur auf einen Faktor laden. In die dargestellte Faktorenstruktur der Items 1-36 ließen sich die Items 7 (... Ihr Engagement für Qualität), 34 (... Ihre Bereitschaft, an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen), 35 (... Ihre Bereitschaft, in Ihrer Freizeit etwas für Ihre Gesundheit zu tun) und 36 (... Ihre Zufriedenheit mit dem Leben im Allgemeinen) einem der vier Faktoren nicht zuzuordnen. Sie hatten zu geringe Ladungen und wurden deshalb eliminiert.
- Zuordnung der Items 37-50: Alle Items konnten den vier Faktoren zugeordnet werden. Das Item 43 wurde aus inhaltlichen Gründen dem Faktor „Coping“ und in seiner reversen Form dem Faktor 4 ‚Angst um den Arbeitsplatz‘ zugeordnet. Item 50 wurde dem Faktor „Identifikation mit dem Unternehmen“ und ebenfalls dem Faktor 4 „Angst um den Arbeitsplatz“ aus inhaltlichen Gründen zugefügt.
- Zuordnung der Items 51-69: Nach der 2-Faktorenstruktur konnten nur die beiden Items 52 (... ungünstige Beleuchtung) und 69 (... geistige Beanspruchung) keinem der beiden Faktoren zugeordnet werden.

- Zuordnung der Items 70 bis 87, 90 bis 99, 101 bis 103, 107, 109, 112: Alle Items, die faktorienanalysiert wurden, finden sich in der o. a. Faktorenstruktur wieder. Das Item 98 (... die Zusammenarbeit im Team) wurde den Faktoren 2 und 4, die Items 78 (Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen) und 82 (Wie oft behindern Gefühle von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit Sie in Ihrem Leben?) wurden den Faktoren 1 und 2 dieser Faktorenstruktur zugeordnet. Die Mehrdeutigkeit der Iteminhalte kann auf die Verschiedenheit der Interpretationen und Bewertungen der teilgenommenen Werker zurückgeführt werden, weil sich zu Items mit anderen Inhalten hohe Korrelationen ergeben.
- Zuordnung der Items 125-145: Beratung und Information: In der 4-Faktorenstruktur sind alle faktorisierten Items vorhanden.

Im Rahmen der Auswertungen wurden folgende *statistische Verfahren* angewandt:

- Zur Beurteilung und Bewertung der Datenqualität wurde für jedes Item eine Verteilungsanalyse durchgeführt, welche die Itemparameter und Missing-Data-Rate beschreibt. Grundlage für die Zusammenhangsanalysen ist die Korrelationsmatrix zwischen den Variablen. Als Korrelationskoeffizient wurde die Produkt-Moment-Korrelation gewählt.
- Die Faktorenstruktur wurde nach dem KAISER-MEYER-OLKIN-Kriterium (KMO) beurteilt und verwendete nur solche Faktorenstrukturen, deren KMO-Index > 0.80 als „recht gut“ zu beurteilen war (KAISER, 1974). Dieser Index steht für die Angemessenheit der Stichproben (sample adequacy), was heißt, dass alle Untersuchungsteilnehmer die Items mit gleichem Verständnis beantworten, z. B. inhaltlich ähnliche Items entsprechend bewerteten.
- Für die im Bezugsrahmen formulierten Wirkungen der Gesundheits- und Prozessperspektive auf die objektiven Merkmale der Erfolgsperspektive wurden standardisierte Regressionsgewichte (Beta-Koeffizienten) berechnet, um die gerichtete Varianzaufklärung zu beschreiben. Das Betagewicht beschreibt die Stärke des gerichteten Zusammenhanges bei gleichzeitiger Konstanz der anderen Faktoren. So sind gerichtete Aussagen möglich. Die entsprechenden Modelle werden anhand der Produkt-Moment-Korrelation („R“) bewertet, die ein Maß für den Grad von linearen Zusammenhängen zwischen intervallskalierten Merkmalen darstellt. Diese Zusammenhänge werden in dieser Studie z. T. unterschätzt, weil die objektiven Daten, wie schon erwähnt, nur als über die Kostenstellen gemittelte Werte vorliegen. Die Abhängigkeiten zwischen den Faktoren innerhalb und zwischen den Ebenen werden durch Beta-Gewichte, Strukturkoeffizienten oder durch Partialkorrelationen dargestellt. Je nach Interpretation und Sichtweise haben die einzelnen Koeffizienten Vor- und Nachteile, was in Kapitel 5 und 6 (Ergebnisse bzw. Diskussion) beschrieben wird. In der empirischen Analyse werden signifikante Zusammenhänge zwischen einzelnen Konstrukten und objektiven Daten innerhalb einer Perspektive sowie zwischen mehreren Perspektiven aufgezeigt. Es ist davon auszugehen, dass nicht alle Zusammenhänge als statistisch signifikant angenommen werden können. Es wurden Regressionsanalysen durchgeführt, die sich auf sämtliche Konstrukte und objektive Daten beziehen. Mit Hilfe der Regressionsanalyse werden Abhängigkeiten zwischen den Faktoren der Perspektive 2 und den Daten auf den anderen Perspektiven berechnet. Daraufhin ist es möglich, gerichtete Aussagen über Zusammenhänge zwischen den Konstrukten zu treffen.

Bei der zweiten Datenerhebung wurde analog vorgegangen. Obwohl eine Reduktion des Fragebogens für die Datenerhebung 2 durchgeführt wurde (siehe Abschnitt zum Fragebogen) zeigte sich die gleiche Faktorenstruktur. Dies legitimiert gleichzeitig die Reduktion, die nochmals durch Berechnung der instrumentellen Konsistenz (Cronbach's Alpha) methodisch überprüft wurde (siehe Kapitel 5.3.4). Des Weiteren mussten, um Vergleichbarkeit herzustellen, die gleichen statistischen Verfahren mit den gleichen Faktoren durchgeführt werden (d. h. Regressionsanalysen mit gleichen Parametern).

5 Ergebnisse

5.1 Struktur der Ergebnisdarstellung

Kapitel 5 stellt die Projektergebnisse auf Grundlage der in Kap. 4 vorgestellten Struktur dar. Leitfaden für die Ergebnisdarstellung sind daher die drei Haupt-Arbeitspakete:

- Vorbereitung und Planung
- Empirische Analyse
- Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC

Sie bilden die Basis für die Diskussion in Kapitel 6 und daraus abgeleiteten Empfehlungen in Kapitel 7 und sind in Abb. 5.1 zur Visualisierung der Struktur für Kapitel 5 noch einmal dargestellt.

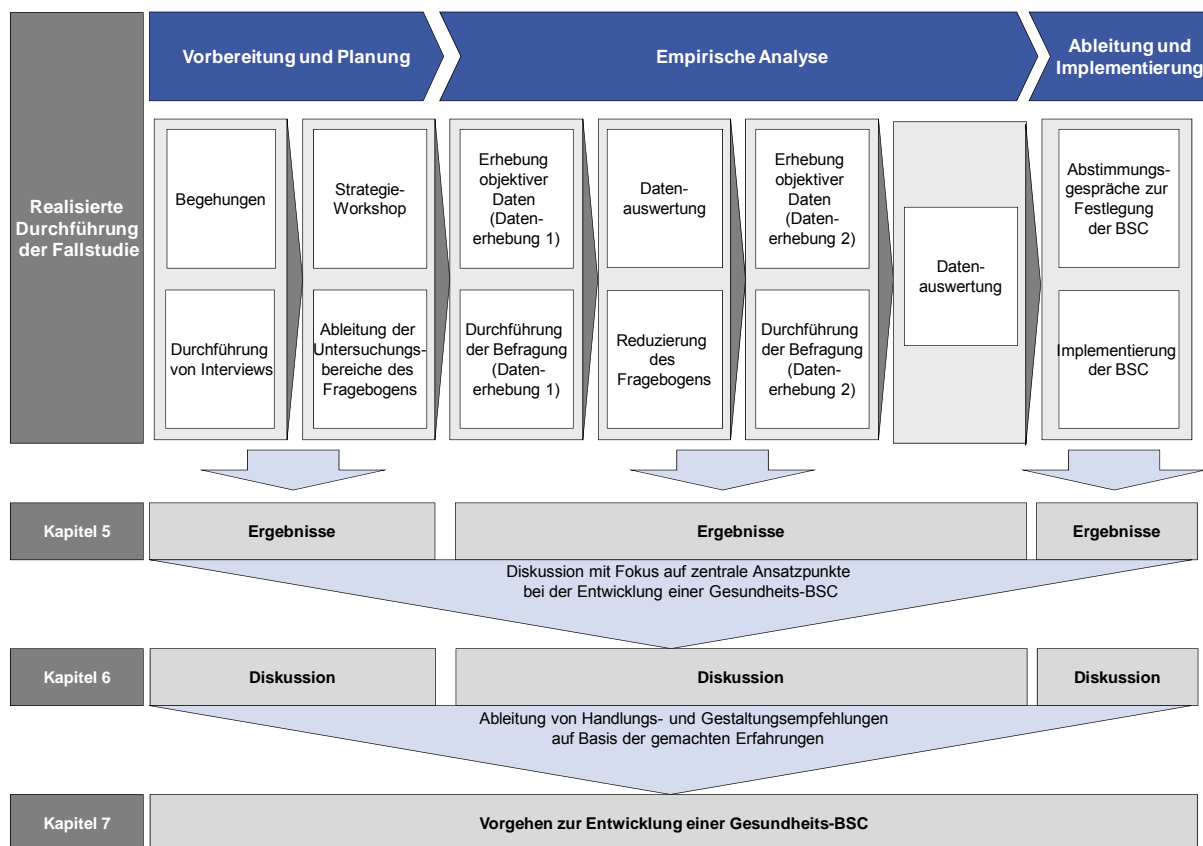


Abb. 5.1 Struktur der Ergebnisdarstellung anhand der drei wesentlichen Arbeitspakete des Projekts

5.2 Vorbereitung und Planung

5.2.1 Beschreibung des Untersuchungsfelds⁸

Die nachfolgenden Ausführungen beschreiben zunächst die wesentlichen Merkmale des Fallstudienunternehmens bzw. des betrieblichen Untersuchungsfeldes. Sie offenbaren, warum sich das Fallstudienunternehmen für ein Forschungsvorhaben eignet (z. B. Problemlage, Ressourcen) und auf welche Unternehmensstrukturen das Forschungsvorhaben aufsetzt. Zudem soll das Verständnis für Spezifika der Untersuchung (z. B. Tätigkeits- und Qualifikationsniveau der Befragten, unternehmenskulturelle Einflüsse) gestärkt werden.

Die Produktion im Fallstudienunternehmen fand im 3-Schichtbetrieb in durchschnittlich 17 Schichten pro Woche statt. Das Untersuchungsfeld hatte konzernweit den höchsten Krankenstand. Fehlzeiten von ca. 8 % der tariflich vereinbarten Gesamtarbeitszeit verursachten erhebliche Mehraufwände. Ziel des Untersuchungsfelds war es, eine Senkung der Krankenfehlstandsquote um 2-3 % zu erreichen.

Im Fallstudienunternehmen war ein betriebliches Gesundheitsmanagement implementiert. BGM-Leistungen wurden von mehreren Organisationseinheiten kooperativ erbracht, die unterschiedlichen Verantwortungsbereichen angehörten (vgl. Abb. 5.2). Die Akteure und Akteursgruppen werden hinsichtlich ihrer Aufgaben und Verantwortlichkeiten nachfolgend beschrieben.

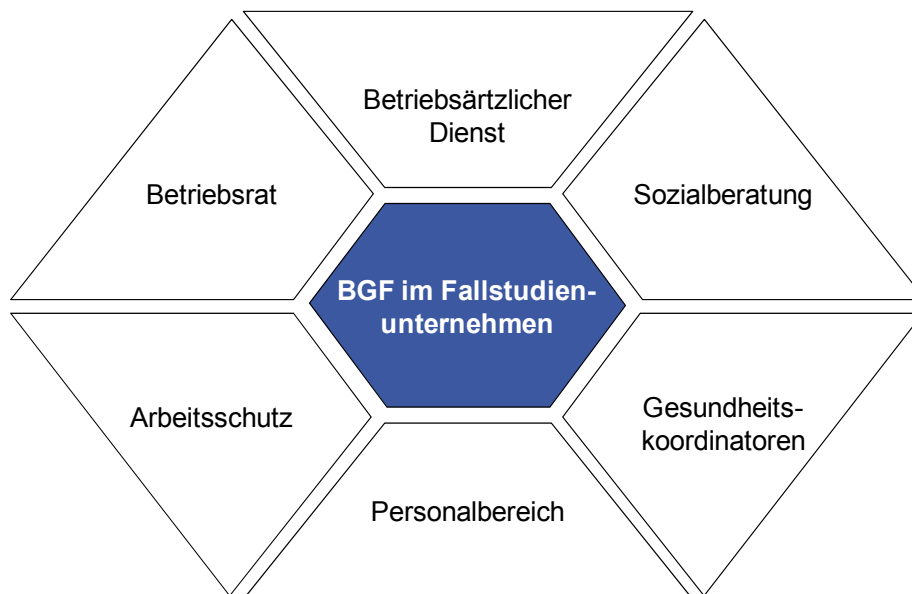


Abb. 5.2 BGM-Akteure im Fallstudienunternehmen

Neben der ärztlichen Erstversorgung bei Unfällen und im Krankheitsfall bot der *Betriebsärztliche Dienst* gesundheitsfördernde Maßnahmen für Führungskräfte und Beschäftigte an. So bestand im Zuge des betrieblichen Eingliederungsmanagements das Angebot, für körperlich eingeschränkte Mitarbeiter den für sie optimalen Arbeits-

⁸ Die Vorbereitungsphase stellt einen wichtigen Teilaspekt im Rahmen der Entwicklung einer BSC dar. Die gemachten Erfahrungen werden im Handlungsleitfaden (Kapitel 7) berücksichtigt und deshalb an dieser Stelle dargestellt.

platz einzurichten. Weitere BGM-Angebote bestanden zu Themen wie Bewegung, Ernährung, Stress und Raucherentwöhnung. In geringem Umfang erfolgten Arbeitsplatzbegehungen, bei denen Arbeitsbedingungen analysiert und beurteilt wurden, um Handlungsempfehlungen abzuleiten. Im Einzelfall wurden Führungskräfte zur menschengerechten Arbeitsplatzgestaltung beraten.

Die medizinischen Maßnahmen wurden durch *sozialpsychologische Angebote* ergänzt, die auf Problemlösung und -bewältigung abzielten. Im Wesentlichen wurden Aspekte wie Sucht, Verschuldung, Familie und Konflikte (am Arbeitsplatz) behandelt. Teilweise sind Führungskräfte über psychische Erkrankungen, deren Auftreten im Betrieb und einen angemessenen Umgang damit im Rahmen ihrer Führungsaufgabe informiert worden.

Um den Beschäftigten die Bedeutsamkeit der Gesundheitsthematik zu vermitteln, ist ein innerbetrieblicher Informationsaustausch zweckmäßig. Diesen Informationsfluss stellten *Gesundheitskoordinatoren* sicher. Ihre Aufgabe bestand darin, die Führungskräfte zu unterstützen sowie die jeweiligen Aktivitäten und Maßnahmen im Arbeitskontext zu koordinieren.

Zentrale Aufgaben des *Personalbereichs* lagen in der Personalauswahl und -entwicklung. Zudem beriet der Personalbereich die Führungskräfte bei der Vorbereitung und Durchführung von Mitarbeitergesprächen und leistete ggf. Unterstützung bei der Suche nach alternativen Beschäftigungsmöglichkeiten bei Leistungseinschränkungen. Eine Abstimmung mit den Personalleitern sollte gewährleisten, dass die BGM-Maßnahmen mit personalbezogenen Aktivitäten koordiniert werden.

Den *Arbeitsschutzexperten* oblag die Planung und Durchführung von strategischen und operativen Aufgaben hinsichtlich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Sie analysierten Arbeitsbedingungen (z. B. Lärm- und Luftbelastungen) und Produktionsabläufe und unterbreiteten Vorschläge zur sicherheitstechnischen und ergonomischen Optimierung von Bestandsanlagen und Neuplanungen.

Per Delegation übernahmen die *Führungskräfte* diverse Unternehmeraufgaben. Hinsichtlich des Gesundheitsmanagements ergaben sich Führungsaufgaben wie die Auswahl und Einsatz von Maschinen und Werkzeugen, die Organisation von Fertigungs- und Arbeitsabläufen, der Einsatz der Beschäftigten, die Durchführung oder Organisation von Gefährdungsbeurteilungen, die Durchführung bzw. Veranlassung von Maßnahmen zur Gefahrenminimierung und Unterweisungen sowie die Kontrolle der Wirksamkeit von getroffenen Maßnahmen. Teilweise mussten Führungskräfte die Einstellung gefährlicher Arbeiten anordnen. Die Führungskräfte verantworteten zudem das Budget für die Durchführung von BGF-Maßnahmen in ihren Bereichen.

Der *Betriebsrat* war in alle Aktivitäten und Entscheidungen eingebunden und nahm an Steuerkreisen und Arbeitsgremien teil, die gesundheitliche Fragen betreffen.

5.2.2 BGM-Maßnahmen im Fallstudienunternehmen

Das Fallstudienunternehmen verfügte über ein vielfältiges *Maßnahmenspektrum* zum betrieblichen Gesundheitsmanagement:

- Einmal pro Quartal wurden „*Runde Tische*“ unter Beteiligung der verantwortlichen Führungskräfte des operativen Bereichs und aller relevanten Gesundheitsakteure durchgeführt. Aufgabe der Runden Tische war die regelmäßige und systematische Durchführung von integrativen Gesprächsrunden, die Definition individueller

Maßnahmen für erkrankte Mitarbeiter sowie das Maßnahmencontrolling. Hierbei wurde durch die Besprechung von Unfallgeschehnissen, Gesundheitsständen und deren Entwicklung sowie Krankheitsfällen auf die Verbesserung des Gesundheitsstands sowie die Verringerung der Fehlzeiten abgezielt. Während in den „Runden Tischen“ meist über Einzelfälle diskutiert wurde, ging es in werksweiten „Steuerkreisen“ um strategische Grundsatzentscheidungen.

- *Mitarbeitergespräche* wurden generell nach jeder Abwesenheit wie Urlaub, Fortbildung und Krankheit durchgeführt. Sie sollten den Beschäftigten Wertschätzung vermitteln, ein gutes Betriebsklima fördern und der Identifikation von gesundheitsbezogenem Handlungsbedarf dienen. Bei der Besprechung krankheitsbedingter Abwesenheiten war man bestrebt, einen Bezug zu den Arbeitsbedingungen herzustellen, gegebenenfalls Unterstützung anzubieten und mögliche Maßnahmen zur Abhilfe zu erörtern. Bei häufigen Fehltagen oder langen Fehlzeiten fand ein eingehendes Mitarbeitergespräch statt. Ziel dabei war es, Hintergründe zu klären, bei bestimmten Situationen Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen und – wenn nötig – disziplinarische Konsequenzen zu verdeutlichen. Bei derartig eingehenden Gesprächen wurden sowohl der Mitarbeiter als auch der Betriebsrat vorab über den Gesprächstermin informiert.
- Das Fallstudienunternehmen führte pro Jahr ca. 50 *gesundheitsfördernde Aktionen* für Führungskräfte und Beschäftigte durch. Neben den oben schon genannten Arbeitsplatzbegehungen und Informations- sowie Beratungsangeboten zu Themen wie Bewegung, Ernährung, Stress und Raucherentwöhnung, umfassten die Maßnahmen verschiedene medizinische Schnelltests zur Bestimmung von physiologischen Parametern (wie Blutdruck, Cholesterin, Blutzucker, Körperfett) sowie Koordination und Fitness. Zudem wurde versucht den Beschäftigten diverse sportliche Aktivitäten näherzubringen. Diese Angebote zielten auf eine Sensibilisierung der Beschäftigten bzgl. des Themas Gesundheit ab, da die Teilnehmerquoten an BGF-Maßnahmen eine ständige Herausforderung darstellten.
- In Ergänzung zu den arbeitsmedizinischen Maßnahmen wurden *Einzelberatungen* für Führungskräfte sowie Mitarbeiter in den Bereichen der Problemlösung und Problembewältigung angeboten. Im Wesentlichen zielten diese auf Aspekte, wie Sucht, Schulden, Familie, Konflikte und Stress ab.

Zusätzlich bot das Fallstudienunternehmen in Kooperation mit Krankenkassen und Kliniken diverse stationäre medizinische *Rehabilitationsmaßnahmen* an. Bereits während der Durchführung einer solchen Maßnahme sollte in Abstimmung zwischen der Klinik und dem Betriebsärztlichen Dienst der Bedarf für erforderliche Umstellungen am Arbeitsumfeld identifiziert und in entsprechende Aktionen umgesetzt werden.

5.2.3 Interviewergebnisse

Trotz umfangreicher Maßnahmen zur ergonomischen Arbeitsgestaltung verblieben gewisse Restrisiken bei der Tätigkeitsausübung im Fallstudienunternehmen. *Arbeitsbezogene Belastungen* resultierten u. a. aus schweren körperlichen Anforderungen bei der Lastenhandhabung und ungünstigen Umgebungseinflüssen wie Lärm, Hitze und Schmutz. Allen betroffenen Beschäftigten standen persönliche Schutzausrüstungen zur Verfügung. Die Interviews ergaben jedoch, dass Mitarbeiter diese unregelmäßig verwenden.

Aufgrund von fortschreitenden Rationalisierungsmaßnahmen waren bereichsinterne *Stellenversetzungen* unvermeidlich. Wenngleich das Management derartige Versetzungen im Interesse einer betrieblichen Wandlungsfähigkeit aktiv förderte, fanden sie bei den Beschäftigten zuweilen nur geringe Akzeptanz, sofern sie mit einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen oder der Einkommenssituation verbunden waren.

Strategische Entscheidungen zur Unternehmensausrichtung sowie *Restrukturierungsmaßnahmen*, die mit Nachteilen für die Belegschaft verbunden waren, schmälerten die traditionell hohe Verbundenheit der Beschäftigten mit ihrem Unternehmen; darunter litten Engagement und Qualitätsbewusstsein.

Die häufigsten *arbeitsbedingten Gesundheitsschäden* betrafen orthopädische Erkrankungen, Rücken- und Gelenkerkrankungen sowie psychische Beschwerden. Detaillierte Erhebungen im Unternehmensbereich belegten, dass die Qualität der Arbeitsbedingungen (einschließlich Führungsverhalten und Arbeitskultur) eine signifikante, negative Korrelation mit dem Krankenfehlstand der Arbeitspersonen aufweist.

Neben den *physischen Belastungen* gewannen die *psychischen Beschwerden*, wie Depressionen, Sucht, Alkoholismus, Mobbing etc. an Bedeutung, wobei die Ursachen häufig auch in problematischen Familienverhältnissen gesehen wurden.

Die Unternehmenssituation spiegelte sich in einem relativ hohen Krankenstand, vor allem im Vergleich mit Wettbewerbern, wider. Der hohe Krankenstand (zu Projektbeginn) verursachte den Interviewten zufolge erhebliche Mehrkosten, die sich auf die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens auswirken. Die beiden Indikatoren, die sich direkt auf den Krankenstand auswirkten, waren der Gesundheitszustand und die Unfallbelastung. Die Kennzahl „Gesundheitsstand“ wurde mittels Angabe der Kranken- bzw. Fehltagelänge festgesetzt. Spezifischere Kennzahlen zu den Hintergründen des Absentismus lagen bis dato nicht vor.

Analysen des medizinischen Dienstes belegten zudem eine hohe Korrelation zwischen *Führungsverhalten* und *Krankenstand*. Dies ist Anlass, das Führungsverhalten näher zu betrachten.

Die Führungskräfte beeinflussten mit ihrem Führungsstil sowie der Festlegung von Arbeitsbedingungen die Stimmung und Motivation der Beschäftigten. Beschäftigte erwarteten, dass Führungskräfte eine Vorbildfunktion erfüllen, Vertrauensfähigkeit erwecken können und die Beschäftigten fair behandeln. Durch eine gute Kommunikationsfähigkeit sollten Ziele transparent und verständlich werden. Dazu gehörten auch die Entscheidungsfähigkeit und Verantwortungsbewusstsein der Führungskräfte.

In Gesprächen wurde deutlich, dass das Führungsverhalten insbesondere des obersten Managements aus Sicht der Beschäftigten von diesem Ideal abweicht. Unzureichendes Verständnis für Führungsentscheidungen führte zu erheblicher Demotivation der Beschäftigten. Diverse Äußerungen offenbarten ein zeitweise angespanntes Vertrauensverhältnis zwischen Führung und Teilen der Belegschaft.

Die Mehrzahl der befragten Führungskräfte betonte, dass die Kommunikation ein wichtiges Führungsmittel ist. Entsprechend suchten sie nach eigenen Aussagen den Kontakt zu ihren Mitarbeitern, um deren Anliegen und Problemsituationen wahrzunehmen. Erreicht wurde dies durch regelmäßige Gespräche und Besprechungen. Weitere Führungspraktiken waren die „offene Tür“ und das „walking around“, d. h. die regelmäßige Präsenz im Produktionsbereich und die Ansprechbarkeit für Beschäftig-

te. Diese Methoden sollten zur Verkürzung der Kommunikationswege beitragen sowie die Transparenz der Unternehmenssituation und der Arbeitsprozesse erhöhen. Befragungen von Beschäftigten und Betriebsrat zeigten, dass diesem Idealzustand nicht immer entsprochen wurde.

Die Analysen des medizinischen Dienstes ergaben, dass Konflikte zwischen Beschäftigten und Führungskräften, die nicht zufriedenstellend gelöst werden, mit dem Krankenstand korrelieren. Führungskräfte sind daher angehalten, Konflikten und Ärger konsequent entgegen zu treten, Gerüchte offen zu legen und Unsicherheiten zu beseitigen.

Um die Beschäftigten nach einer längeren Krankheit wieder in den Arbeitsprozess einzugliedern, wurden Krankenrückkehrgespräche geführt. Eine zielorientierte und sachliche Gesprächsführung wirkte sich positiv auf den Krankenfehlstand aus. Einige Führungskräfte waren jedoch nur unzureichend für diese Gespräche geschult. Führungskräften fehlten häufig psychologische Grundkenntnisse. Sie fühlten sich im Umgang mit kranken Mitarbeitern überfordert. Krankenrückkehrgespräche empfanden sie als wenig zweckmäßig und führten sie deshalb nicht regelmäßig durch. Unqualifiziert durchgeführte Krankenrückkehrgespräche führten jedoch zur Unzufriedenheit der Beteiligten und wirkten kontraproduktiv. Beschäftigte, die das Gefühl hatten am Arbeitsplatz gebraucht zu werden, und die ein ehrliches Interesse der Führungskraft an ihrer Gesundheit empfanden, hatten einen niedrigeren Krankenfehlstand. Während des Krankheitsverlaufs von Beschäftigten fanden jedoch keine krankensbegleitenden Maßnahmen durch die Führungskräfte statt.

In den Interviews, Vor-Ort-Terminen und dem Strategie-Workshop wurden zusammenfassend zwei zentrale *strategische Stoßrichtungen* des BGM im Fallstudienunternehmen identifiziert:

- *Stärkung des präventiven Handelns:* Auf der einen Seite musste das Arbeitsumfeld gesundheitsgerechter gestaltet werden (Verhältnisprävention). Hierzu gehörte z. B., dass die zukünftigen Arbeitssysteme an die alternde Belegschaft angepasst werden müssen. Auf der anderen Seite bedurfte es der Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins, damit sich die Mitarbeiter und die Führungskräfte selbst gesundheitsgerecht verhalten und die Maßnahmen der Verhältnisprävention für sich nutzen (z. B. die Verwendung von Arbeitsschutzmitteln). Bei den bisher durchgeführten präventiven Maßnahmen im Fallstudienunternehmen wurde festgestellt, dass die Teilnahmequoten zum Teil sehr gering ausfielen.
- *Vernetzung der im Rahmen des BGM erbrachten Leistungen und Maßnahmen:* Bei der Durchführung der Leistungen und Maßnahmen waren viele verschiedene Akteure (Meister, Betriebsärztlicher Dienst, Betriebsrat, Personalabteilung etc.) beteiligt und es traten immer wieder Zielkonflikte auf. Diese Thematik wurde in Kapitel 3 unter der Bildung eines „virtuellen Gesundheitsbereichs“ beschrieben. Ergebnisse der Interviews zeigten, dass die Vernetzung und Kooperation zwischen den Akteuren verbessert werden musste, um eine erfolgreiche BGF zu ermöglichen. Hierzu gehörte als zentraler Baustein die oben beschriebene Notwendigkeit der Integration der Führungskräfte auf den verschiedensten Hierarchieebenen in die BGF. Die Notwendigkeit der besseren Vernetzung soll auch anhand eines einfachen Beispiels auf der Meisterebene verdeutlicht werden. Die Maßnahme „Rücken Mobil“ fand immer abwechselnd in den verschiedenen Produktionshallen statt. Es bestand die Möglichkeit, während der Arbeitszeit, innerhalb eines zehn Minuten andauernden Trainings, die Rückenmuskulatur zu stärken.

Darüber hinaus konnten Beschwerden analysiert werden, um daraufhin Maßnahmen abzuleiten. Allerdings waren die Mitarbeiter nicht immer darüber in Kenntnis gesetzt worden, wann sich das „Rücken Mobil“ in ihrer Halle befindet.

Auf Basis der identifizierten strategischen Stoßrichtungen und weiterer oben beschriebener Interviewergebnisse wurden *fünf zentrale Befragungsbereiche* identifiziert zu den Themen „Einschätzung der Leistung und Leistungseinschränkung“, „Zufriedenheit am Arbeitsplatz in Bezug auf den Vorgesetzten, die Tätigkeit, die Kollegen und das Unternehmen“, „Einschätzung der Arbeitsbedingungen“, „Einschätzung der eigenen persönlichen Kompetenz, der Gesundheit und des Wohlbefindens“ sowie „Zufriedenheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung“ (zu einer detaillierten Beschreibung siehe Kapitel 4).

5.3 Empirische Analyse

Im Rahmen dieses Kapitels werden die Ergebnisse der beiden Datenerhebungen dargestellt. Zunächst wird die Gewinnung der objektiven Erfolgsdaten im Fallstudienunternehmen beschrieben. Danach werden die Ergebnisse der explorativen Faktoranalyse, die sich in Datenerhebung 1 ergeben haben, vorgestellt. Das Kapitel endet mit der Darstellung der Ergebnisse der multiplen Regressionen, die zur Identifikation der Ursache-Wirkungsbeziehungen durchgeführt wurden.

5.3.1 Gewinnung objektiver Daten

Ein zentrales Problem bei der Datenerhebung war die Verfügbarkeit objektiver Daten. In den Interviews wurden *Erfolgskennzahlen* genannt, die im Fallstudienunternehmen nicht flächendeckend gepflegt werden. Dieser Umstand offenbarte sich jedoch erst im Rahmen der Datenerhebung. Aus diesem Grund wird an dieser Stelle die Erhebung der objektiven Daten vertieft dargestellt.

Ziel sollte es sein, für die vier Ziele der Erfolgsperspektive „Flexibilität“, „Kosten“, „Produktivität“ und „Qualität“ valide Kennzahlen für alle beteiligten Kostenstellen zu erfassen und in die empirische Analyse zu integrieren. Dies war jedoch in der Form nicht für alle Kennzahlen möglich. Es stellte sich im Rahmen der Datenerhebung heraus, dass sowohl die Qualität als auch die Produktivität nicht oder nicht in gleicher Form in allen Kostenstellen erfasst werden.

Dies ist auf mehrere Gründe zurückzuführen. Erstens werden diese Daten nicht zentral gepflegt, sondern von den Leitern der Kostenstellen (Meister) geführt. Zweitens gibt es mehrere Informationssysteme, die nicht ineinander integriert sind. Der dritte und bedeutendste Grund ist, dass keine konsistente, inhaltliche Vergleichbarkeit der Qualitäts- und Produktivitätsbeurteilung zwischen den Kostenstellen gegeben ist. Die Qualität wird über den Ausschuss oder die Nacharbeit bewertet. Unbrauchbare Teile (Ausschuss) werden allerdings nicht in jeder Kostenstelle „produziert“, z. B. nicht in der Montage. Umgekehrt gibt es Kostenstellen, in denen fehlerhafte Teile nicht nachgearbeitet werden. Ähnlich verhält es sich mit der Produktivität. In manchen Kostenstellen wird nicht erfasst, welche Anzahl an Teilen gefertigt wird, weil die Kostenstelle abhängig von der Vorproduktion ist. Auch die Auslastung der Anlagen einer Kostenstelle als Indikator für die Produktivität ist nur in manchen Kostenstellen sinnvoll messbar. Eine vergleichbare Beurteilung von Produktivität und Qualität ist bereits

innerhalb einer Kostenstelle oft nur schwer möglich, da in den Kostenstellen verschiedene Aggregate (z. B. Maschinen) und Tätigkeiten zusammengefasst wurden. Sie sind nach unterschiedlichen Kriterien zu bewerten. Diese angeführten Punkte betreffen allerdings nicht nur die Untersuchung im Untersuchungsbereich des Fallstudienunternehmens, sondern stellen ein generelles Problem für eine statistische Bewertung der ökonomischen Auswirkungen von Gesundheit in Betrieben dar.

Die Recherchen ergaben, dass in einem unternehmensinternen Projekt dieses Problem bereits aufgegriffen worden war. Das Produktionscontrolling des Untersuchungsbereichs des Fallstudienunternehmens war beauftragt worden, eine sogenannte Prozesslandkarte zu erstellen, in der die verfügbaren Kennzahlen für alle Aggregate und Kostenstellen zusammengestellt wurden. Auf diese Landkarte konnte nun für beide Datenerhebungen zurückgegriffen werden. Die Landkarte war jedoch nicht für den dauerhaften Einsatz geplant und wird im Fallstudienunternehmen aufgrund des Aufwands nicht weiter fortgeführt. Dennoch blieb das Problem der Vergleichbarkeit der Daten. Die Kennzahlen lagen jeweils nur für einen Teil der Kostenstellen vor. In manchen Kostenstellen mussten Durchschnittswerte über mehrere Aggregate berechnet werden. Um einen gemeinsamen Bewertungsmaßstab für alle Kostenstellen und Kennzahlen zugrunde legen zu können, wurden jeweils die relativen Abweichungen der Kennzahlen (Ist-Werte) von den Zielgrößen (Soll-Werte) berechnet. Nach Auskunft des Controllings im Untersuchungsbereich war davon auszugehen, dass diese Abweichungen über alle Kostenstellen vergleichbar sind.

Zudem konnten keine objektiven *Gesundheitsdaten* verwendet werden. Zur Erhebung von Gesundheitsdaten musste vollständig auf den Fragebogen zurückgegriffen werden. Es wurden zudem keine zusätzlichen gesundheits- und erfolgsbezogenen Kennzahlen durch das Fallstudienunternehmen generiert.

5.3.2 Faktorenstruktur als Ausgangspunkt

Im Folgenden werden die einzelnen *faktorenanalytisch* erzeugten *Konstrukte* beschrieben. Diese Faktorenstruktur ist die Grundlage für alle weiteren statistischen Auswertungen (vgl. Kapitel 4.4.4). Als Basis für den Fragebogen dienen die in der qualitativen Vorstudie identifizierten Bereiche. Die Bildung von Faktoren ist eine wichtige vorbereitende Maßnahme in den Sozialwissenschaften, da zur Erklärung menschlicher Verhaltensweisen oder sozialer Phänomene eine Vielzahl von Einflussfaktoren (Variablen) berücksichtigt werden muss; so auch in dieser Untersuchung. Durch die methodisch abgesicherte Datenreduktion mittels der Faktorenanalyse sind so praktikablere Auswertungen und auch Interpretationen möglich. Die Methodik und der Anwendungsbereich dieses strukturklärenden Verfahrens wurden in Kapitel 4.4.4 beschrieben.

Die Ergebnisse der Datenerhebung 1 und 2 werden jeweils tabellarisch dokumentiert. In die Tabellen wurden gerichtete Zusammenhänge (Betagewicht) mit einer ausreichenden Varianzaufklärung für eine zulässige Interpretation aufgenommen ($\beta > 0,15$; $\beta < -0,15$). Die Wahl dieser Größe beruht auf Erfahrungswerten früherer Untersuchungen (vgl. COHEN & COHEN, 1975; GAENSSLEN & SCHUBÖ, 1973) und entspricht der Unterscheidung zwischen statistischer und inhaltlicher Relevanz. Wie beschrieben lässt sich anhand des Betagewichtes eine eingeschränkte Kausalitätsaussage machen. Es sei hier betont, dass sich durch Regressionsanalysen oder andere statistische Verfahren keine echte inhaltliche Kausalität nachweisen lässt.

Das Verfahren analysiert Korrelationen zwischen Faktoren und liefert damit eine notwendige Bedingung für Kausalität, muss aber immer in den wissenschaftlichen und inhaltlichen Kontext eingeordnet werden (BACKHAUS et al. 2003). Mit steigender Stichprobengröße werden zunehmend kleinere Werte des Betagewichtes statistisch signifikant. Dies sagt allerdings noch nichts über deren inhaltliche Signifikanz aus. Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 6.

Durch die berechneten Faktorenanalysen ergeben sich folgende 19 Konstrukte (siehe Tab. 5.1 bis Tab. 5.5), deren begriffliche Bezeichnung aus den Inhalten der Items mit den höchsten Faktorladungen erfolgte. Die Tabellen beschreiben den Faktor, die Items aus denen er gebildet wurde sowie die entsprechende Faktorladung des einzelnen Items in Bezug auf den Faktor.

Tab. 5.1 Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 1)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items (Wie beurteilen Sie...)	Faktorladung
Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	.96	8. ... Ihr Vertrauensverhältnis zu Ihrem Vorgesetzten?	.82
		9. ... die Verlässlichkeit Ihres Vorgesetzten?	.85
		10. ... Wertschätzung Ihrer Arbeit durch Ihren Vorgesetzten?	.79
		11. ... das Verständnis Ihres Vorgesetzten für Ihre Sorgen und Beschwerden?	.84
		12. ... den Einsatz Ihres Vorgesetzten für Ihre Gesundheit?	.78
		13. ... den Einsatz Ihres Vorgesetzten für eine angemessene Arbeitsbelastung?	.77
		14. ... die Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufes der Arbeit durch Ihren Vorgesetzten?	.78
		15. ... die Förderung Ihrer beruflichen Entwicklung durch Ihren Vorgesetzten?	.41
		16. ... die Unterstützung durch Ihren Vorgesetzten bei Arbeitsproblemen?	.81
		17. ... den Umgang Ihres Vorgesetzten mit Kritik?	.77
18. ... die Zusammenarbeit mit Ihrem Vorgesetzten insgesamt?	.87		
Anerkennung von Unternehmensaktivitäten durch Mitarbeiter	.85	26. ... die Fürsorge des Unternehmens für die Mitarbeiter?	.69
		27. ... die Honorierung von Leistung beim Unternehmen?	.67
		28. ... die Transparenz der Unternehmenspolitik?	.72
		29. ... die Umsichtigkeit, mit der Veränderungen umgesetzt werden?	.68
		30. ... die Berücksichtigung der Arbeitnehmerinteressen im Unternehmen?	.71
		31. ... den Erfolg des Unternehmens?	.57
		32. ... die Wertschätzung Ihrer Arbeit durch das Unternehmen?	.66
		33. ... Ihr Wohlbefinden beim Unternehmen?	.60
Handlungsspielraum bei der Arbeit	.85	1. ... Ihre Zufriedenheit mit Ihrer Tätigkeit?	.55
		2. ... Ihre Möglichkeiten, die Arbeitsgeschwindigkeit selbst zu bestimmen?	.70
		3. ... die Hilfsmittel für Ihre Arbeitstätigkeit?	.41
		4. ... Ihre Möglichkeiten, bei der Arbeit Neues zu erlernen?	.73
		5. ... Ihre Möglichkeiten, das zu tun, was Sie am besten können?	.76
		6. ... die Freiräume für Eigeninitiative?	.71
		25. ... Ihre Beteiligung bei Entscheidungen?	.41
Soziale Unterstützung	.85	19. ... die Unterstützung bei der Arbeit durch die Kollegen?	.81
		20. ... das Verständnis für persönliche Schwierigkeiten durch die Kollegen?	.85
		21. ... Ihre Einbindung in das Team?	.79
		22. ... die Offenheit und Ehrlichkeit im Team?	.80

Tab. 5.2 Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 2)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items (Inwieweit...)	Faktorladung
Identifikation mit dem Unternehmen	.81	45. ... sind Sie bereit, Unternehmens- Produkte Freunden/Familie/Angehörigen zu empfehlen?	.79
		46. ... sind Sie bereit, Ihren Arbeitsplatz Freunden/Familie/Angehörigen zu empfehlen?	.75
		49. ... sind Sie stolz, anderen erzählen zu können, dass Sie bei diesem Unternehmen arbeiten?	.84
		50. ... bedeutet Ihnen Ihre Arbeit beim U. etwas?	.68
Coping	.67	39. ... können Sie mit Konflikten am Arbeitsplatz umgehen?	.76
		40. ... können Sie erreichen, was Sie sich vorgenommen haben?	.66
		41. ... können Sie mit Stress umgehen?	.77
		42. ... können Sie nach der Arbeit abschalten?	.54
		43. ... passen Sie mit Ihren Fähigkeiten auf Ihren Arbeitsplatz?	.49
		44. ... wissen Sie, was bei der Arbeit von Ihnen erwartet wird?	.50
Veränderungsbereitschaft	.66	37. ... sind Sie bereit, den Tätigkeitsbereich innerhalb des Unternehmens zu wechseln?	.82
		38. ... könnten Sie sich vorstellen, künftig auch eine ganz andere Tätigkeit auszuüben?	.84
		43. ... passen Sie mit Ihren Fähigkeiten auf Ihren Arbeitsplatz?	-.46
		48. ... befriedigt Sie Ihre Arbeit?	-.50
Angst um den Arbeitsplatz	Nicht berechnet	47. ... belastet Sie die Vorstellung, Ihre Arbeitsstelle zu verlieren?	.81
		50. ... bedeutet Ihnen Ihre Arbeit bei diesem Unternehmen etwas?	.42
Situative Belastung	.85	55. Belastung am Arbeitsplatz durch Kälte.	.52
		56. Belastung am Arbeitsplatz durch Zugluft.	.52
		57. Belastung am Arbeitsplatz durch Staub/Schmutz.	.46
		58. Belastung am Arbeitsplatz durch schlechte Luft (Gerüche, Dämpfe, Rauch).	.44
		59. Belastung am Arbeitsplatz durch schlechte Bodenverhältnisse (z. B. glatter Boden).	.61
		60. Belastung am Arbeitsplatz durch gefährliche Stoffe.	.74
		61. Belastung am Arbeitsplatz durch Wechsel zwischen Wärme und Kälte.	.71
		62. Belastung am Arbeitsplatz durch Vibrationen/Erschütterungen.	.76
		63. Belastung am Arbeitsplatz durch Nässe/Feuchte.	.72
		67. Belastung am Arbeitsplatz durch gefährliche Situationen.	.40

Tab. 5.3 Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 3)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items	Faktorladung
Tätigkeitsbezogene Belastung	.83	51. Belastung am Arbeitsplatz durch beengte Arbeitsverhältnisse.	.40
		53. Belastung am Arbeitsplatz durch Lärm.	.55
		54. Belastung am Arbeitsplatz durch Wärme/Hitze.	.45
		57. Belastung am Arbeitsplatz durch Staub/Schmutz.	.47
		64. Belastung am Arbeitsplatz durch Heben und Tragen von schweren Lasten.	.59
		65. Belastung am Arbeitsplatz durch häufiges Wiederholen einzelner Bewegungen.	.76
		66. Belastung am Arbeitsplatz durch ungünstige Arbeitshöhen (Brücken oder Strecken).	.68
		68. Belastung am Arbeitsplatz durch körperliche Beanspruchung.	.59
Persönliche Leistungseinschränkung	.84	78. Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen?	.47
		82. Wie oft behindern Sie Gefühle von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit im täglichen Leben?	.48
		95. Meine Leistungsfähigkeit war im letzten Jahr eingeschränkt durch private Probleme.	.52
		96. Die Einschränkungen hatten Auswirkungen auf meine Arbeitsgeschwindigkeit.	.65
		97. Die Einschränkungen hatten Auswirkungen auf die Sorgfalt meiner Arbeit.	.70
		98. Einschränkungen hatten Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im Team.	.63
		99. Einschränkungen hatten Auswirkungen auf meine Konzentrationsfähigkeit.	.81
Leistungseinschränkende Faktoren	.80	90. Meine Leistungsfähigkeit war im letzten Jahr eingeschränkt durch Stress und übermäßige Arbeitsbelastung.	.45
		92. ... durch Frust, Verunsicherung, bezogen auf Arbeit und Arbeitsumfeld.	.63
		93. ... durch Ärger über Verhalten anderer bei der Arbeit.	.72
		94. ... durch Konflikte am Arbeitsplatz.	.68
		98. Die Einschränkungen hatten Auswirkung auf die Zusammenarbeit im Team.	.49
		112. Wie beurteilen Sie die gemeinsame Leistung Ihres Teams?	-.52

Tab. 5.4 Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 4)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items	Faktorladung
Gesundheitliche Beschwerden	.91	70. Wie oft haben Sie Kopfschmerzen?	.65
		71. Wie oft spüren Sie bei geringer Anstrengung Herzklopfen?	.58
		72. Wie oft reagiert Ihr Magen empfindlich?	.62
		73. Wie oft verspüren Sie Schwindelgefühle?	.63
		74. Wie oft haben Sie Rückenschmerzen?	.61
		75. Wie oft haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	.53
		76. Wie oft haben Sie Nackenschmerzen?	.66
		77. Wie oft haben Sie Schulterschmerzen?	.62
		78. Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen?	.54
		79. Wie oft haben Sie Schlafstörungen beim Einschlafen oder Durchschlafen?	.66
		80. Wie oft fühlen Sie sich den ganzen Tag müde und zerschlagen?	.68
		81. Wie oft werden Sie durch Schmerzen verhindert, notwendige Dinge zu tun?	.69
		82. Wie oft behindern Sie Gefühle von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit im täglichen Leben?	.58
		83. Wie oft hindert ihre Gesundheit Sie an Freizeitaktivitäten?	.59
84. Wie oft sind Sie nervös?	.49		
		101. Wie beurteilen Sie Ihren Gesundheitszustand?	-.54
Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	.75	85. Wie oft gehen Sie zu arzt- oder zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?	.50
		86. Wie oft waren Sie im letzten ½ Jahr in ärztlicher Behandlung?	.80
		87. Wie oft haben Sie im letzten ½ Jahr verordnete Medikamente eingenommen?	.78
		91. Wie oft war Ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt durch gesundheitliche Probleme?	.60
		102. Beurteilung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Vorjahr?	-.45
Orientierung am Standard	.49	107. Wie oft erreichen Sie Ihre Qualitätsvorgaben?	.75
		109. Wie oft erreichen Sie Ihre Mengenvorgaben?	.71

Tab. 5.5 Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 5)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items (Wie beurteilen Sie...)	Faktorladung
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst (BD) (fachlich)	.91	128. ...die fachliche Kompetenz des BD-Personals?	.58
		129. ...die medizinische Behandlung im BD („Sprechstunde“)?	.57
		130. ... die Beratung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen?	.82
		131. ... den Ablauf der arbeitsmedizinischen Untersuchungen?	.72
		132. ... die medizinische Information und Beratung des BD?	.77
		133. ... die Dauer der Wartezeit im BD?	.44
		134. ... die Einflussnahme des BD auf die gesundheitsgerechte Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes?	.80
		135. ... die Orientierung der Beratungsleistungen des BD am Bedarf?	.79
		136. ...die Leistungen des BD insgesamt?	.61
Freundlichkeit des Personals des Betriebsärztlichen Dienstes	.84	125. ...die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Ambulanzpersonals im BD?	.83
		126. ...die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Assistenzpersonals im BD?	.88
		127. ...die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ärzte im BD?	.73
		128. ...die fachliche Kompetenz des BD-Personals?	.62
		129. ...die medizinische Behandlung im BD („Sprechstunde“)?	.53
		136. ...die Leistungen des BD insgesamt?	.58
		139. Wie gut oder schlecht sind Sie dort beraten oder unterstützt worden?	.47
Interesse an der Person	.45	139. Wie gut oder schlecht sind Sie dort beraten oder unterstützt worden?	.50
		143. Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, die über den Arbeitsalltag hinausgehen.	.63
		144. Falls Sie in den letzten Jahren krank waren: Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, wenn ich nach krankheitsbedingter Abwesenheit an die Arbeitsstelle zurückkomme.	.47
		145. Wie oft ist Ihr Vorgesetzter vor Ort an Ihrem Arbeitsplatz?	.74
Rückkehrergespräche	.46	142. Wenn jemand krank ist, wird er bei uns angehalten, zu arbeiten.	.81
		144. Falls Sie in den letzten Jahren krank waren: Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, wenn ich nach krankheitsbedingter Abwesenheit an die Arbeitsstelle zurückkomme.	.65

Zudem enthalten diese Tabellen die Information über die Reliabilität der Skalen (Cronbach's Alpha⁹ als Maß der internen oder instrumentellen Konsistenz). In der Literatur gilt als Richtwert für eine ausreichende instrumentelle Konsistenz einer Skala bzw. eines Faktors ein Alpha > 0,50, der Normalwert sollte größer 0,70 sein, ein guter bis sehr guter Wert liegt bei Werten über 0,80 (z. B. ROGGE, 1995; HUNTER & SCHMIDT, 1990). Aus den Berechnungen der internen Konsistenz der Skalen ergibt sich, dass die meisten Faktoren als instrumentell konsistent und zuverlässig gelten können.

Einschränkungen gelten für die Faktoren „Angst um Arbeitsplatz“, „Orientierung am Standard“, „Interesse an der Person“ und „Rückkehrgespräche“. Für die Skala „Angst um Arbeitsplatz“ ist die Berechnung von Cronbach's Alpha wegen nur zwei Items nicht sinnvoll. Dies ist wegen der hohen Faktorladung des Items 47 auf dem Faktor vernachlässigbar, da dieses ohnehin das erklärende Item ist. Die anderen Faktoren sind vergleichsweise mittelmäßig konsistent. Dennoch existieren Items mit ausreichender Faktorladung, die inhaltliche Bedeutung aufzeigen, die für weitere Schritte wie die Reduzierung des Fragebogens verwendet werden können.

Im Folgenden werden die explorativ gewonnenen Konstrukte inhaltlich beschrieben, den Perspektiven der BSC zugeordnet sowie eine Einordnung nach den PSO-Kriterien vorgenommen:¹⁰

Prozessebene:

1. *„Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“ (PxSxO):* Führungsverhalten wird als eine wesentliche Einflussgröße auf die Gesundheit der Mitarbeiter gesehen. Menschengerechtes Führungsverhalten beinhalten die Anerkennung des Mitarbeiters vor dem Hintergrund seiner Bedürfnisse, Hoffnungen und Erwartungen sowie die zwischenmenschliche Wertschätzung. Hierzu zählt die Wahrnehmung von Mitarbeiterinteressen, z. B. im Krankheitsfall. Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten wird hierbei vom aufgabenbezogenen Führungsverhalten abgegrenzt (z. B. Zielerfüllung). Das Verhalten des Vorgesetzten kann einen positiven Einfluss auf Gesundheit haben. So wird ein sozio-emotionaler Führungsstil mit geringen Gesundheitsbeschwerden der Beschäftigten assoziiert. Aus Sicht des Werkers ist dieser Faktor eher eine Situations- und Organisationsvariable, für die Führungskraft wäre es ein P-Faktor.
2. *„Anerkennung von Unternehmensaktivitäten durch die Mitarbeiter“ (O):* Dieses Konstrukt umfasst die Erwartungen der Werker an ihr Unternehmen, die auch durch Öffentlichkeitsarbeit und Image beeinflusst werden. Üblicherweise sind Mitarbeiter mit ihrem Unternehmen zufrieden, wenn ihre persönlichen Erwartungen erfüllt werden. Führungsverhalten ist eine entscheidende Determinante für den Faktor. Der Organisationsbezug ist hier von besonderer Bedeutung.

⁹ Cronbach's Alpha (CRONBACH, 1951) gibt einen Wert für den Zusammenhang einer Gruppe von Items in Bezug auf eine latente (zu erklärende) Variable. Einfach ausgedrückt, bestimmt diese Maßzahl, wie genau die Items das Gleiche messen.

¹⁰ Eine Einordnung in den Forschungskontext erfolgt im Kapitel 6 (Diskussion). Die folgende Beschreibung der Konstrukte dient zugleich dazu eine Einordnung nach den Faktoren Person, Situation und Organisation vorzunehmen. Dies geschieht aus Sicht des relevanten Kontextes. Die Variablen lassen sich ggf. nicht eindeutig einem dieser Faktoren zuordnen, demnach wird eine Gewichtung vorgenommen werden müssen, die für die Diskussion der Ergebnisse von Bedeutung ist.

3. „*Handlungsspielraum bei der Arbeit*“ (S): Unter „Handlungsspielraum bei der Arbeit“ werden die Möglichkeiten und Freiräume in Bezug auf die Arbeitstätigkeit des Werkers verstanden. Viel Handlungsspielraum bedeutet, dass der Mitarbeiter zu einem großen Teil selbst bestimmen kann, wie er z. B. einzelne Aufgaben erfüllt (d. h. Entscheidungsspielraum), oder welcher Reihenfolge er die verschiedenen Aufgaben organisiert (d. h. Tätigkeitsspielraum). Ist der Handlungsspielraum durch technische Prozesse eingeschränkt und die Vorgehensweise bei der Arbeitsaufgabe umfassend determiniert, können Unzufriedenheit und Desinteresse die Folge sein. Vollständige Planung und Kontrolle, gefestigte Hierarchien sowie starre Arbeitsabläufe fördern eine Misstrauenskultur, individuelle Konkurrenz und geringe Handlungsspielräume, die zu Stress und Krankheit führen können. Handlungsspielraum ist für den Werker hauptsächlich eine S-Variable.
4. „*Soziale Unterstützung*“ (PxSxO): „Soziale Unterstützung“ ist eine Ressource, mit der durch die Beziehung zu anderen Personen zentrale psychosoziale Bedürfnisse wie Zuneigung, Anerkennung, Zugehörigkeit und Sicherheit sowie instrumentelle Bedürfnisse wie Informationsbedarf, praktischer und materieller Hilfebedarf befriedigt werden. Üblicherweise reduziert „Soziale Unterstützung“ am Arbeitsplatz durch Kollegen oder Vorgesetzte betrieblichen Stress und mildert die psychische Stresssituation. Wesentlich sind dabei der Teamzusammenhalt und die gegenseitige Unterstützung in alltäglichen oder schwierigen Arbeitssituationen. Obwohl generisch eine PSO-Interaktion, ist aus Werkersicht von einer Situationsvariablen auszugehen.
5. „*Identifikation mit dem Unternehmen*“ (P): Dieser Faktor beschreibt die Zugehörigkeit zu einem Unternehmen, bzw. das Verständnis, Teil des Unternehmens zu sein. Angenommen wird, dass eine höhere „Identifikation mit dem Unternehmen“ die Eigenständigkeit, Produktivität sowie die fachliche und personale Integration der Mitarbeiter fördert. Die Übereinstimmung von persönlichen sowie organisationalen Werten und Zielen spielt ebenfalls eine wichtige Rolle für die Identität mit dem Unternehmen. Steigt das Commitment und somit die organisationale Identität, so sinkt der Absentismus und die Fluktuation. Hier ist aus Mitarbeitersicht von einem P-Faktor auszugehen.
6. „*Coping*“ (P): In diesem Zusammenhang beinhaltet „Coping“ die Fähigkeiten und Einstellungen der Beschäftigten im Umgang mit besonderen psychischen oder sozialen Anforderungen sowie Belastungen am Arbeitsplatz. Konkret sind die positive Verarbeitung und Kompensation von alltäglichen Konflikten mit Vorgesetzten oder Kollegen sowie der Umgang mit Stress am Arbeitsplatz gemeint. Effiziente Copingstrategien sind ein wichtiger P-Faktor, der starke salutogene Auswirkungen auf das Individuum mit sich bringt.
7. „*Veränderungsbereitschaft*“ (PxS): Dieses Konstrukt erfasst die Bereitschaft und das Interesse der Beschäftigten, einen neuen Aufgabenbereich oder eine neue Tätigkeit zu übernehmen. Die Veränderungsbereitschaft wird durch die Art und Weise der Arbeitsmöglichkeiten beeinflusst und greift die Flexibilität eines Beschäftigten auf, sich auf andere neue Tätigkeitsbereiche einstellen zu können (P-Faktor). Unter Situationsgesichtspunkten können aber auch negative Faktoren am Arbeitsplatz den Werker zu einer Veränderung bewegen.
8. „*Angst um Arbeitsplatz*“ (PxSxO): Angst bezeichnet eine Empfindungs- und Verhaltenssituation aus Ungewissheit und Anspannung, die durch eine eingetretene oder erwartete Bedrohung – in diesem Fall das Verlieren der Arbeitsstelle – her-

vorgerufen wird. Auf Grund der durchgeführten Umstrukturierungsmaßnahmen und der damit einhergegangenen Entlassungswelle im Unternehmen sollte auf die Bedrohlichkeit eines Arbeitsplatzverlustes und die daraus resultierende Belastung für den jeweiligen Beschäftigten eingegangen werden. Umstrukturierungsmaßnahmen und Personalabbau innerhalb eines Unternehmens nehmen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Durch Flexibilisierung, Umstrukturierung, De-regulierung sowie eine veränderte Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes sorgen sich viele Arbeitnehmer um den eigenen Arbeitsplatz. „Unsicherheit des Arbeitsplatzes“ gehört mittlerweile zu den gewichtigsten Faktoren des Arbeitslebens, die sich auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auswirken können. Angst ist ein typischer P-Faktor, wird jedoch auch durch die Situation mitbestimmt¹¹.

9. „*Situative Belastungen*“ (S): Im Vordergrund stehen hier die situativen Faktoren, insbesondere die Umgebungsfaktoren, die Einfluss auf das Arbeitsumfeld ausüben und damit von außen auf den Menschen einwirken. Als „situative Belastungen“ wird die Gesamtheit aller erfassbaren physischen Einflüsse wie Kälte, Zugluft, Staub, Schmutz etc. verstanden. Hierbei handelt es sich um die klassischen Aufgaben des Arbeitsschutzes.
10. „*Tätigkeitsbezogene Belastungen*“ (S): Da die Tätigkeit der Werker vor allem durch physische Belastung geprägt ist, handelt es sich bei diesem Konstrukt um körperliche Belastungsmerkmale am Arbeitsplatz. Damit wird auf die Arbeitsbedingungen fokussiert, die zu Beschwerden oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen können. Auch hier sind der Arbeitsschutz und ergonomische Betrachtungen von Bedeutung.
11. „*Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen*“ (P): Hiermit wurde abgefragt, inwieweit ärztliche Leistungen außerhalb des Betriebsärztlichen Dienstes in Anspruch genommen wurden, um so u.a. Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand des Beschäftigten schließen zu können, insbesondere unter dem Gesichtspunkt seines Präventionsverhaltens.
12. „*Orientierung am Standard*“ (PxS): Bei diesem Konstrukt geht es um das Erreichen der geforderten Leistung. Die Werker gaben an, inwieweit Qualitäts- oder Mengenvorgaben von ihnen eingehalten werden. Hierbei handelt es sich um eine subjektive Einschätzung, kein objektives Datum.
13. „*Interesse an der Person*“ (S): Unter Interesse an der Person wird hier die kognitive Anteilnahme bzw. die Aufmerksamkeit verstanden, die Personen füreinander aufbringen. Je größer diese Anteilnahme ist, desto stärker ist das Interesse. Das Konstrukt beschreibt das Interesse des Vorgesetzten an der Person, das sich in der Häufigkeit des Erscheinens des Vorgesetzten am Arbeitsplatz und in Gesprächen über berufliche Themen hinaus äußert.
14. „*Rückkehrgespräche*“ (SxO): Beim Rückkehrgespräch handelt es sich um ein Führungsinstrument. Es wird nach Abwesenheit eines Mitarbeiters von der direkten Vorgesetztenstelle geführt, um dem Mitarbeiter zu verdeutlichen, dass die Abwesenheit bemerkt wurde und um beispielsweise nach einer krankheitsbedingten Abwesenheit zu erfahren, ob die Fehlzeitenursachen möglicherweise betrieblicher Art sind. Ziel ist primär eine optimale Wiedereingliederung des Werkers in den Betrieb entsprechend seiner Leistungsfähigkeit und seines aktuellen Ge-

¹¹ Vergleiche zum Thema „Trait & State Anxiety“ die Arbeiten von Charles Spielberger (z. B. LAUX et al. 1981)

sundheitszustandes. In der betrieblichen Praxis werden die Rückkehrgespräche von den Werkern zumeist weniger als Unterstützungsangebot, sondern als Disziplinarmaßnahme empfunden.

Gesundheits- und Beschwerdeperspektive:

15. „*Gesundheitliche Beschwerden*“ (P): Dieses Konstrukt geht auf das Ausmaß erlebter körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen oder Beschwerden ein. Es dient als Indikator für kritische Gesundheitsprobleme der Werker, ausgelöst durch negative Zustände anderer PSO-Faktoren.
16. „*Leistungseinschränkende Faktoren*“ (S): Bei den „Leistungseinschränkenden Faktoren“ handelt es sich vorwiegend um psychisch belastende Ursachen, die eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bewirken. Der Skala wird ebenfalls eine hohe Bedeutung als Indikator für pathogene Arbeitssituationen zugeschrieben.
17. „*Persönliche Leistungseinschränkung*“ (P): Die „Persönliche Leistungseinschränkung“ beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Faktoren des vorangegangenen Konstrukts. Es wurde abgefragt, ob die durch psychische Faktoren eingeschränkte Leistungsfähigkeit subjektiv wahrgenommene Auswirkungen auf die Qualität des Arbeitsvorganges und damit auf das Arbeitsergebnis hat.

Potenzialperspektive:

18. „*Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst*“ (S): Hier fand eine Beurteilung des Betriebsärztlichen Dienstes aus Sicht der Werker hinsichtlich dessen Fachkompetenz statt. Einer guten betriebsärztlichen Betreuung werden Erfolge im BGM zugeordnet. Es handelt sich demnach um ein Qualitätskriterium.
19. „*Freundlichkeit des Personals des Betriebsärztlichen Dienstes*“ (S): Bei diesem Konstrukt geht es darum, wie der Betriebsärztliche Dienst sich nach außen präsentiert und hinsichtlich Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft wahrgenommen wird. Auch dieser Faktor dient der Qualitätsabschätzung des innerbetrieblichen Gesundheitswesens im Fallstudienunternehmen.

5.3.3 Ergebnisse der multiplen Regression der Datenerhebung 1

Die folgenden Tabellen stellen die Ergebnisse der Berechnungen der multiplen Regression dar. Die multiplen Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um lineare Zusammenhänge zwischen den Faktoren und objektiven Daten zu identifizieren. Gemäß der Ebenen der Gesundheits-BSC ergeben sich die beschriebenen Wirkpfade (siehe Kapitel 3), die es empirisch zu untersuchen gilt. Dabei wird angenommen, dass zwischen der abhängigen Variable und den beschreibenden unabhängigen Variablen lineare Beziehungen bestehen. Diese werden durch die Regressionsanalysen abgebildet (siehe hierzu die folgenden Ergebnistabellen).

Die jeweilige Regressionsanalyse setzt sich zusammen aus der abhängigen (zu erklärenden) Variable und den unabhängigen Variablen (erklärenden Variablen). Darüber hinaus sind der multiple Regressionskoeffizient „R“, die Modellgüte in Prozent (aufgeklärte Varianz des Modells) sowie die gerichteten Zusammenhänge „Beta“ der unabhängigen Variablen abgebildet.

Die Modellgüte wird beschrieben durch das korrigierte Bestimmtheitsmaß R^2 in Prozent. Es wurde bewusst das korrigierte R^2 verwendet, das zwar immer etwas niedriger ausfällt als das normale Bestimmtheitsmaß, aber die Modellgüte zuverlässiger und fehlerstabiler abbildet (BORTZ & DÖRING, 2006). Die Modellgüte beschreibt immer das beste Modell der aufgenommenen Variablen, also das höchste erreichte korrigierte R^2 . Das methodische Vorgehen ist in Kapitel 4.4.4. beschrieben. Bei den Beschreibungen der multiplen Regressionsanalysen wird für den Modellnamen die Bezeichnung der abhängigen Variable gewählt. So beschreibt das Regressionsmodell die quantitativen Zusammenhänge zwischen der abhängigen Variable und den gewählten Prädiktoren (unabhängige Variable) und schätzt die Modellgüte.

Während bei Laborexperimenten nur größere Modellgüten (R^2 als erklärte Varianz >70 %) bedeutsam sind, ist in der Feldforschung je nach Komplexität des zu untersuchenden Gegenstandes schon eine Modellgüte von ca. 16 % als Grundlage für Rückschlüsse wissenschaftlich vertretbar. Dies entspricht einem R von .40. Darunter sind keine gesicherten Interpretationen mehr möglich (BORTZ & DÖRING, 2006). Diese Grenze betrifft die Modelle der Prozess- sowie der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive. Für die Regressionen der Erfolgsperspektive kann das Niveau auf $R \geq .30$ gesenkt werden. Dieser Schritt ist vertretbar, da die abhängigen Variablen (objektive Daten) nicht zur spezifischen Erklärung des Untersuchungsgegenstandes generiert wurden.

Wenn die unabhängigen Variablen keinen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung der abhängigen Variable leisten, werden sie „ausgeschlossen“ (schrittweiser Fallausschluss in der Regression). Das heißt es finden sich allenfalls zufällige lineare Beziehungen, aber keine inhaltlich verwertbaren. Somit sind die unabhängigen Variablen in Bezug auf die abhängige Variable des gegebenen Regressionsmodells statistisch ungeeignet. Hinzu kommt als Auswahlkriterium die oben beschriebene Beta-Grenze. Die in den Tabellen aufgeführten Werte erfüllen das oben genannte $Beta > 0,15$ ($Beta < -0,15$)-Kriterium und sind somit inhaltlich signifikant. Auszuschließende Daten, aufgrund des Betagewichtes oder der Modellgüte (korr. R^2) werden dunkelgrau markiert. Alle aufgezeigten Ergebnisse sind signifikant zu dem 5 %-Niveau ($p < 0,05$), d. h. der Erklärungsgehalt des Modells reicht aus, um die abhängige Variable statistisch beschreiben zu können (kein zufälliges Ergebnis).

Die Erläuterungen der folgenden Tabellen beurteilen in einem ersten Schritt die Modellqualität anhand der Varianzaufklärung der Regression. Anschließend wird die Bedeutung der Ursache-Wirkungsketten anhand der Betagewichte diskutiert. Hieraus lassen sich die Ursache-Wirkungsbeziehungen unter beschriebenen Einschränkungen ableiten. Gemäß der Logik des Bezugsrahmens (siehe Kapitel 3) werden die Ergebnisse in die theoretischen Perspektiven unterteilt. Es werden die Modelle der Potenzial-, Prozess-, Gesundheits- & Beschwerden- sowie Erfolgsperspektive untersucht (siehe Abb. 5.3).

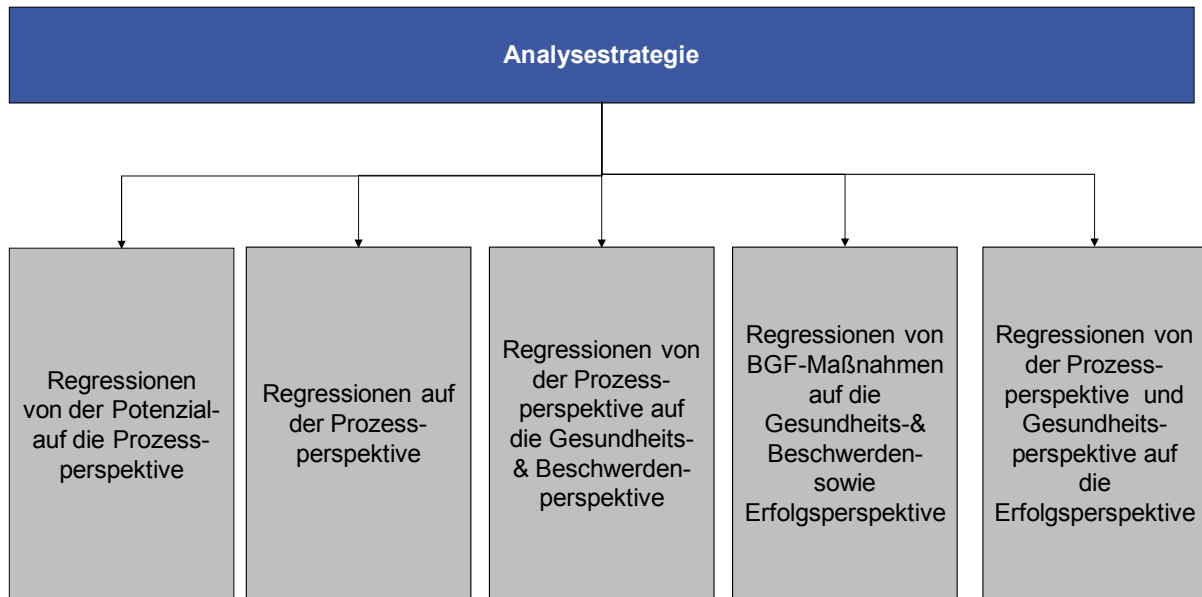


Abb. 5.3 Analysestrategie

Die Faktoranalyse identifizierte zwei Konstrukte, die auf der *Potenzialperspektive* der Gesundheits-BSC einzuordnen sind: die „fachliche Zufriedenheit mit dem betriebsärztlichen Dienst“ sowie die „Freundlichkeit des betriebsärztlichen Dienstes“. Gemäß dem Bezugsrahmen wurde versucht, diese Faktoren mit der Prozessperspektive in Verbindung zu bringen. Es fanden sich keine verwertbaren Zusammenhänge. Es gilt weiterhin zu prüfen, ob es Zusammenhänge mit der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive gibt.

Auf der *Prozessperspektive* wurden zunächst Zusammenhänge zwischen einzelnen P-, S- und O-Faktoren und möglichen Interaktionen betrachtet (Tab. 5.6). Gemäß der angenommenen Wirkpfade (siehe Kapitel 3.4) sollten so direkte Effekte identifiziert werden, die Auswirkungen auf Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters haben. Ziel war die Exploration von Stellschrauben für die Gesundheit, Leistung und Erfolg anhand statistisch bedeutsamer Ursache-Wirkungsbeziehungen.

Tab. 5.6 Regressionsmodelle der Prozessperspektive in DE 1 (graue Felder zeigen eine zu niedrige Modellgüte für eine gesicherte Interpretation auf)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²		
Veränderungsbereitschaft	Coping	-0,13	0,26	6%	0,06		
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,19					
Identifikation mit dem Unternehmen	Coping	0,20	0,42	17%	0,17		
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,34					
Angst um den Arbeitsplatz	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,11	0,11	1%	0,01		
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen					
	Identifikation mit dem Unternehmen	ausgeschlossen					
	Coping	ausgeschlossen					
Soziale Unterstützung	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen					
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,12	0,29	8%	0,08		
	Identifikation mit dem Unternehmen	0,15					
	Coping	0,14					
ausgeschlossen							
Handlungsspielraum bei der Arbeit	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,49	0,68	45%	0,45		
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	0,10					
	Identifikation mit dem Unternehmen	0,23					
	Coping	ausgeschlossen					
Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	Coping	ausgeschlossen					
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,45	0,45	20%	0,20		

Betrachtet man die Modellgüte, so fällt zunächst auf, dass besonders der „Handlungsspielraum bei der Arbeit“ gut durch die jeweiligen unabhängigen Variablen erklärt wird. Der „Handlungsspielraum bei der Arbeit“ wird im Wesentlichen von den Faktoren „mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“ ($\beta=0,49$) sowie „Identifikation mit dem Unternehmen“ ($\beta=0,23$) erklärt. In beiden Fällen liegen positive lineare Zusammenhänge vor. „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten durch Mitarbeiter“ trägt zwar noch geringfügig zur Erklärung der abhängigen Variable bei, erfüllt aber das Beta-Auswahlkriterium nicht und ist somit inhaltlich nicht gesichert zu interpretieren. Für den Faktor „Coping“ konnte kein signifikanter Zusammenhang in dem Modell gefunden werden. Ohne der Diskussion (Kapitel 6) vorgreifen zu wollen, ist der Faktor „Führungsverhalten“ als deutlicher Einflussfaktor auf das Konstrukt „Handlungsspielraum“ identifiziert worden.

Das Regressionsmodell mit der abhängigen Variablen „*Angst um Arbeitsplatz*“ zeigte, dass keine unabhängige Variable sinnvoll zur Erklärung des Faktors beitragen konnte. Es wurde nur ein linearer Zusammenhang mit dem mitarbeiterorientierten Führungsverhalten identifiziert, der jedoch durch ein zu niedriges Betagewicht aus der Betrachtung heraus fällt. Inhaltlich ist somit festzustellen, dass aus subjektiver Sicht der Werker die Angst um den Arbeitsplatz nicht durch die gewählten, unabhängigen Variablen erklärt werden kann. Die untersuchten betriebsinternen oder personenspezifischen Gründe fallen somit als mögliche Erklärungsfaktoren aus. Aus Sicht der Werker müssen hier demnach andere Größen eine Rolle spielen. Eine Möglichkeit wäre ein externer Faktor wie die Position des Unternehmens am Markt und der daraus resultierende Wettbewerbsdruck.

Die „*Anerkennung von Unternehmensaktivitäten*“ wird deutlich und ausschließlich durch die Größe „mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“ beschrieben. Diese Aussage wurde erwartet, da sich dieser Faktor auf die Organisation als Ganzes sowie eine transparente Unternehmenspolitik bezieht. Solche Fragen der Unternehmenskultur werden wesentlich durch die Führungskräfte umgesetzt und beeinflusst.

Die „*Identifikation mit dem Unternehmen*“ wird ebenfalls durch das „mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“ erklärt. Hier wird die Vorbildfunktion der Führungskräfte deutlich, die subjektiv von den Werkern wahrgenommen wird.

Die Regressionen „*Soziale Unterstützung*“, „*Veränderungsbereitschaft*“ sowie „*Angst um Arbeitsplatz*“ sind wegen zu geringer Varianzaufklärung auszuschließen. Das heißt die postulierten Ursache-Wirkungsbeziehungen lassen sich quantitativ nicht beschreiben. Tab. 5.7 fasst die bedeutendsten Aussagen pro durchgeführter Regressionsanalyse, gemäß ihrer statistischen Bedeutung für die Prozessperspektive, zusammen. Basierend auf Modellgüte und Bedeutung der unabhängigen Variablen für das einzelne Regressionsmodell können so die wichtigsten Ursache-Wirkungsbeziehungen innerhalb der Prozessperspektive abgelesen werden.

Auf der Prozessperspektive ist der Faktor „Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten“ zentral. In den methodisch zugelassenen Modellen ist er der bedeutendste Einflussfaktor und somit als wichtige Stellschraube identifiziert. Die Werker des Fallstudienunternehmens sehen ihre Vorgesetzten und deren korrektes Verhalten als entscheidend für ihre persönliche Arbeitszufriedenheit im Sinne der Identifikation mit dem Unternehmen, der Unternehmenspolitik, der eigenen Bewertung des Unternehmens sowie ihrer Gestaltungsmöglichkeiten am eigenen Arbeitsplatz (Handlungsspielraum). Dieser Sachverhalt wird detailliert in der Diskussion (Kapitel 6) beschrieben.

Die Regressionsmodelle sind empirisch zufriedenstellend, da die gefundenen Aussagen auch inhaltlich plausibel erscheinen. Die Regressionen „*Soziale Unterstützung*“ sowie „*Veränderungsbereitschaft*“ müssen aufgrund mangelnder Varianzaufklärung ausgeschlossen werden. Unerwartet ist, dass der P-Faktor „*Coping*“ auf der Prozessperspektive, obwohl er in jeder Regressionsanalyse mit untersucht wurde, nur im Modell „*Identifikation mit dem Unternehmen*“ einen linearen Zusammenhang aufweist. Aus der subjektiven Sicht der Werker scheint demnach ihre persönliche Fähigkeit mit Stress umgehen zu können nicht mit den untersuchten abhängigen Variablen der Perspektive in Verbindung zu stehen bzw. nicht deutlich genug, um quantitativ bewertbar zu sein.

Einige Variablen wurden wie beschrieben aus den Regressionsmodellen ausgeschlossen. Rein statistisch betrachtet bedeutet dies, dass keine signifikanten, zur Erklärung der abhängigen Variablen linearen Zusammenhänge gefunden wurden.

Aus inhaltlicher Sicht kann das bedeuten, dass sich durch die Einschätzungen der Werker kein inhaltlicher Zusammenhang (positiv wie negativ) ergeben hat. Somit sind die unterstellten Ursache-Wirkungsbeziehungen im Fallstudienunternehmen in dieser Form zumindest quantitativ nicht aufzuzeigen.

Tab. 5.7 Wichtigste empirische Aussagen der Prozessperspektive¹²

Modellgüte	Logischer Zusammenhang	β-Gewichte
45 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer der „Handlungsspielraum bei der Arbeit“ der Mitarbeiter	0,49
20 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer die „Anerkennung der Unternehmensaktivitäten“	0,45
17 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Identifikation mit dem Unternehmen“	0,34

Gemäß des Bezugsrahmens der BSC werden in den weiteren Abschnitten die Modelle der *Gesundheits- und Beschwerdeperspektive* erläutert. Diese Regressionsmodelle beschreiben potentielle Steuerungshebel für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters und sind als Indikatoren für die Veränderung des Gesundheitszustandes bzw. der Leistungshemmung der Person grundlegend. Demzufolge wird durch die Regressionsanalysen zwischen Perspektive 2 und 3 versucht, für die auf der Prozessperspektive gefundenen P-, S- und O-Faktoren Ursache-Wirkungsbeziehungen bezüglich der Gesundheitsfaktoren zu beschreiben. Es gilt also zu prüfen, ob Faktoren wie beispielsweise die „Angst um den Arbeitsplatz“ oder „Coping“ die Gesundheit der Belegschaft positiv oder negativ beeinflussen. Des Weiteren sollen Faktoren mit den größten Auswirkungen auf die Gesundheit identifiziert werden, welche als mögliche Steuerungshebel für die Perspektive 2 der Gesundheits-BSC Verwendung finden können.

Zusätzlich wird im Sinne des explorativen Designs überprüft, ob die Potenzialkonstrukte (Perspektive 4) „Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst“ bzw. „Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienstes“ einen Einfluss auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive haben.

Die Ergebnisse sind in Tab. 5.8 und Tab. 5.9. zu finden.

¹² Die Modellgüte entspricht dem korrigierten R^2 in Prozent.

Tab. 5.8 Regressionsmodelle der Faktoren der Potenzial- und Prozessperspektive auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive in DE 1 (Teil 1)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²
Gesundheitliche Beschwerden	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	0,42	0,61	35%	0,35
	Tätigkeitsbezogene Belastung	0,36			
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten		ausgeschlossen		
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten				
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um den Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Interesse an der Person				
	Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst				
	Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienstes				
	Rückkehrergespräche				
Persönliche Leistungseinschränkung (I)	Gesundheitliche Beschwerden	0,61		0,61	36%
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten		ausgeschlossen		
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten				
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um den Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Interesse an der Person				
	Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst				
	Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienstes				
	Rückkehrergespräche				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				

Tab. 5.9 Regressionsmodelle der Faktoren der Potenzial- und Prozessperspektive auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive in DE 1 (Teil 2, graue Felder zeigen eine zu niedrige Modellgüte für eine gesicherte Interpretation auf)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²
Persönliche Leistungseinschränkung (II)	Coping	-0,34	0,49	20%	0,20
	Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst	-0,31			
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	ausgeschlossen			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten				
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um den Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Interesse an der Person				
	Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienst				
	Rückkehrergespräche				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
Leistungseinschränkende Faktoren	Tätigkeitsbezogene Belastung		0,35	0,36	11%
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	ausgeschlossen			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten				
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Coping				
	Interesse an der Person				
	Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienst				
	Rückkehrergespräche				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
	Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst				

Zunächst ist auffällig, dass wiederum viele unabhängige Variablen ausgeschlossen, d. h. keine linearen Beziehungen mit der abhängigen Variable gefunden wurden. Wie bereits oben beschrieben bedeutet dies, dass viele *Faktoren* der Prozessperspektive *keinen nennenswerten direkten Einfluss* auf die Gesundheitsindikatoren „*Persönliche Leistungseinschränkung*“, „*Gesundheitliche Beschwerden*“ und „*Leistungseinschränkende Faktoren*“ haben. In der subjektiven Wahrnehmung der Werker haben demnach die meisten Faktoren der Prozessperspektive nur eine untergeordnete Bedeutung für Gesundheit und Leistungsfähigkeit, denn sonst müssten deutlichere quantitative Ergebnisse entstehen.

Es folgt die Beschreibung der Regressionsmodelle, die einen linearen Zusammenhang zwischen Prozessperspektive und den Gesundheitsindikatoren aufzeigen.

Für die „*Persönliche Leistungseinschränkung*“ wurden zwei Modelle aufgestellt, eines rein dem Forschungsdesign entsprechend und eines unter Einbeziehung der Variable „*Gesundheitliche Beschwerden*“ (siehe Tab. 5.9). Die intuitive Logik legt nahe, dass der Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variablen „*Gesundheitliche Beschwerden*“ und der abhängigen Variable „*Persönliche Leistungseinschränkung*“ sehr deutlich ausfallen sollte. Dies ist hier auch der Fall, da diese Regression mit der höchsten Varianzaufklärung (36 %) der Perspektive 2 allein durch die „*Gesundheitlichen Beschwerden*“ dominiert wird. Andere unabhängige Variablen konnten sich nicht gegen diesen bestimmenden Faktor „durchsetzen“ (siehe Tab. 5.6).

Bei der Regressionsanalyse „*persönliche Leistungseinschränkung (2)*“ wurde der Faktor „*Gesundheitliche Beschwerden*“ nicht berücksichtigt. Es ist in seiner Güte deutlich geringer ausgeprägt (20 %) als das Regressionsmodell, das noch den Faktor „*Gesundheitliche Beschwerden*“ (36 %) beinhaltet. Dafür können hier deutlichere Einflüsse durch den Prozessfaktor „*Coping*“ sowie den Potenzialfaktor „*Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst*“ gefunden werden. Letztere Aussagen sind für die Identifizierung von Steuerungshebeln für das BGM interessant, da sie Lösungsansätze über die reine Verbesserung des Gesundheitszustandes hinaus beinhalten. Beispielsweise sollte demnach der Betriebsärztliche Dienst stärker auf „*Stress am Arbeitsplatz*“ ausgerichtet werden und könnte als Berater bei arbeitsplatzbezogenen Problemen dienen. Auch effizientere Coping-Strategien dienen der Verbesserung der persönlichen Situation am Arbeitsplatz und damit auch einem reibungsfreien Arbeitsablauf.

Das Modell „*gesundheitliche Beschwerden*“ erklärt sich relativ deutlich durch die „*Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen*“ sowie die „*tätigkeitsbezogene Belastung*“.

Erstere Beziehung verdeutlicht die konsequente Annahme, dass je häufiger Ärzte konsultiert werden oder Medikamente eingenommen werden, „*gesundheitliche Beschwerden*“ vorliegen. Dies war zu erwarten. Bedeutend ist hier vor allem, dass der Faktor „*Tätigkeitsbezogene Belastung*“ mit einem hohen Beta-Gewicht seine Relevanz zum Ausdruck bringt. Es wird deutlich, dass belastende situative Faktoren am Arbeitsplatz die Gesundheit der Werker stark negativ beeinflussen (siehe Tab. 5.6). Diese Problematik könnte im Fallstudienunternehmen durch den Arbeitsschutz angegangen werden.

Die Regression mit der abhängigen Variable „*Leistungseinschränkende Faktoren*“ erreicht keine akzeptable Modellgüte. Auch hier kann nur angenommen werden (s. o.), dass aus subjektiver Sicht der Werker Faktoren wie Frust oder Konflikte am Arbeitsplatz nicht im nennenswerten Umfang auftreten, was positiv für das Fallstudienunternehmen auszulegen ist.

Tab. 5.10 subsumiert die wichtigsten Ursache-Wirkungsbeziehungen auf der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive. Die Modelle dieser Perspektive sind alle inhaltlich verwertbar. Eine Ausnahme stellt das Regressionsmodell „Leistungseinschränkende Faktoren“ dar.

Tab. 5.10 Wichtigste Aussagen der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive

Modellgüte	Logischer Zusammenhang	β -Gewicht
36 %	Je mehr „Gesundheitliche Beschwerden“, desto größer die „Persönliche Leistungseinschränkung“	0,61
35 %	Je mehr „Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen“, desto mehr „Gesundheitliche Beschwerden“	0,42
	Je höher „Tätigkeitsbezogene Belastungen“, desto mehr „Gesundheitliche Beschwerden“	0,36
20 %	Je ineffizienter „Coping“, desto größer die „Persönliche Leistungseinschränkung“	-0,34
	Je schlechter die „Zufriedenheit mit Betriebsärztlichen Dienst“, desto größer „Persönliche Leistungseinschränkung“	-0,31

Es zeigt sich, dass die Leistungseinschränkungen des Mitarbeiters durch seinen Gesundheitszustand, seine persönlichen Bewältigungsfähigkeiten, aber auch durch einen gut aufgestellten Betriebsärztlichen Dienst positiv beeinflusst werden können. Die gesundheitlichen Beschwerden wiederum sind stark durch den allgemeinen Gesundheitszustand des Werkers, aber vor allem durch tätigkeitsbezogene, situative Belastungen bestimmt. Aufgrund der Modellgüten der Regressionen sowie der hohen Betagewichte der Einzelfaktoren sind auf der Prozess- und Potenzialperspektive deutliche Stellschrauben für die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive identifiziert worden.

Die im Fallstudienunternehmen durchgeführten *BGF-Maßnahmen* wurden anhand des Fragebogens evaluiert. Dieses Vorgehen sollte einen Einblick in die gesundheits- und präventionsbezogene Situation im Fallstudienunternehmen geben, ohne die Interessen des Datenschutzes zu verletzen. Zur Nutzung der BGF-Maßnahmen durch die Belegschaft lagen dem Projektkonsortium keine verwertbaren objektiven Kennzahlen vor. Ziel der empirischen Untersuchung war es, die BGF-Maßnahmen und deren Effekte auf die Gesundheit und Beschwerden sowie den Erfolg zu evaluieren. Im Rahmen der ersten Befragung wurde erfasst, inwieweit die angebotenen Aktionen, die sich vor allem mit physischen Belangen der Werker auseinandersetzen (aber auch mit der Änderung des Gesundheitsverhalten bezüglich Ernährung) tatsächlich in Anspruch genommen wurden.

Wie sich schon in den Interviews abgezeichnet hat, musste auch in der Befragung festgestellt werden, dass zum Erhebungszeitraum nur sehr wenige Werker an einer der genannten Aktionen teilgenommen haben (siehe Tab 5.11). Dieser Sachverhalt bestätigt die Aussage von KREIS & BÖDECKER (2003), dass das Hauptproblem der BGF-Maßnahmen zu geringe Teilnehmerquoten sind. Aufgrund der damit verbundenen hohen Anzahl von fehlenden Daten konnten so keine statistisch verwertbaren Zusammenhänge mit der untersuchten Gesundheits- und Beschwerdeperspektive sowie der Prozessperspektive oder der Erfolgsperspektive festgestellt werden.

Tab. 5.11 zeigt die Nutzung der BGF-Maßnahmen durch die Werker (nach Ergebnissen der ersten Befragung) in Zahlen. Der Wert „Valid“ entspricht hier den tatsächlichen Teilnehmern pro Maßnahme, die anonymisiert dargestellt werden. „Missing“ entspricht demnach der Nichtteilnahme an den abgefragten Maßnahmen. Zur Verdeutlichung wurden die relativen Prozentwerte an der Stichprobe mit aufgenommen.

Bestgenutzte Intervention ist das „Rücken Mobil“¹³ mit einer gemessenen Teilnahmequote von ca. 50 %. Dennoch kann mit nur 50 % der Befragten kein Rückschluss auf die Grundgesamtheit abgeleitet werden, der eine Verallgemeinerung aller Befragten erlaubt. Aus statistischer Sicht liegen zu wenige Werte vor. Darauf aufbauende gültige Ursache-Wirkungsbeziehungen (für alle Werker) sind somit inhaltlich fehlerhaft, da ein Großteil der Werker an dieser Maßnahme nicht teilgenommen hat.

Tab. 5.11 Teilnahme der befragten Mitarbeitern an BGF-Maßnahmen

N=458	Valid	Missing	Anzahl Teilnehmer (%)	Nicht an der Maßnahme Teilgenommen (%)
"Rücken Mobil"	228	230	49,8	50,2
Gripeschutz	121	337	26,4	73,6
Haut	86	372	18,8	81,2
Ergonomie	50	408	10,9	89,1
Fitness	59	399	12,9	87,1
Rückenprogramm	82	376	17,9	82,1
Präventionsprogramm	62	396	13,5	86,5
Kur	35	423	7,6	92,4

Zur Ermittlung nachweisbarer Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen der Prozess- sowie der Gesundheit- & Beschwerdeperspektive und dem *Erfolg* wurden die vom Fallstudienunternehmen zur Verfügung gestellten Erfolgskennzahlen (objektive Daten) in Abhängigkeit der empirisch ermittelten Faktoren der Prozess- sowie der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive untersucht. Tab. 5.12 bis Tab. 5.15 fassen die Ergebnisse zusammen.

¹³ Beim „Rücken Mobil“ handelt es sich um eine mobiles Fitnessgerät, an dem die Werker während der Arbeitszeit im Werk Kräftigungsübungen für die Muskulatur durchführen können, um Haltungsschäden vorzubeugen.

Tab. 5.12 Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 1, graue Felder zeigen eine zu niedrige Modellgüte für eine gesicherte Interpretation auf)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²
Orientierung am Standard	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,18	0,21	4%	0,04
	Coping	-0,15			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen			
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Gesundheitliche Beschwerden				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
Krank (absolut/Köpfe)	Handlungsspielraum bei der Arbeit	-0,27	0,39	13%	0,13
	Identifikation mit dem Unternehmen	0,21			
	Angst um Arbeitsplatz	-0,21			
	Gesundheitliche Beschwerden	0,22			
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	ausgeschlossen			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten				
	Soziale Unterstützung				
	Veränderungsbereitschaft				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Persönliche Leistungseinschränkung				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
	Leistungseinschränkende Faktoren				
	Orientierung am Standard				

Tab. 5.13 Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 2, graue Felder zeigen eine zu niedrige Modellgüte für eine gesicherte Interpretation auf)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²
P-Zahl	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,32	0,39	14%	0,14
	Tätigkeitsbezogene Belastung	0,23			
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	-0,18			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen			
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Gesundheitliche Beschwerden				
	Persönliche Leistungseinschränkung				
	Leistungseinschränkende Faktoren				
Orientierung am Standard					
Gesamtanlageneffizienz (GAE)	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten		0,25	0,25	5%
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen			
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Gesundheitliche Beschwerden				
	Persönliche Leistungseinschränkung				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
	Leistungseinschränkende Faktoren				
Orientierung am Standard					

Tab. 5.14 Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 3)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²
Ausschuss	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,38	0,48	21%	0,21
	Situative Belastung	-0,21			
	Angst um Arbeitsplatz	-0,19			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen			
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Gesundheitliche Beschwerden				
	Persönliche Leistungseinschränkung				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
	Leistungseinschränkende Faktoren				
Orientierung am Standard					

Nacharbeit	Soziale Unterstützung	-0,32	0,32	9%	0,09
	Gesundheitliche Beschwerden	-0,16			
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	ausgeschlossen			
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten				
	Handlungsspielraum bei der Arbeit				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Persönliche Leistungseinschränkung				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
	Leistungseinschränkende Faktoren				
Orientierung am Standard					

Tab. 5.15 Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 4)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β -Gewicht	R	Modellgüte in Prozent	korr. R ²
Berechnung nach Scott	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,48	0,44	18%	0,18
	Anerkennung von Unternehmensaktivitäten	0,30			
	Handlungsspielraum bei der Arbeit	ausgeschlossen			
	Soziale Unterstützung				
	Identifikation mit dem Unternehmen				
	Coping				
	Veränderungsbereitschaft				
	Angst um Arbeitsplatz				
	Situative Belastung				
	Tätigkeitsbezogene Belastung				
	Gesundheitliche Beschwerden				
	Persönliche Leistungseinschränkung				
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen				
	Leistungseinschränkende Faktoren				
Orientierung am Standard					

Die Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive wurden nach dem explorativen Ansatz des Forschungsdesigns gewählt. Das bedeutet, dass nach linearen Beziehungen zwischen den objektiven Erfolgsdaten (als abhängige Variablen) und sämtlichen empirisch erhobenen Konstrukten als unabhängige Variablen aller untergeordneten Perspektiven gesucht wurde. Es sei hier nochmal auf die Problematik hingewiesen, dass die abhängigen Variablen nicht, wie die empirischen Konstrukte, pro Person vorliegen, sondern nur aggregiert pro Kostenstelle. So steht einer Vielzahl von Ausprägungen auf Seite der unabhängigen Variablen eine verhältnismäßig geringe Zahl von Ausprägungen auf Seiten der abhängigen Variablen gegenüber. Dies schränkt die Möglichkeiten für das Auffinden linearer Beziehungen ein. Aus diesem Grunde verwundert es nicht, dass das methodische Verfahren viele Prädiktoren aus den Modellen ausschließt. Es ist anzunehmen, dass die Modellgüten wesentlich höher wären, wenn die objektiven Daten pro Person vorlägen. Dies würde auch zu höheren Betagewichten führen und somit zu eindeutigeren Aussagen bezüglich der Auswirkung auf die Erfolgsperspektive. Das ist aber aus mehreren Gründen schwer realisierbar (siehe Kapitel Diskussion sowie Limitationen). Die folgenden Ergebnisse zeigen jedoch, dass trotzdem akzeptable lineare Zusammenhänge gefunden wurden, die das Verfahren bestätigen.

Die abhängige Variable „Ausschuss“ (Qualität) wird durch die Konstrukte „Führungsverhalten“, „Situative Belastung“ sowie „Angst um den Arbeitsplatz“ zu 21 % erklärt. Diese unabhängigen Variablen haben alle einen relevanten Einfluss auf die abhängige Variable, wobei das „mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“ den stärksten Effekt aufweist. Die inhaltliche Bedeutung der Einflussfaktoren auf den Ausschuss wird in Kapitel 6 ausführlich diskutiert.

Die Erklärung des „Scott-Index“ (Kosteneinsparungen durch den KVP) über das „mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“ und die „Anerkennung von Unternehmensakti-

vitäten durch die Mitarbeiter“ ist ebenfalls als Ursache-Wirkungsbeziehung identifiziert worden.

Die abhängige Variable „*P-Zahl*“ (Produktivität) wird durch drei unabhängige Variablen erklärt. Wieder ist das Führungsverhalten der deutlich stärkste Faktor. Situationsbezogene Belastungen scheinen hier jedoch ebenfalls eine wichtige Rolle zu spielen, genauso wie der Gesundheitszustand des Mitarbeiters.

Die Erfolgsvariable „*Krank (absolut/Kopf)*“ ist die Kennzahl für Arbeitsunfähigkeitstage im Unternehmen und wird als Absentismus-Kennzahl verwendet. Für dieses Modell konnten vier Einflussfaktoren identifiziert werden, die sich alle in nahezu einheitlichen Stärken bewegen: „Handlungsspielraum am Arbeitsplatz“, „Identifikation mit dem Unternehmen“, „Angst um den Arbeitsplatz“ und „gesundheitliche Beschwerden“.

Schwierig zu interpretieren ist das Regressionsmodell mit der abhängigen Variable „*Nacharbeit*“, da dessen Varianzaufklärung nur 9 % beträgt. Die maßgeblich beeinflussende Variable hier ist die soziale Unterstützung. Der Faktor „gesundheitliche Beschwerden“ scheint hier, erklärbar durch die niedrige Varianzaufklärung des Gesamtmodells, nur noch statistisch signifikant zu sein. Inhaltlich ist vor allem die „soziale Unterstützung“ von Bedeutung für die Nacharbeit (Je besser die Zusammenarbeit im Team desto weniger muss nachgearbeitet werden) und die zentrale Stellschraube für die Erfolgsvariable.

Die Variablen „Orientierung am Standard“ sowie „GAE“ haben zwar lineare Beziehungen mit den unabhängigen Variablen aufzeigen können, diese sind jedoch statistisch nicht bedeutend genug für eine weitere Interpretation. Deshalb werden sie nicht weiter betrachtet.

Die Funktion der objektiven Erfolgskennzahlen ist primär die Abbildung betrieblicher Abläufe und nicht die Beschreibung von Auswirkungen der Gesundheit der Belegschaft. Somit ist grundsätzlich mit einer niedrigeren Varianzaufklärung zu rechnen als bei den Skalen des Fragebogens. Je höher die Modellgüte im Falle der Regressionen auf der Erfolgsebene ist, umso besser ist die jeweilige Kennzahl im Kontext der Untersuchung zu interpretieren und für die Nutzung innerhalb der Gesundheits-BSC zu verwenden. Die wichtigsten quantitativen Ergebnisse der Erfolgsperspektive werden in Tab. 5.16 zusammengefasst.

Tab. 5.16 Wichtigste quantitative Aussagen der Erfolgsperspektive

Modellgüte	Logischer Zusammenhang	Beta-gewicht
21 %	Je weniger ausgeprägt das „Mitarbeitergezogene Führungsverhalten“, desto weniger Ausschuss wird produziert	-0,38
	Je geringer die „Situative Belastung“, desto weniger Ausschuss wird produziert	-0,21
	Je geringer die „Angst um Arbeitsplatz“, desto weniger Ausschuss wird produziert	-0,19
18 %	Je weniger ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto mehr Einsparungen durch Rationalisierungen (höherer Scott-Index)	-0,48
	Je höher „Anerkennung der Unternehmensaktivitäten“, desto mehr Einsparungen durch Rationalisierungen (höherer Scott-Index)	0,30
14 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto weniger Teile werden pro Stunde produziert (höhere „P-Zahl“)	0,32
	Je höher die „Tätigkeitsbezogene Belastung“, desto weniger Teile werden pro Stunde produziert (höhere „P-Zahl“)	0,23
13 %	Je niedriger der „Handlungsspielraum bei der Arbeit“, desto mehr durchschnittliche Fehltage („krank [absolut/Kopf]“)	-0,27
	Je niedriger „Angst um Arbeitsplatz“, desto mehr durchschnittliche Fehltage („krank [absolut/Kopf]“)	-0,21
	Je mehr „Gesundheitliche Beschwerden“, desto mehr durchschnittliche Fehltage („krank [absolut/Kopf]“)	0,22

Die obige Tabelle verdeutlicht, dass – obwohl viele Prädiktoren ausgeschlossen wurden – mehrere signifikante Regressionsmodelle berechnet werden konnten. Damit ist ein zentrales Forschungsziel erreicht worden. Ohne auch hier der Diskussion zu weit vorweg greifen zu wollen, ist bereits deutlich zu sehen, dass der Faktor „Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten“ sowie arbeitssituationsbezogene Größen (situative und tätigkeitsbezogene Belastung) eine große Rolle spielen. Die genaue inhaltliche Bedeutung der identifizierten Zusammenhänge wird in Kapitel 6 detailliert betrachtet.

5.3.4 Datenerhebung 2 - Validierung des Kurzfragebogens

Im Rahmen der Untersuchung sollte der umfangreiche Fragebogen der ersten Datenerhebung auf eine praktikable Größe reduziert werden, um ein kurzes und handhabbares Instrument zur inhaltlichen Befüllung einer Gesundheits-BSC verfügbar zu machen.

Die anschließenden Ausführungen beziehen sich dabei auf folgende konkrete Detailfragen:

1. Bildeten die in der Faktorenanalyse ermittelten Faktoren diese auch bei reduzierter Itemzahl noch hinreichend gut ab?
2. Konnten die gesundheitsrelevanten Aspekte im Fallstudienunternehmen in der zweiten Datenerhebung (gegenüber der ersten) repliziert werden?
3. Waren die Faktoren auch bei reduzierter Itemzahl noch in der Lage, Korrelationen zwischen den Faktoren auf den verschiedenen BSC-Perspektiven aufzuzeigen?

Diese Detailfragen bilden in den folgenden Absätzen die Struktur der Ergebnisbeschreibung der zweiten Datenanalyse ab.

Detailfrage 1: Bildeten die in der Faktorenanalyse ermittelten Faktoren diese auch bei reduzierter Itemzahl noch hinreichend gut ab?

Im reduzierten Fragebogen (50 Items) wurden aus der Langversion nur solche Items übernommen, die im Zuge der ersten Datenerhebung eine hohe Faktorladung aufzeigten und damit angenommenen Maßen die Faktoren konsistent abbildeten. Analog zur Auswertung der „Langversion“ wurde dann erneut für den „Kurzfragebogen“ die interne Konsistenz (Cronbach`s Alpha) der durch die Faktorenanalyse ermittelten Faktoren berechnet (Tab. 5.17 und Tab. 5.18). Wie bereits beschrieben gilt als Norm-Gütemaß standardisierter Testverfahren dabei ein Alpha-Wert von über 0.70, als untere Akzeptanzgröße werden Alpha-Werte von 0.50 angesehen. Darunter ist nicht davon auszugehen, dass der Faktor eine Itemgruppe angemessen abbildet (vgl. Kap. 5.3.2 zum Vorgehen bei der ersten Datenerhebung).

Tab. 5.17 Faktoren, Items und interne Konsistenz des Fragebogen 2 (Teil 1)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items (Wie beurteilen Sie...)
Mitarbeiter-bezogenes Führungsverhalten	.83	4. ... die Verlässlichkeit Ihres Vorgesetzten?
		5. ... das Verständnis Ihres Vorgesetzten für Ihre Sorgen und Beschwerden?
		6. ... den Einsatz Ihres Vorgesetzten für Ihre Gesundheit?
Anerkennung von Unternehmensaktivitäten durch Mitarbeiter	.80	10. ... die Fürsorge des Unternehmens für die Mitarbeiter?
		11. ... die Transparenz der Unternehmenspolitik?
		12. ... die Berücksichtigung der Arbeitnehmerinteressen im Unternehmen?
Handlungsspielraum bei der Arbeit	.76	1. ... Ihre Möglichkeiten, bei der Arbeit Neues zu erlernen?
		2. ... Ihre Möglichkeiten, das zu tun, was Sie am besten können?
		3. ... die Freiräume für Eigeninitiative?
Soziale Unterstützung	.80	7. ... die Unterstützung bei der Arbeit durch die Kollegen?
		8. ... das Verständnis für persönliche Schwierigkeiten durch die Kollegen?
		9. ... die Offenheit und Ehrlichkeit im Team?
Identifikation mit dem Unternehmen	.70	17. ... sind Sie bereit, unternehmensspezifische Produkte Freunden/Familie/Angehörig. zu empfehlen
		19. ... sind Sie stolz, anderen erzählen zu können, dass Sie bei [Unternehmen] arbeiten?
Coping	.65	15. ... können Sie mit Konflikten am Arbeitsplatz umgehen?
		16. ... können Sie mit Stress umgehen?
Veränderungsbereitschaft	.80	13. ... sind Sie bereit, den Tätigkeitsbereich innerhalb des Unternehmens zu wechseln?
		14. ... können Sie sich vorstellen, zukünftig auch eine ganz andere Tätigkeit auszuüben?
Angst um Arbeitsplatz	.29	18. ... belastet Sie die Vorstellung, Ihre Arbeitsstelle zu verlieren?
		20. ... bedeutet Ihnen ihre Arbeit bei [Unternehmen] etwas?
Situative Belastung	.65	22. ...gefährliche Stoffe?
		23. ...Wechsel zwischen Wärme und Kälte?
		24. ...Vibrationen/Erschütterungen?
Tätigkeitsbezogene Belastung	.62	25. ...Heben und Tragen von schweren Lasten?
		26. ...häufiges Wiederholen einzelner Bewegungen?
Gesundheitliche Beschwerden	.68	27. ... Wie oft haben Sie Kopfschmerzen?
		28. ... Wie oft reagiert Ihr Magen empfindlich?
		29. ... Wie oft haben Sie Rückenschmerzen?
		30. ... Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen?
Persönliche Leistungseinschränkung	.68	38. ... Leistungsfähigkeit eingeschränkt durch private Probleme
		39. ... Einschränkungen hatten Auswirkungen auf Arbeitsgeschwindigkeit
		40. ...Einschränkungen hatten Auswirkungen auf die Sorgfalt meiner Arbeit

Tab. 5.18 Faktoren, Items und interne Konsistenz des Fragebogen 2 (Teil 1)

Konstrukte	Cronbach's Alpha	Items
Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	.80	32. ... Wie oft waren Sie im letzten ½ Jahr in ärztlicher Behandlung?
		33. ... Wie oft im letzten ½ Jahr verordnete Medikamente eingenommen?
Leistungseinschränkende Faktoren	.62	36. ... durch Frust, Verunsicherung, bezogen auf Arbeit und Arbeitsumfeld
		37. ... Ärger über Verhalten anderer bei der Arbeit
		98. ...Einschränkungen: Auswirkung auf die Zusammenarbeit im Team
Zufriedenheit mit BD (fachlich)	.87	46. ...die fachliche Kompetenz des BD-Personals?
		47. ...die Beratung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen?
		48. ...die medizinische Information und Beratung des BD?
Interesse an der Person	.48	42. ...Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, die über den Arbeitsalltag hinausgehen.
		43. ...Falls Sie in den letzten Jahren krank waren: Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, wenn ich nach krankheitsbedingter Abwesenheit an die Arbeitsstelle zurückkomme.
		44. ...Wie oft ist Ihr Vorgesetzter vor Ort an Ihrem Arbeitsplatz?
Rückkehrgespräche		41. ...Wenn jemand krank ist, wird er bei uns angehalten, zu arbeiten.

Die Faktoren „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten“, „Soziale Unterstützung“, „Veränderungsbereitschaft“, „Inanspruchnahme ärztlicher Leistung“ sowie die „Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst“ waren auch bei reduzierter Itemzahl gut verwendbar (Alpha > 0,80). Gleiches ergab sich für die Faktoren „Handlungsspielraum bei der Arbeit“ sowie „Identifikation mit dem Unternehmen“ (Alpha-Werten >0,70). Letztere könnten allerdings durch hinzunehmen eines Items aus dem ersten Fragebogen noch verbessert werden. Akzeptabel (mit Alpha > 0.50) dagegen waren die Skalen „Coping“, „Situative Belastung“, „Tätigkeitsbezogene Belastung“, „Gesundheitliche Beschwerden“ und „Persönliche Leistungseinschränkung.“ Diese Faktoren bewegten sich am unteren Rand des Normkriteriums. Sie waren somit verwendbar und könnten ebenfalls durch Hinzunehmen eines weiteren Items noch verbessert werden. Die Faktoren „Angst um Arbeitsplatz“ und „Interesse an der Person“ erfüllten die oben beschriebenen Akzeptanzgrenzen für die interne Konsistenz von Faktoren hingegen nicht und müssen für einen zukünftigen Einsatz überarbeitet werden.

Insgesamt war der zweite Fragebogen unter Gesichtspunkten der Testkonstruktion gut anwendbar. Die Gesamtzahl der Items könnte jedoch auf 60-70 erhöht werden, um einige der oben beschriebenen Faktoren noch zu verbessern.

Detailfrage 2: Konnten die gesundheitsrelevanten Aspekte im Fallunternehmen in der zweiten Datenerhebung (gegenüber der ersten) repliziert werden?

Die Ergebnisse der ersten Datenerhebung konnten mittels des Kurzfragebogens weitgehend repliziert werden, sodass – als Ergebnis der zweiten Datenerhebung – das verkürzte Erhebungsinstrument für die Stichprobe als praktikabel anzusehen ist. Insbesondere für die Analyse der „Gesundheitssituation“ im Fallstudienunternehmen zeigte sich der Kurzfragebogen als geeignetes Instrument.

Zwischen der ersten und zweiten Datenerhebung lag allerdings ein Zeitraum von 12 Monaten. Während dieser Zeit fanden in den untersuchten Organisationseinheiten zwar keine gravierenden Änderungen (z. B. Entlassungen in größerem Umfang, Reorganisationsmaßnahmen) statt, die laufenden gesundheitsrelevanten Angebote der BGF waren für die Befragten jedoch zugänglich. Für die Entwicklung eines validen und reliablen Kurzfragebogens wäre es wichtig gewesen, Einflussgrößen auf die Einschätzung der Antwortskalen durch die Befragten (neuen Gesundheitsinterventionen, Führungskräftewechsel etc.) möglichst auszuschließen oder doch zumindest zu kontrollieren. Solche Idealbedingungen lassen sich aber in der Feldforschung häufig nicht herstellen. Auch im Fallstudienunternehmen fanden während den beiden Datenerhebungen Veränderungen statt, die im Sinne von Störvariablen Auswirkungen auf die Beantwortung der Items des Kurzfragebogens gehabt haben können. Systematische Informationen über solche Veränderungen waren dem Projektteam jedoch nicht zugänglich.

Der Einfluss der oben genannten Störgrößen, die Datenqualität (vgl. Kap. 5.1) und die Tatsache, dass sowohl der Lang- als auch der Kurzfragebogen nur in einigen Organisationseinheiten eines Unternehmens getestet wurden, schränken aus statistischen Gründen die vollständige Übertragbarkeit auf bzw. die Nutzungsmöglichkeit in anderen Unternehmen ein. Durch die Anwendung des Projektdesigns in einem anderen Unternehmen der gleichen Branche könnten jedoch für die Branche produzierender Unternehmen weiterreichende methodische Empfehlungen für praktikable BSC-„Befüllungsinstrumente“ gegeben werden (vgl. Kap. 8).

Detailfrage 3: Waren die Faktoren auch bei reduzierter Itemzahl noch in der Lage, Korrelationen zwischen den Faktoren auf den verschiedenen BSC-Perspektiven aufzuzeigen?

Der reduzierte Fragebogen war zur Prüfung korrelativer Beziehungen von Faktoren innerhalb und zwischen den einzelnen Perspektiven der Gesundheits-BSC teilweise geeignet.

Auf der Prozessperspektive der Gesundheits-BSC (Perspektive 3, vgl. Abb. 3.11) wurden im Regressionsmodell mit der abhängigen Variable „Handlungsspielraum am Arbeitsplatz“ verwertbare lineare Zusammenhänge gefunden. Bei geringeren Modellgüten zeigten sich weitere Einflussfaktoren (siehe Tabelle 5.19), diese haben aber nur eine geringere Bedeutung für das jeweilige Regressionsmodell, da die Varianzaufklärung zu gering ist und externe Faktoren offensichtlich die abhängigen Variablen stärker beeinflussen. Natürlich muss auch immer die subjektive Sicht der Werker mitberücksichtigt werden, die hier in den gewählten Prädiktoren nicht die entscheidenden Einflussfaktoren sehen.

Es bestätigte sich auch in der zweiten Datenerhebung die Tendenz der ersten Befragung, dass „Mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten“ auch in dieser Befragung die zentrale Stellgröße war (siehe Tab. 5.19).

Tab. 5.19 Wichtigste lineare Zusammenhänge der zweiten Datenbefragung auf Prozessperspektive

Modellgüte	Logischer Zusammenhang	Beta-gewicht
23 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer der „Handlungsspielraum bei der Arbeit“	0,32
	Je höher die „Anerkennung von Unternehmens-Aktivitäten durch MA“, desto größer „Handlungsspielraum bei der Arbeit“	0,20
13 %	Je größer die „Identifikation mit dem Unternehmen“, desto größer die „Angst um Arbeitsplatz“	0,36
11 %	Je größer „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Anerkennung der Unternehmensaktivitäten durch MA“	0,33
10 %	Je effizienter das „Coping“, desto höher die „Veränderungsbereitschaft“	0,29
	Je weniger ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Veränderungsbereitschaft“	-0,18
9 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Soziale Unterstützung“	0,20
8 %	Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto höher „Identifikation mit dem Unternehmen“	0,26

Im Gegensatz zur Prozessperspektive zeigte sich auf der Ebene „Gesundheit und Beschwerden“ (Perspektive 2, vgl. Abb. 3.11) ein anderes Bild. Hier wurden auf Grundlage des verkürzten Fragebogens Regressionen zwischen allen abhängigen Variablen und einzelnen Prädiktoren festgestellt. Offensichtlich lassen sich die Gesundheitsindikatoren „Gesundheitliche Beschwerden“, „Persönliche Leistungseinschränkung“ und „Leistungseinschränkende Faktoren“ gut durch den reduzierten Fragebogen abbilden. Die Modelle sind statistisch bestätigt (siehe Tab. 5.20).

Tab. 5.20 Wichtigste Aussagen der zweiten Datenerhebung auf der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive

Modellgüte	Logischer Zusammenhang	Betagewicht
33 %	Je größer die „Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen“, desto mehr „Gesundheitliche Beschwerden“	0,27
	Je ineffizienter „Coping“, desto mehr „Gesundheitliche Beschwerden“	- 0,19
28 %	Je mehr „Gesundheitliche Beschwerden“, desto mehr die „Persönliche Leistungseinschränkung“	0,39
	Je mehr „Rückkehrergespräche“, desto mehr „Persönliche Leistungseinschränkung“	0,23
20 %	Je mehr „Rückkehrergespräche“, desto mehr „Persönliche Leistungseinschränkung“	0,25
	Je ineffizienter „Coping“, desto mehr „Persönliche Leistungseinschränkung“	-0,17

Bezüglich der Erfolgsperspektive ist der zweite Fragebogen schwieriger zu interpretieren (siehe Anh. 5, Tab. 4 bis Tab. 7). Lineare Zusammenhänge zwischen PSO-Faktoren und den Erfolgskennzahlen existieren, aber die Güte fällt merklich geringer aus. Es gibt nur vereinzelt signifikante β -Gewichte. Die Qualität der Datenerhebung 1 kann nicht annähernd erreicht werden. Methodisch ist dies durch die oben beschriebene Reduktion der Items innerhalb der Faktoren zu erklären.

Tab. 5.21 Wichtigste Zusammenhänge der Erfolgsperspektive in DE 2

Modellgüte	Logischer Zusammenhang	Betagewicht
5 %	Je mehr „Persönliche Leistungseinschränkung“, desto größer „GAE“	0,19
5 %	Je höher „Tätigkeitsbezogene Belastung“, desto größer „krank (absolut/Köpfe)“	0,21

Tab. 5.21 zeigt die gefundenen Zusammenhänge der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 2. Aus den Betagewichten kann hier jedoch zumindest als Trend abgeleitet werden, dass die „Tätigkeitsbezogene Belastung“ zur mehr Fehltagen und die „Persönlichen Leistungseinschränkungen“ zu einer schlechteren Maschinenauslastung („GAE“; siehe Kapitel 4) führen. Insgesamt bleibt festzuhalten, dass auf der Erfolgsperspektive durch den Fragebogen 2 nur wenige und zudem unsichere Ursache-Wirkungsbeziehungen zu identifizieren sind.

In Bezug auf die empirische Erhebung und die Praktikabilität des Tools lässt sich damit festhalten, dass der *Fragebogen 2 zur Aufdeckung von Gesundheits- und Leistungsproblemen* im Unternehmen geeignet ist. Besonders die Gesundheitsindikatoren der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive lassen sich gut durch den verkürzten Fragebogen erklären. Das BGM des Fallstudienunternehmens kann so spezifische gesundheitsfördernde Maßnahmen für die Mitarbeiter ableiten bzw. Problemfelder identifizieren. Somit kann das Tool erfolgreich als praktikabler Ansatz zur Steuerung von BGF-Maßnahmen eingesetzt werden. Problematisch erwies sich jedoch die Abbildung der linearen Beziehungen auf der Erfolgsperspektive.

5.4 Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC

Da ein zentrales Anliegen des Forschungsprojekts die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Konzeptionierung und auch die Implementierung eines komplexen Steuerungssystems für Gesundheit war, sind auch die Erfahrungen mit der Implementierungsphase im Fallunternehmen wichtig. Diese werden im Folgenden beschrieben. Die dabei vorgestellte BSC hat mithin nur beispielhaften Charakter, da sie die Spezifika des Beispielunternehmens abbildet. Jedes Unternehmen, das sich der Steuerung *seines* Gesundheitsbereichs widmen möchte, muss seine eigene BSC konzipieren.

Die Gesundheits-BSC sollte auf Wunsch des Fallstudienunternehmens ausschließlich als Steuerungsinstrument für den *Betriebsärztlichen Dienst als einer (wenn auch zentralen Organisationseinheit) für die Steuerung von Gesundheit* entwickelt werden, und wirksame Einflüsse im „virtuellen Gesundheitsbereich“ zunächst *unberücksichtigt* lassen.

Die BSC zielte nach Maßgabe der Strategie des Fallunternehmens darauf ab, die Kommunikation zu gesundheitsrelevanten Themen aus Sicht des Betriebsärztlichen Diensts mit den operativen Führungskräften aus der Produktion verbessern. Hierzu wird eine Regelkommunikation implementiert.

Gemäß dem ursprünglichen Forschungsdesign wurde beabsichtigt, die Gesundheits-BSC auf Basis der empirischen Analysen zu entwickeln. Die *empirischen Ergebnisse* konnten jedoch nur *teilweise* und *sehr aggregiert berücksichtigt* (Prävention, Arbeitssicherheit- und Arbeitsschutz → Erfolg) werden. Dies lag u. a. daran, dass aufgrund einer veränderten Gesundheitsstrategie des Konzerns im Projektverlauf teilweise andere Prioritäten gesetzt wurden. Zudem wurde die vorgeschlagene strategische Stoßrichtung „Vernetzung“ im Fallstudienunternehmen nicht weiter verfolgt, obwohl die empirischen Ergebnisse bspw. bzgl. des Führungsverhaltens die Wichtigkeit dieser Vernetzung bestätigten. Hierzu muss jedoch auch angemerkt werden, dass die Vernetzung die bisherigen Strukturen des Fallstudienunternehmens sehr stark verändern würde. Dadurch konnte eine Vernetzung nicht kurzfristig umgesetzt werden. Somit umfasste die BSC auch einige strategische Ziele und Ursache-Wirkungsbeziehungen, die in der empirischen Untersuchung nicht berücksichtigt wurden.

Abb. 5.4 zeigt die Gesundheits-BSC im Fallstudienunternehmen zum Zeitpunkt des Projektendes. Die BSC wurde im Rahmen von Gesprächen mit den Verantwortlichen des betriebsärztlichen Diensts konzipiert.

Vom Fallstudienpartner wurde ausdrücklich gewünscht, ausschließlich auf im Unternehmen *vorliegende, betriebliche Kennzahlen* zurückzugreifen und keine neuen Kennzahlen zu implementieren. Aus diesem Grund konnten teilweise keine Kennzahlen auf Kostenstellenebene in die BSC integriert werden. In derartigen Situationen wurde auf die Datenlage der Abteilungs- oder Bereichsebene (z. B. Wiedereingliederung Langzeiterkrankter) als Bezugsgröße für Kennzahlen zurückgegriffen. Mit der Beschränkung auf bereits existierende Kennzahlen wurden auch keine Kennzahlen aus dem Fragebogen integriert. Damit enthält die BSC letztendlich wenige „tiefergehende“ Kennzahlen zu verhaltensorientierten Größen.

Zum kontinuierlichen Einsatz der BSC wurde ein Excel-Software-Tool entwickelt. Eine abstrahierte Version dieses Tools wird in Kapitel 7 detailliert erläutert. Die BSC wird quartalsmäßig im Fallstudienunternehmen aktualisiert. Es ist geplant, für die ersten Quartale der Anwendung nur Ist-Werte zu erheben und zu berichten. Wenn das Management des Gesundheitsbereichs ausreichend Erfahrung gewonnen hat, wie die Werte zu interpretieren sind, ist eine Festlegung der Ziel-Werte geplant.

Ziel des Fallstudienpartners ist es somit, die Gesundheits-BSC im Laufe der nächsten Quartale „*einzuschwingen*“. Im Laufe der operativen Umsetzung sollen weitere Kennzahlen integriert bzw. bestehende Kennzahlen abgeändert werden. So können aus der Zusammenarbeit mit den operativen Bereichen noch Anpassungen der Kennzahlen und deren Darstellungsform erfolgen. Zudem müssen sich die Datenerhebungsprozesse für die Kennzahlen aus den verschiedenen Datenquellen (Betriebsärztlicher Dienst, Psychologische Beratung, Produktion) einspielen. Konkrete Maßnahmen zur Erreichung der Ziele wurden aus diesen Gründen bis Projektende nicht ausformuliert.

Heute wird im Fallstudienunternehmen die BSC bis auf Weiteres als *Parallelsystem genutzt* und *systematisch* um *neue strategische Ziele und Kennzahlen ergänzt*. Durch eine solche Implementierungsstrategie sollen zudem sowohl die Mitarbeiter des Betriebsärztlichen Dienstes als auch die Führungskräfte in der Produktion an das neue Instrument herangeführt werden.

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

Abb. 5.4 Entwickelte Gesundheits-BSC im Fallstudienunternehmen

6 Kritische Reflektion

6.1 Überblick über die Diskussionspunkte

Im Folgenden wird neben der wissenschaftlichen Diskussion der gefundenen Ursache-Wirkungsbeziehungen auch eine kritische Reflektion des Entwicklungsprozesses der BSC erfolgen. Wie auch die Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 5, orientiert sich die Ergebnisdiskussion in ihrer Struktur an den Haupt-Projektmeilensteinen „Vorbereitung und Planung“, „Empirische Analyse“ und „Implementierung der Gesundheits-BSC“ (siehe Abb. 6.1). Es werden dabei 10 zentrale Analyseblöcke aufgegriffen, die sich inhaltlich auf die Gestaltungsparameter der BSC beziehen.

Diskussion der Vorbereitung und Planung	Analyseblock 1	Strategische Rahmenbedingungen des BGM
	Analyseblock 2	Datenverfügbarkeit
Diskussion der empirischen Analyse	Analyseblock 3	Erfolgsperspektive mit Gesundheit & Beschwerden und Prozessen
	Analyseblock 4	Hebel zur Beeinflussung (Prozessperspektive) von Gesundheit und Beschwerden
	Analyseblock 5	Beeinflussung der Hebel untereinander (Prozessperspektive)
	Analyseblock 6	Handlungsfelder im Fallstudienunternehmen und zusammenfassende Betrachtung der quantitativen Ergebnisse
	Analyseblock 7	Limitationen
Diskussion der Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC	Analyseblock 8	Strategie und Ursache-Wirkungsbeziehungen
	Analyseblock 9	Kennzahlennutzung
	Analyseblock 10	Organisatorische Verankerung

Abb. 6.1 Analyseblöcke der Diskussion

Die Erfahrungen mit diesen zentralen Elementen der BSC-Entwicklung werden im Folgenden speziell für das BGM im Fallstudienunternehmen diskutiert. Hierbei wird explizit auf die Herausforderungen bei der Entwicklung der BSC Wert gelegt. Die Ergebnisse der Diskussion werden zum Schluss einer zusammenfassenden Bewertung unterzogen und bilden die Basis für das in Kapitel 7 abgeleitete Vorgehen zur Entwicklung einer Gesundheits-BSC in anderen Unternehmen.

6.2 Vorbereitung und Planung

Im Rahmen der Vorbereitung und Planung wurden die zwei zentralen Ansatzpunkte „Strategische Rahmenbedingungen des BGM“ und frühzeitige Klärung der Möglichkeiten der Datenerhebung“ identifiziert (siehe Abb. 6.2).

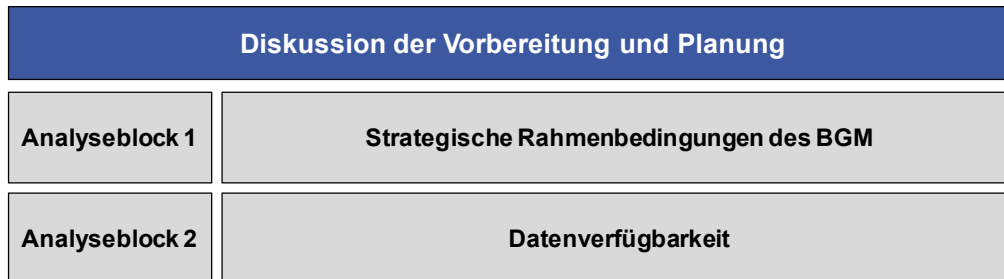


Abb. 6.2 Analyseblöcke in der Phase „Vorbereitung und Planung“

6.2.1 Analyseblock 1: Strategische Rahmenbedingungen des BGM

Voraussetzung für die Entwicklung einer BSC ist eine klare Gesundheitsstrategie. Grundsätzlich muss festgehalten werden, dass bisher wenig Wissen über Strategien des BGM und insbesondere deren Operationalisierung besteht; so auch im Fallstudienunternehmen. Hier waren die strategischen Überlegungen zu Projektbeginn nur rudimentär und aggregiert vorhanden. Im Rahmen des Projektverlaufs konnte erst zu Projektende eine besser definierte Gesundheits-Strategie formuliert werden.

Aus den Interviews wurden für den Untersuchungsbereich strategische Ansatzpunkte ermittelt, deren Bedeutung anschließend auch durch die empirische Analyse bestätigt wurden (siehe hierzu auch Kapitel 6.3.4):

- *Ziele bzgl. der Person (Verhaltensprävention):* Aufbau eines Verständnisses von Gesundheit als persönliche Kompetenz, Steigerung der Identifikation mit dem Unternehmen, Förderung des Copingverhaltens der Mitarbeiter.
- *Ziele bzgl. der Situation (Verhältnisprävention):* Verbesserung der Arbeitsgestaltung, als zentrale Voraussetzung zum präventiven Gesundheitsmanagement.
- *Ziele bzgl. der Organisation als Hebel für die funktionale Verhaltens- und Verhältnisprävention:* Verbesserung der Motivation der Führungskräfte, eine Gesundheitskultur zu schaffen und zu leben.

Betrachtet man diese Ergebnisse, erfordert die erfolgreiche Umsetzung einer Gesundheitsstrategie die *Vernetzung* der an der BGF beteiligten Akteure, wie bspw. des Personalbereiches und der Führungskräfte als *zentrale strategische Stoßrichtung*.

Die durch das Fallstudienunternehmen gewählte Fokussierung auf den Wirkungskreis des betriebsärztlichen Diensts ist vor dem Hintergrund der Ergebnisse des Forschungsprojekts deutlich zu kurz gefasst. Die *Vernetzung* der zentralen Akteure des BGM ist wichtig für die erfolgreiche Umsetzung des BGM. Daher ist es notwendig, die strategischen Themen der BGF auf höchster Ebene abzustimmen und die Vertreter in die BSC-Entwicklung zu integrieren. Ansonsten bleiben die Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten unklar und ein Strategie-Workshop bleibt sehr all-

gemein und wenig zielführend. Die *Klärung des Verständnisses der BGF* darf somit *nicht nur auf den Betriebsärztlichen Dienst* begrenzt sein, auch wenn die BSC nur für diesen entwickelt wird.

Im Rahmen der Festlegung der strategischen Rahmenbedingungen wurde ein Vertreter der Führungskräfte aus dem Produktionsbereich integriert. Eine *verbindliche Abstimmung* der gesundheitsrelevanten Themen mit den Produktionsverantwortlichen *erfolgte jedoch nicht*. Dies hat sich im Laufe der BSC-Entwicklung als nachteilig erwiesen, da hier durchaus Zielkonflikte bestehen können (bspw. Zuteilung des Budgets, das die Führungskräfte für die BGF ausgeben). Zudem konnten die Vertreter des Personalbereichs im Fallstudienunternehmen nicht verbindlich für die Entwicklung der Gesundheits-BSC gewonnen werden. Somit fehlten eine Abstimmung der Personalstrategie und deren Umsetzung mit den gesundheitsrelevanten Themen im Rahmen der Projektbearbeitung.

Im Laufe der Vorbereitungsphase wurde durch das Fallstudienunternehmen nur eine grobe inhaltliche Fokussierung strategischer Handlungsfelder getroffen („Stärkung der Prävention“). Eine Priorisierung auf bestimmte Ziel- und Risikogruppen jedoch erfolgte nicht. Auch hier stellte sich im Laufe des Projekts heraus, dass eine *umfassende und tiefgreifende Diskussion des Stellenwertes, der Form und des Verständnisses von Gesundheit im Unternehmen*, ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Entwicklung und Implementierung einer BSC ist.

6.2.2 Analyseblock 2: Datenverfügbarkeit

Der zweite zentrale Ansatzpunkt bei der Diskussion der Vorbereitungs- und Planungsphase ist die Verfügbarkeit von Daten bzw. die Möglichkeit der Generierung neuer Daten. Im Fallstudienunternehmen wurden die objektiven Erfolgsdaten für die empirische Untersuchung erst in der Phase der Datenerhebung generiert. Es stellte sich heraus, dass die vorher in den *Interviews identifizierten objektiven Erfolgskennzahlen nicht flächendeckend* auf Kostenstellenebene in den Management-Informationssystemen *gepflegt* werden. Durch eine frühzeitige Klärung der Datenverfügbarkeit kann somit eine bessere Planung der Stichprobe erfolgen.

Es ergeben sich folgende zwei Ansatzpunkte:

- *Objektive Erfolgsdaten*: Problematisch im Fallstudienunternehmen war die Verfügbarkeit von Erfolgskennzahlen und Daten aus dem Gesundheitsbereich. Für die Datenanalyse waren objektive Erfolgsdaten nur sehr aggregiert vorhanden. Zudem wurden Daten, auf die zurückgegriffen werden konnte (P-Zahl, Ausschuss, ppm), auf Kostenstellenebene nicht in den Standardsystemen gepflegt. Diese Kennzahlen werden nur für den Gesamtbereich standardisiert erhoben. Es ist zu vermuten, dass auch in anderen Unternehmen solche Kennzahlen oft nicht verfügbar, nicht vergleichbar oder nicht in ausreichender Qualität vorhanden sind. Für die Bildung finanzieller oder wirtschaftlicher Kennzahlen ist dies aber unabdingbar. Daher sollten in einem möglichst frühzeitigen Stadium des Projekts diesbezüglich Klärungen erfolgen und in Zusammenarbeit mit dem Unternehmenscontrolling Lösungen überlegt werden, um solche Kennzahlen zu generieren.
- *Objektive Gesundheitsdaten*: Im Fallstudienunternehmen konnten keine anwendbaren objektiven Gesundheitsdaten (bspw. psychische oder physische Erkrankungen auf Individuums- oder Kostenstellenebene) erhoben werden. Sie obliegen der Schweigepflicht, weshalb wichtige gesundheitsbezogene Daten nicht genutzt

werden konnten. Hinzu kam, dass für einige Kennzahlen – insbesondere auf der BGM-Prozessebene – nur ein Datenpunkt zur Verfügung stand, der für den gesamten Betriebsärztlichen Dienst Auskunft gab (ROI oder Audit des Betriebsärztlichen Dienstes). Viele der vorliegenden Gesundheitsdaten konnten nicht auf Kostenstellenebene oder individueller Ebene ausgewertet werden (Beispiel: Anzahl der Begehungen). Die Daten zu den BGF-Maßnahmen wurden nicht systematisch gepflegt. Eine Ausnahme bildeten die BGF-Maßnahmen „Rückenmobil“ und die „gesundheitsbezogenen Trainings für Mitarbeiter und Führungskräfte“. Für eine Verwendung in der empirischen Analyse waren die Fallzahlen der in den Systemen dokumentierten Daten pro Kostenstelle jedoch zu klein. So konnten keine objektiven Gesundheitsdaten für die empirische Untersuchung verwendet werden.

Betrachtet man die Datenverfügbarkeit und die damit verbundenen Herausforderungen, ist es sinnvoll, sich frühzeitig um die vorhandenen Daten und deren Qualität zu kümmern. Bei fehlender Datenverfügbarkeit müssen die *Möglichkeiten zur Generierung neuer oder tiefer gehender Daten* sowohl im Erfolgs- als auch Gesundheitsbereich geklärt werden.

Im Folgenden werden die empirischen Ergebnisse aus Kapitel 5 inhaltlich diskutiert und in den organisationspsychologischen Forschungsrahmen eingeordnet.

6.3 Empirische Analyse

Die Datenerhebung wurde gemäß dem Forschungsdesign angelegt, um eine große Menge an relevanten Informationen zu sammeln und um daraus die für die Gesundheits-BSC relevanten Steuerungshebel zu identifizieren sowie deren Einflussgrößen beurteilen zu können. Der verkürzte Fragebogen und die zweite Datenerhebung dienten der Überprüfung, inwieweit ein praktikablerer Ansatz der Befüllung einer Gesundheits-BSC gefunden werden konnte.

Für eine Gesamtbewertung des Kurzfragebogens bleibt folgendes festzuhalten:

Er ist als konzentriertes Instrument aus einer Vielzahl einschlägiger und standardisierter Fragebögen (vgl. Kap. 4) gut geeignet für die Analyse von Gesundheits- und Leistungsproblemen in einem Unternehmen. Die Organisationseinheiten, die für das Thema „Gesundheit“ zuständig sind, können auf seiner Grundlage spezifische Interventionspotenziale erkennen und entsprechende Konsequenzen ziehen. Damit ist die zusätzliche Aufgabe des Forschungsprojektes, praktikablere Lösungen für den Einsatz einer Gesundheits-BSC zu ermöglichen zumindest in Teilen ein Erfolg. Für den Einsatz des verkürzten Fragebogens bezüglich der Erfolgsebene besteht begründete Hoffnung, dass bei einer verbesserten Datenlage hier deutlichere Ergebnisse zu erzielen sind. Dazu besteht weiterer Forschungsbedarf.

Die folgenden Abschnitte enthalten die zusammenfassende Bewertung der linearen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Perspektiven der Gesundheits-BSC. Dabei werden die inhaltlichen Auswertungen in Analyseblöcke unterteilt (siehe Abb. 6.3).

Diskussion der empirischen Analyse	
Analyseblock 3	Erfolgsperspektive mit Gesundheit & Beschwerden und Prozessen
Analyseblock 4	Hebel zur Beeinflussung (Prozessperspektive) von Gesundheit und Beschwerden
Analyseblock 5	Beeinflussung der Hebel untereinander (Prozessperspektive)
Analyseblock 6	Handlungsfelder im Fallstudienunternehmen und zusammenfassende Betrachtung der quantitativen Ergebnisse
Analyseblock 7	Limitationen

Abb. 6.3 Analyseblöcke der empirischen Auswertung

6.3.1 Analyseblock 3: Auswirkungen von Gesundheit, Beschwerden und Prozessen auf den Unternehmenserfolg

Ein wesentliches Ziel des Forschungsvorhabens war das Aufzeigen der statistischen Zusammenhänge zwischen den empirisch erhobenen Konstrukten und dem *Unternehmenserfolg*. Dazu sind zunächst die wesentlichen Befunde inhaltlich in einer Tabelle (Tab. 6.1) dargestellt und anschließend in der Gesundheits-BSC als methodischer Bezugsrahmen dieses Projektes visualisiert (Abb. 6.4).

Tab. 6.1 Wichtigste Effekte zwischen der Erfolgsperspektive (1) und der Prozess (3)- sowie der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive (2)

Effekt	Regressionskoeffizient
Je weniger ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer die Kennzahl „Ausschuss“ (umso kleiner die Menge an produzierten Fehlerteilen)	-0,38
Je geringer die „Situative Belastung“, desto größer „Ausschuss“ (umso kleiner die Menge an produzierten Fehlerteilen)	-0,21
Je weniger „Angst um Arbeitsplatz“, desto größer „Ausschuss“ (umso kleiner die Menge an produzierten Fehlerteilen)	-0,19
Je weniger ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Scott-Index“	-0,48
Je höher „Anerkennung der Unternehmensaktivitäten“, desto größer „Scott-Index“	0,30
Je stärker ausgeprägt das „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto höher „P-Zahl“ (umso weniger Teile wurden pro Stunde produziert)	0,32
Je höher „Tätigkeitsbezogene Belastung“, desto höher „P-Zahl“ (umso weniger Teile wurden pro Stunde produziert)	0,23
Je weniger „Handlungsspielraum bei der Arbeit“, desto mehr Fehltage	-0,27
Je mehr „Gesundheitliche Beschwerden“, desto mehr Fehltage	0,22
Je geringer „Angst um Arbeitsplatz“, desto mehr Fehltage	-0,21
Je höher „Identifikation mit Unternehmen“, desto mehr Fehltage	0,21
Je geringer „Soziale Unterstützung“, desto mehr „Nacharbeit“	-0,32

Wie aus Kapitel 5 hervorgeht, zeigen sich mehrere, deutlich gerichtete lineare Zusammenhänge zwischen der unabhängigen Variablen „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“ und Qualitäts-, Produktivitäts- und Kostenkennzahlen des Fallstudienunternehmens. Zudem sind viele weitere unabhängige Variablen der Prozessebene, vor allem Faktoren, die sich auf den klassischen Arbeitsschutz beziehen, für einige Erfolgskennzahlen relevant. Aus der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive wird mehrfach die unabhängige Variable „Gesundheitliche Beschwerden“ als Einflussfaktor auf die Erfolgskennzahlen sichtbar.

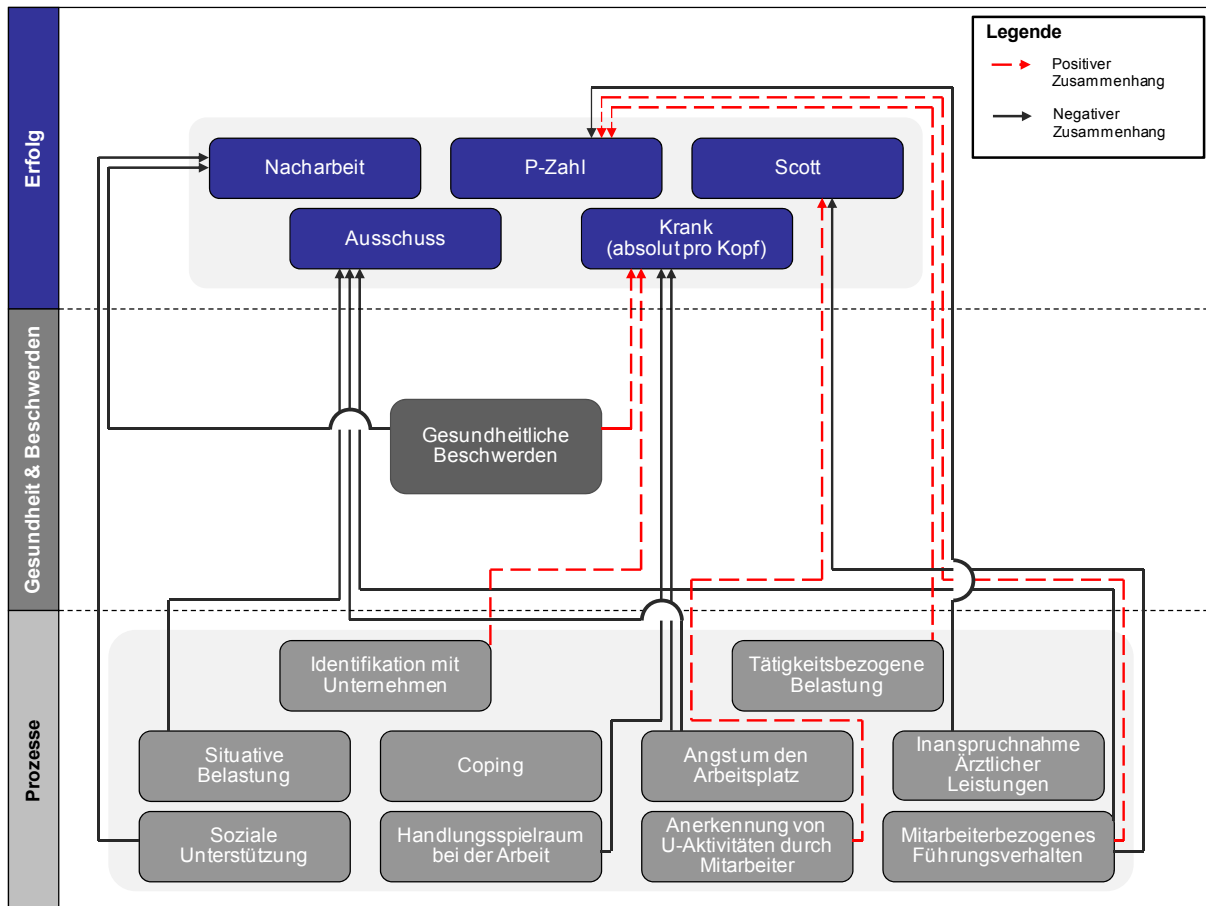


Abb. 6.4 Zusammenhänge zwischen Unternehmenserfolg und Gesundheit

Je schlechter das „Mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“, desto größer ist die Kennzahl „Ausschuss“ (Je besser das „Mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“ ausgeprägt ist, desto höher ist der tatsächliche Ausschuss).

Von allen untersuchten Einflussfaktoren der Prozessperspektive (und auch der anderen BSC-Perspektiven) ging vom Führungsverhalten der deutlichste Einfluss auf den Ausschuss aus, allerdings in einer unerwarteten Richtung. Je besser das mitarbeiterbezogene Führungsverhalten von den Befragten einer Kostenstelle eingeschätzt wurde, desto größer war die absolute Anzahl produzierter Fehlteile. Dieses unerwartete Ergebnis mag wie folgt zu interpretieren sein.

Der Faktor Führungsverhalten ist hier ausschließlich auf den zwischenmenschlichen Einfluss des Vorgesetzten auf den Mitarbeiter bezogen, ein „aufgabenorientierter“ Ansatz wurde nicht erhoben. Das Konstrukt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“ misst vor allem die sozio-emotionalen Zusammenhänge von Führung auf das Befinden des Mitarbeiters. Die Leistungsorientierung wurde hierbei nicht explizit berücksichtigt. Bei der Erstellung des Fragebogens stand vor allem die Abbildung der Auswirkung von Führungsverhalten auf die Gesundheit des Mitarbeiters (gemäß eines transformationalen Führungsstils; siehe unten) im Vordergrund. Das vollständige Konstrukt Führungsverhalten wurde nicht erhoben. Dafür hätten zusätzliche Faktoren wie Kommunikation und Aufgabenorientierung erfragt werden müssen.

Im Rahmen des PSO-Modells ist „Führung“ ein mehrdimensionales Konstrukt. Die abgefragten Eigenschaften des Führungsverhaltens stellen eine persönliche Fähigkeit dar. Für den Werker gestaltet sich das Führungsverhalten seines Vorgesetzten als ein Faktor seiner Arbeitssituation. Hinzu kommt die Betrachtung der Gesamtorganisation, in der der vorgelebte Führungsstil, eingebettet in die Unternehmenskultur, Einfluss nimmt. Aus arbeitspsychologischer Sicht teilt sich Führungsverhalten in zwei wesentliche Komponenten auf, die „Aufgabenorientierung“ oder „Effizienzdimension“ (V. ROSENSTIEL et al., 2003) und die „Mitarbeiterorientierung“ oder „Humandimension“ (FRITZ, 2006, V. ROSENSTIEL et al., 2003). BECKMANN et al. (2001) fanden heraus, dass Kommunikation, Information und Partizipation zentrale Faktoren für den Zusammenhang zwischen Führungsverhalten und Leistung sind. Führungskräfte mit hoch positiven Einschätzungswerten durch ihre Mitarbeiter setzen Ziele, überwachen die Leistungserbringung und nutzen Feedbackmöglichkeiten sowie die Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen (NEUBERGER, 1980). Dies deckt sich mit aktuellen Führungstheorien. Hier wird unterschieden zwischen dem transaktionalen und dem transformalen Führungsstil (BASS & AVUIOLO, 1990; GREYER & STEYRER, 1998). Transaktionale Führung beruht letztlich auf dem „Marktprinzip“ (V. ROSENSTIEL, 2003) also dem rational begründeten Tausch einer Leistung der Führungskraft (erhöht bspw. den Handlungsspielraum) und einer entsprechenden Gegenleistung des Mitarbeiters (erhöht bspw. seine Leistung) an das Unternehmen. Transaktionale Führung entspricht mehr der Aufgabenorientierung. Demgegenüber steht der transformale Führungsstil, der nicht aus einem „Aushandeln“ besteht, sondern den Mitarbeiter zu freiwilliger Leistung erziehen soll. Hier spielen vor allem Faktoren wie Charisma, Motivation, intellektuelle Stimulierung und individuelle Wertschätzung eine entscheidende Rolle (NEUBERGER, 2002). Empirische Analysen zur Wirkung der beiden Führungsstile ergaben, dass beide Führungsstile für den Unternehmenserfolg förderlich sind, obgleich von der transformalen Führung die intensivere Wirkung ausgeht (GEBERT & V. ROSENSTIEL, 2002). Des Weiteren muss der Führungsstil der Situation und den Personen angepasst werden (V. ROSENSTIEL, 2003). Im Sinne eines partizipativen Führungsstils (WUNDERER, 1995) wollen und sollen Mitarbeiter an Entscheidungen beteiligt werden. Dafür muss jedoch Klarheit über die an sie gestellten Anforderungen bestehen (FREY et al., 2006). Der Zusammenhang von Führungsverhalten und Produktivität wurde schon von LIKERT (1975) untersucht. Dieser unterscheidet vier verschiedene Führungssysteme und kommt zum Schluss, dass der partizipative Führungsstil zu den besten Ergebnissen hinsichtlich der Leistung einer Organisation führt. Die Studie beschränkt sich allerdings auf komplexere Aufgaben in Forschung und Entwicklung und macht keine Aussagen über das produzierende Gewerbe.

Im Kontext des Ergebnisses im Fallstudienunternehmen zeigt sich, dass ein rein transformaler Führungsstil, der Zielvorgaben und Kontrolle vollständig vernachlässigt, zu oben gefundenen negativen Effekten führt. Produzierende Unternehmen sehen sich schon längere Zeit erheblichem Kostendruck ausgesetzt, der sich in einem Re-Taylorisierungsprozess widerspiegelt. Ein positiv zu bewertender Führungsstil gemäß einer Studie der BOSTON CONSULTING GROUP (2002) ist sowohl durch eine hohe Aufgabenbezogenheit und Fokussierung auf „hard facts“ sowie durch einen humanistischen Führungsansatz geprägt. Ein sozio-emotionaler Führungsstil steht mit geringeren Gesundheitsbeschwerden der Beschäftigten in Verbindung (LANDEWEERD & BOUMANS, 1994). „Gutes“ Führungsverhalten charakterisiert

sich hier durch Offenheit, Vertrauen, Fairness, Glaubwürdigkeit, Anerkennung, Unterstützung und vor allem Wertschätzung (CONRAD & SYDOW, 1984; BADURA et al., 1998).

Die theoretisch erwarteten und ökonomisch erwünschten Auswirkungen auf die Qualitätskennzahl „Ausschuss“ sind in dieser Untersuchung ausgeblieben. Einerseits setzt partizipative und transformale Führung rege Beteiligung und Motivation der Mitarbeiter voraus sowie den Willen, sich einzubringen. Andererseits muss genau dieses Verhalten gefördert und aufrechterhalten werden (spezifische Aufgabe im transformalen Führungsstil). Im Sinne der Effizienzdimension sollte jedoch klar auf Aufgabenorientierung, Partizipation und richtige Kommunikation geachtet werden („tough on the issue, soft on the person“).

Offensichtlich spielen insbesondere die Aspekte der Aufgabenorientierung eine große Rolle in Bezug auf die Qualität der Fertigungsprozesse im Fallstudienunternehmen. Dieser Aspekt des Führungsverhaltens wurde in vorliegender Untersuchung nicht berücksichtigt, ging es doch vordergründig um die Auswirkung eines transformalen Führungsstils auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Leistungsorientierung nicht vernachlässigt werden darf. Im Umkehrschluss kann das vorliegende Ergebnis auch so interpretiert werden, dass eben die Umsetzung des transformalen Führens (also das „Erziehen“ des Mitarbeiters zu höherer Eigenleistung) noch nicht gelungen ist.

Im Fallstudienunternehmen sollte dieser Aspekt intensiver betrachtet werden. Die quantitativen Ergebnisse legen nahe, dass Bedarf zur Weiterentwicklung besteht.

Je geringer die „Situative Belastung“, desto größer ist die Kennzahl „Ausschuss“ (Je höher die „Situative Belastung“, desto höher ist der tatsächliche Ausschuss).

Eine geringe „Situative Belastung“, also ein Arbeitsplatz frei von störenden externen Einflussgrößen wie Lärm, Schmutz, Kälte etc. (siehe Faktorenstruktur) wirkt sich positiv auf die Qualität (im Sinne weniger produzierte Fehlteile) aus. Dieses Ergebnis war vor dem Hintergrund der Forschung im Arbeitsschutzbereich zu erwarten und verdeutlicht, dass die situativen Faktoren nach wie vor großen negativen Einfluss auf die Erfolgsgrößen haben können (EISSING, 1991; KRÜGER & MEIS, 1991; PACKEBUSCH et al., 2003). Das Fallstudienunternehmen ist gerade in diesen Bereichen sehr gut aufgestellt, was durch die Interviews bestätigt wurde. In diesem Zusammenhang lässt sich feststellen, dass in spezifischen Produktionsbereichen (Kostenstellen) Verbesserungsbedarf besteht, der gesondert erhoben werden muss. Für die Arbeitsschutzforschung zeigt sich, dass die gewonnenen Erkenntnisse früherer Betrachtungen (KREIS & BÖDECKER, 2003; BÖDECKER et al. 2002) noch immer große Relevanz in produzierenden Betrieben haben.

Je geringer die „Angst um den Arbeitsplatz“, desto größer ist die Kennzahl „Ausschuss“ (Je höher die „Angst um den Arbeitsplatz“, desto höher ist der tatsächliche Ausschuss).

Die Ergebnisse der Fallstudie zeigen, dass sich geringe „Angst um den Arbeitsplatz“ positiv auf den „Ausschuss“ auswirkt und somit zu weniger Fehlern führt. Unsicherheit hinsichtlich des Erhalts des Arbeitsplatzes wird als ein subjektiv negatives Gefühl bezüglich der Zukunft des Arbeitsverhältnisses definiert (SVERKE & HELLGREN,

2002). In der bestehenden Literatur wird das Gefühl der Unsicherheit als Stressor angesehen, der zu Anspannung führt (DE WITTE, 1999; SVERKE & HELLGREN, 2002). Wird die Unsicherheit zur Angst, können psychische Erkrankungen folgen, die sich leistungsmindernd auswirken. Das Ergebnis der Studie reiht sich somit in die vorliegenden Erkenntnisse ein (z. B. PROBST & BRUBACKER, 2001; MEIFERT & KESTING, 2004). Durch Flexibilisierung, Umstrukturierung, Deregulierung sowie eine veränderte Wahrnehmung des Arbeitsumfeldes sorgen sich viele Arbeitnehmer um den eigenen Arbeitsplatz. „Unsicherheit über den Arbeitsplatz“ gehört heute mit zu den wichtigsten Faktoren des Arbeitslebens, die sich negativ auf die Gesundheit der Arbeitnehmer auswirken können. BADURA (2006) sieht die zunehmenden prekären Beschäftigungsverhältnisse, Personalabbau, Umstrukturierungsmaßnahmen und die daraus resultierende Arbeitsplatzunsicherheit als bestimmende Merkmale der heutigen Arbeitswelt.

Je schlechter das „Mitarbeiterorientierte Führungsverhalten“, desto größer ist die Kennzahl „Scott-Index“ (Einsparungen durch den KVP).

Die Regression hinsichtlich der abhängigen Variable „Scott-Index“ (Einsparungen in Euro durch den KVP) beschreibt die Auswirkungen der unabhängigen Variablen der Perspektiven 2 und 3 auf den kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP). Eine hohe Ausprägung der abhängigen Variablen steht für Kostensenkungen im Unternehmen durch Rationalisierung (in Euro). Es besteht eine negative lineare Beziehung mit dem Prädiktor „mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“. Demnach hängt ein mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten mit geringeren Einsparungen durch Rationalisierungsprozesse zusammen. Diese Beobachtung steht im Gegensatz zu gängigen Theorien, die besagen, dass mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten im Zusammenhang mit mehr Gesundheit und mehr Leistungskraft einer Organisation steht (PRZYGODDA & ARENTZ, 1994, FRITZ 2006, PATTERSON et al., 2004). In Bezug auf die Kennzahl „Scott-Index“ tritt eine ähnliche Problematik mit dem Konstrukt Führungsverhalten auf, wie sie bei der Kennzahl „Ausschuss“ diskutiert wurde.

Nach empirisch belegten Führungsaspekten (hierzu WALUMBWA et al., 2005; FELLE, 2006; PICCOLO & COLQUITT, 2006) sollte gerade ein transformaler Führungsstil verstärkt zu Rationalisierungsvorschlägen durch die Werker führen. Es gilt unternehmensintern zu überprüfen, warum gerade in Kostenstellen, in denen der Vorgesetzte bezüglich eines partizipativen Führungsstils hoch bewertet wurde, keine oder nur wenig Einsparungen registriert wurden. Eine mögliche Erklärung liegt in der Kennzahl selbst begründet, die als absoluter Wert eines Jahres vorlag. Dadurch fehlen allerdings auch die Vergleichskriterien vorangegangener Jahre. Es ist somit durchaus möglich, dass gerade die Kostenstellen, deren Vorgesetzte ihre Werker zu hoher Partizipation animieren, bereits in vorherigen Jahren gute Rationalisierungsvorschläge unterbreitet und umgesetzt haben und somit deren Scott-Index zu anderen Zeitpunkten hoch war. Hierbei handelt es sich um langfristige Prozesse, die ggf. nicht direkt durch die aktuellen objektiven Kennzahlen erfasst werden (siehe Kap. Limitationen) bzw. im zeitlichen Rahmen dieser Untersuchung nicht untersuchbar waren. Des Weiteren sagt die Kennzahl nichts über die Anzahl an unterbreiteten Vorschlägen aus, sondern nur über den monetären Wert. Somit kann eine einzelne Maßnahme (die viel Geld einspart) mehrere kleinere Maßnahmen (die zwar Geld einsparen, aber nicht in gleichem Maße) im Regressionsmodell dominieren. Hinzu kommt, dass für das Kriterium „Scott-Index“ sicherlich eine Längsschnittbetrachtung

aussagekräftiger gewesen wäre, die einmalige Effekte relativiert. Wie bereits angeführt, ist eine gesunde Mischung aus partizipativem und aufgabenorientiertem Führungsverhalten ein anzustrebendes Ziel. Im Sinne des transformalen Führens rückt der Vorgesetzte zunehmend in die Rolle eines Coaches (BAYER, 2002; KASTNER, 2007). In diesem Zusammenhang soll die Führungskraft im Rahmen eines KVP den Anreiz, die Möglichkeiten und die „Barrierefreiheit“ schaffen, damit Mitarbeiter freiwillig zur Verbesserung der Arbeitsprozesse beitragen (WITT & WITT, 2006).

Wird der obige Sachverhalt aus der Perspektive der Re-Taylorisierung interpretiert (DÖRRE et al., 2001) kann geschlussfolgert werden, dass Einsparungen durch Rationalisierung auch einfach durch Vorgesetzte durchgesetzt werden, ohne die Mitarbeiter mit einzubeziehen. Solche Maßnahmen, ohne bei den Werkern die entsprechende Transparenz hinsichtlich der Ziele und der Notwendigkeit zu erzeugen, wird zwar zu kurzfristig erhöhten Einsparungen führen, jedoch auf Dauer die Arbeitszufriedenheit senken (WEGGE, 2004). Dies würde somit auch zu einer subjektiv negativen Einschätzung der Führungskraft bezüglich des Konstrukts „mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten“ führen, obwohl hohe Einsparungen erreicht wurden. Ein solches Verhalten widerspricht allerdings dem Grundgedanken eines KVP, gemeinsame Verbesserungslösungen zu erarbeiten. Der KVP sollte nach SEIFERT (1996) in der Unternehmenskultur als mitarbeiter- und beteiligungsorientiert verankert sein.

Je höher die „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten“, desto höher ist die Kennzahl „Scott-Index“ (Einsparungen durch den KVP).

Die „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten“ hat einen positiven Einfluss auf den *Scott-Index*. Der Sachverhalt ist so zu interpretieren, dass sich die Wahrnehmung und anschließende Beurteilung des gesamtorganisationalen Führungsverhaltens durch die Mitarbeiter positiv auf die Bereitschaft, Rationalisierungsmaßnahmen zu akzeptieren und umzusetzen, auswirkt.

Die Items, welche die „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten durch Mitarbeiter“ beschreiben (z. B. Transparenz der Unternehmenspolitik, Fürsorge des Unternehmens für den Mitarbeiter, Berücksichtigung von Arbeitnehmerinteressen) erhöhen das Verständnis für die Notwendigkeit von Rationalisierungsprozessen. Dieser Umstand führt somit zu mehr absoluten Einsparungen durch den KVP (Scott-Index). Eine offene, transparente Unternehmenskultur wirkt Angst reduzierend (KLIESCH et al., 2007) und erlaubt eine marktorientierte Anpassung von Wertschöpfungsprozessen unter Beteiligung der Mitarbeiter. Dies wiederum bestätigt die Annahme, dass sich Wertschätzung, Honorierung von Leistung und Transparenz (siehe Variablen „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten“) positiv auf den Unternehmenserfolg auswirken. Mitarbeiter, welche die Organisationskultur in ihrem Unternehmen als unterstützend erleben, nehmen die Möglichkeiten der Partizipation eher wahr, als diejenigen, die Organisationskultur als hinderlich erleben (THOMPSON et al., 1999). Obwohl der Einfluss des direkten Vorgesetzten subjektiv am stärksten wahrgenommen wird (siehe vorheriges Modell), spielt offensichtlich auch die Führungskultur im Unternehmen (Organisationsfaktor) ebenfalls eine wichtige Rolle für die Effizienz des Unternehmens im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung.

Je höher das „Mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“, umso höher die Kennzahl „P-Zahl“ (Je geringer ausgeprägt das mitarbeiterorientierte Führungsverhalten umso produktiver ist das Unternehmen)

Eine hohe P-Zahl entspricht einer geringen Produktivität¹⁴. Es werden weniger Teile gefertigt als geplant. In diesem Modell ist wiederum das „mitarbeiterbezogene Führungsverhalten“ die entscheidende Variable. Empirisch zeigt sich, dass eine Mitarbeiterorientierung der Führungskraft schlussendlich zu weniger gefertigten Teilen pro Stunde im Fallstudienunternehmen führt. Dies widerspricht ebenfalls den bereits diskutierten Erwartungen und Annahmen bezüglich des Zusammenhangs zwischen mitarbeiterbezogenen Führungsverhalten und Produktivität (s. o.).

Je höher die „Tätigkeitsbezogene Belastung“, umso höher die „P-Zahl“ (Je geringer „Tätigkeitsbezogene Belastungen“, umso produktiver ist das Unternehmen).

Auf die P-Zahl wirkt zusätzlich die tätigkeitsbezogene Belastung, also vor allem Einflüsse, die durch die Tätigkeit selbst entstehen (Heben, Tragen, Wiederholung von Bewegungen). Ungünstige Arbeitsplatzbedingungen senken somit die Produktivität (SOCKOLL et al., 2008). BERNARD (1997) stellt in einer Metaanalyse fest, dass sich starke Evidenzen für Kausalbeziehungen zwischen muskulo-skelettalen Erkrankungen und physikalischen Arbeitsbelastungen, besonders für Körperhaltung, repetitive Tätigkeit, Ganzkörpervibration und kraftvolle Bewegungen (Heben und Tragen) finden lassen. Trotz langjähriger Praxis des Arbeitsschutzes ist, wie bereits im Modell „Ausschuss“ beschrieben, die physische Belastung am Arbeitsplatz immer noch ein entscheidender Einflussfaktor (vgl. FRIELING & SONNTAG, 1999; BADURA et al., 1998) für den Unternehmenserfolg.

Je geringer der „Handlungsspielraum bei der Arbeit“, umso mehr Arbeitsunfähigkeitstage (krank absolut/Kopf).

Gemäß Forschungsdesign galt es zu prüfen, welche Konstrukte der Gesundheits- und Beschwerde- sowie der Prozessperspektive zu mehr oder weniger Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tage) führen. Die Kennzahl „Krank (absolut/Kopf)“ liefert die Information über die Fehltagelast pro Kostenstelle. Im Sinne der Gesundheits-BSC ist die Verminderung von AU-Tagen ein Erfolgskriterium. Dieser Faktor muss jedoch differenziert betrachtet werden, da Fehltagelast verschiedene Ursachen haben können. In der Vergangenheit wurde das Kriterium durch Unternehmen zu häufig als reiner Kostenfaktor wahrgenommen. Dabei werden die dahinter stehenden Phänomene (Absentismus und Präsentismus) und Auslöser von Fehltagelast (psychische und physische Faktoren) oft negiert (EGGERDINGER & GIESERT, 2008).

Der Aufwand für krankheitsbedingte Ausfälle wird in Ländern der Europäischen Union jährlich auf eine Summe zwischen 200 und 300 Milliarden Euro beziffert (SCHMITZER, 2003). Nicht eingerechnet sind dabei die Kosten für den Präsentismus, die Anwesenheit mit Leistungseinschränkungen aufgrund von Krankheit bzw. emotionalen Beeinträchtigungen.

¹⁴ Auch hier wurde wieder der Quotient (Soll-Ist)/Soll gebildet. Somit entsprechen positive Ausprägungen der P-Zahl einer Unterproduktion (vgl. Kapitel 4 „Objektive Daten“).

Angesichts einer hohen Arbeitslosenquote tendieren viele Arbeitnehmer aus Angst um ihren Arbeitsplatz dazu trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen. GOETZEL et al. (2003) beziffern die Kosten dieses als Präsentismus bezeichneten Phänomens in einer Berechnung für die USA, die sich vor allem auf Arbeitsbehinderung durch Depressionen und Migräne konzentriert, als drei Mal so hoch wie den Produktivitätsverlust durch Fehlzeiten. Man könnte annehmen, dass kranke Mitarbeiter, die zur Arbeit kommen, immer noch leistungsfähiger sind, als gesunde, die sich krank melden (Absentismus). Präsentismus kann jedoch längerfristig zu chronischen Erkrankungen führen. KARCH (2001) berichtet, dass Mitarbeiter im Durchschnitt nur 65-70 % ihres Leistungspotenzials zeigen. Die Gründe hierfür können in persönlichen Bedingungen liegen. Häufig ist Präsentismus aber auch ein Zusammenspiel aus individuellen, situativen (z. B. mangelhafte technische Unterstützung) und organisationalen Faktoren (z. B. Führung, Organisationskultur, leistungsungerechte Bezahlung) und kann als Minderung der maximal möglichen Arbeitsleistung gemessen werden.

Die Ergebnisse der Regression mit der abhängigen Variable „AU-Tage“ (ausgedrückt durch die absolute Anzahl von Fehltagen im Fallstudienunternehmen) zeigt mehr direkte Einflussfaktoren als alle anderen Modelle der Erfolgsperspektive. Dies ist nicht verwunderlich, da Absentismus und Präsentismus Größen sind, die sich durch das Zusammenspiel vieler Faktoren auszeichnen.

Der stärkste quantitativ gemessene gerichtete Zusammenhang mit dem Absentismus ist der Prädiktor „Handlungsspielraum bei der Arbeit.“

Insbesondere durch externe Einflüsse verursachter Leistungsdruck bzw. Einschränkungen am Arbeitsplatz führen zu mehr Fehltagen. Dies weist im logischen Umkehrschluss in die gleiche Richtung wie die Studienergebnisse von SEMMER (1990, zitiert in LASSHOFER, 2006). Diese belegen die positiven Effekte von Handlungsspielraum auf psychisches Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Inhaltlich vergleichbare Ergebnisse sind zu finden bei HACKER (1986), WALL & CLEGG (1981) sowie WALL et al. (1986). Der Zusammenhang von geringem Handlungsspielraum bei der Arbeit und schlechtem psychischen und physischen Befinden, die letztlich in Fehltagen resultieren, wird auch von KARASEK & THEORELL (1990), SIEGRIST (1996) und MARMOT (2004) beschrieben, insbesondere in Kombination mit hohen Arbeitsanforderungen. KASTNER (2004) zitiert eine Studie von THOMAS und GANSTNER (1995), welche die wahrgenommene Kontrolle von Mitarbeitern über ihre Arbeit und ihre familiären Angelegenheiten in Zusammenhang mit einem niedrigen Ausmaß an Work-Life-Konflikten, Depressionen, somatischen Beschwerden sowie einer hohen Arbeitszufriedenheit setzt.

Je höher die „Identifikation mit dem Unternehmen“, umso mehr Arbeitsunfähigkeitstage.

Eine hohe Identifikation mit dem Unternehmen ist aufgrund der quantitativen Ergebnisse mit hohem Absentismus in Verbindung zu bringen. Dies ist vor dem wissenschaftlichen Hintergrund eine kritische Aussage, wird doch im Allgemeinen das Gegenteil in der Literatur angenommen. HENDRIX et al. (1995) konnten Zusammenhänge von hoher Identifikation mit dem Unternehmen und hoher Arbeitszufriedenheit zeigen. Die Studie wies aus, dass die Identifikation, neben körperlichen Faktoren, als stärkster Prädiktor für weniger krankheitsbedingte Fehltagelänge galt. Auch Zusammenhänge von geringer oder zu niedriger Identifikation mit emotionaler Erschöpfung und Burnout (KALLIATH et al., 1998) und mit psychosomatischen Beschwerden (MIK-

KELSEN et al., 1999) konnten nachgewiesen werden. Nach diesen Befunden sollte eine hohe Identifikation gerade zu weniger AU-Tagen führen. Normalerweise verhindert ein hohes Commitment, dass die Mitarbeiter bewusst ein Unternehmen durch ihr Verhalten schädigen wollen (MOSER, 1996). Die Interviews im Fallstudienunternehmen belegen eine anspruchsvolle Einstellung der Mitarbeiter (im Sinne von Forderungsdenken dem Unternehmen gegenüber). So geht für einen hoch identifizierten Werker ggf. einher, dass er „es sich leisten kann mal zu fehlen“. In den Interviews mit verschiedenen Führungskräften wurde öfter eine derartige „Mitnahmementalität“ der Werker bemängelt.

Nach der Definition von Commitment nach MOWDAY et al. (1982) besteht „organisational commitment“ aus drei Komponenten:

- der Identifikation mit dem Unternehmen,
- der Anstrengungsbereitschaft für die Organisation und
- geringe Fluktuationsneigung.

Wenn man davon ausgeht, dass eine so geartete Identifikation mit dem Unternehmen tatsächlich vorhanden ist und nicht etwa durch falsche Selbstauskünfte oder andere Störvariablen verzerrt ist (der Mitarbeiter also tatsächlich gerne und mit gewissem Stolz in dem Unternehmen arbeitet), so könnte die deutliche Korrelation mit dem Absentismus dahingehend erklärt werden, dass den Mitarbeitern der Zusammenhang zwischen ihrer Abwesenheit und dem daraus resultierendem Schaden für das Unternehmens nicht bewusst ist. Vielleicht ist ihnen auch die Bedeutung des Einzelnen für die Organisation nicht präsent. Man spricht hier von Verantwortungsdiffusion. Dies müsste gesondert im Fallstudienunternehmen untersucht werden. Eine Hinzunahme der Dimension „Anstrengungsbereitschaft“ könnte zusätzlichen Informationsgewinn in diesem Zusammenhang bringen.

Je geringer die „Angst um den Arbeitsplatz“, umso mehr Arbeitsunfähigkeitstage.

Der negative Zusammenhang zwischen der „Angst um den Arbeitsplatz“ und dem Absentismus kann als ein Indikator für Präsentismus gesehen werden (s.o.). Hohe Angst um den Arbeitsplatz wird in der Präsentismusforschung stets mit niedrigen Fehlzeiten in Verbindung gebracht (BADURA, 2003). Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung deckt sich hier mit der theoretischen Annahme.

Der Zusammenhang hoher gesundheitlicher Beschwerden mit Absentismus war zu erwarten. Die Auswirkung physischer und psychischer Beschwerden auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit sind hinreichend untersucht (vgl. BAMBERG et al., 1998).

Je geringer die „Soziale Unterstützung“, umso mehr Nacharbeit ist notwendig.

Als letzter Aspekt der Erfolgsperspektive kann ein quantitativer Zusammenhang mit der abhängigen Variable „Nacharbeit“ identifiziert werden. Die Kennzahl Nacharbeit ist ein Qualitätsfaktor. Die bedeutendste unabhängige Variable der Regression ist die mangelnde soziale Unterstützung in Bezug auf eine hohe Nacharbeit. Soziale Unterstützung beeinflusst die Motivation, die Arbeitszufriedenheit, das Leistungsverhalten und die Qualität der Arbeit (ULICH, 2001). Teamprozesse und Wir-Gefühl sorgen für kompensatorisches Verhalten und gegenseitige Rücksichtnahme. Mangelnde Team-

fähigkeit, wie in der Regression beschrieben, senkt die Qualität und führt letztlich zu mehr Arbeit für alle Beteiligten (KASTNER & SCHMIDT, 2008). Auch beschreiben HACKER und RICHTER (1998) in der „pathogenen Trias“ soziale Unterstützung als einen der Hauptinterventionsfaktoren, um negative Folgen durch schlechte Arbeitsgestaltung zu vermeiden, die wiederum negative Auswirkungen auf Produktivität und Qualität haben können.

Zusammenfassung

Zusammenfassend lässt sich für die *Erfolgsperspektive* festhalten, dass ein mitarbeiterorientierter Führungsstil im Rahmen dieser Untersuchung Produktivitäts- und Qualitätseinbußen, sowie Einsparungen durch den KVP entgegen steht. Dieser Sachverhalt wurde in den entsprechenden Bereichen diskutiert. Anhand einer Metaanalyse von 20 Studien konnte gezeigt werden, dass hohe Mitarbeiterorientierung deutlich zur Arbeitszufriedenheit beiträgt, jedoch mit Leistungsindikatoren schwächer korreliert (WEGGE & V. ROSENSTIEL, 2004). Auch konnte keine Überlegenheit von autoritären oder demokratischen Führungsstilen festgestellt werden (SADER, 1998). Als kompetent und vertrauenswürdig wahrgenommene Führungskräfte fördern zwar die Identifikation mit der Organisation, nicht aber die Anstrengungsbereitschaft der Mitarbeiter. Anstrengung ist intrinsisch durch die Erreichung bestimmter Lebens- und Arbeitsziele motiviert, oder, nach BENKHOFF (1997), durch das Vorbild ambitionierter Kollegen mit hohen Leistungsstandards. VROOM (2000), betont, dass das Führungsverhalten sehr stark von der Situation abhängt und eine individuelle Anpassung erforderlich macht. So würde nach dem Entscheidungsmodell von VROOM et al. (1995) eine Führungskraft bei klaren Problemstrukturen und eindeutiger Information auf Partizipation und Mitarbeiterorientierung verzichten. Umgekehrt würde er bei Anforderungen an hohe Qualität, fehlender Information oder unklaren Strukturen die Partizipation erhöhen.

Die hohe Aufgabenorientierung eines Vorgesetzten fördert Produktivität und Qualität, auch oder gerade bei einem autokratischen Führungsstil. Letzteres gilt es jedoch aus organisationspsychologischer Sicht zu vermeiden. Gemäß den obigen Ausführungen ist es entscheidend, durch transformale Führung den Werker zu höherer Eigenleistung bei optimaler Nutzung seiner gesundheitlichen Ressourcen zu „erziehen.“ Dafür müssen Ziele transparent gemacht und bei realistischer Planung umgesetzt werden. Mitarbeiterorientierte Führung ist ein in der Literatur häufig genannter Einflussfaktor auf Produktivität und langfristigen Unternehmenserfolg (z. B. WALTER & KANNING, 2003; MEIFERT & KESTING, 2004), da sie zwischenmenschliche Ressourcen verzehrende Störungen vermeidet. Menschengerechtes Führungsverhalten setzt eine gesundheitsorientierte Führungsstrategie voraus, die eine Umsetzung in eine „gesunde Organisation“ (WHO, 1998) erst ermöglichen soll. Das Führungsverhalten ist eine zentrale Größe für das Gesundheitsmanagement, bei dem eine Vielzahl von Wechselwirkungen besteht. Ein klares emotional-soziales, aber ebenso aufgaben- und zielorientiertes Führungsverhalten ist hierfür Voraussetzung (PRZYGODDA & ARENTZ, 1994; FRITZ, 2006). Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung haben gezeigt, dass sich der mitarbeiterorientierte Aspekt des Führungsverhaltens sich negativ auf Produktivität und Qualität auswirkt. Der andere Aspekt, die Zielerfüllung, ist durch das Konstrukt nicht abgebildet. Beim Fallstudienunternehmen handelt es sich um einen produzierenden Betrieb. Die Produktionsprozesse erfüllen somit nach VROOM (2000) das Kriterium für einen eher leistungsorientierten Führungsstil. Dieser Zusammenhang kommt indirekt durch die quantitativen Zusammenhänge zum

Ausdruck, da die Mitarbeiterorientierung hier negative Ergebnisse zeigt. Eine optimale Passung sollte im Sinne der Werker wie des Unternehmens angestrebt werden.

Ferner wurde im Fallstudienunternehmen festgestellt, dass der klassische Arbeitsschutz einen entscheidenden Einfluss auf Produktivität und Qualität hat. Auch wenn zunehmend neue Einflüsse auf die Gesundheit in Erscheinung treten, so ist der klassische Arbeitsschutz (im Sinne von Verhältnisprävention) in Ergänzung zur Gesetzeslage zum Schutz des Individuums in produzierenden Unternehmen nach wie vor nicht zu vernachlässigen. Dies ist umso bedeutender, da das Fallstudienunternehmen hinsichtlich des Arbeitsschutzes als vorbildlich bezeichnet werden darf. Die psychologischen Konstrukte der Prozessebene wirken sich vorwiegend auf den Absentismus und nur vereinzelt auf andere objektive Kennzahlen aus.

6.3.2 Analyseblock 4: Hebel zur Beeinflussung von Gesundheit und Beschwerden im Fallstudienunternehmen

Für das BGM ist die Kenntnis von Möglichkeiten zur Einschränkung gesundheitsbedingter Leistungshemmnisse im Unternehmen von grundlegender Bedeutung. Die gefundenen Zusammenhänge beschreiben die relevanten Hebel zum Zeitpunkt der ersten Datenerhebung (vgl. Tab. 6.2).

Tab. 6.2 Wichtigste Effekte zwischen der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive (2) und der Prozess (3) und Potenzialperspektive (4)

Effekt	Regressionskoeffizient
Je mehr „Gesundheitliche Beschwerden“, desto größer „Persönliche Leistungseinschränkung“	0,61
Je ineffizienter „Coping“, desto größer „Persönliche Leistungseinschränkung“	-0,34
Je geringer „Zufriedenheit mit betriebsärztlichem Dienst (fachlich)“, desto größer „Persönliche Leistungseinschränkung“	-0,31
Je höher „Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen,“ desto mehr „Gesundheitliche Beschwerden“ (und umgekehrt)	0,42
Je stärker die „Tätigkeitsbezogene Belastung“, desto mehr „Gesundheitliche Beschwerden“	0,36
Je stärker die „Tätigkeitsbezogene Belastung“, desto größer „Leistungseinschränkende Faktoren“	0,35

Abb. 6.5 fasst die Ergebnisse aus Kapitel 5 im Sinne der BSC-Logik zusammen. Die einzelnen Zusammenhänge werden im Folgenden diskutiert.

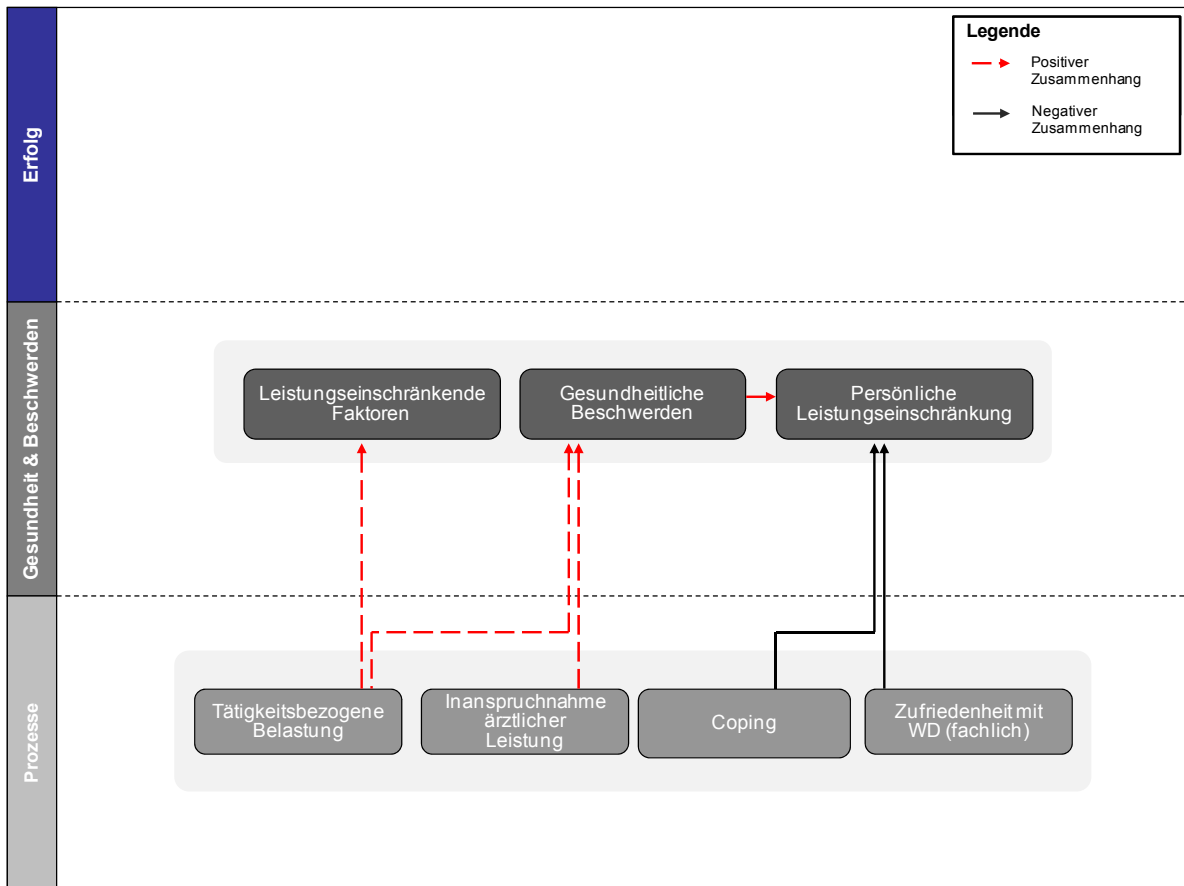


Abb. 6.5 Zusammenhänge zwischen der Prozess- und Gesundheit- & Beschwerdeperspektive

Je mehr „Gesundheitlichen Beschwerden“, umso größer die „Persönliche Leistungseinschränkung“.

Die „*Persönliche Leistungseinschränkung*“ ist maßgeblich durch die Anzahl bzw. Stärke gesundheitlicher Beschwerden bestimmt. Dies bedeutet, dass psychische wie physische Hemmnisse stark negativen Einfluss auf die Konzentrationsfähigkeit, Sorgfalt, Arbeitsgeschwindigkeit etc. (siehe Faktorenstruktur „*Persönliche Leistungseinschränkung*“) haben. Dieses Ergebnis wurde erwartet.

Je schlechter die „Coping-Strategien“ der Werker, umso größer die „Persönliche Leistungseinschränkung“.

Ineffiziente Coping-Strategien der Mitarbeiter sind ein weiterer Prädiktor für mangelnde Sorgfalt und Konzentrationsstörungen am Arbeitsplatz. Dieser Sachverhalt wurde bereits von HACKER (1995) beobachtet. Essentiell für die Leistungseinschränkung ist, dass der Werker die Arbeitsplatzsituation subjektiv als Bedrohung für sein eigenes Wohlbefinden empfindet (LAZARUS & FOLKMAN, 1984). LAZARUS unterscheidet zwischen der „Primärbewertung“ (der Bedrohung selbst) und der „Sekundärbewertung“ (der eigenen Handlungsmöglichkeit). Dies ist entscheidend für die Beanspruchungsregulation oder auch „Coping.“ Obgleich mehrere Coping-Arten unterschieden werden können sind problembezogenes und emotionsbezogenes Coping zentrale Konstrukte. Problemorientiertes Coping ist eine rationale Strategie, in

der das Individuum die „bedrohliche“ Situation z. B. durch Wissenserwerb oder Aussprache mit der „Gegenpartei“ bei Konflikten zu entschärfen versucht. Emotionsbezogenes Coping beinhaltet Verhaltensweisen wie Ablenkung, Entspannung oder Konsumverhalten (Alkohol, Zigaretten). LAZARUS betont, dass die Wahl einer effizienten Coping-Strategie stark von der Situation abhängt. In der aktuellen Literatur hat sich bisher keine der beiden Strategien als die bessere erwiesen, was vor allem auf den Fakt zurückzuführen ist, dass besonders emotionales Coping noch nicht ausreichend erforscht wurde (SEMMER & UDRIS, 2004).

Im Fallstudienunternehmen sind vor allem der Umgang mit Stress und der Umgang mit Konflikten am Arbeitsplatz kritische Dimensionen (siehe Faktorenstruktur). Aus Sicht der Werker kommt es also gerade bei Fehlen von effizienten Coping-Strategien für diese Dimensionen zu Leistungseinschränkungen. Hier könnten problemorientierte Coping-Strategien zielführend sein.

Je schlechter die fachliche „Zufriedenheit mit dem betriebsärztlichen Dienst“, umso größer die „Persönlichen Leistungseinschränkungen“.

Eine falsch fokussierte Beratung der Gesundheitsexperten könnte ebenfalls zu Leistungseinschränkungen führen. „Um einen effektiven Ressourceneinsatz zu gewährleisten, ist an die Anbieter von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ein hoher Qualitätsmaßstab anzulegen.“ (SPITZENVERBÄNDE DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN, 2003). Die Skala „Persönliche Leistungseinschränkungen“ bezieht sich inhaltlich vor allem auf psychische und emotionale Probleme. Dies beinhaltet auch die Einflüsse aus und auf das Privatleben der Mitarbeiter. Die Ergebnisse legen nahe, dass der betriebsärztliche Dienst in diesem Feld keine oder nicht ausreichende Beratungskompetenz besitzt. Betriebsärzte haben im klassischen Setting eine Kurationsaufgabe in Bezug auf arbeitsbedingte Erkrankungen. Die sich stellende Herausforderung geht jedoch eher in Richtung einer psychologischen Beratung. Im Zuge der Ausweitung psychischer Stressoren im Arbeitsumfeld (LEIDIG et al., 2006) ist es für die Betriebsärzte von zunehmender Bedeutung, sich von ihrer traditionellen Rolle zu lösen und sich auch mehr auf psychologische Problematiken einzustellen, um die Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten bzw. zu fördern.

Je größer die „Gesundheitlichen Beschwerden“, desto größer die „Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen“.

Die Häufigkeit und Art „Gesundheitlicher Beschwerden“ eines Mitarbeiters bedingen dessen Gesundheitszustand („Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen“), also wie oft die Person einen Arzt aufsuchen oder Medikamente nehmen muss. Eine Vielzahl von Beschwerden führt konsequent zu einem schlechteren Gesundheitszustand, der in häufigerer Konsultation von Ärzten bzw. Medikamenteneinnahmen resultiert. Ein Handlungsfeld, das gerade den betriebsärztlichen Dienst des Fallstudienunternehmens betrifft, da das Konstrukt sich vor allem auf externe Arztbesuche bezieht. Hier kann der Werksarzt als Berater im Bereich Kuration und Prävention tätig werden.

Je größer die „Tätigkeitsbezogenen Belastung“, desto größer die „Gesundheitlichen Beschwerden“.

Eine hohe tätigkeitsbezogene (physische) Belastung führt ebenfalls zu gesundheitli-

chen Beschwerden. Dies ist über die Arbeitsschutzforschung problemlos zu vertreten (ULICH, 2002; BERNARD, 1997, BADURA et al., 1998).

Je größer die „Tätigkeitsbezogene Belastung“, desto größer die „Leistungseinschränkende Faktoren“.

Obwohl die Regression mit der abhängigen Variable „*Leistungseinschränkende Faktoren*“ nur wenig Erklärungswert besitzt (siehe Kapitel 5), zeigt sich der Faktor „Tätigkeitsbezogene Belastung“ als zentraler Einflussfaktor. Somit zeigt sich auch hier die Problematik, dass eine belastende Arbeitsumgebung zu Leistungseinschränkungen führt, wie dies bereits bei anderen Regressionen der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive festgestellt wurde (s. o).

Zusammenfassung

Die Faktoren der *Gesundheits- und Beschwerdeperspektive* bildeten gemäß Forschungsdesign die abhängigen Variablen für Faktoren der Prozess- und Potenzialperspektive. Es konnten relevante Stellhebel in Form von Ursache-Wirkungsketten identifiziert werden, die auch konkrete Anforderungen an das Fallstudienunternehmen stellen.

Viele der untersuchten Einflussfaktoren zeigen keinen Zusammenhang mit den Gesundheitsindikatoren der Perspektive 2. Das Fehlen eines Nachweises von Zusammenhängen kann u. a. auf die Tatsache zurückgeführt werden, dass die subjektiv zu bewertenden Konstrukte nicht in dem Maße auffällig sind (geringe Streuung um den Mittelwert), um mit den ebenfalls subjektiv einzuschätzenden Skalen der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive in Verbindung gebracht werden zu können. Wenn die Mitarbeiter die Variablen zu indifferent einschätzen, werden nur wenige signifikante Ergebnisse belegbar. Diese Annahme wird durch eine deskriptive Betrachtung der Daten gestützt, die zeigt, dass im Mittel keine nennenswerten negativen Gesundheitszustände auffallen. Wenn nur geringe Gesundheitseinschränkungen empirisch zurückgemeldet werden (subjektive Einschätzung!), entziehen sich diese der statistischen Beschreibung von Zusammenhängen mit anderen Verhaltensbereichen.

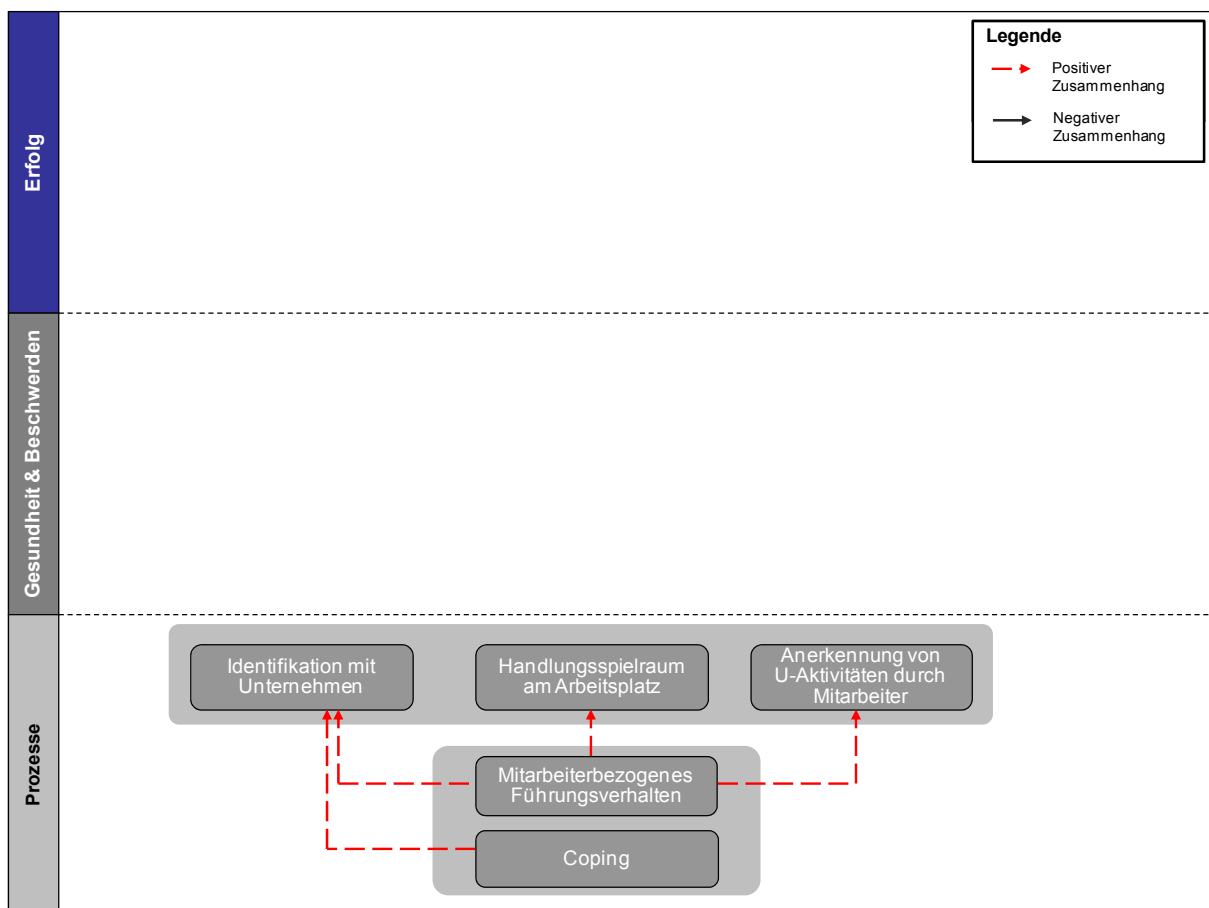
6.3.3 Analyseblock 5: PSO-Hebel zur Beeinflussung der Prozessebene im Fallstudienunternehmen

Auf der Prozessebene sind die PSO-Konstrukte aufgelistet, durch deren Veränderung ein Einfluss auf die Gesundheit und die Beschwerden der Mitarbeiter antizipiert wird (siehe Forschungsdesign). Bei der Maßnahmenplanung innerhalb der Prozessperspektive müssen diese Konstrukte (Führungsverhalten, Coping, Handlungsspielraum etc.) explizit berücksichtigt werden. Nach der Logik des Bezugsrahmens der Gesundheits-BSC stehen Verhaltens- und Prozessvariablen nach dem PSO-Modell in Interaktionen, die sich somit auch untereinander beeinflussen können. Dies bedeutet, dass auf der Prozessperspektive implizite Abhängigkeiten durch das PSO-Modell postuliert werden, die es quantitativ zu überprüfen gilt. Einzelne Konstrukte der Prozessperspektive sind somit abhängige Variablen, die durch unabhängige Variablen *derselben* Perspektive erklärt werden. Tab. 6.3 zeigt die relevanten Zusammenhänge gemäß ihrer Bedeutung für die Perspektive 3.

Tab. 6.3 Wichtigste Ergebnisse der Prozessperspektive (3)

Effekt	Regressionskoeffizient
Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Handlungsspielraum bei der Arbeit“	0,49
Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten“	0,45
Je stärker ausgeprägt „Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten“, desto größer „Identifikation mit dem Unternehmen“	0,34
Je effizienter die Coping-Strategie, desto größer „Identifikation mit dem Unternehmen“	0,20

Abb. 6.6 fasst die Ergebnisse aus Kapitel 5 im Sinne der BSC-Logik schematisch zusammen. Die einzelnen Zusammenhänge werden im Folgenden diskutiert.

**Abb. 6.6** Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Prozessperspektive

Je besser das „Mitarbeiterorientierte Führungsverhalten“, umso größer der wahrgenommene „Handlungsspielraum bei der Arbeit“

Der „Handlungsspielraum“ wird durch einen mitarbeiterbezogenen Führungsstil sowie die Identifikation mit dem Unternehmen positiv beeinflusst. Das Konstrukt beschreibt freies Arbeiten ohne äußere Störeinflüsse, die Möglichkeit für den Werker, seine Fähigkeiten erfolgreich einzusetzen sowie die subjektiv wahrgenommenen Freiheiten für Eigeninitiative. Hohe Anforderungen an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden, verbunden mit Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation, großen Tätigkeitsspielräumen und vollständigen Aufgaben werden als wesentliche Merkmale gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung angesehen (BAMBERG & METZ, 1998; BÜSSING, 1999; DUCKI, 2000; LEITNER, 1999; LÜDERS & PLEISS, 1999; ÖSTERREICH, 1999). So konnte HACKER (1986) direkte positive Zusammenhänge zwischen Freiheitsgraden bei der Arbeit und psychischem Befinden nachweisen. WALL und CLEGG (1981) sowie WALL et al. (1986) berichten über positive Langzeiteffekte von Arbeitsgestaltungsmaßnahmen, bei denen der Handlungsspielraum der Beteiligten erweitert wurde. Die Längsschnittstudien von KARASEK (1979) sowie KARASEK und THEORELL (1990) belegen, dass bei vorhandenen Freiheitsgraden und Tätigkeitsspielräumen auch hohe Belastungen ohne nachteilige Folgen ertragen werden können. Die Untersuchungen von RAU (2001) konnten darüber hinaus zeigen, dass Beschäftigte mit erweiterten Tätigkeitsspielräumen während der Nacht eine signifikant stärkere Rückstellung der Herzfrequenz (geringere Belastung) aufwiesen, als Beschäftigte mit wenig Tätigkeitsspielräumen. Insbesondere die Kombination von chronischer Überforderung und geringen Handlungsspielräumen hat sich als abträglich für das psychische und physische Befinden der Beschäftigten erwiesen (KARASEK & THEORELL, 1990; SIEGRIST, 1996; MARMOT, 2004).

Das vorliegende Modell bestätigt, dass eine Mitarbeiterorientierung des Vorgesetzten einhergeht mit mehr Eigeninitiative und höherer Zufriedenheit des Mitarbeiters bezüglich seiner eigenen Tätigkeit. So wurde bereits beim partizipativen Führungsstil und seinen Auswirkungen (siehe z. B. NEUBERGER, 2001) argumentiert. Ein Mitarbeiter mit hohem Commitment wird zunehmend stärker versuchen, sich in das Unternehmen einzubringen. Ziel ist die Erhöhung bzw. der Erhalt der Anstrengungsbereitschaft ohne pathogene Auswirkungen.

Je besser das „Mitarbeiterorientierte Führungsverhalten“, umso größer die wahrgenommene „Anerkennung von Unternehmensaktivitäten“.

Die subjektiv wahrgenommene „Anerkennung der Unternehmensaktivitäten“ wird ausschließlich durch das Führungsverhalten beschrieben. Der Faktor erfasst im Wesentlichen, wie die Mitarbeiter die Unternehmenskultur bezüglich Fürsorge, Wertschätzung und Transparenz wahrnehmen. Sowohl das organisationale wie auch das direkte Führungsverhalten prägen maßgeblich die Unternehmenskultur (WALTER & KANNING, 2003 in LASSHOFER, 2006, KASTNER, 2007). Somit ist der Faktor hier zu Recht von zentraler Bedeutung.

Je besser das „Mitarbeiterorientierte Führungsverhalten“, umso größer die „Identifikation mit dem Unternehmen“.

Dieser Befund ist sachlogisch in obige Ergebnisse einzureihen. Die Identifikation ist selbst in diesem Zusammenhang auf zwei wesentliche Ebenen ausgerichtet: die Af-

fektive und die Normative (ALLEN & MEYER, 1990). Erstere beschreibt die emotionale Bindung des Werkers an die Organisation, die zweite die Akzeptanz der Werte der Organisation. Ein gutes mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten bedient beide Faktoren zum einen durch ein positives Arbeitsumfeld und zum anderen durch Vermittlung der relevanten Organisationswerte (V. ROSENSTIEL, 2003).

Je effizienter die Coping-Strategien, umso größer die „Identifikation mit dem Unternehmen“.

Der Einfluss der Skala Coping auf den Faktor kann durch die Passung zwischen Fähigkeiten und Arbeitsplatz (siehe Items der Skala Coping) erklärt werden. Auch das Wissen um die an den Werker gestellten Anforderungen sowie dessen persönliche Zielerreichungsstrategien sind für die Identifikation mit dem Unternehmen von Bedeutung. Wird diese positiv erlebt, verstärkt sich naturgemäß das Zugehörigkeitsgefühl des Mitarbeiters für das Unternehmen. Nach dem transaktionalen Stressmodell von LAZARUS & FOLKMAN (1984) ist deshalb die Passung von Situationserfordernissen und Fähigkeiten ein zentraler Faktor.

Zusammenfassung

Ein bedeutendes Ergebnis auf der Prozessperspektive ist der Einfluss des *mitarbeiterbezogenen Führungsverhaltens* auf die untersuchten Konstrukte. Dies geht einher mit den wissenschaftlichen Ergebnissen zu psychischen und physischen Einflussfaktoren auf die Gesundheit (PRZYGODDA & ARENTZ, 1994, LOBBAN et al., 1998, beide zitiert in FRITZ, 2006; WALTER & KANNING, 2003, zitiert in LASSHOFER, 2006). In Bezug auf die Auswirkung eines transformalen Führungsverhaltens auf die Person zeigen sich auf der Prozessperspektive die positiven Auswirkungen des Konstruktes (NEUBERGER, 2002), die im Fallstudienunternehmen quantitativ gezeigt werden konnten.

6.3.4 Analyseblock 6: Handlungsfelder im Fallstudienunternehmen und Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Gemäß Forschungsdesign dient die empirische Befragung dem statistischen Nachweis von Zusammenhängen zwischen einem ganzheitlichen Gesundheitsansatz (psychische und physische Faktoren sowie Arbeitsschutz) und unternehmerischem Erfolg. Zudem gilt es, für das strategische Steuerungsinstrument „Gesundheits-BSC“ die relevanten Zusammenhänge zwischen einzelnen Faktoren zu verdeutlichen. Bei der Beschreibung der Faktoren (Kapitel 5) wurde eine Einordnung in die Kategorien P, S, und O bzw. deren Interaktionen vorgenommen. Für die folgenden zentralen Ergebnisse wird diese Nomenklatur übernommen und auf die verschiedenen Perspektiven der Gesundheits-BSC übertragen.

Steuerungskonzepte im betrieblichen Gesundheitsmanagement müssen die Ableitung geeigneter und maßgeschneiderter Gesundheitsinterventionen ermöglichen. Abb. 6.7 (s. u.) stellt ein theoretisches organisationspsychologisches Pfadmodell dar, das als Entscheidungsmodell fungieren kann. Es wurde an die verschiedenen Perspektiven der Gesundheits-BSC angepasst. Die Grafik verdeutlicht die bedeutendsten postulierten theoretischen Annahmen bezüglich der Wirkung aller Konstrukte (gestrichelte Linien) untereinander. Die durchgezogenen Pfeile zeigen die durch die

Empirie bestätigten Zusammenhänge, andere Korrelationen haben sich im Fallstudienunternehmen nicht nachweisen lassen. Aus der Abb. 6.7 lässt sich ableiten, dass durch das „Drehen“ an einer Stellschraube (Intervention) das Zielkonstrukt verändert wird und so auch „dahinter liegende“ Faktoren mit beeinflusst werden können. Beispielsweise bewirkt eine Maßnahme, die die „Tätigkeitsbezogene Belastung“ verbessert eine Verringerung gesundheitlicher Beschwerden. Letztere würde in einer dynamischen Betrachtung die AU-Tage senken. Auf dieser Grundlage können Interventionsentscheidungen vereinfacht getroffen und effizienter umgesetzt werden.

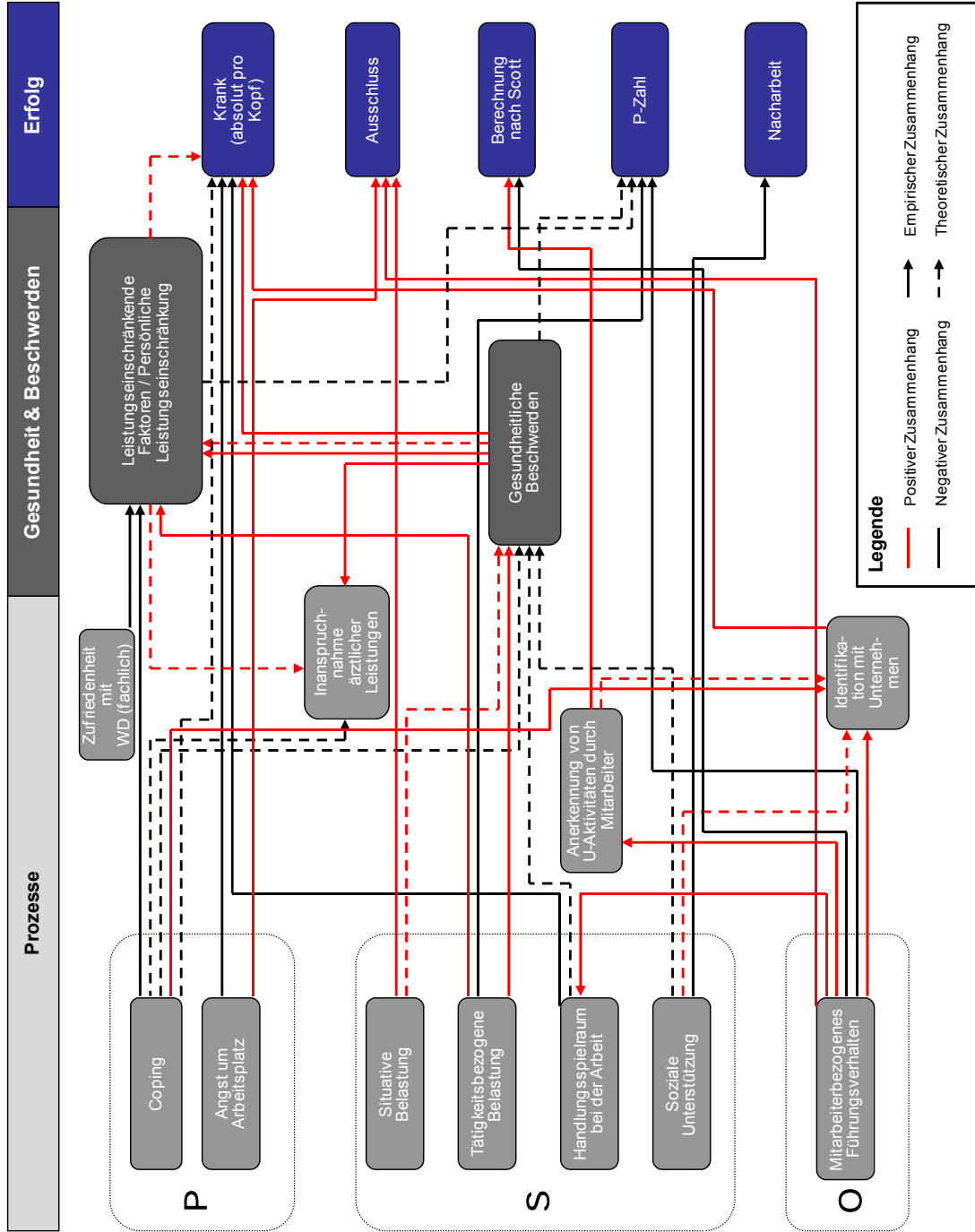


Abb. 6.7 Lineare Zusammenhänge aller Perspektiven der Gesundheits-BSC (empirisch und theoretisch)

Die Ergebnisse der empirischen Analyse in der Fallstudie legen für dieses spezielle produzierende Unternehmen in den Bereichen *Verhaltens- und Verhältnisprävention*, *Organisationsentwicklung* und *Vernetzung* von Beteiligten der Querschnittsaufgabe „Gesundheit“ folgende *Interventionsansätze* nahe:

- *Maßnahmen für den Faktor 'Person' (Verhaltensprävention):*

Hierbei wird versucht, die Resilienz der Mitarbeiter zu fördern, die mit den erhöhten Anforderungen der Arbeitswelt umgehen müssen. Die Resilienz beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen, die es ermöglicht, selbst widrigste Lebenssituationen und hohe Belastungen ohne nachhaltige psychische Schäden zu bewältigen (MAYERS LEXIKON, 2007). Essentiell dafür ist die Fähigkeit des Individuums auf die Anforderungen wechselnder Situationen adäquat reagieren zu können (WERNER, 1971; ELDER, 1974; WELTER, HENDERLIN & HILDENBRAND, 2006)¹⁵. Die erhöhten Anforderungen an Gesundheit und Leistung heutiger Zeit machen diese Maßnahmen zwingend erforderlich. Ziel ist es, ein Verständnis von Gesundheit als persönliche Kompetenz zu entwickeln.

Um Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu fördern (Gesundheits- und Beschwerdeperspektive), sollte vor allem die Entwicklung effektiver Coping-Strategien gefördert werden, um Leistungshemmnisse zu verringern. Dies bezieht sich vor allem auf den Umgang mit Stress am Arbeitsplatz und zwischenmenschliches Konfliktmanagement. Dieser Faktor sollte (zumindest theoretisch) auch zu weniger AU-Tagen führen (siehe Grafik 6.7), vor allem durch eine Verringerung gesundheitlicher Beschwerden und der damit einhergehenden Verbesserung des Gesundheitszustandes des Werkers. Zusätzlich sollte der allgemeine Gesundheitszustand des einzelnen Werkers, gemessen durch die „Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen“, mit einbezogen werden um gesundheitlichen Beschwerden begegnen zu können. Eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Werkers trägt zu einer Senkung der absoluten Fehltagelänge (Erfolgsperspektive) bei. Die Abwesenheitstage können zudem gesenkt werden, wenn die Identifikation mit dem Unternehmen erhöht werden kann. Diesen Sachverhalt bestätigt ebenfalls die Studie von HENDRIX et al. (1995) (s. o.). Allerdings muss vorher sichergestellt sein, dass es nicht zu den im Fallstudienunternehmen beobachteten negativen Effekten durch ein Fehlverhalten der Werker kommt. Führungskräfte haben die Möglichkeit durch ihre Vorbildfunktion dieses Verhalten zu verändern.

Eine starke Angst um den Arbeitsplatz führt zu mehr Fehltagen und erhöht den Ausschuss. Somit führt eine beständige Kultur, in der ein Mitarbeiter keine Angst um seinen Arbeitsplatz haben muss, zu höherer Produktivität und Qualität und beugt Präsentismus vor.

Auf Basis der Theorie sollte dennoch angenommen werden, dass persönliche Leistungseinschränkungen sowie gesundheitliche Beschwerden Auswirkungen auf AU-Tage, Produktivität (P-Zahl) und Ausschuss haben, auch wenn sich diese Zusammenhänge nur vereinzelt empirisch zeigen lassen. Gründe für diesen Sachverhalt werden am Ende des Kapitels erläutert.

¹⁵ Es sei hier kurz erwähnt, dass sich die Resilienzforschung viel mit Kindern und Personen beschäftigt, die Opfer großer Krisen waren. Der organisationale Kontext ist bisher wenig erforscht (AKCA, 2008).

- *Betrachtung der Situation für die Verhältnisprävention:*

Unter diesen Aspekt fallen alle Erkenntnisse zur prozessualen Arbeitsgestaltung, die als zentrale Voraussetzung zum präventiven Gesundheitsmanagement (ÖSTERREICH & VOLPERT, 1999; KREIS & BÖDECKER, 2003) herangezogen werden. Für den Erfolg des Fallstudienunternehmens (produzierendes Unternehmen) sind diese Faktoren nach wie vor von zentraler Bedeutung, wenn sie auf die Bereiche Produktivität (P-Zahl) und Qualität (Ausschuss) angewandt werden. Für die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive ist die tätigkeitsbezogene Belastung bzw. deren Reduzierung eine zentrale Stellgröße. Gleiches gilt theoretisch auch für die situative Belastung (empirisch nicht nachgewiesen).

Auch fördert soziale Unterstützung die Qualität durch Reduktion von Nacharbeit, wodurch zusätzliche Belastungen durch Mehrarbeit vermieden werden. In diesem Zusammenhang sollten sich theoretisch auch gesundheitliche Beschwerden senken und die Identifikation mit dem Unternehmen erhöhen (siehe Grafik 6.7).

Der Handlungsspielraum kann (soweit unter gegebenen Produktionsbedingungen möglich) ebenfalls zur Reduktion von Fehltagen beitragen. Wie oben beschrieben geht dieser Faktor auch theoretisch mit weniger „gesundheitlichen Beschwerden“ einher, was im Fallstudienunternehmen jedoch nicht gezeigt werden konnte.

- *Die Organisation als Hebel für die funktionale Verhaltens- und Verhältnisprävention:*

Auf der Ebene der Organisation ist die Motivation der Führungskräfte, eine Gesundheitskultur zu schaffen und zu leben, von zentraler Bedeutung. Ein Führungsstil, der sich einerseits durch eine hohe Mitarbeiterorientierung sowie andererseits durch eine Fokussierung auf die wichtigen Ziele und Aufgaben (d. h. Management by objectives) auszeichnet, schafft den Spagat zwischen „Effizienz“ und steigenden Anforderungen für den Mitarbeiter (z. B. PRZYGODDA & ARENTZ, 1994; NEUBERGER, 2002). Dieser Sachverhalt zeigt sich vor allem auf der Erfolgsperspektive. Hier ist das Führungsverhalten zentrale Stellschraube in Bezug auf Produktivität, Qualität und Kostensenkungen (BECKMANN et al., 2001). Die gefundenen Zusammenhänge waren wider Erwarten negativ, entgegen der vorherrschenden wissenschaftlichen Meinung bezüglich der mitarbeiterorientierten Führung. Im Zusammenhang mit dem wissenschaftlichen Disput über den tatsächlichen Erfolg verschiedener Führungsstile deuten die Ergebnisse im Fallstudienunternehmen bezüglich der objektiven Kennzahlen eher in Richtung einer stärkeren Aufgaben- und Zielorientierung. Damit bestätigen sich die Annahmen von VROOM (2000), das Führungsverhalten und -stil immer der Situation angepasst sein müssen. Dieser Sachverhalt ist vor dem Hintergrund eines produzierenden, global operierenden Unternehmens nicht verwunderlich. Die durchstrukturierten Prozesse (lean management) und die hohen Leistungsansprüche des Unternehmens, um international wettbewerbsfähig zu bleiben, erfordern eine zielorientierte Strategie. Umso mehr ist es von Bedeutung, „win-win-Situationen“ für alle Beteiligten sowie das Unternehmen zu schaffen, indem eine positive, partizipative Führungskultur mit entsprechender Zieltransparenz stärker gelebt wird. Diese Ergebnisse zeigten sich deutlich in den Werten der Prozessperspektive, in der ein mitarbeiterbezogener Führungsstil ausschließlich positive Wirkung auf Konstrukte wie „Identifikation mit dem Unternehmen“ oder den „Handlungsspielraum am Arbeitsplatz“ zeigten, die als wichtige Größen der Arbeitszufriedenheit (HACKER 1995; THEORELL, 2000) und somit der Gesundheits- und Leistungs-

bereitschaft angesehen werden (FRESE, 1990; FRITZ, 2006). Im Zusammenspiel mit einer wertschätzenden, offenen Unternehmenskultur (d. h. Anerkennung von Unternehmensaktivitäten) lassen sich so auch ein KVP und Einsparungen durch zweckmäßige Rationalisierung umsetzen.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass eine umfassende BGF über den Aufgabenbereich des Betriebsärztlichen Dienstes hinausgeht und somit eine Vernetzung der Akteure notwendig ist. Daraus folgt, dass ein Bewertungs- und Steuerungsinstrument (Gesundheits-BSC) im Rahmen eines virtuellen Gesundheitsbereichs eingesetzt werden sollte und entsprechend in der Organisation des Unternehmens verankert sein muss. Die vorliegende Untersuchung hat gezeigt, dass viele der Stellhebel durch einen Betriebsärztlichen Dienst alleine nicht bewegt werden können. Es sind hierbei vor allem der Personalbereich und die Unternehmensführung im Allgemeinen gefragt. Die Schulung von Führungskräften hinsichtlich einer Gesundheits- und Leistungsorientierung hat sich als sinnvolle Maßnahme für diese Problematik bewährt.

In Bezug auf die Überprüfung der Einflussfaktoren der verschiedenen Perspektiven der Gesundheits-BSC sind unterschiedliche Phänomene aufgetreten. Im Rahmen der empirischen Daten konnten zwischen Prozess-, Gesundheits- und Beschwerdeperspektive signifikante lineare Zusammenhänge gefunden werden. Ausgeblieben ist der angenommene Schritt zwischen Leistungseinschränkungen und der Erfolgsperspektive (siehe Grafik 6.7). Der Faktor „Gesundheitliche Beschwerden“ zeigte gut verwertbare Zusammenhänge sowohl mit der Erfolgs- als auch mit der Prozessperspektive.

Das Forschungsprojekt zeigt, dass einzelne Erfolgskennzahlen des Unternehmens durch die Gesundheit und Leistung des Werkers beeinflussende Prozesse gezielt angesteuert und als Stellhebel für Steuerungsmaßnahmen verwendet werden können. Diese Ursache-Wirkungsbeziehungen konnten quantitativ gemessen und die Stärke des gerichteten Zusammenhangs (Beta) gezeigt werden. Dies ist ein zentrales Ergebnis im Sinne des Forschungsziels.

Abb. 6.7 zeigt, dass theoretisch zu erwartende Zusammenhänge im Fallstudienunternehmen nicht signifikant sichtbar geworden sind. Für diesen Sachverhalt gibt es drei wesentliche Erklärungen:

1. Der Gesundheitszustand des Mitarbeiters ist hoch spezifisch und durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflussbar, die in ihrer Gesamtheit die Auswirkungen (z. B. Leistungseinschränkungen) erklären. Daraus ergibt sich, dass bei einer Vielzahl von Versuchspersonen nur die deutlichsten Zusammenhänge quantitativ beschrieben werden können. Wenn viele Einflussfaktoren durch das Verfahren ausgeschlossen werden, so bedeutet das nur, dass sie einzeln nicht für die Regression bedeutend geworden sind, aber kollektiv einen stärkeren Einfluss haben können. Diese Problematik kann aber durch eine Regressionsanalyse nicht betrachtet werden (methodische Einschränkung), da dieses Verfahren nicht die Einflüsse der unabhängigen Variablen untereinander prüft. Hinzu kommt, dass Gesundheitsprozesse nicht statisch, sondern hoch dynamisch über die Zeit verlaufen. Es ist demnach sinnvoll mehrere Messungen und Messzeitpunkte miteinander zu vergleichen um deutlichere Ergebnisse auch empirisch aufzeigen zu können.
2. Ist der Gesundheitszustand eines Mitarbeiters schlecht, beeinflusst das nicht nur eine einzige Erfolgsgröße, sondern alle, die von der Leistung und Sorgfalt des Werkers abhängig sind. Die Kennzahlen liegen als Mittelwerte vor, d. h. der indi-

viduelle Effekt wird durch alle Mitarbeiter kompensiert. Somit werden auch hier nur die auffälligsten Effekte statistisch signifikant.

3. In empirischen Befragungen gibt es das schwer auszuschließende Problem der „sozialen Erwünschtheit“. Das heißt, dass die Mitarbeiter versuchen in irgendeiner Weise konform zu antworten und vermeidlich nicht akzeptable Antworten zu vermeiden, die aber für das Forschungsprojekt durchaus relevant sein können. Hinzu kommt der „Trend zur Mitte“. Das bedeutet, es besteht bei einer Vielzahl von Personen eine Hemmung die Extrema (z. B. sehr wenig oder sehr hoch) anzukreuzen. Auch durch dieses Verhalten geht die für Korrelationen relevante Varianz der Antworten verloren.

Zudem sind die objektiven Kennzahlen generiert, um betriebswirtschaftliche Sachverhalte darzustellen. Kennzahlen, die speziell intangible Werte des Humankapitals wie Gesundheit, Motivation oder ähnliches abbilden, waren im Fallstudienunternehmen nicht vorhanden. Die untersuchten Kennzahlen dienen vor allem der Prozesssteuerung des Unternehmens und sind nicht für spezifische Belange der Werker ausgelegt. Im Gegensatz dazu fokussieren die Faktoren der empirischen Befragung gerade auf diesen Aspekt. Daraus lässt sich erkennen, dass diese Größen nicht direkt nebeneinander gestellt werden können. Somit fehlt für Zusammenhänge oft die erforderliche methodische Vergleichbarkeit, um die komplexen Effekte der Gesundheit statistisch beschreiben zu können.

Aus dieser Betrachtung leitet sich ab, dass eine Fokussierung auf relevante Faktoren sinnvoll erscheint. Durch qualitative Interviews könnte der Rahmen der Einflussfaktoren stärker eingegrenzt werden. Die vorliegende Studie versuchte, im Rahmen des Designs möglichst viele psychologische Einflussfaktoren und deren Auswirkungen auf Erfolg zu untersuchen. Deshalb sind aus oben genannten Gründen bestimmte Ursache-Wirkungsbeziehungen nicht wie erhofft in Erscheinung getreten. Für die Praxis folgt daraus die Empfehlung, bereits vor einer empirischen Analyse die spezifischen Problemstellungen zu identifizieren.

Die Ergebnisse des Projektes haben gezeigt, dass Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen spezifischen PSO-Faktoren, Gesundheitsindikatoren und Erfolgsgrößen des Unternehmens bestehen. Diese Zusammenhänge zeigen den Handlungsbedarf und Maßnahmen auf, die im Fallstudienunternehmen umgesetzt werden können, sowohl für die Gesundheit des einzelnen Werkers als auch die Gesamtorganisation. Der im Projekt entwickelte Fragebogen liefert Informationen zur Befüllung einer Gesundheits-BSC und trägt zu einem effizienten BGM bei, in dem das Instrument Handlungsfelder aufzeigt, die es gezielt anzupacken gilt. Es beugt damit dem bereits erwähnten „Gießkannenprinzip“ vor. Für ein BGM im Unternehmen kann das Instrument zur Umsetzung einer Gesundheitsstrategie eingesetzt werden, um den Ist-Zustand der Gesundheit im Unternehmen abzubilden. Umgekehrt kann auch der erhobene Ist-Zustand als Informationsgrundlage für eine Strategieformulierung dienen. Der Einsatz des Fragebogens sollte im Vorfeld zunächst immer durch qualitative Interviews abgesichert werden, um eine sinnvolle Anwendung gewährleisten zu können (siehe Forschungsdesign).

Der Fragebogen kann durch Einsatz in anderen Unternehmen weitere Erkenntnisse zu Ursache-Wirkungsbeziehungen von Gesundheit und Leistung aufdecken. Es muss festgehalten werden, dass es nach wie vor ein schwieriges und komplexes Unterfangen ist, ein ganzheitliches Gesundheitsbild, mit all seinen Facetten, vollständig

durch quantitative Methoden beschreiben zu wollen. Dieser Sachverhalt ist jedoch gerade eine notwendige Bedingung für eine sinnvolle monetäre Bewertung von BGM. Für die BSC-Logik sowie die Ursache-Wirkungsbeziehungen gibt es hier weiteren Forschungsbedarf, um weitere Evidenz für den Zusammenhang zwischen Gesundheit und wirtschaftlichem Erfolg zu schaffen.

6.3.5 Analyseblock 7: Limitationen der empirischen Analyse

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung konnten wichtige Einsichten in den komplexen Ursache-Wirkungsbeziehungen zwischen Gesundheit und Erfolg gewonnen werden. Dennoch sind während des Prozesses diverse Probleme sowohl antizipiert als auch unerwartet aufgetreten.

Es wurde versucht, die BGF-Maßnahmen des Fallstudienunternehmens über einen Fragebogen zu erfassen. Zum Zeitpunkt der ersten Datenbefragung hatten aber zu wenige Mitarbeiter an den entsprechenden BGF-Aktionen teilgenommen. Somit war die Berechnung von Korrelationen zwischen den Maßnahmen, Konstrukten und objektiven Daten nur eingeschränkt möglich. Diese Limitierung in Bezug auf die Anzahl der objektiven Daten betraf vor allem die erste Datenerhebung. Lediglich in 14 Kostenstellen der Stichprobe waren Erfolgskennzahlen verfügbar. Ein Ziel der zweiten Datenerhebung war es daher, insgesamt mehr Kostenstellen in die Stichprobe zu integrieren, um damit eine größere Anzahl von objektiven Daten zu erhalten. Es konnten in der zweiten Datenerhebung 26 Kostenstellen befragt werden, in denen zugleich auch Erfolgskennzahlen vorhanden waren. Allerdings muss einschränkend festgestellt werden, dass nicht in allen Kostenstellen Kennzahlen verfügbar sind. Insofern ist der Erfolg in den Kostenstellen nicht flächendeckend vollständig identisch und daher nur bedingt vergleichbar. Dies kann als Grundproblematik bei der Arbeit mit Erfolgskennzahlen in Ursache-Wirkungsbeziehungen gesehen werden.

Dieser Sachverhalt zeigt, dass weitere Analysen benötigt werden, um detaillierte Ursache-Wirkungsbeziehungen zu beschreiben. Bei der Untersuchung von Effekten wäre die Effektstärke eine zu identifizierende Kenngröße, um bessere quantitative Aussagen bezüglich der unternehmerischen Erfolgsgrößen machen zu können. Bei gegebener Datenqualität könnten so ggf. umfangreichere Pfadanalysen berechnet werden, die auch indirekte Effekte berücksichtigen.

Des Weiteren gilt es zu beachten, dass die objektiven Kennzahlen auch von anderen Einflussgrößen (d. h. Externalitäten) abhängig sind. Unternehmen sind prinzipiell nicht statisch und innerhalb des langen Zeitraums zwischen den Datenerhebungen vielen Veränderungen ausgesetzt.

Die Ergebnisse können spezifisch für ein Unternehmen im industriell produzierenden Gewerbe verstanden werden, die auf standardisierte, einfach kontrollierbare Prozesse ausgerichtet sind und deren Effizienz sich vornehmlich durch die Massenfertigung erhöht. Die demographische Verteilung beispielsweise zeigt, dass die Mehrzahl der Befragten männlich war, was für diese Branche typisch ist.

Die Datenanalyse verdeutlicht, dass je nach Tätigkeitsbild und Position des Interviewpartners im Unternehmen unterschiedliche Sichtweisen zu Sachverhalten bestehen. So fordern z. B. die Meister vom mittleren Management eine erhöhte Wertschätzung gegenüber den Beschäftigten, wohingegen einige Manager eine mangelnde Identifikation der Beschäftigten mit dem Unternehmen beklagen. Diesem Um-

stand wurde bei der qualitativen Inhaltsanalyse Rechnung getragen, indem die unterschiedlichen Sichtweisen durch die Formulierung von Konstrukten und Zielen verallgemeinert wurden.

Unter methodischen Gesichtspunkten wurde innerhalb der beiden Datenerhebungen eine Reduktion des Fragebogens von 145 auf 50 Items durchgeführt. Diese relativ starke Reduktion muss vor dem Hintergrund der Ergebnisse dieser Studie als problematisch angesehen werden, da der verkürzte Fragebogen nur noch eingeschränkte Zusammenhänge mit der Erfolgsperspektive der Gesundheits-BSC zuließ. Wie in Kapitel 5 beschrieben kann dieses Problem jedoch durch hinzunehmen weniger Items in den verkürzten Fragebogen minimiert werden.

Zur Generierung weiterer Erkenntnisse über Ursache-Wirkungsbeziehungen wäre es wünschenswert, wenn Unternehmen personenbezogene Gesundheits- und Leistungsdaten zur Verfügung stellen können.

6.4 Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC

Im Rahmen der Ableitung und Implementierung der Gesundheits-BSC wurden drei zentrale Diskussionspunkte identifiziert (siehe Abb. 6.8).

Diskussion der Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC	
Analyseblock 8	Strategie und Ursache-Wirkungsbeziehungen
Analyseblock 9	Kennzahlennutzung
Analyseblock 10	Organisatorische Verankerung

Abb. 6.8 Analyseblöcke zur Ableitung der BSC

6.4.1 Analyseblock 8: Strategie und Ursache-Wirkungsbeziehungen als Grundlage der BSC

Im Rahmen der empirischen Untersuchung der Ursache-Wirkungsbeziehungen haben sich Ansatzpunkte für eine Gesundheitsstrategie ergeben. So wurden bspw. die Arbeitsgestaltung und das Führungsverhalten als zentrale Ansatzpunkte identifiziert (siehe hierzu Kapitel 6.3.4). Auf Basis dieser Erkenntnisse ist es sinnvoll, der Gesundheitsstrategie und der Analyse der Ursache-Wirkungsbeziehungen ein breites, vernetzendes Verständnis zu Grunde zu legen.

Ziel des Projektes war es, im Gegensatz zu der bisher ausschließlich heuristischen Vorgehensweise, eine empirische Fundierung der Ursache-Wirkungsbeziehungen zu leisten. Ein zentraler Diskussionspunkt, der sich hieraus ergibt, ist die Praxistauglich-

keit und Übertragbarkeit der empirisch identifizierten Ursache-Wirkungsbeziehungen auf andere Unternehmen und andere Branchen

Im Rahmen der Gespräche zur Strategie- und BSC-Entwicklung wurde deutlich, dass die genutzten empirischen Methoden (Faktor- und Regressionsanalysen) für den praktischen Einsatz als zu *komplex und kompliziert* für die Praxisanwendung erachtet werden. Diese Sichtweise bezieht sich *nicht* auf die in der *empirischen Analyse* gefundenen Erkenntnisse, *sondern* vielmehr auf die *Darstellung* in der Gesundheits-BSC, die operativ eingesetzt wird. Für den erfolgreichen Einsatz sollte eine sehr aggregierte Darstellung von Ursache-Wirkungsbeziehungen gefunden werden. Nur dann kann die Gesundheitsstrategie mit der BSC einfach kommuniziert werden. Diese Aussage lässt sich auch in der praxisorientierten Literatur finden (GAISER & WUNDER, 2004). So wurden nur einige der in der empirische Untersuchung gefundenen Zusammenhänge in der entwickelten BSC berücksichtigt (Auswirkungen von Prävention und Arbeitsschutz auf den Erfolg, die anderen Ziele wurden aus der Konzernstrategie übernommen).

Damit liegt der Schluss nahe, dass Ursache-Wirkungsbeziehungen, wie sie oben untersucht wurden, dazu dienen müssen, fehlendes Wissen über zentrale Ursache-Wirkungsbeziehungen zu vertiefen und neue Erkenntnisse über strategische Stoßrichtungen zu identifizieren. Eine empirische Untersuchung ist insbesondere deshalb anzuraten, da in vielen Unternehmen häufig das Wissen über die zentralen strategischen Ansatzpunkte, die über Arbeitsschutz und -sicherheit hinausgehen, fehlt. Für die operative Nutzung im Steuerungs- und Bewertungsinstrument müssen die Ursache-Wirkungsbeziehungen jedoch aus Gründen der Praxistauglichkeit - mit einem Verlust an wissenschaftlicher Aussagekraft – aggregiert dargestellt werden.

6.4.2 Analyseblock 9: Kennzahlennutzung

Bei der Nutzung bestehender und bei der Integration neuer Kennzahlen ist es wichtig, dass diese erst ausführlich bzgl. ihrer Auswirkungen und Beeinflussbarkeit analysiert werden. Besteht wenig Kenntnis über die Wirkungsweisen der Kennzahlen sollten sie zunächst als *Informationsinstrument* und nicht zur Leistungsbeurteilung genutzt werden.

Die beschriebene Problematik im Umgang mit Kennzahlen soll anhand des Beispiels Fehlzeiten verdeutlicht werden. Die Fehlzeiten werden durch verschiedene Treiber beeinflusst (siehe hierzu auch die Ergebnisse zu „Absentismus“ in Kapitel 5.3). Diese Treiber können nicht allein durch einzelne betriebliche Akteure (bspw. den Betriebsärztlichen Dienst oder Führungskräfte) beeinflusst werden. An einer Reduzierung der Fehlzeiten sind viele Akteure beteiligt. Damit ist eine Nutzung der Kennzahl „Fehlzeiten“ als Leistungsmessungsinstrument – zumindest auf unteren Hierarchiestufen – nicht angebracht. Eine Beeinflussung der Fehlzeiten kann eher durch das obere Management erfolgen, das die entsprechenden Strukturen schaffen muss. Hierzu zählt auch die Schaffung gemeinsamer Verantwortlichkeiten für das Thema Gesundheit, wie sie mit dem virtuellen Gesundheitsbereich angedacht ist. Erst wenn eine *Beeinflussbarkeit der Kennzahlen geschaffen* wurde, kann die *Leistungsmessung* der Mitarbeiter über Kennzahlen erfolgen (MERCHANT, 2006; EMMANUEL et. al, 1999).

Gute Kennzahlen sollen zudem die *strategischen Ziele möglichst gut abdecken* bzw. mit diesen konform sein (MERCHANT, 2006). Das Problem der Verfügbarkeit einer geeigneten Datengrundlage ergibt sich auch für die konkrete Entwicklung und Um-

setzung der BSC. Im Fallstudienunternehmen sollten auf Wunsch der dort Verantwortlichen nur solche Kennzahlen Verwendung finden, die schon in bestehenden IT-Systemen vorhanden sind. Der Möglichkeit des Einsatzes von Kennzahlen, die durch den Fragebogen generiert werden, wurde nicht gefolgt. Damit wurde einer relativ einfachen Datengrundlage Vorrang vor den breiteren, die Strategie besser abdeckenden Kennzahlen gegeben. Damit ist eine Begrenzung der Messung der Strategieumsetzung bzw. der Zielerreichung verbunden.

Im Fallstudienunternehmen werden derzeit jedoch Anstrengungen bzgl. der Generierung von neuen Kennzahlen unternommen. So wurde bspw. zu Projektende die Auswahl und Implementierung eines neuen Informationssystems für den betriebsärztlichen Dienst beschlossen. Dies ermöglicht detailliertere Informationen über Risikogruppen in den Unternehmensbereichen. Auf Basis der dort gespeicherten Daten sollen dann besser geeignete gesundheitsbezogene Kennzahlen generiert und sukzessive in die BSC integriert werden.

Fehlt eine geeignete Datengrundlage, ist es unvermeidlich auf bestehende Kennzahlen zurückzugreifen. Diese Datenbasis gilt es jedoch schrittweise zu verbessern bzw. zu erweitern. Diese Erweiterung sollte neben medizinisch-therapeutischen Daten vor allem auch Informationen über betriebliche bzw. soziale Arbeitsbedingungen (z. B. erlebtes Führungsverhalten, Einschätzung der Tätigkeit, Kooperationsformen) umfassen.

6.4.3 Analyseblock 10: Organisatorische Verankerung

Die Umsetzung der BSC durch das Microsoft-Excel-Software-Tool (siehe Kapitel 7.5) wurde durch den Fallstudienpartner als sehr hilfreich empfunden. Es bietet die Möglichkeit einer kompakten Darstellung der Gesundheitsstrategie und deren Umsetzung und trägt somit dazu bei mit dem Management des Fallstudienunternehmens in einer gleichen „Sprache“ zu kommunizieren.

Die Flexibilität der Microsoft-EXCEL-basierten Software ermöglicht es dem Praxispartner dieser Studie die Gesundheits-BSC als Parallel-Steuerungssystem zu nutzen und sie systematisch durch die Integration neuer Kennzahlen und die Definition konkreter Maßnahmen auszubauen.

6.5 Zusammenfassende Betrachtung und Schlussfolgerung

Die entwickelte Gesundheits-BSC als Kommunikationsinstrument des Betriebsärztlichen Diensts kann nur ein erster Schritt sein, um die Aufmerksamkeit der Akteure für die Thematik Gesundheit zu gewinnen. Für eine umfassende Steuerung des BGM muss die BSC von allen beteiligten Akteuren entwickelt und die gesundheitsbezogenen Ziele in deren Zielsystem integriert werden. Diese Annahme hat sich im Laufe der BSC-Entwicklung durch die Interviews, Vor-Ort-Termine und die Ergebnisse der empirischen Analyse immer stärker bestätigt.

Durch die entwickelte Gesundheits-BSC im Fallstudienunternehmen kann zu Projektende nur eine Steuerung der BGF, die in der Einflussphäre des Betriebsärztlichen Dienstes liegen, erfolgen. Eine umfassende strategische Ausrichtung des BGM, die alle relevanten Einflussfaktoren (siehe Kapitel 6.3) berücksichtigt, ist so jedoch nicht

möglich. Erst bei einer Integration der für die BGM relevanten Akteure kann von einer strategischen Ausrichtung im Unternehmen gesprochen werden.

Der zentrale Ansatzpunkt im Fallstudienunternehmen zur Erreichung einer verbesserten Prävention und Vernetzung als zentrale Handlungsfelder ist die *strategische, prozessorientierte Umsetzung* von BGM-Maßnahmen. Da die Gründe gesundheitlicher (physischer wie psychischer) Beeinträchtigungen vielfältig sind und diese komplexe Ursachen haben, empfiehlt sich die Differenzierung von (Gesundheits-) Prozessen mit jeweils unterschiedlichem Fokus. Im Folgenden werden daher Vorschläge für ein strukturiertes Vorgehen in gemeinschaftlicher Verantwortung dargestellt, die auf den Erkenntnissen der Fallstudie basieren. Die Gesundheitsprozesse lassen sich einerseits nach der Art der Verantwortlichkeit differenzieren; ein anderes Unterscheidungsmerkmal betrifft das Spannungsfeld von Kuration und Prävention (vgl. Abb. 6.9).

Die vier Gesundheitsprozesse werden bzgl. ihrer Ziele, Prozessphasen, Verantwortlichkeiten, Möglichkeiten der Wirksamkeitsprüfung sowie benötigten Kompetenzen der verantwortlichen Akteure ausgeführt und möglichst allgemeingültig, d. h. auf andere Betriebe übertragbar, beschrieben.

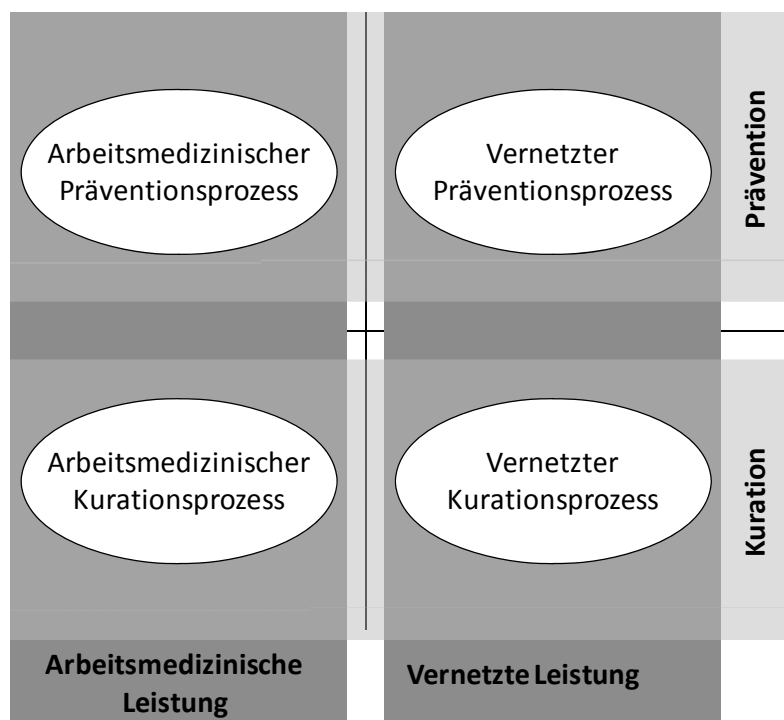


Abb. 6.9 BGM-Prozesskategorisierung zur Erreichung der strategischen Ziele

Arbeitsmedizinischer Kurationsprozess

Der *arbeitsmedizinische Kurationsprozess* zielt darauf, eine optimale Erstversorgung im Krankheitsfall eines Beschäftigten, besonders bei Unfällen und Notfällen, zu erreichen. Hierbei sind eine Reihe gesetzlicher Pflichten und sozialer Verpflichtungen zu erfüllen. Unter Betrachtung der Produktivitäts- sowie Kostensituation wird in der Kuration eine möglichst schnelle Gesundung von erkrankten Mitarbeitern angestrebt.

In der ersten Prozessphase ist dabei zunächst die Erreichbarkeit des Betriebsärztlichen Dienstes sicherzustellen (vgl. Abb. 6.10).

Nach Aufnahme der ersten Krankheitsdaten wird in der nächsten Prozessphase „Diagnose“, eine arbeitsmedizinische Anamnese durchgeführt. Hier gilt es, die Lage einzuschätzen, den Bedarf an medizinischen Maßnahmen bzw. Mitteln festzulegen und eventuell die sofortige Durchführung von notfallmedizinischen Maßnahmen einzuleiten.

Nach der erfolgten Diagnose ist mit dem Patienten eine Entscheidung über das weitere Vorgehen, d. h. über die Festlegung und Einleitung angemessener Therapiemaßnahme zu treffen. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist es erforderlich, die zuständige Führungsperson über mögliche Leistungseinschränkungen des Mitarbeiters sowie über den weiteren Verlauf und einen eventuellen Ausfall der Arbeitskraft zu informieren. Dies muss unter Einhaltung der gesetzlichen Schweigepflicht erfolgen, sofern der Patient einer Offenlegung der Diagnose nicht zustimmt.

Falls der Beschäftigte während der Durchführung der Therapiemaßnahmen nicht in der Lage ist, in vollem Umfang zu arbeiten, ist nach erfolgreichem Abschluss der Therapiemaßnahmen eine Prozessphase „Reintegration“ durchzuführen. Sie ermöglicht eine stufenweise Wiedereingliederung des Beschäftigten in das Arbeitsumfeld. Die Notwendigkeit der Vernetzung – selbst bei Kernleistungen der betriebsärztlichen Dienstes – ist dabei hervorzuheben und wird auf Grundlage der systematischen Prozessdarstellung in Abb. 6.10 deutlich.

Nach erfolgreicher Reintegration des Beschäftigten werden in der Prozessphase „Wirkungskontrolle“ regelmäßige Nachuntersuchungen durchgeführt, um den Therapieerfolg zu sichern und einen Rückfall des Krankheitsbildes zu vermeiden. Zusätzlich kann die Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen evaluiert werden.

Prozess	Initiierung	Diagnose	Zielfindung und Umsetzung	(Reintegration) → Maßnahme des vernetzten Kurationsprozesses	Wirkungskontrolle
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> Erreichbarkeit sicherstellen Aufnahme des Krankheitsfalles oder Notfalles Abstimmung wie und wann der Patient zum BD kommt Erste Informationsaufnahme 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Untersuchung beim BD Fundierte medizinische Anamnese Einschätzung erforderlicher medizinischer Maßnahmen (evtl. sofortige notfallmedizinische Maßnahmen) Aufklärung und Beratung des betroffenen Mitarbeiters Evtl. weitere Spezialisten hinzuziehen 	<p>Zielfindung</p> <ul style="list-style-type: none"> Beratung und falls möglich Einbeziehung des betroffenen Mitarbeiters Falls nötig Einbeziehung weiterer Spezialisten Entscheidung und Festlegung angemessener Therapiemaßnahmen Information der Führungskraft unter Einhaltung der Schweigepflicht <p>Umsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Einleitung der angemessenen Therapiemaßnahmen Evtl. regelmäßige und kontinuierliche Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen unter ärztlicher Betreuung Falls möglich unter aktiver Beteiligung des betroffenen Mitarbeiters Evtl. Unterstützung durch zusätzliche Spezialisten Regelmäßige Feedbackgespräche mit dem betroffenen Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> Stufenweise Wiedereingliederung des Mitarbeiters in sein bisheriges Tätigkeitsumfeld oder an einem seiner Leistungseinschränkung adäquaten Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung der Nachhaltigkeit, Kontinuität sowie Teilnahmemöglichkeit an der Maßnahme Sicherstellung der Wirkungskontrolle anhand den vorhandenen Daten und Auswertungen Aufbereitung der Daten zur Information für den Mitarbeiter sowie allgemeine Daten für die Geschäftsleitung Erkenntnis dass die Maßnahme evtl. verändert, optimiert oder abgeschafft wird
Ärztlicher Dienst	Spezialist V	Spezialist medizinisch V	Spezialist medizinisch V	Spezialist medizinisch M	Durchführung V
Personalbereich	Unternehmenskultur M	M.A	M.A	M	M.A
Betriebsrat	Unternehmenskultur M	M.A	M.A	M.A	M.A
Führungskraft	Unternehmenskultur M	M.A	M.A	Sicherstellung V	M.A
Mitarbeiter	Unternehmenskultur M	M	M	M	durch Bewertung M
Inputs	<ul style="list-style-type: none"> Durch den Mitarbeiter selbst (telefonisch oder persönlich) Durch die Führungskraft Durch eine andere Stelle (Kollege, Personalabteilung etc.) Notfallmeldung 	<ul style="list-style-type: none"> Erste Informationen zum Notfall oder Krankheitsfall Bereits vorhandene Diagnosen oder Krankheitsbilder des betroffenen Mitarbeiters Fachwissen von weiteren internen oder externen Spezialisten 	<ul style="list-style-type: none"> Darstellung der Ist-Situation anhand der vorab gesammelten Daten Aktive Beratung mit dem Mitarbeiter Evtl. heranziehen von weiteren Spezialisten Einbringen von Erfahrungen und Erfolgsbeispielen Einbringen von unterschiedlichem Fachwissen 	<ul style="list-style-type: none"> Protokoll aus der Gesundheitsbesprechung Vorgaben vom Betriebsarzt bzgl. der Leistungseinschränkung des Mitarbeiters 	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Daten und Kennzahlen zur Durchführung der Wirkungskontrolle
Outputs	<ul style="list-style-type: none"> Aufnahme des Anliegens/Krankheitsfalles Erste Informationen zum Krankheitsfall/Notfall Terminvereinbarung oder sofortige Aktion im Notfall 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Diagnose/Anamnese Information und Beratung des Mitarbeiters Zukunftsprognose Einleitung erster (Notfall-)Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Entscheidung über weiteres Vorgehen Einleitung der beschlossenen Maßnahmen Information des Vorgesetzten und falls nötig, Unterstützung in ihrer Führungsverantwortung (Umgang mit Mitarbeiter) Aufstellung eines Maßnahmenplans, um den Prozess transparent zu machen. 	<ul style="list-style-type: none"> Stufenweise Wiedereingliederung des Mitarbeiters in sein bisheriges Tätigkeitsumfeld oder an einem seiner Leistungseinschränkung adäquaten Arbeitsplatz Ärztliche Betreuung des Mitarbeiters Verhinderung eines Rückfalles wegen zu schneller oder falscher Wiedereingliederung 	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Daten zum BGM Information an den betroffenen Mitarbeiter Aufbereitung der Bestbeispiele Handlungsempfehlungen Neue Erkenntnisse und Erfahrungen Gesundheit im Unternehmen erlebbar gemacht

Abb. 6.10 Prozessphasen des arbeitsmedizinischen Kurationsprozesses¹⁶

Arbeitsmedizinischer Präventionsprozess

Im *arbeitsmedizinischen Präventionsprozess* (Abb. 6.11) wird das Ziel verfolgt, die Beschäftigten bei der Erhaltung oder Verbesserung ihrer Gesundheit im ganzheitlichen Sinne – körperlich, seelisch, sozial – zu unterstützen und hiermit einen Wertbeitrag zum Unternehmen zu schaffen. Durch eine Gesundheitsvorsorge soll eine Steigerung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit, des persönlichen Wohlbefindens und der Arbeitsmotivation der Beschäftigten erreicht werden. Ebenfalls sollen

¹⁶ Legende: V = Verantwortlichkeit; M = Mitwirkung; MA = Mitwirkung durch Anstoß; I = Information

die Beschäftigten zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil motiviert werden, um auftretende Gesundheitsprobleme sowie Fehlbeanspruchungen und daraus resultierende Krankenstände vorbeugend gering zu halten.

Der arbeitsmedizinische Präventionsprozess wird über zwei verschiedene Wege ausgelöst („Initiierung“). Zum einen durch einen individuellen Kontakt des Betriebsärztlichen Dienstes zum einzelnen Beschäftigten und zum anderen durch eine zielgruppenspezifische Analyse.

In der Prozessphase „Diagnose“ findet eine ärztliche Anamnese statt, um eine fundierte medizinische Aussage über gesundheitliche Schwachstellen treffen zu können und hierdurch angemessene Präventionsmaßnahmen einzuleiten. Hierbei werden persönliche Bedingungen des Beschäftigten berücksichtigt, seine bisherigen Krankheitsverläufe sowie seine beruflichen Belastungen und Leistungsherausforderungen.

In der Prozessphase „Beratung und Entscheidung“ wird auf Basis der getroffenen Diagnose über die durchzuführenden Präventionsmaßnahmen entschieden. Hier bietet es sich an, gemeinsam mit dem Beschäftigten einen langfristig ausgelegten Maßnahmenplan aufzustellen. Dies ist erfolgsrelevant, um eine Transparenz im Prozessablauf zu schaffen, die Ziele zu konkretisieren, regelmäßige Besprechungstermine festzulegen sowie eine Erfolgskontrolle durchführen zu können.

Die Wirkung des arbeitsmedizinischen Präventionsprozesses kann verstärkt werden, indem er für spezielle Zielgruppen angeboten wird. Hier ist in der Prozessphase „Initiierung“ die Ermittlung von Risiken und von den jeweiligen Risikogruppen sowie von den Einwirkungsmöglichkeiten eine Voraussetzung für einen erfolgreichen Mitteleinsatz.

Anhand der gesammelten Informationen wird in der Prozessphase „Diagnose“ eine medizinische Aussage über gesundheitliche Schwachstellen für bestimmte Risikogruppen getroffen.

Anschließend können in der Prozessphase „Beratung und Entscheidung“ anhand dieser Auswertungen angemessene Präventionsmaßnahmen für spezielle betriebliche Zielgruppen erarbeitet werden. Dies können z. B. Maßnahmen zur ergonomischen Arbeitsplatzeinrichtung sein sowie Informationsveranstaltungen zur Prävention.

Bei gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen, wie bspw. arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen, wird zusätzlich die zuständige Führungsperson über deren Durchführung informiert, sofern diese für die Einhaltung dieser Grundsätze verantwortlich ist. Weiter ist es sinnvoll, die Präventionsangebote im Unternehmen publik zu machen. Auch hier ist es nützlich, die Führungspersonen als Multiplikatoren zu gewinnen, um einen höheren Durchdringungsgrad der Gesundheitsmaßnahmen im Unternehmen zu erreichen. Dies ist in der Prozessphase „Information“ zu berücksichtigen.

In der anschließenden Prozessphase „Umsetzung“ werden die angebotenen Maßnahmen durchgeführt. Die Beschäftigten wirken aktiv mit und erhalten ein regelmäßiges Feedbackgespräch. Falls die eingeleiteten Maßnahmen nach einiger Zeit nicht zum gewünschten Erfolg führen, werden Prozessschritte evtl. wiederholt.

Zusätzlich wird durch eine Prozessphase „Wirkungskontrolle“ eine regelmäßige Evaluation sichergestellt, um den Erfolg der Maßnahmen und das präventive Vorgehen zu überprüfen.

Hauptverantwortlicher des arbeitsmedizinischen Kurationsprozesses sowie des Präventionsprozesses ist der Betriebsärztliche Dienst. Als Prozesseigner trägt er durch ein professionelles Handeln entscheidend zur Qualitätssicherung dieser Prozesse bei. Zum Beispiel ist er zuständig für eine adäquate medizinische Beratung der Patienten sowie für die Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und die Einleitung der angemessenen Therapiemaßnahmen. Während der Programmdurchführung ist er für die kontinuierliche ärztliche Betreuung sowie die korrekte Maßnahmendurchführung verantwortlich. Darüber hinaus sind nicht nur kurative Kenntnisse gefragt, sondern ebenfalls Erfahrungen in der präventiven Gesundheitsförderung.

Führungspersonen spielen in den arbeitsmedizinischen Prozessen eine mitwirkende Rolle. Folgende Mitwirkungen bzw. Einflüsse können bestehen:

- Entscheidung, kranke Beschäftigte zum Arzt zu schicken
- Auskunft über gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitsbedingungen (im Rahmen der Fürsorgeverpflichtung)
- Einrichtung von Arbeitsplätzen für Leistungsgeminderte (z. B. Verletzte, Rehabilitanden) nach erfolgter ärztlicher Behandlung
- Betriebliches Eingliederungsmanagement
- Beratung bei Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen (Kur, Versetzung etc.)

Letztendlich trägt jeder Mensch die Verantwortung für seine individuelle Gesundheit selbst. Insofern sind die betroffenen Mitarbeiter aufgefordert, sich aktiv an den Gesundheitsprozess zu beteiligen, um eine stärkere Verankerung der Gesundheit im täglichen Verhalten und ihrer Einstellung zu verfolgen.

Abb. 6.11 systematisiert den vorgeschlagenen Präventionsprozess und zeigt Verantwortlichkeiten und insbesondere die Vernetzungsnotwendigkeit der Prozessbeteiligten auf.

Prozess	Initiierung	Beratung	Zielfindung	Umsetzung	Wirkungskontrolle
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> Abfrage möglicher Diskussions Themen Recherche über aktuelle Themen Priorisierung und Erstellung Agenda Bestbeispiele Einladung und Versandt Agenda 	<ul style="list-style-type: none"> Stand über die bereits vereinbarten Maßnahmen Derzeitige Auffälligkeiten oder Symptomatik in der Belegschaft Gezielte Besprechung von Grundsatzthemen im GM Handlungsbedarfe im GM Verbesserungsvorschläge im GM Kurzvorträge von internen oder externen Akteuren über Gesundheitsthemen Kurzvorträge zu aktuellen Themen die im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheit stehen, wie bspw. Führungsverhalten Sonstige Kennzahlen und Ergebnisse aus dem GM 	<ul style="list-style-type: none"> Problembeschreibung Ursache Lösungsmöglichkeiten Entscheidung und Festlegung der einzuleitenden Maßnahmen Definition der Verantwortlichkeiten Festlegung eines Zeitraums und der weiteren Ressourcen Evtl. festlegen von Meilensteinen Art der Wirkungskontrolle Wiedervorlagetermin (evtl. Aufnahme als Bestbeispiel) Festlegung weiteres Vorgehen 	<ul style="list-style-type: none"> Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen durch die verantwortlichen Personen oder Abteilungen innerhalb des vereinbarten Zeitrahmens mit den vereinbarten Ressourcen <u>Beachtung von:</u> Durchdringungsgrad der Maßnahmen, Vermarktung Kontinuität und Nachhaltigkeit der Maßnahmen Teilnahme für alle Mitarbeiter ermöglichen Große Attraktivität der Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung der Wirkungskontrolle, Nachhaltigkeit, Kontinuität, Durchdringungsgrad, Vermarktung, Teilnahme-möglichkeiten und Attraktivität Durchführung der vereinbarten Wirkungskontrolle durch die verantwortliche Abteilung Aktive Unterstützung durch involvierte Abteilung und Spezialisten Aufbereitung der Daten zur Präsentation am Wiedervorlagetermin sowie im Unternehmen Evtl. Aufnahme als Bestbeispiel Erkenntnis dass die Maßnahme evtl. verändert, optimiert oder abgeschafft wird
Ärztlicher Dienst	M	M	M	M	M
Personalbereich	V	Moderator V	Moderator V	Sicherstellung V	Durchführung V
Betriebsrat	M.A	M	M	M	M.A
Führungskraft	M.A	M	M	M	M
Mitarbeiter	M.A	M	M	M	Durch Bewertung M
Inputs	<ul style="list-style-type: none"> Aktuelle Themen Auffällige Symptome in der Belegschaft Gesetzliche Bestimmungen Grundsatzthemen zum GM Ergebnisse der bereits vereinbarten Maßnahmen aus vorherigem Workshop sowie Bestbeispiele Sonstige Kennzahlen und Ergebnisse aus dem BGM 	<ul style="list-style-type: none"> Darstellung der Ist-Situation als gemeinsame Ausgangslage Aktive Diskussion der Teilnehmer über die Agendathemen (vgl. Inhalte) Einbringen von Beispielen und Erfahrungen Einbringen des unterschiedlichen Fachwissens 	<ul style="list-style-type: none"> Einbringung des gesammelten Wissens aus der Diskussion Heranziehen der Erfolgsbeispiele 	<ul style="list-style-type: none"> Protokoll aus der Zielfindungsphase als Handlungsleitfaden zur Durchführung der vereinbarten Maßnahmen Aktive Umsetzung oder Einführung der vereinbarten Maßnahmen Einbringung des neu gesammelten Fachwissens 	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Daten und Kennzahlen zur Durchführung der Wirkungskontrolle
Outputs	<ul style="list-style-type: none"> Priorisierung der gesammelten Themen Agenda für den stattfindenden Workshop Teilnehmerliste Einladung der Akteure Festlegung des benötigten Zeitrahmens 	<ul style="list-style-type: none"> Begrifflichkeiten, Probleme, Ursachen und Ziele im GM analysieren und diskutieren Breiter Erfahrungsaustausch Sammeln der Beispiele und guten Erfahrungen Gegenseitige Lerneffekte und Wissensvermittlung Stärkung der Zusammenarbeit und Beziehungsebene Unterstützung der Vorgesetzten in ihrer Führungsverantwortung Gewinnung von Transparenz in den verschiedenen Themenfeldern 	<ul style="list-style-type: none"> Ausarbeitung eines Umsetzungsplans zur Behebung der Ursachen und Probleme <u>Protokoll über:</u> Problembeschreibung Ursache Lösungsmöglichkeiten Einzuleitende Maßnahmen Verantwortlichkeiten Zeitraum und Ressourcen Meilensteine Art der Wirkungskontrolle Wiedervorlagetermin <u>Zusätzlich:</u> Vertrauen schaffen Wertschätzung widerspiegeln 	<ul style="list-style-type: none"> Neue Erkenntnisse, Feedbacks oder Ideen Gesundheitswissen im Unternehmen erlebbar gemacht, nach "außen" tragen (Multiplikatoren) Quantitative und/oder qualitative Erfolge Keine Veränderungen Verschlechterungen oder Rückschläge 	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Daten zum BGM Präsentation und Beschreibung zu den ausgewerteten Daten Besondere Aufbereitung der Bestbeispiele Abgeleitete Handlungsempfehlungen aus den gewonnenen Daten

Abb. 6.11 Arbeitsmedizinischer Präventionsprozess

Vernetzter Kurationsprozess

Im *vernetzten Kurationsprozess* (siehe Abb. 6.12) werden Beschäftigte betreut, welche chronische Langzeiterkrankungen oder sonstige besondere Auffälligkeiten aufweisen und nicht durch eine kurzzeitige medizinische Behandlung kuriert werden können. Vornehmlich verfolgt dieser Prozess die Reduktion der Krankenfehltag der Belegschaft. Chronisch kranke Beschäftigte sollen gefördert sowie unterstützt werden mit dem Ziel, drohende Arbeitsunfähigkeiten positiv im Sinne des Unternehmens zu beeinflussen und somit einen positiven Unternehmensbeitrag zu schaffen. Zusätzlich gilt es, eine Reihe gesetzlicher Pflichten zu erfüllen, wie bspw. das Betriebliche Eingliederungsmanagement nach § 84 Abs. 2 SGB IX. Durch eine Zusammenarbeit sowie einen aktiven Erfahrungsaustausch sollen auffällige Krankheitsverläufe erkannt und angemessene Maßnahmen für erkrankte Mitarbeiter erarbeitet werden. Dieses Ziel wird durch eine enge Kooperation der BGM-Akteure erreicht.

In Zusammenarbeit mit dem Personalbereich werden in der folgenden Prozessphase „Informationsbündelung“ alle relevanten Daten wie bspw. die Krankenfehltag des

betroffenen Mitarbeiters, Disziplinarmaßnahmen, bekannte Diagnosen sowie bisher durchgeführte Maßnahmen unter Wahrung des Datenschutzgesetzes zusammengetragen. Anhand dieser Unterlagen wird überprüft, ob der Prozess fortgesetzt wird oder Grundlagen für andere Prozesse bestehen, wie bspw. die Anordnung einer ärztlichen Untersuchung oder die Durchführung einer Disziplinierungsmaßnahme. Falls zu wenige Informationen vorliegen, um eine Entscheidung über das weitere Vorgehen zu treffen, findet an dieser Stelle ein ausführliches Gespräch mit dem betroffenen Mitarbeiter, dem Personalbereich, der Führungsperson sowie dem Betriebsrat statt, das den Krankheitsverlauf des Mitarbeiters berücksichtigt.

Wenn kein Anlass für andere Aktivitäten besteht, wird in der nächsten Prozessphase „Diagnose“ eine betriebsärztliche Untersuchung durchgeführt, um eine fundierte medizinische Aussage über das Krankheitsbild des Mitarbeiters zu erhalten. Falls dieser eine negative Gesundheitsprognose diagnostiziert, wird der Krankheitsfall in die übergreifenden Gesundheitsbesprechungen aufgenommen.

Damit diese Besprechungen koordiniert und effizient verlaufen, werden in der Prozessphase „Initiierung“ an einer zentralen Stelle die zu besprechenden Krankheitsfälle gesammelt. Abhängig von der Unternehmensorganisation und -ebene werden die verantwortlichen Akteure einbezogen. Sinnvoll ist, dass sich der Personenkreis aus verschiedenen Funktionsbereichen zusammensetzt, wie bspw. dem Betriebsärztlichen Dienst, dem Personalbereich sowie den Fach- und Querschnittsabteilungen bzw. Werkstätten und dem Betriebsrat.

In der Prozessphase „Beratung und Entscheidung“ wird unter Beteiligung der Gesundheitsakteure über die veranschlagten Themen beraten und eine Entscheidung über das weitere Vorgehen in den verschiedenen Krankheitsfällen getroffen. In dieser Runde ist es bedeutsam, eine Ursachenanalyse für das Auftreten der Krankheitsbilder zu betreiben sowie durch einen Erfahrungsaustausch einen gegenseitigen Lerneffekt und die bestmögliche Lösung zur schnellen Gesundung der Mitarbeiter zu erzielen. Dies können Maßnahmen am Arbeitsplatz des erkrankten Mitarbeiters sein (z. B. Schichtwechsel, Versetzungen, Arbeitserleichterung), Therapiemaßnahmen oder eine erneute medizinische Untersuchung. Ebenfalls kann sich in dieser Gesprächsrunde herausstellen, dass das vorliegende Krankheitsbild mit der Einstellung des Mitarbeiters zusammen hängt (bspw. Absentismus) und somit ein Mitarbeitergespräch oder eine Disziplinierung zur ursächlichen Problemlösung nötig sind.

In der Prozessphase „Umsetzung“ werden die beschlossenen Maßnahmen unter ärztlicher Betreuung durchgeführt. Zusätzlich wird in regelmäßigen Abständen mit dem betroffenen Mitarbeiter ein Feedbackgespräch geführt, um diesen in die Beschlüsse des Gesundheitsteams einzubeziehen. Dies sollte in einem kleinen vertraulichen Kreis mit dem Mitarbeiter erfolgen, bspw. mit der Führungsperson und dem Personalbereich oder dem Betriebsärztlichen Dienst (je nach Krankheitsbild) sowie falls vom Mitarbeiter gewünscht, mit dem Betriebsrat.

Falls der Mitarbeiter während der Maßnahmendurchführung seine Arbeitstätigkeit nur partiell verrichten kann oder von seiner betrieblichen Tätigkeit freigestellt wird, ist nach erfolgreichem Therapieabschluss oder einer gesundheitlichen Verbesserung in der Prozessphase „Reintegration“ eine Wiedereingliederung in sein bisheriges Tätigkeitsumfeld oder an einem seiner Leistungseinschränkung adäquaten Arbeitsplatz durchzuführen.

Damit die Wirksamkeit der Gesundheitsmaßnahmen von Dauer ist, findet auch hier eine Prozessphase „Wirkungskontrolle“ in verschiedenen Zeitintervallen statt. Falls

sich keine gesundheitliche Verbesserung abzeichnet oder ein Rückfall entsteht, wird das Krankheitsbild des betroffenen Mitarbeiters erneut in den übergreifenden Gesundheitsbesprechungen aufgenommen.

Der *vernetzte Präventionsprozess* zielt darauf, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten vorbeugend zu erhalten sowie zu stärken und somit durch langfristig niedrige Krankenfehlstände die Kosten im Unternehmen zu reduzieren. Dies ist besonders im Hinblick auf das steigende Durchschnittsalter der Belegschaft bedeutsam. Hier gilt es, gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren im Betrieb ursächlich zu bekämpfen sowie gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen. Ein weiteres Ziel in diesem Prozess ist es, die Mobilisierung gesundheitlichen Wissens zur Herstellung und Stabilisierung eines möglichst gesundheitsgerechten Verhaltens in gesunden Verhältnissen zu erreichen. Hierzu gilt es, die individuelle Gesundheitskompetenz aller Beschäftigten zu entwickeln und zu stärken. Dieser Prozess wird durch eine Kooperation verschiedener Gesundheitsakteure erreicht (vgl. Abb. 6.12).

In der ersten Prozessphase „Initiierung“ des vernetzten Präventionsprozesses werden an einer zentralen Stelle aktuelle Anliegen zum Gesundheitsmanagement gesammelt und anschließend priorisiert. Folgende Themen können diskutiert werden:

- Stand der Abarbeitung der bereits getroffenen Maßnahmen
- Derzeitige Auffälligkeiten oder Symptomaten in der Belegschaft
- Gezielte Besprechung von Grundsatzthemen im BGM
- Gesetzliche Bestimmungen
- Handlungsbedarfe im BGM
- Verbesserungsvorschläge im BGM sowie „best practices“.

In den Prozessphasen „Beratung“ und „Entscheidung“ werden die verschiedenen Sichtweisen zwischen den Akteuren diskutiert und ausgetauscht. Das Ziel dieser Phase ist die Ermittlung der Ursachen sowie deren Behebung und das Finden eines gemeinsamen Konsenses über die zu realisierenden Maßnahmen. Die Ergebnisse werden wie folgt dokumentiert:

- Problembeschreibung
- Ursache und Lösungsmöglichkeiten
- Entscheidung und Festlegung der einzuleitenden Maßnahmen
- Definition der Verantwortlichkeiten
- Festlegung eines Zeitrahmens mit Meilensteinen
- Festlegen eines Wiedervorlagetermins (eventuell Aufnahme als „Bestbeispiel“)
- Art der Wirkungskontrolle.

Prozess	Impuls	Informationsbündelung	Diagnose	Initiierung	Beratung und Zielfindung	Umsetzung	Reintegration	Wirkungskontrolle
Inhalt	<p>Impuls/Auslöser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • häufige Kurzerkrankungen • Langzeiterkrankungen • besondere Auffälligkeiten • BEM nach § 84 Abs. • Z SOB IX <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führungskraft ist aufgrund eines hohen Krankenheitsstandes in der Abteilung gefährdet. <p>Konsequenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Veränderung durch Personalabteilung möglich -> Handlungsbedarf an Personalabteilung melden (Kontaktaufnahme) <p>Entscheidung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evtl. erneutes Gespräch mit Mitarbeiter bevor eine weitere Entscheidung getroffen wird • Entscheidung ob Prozess fortgesetzt wird oder andere Maßnahmen/Prozesse eingeleitet werden 	<p>Sammlung und Darstellung der relevanten Daten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name des Mitarbeiter • Alter • Bereich • Krankheitszeiten • Aktuelle Diagnosen • Bisherige Disziplinarmaßnahmen • Sonstige Auffälligkeiten etc. <p>Entscheidung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evtl. erneutes Gespräch mit Mitarbeiter bevor eine weitere Entscheidung getroffen wird • Entscheidung ob Prozess fortgesetzt wird oder andere Maßnahmen/Prozesse eingeleitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Untersuchung und Beratung beim VDO • Fundierte medizinische Aussage • Aussage über Zukunftsprognose 	<ul style="list-style-type: none"> • Sammlung der zu besprechenden Krankheitsfälle • Erstellung Agenda • Einladung der Akteure 	<p>Beratung und Zielfindung über die Krankheitsfälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bericht über Veränderungen • Entscheidung über weiteres Vorgehen <p>Beratung und Zielfindung über die neuen Krankheitsfälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problembeschreibung • Ursache • Lösungsmöglichkeiten • Entscheidung und Festlegung der Verantwortlichkeiten • Definition der Verantwortlichkeiten • Festlegung eines Zeitraums und der weiteren Ressourcen • Festlegung von Meilensteinen • Art der Wirkungskontrolle • Wiedervorgetermin 	<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen durch die verantwortlichen Personen oder Abteilungen innerhalb des vereinbarten Zeitrahmens mit den vereinbarten Ressourcen • Regelmäßige Meldungen an Gesundheitsbe-sprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Stufenweise Wiedereingliederung des Mitarbeiters in sein bisheriges Tätigkeitsumfeld oder an einem seiner Leistungseinschränkung adäquaten Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherstellung der vereinbarten Wirkungskontrolle, Nachhaltigkeit und Kontinuität der vereinbarten Maßnahmen • Durchführung der vereinbarten Wirkungskontrolle durch die verantwortlichen Personen • Aktive Unterstützung durch involvierte Abteilungen und Spezialisten • Erkenntnis dass die Maßnahme evtl. verändert, optimiert oder abgeschafft wird • Regelmäßige Kommunikation über den Fortschritt der Daten zur Präsentation • Wiedervorgetermin • Evtl. die Aufnahme als Bestbeispiel
Ärztlicher Dienst	M	M	V	M	M	M	M	M
Personal-bereich	M	Zentrale Sammel-stelle	M.A	Zentrale Sammel-stelle	Moderation	M	M	Durch-führung
Betriebsrat	M	Zentrale Sammel-stelle	M.A	M	M	M.A	M.A	M.A
Führungs-kraft	V	M	M.A	M	M	V	V	M
Mitarbeiter	M	M.A	M.A	M	M	M	M	M
Inputs	<p>Individuell im Unternehmen festzulegen, z.B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • häufige Kurzerkrankungen • Langzeiterkrankungen • besondere Auffälligkeiten • BEM nach § 84 Abs. • Z SOB IX <p>Kontext:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führungskraft ist aufgrund eines hohen Krankenheitsstands in der Abteilung gefährdet <p>Konsequenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Veränderung durch Personalabteilung möglich -> Handlungsbedarf an Personalabteilung melden (Kontaktaufnahme) <p>Entscheidung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evtl. erneutes Gespräch mit Mitarbeiter bevor eine weitere Entscheidung getroffen wird • Entscheidung ob Prozess fortgesetzt wird oder andere Maßnahmen/Prozesse eingeleitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Handlungsbefristungsmeldung • Grundes des Handlungsbedarfes • Bereits vorhandene Daten anderer Akteursstellen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fundierte medizinische Diagnose • Aussage über Zukunftsprognose 	<ul style="list-style-type: none"> • Meldungen der zu besprechenden Krankheitsfälle • Wiedervorgeterminne von Krankheitsfällen • Ergebnisse der bereits vereinbarten Maßnahmen aus den Krankheitsfällen • Sonstige Kennzahlen und Ergebnisse welche zu besprechen sind 	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung der Ist-Situation anhand der vorab gesammelten Daten für eine gemeinsame Ausgangslage • Aktive Diskussion der Teilnehmer über die Krankheitsfälle • Einbringen von Erfahrungen • Einbringen des unterschiedlichen Wissens • Heranziehen von Erfolgsbeispielen 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll aus der Gesundheitsbesprechung als Handlungsleitfaden zur Durchführung der vereinbarten Maßnahmen • Aktive Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen • Einbringen des neu gesammelten Wissens 	<ul style="list-style-type: none"> • Protokoll aus der Gesundheitsbesprechung • Vorgaben vom Betriebsrat bzgl. der Leistungseinschränkung des Mitarbeiters 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative und qualitative Daten und Kennzahlen zur Durchführung der Wirkungskontrolle
Outputs	<p>Gespräch mit dem betroffenen Mitarbeiter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Veränderung durch Kontaktaufnahme mit der Personalabteilung. • Handlungsbedarf melden <p>Zusammenstellung, Fortschritt und Wiedereingliederung des Mitarbeiters:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Name des Mitarbeiter • Alter • Bereich • Krankheitszeiten • Aktuelle Diagnosen • Bisherige Disziplinarmaßnahmen • Sonstige Auffälligkeiten etc. <p>→ Entscheidung über weiteres Vorgehen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fundierte medizinische Diagnose • Aussage über Zukunftsprognose 	<ul style="list-style-type: none"> • Agenda der Gesundheitsbesprechung • Teilnehmerliste • Einladung der Akteure • Festlegung des benötigten Zeitrahmens 	<ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung über weiteres Vorgehen • Finden der Maßnahmen mit den größten Erfolgsaussichten für den jeweiligen Krankheitsfall • Breiter Erfahrungsaustausch • Sammeln der Beispiele und guten Erfahrungen • Gegenseitige Lerneffekte und Wissensvermittlung • Stärkung der Zusammenarbeit und Beziehungsebene • Unterstützung der Vorgesetzten in ihrer Führungsverantwortung • Regelmäßige Kommunikation in den verschiedenen Themengebieten • Ausarbeitung eines Umsetzungsplans zur Behebung der Ursachen und Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Neue Erkenntnisse und Erfahrungswissen im Unternehmen erhebar gemacht • Quantitative und/oder qualitative Erfolge • Enge Betreuung und Motivation des betroffenen Mitarbeiters • Regelmäßige Rückmeldung an die Gesundheitsbe-sprechung • Regelmäßige Feedbackgespräche mit dem Mitarbeiter • Keine Veränderungen oder Verschiebungen oder Rückschlags 	<ul style="list-style-type: none"> • Stufenweise Wiedereingliederung des Mitarbeiters in sein bisheriges Tätigkeitsumfeld oder an einem adäquaten Arbeitsplatz • Ärztliche Betreuung des Mitarbeiters im BD • Vermeidung eines Rückfalls/Wiedereingliederung 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative und qualitative Daten • Präsentation zu den ausgewerteten Daten • Besondere Aufbereitung der Bestbeispiele • Abgeleitete Handlungsempfehlungen aus den gewonnenen Daten 	

Abb. 6.12 Vernetzter Kurationsprozess

Vernetzter Präventionsprozess

Der vernetzte Präventionsprozess ist in Abb. 6.13 dargestellt. In der Prozessphase „Umsetzung“ gilt es, die beschlossenen Maßnahmen und Lösungen entsprechend der Vereinbarung über Verantwortlichkeiten, Zeitraum, etc. durchzuführen.

Zur Sicherstellung der Durchführung sowie Wirksamkeit der beschlossenen Aktivitäten muss auch hier eine Prozessphase „Wirkungskontrolle“ stattfinden. Die Ergebnisse werden an einem Wiedervorlagetermin innerhalb des Gesundheitsworkshops präsentiert sowie diskutiert.

Aus gesetzlichen und betrieblichen Pflichten sowie aus seiner Vorbildfunktion für den eigenen Führungsbereich ist in den vernetzten Prozessen die Führungsperson hauptverantwortlicher Prozesseigner. Nur ihr ist es möglich, eine partnerschaftliche und vorbildhafte Unternehmenskultur zu leben. Aus diesem Grund muss es ein Anliegen der Führungspersonen sein, die vernetzten Gesundheitsprozesse zu initiieren sowie auf eine korrekte und kontinuierliche Durchführung zu achten.

Der Personalbereich berät in den vernetzten Prozessen die Führungspersonen bei der Vorbereitung und Durchführung von Mitarbeitergesprächen, unterstützt bei der Suche nach alternativen Arbeitsplätzen, zeigt Rechte und Pflichten auf, vermittelt zwischen den Experten im Gesundheitsmanagement, berät zu alternativen Lösungsansätzen wie bspw. Ausscheidungsvereinbarungen und ist als Moderator in den Gesundheitsgesprächsrunden tätig. Zusätzlich kann es die Aufgabe des Personalbereichs sein, die Wirkungskontrolle in den Prozessen sicherzustellen.

Der Betriebsärztliche Dienst übernimmt in den vernetzten Prozessen eine unterstützende Funktion. Er ist weiterhin für die Erfüllung der medizinischen Aufgaben verantwortlich, übt jedoch vornehmlich eine beratende Tätigkeit für Mitarbeiter und Führungspersonen aus. Bspw. ist es seine Aufgabe, die Arbeitssituation des betrieblichen Umfeldes zu prüfen und eine Stellungnahme zur Arbeitsplatzzeignung abzugeben. Ferner trifft der Betriebsärztliche Dienst eine Aussage zur voraussichtlichen Dauer verschiedener Krankheitsbilder, zu Reintegrationsmaßnahmen sowie zu Krankheitsverteilungen im Betrieb. Zusätzlich ist er unterstützend bei der Einleitung und Begleitung einer Kur oder Rehabilitationsmaßnahme sowie einer stufenweisen Wiedereingliederung tätig.

Es gilt zu beachten, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf freiwilligem Engagement der Beteiligten beruhen und somit die Mitarbeiter die Verantwortung für eine gesunde Lebensweise letztendlich selbst tragen. Dennoch soll das persönliche Gesundheitsstreben durch geeignete betriebliche Rahmenbedingungen gefördert werden.

Prozess	Initiierung	Diagnose	Beratung und Zielfindung	Information und Werbung	Umsetzung	Wirkungskontrolle
Inhalt	<p><u>Initiierung durch individuellen Kontakt zum Mitarbeiter, bspw. durch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Führungskraft Personalabteilung Vorsorgetermin beim WD <p><u>Initiierung durch Zielgruppenanalyse, bspw. wegen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Auffälligen Symptomen in einer Abteilung oder bei einer bestimmten Zielgruppe Neue Ursache-Wirkungs-Beziehungen im Betrieb erkennbar Durchführung von gesetzlichen Vorsorgeterminen Ermittlung von Risiken und Risikogruppen 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Untersuchung Fundierte medizinische Aussage Wissen über gesundheitliche Risiken Medizinische Zukunftsprognosen 	<p><u>Beratung und Zielfindung unter aktiver Beteiligung des Mitarbeiters, bspw. Maßnahmenplan über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Symptom- oder Problembeschreibung Ursache Lösungsmöglichkeiten Ziel Entscheidung und Festlegung der einzuleitenden Maßnahmen Festlegung eines Zeitraums Festlegung von Meilensteinen Art der Wirkungskontrolle Wiedervorlagetermin <p><u>Beratung und Zielfindung über angemessene Präventionsmaßnahmen für bestimmte Risikogruppen oder Abteilungen.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> Information der Führungskraft Neue Präventionsangebote im Unternehmen publik machen Durchdringungsgrad und Vermarktung der Maßnahmen im Unternehmen erhöhen Attraktivität der Maßnahmen im Unternehmen steigern Teilnahme für alle Mitarbeiter möglich machen 	<ul style="list-style-type: none"> Regelmäßige und kontinuierliche Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen unter ärztlicher Betreuung Aktive Teilnahme der Mitarbeiter Aktive Unterstützung durch zusätzliche Funktionsträger oder Spezialisten Unter Einhaltung des vereinbarten Zeitrahmens und mit den vereinbarten Ressourcen Regelmäßige Feedbackgespräche mit den betroffenen Mitarbeitern 	<ul style="list-style-type: none"> Sicherstellung der Nachhaltigkeit, Kontinuität, Durchdringungsgrad, Attraktivität und Teilnahmemöglichkeiten Sicherstellung der Wirkungskontrolle anhand den vorhandenen Daten und Auswertungen Aufbereitung der Daten zur Präsentation im Unternehmen Erkenntnis dass die Maßnahme evtl. verändert, optimiert oder abgeschafft wird
Ärztlicher Dienst	V	V	V	Durchführung V	Durchführung V	Durchführung V
Personalbereich	M	M.A	M.A	M.A	M.A	M.A
Betriebsrat	M	M.A	M.A	M.A	M.A	M.A
Führungskraft	M	M.A	M.A	M.A	M.A	M.A
Mitarbeiter	M	M	M	M.A	Aktives Mitwirken M	Durch Bewertung M
Inputs	<p><u>Individuelles MA-Gespräch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Informationen und Anliegen von Mitarbeitern Vertrauen der Mitarbeiter <p><u>Zielgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Symptome von Zielgruppen Gesetzliche Vorgaben (Verpflichtung) Verantwortung gegenüber der Belegschaft Aktuelle Gesundheitsthemen 	<p><u>Informationen aus individuellem Gespräch mit Mitarbeiter über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Private Anliegen und Interessen Bisherige Krankheiten Auszübende Tätigkeiten Tägliche Leistungsanforderungen <p><u>Informationen zu einer bestimmten Zielgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Arbeitsplatzbezogene und betriebliche Gegebenheiten (bspw. Schreibtisch- oder Produktionsstätigkeiten) Soziodemographische und organisationsdemographische Gegebenheiten 	<ul style="list-style-type: none"> Darstellung der Ist-Situation anhand der vorab gesammelten Daten Aktive Beratung mit den Mitarbeitern Evtl. heranziehen von weiteren Gesundheitspezialisten Einbringen von Erfahrungen und Erfolgsbeispielen Einbringen von unterschiedlichem Fachwissen 	<ul style="list-style-type: none"> Gesammelte Informationen aus den vorherigen Prozessphasen Erfahrungen aus bereits umgesetzten Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> Maßnahmenplan aus der Beratungs- und Zielfindungsphase als Handlungsleitfaden zur Durchführung der vereinbarten Maßnahmen Aktive Beteiligung der Mitarbeiter Einbringung von gesammelten Erfahrungen Unterstützung durch zusätzliche Funktionsträger und Spezialisten 	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Daten zum Kennzahlen zur Durchführung der Wirkungskontrolle
Outputs	<p><u>Individuelles MA-Gespräch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Signale wahrnehmen Thema und Anliegen des Mitarbeiters wichtig nehmen Weitere Prozessschritte einleiten <p><u>Zielgruppe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Erste Erkenntnisse über Zielgruppe Risiken und Risikogruppen erkennen Handlungsbedarf erkennen Weitere Prozessschritte einleiten 	<ul style="list-style-type: none"> Medizinische Diagnose Zukunftsprognose Erkenntnisse über gesundheitliche Schwachstellen Aussagen über die Verteilung und Entwicklung von Krankheiten im Betrieb Wissen über pragmatische Möglichkeiten zur Vorbeugung von Krankheiten im Betrieb 	<p><u>Entscheidung über weiteres Vorgehen im individuellen Mitarbeiterfall, bspw. Maßnahmenplan über:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Symptom- oder Problembeschreibung Ursache Lösungsmöglichkeiten Ziel Entscheidung und Festlegung der einzuleitenden Maßnahmen Festlegung eines Zeitraums Festlegung von Meilensteinen Art der Wirkungskontrolle Wiedervorlagetermin <p><u>Entscheidung über weiteres Vorgehen bei der Zielgruppenanalyse:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Finden der Maßnahme mit den größten Erfolgsaussichten für die jeweilige Zielgruppe (bspw. ergonomische Arbeitsplatzeinrichtungen, Informationsveranstaltungen, physische und psychische Präventionsangebote) Unterstützung der Vorgesetzten in ihrer Führungsverantwortung Gewinnung von Transparenz in den verschiedenen Themenfeldern Ausarbeitung eines Umsetzungsplans zur Behebung der Ursachen und Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> Führungskräfte informieren und als Multiplikatoren im Unternehmen nutzen Durchdringungsgrad der Maßnahmen im Unternehmen erhöhen Teilnahme aller Mitarbeiter ermöglichen Teilnahmeattraktivität im Unternehmen erhöhen 	<ul style="list-style-type: none"> Neue Erkenntnisse und Erfahrungen Gesundheitswissen im Unternehmen erlebbar gemacht Quantitative und/oder qualitative Erfolge Enge Betreuung und Motivation der Mitarbeiter Regelmäßiger Feedbackgespräche mit den Mitarbeitern Keine Veränderungen Verschlechterungen oder Rückschläge 	<ul style="list-style-type: none"> Quantitative und qualitative Daten zum GM im Unternehmen Präsentation zu den ausgewerteten Daten Besondere Aufbereitung der Bestbeispiele Abgeleitete Handlungsempfehlungen aus den gewonnenen Daten (bspw. Optimierung, Veränderung, Abschaffung)

Abb. 6.13 Vernetzter Präventionsprozess

Folgt man der Logik des vorgeschlagenen Konzepts zur Steuerung und Bewertung der betrieblichen Gesundheitsförderung bedarf es der *Potenziale* der Akteure (Perspektive 4), um die oben beschriebenen Prozesse optimal durchführen und weiterentwickeln zu können. Vor dem Hintergrund der Interviewergebnisse im Fallstudienunternehmen werden zentrale Potenziale vorgestellt.

Die oben dargestellten Gesundheitsprozesse und deren Phasen mit ärztlichen Beratungsgesprächen, körperlichen Untersuchungen, Offenbarung von Krankheitsbildern und anderen sensiblen Angelegenheiten, sind nur bei Mitwirkung der betroffenen Personen möglich. Diese Mitwirkung kann im betrieblichen Umfeld nur dann von den Mitarbeitern erwartet werden, wenn die involvierten Personen miteinander vertraut sind und kompetent sind. Einschlägige Fähigkeiten, Kompetenzen und Qualifikationen sind Voraussetzungen für das Gelingen eines BGMs und werden im Folgenden näher betrachtet.

Fachkompetenzen sind eine zentrale Grundlage für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement. Um die Qualität in den Gesundheitsprozessen sicherzustellen, muss vor allem eine vertrauensvolle und kompetente ärztliche Betreuung vorhanden sein. Voraussetzungen hierfür sind arbeitsmedizinische Kernkompetenz sowie Spezialwissen in der präventiven Gesundheitsförderung. Denn das Ermitteln von Risiken, Risikogruppen, Zielgruppen und die Ausarbeitung von Gesundheitsprogrammen erfordert sowohl Kenntnisse der physiologischen und psychologischen Leistungsvoraussetzungen als auch der technisch-organisatorischen und wirtschaftlichen Bedingungen eines Unternehmens. Dies bedeutet, dass Vertreter des Betriebsärztlichen Dienstes sowie auch die Fach- und Querschnittsabteilung sowie Werkstätten einen Zugang zu relevanten gesundheitsspezifischen Informationen am Arbeitsplatz haben sollten. Bspw. durch Hospitationen, anhand von Informationsveranstaltungen, durch regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter und bereichsübergreifende Workshops.

Zusätzlich sollen Betriebsärzte befähigt sein, sich in die *fachfremden Strukturen, Kriterien und Logik betrieblichen Entscheidens und Handelns hineinzudenken* und diese bei der Begründung und Platzierung der Vorschläge zum BGM zu berücksichtigen. Zwar ist die ureigenste Aufgabe des Betriebsarztes die Humanisierung der Arbeit und nicht die Kostensenkung, das Qualitätsmanagement und die Produktivitätssteigerung. Allerdings arbeitet der Betriebsarzt in einem Umfeld und mit Akteuren, für die völlig andere Handlungsprioritäten und Relevanzkriterien gelten. Maßnahmenvorschläge zum BGM, die den Erfahrungshintergrund der betrieblichen Entscheidungsträger ignorieren, würden sehr wahrscheinlich dazu führen, dass die Betriebsärzte im Unternehmen kein „Gehör“ finden.

Weiter ist es erforderlich, dass Vorgesetzte ihre *Führungsverantwortung* auch auf den Gebieten Gesundheit und Lebensqualität wahrnehmen und diese Werte über eine Vorbildwirkung in ihre Führung mit einbeziehen. Hierzu müssen Führungskräfte ein bewusstes Empfinden für die Gesamtwirkung der Führung entwickeln. Dies kann bspw. durch Trainings zur Außenwirkung (Rhetorik, Präsentation, Konfliktbearbeitung und Gesprächsführung) erfolgen.

Zusätzlich müssen Führungskräfte ihre *soziale Kompetenz* zur Erhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter ausbauen. Anhand eines offenen Vertrauensverhältnisses zu ihren Mitarbeitern können Führungskräfte die sicherste „Wirksamkeitskontrolle“ im BGM sowie in anderen betrieblichen Angelegenheiten darstellen. Hierzu gilt es, die Beziehungsebene anhand von (alltäglichen) Ritualen, wie bspw. morgendliches persönliches Begrüßen, das Ansprechen und Befragen von Mitarbeitern bzgl. ihres Befindens sowie deren aktive Einbeziehung zu stärken.

Für eine kontinuierliche Verbesserung des BGMs sowie für die Entstehung gegenseitiger Lernsynergien sollte ein unmittelbar wirkender Feed-Back-Mechanismus zwischen den Akteuren, besonders zwischen den Beschäftigten und Managern, eingerichtet werden. Dies ist nur möglich, wenn ein gewisses Vertrauensverhältnis sowie

eine *offene Kommunikationskultur* bestehen und Führungskräfte über die Fähigkeit zur Selbstreflexion (Kritikfähigkeit) verfügen.

Die Qualität der Kommunikation ist für die wirksame Durchführung von BGM-Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Das BGM lebt von der Mitgestaltung der Beschäftigten und sichert sich dadurch deren Akzeptanz. Dies betrifft die Kommunikation zwischen den Führungskräften und den Mitarbeitern auf einer persönlichen sowie informativen Ebene. Oft sind die Mitarbeiter unzureichend über die vorhandenen Maßnahmen informiert. Zusätzlich wurde in den Interviews erwähnt, dass die Beziehungsebene zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten häufig zu kurz kommt und es an einer Nachvollziehbarkeit von Führungsentscheidungen mangelt. Ebenso betrifft dies die Kommunikation zwischen den involvierten Gesundheitsakteuren.

Die Wirksamkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung ist auch durch die Qualität der *Kooperation der Akteure* im BGM bestimmt. Dies betrifft Planung, Konzeption und Umsetzung der Maßnahmen. Sowohl im täglichen Umgang mit den Mitarbeitern als auch im Rahmen eines wirksamen BGMs ist die Zusammenarbeit von hoher Bedeutung, da bei der Durchführung der Maßnahmen viele verschiedene Stellen beteiligt sind und immer wieder Zielkonflikte auftreten. Ebenfalls gehören zu einer guten Kooperation *klare Verantwortlichkeiten, systematische Absprachen bzw. Vereinbarungen und ein aufeinander abgestimmtes Vorgehen* bei einzelnen Maßnahmen.

Voraussetzung für die beschriebenen Gesundheitsprozesse ist, dass das Thema Gesundheit gleichwertig zu anderen Themen in der *Unternehmensstrategie* steht und in der *Unternehmenskultur integriert* ist. Nur so kann das Ziel einer stärkeren Verankerung der Gesundheit im täglichen Verhalten und in den Einstellungen der Beschäftigten und Führungskräfte erreicht werden. Hierzu ist es erforderlich, dass der Sinn und die Bedeutung von Gesundheit für ein erfülltes Leben und als Voraussetzung persönlicher Leistungsfreude erkannt werden.

Zusätzlich soll in den Unternehmen aufgezeigt werden, dass im gesamtunternehmerischen Interesse der langfristige Erhalt bzw. die Steigerung der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter und nicht deren Austauschbarkeit im Vordergrund steht. Denn ein BGM verfolgt nicht das Ziel, auf irgendeine Art und Weise einen möglichst geringen Krankenfehlstand zu erreichen. Im Extremfall kann ein geringer Krankenstand sogar ein Zeichen für verschleppte Krankheiten und Angst sein – und damit für das Gegenteil einer Abbildung von Gesundheit. Durch diesen reinen Präsentismus der Mitarbeiter können erhebliche Mehrkosten für das Unternehmen entstehen (GOETZEL et al. 2004).

Weiter stellen oftmals die unternehmenspolitischen Dimensionen ein Problem in den Gesundheitsprozessen dar. Denn das Wissen über Probleme und deren pragmatische Lösungsideen ist bei den Beschäftigten an der Basis vorhanden, während die Entscheidungs- und Richtlinienkompetenz wiederum die Manager der „oberen Etagen“ zur Verfügung haben, welche nur bedingt die Probleme der Basis kennen. Dieses Anliegen lässt sich durch eine *offene sowie kritikfähige Führungs- und Unternehmenskultur* kompensieren, wozu drei wesentliche Veränderungsanstöße nötig sind, die sich wechselseitig bedingen und gerade in ihrer Kombination wirksam sind:

- „bottom up“ – eine langsame und informelle Kulturbeeinflussung über das Verhalten der einzelnen Führungskräfte und Mitarbeiter
- „top down“ – eine Beeinflussung über Leitbilder, unternehmerische Maßnahmen und das Vorbildverhalten des Top-Managements

- „gesunde“ Führung als das verbindende und alltagswirksame Thema zur Kulturprägung.

Zusätzlich gilt es, die Mitarbeiter vermehrt in gesundheitliche Themen einzubinden und eine Transparenz im BGM zu schaffen. Dies ist wichtig, um deren Akzeptanz und aktive Beteiligung zu erlangen. In den vorliegenden Prozessen kann dies bspw. durch regelmäßig stattfindende Mitarbeiter- und Feedbackgespräche, das Einbeziehen der Mitarbeiter in die Gesundheitsworkshops sowie die Einrichtung eines Ideenmanagements im BGM erreicht werden.

Um qualitativ hochwertige Gesundheitsprozesse sicherzustellen, sind wohl durchdachte Prozessabläufe erforderlich. Trotz einer Prozessbeschreibung ist es wichtig, den involvierten Akteuren einen gewissen Handlungsspielraum einzuräumen. Denn Richtlinien, Durchführungsbestimmungen, Vorschriften und Prozessanweisungen können Unvorhergesehenes nicht erfassen. Deshalb ist ein starres Planungs- und Steuerungsmodell zu aufwendig. Durch eine starke Standardisierung entwickelt sich häufig das Symptom einer schleichenden Lähmung, welches sich durch „nicht zuständig sein“, „sich nicht trauen“ oder „leider nicht dürfen“ äußert. Aus diesen Gründen ist im Gesundheitsmanagement eine Kombination autonomer Selbstorganisation mit einer übergeordneten, gemeinsamen Planung sinnvoll.

Ebenfalls gilt es zu beachten, dass Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf freiwilligem Engagement der Beteiligten beruhen. Ein „Erzwingen“ von gesundheitsgerechtem Verhalten erscheint nicht zweckmäßig. Kuration und vor allem Prävention von Gesundheitsschäden sind nur bei aktiver Beteiligung der betroffenen Mitarbeiter möglich. Das Prinzip der Mitarbeiterbeteiligung wäre allerdings missverstanden, wenn man diese lediglich in einem instrumentellen Sinne als Möglichkeit zur Abschöpfung von Problemlösungs- und Effektivitätspotenzialen begreift. Damit würde verkannt, dass es bei Partizipation um Selbstbestimmung, Kontrolle über die eigenen Lebensumstände, Realisierung von Einfluss- und Mitgestaltungsmöglichkeiten geht, weil diese an sich schon eine gesundheitsförderliche Dimension aufweisen. Aus diesem Grund gilt es, die Eigenverantwortung aller Arbeitspersonen für ihre Gesundheit zu stärken sowie geeignete Rahmenbedingungen für gesundheitsbewusstes (Arbeits-) Verhalten zu schaffen.

Eines der größten Probleme bei der Durchführung von BGM-Maßnahmen scheint die geringe Teilnehmerquote zu sein. Hohe Quoten stellen jedoch die Voraussetzung dar, um den Gesundheitszustand der Belegschaft mit Hilfe von verhaltenspräventiven Maßnahmen zu verbessern. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund der Selbstselektion, da gesundheitsbewusste Mitarbeiter ohnehin derartige Maßnahmen in Anspruch nehmen. Jedoch müssen für betriebsweite relevante Effekte vor allem auch diejenigen Beschäftigten zur Teilnahme motiviert werden, welche ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufweisen. Hierzu sollten die Gesundheitsworkshops und Maßnahmen den Mitarbeitern einen erlebbaren Mehrwert für ihre Lebensqualität bieten. Führungskräfte nehmen bei der Durchführung eine wichtige Rolle ein, da sie dafür sorgen müssen, dass nicht nur die Mitarbeiter an Workshops teilnehmen, die schon Interesse für das Thema „Gesundheit“ mitbringen. Führungskräfte müssen dafür sorgen, dass bisher „Uninteressierte“ verstärkt an BGF-Maßnahmen teilnehmen.

Abschließend werden generelle Erfolgskriterien genannt, welche im Maßnahmenangebot berücksichtigt werden sollten, um eine hohe Akzeptanz und damit Nachfrage in den Mitarbeitern zu erzielen:

- Nah: Räumliche Nähe zum Arbeitsplatz, zeitliche Nähe zur Arbeitszeit
- Kurz: Keine zu hohe zeitliche Beanspruchung
- Einfach: Für jeden machbar, individuell regulierbar (Berücksichtigung der Arbeitszeiten)
- Klar: Klare, zielgruppengerechte Kommunikation des Nutzens und des geringen Aufwands
- Authentisch: Interesse des Absenders muss erkennbar sein, Win-win-Situation herausstellen.

Um den Aufwand angemessen zu reduzieren, ist es möglich, Teile des vernetzten Kurations- und Präventionsprozesses zu vereinen, bzw. in bereits vorhandene bereichsübergreifende Meetings zu integrieren. Zusätzlich ist es hilfreich, die vernetzten Workshops, vor allem im präventiven Bereich, auf verschiedenen Hierarchieebenen durchzuführen. Denn Maßnahmen und Gestaltungslösungen, die gemeinsam auf einer breiten Beteiligungsbasis entwickelt worden sind, finden innerbetrieblich eine größere Akzeptanz und werden mit mehr Engagement und Nachdruck umgesetzt.

Die hier vorgeschlagene *Vernetzung* ist zentral, um eine Gesundheitsstrategie auch letztendlich umsetzen zu können und damit auch *notwendige Grundlage* für die Entwicklung einer Gesundheits-BSC, die einem *umfassenden Gesundheitsverständnis* folgt.

7 Empfehlungen zur Entwicklung einer Gesundheits-Balanced Scorecard

7.1 Vorbemerkungen

In diesem abschließenden Kapitel werden aus den beschriebenen Ergebnissen des Forschungsprojekts Empfehlungen für den Aufbau und die Implementierung eines kennzahlengestützten Steuerungsinstruments für das BGM (Gesundheits-BSC) abgeleitet und im Sinne eines allgemeinen Handlungsleitfadens aufbereitet.

Zunächst ist zu betonen, dass der Mehrwert eines BSC-Kennzahlensystems mit Ursache-Wirkungsbeziehungen (Strategy Map) nicht allein in der Methode selbst liegt, sondern sich erst entfaltet, wenn es gelingt, mit allen Beteiligten und Verantwortlichen eine klare und verbindliche strategische Ausrichtung des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten und zu definieren. Die Gesundheits-BSC ist ein Instrument, das diesen Prozess unterstützen und leiten kann.

Grundsätzlich lassen sich drei zentrale Anforderungen an ein Unternehmen identifizieren, wenn es ernsthaft seine „weichen“ Ressourcen im Hinblick auf Wertbeitrag und Nachhaltigkeit steuern will:

- Commitment des Managements (die Entwicklung der BSC als Prozess auffassen, Zeit und Mühe investieren, langfristiges Engagement zeigen)
- Strategische Ausrichtung (Gesundheitsstrategie inhaltlich aus der Unternehmens- und Personalstrategie ableiten bzw. mit diesen in Gleichklang bringen)
- Vernetzung (BGM als vernetzten Prozess auffassen und entsprechende Strukturen schaffen)

Die einzelnen Anforderungen werden in den folgenden Empfehlungen aufgegriffen und näher erläutert.

Die Implementierung der Gesundheits-BSC sollte vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Fallstudie im Rahmen eines *virtuellen Gesundheitsbereichs* – d. h. in *verteilter Form aller relevanten Organisationseinheiten* – erfolgen. Zu den zentralen Aufgaben einer solchen Klärungsinstanz zählen die Erarbeitung und Implementierung einer gesundheitsbezogenen Strategie sowie die Klärung von Zielkonflikten. Beteiligte an der Entwicklung einer solchen Gesundheits-BSC sind zumindest der Betriebsärztliche Dienst, der Personalbereich und das Management. Die Leitung dieses Gremiums kann z. B. bei einem Gesundheitsmanager liegen. Eine zentrale Herausforderung ist es, die *einzelnen strategischen Ziele* und die damit verbundenen Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Kompetenzen zu *integrieren*. Die Ziele der Perspektive „Erfolg“, die sich aus der Unternehmensstrategie ergeben (bspw. Kostensenkung, Qualitätssteigerung), liegen im alleinigen Verantwortungsbereich des Managements. Ziele auf den Perspektiven „Gesundheit & Beschwerden“ (bspw. Reduzierung der physischen und psychischen Belastung), „Prozesse des Gesundheitsbereichs“ und „Potenziale des Gesundheitsbereichs“ (bspw. Verbesserung der Ergonomie und des Arbeitsschutzes) liegen im gemeinsamen Verantwortungsbereich des Betriebsärztlichen Diensts, des Personalbereichs und des Managements. Die Aufgaben und Ziele der Perspektive „Prozesse des Gesundheitsbereichs“ können darin gesehen werden, die gewünschten Effekte bezüglich der Person, Situation & Organisation zu erken-

nen. Hier bedarf es einer Abstimmung der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. In der Perspektive „Potenziale des Gesundheitsbereichs“ werden die jeweiligen Voraussetzungen geschaffen, um die Prozesse des Gesundheitsbereichs optimal zu gestalten. Die Potenziale (z. B. Kommunikationskompetenz zur Identifikation von gesundheitsrelevanten Problemen und zur effizienten Durchführung der BGM-Prozesse) sind grundsätzlich mit fachspezifischen Schwerpunkten allen Akteursgruppen zuzuordnen.

Abb. 7.1 zeigt die grundlegende Vorgehensweise und die Meilensteine des Entwicklungs- und Umsetzungsprozesses.

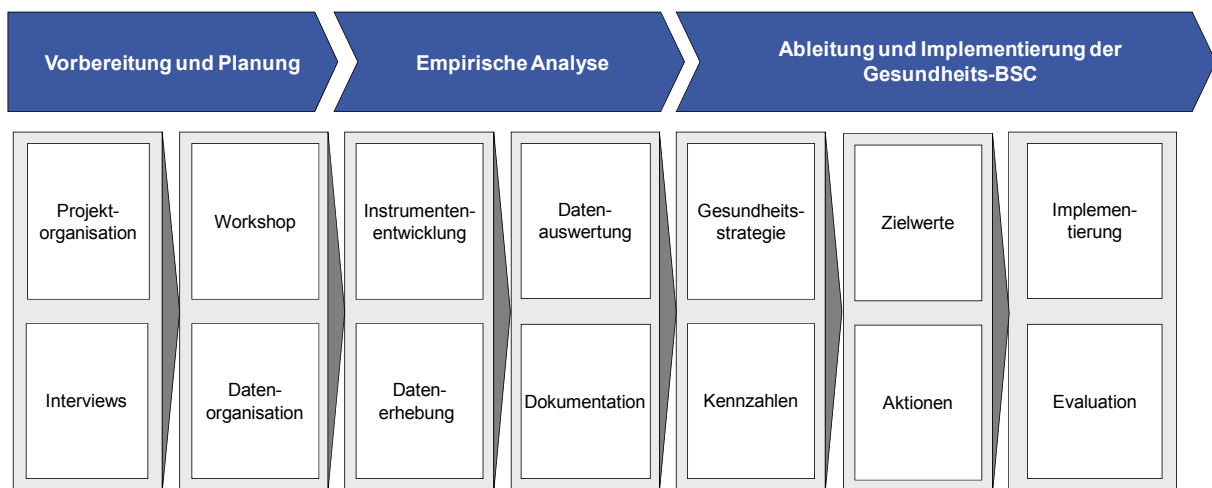


Abb. 7.1 Projektplan zur Entwicklung und Implementierung einer Gesundheits-BSC (Die Bausteine innerhalb einer Spalte sollten nacheinander abgearbeitet werden.)

In den folgenden Abschnitten werden die Arbeitsschritte erläutert, die notwendig sind, um eine Gesundheits-BSC im Unternehmen zu entwickeln und nachhaltig zu installieren. Dabei wird das Vorgehen in der schon beschriebenen Struktur

- Vorbereitung und Planung
- Empirische Analyse
- Ableitung der Gesundheits-BSC

zur Erarbeitung einer Gesundheits-BSC beschrieben. Abschließend wird das MS-Excel-Tool zur IT-Umsetzung vorgestellt.

7.2 Schritt 1: Vorbereitung und Planung

Die Entwicklung und Implementierung einer Gesundheits-BSC ist eine bereichsübergreifende Aufgabe, die nicht im Rahmen der Linienorganisation leistbar ist. Sinnvoll ist die Installierung einer professionellen *Projektorganisation* mit einem operativ arbeitenden Projektteam *und* einem mit TOP-Führungskräften besetzten Steuerungsgremium, um sicher zu stellen, dass einerseits die notwendigen personellen Kapazitäten für diese Aufgabe zur Verfügung gestellt werden und andererseits die Entscheidungsfähigkeit für strategische Weichenstellungen (z. B. Festlegung von Ver-

verantwortlichkeiten im Gesundheitsmanagement) gewährleistet ist. Zugleich ermöglicht eine Projektorganisation, dass alle Fachbereiche und Führungskräfte, die das betriebliche Gesundheitsmanagement mittragen müssen, von Anfang an beteiligt werden. Das Projektteam muss aus Mitarbeitern bzw. Führungskräften des betriebsärztlichen Bereiches, des Personalwesens und der Linienorganisation zusammengesetzt werden.

Die erste Aufgabe des Projektteams sollte darin bestehen, die „Landschaft“ der aktuellen betrieblichen Gesundheitsförderung zu erfassen. Dazu gehören die Zielsetzungen und Problemstellungen, die zurzeit bearbeiteten Handlungsfelder, die erlebten Stärken und Schwächen der Gesundheitsförderung im Alltag und vor allem die spezifischen Perspektiven und Einschätzungen der verschiedenen Anspruchsgruppen der Gesundheitsförderung. Hier haben sich die im Fallstudienunternehmen praktizierten, flächendeckenden *Interviews* anhand eines strukturierten Leitfadens als wertvolle Methode erwiesen, um ein umfassendes Bild zu generieren.

Auf der Basis der dokumentierten Interviewergebnisse können anschließend die strategischen Rahmenbedingungen für die zukünftige Gesundheitsförderung diskutiert und definiert werden.

Die Ergebnisse der Interviews sollten im nächsten Schritt konkret genutzt werden, um im Rahmen eines *Workshops* die zentralen Eckpfeiler des zukünftigen Gesundheitsmanagements festzulegen. In diesem Workshop sollten möglichst alle Anspruchsgruppen und Verantwortlichen einbezogen werden, damit die Zielrichtungen der Gesundheits-BSC von allen Betroffenen verstanden und unterstützt werden. Außerdem gilt es, das weitere Vorgehen zur Entwicklung und Implementierung eines kennzahlengestützten Steuerungssystems zu diskutieren und sich auf verbindliche Arbeitsschritte, Meilensteine und Verantwortlichkeiten für diesen Prozess zu verständigen.

Kernpunkt des Workshops ist die *erste Beschreibung einer Gesundheitsstrategie* für das Unternehmen. Die BGM-Strategie sollte sich dabei an den Unternehmenszielen orientieren (Abb. 7.2).

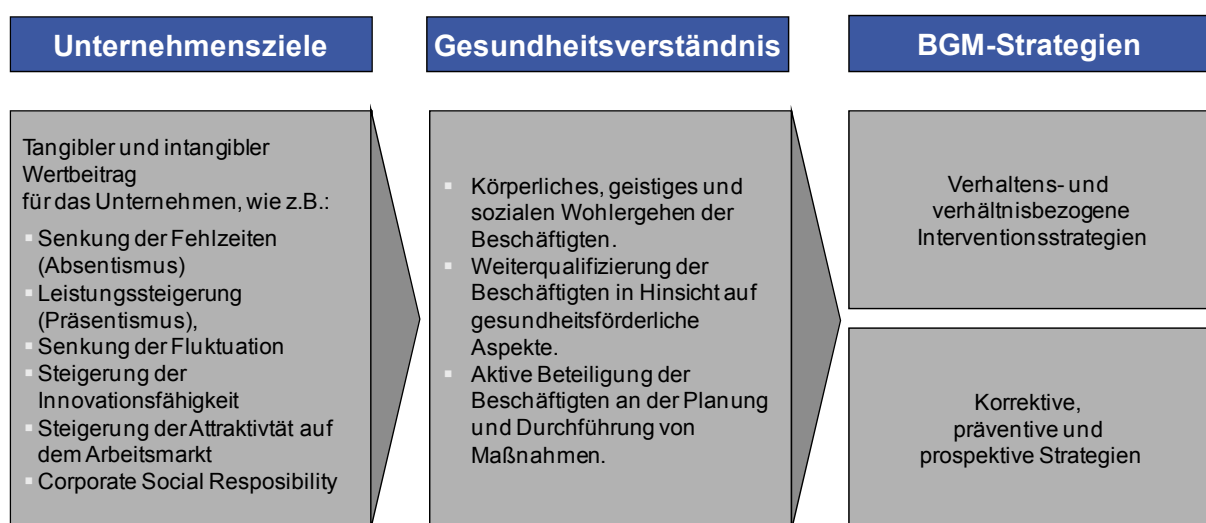


Abb. 7.2 Ableitung der BGM-Strategien

Bei der *Ableitung der BGM-Ziele* aus den Unternehmenszielen stehen folgende Fragen im Vordergrund:

- Welchen Beitrag soll das BGM für das Unternehmen leisten?
- Welche Kosten lassen sich auf eine unzureichende Gesundheit der Beschäftigten zurückführen?
- Welche anderen Unternehmensziele (z. B. im Bereich Qualität oder Produktivität) werden durch die Gesundheit der Beschäftigten beeinflusst?
- Welche Engpässe verursacht eine unzureichende Gesundheit in der Wertschöpfung des Unternehmens?

Dabei ist die Erarbeitung eines *gemeinsamen Verständnisses* von Gesundheit wichtig, um die Tragweite der Gesundheitsproblematik zu erfassen. Wird Gesundheit im *salutogenen Verständnis* (vgl. Kap. 2) definiert, so müssen nicht nur die direkten Folgekosten von Krankheit und daraus resultierenden Fehlzeiten berücksichtigt werden, sondern auch die Konsequenzen von nicht offensichtlichen Beeinträchtigungen von Gesundheit, z. B. durch Leistungsbeeinträchtigungen am Arbeitsplatz aufgrund von übermäßiger Beanspruchung, Handlungs- und Kompetenzdefiziten im Umgang mit physischen und psychischen Belastungen oder Motivationsdefiziten. Entsprechend müssen alle Themen identifiziert werden, die aus der Sicht des Unternehmens wettbewerbsrelevant sind und deutliche Bezüge zur Gesundheit der Beschäftigten haben.

Für eine genauere *Analyse der eigenen Stärken und Schwächen* muss von Anfang an die Struktur der *Gesundheits-BSC mit den vier Perspektiven* zur umfassenden Steuerung genutzt werden. Auf jeder Ebene werden andere Ziele und Zielmerkmale (Faktoren) betrachtet:

- *Potenziale (Perspektive 4, vgl. Abb. 3.11)*: Hier werden die Faktoren betrachtet, die dem BGM bzw. dem virtuellen Gesundheitsbereich zur Verfügung stehen: personelle Ressourcen im betriebsärztlichen Dienst oder Personalbereich, finanzielle Ressourcen für die Finanzierung von Maßnahmen und Programmen, Fachwissen und nicht-fachliche Kompetenzen der BGM-Akteure.
- *Prozesse (Perspektive 3, vgl. Abb. 3.11)*: Die Prozessperspektive beinhaltet die Faktoren, welche die Quantität, Qualität und Effizienz der BGM-Programme beschreiben. Hier sind etwa die Anzahl der erreichten Risikogruppen, die Kosten pro Teilnehmer für bestimmte BGM-Programme, das in einer Schulung vermittelte Wissen über Gesundheitsverhalten oder die Anzahl von durchgeführten Gefährdungsanalysen am Arbeitsplatz in einem bestimmten Unternehmensbereich zu nennen. Daneben beinhaltet die Prozessebene auch die Faktoren, die für eine professionelle Vernetzung aller BGM-Akteure stehen, wie die Klarheit und Einhaltung von Schnittstellen und Abläufen. Zu dieser Perspektive gehören schließlich auch die Faktoren, welche die Qualität der Arbeit ausmachen, z. B. die Ergonomie eines Arbeitsplatzes oder das Führungsverhalten.
- *Gesundheit & Beschwerden (Perspektive 2, vgl. Abb. 3.11)*: Diese Perspektive richtet den Blick auf die Ergebnisse der BGF-Prozesse. Dazu gehören die Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter und Führungskräfte und vor allem die Ausprägung des gesundheitlichen Befindens der Beschäftigten.

- *Erfolg (Perspektive 1, vgl. Abb. 3.11)*: Hier werden die wirtschaftlichen Effekte des BGM abgebildet. Dazu gehören zunächst einmal die Fehlzeiten aber auch weitere Effekte, die durch die Gesundheit der Beschäftigten indirekt beeinflusst werden können, wie z. B. die Qualität der Arbeitsergebnisse oder die Produktivität.

In diesem Zusammenhang können folgende Fragen handlungsleitend sein:

1. Welche Potenziale stehen zur Verfügung? Wo gibt es dabei Engpässe? Welche Stärken und Schwächen existieren?
2. Wie gut sind die Abläufe im Gesundheitsmanagement geregelt? Wie gut werden diese umgesetzt?
3. Welche BGM-Maßnahmen sind qualitativ gut, welche weniger?
4. Welche Prozesse zur präventiven Gesundheitsförderung und Vernetzung sind bisher standardisiert und etabliert? Mit welchem Erfolg?
5. Welches Wissen existiert über die Wirkungen der kurativen, präventiven und vernetzten Maßnahmen?
6. Welche Risikogruppen im Unternehmen für bestimmte Beanspruchungen und Beschwerden existieren? Wie gezielt wird mit diesen Risikogruppen gearbeitet?
7. Welche wirtschaftlichen Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, bestimmter Programme oder einzelner Maßnahmen sind bekannt?
8. Wo können zukünftig die deutlichsten wirtschaftlichen Effekte erzielt werden?
9. Was ist die gesundheitliche Achillesferse des Unternehmens?

Mit der Analyse sollte ein stimmiges Bild der strategischen Handlungsnotwendigkeiten im BGM entstehen. Darauf aufbauend müssen anschließend die *strategischen Ziele* abgeleitet werden. Sie müssen als zentrales Element die *Vernetzung der Akteure* beinhalten. Ziele müssen zudem einerseits möglichst klare Ergebnisvorstellungen beinhalten. Andererseits müssen sie die Prioritäten deutlich markieren. Daher sollte hier insbesondere diskutiert werden, welche Bedeutung verhältnis- und verhaltensbezogene BGM-Ziele im Unternehmen haben sollen und wie der Stellenwert von kurativen, präventiven und prospektiven Zielen gesehen wird. Mit den Zielen sollte ein klarer *Positionierungswunsch* des BGM verbunden sein: Wo werden Schwerpunkte gesetzt? Woran lassen sich das BGM und seine (präventiven) Wirkungen messen?

Mit der ersten Festlegung von Zielen wird die Grundlage für die weitere Erarbeitung des Steuerungsinstruments gelegt. Um den folgenden Schritt, die empirische Analyse, gezielt zu beauftragen, müssen im Strategie-Workshop bereits die relevanten Faktoren benannt werden, die es dann zu untersuchen gilt. Auch hier hilft die *Differenzierung in die vier BSC-Perspektiven*:

- Welche wirtschaftlichen Wirkungen sollen untersucht werden?
- Woran wird die Wirksamkeit des BGM festgemacht?
- Welche Kriterien lassen sich heranziehen, um die Qualität und Effizienz der Programme, Abläufe und Kooperationsbeziehungen in der Gesundheitsförderung abzubilden?

- An welchen Parametern lässt sich festmachen, über welche Potenziale (Ressourcen, Infrastruktur, Kompetenz) die BGM-Akteure verfügen?

Im letzten Schritt der Planungsphase sollte es vor allem darum gehen, die empirische Analyse professionell vorzubereiten. Insbesondere ist hier zu prüfen, *welche Daten benötigt werden*, um die im Workshop entwickelte Gesundheitsstrategie und die anvisierte Form der strategischen Steuerung mit Kennzahlen zu realisieren. Die Datenerhebung und empirische Analyse muss auf die im Workshop erarbeiteten, strategischen Zielmerkmale der Gesundheitsförderung auf allen vier Perspektiven der Gesundheits-BSC fokussieren. Mögliche Zielmerkmale für diese vier Ebenen zeigt Tab. 7.1.

Tab. 7.1 Beispiele für Strategische Zielmerkmale des Gesundheitsmanagements

Ebene	Zielmerkmale
Erfolg	Merkmale der Organisationseinheiten: Kosten von Fehlzeiten, Produktivität der Organisationseinheiten, Qualität der Arbeitsergebnisse
Gesundheit & Beschwerden	Merkmale der Person: Beschwerden, Psychische und physische Belastungen, Leistungseinschränkungen
Prozesse	Merkmale der Arbeitssituation: Belastungsfaktoren, Handlungsspielräume, Anforderungsniveau, Kooperation im Team, Führungsverhalten, Beanspruchung durch die Arbeit, Handlungsspielräume Merkmale der Person: Persönliche Kompetenz, Gesundheitsverhalten, Einstellung zur Gesundheit, Zufriedenheit Programmmerkmale: Durchdringungsgrad (Erreichte Ziel- oder Risikogruppen), Nachhaltigkeit/Kontinuität, Kosten pro Patient oder Teilnehmer Ablauf-/Kooperationsmerkmale: Prozessqualität bei der Durchführung der Programme, Qualität der Planung und Dokumentation, Qualität der Zusammenarbeit aller BGM-Akteure
Potenziale	Ressourcenmerkmale: Fachkompetenzen der Akteure im Bereich Kuration, Prävention und Vernetzung, Finanz- und Zeitbudget für Kuration, Prävention und Vernetzung bzw. für bestimmte Zielgruppen

Bei der Datenerhebung müssen für jedes Zielmerkmal geeignete Messkriterien oder Operationalisierungen sowie geeignete Messverfahren entwickelt werden. Zum Abschluss der Planungsphase muss eine umfassende Bestandsaufnahme zu verfügba-

ren, relevanten Daten und Kennzahlen erfolgen. Das Vorgehen im Fallstudienunternehmen hat gezeigt, dass dies eine aufwendige, aber notwendige Vorbereitungsarbeit darstellt, um sicher zu stellen, dass die geplante Datenarchitektur in der Gesundheits-BSC auch mit den im Unternehmen vorhandenen Daten realisierbar ist. Welche Daten und Datenqualität verfügbar ist, hängt davon ab, wie differenziert und systematisch im Unternehmen Gesundheits-, Personal-, Produktions- und Qualitätskennzahlen gepflegt werden. Optimal für die Entwicklung eines aussagekräftigen *Kennzahlensystems* sind folgende *Rahmenbedingungen*:

1. Im Unternehmen werden Effektivitäts- und Effizienz Kennzahlen auf der untersten Organisationsebene (Individuum, Kostenstelle, Team, Abteilung o. ä.) monatlich geführt und gepflegt.
2. Für alle wichtigen kurativen, präventiven und vernetzten Maßnahmen, Programme oder Prozesse gibt es klare Durchführungsstandards wie z. B. festgelegte Abläufe, die auch dokumentiert werden. In den Durchführungsstandards werden insbesondere auch klare Verantwortlichkeiten und Schnittstellen zwischen den verschiedenen beteiligten Akteuren festgelegt.
3. Die direkten Effekte von BGF-Maßnahmen (z. B. Motivation, Lerneffekte, Wissens-effekte) werden durch geeignete Überprüfungen im Anschluss an die Maßnahmen (z. B. durch einen Fragebogen) systematisch und flächendeckend dokumentiert und zu einem späteren Zeitpunkt erneut gemessen.

Voraussetzung für die Erfassung und den Vergleich wirtschaftlicher Effekte ist, dass in allen Organisationseinheiten *vergleichbare Daten* existieren bzw. erhoben werden können. Zudem muss die regelmäßige Pflege der Daten und der daraus abgeleiteten Kennzahlen später möglich sein. Hierbei muss zudem darauf geachtet werden, dass die *Daten flächendeckend* für den Einsatzbereich vorliegen. Tab. 7.2 gibt Hinweise über mögliche Datenerhebungsverfahren.

Tab. 7.2 Mögliche Verfügbarkeit von Daten im Unternehmen

Ebene	Datenerhebungsverfahren
Erfolg	Daten aus dem Personal- und Unternehmenscontrolling
Gesundheit & Beschwerden	Daten aus Mitarbeiterbeurteilungen, Führungskräftebeurteilungen oder Mitarbeiterbefragungen
Prozesse	Daten aus dem Qualitätsmanagement, z. B. im Betriebsärztlichen Dienst oder dem Personalbereich
Potenziale	Daten aus dem Controlling des Betriebsärztlichen Dienstes oder des Personalbereiches

Insbesondere die Beschreibung und Bewertung der BGF-Prozesse ist eine Herausforderung bei der empirischen Analyse. Hier geht es vor allem darum, die zentralen Abläufe im Bereich der Kuration und Prävention als auch in der Vernetzung aller BGM-Akteure zu erfassen und hinsichtlich einer „guten Prozessqualität“ zu bewerten. Bevor jedoch eine Prozessbewertung erfolgen kann, muss zunächst eine Prozessaufnahme unter folgenden Gesichtspunkten stattfinden:

- Für welche Prozesse gibt es klare Vorgaben und Standards im Ablauf, im Handeln und in der Dokumentation?
- Wie gut sind die Verantwortlichkeiten und die Zusammenarbeit aller Akteure in den verschiedenen Prozessen definiert?
- Inwieweit wird erfasst, wie gut diese Standards und Regelungen gelebt werden?
- Für welche Prozesse gibt es definierte und erfasste Ergebnisgrößen?

Mit der Prozessperspektive ist die Auffassung verbunden, dass alle BGM-Programme nur so gut sein können, wie sie in professionelle Prozesse eingebunden sind.

7.3 Schritt 2: Empirische Analyse

Mit der empirischen Analyse soll das im Rahmen des Workshops erarbeitete qualitative Bild der Stärken und Schwächen im betrieblichen Gesundheitsmanagement durch „harte“ Daten abgestützt, verifiziert und vertieft werden. Insbesondere gilt es in dieser Phase das Wissen über Ursache-Wirkungszusammenhänge im Unternehmen aufzubauen. Außerdem soll mit der Datenerhebung auch die Basis für die Entwicklung geeigneter fragebogenbasierter Kennzahlen gelegt werden, welche die Ausprägung aller strategisch relevanten Zielmerkmale abbilden.¹⁷

Die empirische Analyse umfasst

- die Entwicklung oder Optimierung von Erhebungsinstrumenten,
- die Erhebung bzw. Zusammenstellung von Daten,
- die Auswertung der Daten sowie
- die Dokumentation der Ergebnisse.

Bei der Auswertung der *Datenerhebung* sind folgende Verfahren möglich und hilfreich:

- *Deskriptive Auswertung (Mittelwerte, Häufigkeiten)*: Darstellung der mittleren Ausprägungen oder Verteilung von Werten für alle erfassten Merkmale ggf. getrennt nach erfassten Organisationseinheiten.
- *Korrelative Auswertung (bspw. Multiple Regression)*: Erfassung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen zwischen Potenzialen und Prozessen, der Gesundheit der Beschäftigten und wirtschaftlichen Faktoren.

¹⁷ Die Durchführung einer empirischen Analyse stellt den Idealfall zur Identifikation der Ursache-Wirkungsbeziehungen dar. Ursache-Wirkungsbeziehungen können auch auf Basis von Interviews und Strategie Workshops diskutiert und festgelegt werden.

7.4 Schritt 3: Ableitung und Implementierung der Gesundheitsstrategie und Gesundheits-BSC

Im dritten Schritt geht es abschließend darum, auf der Basis der Ergebnisse der empirischen Analyse

1. die Gesundheitsstrategie zu konkretisieren,
2. Kennzahlen und Zielwerte für die Gesundheits-BSC festzulegen,
3. die Handlungsfelder und Maßnahmen (Aktionen) der betrieblichen Gesundheitsförderung festzulegen sowie
4. die Gesundheits-BSC in die Alltagsorganisation zu überführen.

7.4.1 Ableitung der Gesundheitsstrategie

Nach der empirischen Analyse sollte sich ein zweiter Strategie-Workshop anschließen, der das Ziel hat, die *Gesundheitsstrategie* aufgrund der vorliegenden Ergebnisse weiter zu *operationalisieren*, die „Landkarte“ der strategischen Ziele (Strategy Map) auf allen vier Perspektiven zu vervollständigen und damit die Grundlage für die Festlegung von Kennzahlen zu legen. Auch hier ist es von zentraler Bedeutung, dass alle Akteure teilnehmen und gemeinsam eine Gesundheitsstrategie sowie deren Umsetzung erarbeitet und verabschiedet wird. *Individuelle Abstimmungsgespräche reichen* zur Umsetzung einer Gesundheits-BSC für einen virtuellen Gesundheitsbereich *nicht* aus.

Die Ergebnisse der empirischen Analyse müssen allen Workshop-Teilnehmern ein möglichst präzises Bild darüber geben, welche Stärken und Schwächen die Daten in der BGF offenbaren und was die entscheidenden Ansatzpunkte für eine effektivere und effizientere Gesundheitsförderung sind. Insbesondere müssen die zentralen Aussagen der Analyse der Ursache-Wirkungsbeziehungen herausgestellt und vor der spezifischen Unternehmenssituation diskutiert werden.

Im Anschluss an die Diskussion der komplexen Ursache-Wirkungszusammenhänge muss jedoch – wie sich im Fallstudienunternehmen gezeigt hat – eine *vereinfachte Darstellung* der Ursache-Wirkungsbeziehungen erarbeitet werden, welche die zentralen Effekte berücksichtigt. Nur dann eignet sich die Gesundheits-BSC auch als Instrument zur Kommunikation der Strategie und deren Umsetzung. Damit einher geht auch die Beschränkung der strategischen Ziele. In der Praxis hat sich der Leitspruch „twenty is plenty“ durchgesetzt (HORVÁTH & PARTNERS, 2007). Zu viele Ziele werden nicht mit der notwendigen Konsequenz verfolgt.

Eine beispielhafte Strategy Map mit den zentralen, empirischen Ursache-Wirkungsbeziehungen zeigt Abb. 7.3. Der Wertbeitrag der betrieblichen Gesundheitsförderung ergibt sich in diesem Beispiel aus der erfassten psychischen und physischen Fehlbelastung und dem Gesundheitsverhalten der Beschäftigten. Die Fehlbelastungen und das Gesundheitsverhalten sind Ergebnis der Prozesse „Arbeitsschutz“, „Ergonomie“ sowie der Qualität der „Vernetzung der Gesundheitsförderung“ mit dem Verhalten der Führungskräfte von produzierenden Einheiten. Potenzialfaktoren die diese Prozesse beeinflussen, sind die Größe und die Aufteilung des Gesundheitsbudgets sowie die personellen Ressourcen und Kompetenzen im „Gesundheitsteam“.

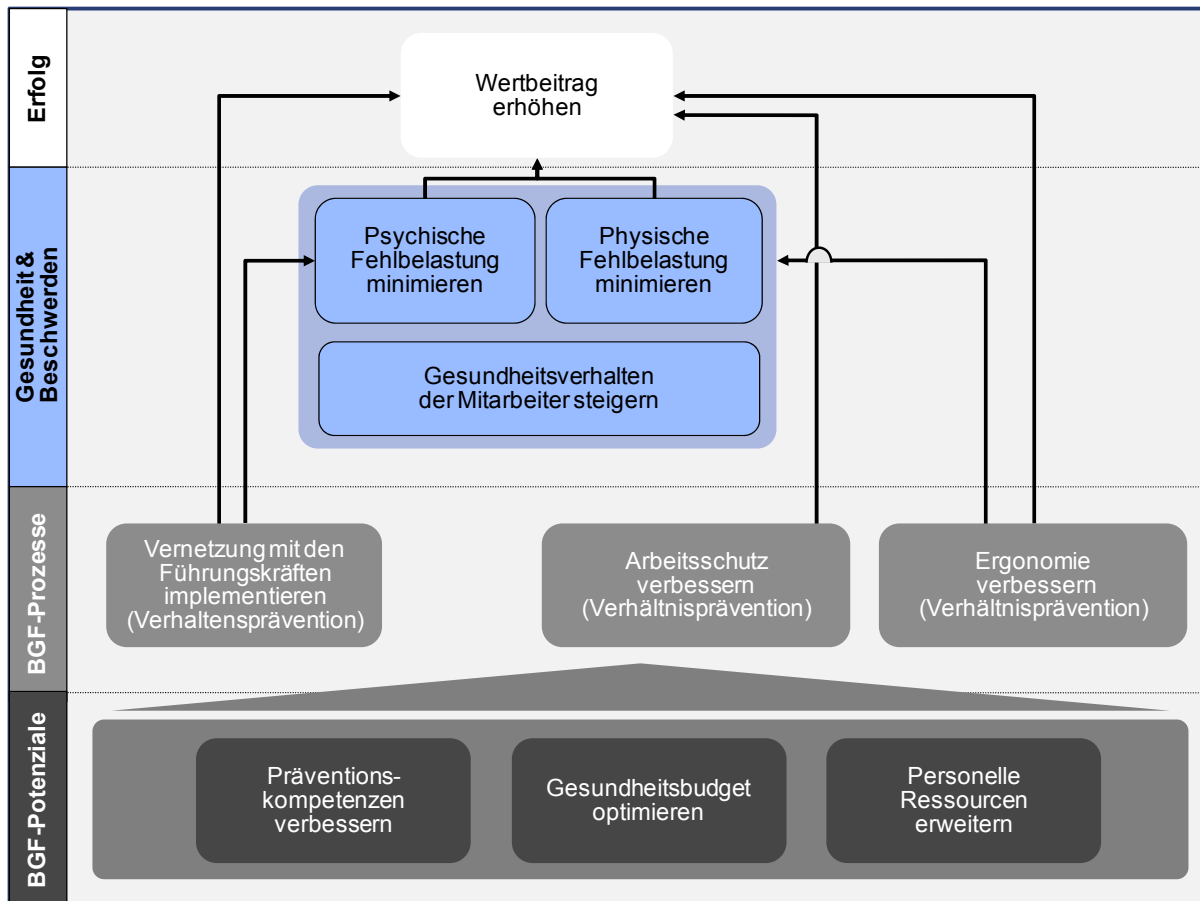


Abb. 7.3 Beispielhafte Strategy Map nach einer Komplexitätsreduktion

Mit dem zweiten Workshop werden die Grundlagen für die *Entwicklung geeigneter Kennzahlen* gelegt. Eine strategische Steuerung erfordert die Festlegung der beabsichtigten Wirkungen (Warum?), der für diese Wirkungen besten Programme (Was?) sowie die Sicherstellung der notwendigen Ressourcen (Wie?). Die möglichst konkrete und einvernehmliche Klärung dieser Fragen ist notwendig, um im nächsten Schritt die geeigneten Kennzahlen zur Steuerung abzuleiten.

7.4.2 Festlegung von Kennzahlen und Zielwerten

Nachdem im Workshop die strategischen Ziele für alle vier Perspektiven der BSC noch einmal angepasst und konkretisiert wurden, gilt es, für jedes dieser Ziele Kennzahlen und soweit Zielwerte festzulegen, die dann regelmäßig erfasst und überprüft werden können. Existieren für gewählte strategische Ziele keine geeigneten Kennzahlen, müssen diese entwickelt und später in die BSC integriert werden.

Insgesamt ist es ratsam, für alle Kennzahlen einen gleichen Bezugsmaßstab herzustellen, um Wirkungspfade und Wirkungsmuster analysieren zu können. Gemeint ist damit zum einen ein klarer zeitlicher Maßstab, wie z. B. Quartale, Halbjahre oder Jahre und vor allem die Betrachtungseinheit. Während die Ebene „Gesundheit & Beschwerden“ möglicherweise personenbezogene Daten enthält, sind diese für den Erfolg, die Prozesse und Potenziale möglicherweise für bestimmte Organisationsein-

heiten nicht verfügbar bzw. nicht personifizierbar. Daher ist die Wahl der „*kleinsten gemeinsame Einheit*“, ggf. eine Kostenstelle oder Abteilung, als Bezugsgröße der Kennzahl sinnvoll.

Tab. 7.3 zeigt eine Übersicht zu möglichen Kennzahlen. Sie existierten im Fallstudienunternehmen nur teilweise und sollen als Vorschläge verstanden werden.

Kennzahlen auf der *Erfolgsperspektive* sollten auf objektiven Daten bspw. aus dem Produktions-Controlling basieren. Schwierig ist hier in der Regel insbesondere die fehlende Vergleichbarkeit von Produktivitäts- und Qualitätskennzahlen aus verschiedenen Unternehmensbereichen. Deshalb empfiehlt es sich, soweit möglich, eine Vergleichbarkeit herzustellen, indem nur die prozentualen Abweichungen von Soll-Werten herangezogen werden. Dies gewährleistet einen gleichen Maßstab für alle Kennzahlen. In der Regel sind in den Organisationseinheiten, die eine regelmäßige Leistungsbewertung durchführen, auch Zielvorgaben verfügbar. Falls nicht, kann ggf. die Bewertung der Daten (z. B. auf einer Prozentskala) durch die Führungskräfte vorgenommen werden.

Zur Bewertung der Zielerreichung bzgl. der *Gesundheits- und Beschwerdeperspektive* können mehrere Methoden zur Kennzahlenbildung ergänzend genutzt werden. Die meisten Kennzahlen, z. B. zu Beeinträchtigungen, zur Arbeitseinstellung, zum Gesundheitsverhalten und zur individuellen Leistungsfähigkeit lassen sich auf der Basis einer subjektiven Selbsteinschätzung im Rahmen einer Mitarbeiterbefragung oder durch spezifische standardisierte Fragebögen erheben. Dies hat den Vorteil, viele Daten in kompakter Form zu erhalten und gleichzeitig die Anonymität der Beschäftigten zu wahren. Ferner kann der Aufbau einer eigenen betrieblichen Berichtserstattung (z. B. durch interne Fehlzeitauswertungen oder die Anzahl der betriebsbedingten Erkrankungen in Risikogruppen (unter Einhaltung der Belange des Datenschutzes)) sinnvoll sein, um so den Gesundheitszustand der Belegschaft laufend beobachten zu können, aber auch die darauf gerichteten Anstrengungen des Gesundheitsmanagements und dessen Erfolg. Bei diesen Gesundheitsberichten ist allerdings Vorsicht hinsichtlich der Interpretationen angebracht, da sie nur dann Beschwerden und Belastungen erfassen, wenn diese auch zur Arbeitsunfähigkeit führen. Beschäftigte, die trotz Beschwerden weiterarbeiten, werden in der Statistik nicht erfasst. Um empirisch Aussagen hierzu treffen zu können, ist es letztendlich erforderlich, die „objektiven“ Daten (Krankenstand, Leistung) mit „subjektiven“ Daten (Mitarbeiterbefragungen) systematisch zu kombinieren.

Tab. 7.3 Beispiele für Kennzahlen zur Gesundheitsförderung

Ebene	Kennzahlen Alle Kennzahlen sollten idealerweise pro Organisationseinheit (z. B. Kostenstelle, Team, Abteilung) und pro Zeiteinheit (Monat, Jahr) erhoben werden.
Erfolg	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten: Zusätzliche Personalkosten durch Fehltage, Abweichungen vom Personalbudget, Krankenfehltag • Produktivität: z. B. Maschinenauslastung, Anzahl gefertigter Teile pro Mitarbeiter (ggf. jeweils prozentuale Abweichung vom Soll) • Qualität der Arbeitsergebnisse; z. B. Ausschuss, Nacharbeit (ggf. jeweils prozentuale Abweichung vom Soll)
Gesundheit & Beschwerden	<p>Merkmale zu Gesundheit & Beschwerden der Person:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Index zur physischen und psychischen Beanspruchung • Art und Intensität der Beschwerden (Beschwerdeindex, Anzahl von Krankheitsdiagnosen) • Index für Gesundheitskompetenz • Motivations- und Zufriedenheitsindex • Index für Ausmaß der Leistungseinschränkungen
Prozesse	<p>Merkmale der Arbeitssituation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Belastungsfaktoren: Objektive Gefährdungseinschätzung, Index zur subjektiven Belastungseinschätzung • Tätigkeitseinschätzung: Grade der Handlungsspielräume, Angemessenheit des Anforderungsniveaus • Organisationsfaktoren: Indizes zur wahrgenommenen Kooperation im Team und zur Einschätzung des Führungsverhaltens • Erreichte Risikogruppen (Prozent) • Anzahl ergonomischer Verbesserungen • Qualitätsindizes im Bereich der sozialen Beratung, Integrationsmanagement, Arbeitsschutz • Qualitätsindizes für Vernetzung: Führungsverhalten, Qualität der Abstimmung, Anzahl standardisierter Vernetzungsprozesse • Kosten pro Patient oder Teilnehmer pro Behandlung oder Maßnahme • Direkte Lern- oder Wissenseffekte von Maßnahmen
Potenziale	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl erfolgreich umgesetzter Innovationen • Zielerreichungsgrad vordefinierter Kompetenzprofile • Präventionsbudget pro Risikogruppe • Verfügbare Beratungs- und Betreuungstage pro Risikogruppe

Dabei kann eine Aufgliederung der Krankenfehltage in Langzeiterkrankungen und häufige Kurzerkrankungen erfolgen, um eine genauere Ursachenanalyse durchführen zu können. Eine Häufung von Kurzzeiterkrankungen zeigt oftmals einen Motivationsverlust bei den Beschäftigten.

Kennzahlen der *Prozessperspektive* sollten die Art und den Umfang präventiver, kurativer und vernetzter Maßnahmen sowie die Zielgruppenabdeckung abbilden. Des Weiteren sollen sie Aussagen über die Qualität der durchgeführten Maßnahmen und deren Kosten zulassen. Daher bieten sich zunächst Auswertungen über die Anzahl sowie die Art der angebotenen BGM-Programme an, um diese anschließend mit den bekannten Risikogruppen im Betrieb abzugleichen. Hierdurch kann festgestellt werden, ob die Programme auf die individuellen Beschwerden und Interessen der Beschäftigten abgestimmt sind. Um die Qualität der Programme und Prozesse mit Kennzahlen abbilden zu können, bieten sich zwei mögliche, und einander ergänzende Vorgehensweisen an: Mit Hilfe standardisierter Befragungen der Patienten bzw. Teilnehmer von BGM-Programmen könnte bereits während der Durchführung der Gesundheitsprogramme deren Qualität aus „Kundensicht“ beurteilt werden. Einzuschätzende Merkmale wären hier z. B. die Bewertung der Inhalte, Methoden oder der Kompetenzen des Personals. Daraus könnten Zufriedenheitsindizes entwickelt werden. Um zu einer wirklichen Qualitätskennzahl zu gelangen, wäre es allerdings notwendig, für jedes Programm bestimmte Qualitätskriterien zu definieren. So kann die Erreichung von bestimmten (Lern-)Zielen systematisch direkt nach der Durchführung oder zu einem späteren Zeitpunkt überprüft werden. Eine andere Form der Qualitätsbewertung von Programmen und Prozessen ist die Orientierung an bestimmten Prozessstandards, deren Einhaltung durch eine entsprechende Dokumentation nachgewiesen werden muss. In Gesundheitsbesprechungen kann z. B. festgehalten werden, wie lange die kranken Beschäftigten im Durchschnitt in diesen Besprechungen betreut werden bzw. wann eine Person als gesund eingestuft wird.

In den *kurativen Gesundheitsprozessen* sind solche Kennzahlen leichter zu ermitteln, da die Prozesse leichter standardisierbar sind. Hierbei muss auch explizit die Vernetzung berücksichtigt werden (siehe Kapitel 6.5). Zur Konkretisierung dienen beispielhaft folgende Kennzahlen, welche die Qualität oder die Effizienz der kurativen Prozesse abbilden können:

- Reaktionszeit bzw. Schnelligkeit des eigenen internen Rettungsdienstes (hier wird das Zeitintervall zwischen der Notfallmeldung und dem Eintreffen des Rettungsdienstes bzw. des Notarztes am Notfallort gemessen),
- Anzahl der nach Betriebsunfällen (BU) realisierten Mitarbeiterereinsätze an Alternativarbeitsplätzen bezogen auf die Gesamtzahl der Betriebsunfälle,
- Zeitgerechte Durchführung der erforderlichen arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen,
- Anteil der erfolgreichen Wiedereingliederung von Langzeitkranken,
- Reaktionszeiten der Sozialberatung zwischen Erstkontakt und Erstberatung,
- Vollständigkeit der Dokumentation in den Bereichen Rettungsdienst, Sprechstunde, Ambulanz und der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung,
- Angemessener Vorrat an Medikamenten (Kosten der ungenutzten Medikamente),

- Kosten pro Mitarbeiter (Primärkosten des Betriebsärztlichen Dienstes pro betreutem Mitarbeiter),

Bei allen *präventiven Programmen* und Prozessen sollten vergleichbare Kennzahlen vereinbart werden. Auch hier muss die Vernetzung explizit berücksichtigt werden. Hierbei sollte auch explizit die Vernetzung betrachtet werden (siehe Kapitel 6.5). Solche könnten z. B. sein:

- Erreichungsgrad ausgewählter Risikogruppen durch Präventionsprogramme,
- Erfolgsquote durch die Sozialberatung,
- Index zur Gesundheitsmotivation vier Wochen nach einem Präventivprogramm,
- Präventionsbudget in Risikogruppen,
- Auslastungsgrad von Präventivprogrammen,
- Wiederholerquote bei ausgewählten Präventivprogrammen.

Eher schwierig ist die Bildung geeigneter Kennzahlen im Bereich der *Potenzialperspektive*. Diese Kennzahlen sollten darstellen, ob die für das Gesundheitsprogramm gebildeten oder in Anspruch genommenen Einrichtungen personeller, materieller und organisatorischer Art (Ressourcen) geeignet sind, um die Gesundheitsprozesse bzw. Maßnahmen in der geplanten Weise zu realisieren. Kennzahlen sollten Informationen zu folgenden Fragestellungen geben:

- Verfügen die involvierten Gesundheitsakteure über ausreichende Kompetenz?
- Stellt das Unternehmen ein Budget, hinreichend Zeit und entsprechende Räumlichkeiten zur Umsetzung der Prozesse und Maßnahmen zur Verfügung?
- Wie gut ist die Zusammenarbeit der Gesundheitsakteure (Struktur, Aufbauorganisation, Verantwortlichkeiten) im Sinne der strategischen Ziele geregelt?

Die Kompetenzbeurteilung könnte z. B. anhand von Anforderungsprofilen erfolgen, in denen die fachlichen und sozialen Kompetenzen der Fachverantwortlichen festgeschrieben werden. Im Rahmen von Kompetenzbeurteilungen könnte regelmäßig ein individueller Abgleich vorgenommen werden, den man durch Kompetenzindizes verdichtet. Um eine Budgetbewertung vorzunehmen, bedarf es klarer Zielvorstellungen und Maßstäbe. Eine Möglichkeit der Kennzahlenbildung ergibt sich z. B. durch ein „Benchmarking“ (Vergleich mit anderen Unternehmen). Hier könnte z. B. die Verfügbarkeit von Präventiv-Budgets pro Mitarbeiter einer bestimmten Risikogruppe verglichen werden.

Bei allen Maßnahmen des „Gesundheitscontrollings“ ist grundsätzlich zu beachten, dass der betriebene Aufwand für die Ermittlung der Kennzahlen immer in einem vernünftigen Rahmen zu den Maßnahmen und den betrieblichen Möglichkeiten des Unternehmens stehen.

Letztendlich müssen Zielwerte (z. B. Rückgang der Herz-Muskel-Erkrankungen um 2 %) für einen definierten Zeitraum festgelegt werden. Erst dann kann die Umsetzung der Gesundheitsstrategie gemessen werden. Der nächste Schritt in der Entwicklung einer Gesundheits-BSC liegt nun darin, dass bestimmte Maßnahmen und die dazugehörigen Budgets festgelegt werden müssen, um die Zielerreichung zu ermöglichen.

7.4.3 Festlegung der Aktionen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung

Um die festgelegten Zielwerte zu erreichen, müssen die bestehenden Maßnahmen analysiert werden, ob sie diesen Zielen noch entsprechen. Für jedes Ziel sollte außerdem diskutiert werden, welche Aktivitäten, Maßnahmen und Veränderungen zusätzlich erforderlich sind, um dieses Ziel zu erreichen.

Analog zu den Perspektiven der BSC sind die primären Handlungsfelder im Bereich der Potenziale (z. B. Personalentwicklung für BGM-Akteure) und der Prozesse (z. B. Optimierung und Standardisierung von Abläufen und Vernetzungsprozessen, Ergänzung des Maßnahmen-Portfolios in der Prävention) zu sehen, die sich jeweils direkt steuern lassen. Aber auch aus Zielen, bezogen auf die Perspektive Gesundheit & Beschwerden, lassen sich Veränderungen und Aktivitäten ableiten. Beispielsweise die Fokussierung auf bestimmte Ziele und Zielgruppen, wie die stärkere Qualifizierung und Betreuung von Führungskräften als Gesundheitsverantwortliche, ist hier zu nennen.

Insbesondere sollte in diesem Schritt eine klare Zielorientierung, transparente Strukturierung und Priorisierung der Maßnahmen im Vordergrund stehen. Unterteilt werden können die BGM-Maßnahmen beispielsweise in die *grundlegenden Handlungsfelder* (siehe hierzu Kapitel 6.4):

- Arbeitsmedizinischer Kurationsprozess
- Arbeitsmedizinischer Präventionsprozess
- Vernetzer Kurationsprozess
- Vernetzter Präventionsprozess

Es sollte eine Schwerpunktsetzung zwischen und innerhalb dieser Handlungsfelder vorgenommen werden, die den strategischen Zielen des BGM entspricht. Dabei sollte zunächst nicht maßnahmenorientiert gedacht werden (Welche BGM-Maßnahmen sollten entfallen? Welche könnten wir weiterentwickeln?), sondern die Zielplanung soweit operationalisiert werden, dass daraus angemessene Methoden und Konzepte erarbeitet werden können. Erst wenn die zu erreichenden Zielgruppen, die operativen Ziele (Arbeitssituation, Verhalten, Einstellungen, Gesundheitskompetenz etc.), klar sind und geeignete oder notwendige Vorgehensweisen, Abläufe, Strukturen und Ressourcen vereinbart wurden, sollte eine Feinplanung von Maßnahmen von den Fachverantwortlichen vorgenommen werden.

Zusammenfassend kann dann eine Gesundheits-BSC entsprechend der Abb. 7.4 aufbereitet und dargestellt werden.

Perspektive	Strategy Map	Ziel	Kennzahl	Zielwert	Maßnahmen	Budget
Wertbeitrag		Qualität steigern Produktivität steigern Kosteneinsparungen Fehlzeiten	Parts per Million (ppm)(Ausschuss reduzieren) Produktivitätskennzahl (Anzahl der gefertigten Teile) ROI der BGF-Maßnahmen Anwesenheitsquote	- 5% + 5% + 5% + 1%		
Gesundheit und Beschwerden		Physische Fehlbelastung vermeiden & minimieren Psychische Fehlbelastung vermeiden & minimieren Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitsverhalten steigern (Führungskräfte & Mitarbeiter)	Anzahl der arbeitsplatzbezogenen Beschwerden Anzahl der arbeitsplatzbezogenen psychischer Erkrankungen Teilnehmerzahl an BGF-Maßnahmen	- 5% - 5% + 5%	Marketing-Maßnahmen für das BGF-Maßnahmenpaket	xxx €
BGF-Prozesse		Ergonomie verbessern Arbeitsschutz verbessern Vernetzung mit den Führungskräften implementieren	Anzahl der ergonomischen Arbeitsplätze Anzahl der Unfälle Vernetzungsprozess implementiert	+ 5% - 5%	Analyse des Maßnahmenpakets Analyse des Maßnahmenpakets Vorschlag zur Gestaltung eines Vernetzungsprozesses erarbeiten	xxx € xxx € xxx €
BGF-Potenziale		Neue Themengebiete erschließen Kundenorientierung implementieren Präventionskompetenz steigern	Anzahl neue Themen Index aus Mitarbeiterbefragung Fortbildungen pro Mitarbeiter pro Jahr	2 pro Jahr 3 von 5 + 5%	Innovationsdiskussion Kulturleitlinien Gezielte Mitarbeiterförderung und -förderung	xxx € xxx € xxx €

Abb. 7.4 Gesundheits-BSC (fiktives Beispiel)

7.4.4 Implementierung

Mit der Gesundheits-BSC wird ein Steuerungsinstrument entwickelt, welches von der Organisation „mit Leben gefüllt“ werden muss. Hierbei gilt es, die organisatorische Einbettung der Gesundheits-BSC sowie deren informationstechnische Umsetzung zu berücksichtigen.

Wie sich im Rahmen der Fallstudie gezeigt hat, ist eine Implementierungsstrategie als Parallelsystem sinnvoll, wenn (a) die entsprechend geeigneten Kennzahlen erst aufgebaut und (b) die Mitarbeiter erst an ein solches System gewöhnt werden müssen. Bei einem solchen Vorgehen gilt es, gezielt einzelne Teilaspekte zu bearbeiten und somit die BSC sukzessive zu verbessern.

Bei der Implementierung der Gesundheits-BSC, die über den Betriebsärztlichen Dienst hinaus wirksam sein soll, müssen klare strukturelle und prozessuale Regelungen mit den Beteiligten getroffen werden. Hierzu werden im Folgenden Vorschläge unterbreitet.

Zu den *strukturellen Regelungen*, also der Schaffung klarer Arbeitsstrukturen und Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung, gehört insbesondere die Institutionalisierung eines Steuerkreises im Gesundheitsmanagement, der sich aus Führungskräften des Gesundheitsmanagements sowie einzelnen hochrangigen Vertretern der Linienorganisation zusammensetzt und im Rahmen einer Klausurtagung die Umsetzung der Gesundheitsstrategie anhand der aufbereiteten Kennzahlen überprüft und evtl. neue strategische Ziele festlegt. Zum erfolgreichen Einsatz müssen klare Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten definiert werden. Die festgelegten Ziele gilt es idealerweise in die bestehenden Zielsysteme zu integrieren (siehe Abb. 7.5).

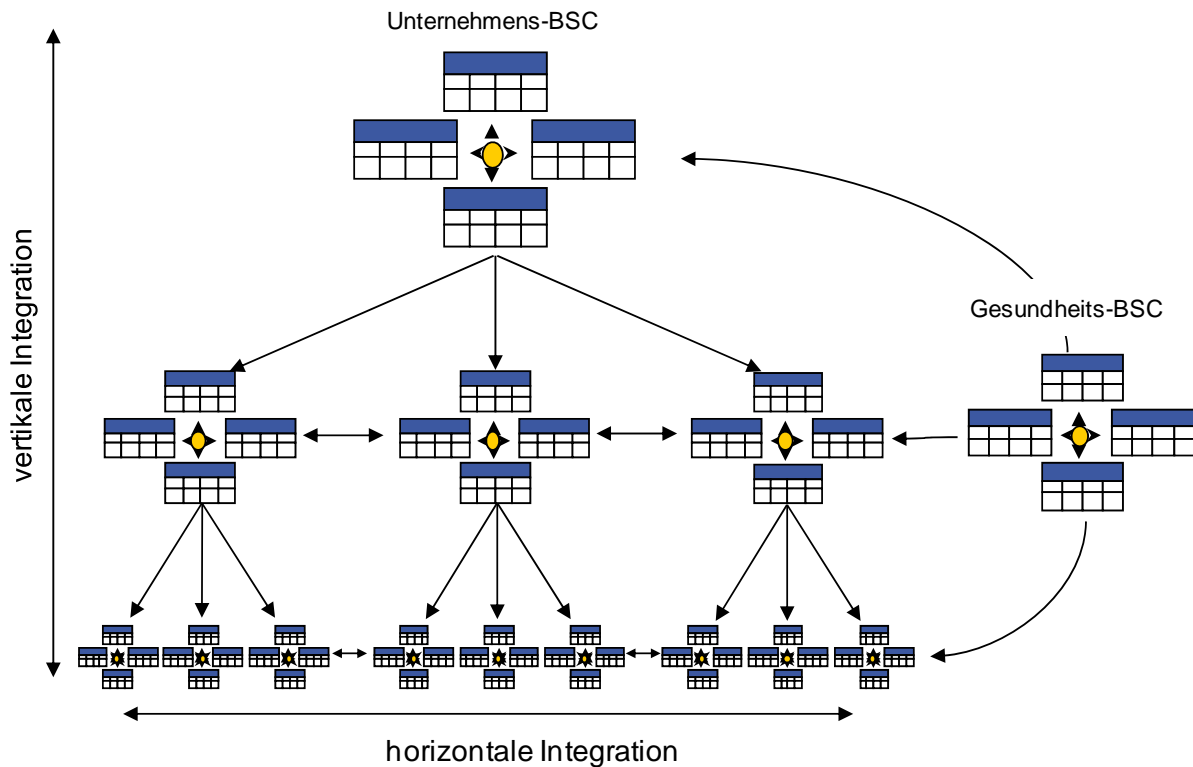


Abb. 7.5 Integration der Gesundheitsziele in der Organisation

Zu den *prozessbezogenen Regelungen*, also der Schaffung klarer Abläufe in der Steuerung der betrieblichen Gesundheitsförderung mit der Gesundheits-BSC. Hierzu gehört neben der Festlegung der Frequenz der Überprüfung der BSC (bspw. quartalsmäßig wie im Fallstudienunternehmen) auch die Festlegung von Prozessen bezogen auf Informationspflichten (Wer liefert wem, wann, zu welchen Themen, welche Informationen?).

Zur *informationstechnischen Umsetzung* der BSC kann auf die Standardsoftware Microsoft-Excel zurückgegriffen werden, was im Hinblick auf die weite Verbreitung und die Flexibilität dieser Software sinnvoll ist. Flexibilität ist ein zentrales Kriterium, da Steuerungs- und Controllinginstrumente an die spezifischen Anforderungen angepasst werden müssen. Im Folgenden wird das Softwaretool „Gesundheits-BSC“ detailliert vorgestellt.

7.5 Softwaretool „Gesundheits-BSC“

Das im Folgenden vorgestellte Softwaretool wurde ebenfalls im Rahmen dieses Projekts auf Grundlage der beschriebenen Ergebnisse entwickelt und soll das in den Kapiteln 7.1 bis 7.4 beschriebene Vorgehen unterstützen. Die IT-technische Umsetzung „Gesundheits-BSC“ (Download unter www.gesundheits-bsc.de)¹⁸ ist mit einem fiktiven Beispiel befüllt und muss an die *spezifischen Gegebenheiten* im Unternehmen *angepasst* werden. Die Notwendigkeit zur spezifischen Anpassung bezieht sich sowohl auf den Inhalt als auch auf die sich hier beschriebene IT-Umsetzung. An dieser Stelle sei *explizit* darauf *hingewiesen*, dass eine IT-Lösung der letzte Schritt

¹⁸ Hier finden Sie auch Kontaktdaten zur Unterstützung für die Handhabung des Tools.

im Rahmen der BSC-Entwicklung ist. Zuvor müssen ausgehend von der Strategie, spezifische strategische Ziele, Kennzahlen und Maßnahmen abgeleitet werden (siehe Kapitel 7.1 bis 7.4). Die hier vorgestellte BSC kann NICHT direkt übernommen werden.

Das Tool ermöglicht kleinen und mittleren Unternehmen eine aufwandsarme Anpassung an deren spezifische Anforderungen. Die Anpassung des Tools ist mit fortgeschrittenen Kenntnissen der Standardsoftware Microsoft Excel bzw. unter Zuhilfenahme der Programmhilfe oder eines Benutzerhandbuches einfach zu realisieren. Es können bspw. leicht andere Kennzahlen integriert oder Diagrammdarstellungen an die Wünsche des Berichtsempfängers (bspw. des Managements oder der HR-Leitung) angepasst werden.

Folgendes gilt es bei der Installation des Tools zu berücksichtigen:

- Die Darstellung der Veränderungspfeile setzt voraus, dass die Schriftart „Wingdings 3“ installiert ist.
- Das BSC-Tool wurde in Microsoft Excel 2007 entwickelt. Das gewählte Dateiformat erlaubt die Kompatibilität zu früheren Versionen von Excel. Teilweise können fehlende Funktionalitäten in früheren Versionen zu Darstellungsproblemen führen.
- Zur Verwendung des Tools als Berichtsinstrument können die einzelnen Blätter als PDFs ausgedruckt, zusammengefügt und den Berichtsempfängern zugesandt werden. Hierzu ist es sinnvoll eine Person mit der Datenerhebung und -pflege zu beauftragen.

Bei der Konzeption des Tools wurde auf die Gestaltungskriterien „Einfachheit“ und „Verständlichkeit“ geachtet, die insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen von Relevanz sind. Dies äußert sich darin, dass

- pro Perspektive nur drei bis fünf Kennzahlen dargestellt werden.
- Ampeldiagramme und Trendpfeile Anwendung finden, die den Berichtsempfängern auf einen Blick die Notwendigkeit eines Handlungsbedarfs verdeutlichen.
- die Darstellungen von wichtigen Kennzahlen in Kreis- oder Verlaufsdiagrammen gewählt wurden, um die Verständlichkeit zu erhöhen.

Abb. 7.6 stellt den inhaltlichen Aufbau des BSC-Tools dar, die der entwickelten Struktur der gesundheits-BSC folgen. Das Tool besteht aus vier *Themenbereichen*:

- Die *Zusammenfassung* enthält ein *Management Summary* sowie die Darstellung der *Strategy Map*. Das Management Summary soll Entscheidungsträgern die wichtigsten Informationen des aktuellen Standes der Strategieumsetzung zusammenfassen. Hierzu können kurze schriftliche Kommentare bzgl. der einzelnen Perspektiven, erwarteten Risiken sowie ein Ausblick eingefügt werden. Eine schriftliche Kommentierung der Kennzahlen ermöglicht eine einheitliche Interpretation der Kennzahlen. Daneben ist auch die Strategy Map als Kommunikationsinstrument und Visualisierung der Strategie dargestellt.
- Der Themenbereich *Balanced Scorecard* enthält beispielhafte Kennzahlen der einzelnen *Perspektiven*, die für den Nutzer eine Orientierung darstellen sollen. Welche Kennzahlen für das Unternehmen sinnvoll oder verfügbar sind, muss in regelmäßigen Konzeptions- oder Steuerungstreffen durch die Vertreter des Ma-

nagements, des Personalbereichs, der Vertreter der BGF, der operativen Führungskräfte und des Controllings etc. diskutiert und bestimmt werden. Gewählte Kennzahlen müssen sich immer an den strategischen Zielen orientieren und deshalb gegebenenfalls angepasst werden. Die BSC soll als lebendiges, für das Unternehmen maßgeschneidertes Instrument verstanden und sukzessive entwickelt werden. Die wertmäßige Entwicklung der Kennzahlen im Zeitverlauf ($t_1, t_2, t_3, \text{etc.}$) wird über Ampeln, Veränderungspfeile und Diagramme dargestellt.

- Das *Maßnahmen-Controlling* ermöglicht eine Darstellung der aktuellen Lage der definierten (BGF-)Maßnahmen bzw. strategischen Aktionen zur Erreichung der gesetzten Ziele. Hier wird eine Übersicht über Budget, Fortschritt sowie Verantwortlichkeiten für die festgelegten Maßnahmen auf den Perspektiven gegeben.
- Im Themenbereich *Daten* erfolgt die Eingabe der Soll- und Istwerte für alle festgelegten Kennzahlen. Diese werden dann in den vorher beschriebenen Themenbereichen verarbeitet.

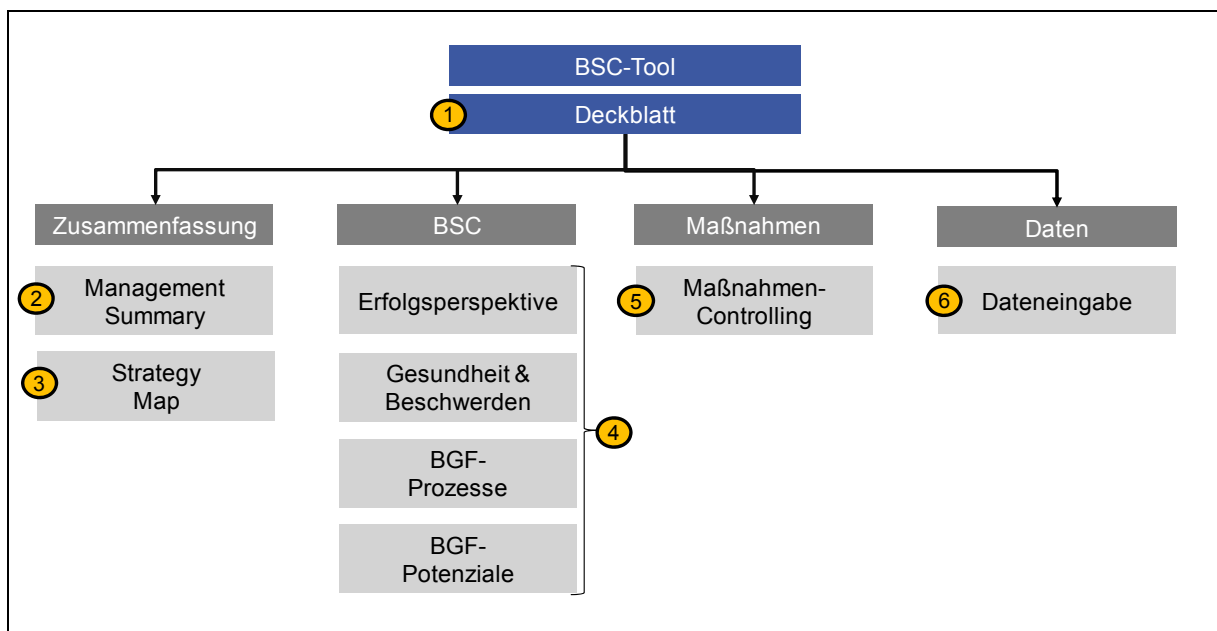


Abb. 7.6 Aufbau des BSC-Tools

Im Folgenden werden die in Abb. 7.6 markierten sechs Teilbereiche des BSC-Tools näher erläutert. Da die vier Perspektiven (Punkt 4) inhaltlich und funktional gleich aufgebaut sind, wird nur eine Perspektive beispielhaft erläutert.

7.5.1 Teilbereich 1: Deckblatt

Das Deckblatt dient dem BSC-Bericht als Übersichtsblatt (Abb. 7.7). Die dargestellten Informationen sind statisch, d. h. sie müssen manuell in dieser Excel-Mappe eingetragen bzw. verändert werden. Dies betrifft die vorgehaltenen freien Flächen zu Spezifizierung des Berichtsempfängers, die Eingabe der Berichtshäufigkeit (Berichtsintervall) sowie die Eingabe einer Kontaktadresse für Rückfragen zum Bericht. Der Berichtsmonat und das Datum des Berichts können auf dem Arbeitsblatt „Dateneingabe“ verändert werden.

Gesundheits-BSC			
Berichtsempfänger:	Leitung: Herr Schulze		
Berichtsmonat:	Dezember 2007	Berichtsdatum:	03.01.2008
		Berichtsintervall:	monatlich
Berichtsinhalt:	I. Management Summary II. Strategy Map III. BSC Kennzahlen der Erfolgsperspektive Kennzahlen der Perspektive Gesundheit und Beschwerden Kennzahlen der Prozessperspektive Kennzahlen der Potenzialperspektive IV. Maßnahmencontrolling V. Definitionen und Erläuterungen		
Kontakt bei Rückfragen:	Name Position Telefon: Telefax: E-Mail:		

Abb. 7.7 Übersichtsblatt des Gesundheits-BSC-Tools

7.5.2 Teilbereich 2: Management Summary

Die Management Summary (Abb. 7.8) soll die Kommunikation über Gesundheitsbelange mit dem Management unterstützen. Dies ist insofern besonders bedeutsam, als das Management eng in den Prozess eingebunden sein muss, erfahrungsgemäß aber nicht viel Zeit auf einzelne Detailfragen verwenden kann. Die Summary verschafft durch kurze verbale Beschreibungen einen, prägnanten Überblick über die aktuelle Lage. Dazu sind für die einzelnen Bereiche der BSC Freitextfelder vorbereitet und mit Ampeln versehen. Diese Ampeln werden manuell mit der Option „Füllwerkzeug“ umgeschaltet.

Folgende Einstellungsmöglichkeiten für die unternehmensspezifische Anpassung bieten sich an:

- Anpassung der Diagramme: In den Diagrammen können alle im Dateneingabeblatt (siehe Teilbereich 6) gespeicherten Kennzahleninformationen dargestellt werden. Bspw. können Ausschusskennzahlen mit der Anzahl der ergonomischen Arbeitsplätze oder den psychischen Belastungen verglichen werden. Hierzu muss im Excel-Menüpunkt über die Auswahl Diagramme → Daten auswählen, der Datenbereich des Diagramms angepasst werden.

- Anpassung der Darstellungsform: Eine weitere Möglichkeit der Anpassung ist die Veränderung der Darstellungsform (Excel-Menüpunkt: Diagramme → Diagrammtyp ändern) des Diagramms (z. B. in Balkendiagramm, Tortendiagramm).

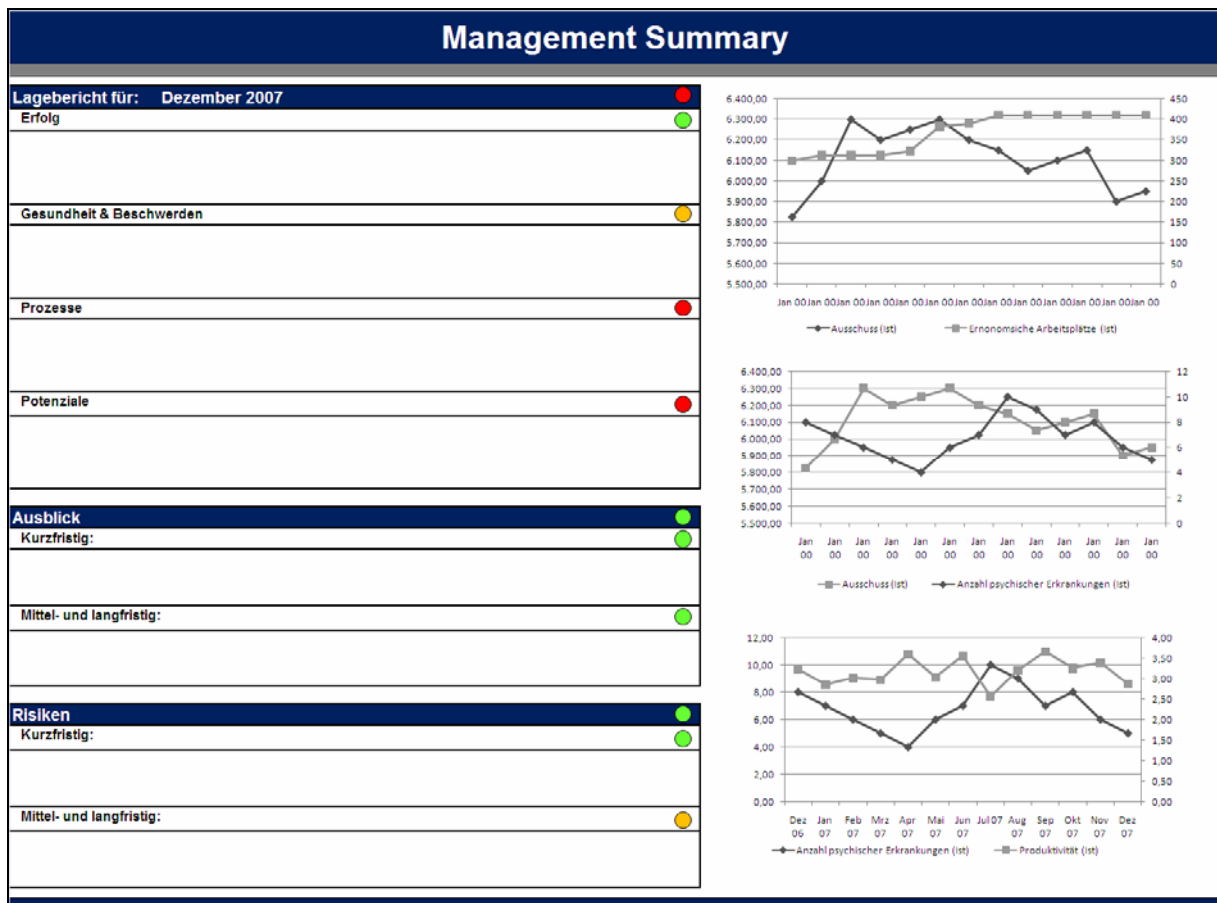


Abb. 7.8 Management Summary des Gesundheits-BSC-Tools

7.5.3 Teilbereich 3: Strategy Map

Das Arbeitsblatt „Strategy Map“ (Abb. 7.9) dient zur Visualisierung und Kommunikation der Strategie und der auf dieser Grundlage definierten Ziele. Die BSC kann ihren Nutzen nur entfalten, wenn sie als kontinuierliches Planungs-, Kontroll- und Steuerungsinstrument eingesetzt wird. Im Vergleich eines jeden Messzeitpunkts zum jeweils vorherigen Messzeitpunkt sollen dabei natürlich die Zielerreichungsgrade überprüft werden. Der Grad der Zielerfüllung gibt Hinweise über den Erfolg von Interventionen, über zeitliche Verzögerungen in der Wirkung von Interventionen oder gegebenenfalls über die (Nicht-)Angemessenheit von Zielformulierungen.

Zur Überprüfung der Zielerreichung der strategischen Ziele (natürlich frühestens ab dem zweiten Messzeitpunkt) sind im Rahmen der BSC-Perspektiven Ampeln vorgesehen (Teilbereich 4). Die Zielerreichung sollte auch in der Strategy Map dargestellt werden. Die Ampeln der Strategy Map müssen jedoch manuell mit der Excel-Menüoption „Füllwerkzeug“ farblich umgeschaltet werden (bspw. von rot auf grün). Die vorgefertigten Ampelfelder sind somit nicht dynamisch mit den BSC-Perspektiven verlinkt.

Ein Freitextfeld ermöglicht zusätzlich die Kommentierung der Strategy Map. Eine an das Unternehmen angepasste Strategy Map kann in Microsoft Powerpoint erstellt und als Grafik in MS Excel importiert werden.

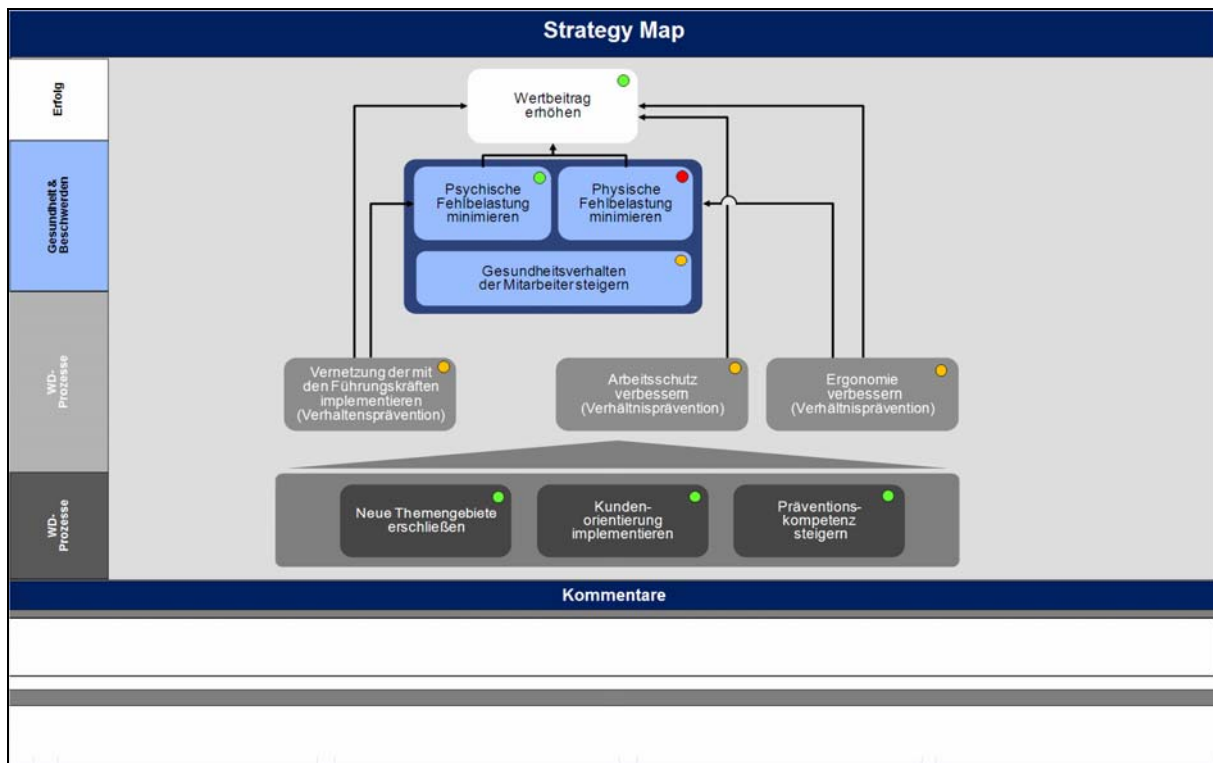


Abb. 7.9 Strategy Map

7.5.4 Teilbereich 4: Balanced Scorecard

Die Darstellung der Zielerreichung der konkreten Kennzahlen der vier Perspektiven kann, wie in Abb. 7.10 dargestellt, visualisiert werden. Die unternehmensspezifischen Kennzahlen der BSC werden auf dem Arbeitsblatt Dateneingabe erfasst und in den Arbeitsblättern der jeweiligen Perspektiven automatisch graphisch aufbereitet. Jede einzelne Kennzahl muss im Steuerungskreis im Hinblick auf die Sinnhaftigkeit und Zielkonformität diskutiert und letztlich festgelegt werden.

Insgesamt sollte die BSC, die für das jeweilige Unternehmen entwickelt wird, nicht zu viele Kennzahlen enthalten. Eine Faustregel für ein Kennzahlensystem ist ca. 20 Kennzahlen zu verwenden.

Die Ampeln zu den festgelegten Kennzahlen schalten nach vorher definierten Schwellenwerten (z. B. bei 5 % Abweichung zwischen Ist- und Sollwert schaltet die Ampel auf gelb) um. Die Festlegung der Soll- sowie der Schwellenwerte ergeben sich aus den unternehmensspezifischen Erfahrungen mit der Kennzahl. Wird eine neue Kennzahl in die BSC integriert, mit der keine Erfahrungen bestehen, sollten zunächst keine Soll- und damit auch keine Schwellenwerte definiert werden. Erst wenn eine Möglichkeit zur Einschätzung der Vorgabehöhe und damit -erreichbarkeit vorliegt sollten Soll- und Schwellenwerte festgelegt werden. Die Soll- und Schwellenwerte der Kennzahlen sollten gemeinsam durch alle beteiligten Akteure in einem Steuerungskreis festgelegt werden.

Auf den einzelnen Berichtsseiten sind Kommentarfelder vorbereitet, um Anmerkungen zu einzelnen Zahlen vornehmen zu können. An mehreren Stellen ist ein „Drill-Down“ vorbereitet, so dass sich auf Wunsch die Kennzahlen zu bspw. einzelnen Bereichen (z. B. für Organisationsbereiche wie Kostenstellen, Abteilungsbereiche oder Inhalte wie Kategorien für Krankheiten) anzeigen lassen.

Neben den Kennzahlen werden für jeden Bereich auch Abweichung und Status angezeigt. Für die „Gesundheit & Beschwerdeperspektive“ ist ein Berichtsblatt exemplarisch dargestellt. Die anderen Perspektiven werden analog visualisiert. Abb. 7.10 verdeutlicht auch die Funktionen der einzelnen Kennzahlenblätter. Die einzelnen Funktionen werden im Folgenden erläutert.

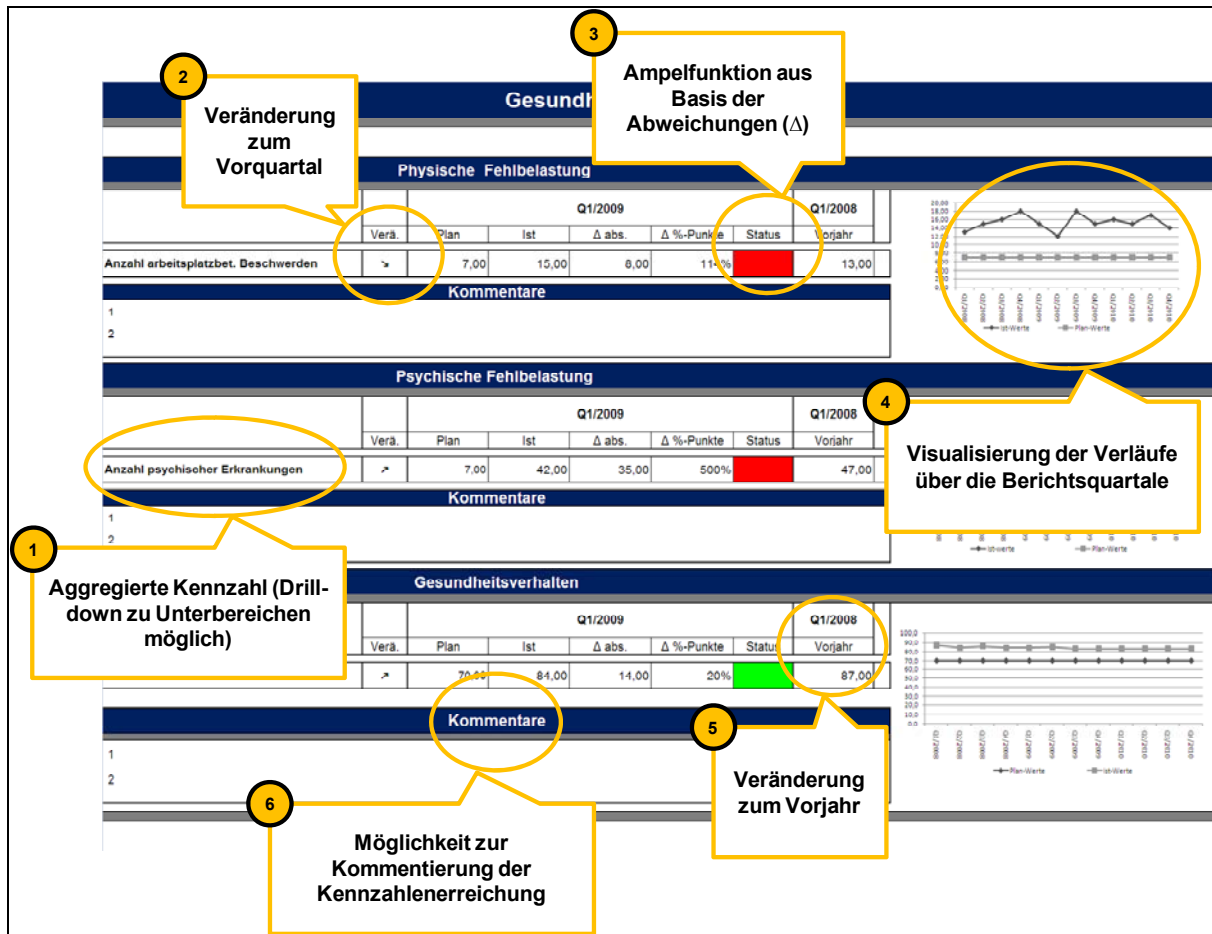


Abb. 7.10 Darstellung der Kennzahlen einer Perspektive des Gesundheits-BSC-Tools

Zu 1: Aggregierte Kennzahlen

In den Perspektiven kann für alle Kennzahlen eine Übersicht der Unterbereiche (z. B. Abteilungen, Gesundheitscluster) eingeblendet werden. Klicken Sie hierzu auf das Kreuz vor der jeweiligen Zeile der Kennzahl.



Zu 2: Ampel

Zunächst überprüft die Ampelfunktion, ob Schwellenwerte definiert wurden. Sind keine Schwellenwerte vorhanden, ist die Ampel inaktiv. Schwellenwerte geben die Intervalle an, wie die Ampelschaltung von grün auf gelb bzw. von gelb auf rot umschaltet. Aus der Definition der roten und grünen Schwellenwerte ergibt sich automatisch der gelbe Schwellenwert als das Intervall dazwischen.

Zudem wurde die Funktion Optimierung integriert, auf die die Ampelschaltung zurückgreift. Optimierung bedeutet in diesem Fall, ob ein Optimum der Zielerreichung in der Minimierung oder Maximierung der Kennzahl liegt. Wenn die Optimierung negativ ist, dann muss der Abweichungswert (Delta von Soll von Ist) kleiner sein als der grüne Schwellenwert, um eine grüne Ampel darzustellen. Ein Beispiel hierzu sind Fehlzeiten. Diese sollten möglichst gering sein, um die Zielerreichung (zumindest, wenn dies im Unternehmen als Strategie verfolgt wird) darzustellen. Es wird ein Minimierungsziel verfolgt. Wenn eine positive Optimierung erfolgt, dann muss der Abweichungswert größer sein als der grüne Schwellenwert, um eine positive Zielerreichung darzustellen (Maximierungsziel, bspw. Produktivität).

In Excel ist die Ampel folgendermaßen abgebildet: Die Formel in der Spalte „AK“ im Arbeitsblatt der jeweiligen BSC-Perspektive führt einen Vergleich des aktuellen Ist-Werts mit dem Soll-Wert durch. Das Feld Ausgabe (Spalte AK) überprüft die Abweichung und definiert ein „!“ für eine gelbe Ampelschaltung, ein „-“ für eine rote Abweichung und ein „+“ für eine grüne Ampelschaltung. Mittels der Excel-Funktion „Bedingte Formatierung“ wird den Zeichen „!“, „-“ und „+“ die entsprechende Farbe zugewiesen. Die Zeichen „!“, „-“ und „+“ haben keine inhaltliche Bedeutung.

Zu 3: Veränderungspfeile (Veränderung zum Vorquartal)

Veränderungspfeile (Spalte D) vergleichen den aktuellen Ist-Wert mit der Vorperiode. Die in Spalte „D“ des Arbeitsblatts hinterlegte Formel führt einen Vergleich des aktuellen Ist-Werts mit dem Ist-Wert des Vorquartals durch und bewertet die Veränderung mit einem „g“, „k“ oder „m“. Ein „g“ steht für Pfeil geradeaus, „k“ für einen Pfeil nach oben und „m“ für einen Pfeil nach unten nach unten. Die Zeichen „g“, „k“ oder „m“ stellen über die Microsoft Schriftart „Wingdings 3“ entsprechend Pfeile „geradeaus“, „nach oben“ und „nach unten“ dar.

Zu 4: Diagramme

Diagramme können entsprechend den Wünsche angepasst werden. Die Diagramme erhalten ihre Werte aus dem Blatt Dateneingabe. Es können durch Veränderung der Datenbereiche jede definierte Kennzahl (Plan und Ist) miteinander verglichen werden. Ebenso kann die Darstellung der Verlaufsdiagramme in Balken- oder Tortendiagramme leicht erfolgen. Hierzu muss einfach die Funktion „Diagrammtyp ändern“ aufgerufen und die gewünschte Darstellungsform ausgewählt werden.

Zu 5: Veränderung zum Vorjahr

Dieser Bereich stellt den Ist-Wert des Vorjahres dar. Die Daten werden aus dem Arbeitsblatt Dateneingabe bezogen.

Zu 6: Kommentierung der Kennzahlen

Die Kommentierung der Kennzahlen wird durch ein definiertes Feld ermöglicht. Hierzu können Verweise über Buchstaben oder Zahlen in der Spalte „AN“ des Arbeitsblatts für jede Kennzahl erfolgen. Die schriftlichen Anmerkungen zu jeder Kennzahl erfolgt im vorgehaltenen Bereich unter Bezug auf die Verweise.

7.5.5 Teilbereich 5: Maßnahmen-Controlling

Die Daten zum Maßnahmencontrolling (Abb. 7.11) werden direkt durch entsprechende Zahlen und Texteingaben auf diesem Arbeitsblatt aktualisiert.

Folgende Daten müssen pro Kennzahl erhoben werden:

- Maßnahmenbezeichnung
- Ist-Werte (Budget, Zeit, Erfüllungsgrad der Maßnahmen)
- Soll-Werte (Budget, Zeit)
- Verantwortlichkeit und Telefonnummer

Hierzu kann zur Dateneingabe die Spalte Budget erweitert werden (Pluszeichen anklicken). In Spalte „G“ werden der Erfüllungsgrad der definierten Maßnahmen (bspw. 75 % Umsetzung der geplanten Führungstrainingseinheiten) eingetragen. Der Ist-Wert des Budgets in Spalte „C“ und das geplante Gesamtbudget in Spalte „D“ eingetragen. Hieraus wird automatisch der Budgetverbrauch in % berechnet (bspw. prozentuale Abweichung von 30.000 EUR der der geplanten 50.000 EUR für Führungstrainings).

Der Status „Budget“ (Spalte N) vergleicht den bisherigen Budgetverbrauch der Maßnahmen mit dem Erfüllungsgrad sowie mit den definierten Schwellenwerten (zur Funktionsweise siehe Funktion „Ampel“ in Kapitel 7.5.4). Dies bedeutet bspw. dass Handlungsbedarf aufgezeigt wird, wenn die Maßnahmen erst zu 50 % abgeschlossen, aber schon 75 % des Budgets verbraucht wurden.¹⁹ Die Ampel definiert ein „!“ für eine gelbe Ampelschaltung, ein „-“ für eine rote Ampelschaltung und ein „+“ für eine grüne Ampelschaltung. Die Ampelschaltung erfolgt wiederum über eine bedingte Formatierung.

Die Berechnung des Status „Fortschritt“ (Spalte S) erfolgt analog der oben beschriebenen Logik zum Status „Budget“. Es wird der Erfüllungsgrad der Maßnahmen mit dem zeitlichen Projektfortschritt sowie mit den definierten Schwellenwerten verglichen. Dies bedeutet bspw. dass Handlungsbedarf aufgezeigt wird, wenn die Maßnahmen erst zu 50 % abgeschlossen, aber schon 75 % der geplanten Zeit verbraucht wurden. Auch die Ampelschaltung erfolgt analog zum Status „Budget“.

¹⁹ Hierbei wird vereinfachend ein linearer Kostenverlauf unterstellt.

Maßnahmen-Controlling							
Gesundheit & Beschwerden							
Maßnahme	Budget	Beginn	Ende	Status Budget	Status Fortschritt	Verantwortung	Telefon
1 Marketing-Maßnahmen für das BGF-Maßnahmenpaket	30.000	Jun 07	Jul 07			Hr. Maier	185
2							
Prozessperspektive							
Maßnahme	Budget	Beginn	Ende	Status Budget	Status Fortschritt	Verantwortung	Telefon
1 Vorschlag zur Gestaltung eines Vernetzungsprozesses	2.000	Mrz 07	Dez 07			Hr. Schulze	247
2 Analyse des Maßnahmenpakets zur Steigerung der Ergonomie	10.000	Aug 07	Mrz 08			Hr. Maier	185
3 Analyse des Maßnahmenpakets gegen Arbeitsunfälle	10.000	Aug 07	Mrz 08			Hr. Maier	185
4							
Potenzialperspektive							
Maßnahme	Budget	Beginn	Ende	Status Budget	Status Fortschritt	Verantwortung	Telefon
1 Gezielte Mitarbeiterförderung	20.000	Mrz 07	Dez 08			Hr. Kunz	135
2 Implementierung von Kulturleitlinien	5.000	Jul 07	Jun 08			Hr. Maier	185
3 Innovationsdiskussion	-	Jul 07	Jun 08			Hr. Kunz	135
4							
Kommentare							

Abb. 7.11 Maßnahmen-Controlling des Gesundheits-BSC-Tools

7.5.6 Teilbereich 6: Dateneingabe

Die Dateneingabe (Abb. 7.12) zur Erfassung der Kennzahlen erfolgt zentralisiert und ausschließlich durch das Arbeitsblatt „Dateneingabe“ als Eingabe in die entsprechenden Zellen. Folgende Daten müssen pro Kennzahl erhoben werden:

- Kennzahlenbezeichnung
- Ist-Werte der jeweiligen Periode
- Soll-Werte der jeweiligen Periode
- Schwellenwerte für Ampelschaltung (Einzugeben in den jeweiligen Arbeitsblättern der BSC-Perspektiven, siehe Kapitel 7.5.4)

Alle Darstellungen der vier „BSC-Perspektiven“ und die Diagramme des „Management Summary“ beziehen sich über dort definierte Bezüge (Standard-Excel-Funktionalität) auf dieses Arbeitsblatt. Die Eingabe bzw. Änderungen von Kennzahlen müssen aus diesem Grund über das Arbeitsblatt „Dateneingabe“ erfolgen. Dies erleichtert die Eingabe und Änderung von Daten. Eine Aufbereitung der Daten erfolgt ausschließlich über die oben beschriebenen Funktionen in den jeweiligen Arbeitsblättern (Perspektiven, Management Summary).

In Zelle „C2“ des Arbeitsblatts wird der aktuelle Berichtsmonat angegeben. Die Bezüge der BSC-Perspektiven und die Diagramme des Management Summary stellen nur Werte bis zum hier ausgewählten Berichtsquartal bzw., Monat aus. Mit der Änderung dieser Angaben werden alle weiteren Bezeichnungen automatisch in den Tabellen, Ampeln, Veränderungspfeilen und Diagrammen aktualisiert.

Um die Befüllung des Tools effizient zu gestalten, wären Verknüpfungen zu externen Systemen zu gestalten. Dies konnte im Rahmen des Forschungsprojekts nicht durchgeführt werden. Eine Verknüpfung könnte über makrobasierte Schnittstellen

(Microsoft VBA) erfolgen. Beispielsweise kann so eine Verbindung zu ERP-Systemen, Datenbanken und sonstigen Systemen standardisiert werden.

Monat: Dezember 07		Datum: 03.01.08									
Erfolgsperspektive											
P-Zahl	Dez 06	Jan 07	Feb 07	Mrz 07	Apr 07	Mai 07	Jun 07	Jul 07	Aug 07	Sep 07	
Ist											
gesamt	3,23	2,84	3,01	2,97	3,61	3,03	3,55	2,55	3,20	3,66	
Bereich 1	0,83	0,83	1,00	0,85	0,86	0,86	0,87	0,45	0,89	0,90	
Bereich 2	0,70	0,85	0,86	0,87	1,00	0,40	0,89	0,30	0,91	0,92	
Bereich 3	0,86	0,86	0,30	0,40	0,89	0,89	0,90	0,91	0,50	0,93	
Bereich 4	0,84	0,30	0,85	0,86	0,87	0,87	0,88	0,89	0,90	0,91	
Plan											
gesamt	3,38	3,38	3,41	3,45	3,48	3,52	3,55	3,59	3,62	3,66	
Bereich 1	0,83	0,83	0,84	0,85	0,86	0,86	0,87	0,88	0,89	0,90	
Bereich 2	0,85	0,85	0,86	0,87	0,88	0,88	0,89	0,90	0,91	0,92	
Bereich 3	0,86	0,86	0,87	0,88	0,89	0,89	0,90	0,91	0,92	0,93	
Bereich 4	0,84	0,84	0,85	0,86	0,87	0,87	0,88	0,89	0,90	0,91	
Ausschuss											
	Dez 06	Jan 07	Feb 07	Mrz 07	Apr 07	Mai 07	Jun 07	Jul 07	Aug 07	Sep 07	
Ist											
gesamt	23300	23300	23300	23300	23300	23300	23300	23300	23300	23300	
Bereich 1	5500	5500	5500	5500	5500	5500	5500	5500	5500	5500	
Bereich 2	5900	5900	5900	5900	5900	5900	5900	5900	5900	5900	
Bereich 3	5800	5800	5800	5800	5800	5800	5800	5800	5800	5800	
Bereich 4	6100	6100	6100	6100	6100	6100	6100	6100	6100	6100	
Plan											
gesamt	24000	24000	24000	24000	24000	24000	24000	24000	24000	24000	
Bereich 1	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	
Bereich 2	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	
Bereich 3	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	
Bereich 4	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	6000	
Krankheitstage											
	Dez 06	Jan 07	Feb 07	Mrz 07	Apr 07	Mai 07	Jun 07	Jul 07	Aug 07	Sep 07	
Ist											
gesamt	2,2	1,9	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,9	1,9	1,9	
Bereich 1	2,3	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	
Bereich 2	2,2	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	
Bereich 3	2,0	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	
Bereich 4	2,4	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	
Plan											
gesamt	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Bereich 1	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Bereich 2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Bereich 3	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	
Bereich 4	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	

Abb. 7.12 Dateneingabeblatt des Gesundheits-BSC-Tools

8 Fazit und Ausblick

Mit dem vorliegenden Forschungsbericht wurden die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen und Schwierigkeiten bei der Realisierung eines kennzahlengestützten Gesundheitsmanagements aufgezeigt.

Für die betriebliche Gesundheitsförderung wurde auf Basis des „Balanced Scorecard (BSC)“-Konzepts und der organisationspsychologischen Modelle „Person, Situation und Organisation (PSO)“ und „Behavior Evaluation Model (BEM)“ ein Konzept zur Leistungsmessung entwickelt, das eine mehrdimensionale Strategieumsetzung (Erfolg, Prozesse, Potenziale, Gesundheit & Verhalten) der betrieblichen Gesundheitsförderung ermöglicht.

Analog zur Modellkonzeption wurden arbeitswissenschaftliche, psychologische und betriebswirtschaftliche Faktoren berücksichtigt. Aufgrund der Komplexität des Vorhabens wurden zunächst nur ausgewählte Faktoren analysiert. Es konnten Ursache-Wirkungsbeziehungen von Faktoren auf der Prozess- sowie Gesundheits- & Beschwerdeperspektive auf den Erfolg ermittelt werden. Für die Potenzial-Perspektive wurden keine quantitativen (bzw. statistisch begründbaren) Effekte identifiziert. Die Ergebnisse sind als Hinweise über zentrale Ursache-Wirkungsbeziehungen zu verstehen. Die gefundenen Effekte sind jedoch nicht bedeutend genug, um sie als kausal zu betrachten. Die Plausibilität spricht jedoch für die Anzahl und den Inhalt der Perspektiven und deren Verknüpfung durch Ursache-Wirkungsbeziehungen. Für die wissenschaftliche und praktische Umsetzung besteht weiterer Forschungsbedarf bei der Validierung der Ursache-Wirkungsbeziehungen.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse wurden Handlungs- und Gestaltungsempfehlungen abgegeben, die es Unternehmen ermöglichen, eigenständig eine Steuerung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und deren Bewertung durchzuführen. Unternehmen können sich anhand des aufgezeigten Implementierungsverfahrens eine Gesundheits-BSC erarbeiten und im beigefügten Microsoft-Excel-Tool umsetzen.

Die Entwicklung und Implementierung einer Gesundheits-BSC stellt aufgrund ihrer sozialen und verhaltensorientierten Dimension ein längerfristiges Unterfangen dar. Ein solches Unterfangen benötigt sowohl Ressourcen als auch ein langfristiges Commitment aller Beteiligten, da der BGF aufgrund bisher fehlender Aufmerksamkeit im betrieblichen Alltag umfassende Gesundheitsstrategien und Datengrundquellen fehlen. Zudem lassen sich mit einer strategischen Ausrichtung der BGF üblicherweise keine kurzfristigen monetären Erfolge erzielen.

Die erreichten Ziele können als Meilensteine in der Entwicklung von Steuerungssystemen und Evaluationsinstrumenten im Gesundheitsmanagement betrachtet werden. Vor dem Hintergrund des bisherigen Forschungsstandes lässt sich folgendes Fazit für den *Nutzen dieses Forschungsprojektes* ziehen:

- Als ein zentrales Ergebnis des Forschungsprojektes ist die Notwendigkeit der *Vernetzung* der an der BGF beteiligten Akteure hervorzuheben. Die Entwicklung einer Gesundheits-BSC muss diesem zentralen strategischen Ansatzpunkt folgen, wenn ein umfassendes strategisches BGM erreicht werden soll.
- Das Projekt hat die einzubeziehenden Effektgrößen in der Evaluation des Gesundheitsmanagements deutlich erweitert. Während in den bisher vorliegenden

Studien in der Regel Fehlzeiten und Krankheitskosten als Bewertungskriterien herangezogen wurden, wurde in diesem Projekt eine mehrdimensionale Effektmessung mit verhaltenswissenschaftlichen (Beschwerden, Leistung, Einstellungen) und betriebswirtschaftlichen Größen (Qualität, Produktivität) realisiert. Damit ergeben sich insbesondere Perspektiven für die Steuerung und Bewertung präventiver BGM-Maßnahmen.

- Außerdem zeigte das Projekt Perspektiven auf, wie Ursache-Wirkungsbeziehungen in die Steuerung und Evaluation im Gesundheitsmanagement integriert werden können. Damit kann die Wirksamkeit einzelner BGM-Maßnahmen auch im Gesamtgefüge der Wirkungsvariablen, wie z. B. Führung oder Unternehmenskultur, betrachtet werden.
- Mit den vorliegenden Empfehlungen zur Entwicklung einer Gesundheits-BSC und dem entwickelten BSC-Softwaretool, das eine einfache Anpassung an die Spezifika anderer Unternehmen ermöglicht, wurde eine Unterstützung für die Verbreitung eines strategisch ausgerichteten BGM geschaffen.

Um die Forschungsziele weiter zu verfolgen und die Erkenntnisse zu vertiefen, bedarf es weiterer wissenschaftlicher Forschungsarbeiten. Dabei sollten vor allem folgende Forschungsthemen im Fokus stehen:

1. An der BGF sind viele Akteure beteiligt, die jedoch nicht aktiv in ein ganzheitliches und strategisches Gesundheitsmanagement integriert werden. Ein zentraler Einflussfaktor ist bspw. das Führungsverhalten der direkten Vorgesetzten. Aus diesem Grund müssen Steuerungs- und Bewertungskonzepte diese breiten Aufgaben besser integrieren. Hierbei ist die Entwicklung einer BSC für einen virtuellen Gesundheitsbereich hilfreich sein. Dies bedeutet jedoch, dass Unternehmen größere organisatorische Änderungen vornehmen müssen. So müssen bspw. die Ziele der Gesundheits-BSC in die Zielvereinbarungen der relevanten Akteure integriert werden. Werden die Akteure nicht an gesundheitsbezogenen Zielen gemessen, ist davon auszugehen, dass die Gesundheitsstrategien nur unzureichend in Unternehmen umgesetzt werden. Ein weiterer damit zusammenhängender Ansatzpunkt für weitere Forschung ist die Gestaltung der funktionsübergreifenden BGF-Prozesse. Hierunter sind etwa Prozesse zwischen Führungskräften, Mitarbeitern des Betriebsärztlichen Dienstes, Personalentwicklung etc. zu verstehen. Für solche Vernetzungsprozesse bedarf es klarer Prozessdefinitionen und Kennzahlen, die bisher weitestgehend nicht existieren. Zusammenfassend sollten weitere Forschungsvorhaben die Möglichkeiten und Wirkungen der erforderlichen organisatorischen Einbettung der Gesundheits-BSC (z. B. im Rahmen eines virtuellen Gesundheitsbereichs) untersuchen.
2. Es muss festgehalten werden, dass bisher keine Normstrategien für das BGM – insbesondere für die Vernetzung der Akteure – existieren. In der Betriebswirtschaftslehre wird das Thema Strategie seit den 1970er Jahren sowohl von praktischer als auch von wissenschaftlicher Seite diskutiert. Hierbei haben sich bestimmte verallgemeinerbare Strategiemuster - sogenannte generische Strategien - entwickelt, die es den Unternehmen erleichtern eine eigene Strategie zu formulieren. Prominente Beispiele hierfür sind die sogenannten Kostenführerschaft- oder Differenzierungsstrategie (PORTER, 1985) oder die Systembindungsstrategie (HAX & WILDE, 2001), für die auch schon Normansätze für eine Umsetzung in der BSC vorliegen (KAPLAN & NORTON, 2004). Das Fehlen solcher Normstrategien und Wissen über deren Konkretisierung und situative Anpassung an das

Fallstudienunternehmen erschweren die Ableitung und Entwicklung der Gesundheits-BSC. Hierin liegt ein zentraler Forschungsbedarf für die Zukunft.

3. Das hier vorgeschlagene Konzept und die gewonnenen empirischen Hinweise über Ursache-Wirkungsbeziehungen bedürfen weiterer Validierungen. Hierbei bietet es sich aufgrund der Komplexität des Themas an, strategische Stoßrichtungen (bspw. die Thematik alternde Belegschaft, Burn-out, innere Kündigung, Ansatzpunkte aus Persönlichkeitspsychologie und Stressforschung) gesondert über die vier Perspektiven des Konzepts zu untersuchen und gezielte Kennzahlen zu entwickeln. Die Ergebnisse von Studien zu solchen strategischen Stoßrichtungen können von Unternehmen dann je nach Bedarf „modular“ bei einer Entwicklung der BSC einfließen. Ein solches Vorgehen verbindet zwei Vorteile. Zunächst schon es die Ressourcen des Fallstudienunternehmens und mindert damit nicht deren Bereitschaft zur Teilnahme an Forschungsprojekten. Zudem können tiefgehende Erkenntnisse und insbesondere auch zielführende Kennzahlen zu den spezifischen Themenbereichen über die vier Perspektiven gewonnen werden. Hierbei sollte eine zentrale Koordination der Erforschung von Stoßrichtungen erfolgen, um eine Anschlussfähigkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.
4. Um die Datenqualität für die Ursache-Wirkungsbeziehungen zu verbessern, sollten insbesondere Längsschnittstudien angestrebt werden, die auch Langzeiteffekte präventiver Gesundheitsförderung nachweisen können und das Problem des Nachweises von Kausalitätsbeziehungen methodisch exakter aufgreifen könnten. Gerade im Themenbereich der Gesundheitsförderung, bei der von langen Zeiträumen zwischen Interventionen und Auswirkungen auszugehen ist, greifen Studien mit einer Laufzeit von 2-3 Jahren zu kurz. Zukünftig sollten Ursache-Wirkungsbeziehungen in längerfristigen Projekten untersucht werden.

Zur Erforschung dieser vier Ansatzpunkte und zur Verfeinerung des hier vorgeschlagenen Konzepts sollte auch weiterhin auf eine Evaluation von Erkenntnissen mittels Fallstudien gesetzt werden. Im vorliegenden Fall der strategischen Steuerung des BGM ist zu erwarten, dass bislang nur wenige Unternehmen ein solches oder ähnliches Instrument mit dem Fokus auf Gesundheit implementiert haben. Zudem ist zu erwarten, dass kaum Implementierungserfahrung von ganzheitlichen Steuerungs- und Bewertungsinstrumenten im BGM existieren. Da Theorien und Konzepte in der Praxis erprobt werden müssen, schlägt KAPLAN (1988) vor, dass die Umsetzung in die Praxis vom Forscher begleitet wird, der die in der Praxis gesammelten Erfahrungen wiederum zur Verfeinerung der Theorie nutzen kann.

Im Rahmen des BGM sind die spezifischen Anforderungen aus BSC-Sicht bisher kaum bekannt. Erste zentrale Hinweise hierauf ergeben sich aus den Ergebnissen dieses Forschungsprojekts. Dazu zählen insbesondere die Notwendigkeit der Vernetzung im Sinne eines virtuellen Gesundheitsbereichs und die empirisch identifizierten Effekte der BGF auf den Erfolg von Unternehmen.

9 Literatur

(APF) American Psychiatric Foundation: Mental Health Works. auf den Seiten der American Psychiatric Foundation.

http://www.workplacementalhealth.org/mentalhealthworks/issues/mhw2st2003_102803.pdf , 2003, Zugriff am 15.07.06

Adams, J.S.: Toward an Understanding of Inequity. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 67 (1963), 5, 422-436

(AEMVN) Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen: Universal Declaration of Human Rights (art. 1). adopted by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948. auf den Seiten

<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/ger.htm>, 1948, Zugriff am 15.07.2007

AK "Immaterielle Werte im Rechnungswesen" der Schmalenbach-Gesellschaft für Betriebswirtschaft e.V.: Corporate Reporting on intangibles - A Proposal from a German Background. *Schmalenbach Business Review*. 57 (2005), 65-100

Agyris, C.; Schön, D. A.: *Organizational Learning*. Reading, MA: Addison-Wesley 1978

Amit, R.; Schoemaker, P.: Strategic assets and organizational rent. *Strategic Management Journal*. 1(1993), 33-46

Antonovsky, A.: *Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco 1979

Atteslander, P.: *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 10. Aufl. Berlin und New York 2003

Australasian Faculty of Occupational Medicine: Workplace Attendance and Absenteeism. auf den Seiten: <http://www.racp.edu.au/afom/absenteeism.pdf>, 1999, Zugriff am 29.07.06

Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W.; Weiber, R.: *Multivariate Analyse Methoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*. Aufl. 10. Berlin: Springer 2003

Badura, B.; Heilmann, T.: *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer 2003

Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M.: *Leitfaden für das betriebliche Gesundheitsmanagement*. Hans-Böckler-Stiftung. Berlin: Edition Sigma 1999

Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C.: *Fehlzeiten-Report 2005 – Zahlen. Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer 2005

Badura, B.; Schellschmidt, H.; Vetter, C.: *Fehlzeiten-Report 2006, Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit*. Berlin: Springer 2007

Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A-M.: *Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A-M. (Hrsg.): *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte*, Göttingen 1998, 18-25

Bandura, A.: *Self-efficacy: The exercise of control*, New York: Freeman 1997

Barney, J. B.: Firm Resources and Sustained Competitive Advantage. *Journal of Management*. 1 (1991), S. 99-120

(BAuA) Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Schätzung der volkswirtschaftlichen Produktionsausfallkosten durch Arbeitsunfähigkeit anhand der Lohnkosten und des Verlustes an Arbeitsproduktivität. Auf den Seiten der BAuA. <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsunfaehigkeit/Kosten.html>, 2005

Bates, S.: Accounting for People. *HR Magazine*. 47 (2002), 30

Becker, M.: Personalentwicklung: Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis. 4. Aufl. Stuttgart 2005

Berkel, K.: Konflikte in Organisationen. Greif, S., Holling, H.; Nicholson N. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie: Internationales Handbuch in Schlüsselbegriffen*. 2. Aufl.. Weinheim 1995, 270-275

Bödecker, W.: Evidenzbasierung wird die Zukunft von Gesundheitsförderung bestimmen. In: *BKK News Gesundheitsförderung Aktuell*. 06 (2005). Essen: Eigenverlag 2005. zugänglich auf den Seiten: <http://www.bkk.de/bkk/show.php3?id=492&nodeid=492>

Borg, I.: Mitarbeiterbefragungen. In: H. Schuler, *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen: Hogrefe 2001

Brähler, E.; Scheer, J. W.: *Der Gießener Beschwerdefragebogen (GBB)*. Stuttgart, Wien: Hans Huber 1983

Braun, M.: Gesundheit aus arbeitswissenschaftlicher Perspektive. In: Biendarra, I.; Weeren, M. (Hrsg.): *Gesundheit – Gesunderheiten? Eine Orientierungshilfe*. Würzburg: Königshausen und Neumann, 2008, S. 113-153

Braun, M.: *Unternehmensstrategie Gesundheit*. 1. Aufl. Renningen 2004

Braun, M.; Lang, K.-H.; Langhoff, T.; Schmauder, M.; Volkholz, V.; Vorath, B.-J.: Beobachtung und Bewertung von Lösungsvorschlägen zur Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes in Mittel- und Großbetrieben. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 1999. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Fa 46)

Braun, M.; Kliesch, G.; Iserloh, B.: Wertorientierte Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements mittels Balanced Scorecard. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*. 57 (2007), 7, 174-182

Brooke, P. P.; Price, J. L.: The Determinants of Employee Absenteeism: an Empirical Test of a Causal Model. *Journal of Occupational Psychology* (1989), 1, 1-19

Bromiley, P.: *The behavioral foundations of strategic management*. Malden: Blackwell Publishers 2005

Brown, S.; Sessions, J.G.: Absenteeism, Presenteeism, and Shirking. *Economic Issues* (2004), 1, 15-21

Bruggemann, A.; Groskurth, P.; Ulich, E.: Arbeitszufriedenheit. In: Ulich, E. (Hrsg.): *Schriften zur Arbeitspsychologie*. Bern et al. 1975, 17

Bullinger, H.-J.; Braun, M.: Arbeitswissenschaft in der sich wandelnden Arbeitswelt. In: Ropohl, G. (Hrsg.): Erträge der interdisziplinären Technikforschung. 1. Aufl. Berlin 2001, 109-124

Bullinger, H.-J.; Braun, M.: Prävention mit Zukunft. Sicherheitsingenieur. 37 (2006), 4, 12-18

Buschak, W.: Umsetzung der EBR-Richtlinie in nationales Recht. WSI-Mitteilungen. Bund Köln. 96(1996), 8, 519-524

Bycio, P.: Job Performance and Absenteeism: a Review and Metaanalysis. Human Relations (1992), 2, 193-220

Cohen, J.; Cohen, P.: Applied Multiple Regression. Hillsdale: Lawrence Erlbaum 1975

Colarelli, S.M.; Dean, R.A.; Konstans, C.: Comparative Effects of personal and situational Influences on Job Outcomes of new Professionals. Journal of Applied Psychology. 72 (1987), 4, 558-566

Deery, S.J.; Erwin, P. J.; Iverson, R. D.; Ambrose, M. L.: The Determinants of Absenteeism: Evidence from Australian blue-collar Employees. The International Journal of Human Resource Management (1995), 4, 825-848

Deutsche Gesellschaft für Evaluation: Standards für Evaluation. Köln 2004

Dew, K.; Keefe, V.; Small, K.: 'Choosing' to Work when sick: Workplace Presenteeism. Social Science and Medicine (2005), 10, 2273-2282

De Witte, H.: Job insecurity and psychological well-being: review of the literature and exploration of some unresolved issues. European Journal of Work and Organizational Psychology. 8 (1999), 155-177

(DGFP) Deutsche Gesellschaft für Personalführung: Unternehmenserfolg durch Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Handlungshilfen – Praxisbeispiele. Bielefeld: Bertelsmann 2004

Diekmann, A.: Empirische Sozialforschung: Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbek bei Hamburg: 2004

Dierickx, I.; Cool, K.: Asset Stock Accumulation and Sustainability of Competitive Advantage. Management Science (1989), 12, 1504-1511

Domsch, M.E.; Ladwig, D.H.: Handbuch Mitarbeiterbefragung. Berlin: Springer 2006

Elkeles, T.; Georg, A.: Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen: Evaluation eines Modellprogramms. Weinheim: Juventa 2002

Emmanuel, C. ; Otley, D. ; Merchant, K.: Accounting for management control. London, Chapman and Hall 1994

(ENWHP) European Network for Workplace Health Promotion.: "Making the case for workplace health promotion: analysis of the effects of WHP"
http://www.enwhp.org/download/report_business_case.pdf, 2004, Zugriff am 21.08.06

Epstein, J. L.: Presenteeism and paid sick Days. Auf den Seiten des Center for Law and Social Policy. <http://www.clasp.org/publications/presenteeism.pdf>, 2005, Zugriff am 15.07.06

(Eurofound) European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions: Workplace Health Promotion in Europe. Programme Summary. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. <http://www.inqa/Redaktion/GutePraxis/Anlagen/Luxemburger-Deklaration-pdf3.property=pdf.bereich=inqa.sprache=de.rwb=true.pdf>, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 1997, Zugriff am 19.6.2006

Fahrenberg, J.: Die Freiburger Beschwerdenliste: FBL, Form FBL-G und revidierte Form FBL-R, Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie 1995

Franzkowiak, P.; Wenzel, E.: Die Gesundheitserziehung im Übergang zur Gesundheitsförderung. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis. 2 (1985), 240-256.

Frese, M.; Zapf, D.: Action as the Core of Work Psychology: A German Approach. In: H.C. Triandis, M.D. Dunnette & L.M. Hough (Hrsg.): Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc 1994, 272-340

Frese, M.: Psychische Störungen bei Arbeitern. Salzburg: Otto Müller Verlag 1977

Frieling, E.; Sonntag, K.: Lehrbuch Arbeitspsychologie. 2. Aufl. Bern 1999

Frischenschlager, O.: Vom Krankheits- zum Gesundheitsbegriff. In: Hutterer-Kirsch, Pfersmann, V., Farag, I. S. (Hrsg.): Psychotherapie, Lebensqualität und Prophylaxe. Beiträge zur Gesundheitsvorsorge in Gesellschaftspolitik, Arbeitswelt und beim Individuum. Wien 1996, 3-16

Fritz, S.: Ökonomischer Nutzen "weicher" Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit (2nd rev. ed. Vol. 38). Zürich: vdh Hochschulverlag AG an der ETH Zürich 2006

Fröhner, K.-D.; Boothby, S.; Schulze, T.: Bilanzierung von Verfahren der erweiterten Wirtschaftlichkeit für die betriebliche Praxis. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 2002

Fuchs, T.; Bielenski, H.; Fischer A.; Kistler, E.; Wagner, A.: Was ist gute Arbeit? – Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen. Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales. Dortmund / Berlin: NW-Verlag 2006

Gaiser, B.; Wunder, T.: Strategy Maps und Strategieprozess. Controlling. 16(2004), 8/9, 457 – 463

Gellatly, I. R.: Individual and group Determinants of Absenteeism: Test of a Causal Model. Journal of Organizational Behaviour (1995), 16, 469- 485

Gerlmaier, A.; Böcker, M.; Kastner, M.: Betriebliches Belastungs- und Ressourcenmanagement im Call Center – Ein Ansatz der Organisationsentwicklung. In: Kastner, M., Kipfmüller, K., Quaas, W., Sonntag, K., Wieland, R. (Hrsg.): Gesundheit und Sicherheit in Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft: Ergebnisbericht des Projekts gesina. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW 2001, 303-326

Gleich, R.: Das System des Performance Measurement: Theoretisches Grundkonzept, Entwicklungs- und Anwendungsstand. München 2001

Goetzel, R.Z.; Long, S.R.; Ozminkowski, R.J.; Hawkins, K.; Wang, S.; Lynch, W.: Health, absence, disability and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*. 46 (2004), 4, 398-412

Greiner, B.; Leitner, K.; Weber, W.-G.; Hennes, K.; Volpert, W.: RHIA – ein Verfahren zur Erfassung psychischer Belastung. In: K. Sonntag (Hrsg.): *Arbeitsanalyse und Technikentwicklung*. Köln: Bachem 1987, 145-161

Giebels, E.; Janssen, O.: Conflict stress and reduced wellbeing at work: The buffering effect of third-party help. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 14 (2005), 137-155

Goschke, T.: Volition und kognitive Kontrolle, in: Müsseler/Prinz, *Allgemeine Psychologie*, Heidelberg/Berlin 2002, 272-335

Gröben, F.: Gesundheitsförderung. Wohltuende Kultur. GmbH Geschäftsführer (2005), 8, 36-37

Hacker, W.: Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*. 35 (1991), 9, 48-58

Hacker, W.: Regulation und Struktur von Arbeitstätigkeiten. In: C. Graf Hoyos & D. Frey (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union 1999, 385-397

Hagemann, T.: Belastung, Beanspruchung und Vigilanz in den Flugsicherungsdiensten – unter besonderer Berücksichtigung der Towerlotsentätigkeiten. Universität Dortmund: Dissertation 2000

Hanusch, H.; Kuhn, T.; Cantner, U.: Nutzen-Kosten-Analyse. 2. Aufl.. München: Vahlen 1994

Harden, A.; Peersman, G.; Oliver, S.; Mauthner, M.; Oakley A.: A systematic Review of the Effectiveness of Health Promotion Interventions in the Workplace. *Occupational Medicine* (1999), 8, 540-548

Harnesk, R.; Schön, K.; Bäckström, I.: How successful Swedish organisations achieve sustainable health. *International journal of management practice* (2005), 3, 233-250

Harrison, D. A.; Martocchio, J. J.: Time for Absenteeism: a 20-year Review of Origins, Offshoots and Outcomes. *Journal of Management* (1998), 3, 305-350

Hax, A. C.; Wilde, D. L.: *The Delta Project: Discovering New Sources of Profitability*. New York, NY: Palgrave 2001

Hemp, P.: Presenteeism: At Work - but out of it. *Harvard Business Review* (2004), 10, 49-58

Hendrix, W. H.; Summers, T. P.; Leap, T. Z. L.; Steel, R.P.: Antecedents and organizational effectiveness outcomes of employee stress and health. In R. Crandall & P. L. Perrewe (eds.), *Occupational stress. A handbook*. London 1995, 73-92

Herzberg, F.; Mausner, B.; Snyderman, B. B.: *The Motivation to work*, 2. Aufl. New York, London u.a. 1959

Höft, S.: Erfolgsüberprüfung personalpsychologischer Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.): *Lehrbuch der Personalpsychologie*. Göttingen 2001, 617-652

- Horváth & Partner:** Balanced Scorecard umsetzen, 4. Aufl. Stuttgart 2007
- Horváth & Partners:** 100x Balanced Scorecard 2003, Stuttgart: 2004. Zusammenfassung unter <http://www.horvath-partners.com/hp3/1709153/1873341.html>
- Horváth, P.:** Das Balanced-Scorecard-Managementsystem – das Ausgangsproblem, der Lösungsansatz und die Umsetzungserfahrungen. Die Unternehmung. 53 (1999), 5, 303-319
- Iverson, R. D.; Deery, S. J.:** Understanding the ‚personological‘ Basis of Employee Withdrawal: the Influence of affective Disposition on Employee Tardiness, early Departure and Absenteeism. Working Paper, Department of Management. University of Melbourne 1997, 15
- Johns, G.; Nicholson, N.:** The Meanings of Absence: New Strategies for Theory and Research. Research in Organizational Behaviour (1982), 4, 127-172
- Judge, T. A.; Thorensen, C. J.; Bono, J. E.; Patton, G. K.:** The job satisfaction – job performance relationship: A qualitative and quantitative review. Psychological Bulletin (2001), 127, 376-407
- Kaiser, H.F.:** An Index of factorial Simplicity. Psychometrika. 39 (1974), 31-36
- Kaplan, R. S.:** Innovation action research: Creating new management theory and practice. Journal of Management Accounting Research. 10 (1998), 89-118
- Kaplan, R.S.; Norton, D.P.:** Balanced Scorecard: Strategien erfolgreich umsetzen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 1997
- Kaplan, R.S.; Norton, D.P.:** Die strategiefokussierte Organisation (Übersetzung von Horváth, P., Kralj, D.). Stuttgart 2001
- Kaplan, R.S.; Norton, D.P.:** Strategy Maps – Der Weg von immateriellen Werten zum materiellem Erfolg – Aus dem Amerikanischen von Péter Horváth und Bernd Gaiser. Stuttgart: Schäffer-Poeschel 2004
- Karasek, R. A.:** Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Sciences Quarterly, 24, 1979, 285-311
- Karasek, R. A.; Theorell, T.:** Healthy work. New York: Basic Books 1990
- Karch, R.:** Health Promotion and Workplace Presentism. American Journal of Health Promotion (2001), 2, 1-3
- Kastner, M.:** Stressbewältigung. Leistung und Beanspruchung optimieren. Wiesbaden: Gabler 1994
- Kastner, M.:** Der Prozess der Prozessoptimierung. In: M. Kastner (Hrsg.): Verhaltensorientierte Prozessoptimierung. Herdecke: MAORI-Verlag 1998, 173-194
- Kastner, M.:** Selbstmanagement. In: B. Hannover, U. Kittler und H. Metz-Göckel (Hrsg.): Sozialkognitive Aspekte der Pädagogischen Psychologie. Essen: Die Blaue Eule 1999, 53-70
- Kastner, M.:** Die Zukunft der Work Life Balance. Kröning: Asanger Verlag 2004
- Kastner, M.:** Das Behavior Evaluation Model (BEM). im Druck. 2006
- Kastner, M.; Schmidt, B.:** Von Trittbrettfahrern und Soldaten: In Hochleistungsteams macht's die Mischung. Wirtschaftspsychologie aktuell. 2 (2008),9-12

Kaufmann, I.; Pornschlegel, H.; Udris, I.: Arbeitsbelastung und Beanspruchung. In: Zimmermann, L. (Hrsg.): Humane Arbeit – Leitfaden für Arbeitnehmer. Belastungen und Stress bei der Arbeit. Bd. 5. Reinbeck bei Hamburg 1982, 13-48

Kern, P., Schmauder, M., Braun, M.: Einführung in den Arbeitsschutz. 1. Aufl.. München 2005

Kessler, R. C.; Barber, C.; LeRoy, L; Wang, P. S.: MacArthur Health and Performance Questionnaire. Boston: Harvard Medical School 2000

Kirch, W.; Badura, B.; Pfaff, H.: Prävention und Versorgungsforschung. Berlin: Springer 2007

Kirkpatrick, D.: Evaluating Training Programs: The Four Levels. San Francisco 1994

Kivimäki, M.; Vahtera, J.; Pentti, J.; Ferrie, J. E.: Factors underlying the effect of organisational downsizing on health of employees: Longitudinal cohort study. British Medical Journal. 320 (2000), 971-975

Kreis, J.; Bödeker, W.: Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. BKK Bundesverband, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Berufsgenossenschaftliches Institut Arbeit und Gesundheit Dresden. Essen & Dresden: Eigenverlage 2003

Krüger, W.; Müller, P.; Stegemann, K.: Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 1998 (Schriftenreihe Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Fb 783)

Landeweerd, J.A; Boumans, N.P.G.: The effect of work dimensions and need for autonomy on nurses' work satisfaction and health. Journal of Occupational and Organisational Psychology. 67 (1994), 207-217

Langhoff, T.: Ergebnisorientierter Arbeitsschutz - Bilanzierung und Perspektiven eines innovativen Ansatzes zur betrieblichen Arbeitsschutzökonomie. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 2004 (Schriftreihe Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 955)

Lasshofer, L.: Betriebliches Gesundheitsmanagement und Salutogenese. Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller 2006

Lavigne, J. E.; Phelps, C. E.; Mushlin, A.; Lednar, W. M.: Reductions in individual Work Productivity associated with type 2 Diabetes mellitus. Pharmacoeconomics (2003), 15, 1123-1134

Leidig, S., Limbacher, K., & Zielke, M.: Stress im Erwerbsleben: Perspektiven eine integrativen Gesundheitsmanagements. Lengerich: Pabst 2006

Likert, R.: Die integrierte Führungs- und Organisationsstruktur. Frankfurt und New York 1975

Lipe, M. G.; S. Salterio.: A note on the judgmental effects of the balanced score-card's information organization. Accounting. Organizations and Society. 27 (2002), 6, 531-540

Locke, E. A.: The nature and causes of job satisfaction. Dunette, M.D. (Ed.): Handbook of industrial and organizational psychology. Rand McNally: Chicago 1976, 1297-1349

- Locke, E. A.:** Job satisfaction. Gruneberg, M. & Wall, T. (Hrsg.). *Social Psychology and organizational behavior*. Chichester: Wiley 1984, 93-118
- Mayring, P.:** Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Einleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. Weinheim und Basel 2002
- Mayring, P.:** Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Weinheim und Basel 2003
- Mayring, P.:** Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [17.04.2004]
- Meierjürgen, R.; Scherrer, K.:** Wettbewerbsfaktor Gesundheit: Die großen Unternehmen. In: Kuhn, D., Sommer, D. (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitsförderung, Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen*. 1. Aufl. Wiesbaden 2004, 181-206
- Meifert, M.T.; Kesting, M.:** Gesundheitsmanagement – Ein unternehmerisches Thema?. In: Meifert, M.T. & Kesting, M. (Hrsg.): *Gesundheitsmanagement im Unternehmen*. Berlin: Springer 2004, 3-14
- Merchant, K. A.:** Measuring General Managers' Performances: Market, Accounting and Combination-of-Measures Systems. *Accounting, Auditing and Accountability Journal* (2006). 19(6), 893-917
- Mikkelsen, A., Saksvik, P. O., Erikson, H. R., & Ursin, H.:** The impact of learning opportunities and decision authority on occupational health. *Work and Stress*, 131, 20-31, 1999
- Mossink, J.:** Die wahren Kosten der Erkrankungen. *Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz* (1999), 1, 19-25
- Morschhäuser, M.:** Demographischer Wandel: Herausforderungen an die betriebliche Gesundheits- und Personalpolitik. In: Badura, B., Litsch, M., Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement*. Berlin et al. 2000, 24-33
- Müller-Gethmann, H.; Bindzius, F.; Bochmann, F.; Boege, K.; Hanßen-Pannhausen, R.; Schmidt, N.; Windemuth, D.:** Psychological stress at work - scale, importance, and relevance for the companies. Presentation at the Symposium Emotions and Psychological Stress at Work, Dortmund University April 17, 2003
- Neuberger, O.; Allerbeck, M.:** Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit. Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungs-Bogen. Bern: Huber 1978
- Neuberger, O.:** Messung der Arbeitszufriedenheit. Stuttgart: Kohlhammer 1974
- Notbohm, G.:** Mehrfachbelastungen und Gesundheitsrisiken. In: E. Gros (Hrsg.). *Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie 1994
- Österreich, R.; Volpert, W.:** Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen: Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. In: Ulich, E. (Hrsg.): *Schriften zur Arbeitspsychologie*. Bern et al. (1999), 59, 271 -283
- Pack, J., Buck, H., Kistler, E., Mendijs, H. G., Mörschhäuser, M., Wolff, H.:** Zukunftsreport demographischer Wandel. <http://www.demotrans.de/documents/Zukunftdt.pdf>, Bonn 2000, Zugriff am 15.05.2007

- Patterson, M.; Warr, P.; West, M.:** Organizational Climate and Company Productivity: the Role of Employee Affect and Employee Level. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. 77 (2004), 193–216
- Pennig, S.; Vogt, J.:** Entwicklung einer Evaluationsroutine zur Prüfung der Nachhaltigkeit von Vorhaben im Rahmen des Modellprogramms zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen. 2006 (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung, F2145, Zwischenbericht zum 1.9.2006)
- Pennig, S.:** Improving Individual Behavior and Organizational Performance: Real Cost-, Revenues and Strategic Impacts of Human Resources Programs. presented at the 4th ISPI Europe Conference. Berlin Sept. 2005
- Pennig, S. et al.:** Verfahren zur ökonomischen Evaluation von Personalressourcen und Personalarbeit. Dortmund 2006. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)
- Pennig, S.; Vogt, J.:** Wirtschaftlichkeitsanalyse von PE-Maßnahmen: Ein Steuerungsinstrument zur Strategieumsetzung. *Personalführung* (2005), 9
- Penrose, E. T.:** The theory of the growth of the firm. London 1959
- Peschke, M.:** WAI als Instrument der arbeitsmedizinischen Vorsorge. In: Europäische Erfahrungen mit dem Arbeitsbewältigungsindex (Work Ability Index). 1. Aufl. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 2000 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Tagungsbericht, Tb 126)
- Pohl-Eckerstorfer, I.:** Gene und Gesundheit am Arbeitsplatz. 2005. zugänglich unter: th.faz.net
- Porter, M. E.:** Competitive Advantage. New York: The Free Press 1985
- Porter, M. E.:** The Competitive Advantage of Nations. New York: The Free Press 1990
- Probst, T. M. & Brubaker, T.:** The effects of job insecurity on employee safety outcomes: Cross-sectional and longitudinal explorations. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6. 139-159, 2001
- Przygodda, M. & Arentz, K.-P.:** Führungsverhalten - eine Einflußgröße für betriebliche Fehlzeiten? In M. Kastner (Hrsg.), *Personalpflege: der gesunde Mitarbeiter in einer gesunden Organisation* (S. 175-178). München, 1994.
- Quasebart, A.; Kastner, M.:** Sustained Organisational Development. In: Vogt, J., Kastner M.: *Interfaces in Air Traffic Organisation*, *Journal of Human Factors and Aerospace Safety*, 3(3), 2003
- Rachbauer, S., Welp, I.:** Human Capital Management statt Human Resource Management. Notwendigkeit und Vorteile einer neuen Philosophie. In: Dürndorfer, M., Friederichs, P. (Hrsg.): *Human Capital Leadership – Strategien und Instrumente zur Weiterentwicklung der wichtigsten Ressource von Unternehmen*, Hamburg 2004, S. 139-161
- Ramsey, R. D.:** "Presenteeism": A new Problem in the Workplace. *Supervision* (2006), 8, 14-17
- Rhodes, S. R.; Steers, R. M.:** Managing Employee Absenteeism. Reading et al 1990

- Riketta, M.:** Attitudinal Organizational Commitment and Job Performance: a Meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*. 23 (2002), 3, 257-266
- Roberts, K.; Miles, R.E.; Blankenship, L.V.:** Organizational Leadership Satisfaction and Productivity: a Comparative Analysis. *Academy of Management Journal*. 11(1968), 4, 401-414
- Rohrmann, B.:** Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*. 9 (1978), 222-245
- Rosenstiel, L. v.:** Messung des Betriebsklimas. Hehl F.J.; Ebel, V.; Ruch, W. (Hrsg.). 12. Kongress für Angewandte Psychologie, Berufsverband der Psychologen. 1983
- Rumelt, R. P.:** Towards a strategic theory of the firm. In: *Competitive strategic management*. New Jersey: Prentice Hall 1984, 556-570
- Ruppert, F.:** Kommunikation, Kooperation und Gesprächsführung in Arbeitsbeziehungen. Hoyos, C.G.; Frey, D. (Hrsg.). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Weinheim 1999, 537-557
- Siders, M.A.; George, G.; Dharwadkar, R.:** The Relationship of Internal and External Commitment Foci to Objective Job Performance Measures. *Academy of Management Journal*. 44 (2001), 3, 570-579
- Schmidt, K. H.:** Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*(1996), 2, 54-62
- Schmidt, B.:** Strategic Human Capital Management. A Critical Classification of State-of-the-Art Human Capital Measurement Approaches. Lehrstuhl für Organisationspsychologie, Univ. Dortmund 2006
- Schmitzer, G.:** Depression statt Operation – Kopfweh statt Knochenbruch. *Der Arbeitsmarkt* 2003, 11
- Schnell, R.; Hill, P. B.; Esser, E.:** Methoden der empirischen Sozialforschung. 6. Aufl. München: Oldenbourg 1999
- Scholz, C.:** Personalmanagement. Informationsorientierte und verhaltenstheoretische Grundlagen. 5. Aufl. München 2000
- Scholz, C., Stein, V., Bechtel, R.:** Human Capital Management - Wege aus der Unverbindlichkeit. 2. Aufl. Neuwied 2005
- Scholz, C.; Bechtel, R.; Stein, V.:** Human Capital Management. Wege aus der Unverbindlichkeit. München: Luchterhand 2006
- Schubert, F.-Ch.:** Lebensführung als Balance zwischen Belastung und Bewältigung – Beiträge aus der Gesundheitsforschung zu einer psychosozialen Beratung. In Schubert. In: F.-Ch., Busch, H. (Hrsg.): *Lebensorientierung und Beratung*. Schriftenreihe des Fachbereiches Sozialwesen. Bd. 39. Mönchengladbach: Hochschule Niederrhein 2004, 137-213
- Schuler, H.:** Leistungsbeurteilung – Funktionen, Formen und Wirkungen. In H. Schuler (Hrsg.): *Beurteilung und Förderung beruflicher Leistung*, Göttingen: Hogrefe 1991, 11-40
- Schütte, M.:** Humankapital - ein Thema auch für die externe Berichterstattung. *Controller Magazin* (2004), 2, 175-179

- Schütte, M.:** Humankapital messen und bewerten: Sisyphusarbeit oder Gebot der Stunde? Personalführung (2005), 4, 18-28
- Semmer, N.; Udris, I.:** Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In: Schuler, H. (Hrsg.): Lehrbuch Organisationspsychologie. 2. Aufl. Bern et al. 1995, 133-166
- Semmer, N., Zapf, D.; Dunckel, H.:** Instrument zur stressbezogenen Arbeitsanalyse. Bern: Huber 1998
- Siders, M.A.; George, G.; Dharwadkar, R.:** The Relationship of Internal and External Commitment Foci to Objective Job Performance Measures. Academy of Management Journal. 44 (2001), 3, 570-579
- Slesina W.:** Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In: Pfaff H., Slesina W.: Effektive betriebliche Gesundheitsförderungskonzepte und Qualitätssicherung. Weinheim und München: Juventa Verlag 2001
- Speckbacher, G.; Bischof, J.; Pfeiffer, T.:** A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecards in German-speaking countries. Management Accounting Research 14 (2003), 361-387
- Spitzenverbände der Krankenkassen:** Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 20. Juni 2000 in der Fassung vom 12. September 2003, auf den Seiten der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen. <http://www.g-k-v.com/media/Rundschreiben/Leitfaden2003.pdf>. Zugriff am: 17.08.2006
- Stößel, U.; Michaelis, M.:** Interventionsstrategien und evaluierte Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung zur Verhütung arbeitsbedingter Muskel- und Skeletterkrankungen. In: Pfaff, H., Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim et al. 2001, 63-73
- Stößel, U.; Michaelis, M.; Nübling, M.; Hofmann, F.:** Evaluationskriterien für Arbeitsplatzprogramme zur Prävention von Muskel- und Skeletterkrankungen. 1. Aufl. Bremerhaven: NW-Verlag 1998
- Sverke, M.; Hellgren, J.:** (2002). The nature of job insecurity. Understanding employment uncertainty on the brink of the new millenium. Applied Psychology: An International Review. 51 (2002), 23 - 42
- Sydänmaanlakka, P.; Antell, M.:** Wohlbefinden – das zentrale Ziel der betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Craes, U., Mezger, E.: Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement: Beispiele aus der Arbeitswelt. 2. Aufl. Gütersloh 2001, 39-51
- Thiehoff, R.:** Work Life Balance mit Balanced Scorecard – die wirtschaftliche Sicht der Prävention. In: M. Kastner (Hrsg.): Work Life Balance. Heidelberg: Asanger 2004, 409-436
- Thiehoff, R.:** Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Meifert, M.; Kesting, M. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin: Springer 2004a, 57-77
- Tudor, O.:** Stärken und Schwächen. Magazin der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (1999), 1, 35-37
- Überla, K.:** Faktorenanalyse. Berlin, Heidelberg, N.Y.: Springer-Verlag 1971

- Udris, I.; Kraft, U.; Mussmann, C.:** Warum sind gesunde Menschen gesund? Forschungsbericht des Projektes Salute. Nr. 1. Zürich: ETH 1991
- Udris, I.; Frese, M.:** Belastung und Beanspruchung. In: Hoyos, C.G., & Frey, D. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Weinheim 1999, 429-445
- Ulich, E.:** Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich. Netzwerken und Handeln lautet die Devise. Die BKK (2002), 2
- Universität Eichstätt:** Balanced Scorecard in der Unternehmenspraxis. Bilanzbuchhalter & Controlling. 2 (2001), 2, 34-37
- Vogt, J.:** Psychophysiologische Beanspruchung von Fluglotsen. Universität Dortmund: Dissertation 1998
- Walumbwa, F. O.; Orwa, B.; Wang, P.; Lawler, J. J.:** Transformational Leadership, Commitment, and Job Satisfaction: A Comparative Study of Kenyan and U.S. Financial Firms. Human Resource Development Quarterly. 16 (2005), 2, 235-256
- Weller, I.:** Commitment. In: Martin (Hrsg.): Organisational Behaviour - Verhalten in Organisationen. Stuttgart: Kohlhammer 2003, 77-94
- Wenninger, G.:** Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz. In: Hoyos, C.G., Frey, D. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. Weinheim 1999, 105-121
- Wernerfeld, B.:** A resource-based view of the firm. Strategic Management Journal (1984), 2, 171-180
- WHO World Health Organisation:** Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. In: Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung (Hrsg.): 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland, Rückblick-Ausblick-Perspektiven, Bonn 1986
- Wöhe, G.; Döring, U.:** Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. München: Vahlen Verlag 2002
- Wottawa, H.; Thierau, H.:** Lehrbuch Evaluation. Bern 2003
- Wucknitz, U. D.:** Handbuch Personalbewertung. Messgrößen - Anwendungsfelder-Fallstudien. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel 2002
- Yin, R.K.:** Case Study Research: Design and Methods. 3. Aufl. Thousand Oaks u. a. 2003
- Zangemeister, C.:** (1997) Gesundheitsmanagement. BLISS Betriebswirtschaftliche Literatur FB/IE (1997), 4, 172-177
- Zangemeister, C.; Nolting, H.-D.:** Kosten-Wirksamkeitsanalyse als Entscheidungshilfe im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Bremerhaven 1997, 74ff
- Zangemeister, C.:** Erweiterte Wirtschaftlichkeits-Analyse (EWA). Grundlagen und Leitfaden für ein 3-Stufen-Verfahren zur Arbeitssystembewertung. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 1993. (Schriftenreihe Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fb 676)
- Zangemeister, C.; Nolting, H.-D.:** Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Einführung und Leitfaden für die betriebliche Praxis. Bremerhaven: Wirtschaftsverl. NW 1997, 44. (Schriftenreihe Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)

Zapf, D.; Dormann, C.: Gesundheit und Arbeitsschutz. In: Schuler, H. (Hrsg.): Lehrbuch der Personalpsychologie. Göttingen 2001, 559-587

Zapf, D.: Emotion work and psychological well-being. A review of the literature and some conceptual considerations. Human Resource Management Review (2002), 12, 237-268

10 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Kosten psychischer Arbeitsbelastung (BÖDECKER et al., 2002)	9
Abb. 1.2	Gedankenflussplan	12
Abb. 2.1	Der Belastungs-Beanspruchungs-Prozess	15
Abb. 2.2	Bestandteile von Humankapital modifiziert nach SCHÜTTE (2004)	25
Abb. 3.1	Perspektiven einer Balanced Scorecard (KAPLAN & NORTON, 1997)	28
Abb. 3.2	Vorgehen zur Entwicklung einer Balanced Scorecard in Anlehnung an HORVÁTH & PARTNERS (2007)	29
Abb. 3.3	Die Strategie als kontinuierlicher Prozess (KAPLAN & NORTON, 2001)	30
Abb. 3.4	Person, Organisation und Situation als Bezugsrahmen	33
Abb. 3.5	Logik des BEM-Modells (KASTNER, 2006)	35
Abb. 3.6	Behavior Evaluation Model (BEM)	37
Abb. 3.7	Grundstruktur des Steuerungs- und Bewertungskonzepts für das BGM	38
Abb. 3.8	Grundlegende Ursache-Wirkungsbeziehungen im Bereich des BGM	39
Abb. 3.9	Akteure und Anspruchsgruppen eines virtuellen Gesundheitsbereichs (Beispiel)	40
Abb. 3.10	Bezugsrahmen der Studie	43
Abb. 3.11	Verfeinerung des Bezugsrahmens	50
Abb. 4.1	Forschungsdesign	52
Abb. 4.2	Abgrenzung des Untersuchungsfeld im Fallstudienunternehmen	56
Abb. 4.3	Projektmeilensteine	57
Abb. 4.4	Verteilung von Alter und Geschlecht in Datenerhebung 1 in Prozent	59
Abb. 4.5	Nationalität und Ausbildung in Datenerhebung 1 in Prozent	59
Abb. 4.6	Auswertungsmethodik der Datenerhebungen	61
Abb. 4.7	Bereiche des Fragebogens	63
Abb. 5.1	Struktur der Ergebnisdarstellung anhand der drei wesentlichen Arbeitspakete des Projekts	73
Abb. 5.2	BGM-Akteure im Fallstudienunternehmen	74
Abb. 5.3	Analysestrategie	92
Abb. 5.4	Entwickelte Gesundheits-BSC im Fallstudienunternehmen	115
Abb. 6.1	Analyseblöcke der Diskussion	116
Abb. 6.2	Analyseblöcke in der Phase „Vorbereitung und Planung“	117
Abb. 6.3	Analyseblöcke der empirischen Auswertung	120
Abb. 6.4	Zusammenhänge zwischen Unternehmenserfolg und Gesundheit	122
Abb. 6.5	Zusammenhänge zwischen der Prozess- und Gesundheit- & Beschwerdeperspektive	132
Abb. 6.6	Zusammenfassung der Ergebnisse auf der Prozessperspektive	135
Abb. 6.7	Lineare Zusammenhänge aller Perspektiven der Gesundheits-BSC (empirisch und theoretisch)	139
Abb. 6.8	Analyseblöcke zur Ableitung der BSC	145
Abb. 6.9	BGM-Prozesskategorisierung zur Erreichung der strategischen Ziele	148

Abb. 6.10	Prozessphasen des arbeitsmedizinischen Kurationsprozesses	150
Abb. 6.11	Arbeitsmedizinischer Präventionsprozess	153
Abb. 6.12	Vernetzter Kurationsprozess	156
Abb. 6.13	Vernetzter Präventionsprozess	158
Abb. 7.1	Projektplan zur Entwicklung und Implementierung einer Gesundheits-BSC (Die Bausteine innerhalb einer Spalte sollten nacheinander abgearbeitet werden.)	164
Abb. 7.2	Ableitung der BGM-Strategien	165
Abb. 7.3	Beispielhafte Strategy Map nach einer Komplexitätsreduktion	172
Abb. 7.4	Gesundheits-BSC (fiktives Beispiel)	178
Abb. 7.5	Integration der Gesundheitsziele in der Organisation	180
Abb. 7.6	Aufbau des BSC-Tools	182
Abb. 7.7	Übersichtsblatt des Gesundheits-BSC-Tools	183
Abb. 7.8	Management Summary des Gesundheits-BSC-Tools	184
Abb. 7.9	Strategy Map	185
Abb. 7.10	Darstellung der Kennzahlen einer Perspektive des Gesundheits-BSC-Tools	186
Abb. 7.11	Maßnahmen-Controlling des Gesundheits-BSC-Tools	189
Abb. 7.12	Dateneingabeblatt des Gesundheits-BSC-Tools	190

11 Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1	Grundsätze zur Zuordnung von monetären Werten für Variablen von Gesundheit nach MOSSINK (1999)	22
Tab. 3.1	Beispielmaßnahmen in der Verhältnis- und Verhaltensprävention der BGF	34
Tab. 4.1	Übersicht der Zielgruppe der durchgeführten Interviews	58
Tab. 4.2	Verwendete Quellen zur Konstruktion des Fragebogens	62
Tab. 4.3	Kennzahlen zur Erfolgsperspektive	67
Tab. 5.1	Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 1)	82
Tab. 5.2	Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 2)	83
Tab. 5.3	Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 3)	84
Tab. 5.4	Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 4)	85
Tab. 5.5	Aus der Faktorenanalyse ermittelte Konstrukte (Teil 5)	86
Tab. 5.6	Regressionsmodelle der Prozessperspektive in DE 1	93
Tab. 5.7	Wichtigste empirische Aussagen der Prozessperspektive	95
Tab. 5.8	Regressionsmodelle der Faktoren der Potenzial- und Prozessperspektive auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive in DE 1 (Teil 1)	96
Tab. 5.9	Regressionsmodelle der Faktoren der Potenzial- und Prozessperspektive auf die Gesundheits- und Beschwerdeperspektive in DE 1 (Teil 2)	97
Tab. 5.10	Wichtigste Aussagen der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive	99
Tab. 5.11	Teilnahme der befragten Mitarbeitern an BGF-Maßnahmen	100
Tab. 5.12	Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 1)	101
Tab. 5.13	Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 2)	102
Tab. 5.14	Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 3)	103
Tab. 5.15	Regressionsmodelle der Erfolgsperspektive in Datenerhebung 1 (Teil 4)	104
Tab. 5.16	Wichtigste quantitative Aussagen der Erfolgsperspektive	106
Tab. 5.17	Faktoren, Items und interne Konsistenz des Fragebogen 2 (Teil 1)	108
Tab. 5.18	Faktoren, Items und interne Konsistenz des Fragebogen 2 (Teil 1)	109
Tab. 5.19	Wichtigste lineare Zusammenhänge der zweiten Datenbefragung auf Prozessperspektive	111
Tab. 5.20	Wichtigste Aussagen der zweiten Datenerhebung auf der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive	112
Tab. 5.21	Wichtigste Zusammenhänge der Erfolgsperspektive in DE 2	112
Tab. 6.1	Wichtigste Effekte zwischen der Erfolgsperspektive (1) und der Prozess (3)- sowie der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive (2)	121

Tab. 6.2	Wichtigste Effekte zwischen der Gesundheits- und Beschwerdeperspektive (2) und der Prozess (3) und Potenzialperspektive (4)	131
Tab. 6.3	Wichtigste Ergebnisse der Prozessperspektive (3)	135
Tab. 7.1	Beispiele für Strategische Zielmerkmale des Gesundheitsmanagements	168
Tab. 7.2	Mögliche Verfügbarkeit von Daten im Unternehmen	169
Tab. 7.3	Beispiele für Kennzahlen zur Gesundheitsförderung	174

12 Abkürzungsverzeichnis

β	Beta-Gewicht der Regression
BD	Betriebsärztlicher Dienst
BEM	Behavior Evaluation Model
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSC	Balanced Scorecard
ERP	Enterprise Resource Planning
GAE	Gesamtanlageneffizienz
HK	Humankapital
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium
KNA	Kosten-Nutzen-Analyse
KWA	Kosten-Wirksamkeitsanalyse
M	Mitwirkung
MA	Mitwirkung durch Anstoß
I	Information
NWA	Nutzwertanalyse
PSO	Person, Situation und Organisation (Organisationspsychologisches Modell zur Erklärung von Gesundheitsverhalten)
R	Bestimmtheitsmaß der Regression
r_{tt}	Cronbach's Alpha
P	Personenbezogener Faktor
P-Zahl	Produktivitätszahl
S	Situationsbezogener Faktor
O	Organisationsbezogener Faktor
V	Verantwortlichkeit
VBA	Visual Basic for Applications
VG	Virtueller Gesundheitsbereich

Anhang

Anhang 1 - Interviewleitfaden

Projekt »Gesundheits-BSC« (BAuA F 2126)

Interviewleitfaden für Führungskräfte

Name:

Datum:

Angaben zur Person:

1. Welchen Bereich verantworten Sie? Was ist Ihre Funktion?
2. Welche Aufgaben und wesentlichen Tätigkeiten umfasst Ihre Funktion?
3. Seit wann sind Sie bei [...] beschäftigt? Seit wann in dieser Position?

Strategische Ziele:

4. Was sind aus Ihrer Sicht die zentralen Herausforderungen für [...] in den nächsten 5 Jahren?
5. Was bedeutet dies konkret für das Werk [...]?
6. Gibt es eine spezifische Personalstrategie (z. B. Wir müssen das Personal reduzieren)?
7. Wie werden die Beschäftigten angeleitet, um die Unternehmensziele zu erreichen? (z. B. Ausbildung, Weiterbildungsmöglichkeiten)
8. Es gibt eine HR-Scorecard für [...]. Welche Relevanz hat diese für Sie und Ihren Verantwortungsbereich?

Gesundheit, Verhalten und Leistung:

9. Gibt es in Ihrem Verantwortungsbereich derzeit Probleme hinsichtlich Qualität bzw. Kosten?
10. Welche Arbeitsplätze bzw. Tätigkeiten in Ihrem Verantwortungsbereich sind davon vornehmlich betroffen?
11. An welcher Stelle im Prozess entsteht das Problem?
12. Haben die Qualitäts-/Kostenprobleme mit dem Verhalten der Beschäftigten zu tun? Haben sie mit der Technik zu tun?
13. Welche Verhaltensweisen oder welche Leistungen der Beschäftigten sind aus Ihrer Sicht besonders kostenrelevant?
14. Wird die Leistung der Beschäftigten durch ihren Gesundheitszustand beeinflusst?
15. An welchen Zielen wird Ihr persönlicher Erfolg gemessen? Welche Beurteilungskriterien werden herangezogen?
16. Welches Feedbacksystem unterstützt Sie bei der Ausführung Ihrer Tätigkeit (z. B. 360°-Beurteilung)?

Erwartungen hinsichtlich Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF):

17. Was ist für Sie gute bzw. schlechte Gesundheitsförderung?

18. Woran erkennt man gute bzw. schlechte Gesundheitsförderung? (Ziele, Maßnahmen, Wirkzusammenhang)
19. Wie schätzen Sie die Gesundheitsförderungs-Maßnahmen nach ihrer Wirksamkeit ein? Wie lässt sich die Wirksamkeit beurteilen (z. B. Kennzahlen)?
20. Wo sehen Sie prioritären Handlungsbedarf in der Gesundheitsförderung?
21. Welche Erwartungen haben Sie an zukünftige Entwicklung der BGF?
22. Wie müssten die Zuständigkeiten geregelt sein, um die Wirkung von BGF-Maßnahmen nachhaltig zu steigern?
23. Erfolgt eine Weiterentwicklung und kontinuierliche Verbesserung von BGF-Zielen und Maßnahmen?
24. Gibt es weitere Akteure, die in die BGF einbezogen werden sollten?

Person – Situation – Organisation:

25. Welche Ziele und Maßnahmen der BGF (im weitesten Sinne, z. B. auch Arbeitsplatzgestaltung) werden in Ihrem Verantwortungsbereich verfolgt bzw. umgesetzt?
26. Welche Ziele und Maßnahmen der BGF haben sich nicht bewährt? Warum?
27. Welche betrieblichen Rahmenbedingungen wären erforderlich, um die Wirkung der BGF zu stärken?

Unterstützung:

28. Welche Informationen würden Ihnen bei der gezielten Auswahl von wirksamen BGF-Maßnahmen helfen?
29. Welche persönliche Unterstützung erwarten Sie bei der Umsetzung von Maßnahmen (z. B. Informationen, Kooperation)?
30. Welche Unterstützung erwarten Sie vom Projekt „Gesundheits-BSC“?

Anhang 2 - Fragebogen Datenerhebung 1

Sehr geehrte Damen, sehr geehrte Herren,

im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ... führen wir eine Befragung ... durch. Wir möchten mit dieser Befragung dazu beitragen, dass die betriebliche Gesundheitsförderung zukünftig noch wirksamer und in optimaler Zusammenarbeit mit Ihnen als Mitarbeiter des Werkes, den Meistern, dem Personalwesen, dem Arbeitsschutz und dem Betriebsärztlichen Dienst gestaltet werden kann.

Wir richten uns an Sie, mit der herzlichen Bitte, uns bei diesem Vorhaben zu unterstützen.

Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz. Sie werden durch Mitarbeiter der Forschungsgemeinschaft erhoben und nur in anonymisierter Form gespeichert und verarbeitet. Ihr Arbeitgeber erhält keinerlei Einzelergebnisse, sondern nur eine statistische Gesamtauswertung, aus der keinesfalls rekonstruiert werden kann, wer was gesagt hat.

Bitte füllen Sie den Fragebogen anonym aus, indem Sie sich eine Buchstaben- und/oder Zahlenkombination überlegen, die nur Ihnen bekannt ist. Bitte nennen Sie diesen Code auf der nächsten Seite, z. B. die beiden Anfangsbuchstaben der Vornamen der Eltern und deren Geburtsmonate.

Bitte nehmen Sie sich für den Fragebogen ausreichend Zeit. Lassen Sie ihn uns danach im beiliegenden verschlossenen Rückumschlag zukommen.

Mit herzlichem Dank und freundlichen Grüßen

Ihre Forschungsgemeinschaft Betriebliche Gesundheitsförderung



Zu den Inhalten des Fragebogens:

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Themen, die das gesamte Umfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung ansprechen. Dazu zählen alle Aspekte, die Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden bei der Arbeit positiv oder negativ beeinflussen:

1. Wie erleben Sie die Unterstützung durch Ihren Meister?
2. Wie erleben Sie allgemein den Umgang miteinander im Unternehmen (Unternehmenskultur)?
3. Wie erleben Sie den Umgang mit den Kollegen am Arbeitsplatz?
4. Wie nehmen Sie Ihre Arbeitsbedingungen wahr und welche Auswirkungen haben diese auf Ihre Arbeitsmotivation?

5. Wie schätzen Sie Ihre eigenen Fähigkeiten ein, mit zukünftigen Veränderungen bei der Arbeit klar zu kommen?
6. Wie schätzen Sie selbst Ihre eigene Gesundheit ein und was bedeutet dies für Ihre tägliche Arbeit?
7. Wie erleben Sie die Unterstützung und Beratung durch den Betriebsärztlichen Dienst?

Die meisten Fragen sind so gestellt, dass Sie durch Ankreuzen die für Sie passende Antwort geben können. Beantworten Sie alle Fragen möglichst spontan ohne großes Nachdenken.

Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 45 Minuten.

Noch einmal vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte tragen Sie nun hier zunächst Ihren persönlichen Code ein:

1. Buchstabe: Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihres Vaters, z. B. W für Willi
2. Buchstabe: Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihrer Mutter, z. B. P für Paula
3. und 4. Ziffer: Geburtsmonat Ihres Vaters, z. B. 06 für Juni
5. und 6. Ziffer: Geburtsmonat Ihrer Mutter, z. B. 04 für April

In unserem Beispiel würde der Code lauten: WP0604

Das Diagramm zeigt die Struktur des Codes auf einem gelben Hintergrund. Es besteht aus zwei Zeilen von Beschriftungen und einer Zeile für den Code selbst. Die erste Zeile enthält '1. Buchstabe Vorname Vater' mit einer vertikalen gestrichelten Linie, die auf den ersten Zeichenplatz zeigt. Die zweite Zeile enthält '1. Buchstabe Vorname Mutter' mit einer vertikalen gestrichelten Linie, die auf den zweiten Zeichenplatz zeigt. Darunter befinden sich sechs vertikale gestrichelte Linien, die die Positionen der Ziffern 3 bis 6 markieren. Die dritte und vierte Linie sind jeweils mit zwei vertikalen Doppellinien (||) versehen, was die Ziffern 3 und 4 sowie 5 und 6 darstellt. Die fünfte und sechste Linie sind jeweils mit zwei vertikalen Doppelpunkten (..) versehen, was die Ziffern 3 und 4 sowie 5 und 6 darstellt. Unten links steht das Wort 'Code' in fetter Schrift, gefolgt von sechs horizontalen Strichen, die die Eingabefelder für die Ziffern darstellen.

Daten zu Ihrer Person

Zunächst haben wir einige Fragen zu Ihrer Person. Dabei möchten wir noch einmal betonen, dass überhaupt keine personenbezogenen Informationen an Ihren Arbeitgeber gegeben werden. Auch die personenbezogenen Informationen benötigen wir ausschließlich, um zukünftige Maßnahmen noch besser auf die verschiedenen Beschäftigtengruppen hin anpassen zu können. Daher brauchen wir auch diese Informationen von Ihnen.

1. Wie alt sind Sie?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| jünger als 20 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| zwischen 20 und 29 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| zwischen 30 und 39 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| zwischen 40 und 49 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| zwischen 50 und 59 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 60 Jahre oder älter | <input type="checkbox"/> |

2. Geschlecht: weiblich männlich

3. Welcher Nationalität gehören Sie an?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| deutsch | <input type="checkbox"/> |
| italienisch | <input type="checkbox"/> |
| türkisch | <input type="checkbox"/> |
| griechisch | <input type="checkbox"/> |
| spanisch | <input type="checkbox"/> |
| russisch | <input type="checkbox"/> |
| Andere: _____ | <input type="checkbox"/> |

4. Welche Schulausbildung haben Sie?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Hauptschule | <input type="checkbox"/> |
| Realschule | <input type="checkbox"/> |
| Abitur/Fachabitur | <input type="checkbox"/> |
| Studium an einer Fachakademie o. ä. | <input type="checkbox"/> |
| Fachhochschulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| Universitätsabschluss | <input type="checkbox"/> |

5. Welche Berufsausbildung haben Sie?

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- | | |
|--|--------------------------|
| keinen Abschluss | <input type="checkbox"/> |
| abgeschlossene Lehre | <input type="checkbox"/> |
| Meisterprüfung oder Abschluss einer Fachschule | <input type="checkbox"/> |
| Diplom, Magister o. ä. | <input type="checkbox"/> |

6. Seit wie vielen Jahren sind Sie im Fallstudienunternehmen beschäftigt?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| bis 1 Jahr | |
| bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| bis 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |

7. Seit wie vielen Jahren sind Sie in dieser Abteilung beschäftigt?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| bis 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| bis 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |

8. Welche Tätigkeit üben Sie gegenwärtig aus und in welcher Kostenstelle arbeiten Sie?

Kostenstelle: _____

Tätigkeit: _____

9. Seit wie vielen Jahren üben Sie Ihre derzeitige Tätigkeit aus?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| bis 1 Jahr | <input type="checkbox"/> |
| bis 2 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| bis 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| über 10 Jahre | <input type="checkbox"/> |

10. Wie ist Ihre Arbeitstätigkeit eingestuft?

AW kleiner als 20	<input type="checkbox"/>
AW zwischen 20 und 24	<input type="checkbox"/>
AW zwischen 25 und 29	<input type="checkbox"/>
AW zwischen 30 und 34	<input type="checkbox"/>
AW größer als 34	<input type="checkbox"/>

Ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz

Im Folgenden werden Sie um Ihre Einschätzung verschiedener Zufriedenheitsfaktoren gebeten. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Kreuzen Sie so an, wie Sie dies persönlich erleben.

Wie beurteilen Sie	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut
1. ... Ihre Zufriedenheit mit Ihrer Tätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... Ihre Möglichkeiten, Ihre Arbeitsgeschwindigkeit selbst zu bestimmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... die Hilfsmittel für Ihre Arbeitstätigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ... Ihre Möglichkeiten, bei der Arbeit Neues zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... Ihre Möglichkeiten, das zu tun, was Sie am besten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... die Freiräume für Eigeninitiative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... Ihr Engagement für hohe Qualität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... Ihr Vertrauensverhältnis zu Ihrem Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... die Verlässlichkeit Ihres Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ... die Wertschätzung Ihrer Arbeit durch Ihren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ... das Verständnis Ihres Vorgesetzten für Ihre Sorgen und Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12. | ... den Einsatz Ihres Vorgesetzten für Ihre Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | ... den Einsatz Ihres Vorgesetzten für eine angemessene Arbeitsbelastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | ... die Gewährleistung eines reibungslosen Ablaufes der Arbeit durch Ihren Vorgesetzten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. | ... die Förderung Ihrer beruflichen Entwicklung durch Ihren Vorgesetzten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. | ... die Unterstützung durch Ihren Vorgesetzten bei Arbeitsproblemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | ... den Umgang Ihres Vorgesetzten mit Kritik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | ... die Zusammenarbeit mit Ihrem Vorgesetzten insgesamt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. | ... die Unterstützung bei der Arbeit durch die Kollegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. | ... das Verständnis für persönliche Schwierigkeiten durch die Kollegen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. | ... Ihre Einbindung in das Team? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. | ... die Offenheit und Ehrlichkeit im Team? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wie beurteilen Sie

- | | | sehr
schlecht | schlecht | mittel-
mäßig | gut | sehr
gut |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 23. | ... die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen bzw. Bereichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. | ... die Information über wichtige Dinge und Vorgänge? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | ... Ihre Beteiligung bei Entscheidungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | ... die Fürsorge des Unternehmens für die Mitarbeiter? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | ... die Honorierung von Leistung im Unternehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | ... die Transparenz der Unternehmenspolitik? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | ... die Umsichtigkeit mit der Veränderungen umgesetzt werden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. | ... die Berücksichtigung der Arbeitnehmerinteressen im Unternehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. | ... den Erfolg des Unternehmens? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 32. | ... die Wertschätzung Ihrer Arbeit durch das Unternehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. | ... Ihr Wohlbefinden im Unternehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. | ... Ihre Bereitschaft, an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. | ... Ihre Bereitschaft, in Ihrer Freizeit etwas für Ihre Gesundheit zu tun? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. | ... Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Leben im Allgemeinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inwieweit...

- | | nicht | wenig | mittel-
mäßig | ziemlich | sehr | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 37. | ... sind Sie bereit, den Tätigkeitsbereich innerhalb des Unternehmens zu wechseln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. | ... könnten sie sich vorstellen, zukünftig auch eine ganz andere Tätigkeit auszuüben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. | ... können Sie mit Konflikten am Arbeitsplatz umgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. | ... können Sie erreichen, was Sie sich vorgenommen haben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41. | ... können Sie mit Stress umgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42. | ... können Sie nach der Arbeit abschalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43. | ... passen Sie mit ihren Fähigkeiten auf ihren Arbeitsplatz? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44. | ... wissen Sie, was bei der Arbeit von Ihnen erwartet wird? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45. | ... sind Sie bereit, Produkte Ihres Unternehmens Ihren Freunden und Familienangehörigen zu empfehlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Inwieweit...

- | | nicht | wenig | mittel-
mäßig | ziemlich | sehr | |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 46. | ... sind Sie bereit, Ihren Arbeitsplatz Freunden und Familienangehörigen zu empfehlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47. | ... belastet Sie die Vorstellung, ihre Arbeitsstelle zu verlieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48. | ... befriedigt Sie ihre Arbeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49. | ... sind Sie stolz, anderen erzählen zu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

können, dass Sie bei xx arbeiten?

50. ...bedeutet Ihnen ihre Arbeit bei xx et- was?

Arbeitsbedingungen

Viele Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung betreffen die Arbeitsbedingungen an Ihrem Arbeitsplatz. Bitte bewerten Sie nun, wie Sie diese Arbeitsbedingungen erleben.

- | An meinem Arbeitsplatz belasten mich | nicht | wenig | mittel-
mäßig | ziemlich | sehr |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 51. ... beengte Arbeitsverhältnisse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 52. ... ungünstige Beleuchtung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53. ... Lärm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54. ... Wärme/Hitze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 55. ... Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56. ... Zugluft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ... Staub/Schmutz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. ... schlechte Luft (Gerüche, Dämpfe, Rauch) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. ... schlechte Bodenverhältnisse (z. B. glatter Boden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. ... gefährliche Stoffe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. ... Wechsel zwischen Wärme und Kälte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 62. ... Vibrationen/Erschütterungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 63. ... Nässe/Feuchtigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 64. ... Heben und Tragen schwerer Lasten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 65. ... häufiges Wiederholen einzelner Bewegungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 66. ... ungünstige Arbeitshöhen (Bücken oder Strecken) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | nie | selten | manchmal | oft | dauernd |
| 67. An meinem Arbeitsplatz können gefährliche Situationen auftreten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Meine Beanspruchung ist meiner Einschätzung nach ...

	viel zu niedrig	zu niedrig	genau richtig	zu hoch	viel zu hoch
68. körperlich ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69. geistig ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheit und Wohlbefinden

Bitte geben Sie auch an, wenn einzelne Beschwerden nur selten auftreten und nicht unbedingt mit der Arbeit zu tun haben.

	nie	selten	manchmal	oft	dauernd
70. Wie oft haben Sie Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71. Wie oft spüren Sie bei geringer Anstrengung Herzklopfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
72. Wie oft reagiert Ihr Magen empfindlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
73. Wie oft verspüren Sie Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74. Wie oft haben Sie Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Wie oft haben Sie Schmerzen in der Herzgegend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Wie oft haben Sie Nackenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Wie oft haben Sie Schulterschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Wie oft haben Sie Schlafstörungen beim Einschlafen oder Durchschlafen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. Wie oft fühlen Sie sich den ganzen Tag müde und zerschlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Wie oft werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
82. Wie oft behindern Gefühle von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit Sie im täglichen Leben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Wie oft hindert ihre Gesundheit Sie an Freizeitaktivitäten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Wie oft sind Sie nervös?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Wie oft gehen Sie zu ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?
86. Wie oft waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung?
87. Wie oft haben Sie im letzten halben Jahr vom Arzt verordnete Medikamente eingenommen?

88. Wer ist Ihrer Meinung nach zu welchem Prozentsatz verantwortlich für Ihre Gesundheit?

Ich selbst _____ %

Mein Arbeitgeber _____ %

Mein Hausarzt _____ %

89. Was tun Sie selbst für Ihre Gesundheit? (z. B. Sport, Ernährung, Entspannung) Bitte in den unteren Zeilen eintragen.	Seit wie vielen Jahren?	Wie häufig pro Monat?	Wie lange jeweils pro Durchgang (in Minuten)?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<i>Beispiel 1: Jogging</i>	5	ca. 4 x	ca. 30
<i>Beispiel 2: Rauchen aufgehört</i>	2	-	-

Meine Leistungsfähigkeit war im letzten Jahr eingeschränkt durch ...

90. Stress und übermäßige Belastung durch die Arbeit nicht wenig mittel-mäßig ziemlich sehr
91. gesundheitliche Probleme

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 92. Frustr oder Verunsicherung bezogen auf meine Arbeit oder das Arbeitsumfeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 93. Ärger über das Verhalten anderer bei der Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 94. Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 95. Probleme im privaten Bereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Diese Einschränkungen hatten Auswirkungen auf

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 96. ... meine Arbeitsgeschwindigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 97. ... die Sorgfalt meiner Arbeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 98. ... die Zusammenarbeit im Team | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 99. ... meine Konzentrationsfähigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 100. ... auf bestimmte Tätigkeiten, nämlich ...
(bitte angeben):..... | | | | | |

Wie beurteilen Sie

- | | sehr
schlecht | schlecht | mittel-
mäßig | gut | sehr
gut |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 101. ... Ihren Gesundheitszustand? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 102. ... Ihren Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 103. ... die Wahrscheinlichkeit, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Tätigkeit auch in den nächsten 2 Jahren ausüben zu können? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

104. An wie vielen Tagen konnten Sie im letzten Jahr aufgrund Ihrer gesundheitlichen Beschwerden nicht zur Arbeit kommen: ____ Tage
105. An wie vielen Tagen sind Sie in den letzten 30 Tagen zur Arbeit gekommen, obwohl Sie aufgrund von körperlichen Beschwerden oder Unwohlsein nicht voll leistungsfähig waren: ____ Tage
106. Angenommen, 100 ist die absolut beste Leistung, die man an Ihrem Arbeitsplatz erbringen könnte und 0 die absolut schlechteste Leistung, die man erbringen könnte. Wie schätzen Sie Ihre Leistung zwischen 0 und 100 im Allgemeinen ein:
Bitte eine Zahl eintragen. _____

- | | nie | selten | manch-
mal | oft | immer |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 107. Wie oft erreichen Sie Ihre Qualitätsvorgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 108. Wenn Sie „nie“, „selten“ oder „manchmal“ angekreuzt haben:
Warum? _____ | | | | | |

- | | nie | selten | manch-
mal | oft | immer |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 109. Wie oft erreichen Sie Ihre Mengenvorgaben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 110. Wenn Sie „nie“, „selten“ oder „manchmal“ angekreuzt haben:
Warum? _____ | | | | | |

111. Wie viele Verbesserungsvorschläge haben Sie im letzten Jahr eingereicht: _____

- Wie beurteilen Sie
- | | sehr
schlecht | schlecht | mittel-
mäßig | gut | sehr
gut |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 112. ... die gemeinsame Leistung Ihres Teams? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 113. Wer ist Ihrer Meinung nach zu welchem Prozentsatz verantwortlich für die Leistung Ihres Teams? | | | | | |
| Ich selbst | _____ % | | Das Management | _____ % | |
| Meine Kollegen | _____ % | | Die Technik | _____ % | |
| Mein Meister | _____ % | | | | |

Zufriedenheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beurteilen Sie Ihre Zufriedenheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Wie beurteilen Sie die Wirksamkeit der folgenden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für sich selbst?

Bitte bewerten Sie aus der folgenden Liste von angebotenen Fördermaßnahmen nur diejenigen, die Sie selbst im letzten Jahr genutzt haben.

Für alle von Ihnen im letzten Jahr nicht genutzten Maßnahmen kreuzen Sie bitte einfach die vorletzte Spalte an. Falls Sie eine Maßnahme nicht kennen, kreuzen Sie dies bitte in der letzten Spalte an.

Die Wirksamkeit der Maßnahme für meine Gesundheit war	sehr schlecht	schlecht	mittel-mäßig	gut	sehr gut	habe ich nicht benutzt	kenne ich nicht
114. Kraftwerk Mobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Gripeschutzimpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Aktion "Gesunde Haut"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. ErgonoMix - arbeitsplatzbezogene Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
118. Teilnahme Pfundsfitgruppen AOK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Rückenprogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Gesundheitsprävention (6-tägiges Gesundheitstraining bzw. 21-tägige Kur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Aktion „1+12“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Welche der aufgeführten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten weiterhin angeboten werden?	<hr/>						
123. Welche weiteren Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wünschen Sie sich?	<hr/>						
124. Was war der Grund Ihres letzten Besuches beim Betriebsärztlichen Dienst?	<input type="checkbox"/> Ambulanz / Sprechstunde <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/> Arbeitsplatzproblem <input type="checkbox"/> Arbeitsunfall <input type="checkbox"/> arbeitsbezogene Krankheit, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> nicht arbeitsbezogene Krankheit, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Ich war noch nie beim Betriebsärztlichen Dienst.						

Wie beurteilen Sie...	Sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	Sehr gut	Kann ich nicht beurtei- len
125. ... die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Ambulanzpersonals (Pfleger)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
126. ... die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Assistenzpersonals (Schwestern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. ... die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ärzte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. ... die fachliche Kompetenz des Personals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. ... die medizinische Behandlung („Sprechstunde“)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. ... die Beratung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. ... den Ablauf der arbeitsmedizinischen Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
132. ... die medizinische Information und Beratung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. ... die Dauer der Wartezeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. ... die Einflussnahme des BD auf die gesundheitsgerechte Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. ... die Orientierung der Beratungsleistungen des BD am Bedarf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. ... die Leistungen des BD insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Welche der nachfolgenden Hauptaufgaben des Betriebsärztlichen Dienstes kennen Sie?						
<input type="checkbox"/> arbeitsmedizinische Betreuung (z. B. Arbeitsplatzanalyse)						

- Akut-/Notfallmedizin (z. B. Sprechstunde, Rettungsdienst)
- betriebliche Gesundheitsförderung (z. B. Gripeschutzimpfungen)
138. Haben Sie im letzten Jahr Kontakt mit dem Bereich „Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit“ gehabt?
- ja nein
139. Falls ja, wie gut oder schlecht sind Sie dort beraten oder unterstützt worden?
- sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut
140. Haben Sie eine Situation erlebt, in der für Sie nicht klar war, ob der Personalbereich, der BD oder der Bereich „Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit“ zuständig ist?
- ja nein
141. Haben Sie eine Situation erlebt, in der Sie die Zusammenarbeit zwischen dem BD, dem Personalbereich und dem Arbeitsschutz als nicht zufrieden stellend erlebt haben?
- ja nein

- | | nie | selten | manchmal | oft | jeden Tag/jedes Mal |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 142. Wenn jemand krank ist, wird er bei uns angehalten, zu arbeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 143. Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, die über den Arbeitsalltag hinausgehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 144. Falls Sie in den letzten Jahren krank waren:
Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, wenn ich nach krankheitsbedingter Abwesenheit an die Arbeitsstelle zurückkomme. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

145. Gibt es aktuelle Veränderungen im Unternehmen, die Ihre Zufriedenheit mit Ihrem Arbeitsplatz oder Ihrem Unternehmen wesentlich beeinflussen?
Wenn ja, welche?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!

Anhang 3 - Fragebogen Datenerhebung 2

Liebe Mitarbeiter,

Wir richten uns an Sie, mit der herzlichen Bitte, uns bei Verbesserung der Gesundheitsförderung im Unternehmen durch das Ausfüllen des Fragebogens zu unterstützen.

Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutzgesetz. Ihr Arbeitgeber erhält keinerlei Einzelergebnisse, sondern nur eine statistische Gesamtauswertung, aus der keinesfalls rekonstruiert werden kann, wer was geantwortet hat.

Codierung:

Bitte füllen Sie den Fragebogen anonym aus, indem Sie sich eine Buchstaben- und/oder Zahlenkombination verwenden, die Sie bereits bei der ersten Befragung verwendet haben. Vermutlich haben Sie damals die beiden Anfangsbuchstaben der Vornamen der Eltern und deren Geburtsmonate verwendet. Bitte tragen Sie nun hier zunächst Ihren persönlichen Code ein:

1. Buchstabe: Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihres Vaters, z. B. W für Willi
2. Buchstabe: Anfangsbuchstabe des Vornamens Ihrer Mutter, z. B. P für Paula
3. und 4. Ziffer: Geburtsmonat Ihres Vaters, z. B. 06 für Juni
5. und 6. Ziffer: Geburtsmonat Ihrer Mutter, z. B. 04 für April

In unserem Beispiel würde der Code lauten: WP0604

1. Buchstabe Vorname Vater

1. Buchstabe Vorname Mutter

| || || || || |

Code _ _ _ _ _

Zu den Inhalten des Fragebogens:

Auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Themen, die das gesamte Umfeld der betrieblichen Gesundheitsförderung ansprechen. Die meisten Fragen sind so gestellt, dass Sie durch Ankreuzen die für Sie passende Antwort geben können. Beantworten Sie alle Fragen möglichst spontan ohne großes Nachdenken. Für das Ausfüllen des Fragebogens benötigen Sie ca. 10 bis 15 Minuten.

Bitte nehmen Sie sich für den Fragebogen ausreichend Zeit. Lassen Sie ihn uns danach im beiliegenden verschlossenen Rückumschlag zukommen.

Mit herzlichem Dank und freundlichen Grüßen

Ihre Forschungsgemeinschaft Betriebliche Gesundheitsförderung

Ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz

Im Folgenden werden Sie um Ihre Einschätzung verschiedener Zufriedenheitsfaktoren gebeten. Es gibt kein „richtig“ oder „falsch“. Kreuzen Sie so an, wie Sie dies persönlich erleben.

Wie beurteilen Sie	sehr schlecht	schlecht	mittel- mäßig	gut	sehr gut
146. ... Ihre Möglichkeiten, bei der Arbeit Neues zu erlernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. ... Ihre Möglichkeiten, das zu tun, was Sie am besten können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148. ... die Freiräume für Eigeninitiative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. ... die Verlässlichkeit Ihres Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. ... das Verständnis Ihres Vorgesetzten für Ihre Sorgen und Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151. ... den Einsatz Ihres Vorgesetzten für Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152. ... die Unterstützung bei der Arbeit durch die Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
153. ... das Verständnis für persönliche Schwierigkeiten durch die Kollegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
154. ... die Offenheit und Ehrlichkeit im Team?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
155. ... die Fürsorge des Unternehmens für die Mitarbeiter?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
156. ... die Transparenz der Unternehmenspolitik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
157. ... die Berücksichtigung der Arbeitnehmerinteressen im Unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inwieweit...	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
158. ... sind Sie bereit, den Tätigkeitsbereich innerhalb des Unternehmens zu wechseln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
159. ... könnten Sie sich vorstellen, zukünftig auch eine ganz andere Tätigkeit auszuüben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
160. ... können Sie mit Konflikten am Arbeitsplatz umgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 161. ... können Sie mit Stress umgehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 162. ... sind Sie bereit, unternehmensspezifische Produkte Ihren Freunden und Familienangehörigen zu empfehlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 163. ... belastet Sie die Vorstellung, ihre Arbeitsstelle zu verlieren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 164. ... sind Sie stolz, anderen erzählen zu können, dass Sie bei xx arbeiten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 165. ... bedeutet Ihnen ihre Arbeit bei xx etwas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 166. ... ist Ihre Gesundheit für die Leistungsfähigkeit Ihrer Arbeitseinheit bzw. Ihres Teams wichtig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Arbeitsbedingungen

Viele Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung betreffen die Arbeitsbedingungen an Ihrem Arbeitsplatz. Bitte bewerten Sie nun, wie Sie diese Arbeitsbedingungen erleben.

- | An meinem Arbeitsplatz belasten mich | nicht | wenig | mittel-
mäßig | ziemlich | sehr |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 167. ... gefährliche Stoffe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 168. ... Wechsel zwischen Wärme und Kälte. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 169. ... Vibrationen/Erschütterungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 170. ... Heben und Tragen schwerer Lasten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 171. ... häufiges Wiederholen einzelner Bewegungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Gesundheit und Wohlbefinden

Bitte geben Sie auch an, wenn einzelne Beschwerden nur selten auftreten und nicht unbedingt mit der Arbeit zu tun haben.

- | | nie | selten | manch-
mal | oft | dau-
ernd |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 172. Wie oft haben Sie Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 173. Wie oft reagiert Ihr Magen empfindlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 174. Wie oft haben Sie Rückenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 175. Wie oft haben Sie Konzentrationsstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 176. Wie oft behindern Gefühle von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit Sie im täglichen Leben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 177. Wie oft waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 178. Wie oft haben Sie im letzten halben Jahr vom Arzt verordnete Medikamente eingenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 179. Wie oft treiben Sie Sport, um Ihre Gesundheit zu erhalten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 180. Wie oft achten Sie bei Ihrer Ernährung auf Ihre Gesundheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Meine Leistungsfähigkeit war im letzten Jahr eingeschränkt durch | | | | | |
| | nicht | wenig | mittel-
mäßig | ziemlich | sehr |
| 181. ... Frust, bezogen auf meine Arbeit oder das Arbeitsumfeld. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 182. ... Ärger über das Verhalten anderer bei der Arbeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 183. Probleme im privaten Bereich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diese Einschränkungen hatten Auswirkungen auf | | | | | |
| 184. ... meine Arbeitsgeschwindigkeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 185. ... die Sorgfalt meiner Arbeit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 186. Wer ist Ihrer Meinung nach verantwortlich für Ihre Gesundheit? | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ich selbst | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mein Arbeitgeber | | | | | |

Zufriedenheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung

Bitte beurteilen Sie Ihre Zufriedenheit mit der betrieblichen Gesundheitsförderung.

- | | nie | selten | manch-
mal | oft | jeden
Tag/jedes
Mal |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| 187. Wenn jemand krank ist, wird er bei uns angehalten, zu arbeiten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 188. Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, die über den Arbeitsalltag hinausgehen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 189. Falls Sie in den letzten Jahren krank waren: | | | | | |
| Mein Vorgesetzter führt Gespräche mit mir, wenn ich nach krankheitsbedingter Abwesen- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

heit an die Arbeitsstelle zurück-
komme.

190. Wie oft ist Ihr Vorgesetzter vor Ort an Ihrem Arbeitsplatz?

Wie beurteilen Sie...

- | | sehr
schlecht | schlecht | mittel-
mäßig | gut | sehr gut | kann ich
nicht beur-
teilen |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| 191. ... die fachliche Kompetenz des BD-Personals? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 192. ... die Beratung bei arbeitsplatzbezogenen Problemen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 193. ... die medizinische Information und Beratung des BD? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

194. An welchen Maßnahmen des BD zur Gesundheitsförderung haben Sie im vergangenen Jahr teilgenommen?

195. Welche zusätzlichen Maßnahmen des BD zur Gesundheitsförderung würden Sie sich wünschen?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diesen Fragebogen auszufüllen!

Anhang 4 - Korrelationstabellen

CORRELATIONS
 / VARIABLES=FF1_36 FF2_36 FF3_36 FF4_36 FF1_50 FF2_50 FF3_50 FF4_50 AF1_69 AF2_69 FF1_12 FF2_12 FF3_12 FF4_121 FF5_12
 / PRINT=TWOTAIL NOSIG
 / MISSING=PAIRWISE .

Korrelationen

	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten	Handlungsspielraum bei der Arbeit	Soziale Unterstützung	Identifikation mit dem Unternehmen	Coping	Veränderungsbereitschaft	Angst um Arbeitsplatz	Situative Belastung	Tätigkeitsbezogene Belastung	Gesundheitliche Beschwerden	Persönliche Leistungseinschränkung	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	Leistungseinschränkende Faktoren	Zufriedenheit mit BD (fachlich)
Gesundheitsbez. Führungsverhalten	,447(**) 395	,622(**) 395	,200(**) 408	,375(**) 407	,197(**) 407	-,220(**) 410	-,107(*) 401	-,097 399	-,198(**) 400	-,185(**) 385	-,187(**) 391	-,090 406	-,283(**) 385	-,115(*) 381
Anerkennung der Unternehmensaktivitäten	1,000 415	,443(**) 394	,169(**) 410	,563(**) 405	,146(**) 407	-,232(**) 407	,002 399	-,094 396	-,141(**) 397	-,190(**) 384	-,108(*) 392	-,091 404	-,136(**) 386	-,071 380
Handlungsspielraum bei der Arbeit	1,000 422	1,000 422	,325(**) 416	,466(**) 409	,228(**) 411	-,440(**) 412	,027 405	-,111(*) 402	-,368(**) 404	-,262(**) 390	-,218(**) 399	-,089 411	-,273(**) 388	,000 382
Soziale Unterstützung	1,000 444	1,000 444	1,000 444	,232(**) 430	,199(**) 433	-,188(**) 434	,026 424	-,058 421	-,160(**) 422	-,218(**) 407	-,247(**) 411	-,054 430	-,265(**) 406	,017 402
Identifikation mit dem Unternehmen	1,000 437	1,000 437	1,000 437	1,000 437	,262(**) 428	-,457(**) 432	-,054 420	-,088 417	-,166(**) 418	-,218(**) 405	-,182(**) 411	-,046 427	-,225(**) 404	,072 400
Coping	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	-,170(**) 433	-,081 419	-,054 419	-,143(**) 419	-,330(**) 405	-,377(**) 411	-,171(**) 430	-,290(**) 405	,154(**) 401
Veränderungsbereitschaft	1,000 442	1,000 442	1,000 442	1,000 442	1,000 442	1,000 442	-,129(**) 421	-,057 419	,128(**) 419	,092 405	,133(**) 411	-,061 429	,136(**) 404	-,051 405
Angst um Arbeitsplatz	1,000 431	1,000 431	1,000 431	1,000 431	1,000 431	1,000 431	1,000 431	,504(*) 416	,493(**) 419	,293(**) 399	,252(**) 403	,180(**) 418	,221(**) 397	-,075 394
Situative Belastung	1,000 429	1,000 429	1,000 429	1,000 429	1,000 429	1,000 429	1,000 429	1,000 429	,651(**) 414	,331(**) 396	,217(**) 402	,211(**) 417	,207(**) 396	-,043 390
Tätigkeitsbezogene Belastung	1,000 428	1,000 428	1,000 428	1,000 428	1,000 428	1,000 428	1,000 428	1,000 428	1,000 428	,457(**) 399	,325(**) 402	,230(**) 418	,357(**) 395	-,020 391
Gesundheitliche Beschwerden	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	1,000 413	,614(**) 396	,504(**) 408	,547(**) 385	-,042 379
Persönliche Leistungseinschränkung	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	1,000 418	,292(**) 411	,719(**) 396	-,084 387
Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	1,000 439	,328(**) 402	,026 401
Leistungseinschränkende Faktoren	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	1,000 410	-,047 381

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

CORRELATIONS
 /VARIABLES=FF1_36 FF2_36 FF3_36 FF4_36 FF1_50 FF2_50 FF3_50 FF4_50 AF1_69 AF2_69 FF1_12 FF2_12 FF3_12 FF4_121 FF5_12
 /PRINT=TWOTAIL NOSIG
 /MISSING=LISTWISE .

Korrelationen(a) Korrelationen(a)

	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten	Handlungsspielraum bei der Arbeit	Soziale Unterstützung	Identifikation mit dem Unternehmen	Coping	Veränderungsbereitschaft	Angst um Arbeitsplatz	Situative Belastung	Tätigkeitsbezogene Belastung	Gesundheitliche Beschwerden	Persönliche Leistungseinschränkung	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	Leistungseinschränkende Faktoren	Zufriedenheit mit BD (fachlich)
Gesundheitsbezogenes Führungsverhalten	,472(**)	,552(**)	,083	,334(**)	,234(*)	-,211(*)	-,134	-,083	-,205	-,278(**)	-,187	-,291(**)	-,224(*)	,235(*)
Anerkennung der Unternehmensaktivitäten	1.000	,442(**)	,220(*)	,583(**)	,230(*)	-,258(*)	,073	-,075	-,177	-,283(**)	-,167	-,247(*)	-,099	,446(**)
Handlungsspielraum bei der Arbeit		1.000	,259(*)	,405(**)	,220(*)	-,429(**)	,161	,015	-,201	-,179	-,076	-,048	-,050	,235(*)
Soziale Unterstützung			1.000	,186	,238(*)	-,182	,073	-,113	-,051	-,214(*)	-,318(**)	,035	-,303(**)	,243(*)
Identifikation mit dem Unternehmen				1.000	,324(**)	-,411(**)	-,004	-,062	-,080	-,313(**)	-,177	-,150	-,191	,195
Coping					1.000	-,124	,238(*)	,113	,065	-,320(**)	-,261(*)	-,396(**)	-,345(**)	,065
Veränderungsbereitschaft						1.000	-,198	,021	,247(*)	,160	,112	-,049	,136	-,157
Angst um Arbeitsplatz							1.000	,483(**)	,444(**)	,202	,287(**)	,046	,225(*)	-,020
Situative Belastung								1.000	,617(**)	,206(*)	,114	,068	,082	-,178
Tätigkeitsbezogene Belastung									1.000	,391(**)	,206(*)	,141	,201	-,322(**)
Gesundheitliche Beschwerden										1.000	,509(**)	,466(**)	,522(**)	-,431(**)
Persönliche Leistungseinschränkung											1.000	,299(**)	,703(**)	-,345(**)
Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen												1.000	,310(**)	-,262(*)
Leistungseinschränkende Faktoren													1.000	-,184

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

a Listenweise N=92

Anhang 5 - Modellvergleiche Datenerhebung 1 und 2

Anh. 5, Tab. 1 Modellvergleich Prozessperspektive Datenerhebung 1 und 2

abhängige Variable	unabhängige Variable	β -Gewicht FB1	Modellgüte FB1	korr. R ²	β -Gewicht FB2	Modellgüte FB2	korr. R ²
Veränderungsbereitschaft	Coping	-0,13	6%	0,06	0,29	10%	0,10
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,19			-0,18		
Identifikation mit dem Unternehmen	Coping	0,20	17%	0,17	0,10	8%	0,08
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,34			0,26		
Angst um Arbeitsplatz	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,11	1%	0,01	0,13	13%	0,13
	Anerkennung von D.-Aktivitäten durch MA				-0,12		
	Identifikation mit dem Unternehmen				0,36		
	Coping						
Soziale Unterstützung	Anerkennung von D.-Aktivitäten durch MA		8%	0,08	0,17	9%	0,09
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,12			0,20		
	Identifikation mit dem Unternehmen	0,15					
	Coping	0,14					
Handlungsspielraum bei der Arbeit	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,49	45%	0,45	0,32	23%	0,23
	Anerkennung von D.-Aktivitäten durch MA	0,10			0,20		
	Identifikation mit dem Unternehmen	0,23			0,13		
	Coping						
Anerkennung von D.-Aktivitäten durch MA	Coping		20%	0,20		11%	0,11
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,45			0,33		

Anh. 5, Tab. 2 Modellvergleich Gesundheits- und Beschwerdeperspektive Datenerhebung 1 und 2 (Teil 1)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β- Gewicht FB1	Modellgüte FB1	korr. R² FB1	β- Gewicht FB2	Modellgüte FB2	korr. R² FB2
Gesundheitliche Beschwerden	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	0,42	35%	0,35	0,27	33%	0,33
	Tätigkeitsbezogene Belastung	0,36			0,18		
	Coping		-0,19				
	Situative Belastung		0,18				
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten		-0,15				
	Interesse an der Person		0,13				
	Soziale Unterstützung		-0,11				
	Identifikation mit dem Unternehmen			ausgeschlossen			
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten			ausgeschlossen			
	Veränderungsbereitschaft			ausgeschlossen			
	Angst um Arbeitsplatz			ausgeschlossen			
	Handlungsspielraum bei der Arbeit			ausgeschlossen			
	Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst			nicht aufgenommen			
	Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienst			ausgeschlossen			
Rückkehrgespräche			ausgeschlossen				
Sport und Ernährung			nicht aufgenommen				
Persönliche Leistungseinschränkung (I)	Gesundheitliche Beschwerden	0,61	36%	0,36	0,39	28%	0,28
	Rückkehrgespräche				0,23		
	Coping		-0,11				
	Handlungsspielraum bei der Arbeit			ausgeschlossen			
	Soziale Unterstützung			ausgeschlossen			
	Identifikation mit dem Unternehmen			ausgeschlossen			
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten			ausgeschlossen			
	Veränderungsbereitschaft			ausgeschlossen			
	Angst um Arbeitsplatz			ausgeschlossen			
	Situative Belastung			ausgeschlossen			
	Tätigkeitsbezogene Belastung			ausgeschlossen			
	Interesse an der Person			ausgeschlossen			
	Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst			ausgeschlossen			
	Freundlichkeit des Betriebsärztlichen Dienst			ausgeschlossen			
Anerkennung der Unternehmensaktivitäten			ausgeschlossen				
Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen			ausgeschlossen				

Anh. 5, Tab. 4 Modellvergleich Erfolgsperspektive Datenerhebung 1 und 2 (Teil 1)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β- Gewicht FB1	Modellgüte FB1	korr. R ² FB1	β- Gewicht FB2	Modellgüte FB2	korr. R ² FB2
Orientierung am Standard	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,18	4%	0,04	Modell nicht berechnet		
	Coping	-0,15					
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten	ausgeschlossen					
	Handlungsspielraum bei der Arbeit						
	Soziale Unterstützung						
	Identifikation mit dem Unternehmen						
	Veränderungsbereitschaft						
	Angst um Arbeitsplatz						
	Situative Belastung						
	Tätigkeitsbezogene Belastung						
Gesundheitliche Beschwerden							
Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen							
krank (absolut/Köpfe)	Handlungsspielraum bei der Arbeit	-0,27	13%	0,13	ausgeschlossen		
	Identifikation mit dem Unternehmen	0,21					
	Angst um Arbeitsplatz	-0,21					
	Gesundheitliche Beschwerden	0,22					
	Coping	0,18					
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	ausgeschlossen					
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten						
	Soziale Unterstützung						
	Veränderungsbereitschaft						
	Situative Belastung						
	Tätigkeitsbezogene Belastung						
	Persönliche Leistungseinschränkung						
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen						
	Leistungseinschränkende Faktoren						
	Orientierung am Standard						
	Sport und Ernährung	nicht aufgenommen	5%	0,05			
	Interesse an der Person						
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst	ausgeschlossen						
Rückgespräche							

Anh. 5, Tab. 5 Modellvergleich Erfolgsperspektive Datenerhebung 1 und 2 (Teil 2)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β - Gewicht FB1	Modellgüte FB1	korr. R ² FB1	β - Gewicht FB2	Modellgüte FB2	korr. R ² FB2
P-Zahl	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,32	14%	0,14	ausgeschlossen		
	Tätigkeitsbezogene Belastung	0,23					
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen	-0,18					
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten						
	Handlungsspielraum bei der Arbeit						
	Soziale Unterstützung						
	Identifikation mit dem Unternehmen						
	Coping						
	Veränderungsbereitschaft						
	Angst um Arbeitsplatz						
	Situative Belastung						
	Gesundheitliche Beschwerden						
	Persönliche Leistungseinschränkung						
	Leistungseinschränkende Faktoren						
	Orientierung am Standard						
	Sport und Ernährung						
	Interesse an der Person						
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst							
Rückkehrgespräche							
GAE	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	0,25	5%	0,05	ausgeschlossen		
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten						
	Handlungsspielraum bei der Arbeit						
	Soziale Unterstützung						
	Identifikation mit dem Unternehmen						
	Coping						
	Veränderungsbereitschaft						
	Angst um Arbeitsplatz						
	Situative Belastung						
	Tätigkeitsbezogene Belastung						
	Gesundheitliche Beschwerden						
	Persönliche Leistungseinschränkung						
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen						
	Leistungseinschränkende Faktoren						
	Orientierung am Standard						
	Sport und Ernährung						
	Interesse an der Person						
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst							
Rückkehrgespräche							

Anh. 5, Tab. 6 Modellvergleich Erfolgsperspektive Datenerhebung 1 und 2 (Teil 3)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β- Gewicht FB1	Modellgüte FB1	korr. R ² FB1	β- Gewicht FB2	Modellgüte FB2	korr. R ² FB2
Ausschuss	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,38	21%	0,21	-0,14	ausgeschlossen	0,02
	Situative Belastung	-0,21					
	Angst um Arbeitsplatz	-0,19					
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten		ausgeschlossen			ausgeschlossen	
	Handlungsspielraum bei der Arbeit						
	Soziale Unterstützung						
	Identifikation mit dem Unternehmen						
	Coping						
	Veränderungsbereitschaft						
	Tätigkeitsbezogene Belastung						
	Gesundheitliche Beschwerden						
	Persönliche Leistungseinschränkung						
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen						
	Leistungseinschränkende Faktoren						
Orientierung am Standard		nicht aufgenommen					
Sport und Ernährung							
Interesse an der Person		ausgeschlossen					
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst							
Rückkehrgespräche							
Nacharbeit	Soziale Unterstützung	-0,32	9%	0,09	0,13	ausgeschlossen	0,02
	Gesundheitliche Beschwerden	-0,16					
	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten		ausgeschlossen			ausgeschlossen	
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten						
	Handlungsspielraum bei der Arbeit						
	Identifikation mit dem Unternehmen						
	Coping						
	Veränderungsbereitschaft						
	Angst um Arbeitsplatz						
	Situative Belastung						
	Tätigkeitsbezogene Belastung						
	Persönliche Leistungseinschränkung						
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen						
	Leistungseinschränkende Faktoren						
Orientierung am Standard		nicht aufgenommen					
Sport und Ernährung							
Interesse an der Person		ausgeschlossen					
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst							
Rückkehrgespräche							

Anh. 5, Tab. 7 Modellvergleich Erfolgsperspektive Datenerhebung 1 und 2 (Teil 4)

Abhängige Variable	Unabhängige Variable	β- Gewicht FB1	Modellgüte FB1	korr. R ² FB1	β- Gewicht FB2	Modellgüte FB2	korr. R ² FB2	
Berechnung nach Scott	Mitarbeiterbezogenes Führungsverhalten	-0,48	18%	0,18	-0,15	ausgeschlossen	0,04	
	Anerkennung der Unternehmensaktivitäten	0,30						
	Handlungsspielraum bei der Arbeit							
	Soziale Unterstützung							
	Identifikation mit dem Unternehmen							
	Coping							
	Veränderungsbereitschaft							
	Angst um Arbeitsplatz							
	Situative Belastung							
	Tätigkeitsbezogene Belastung							
	Gesundheitliche Beschwerden							
	Persönliche Leistungseinschränkung							
	Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen							
	Leistungseinschränkende Faktoren							
	Orientierung am Standard							
	Sport und Ernährung			nicht aufgenommen				
	Interesse an der Person							
Zufriedenheit mit dem Betriebsärztlichen Dienst								
Rückkehrgespräche								