# Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Eine kritische Auseinandersetzung unter besonderer Berücksichtigung strukturationstheoretischer und institutionenökonomischer Perspektive.

Von der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
– Fakultät I Erziehungs- und Bildungswissenschaften –
zur Erlangung des Grades eines

Doktor der Philosophie (Dr. phil.)

genehmigte Dissertation

von Herrn
Henning Plessow
geboren am 31.03.1970, in Landau (i. d. Pfalz)

| | |
|---|---|
| Referentin | Prof. Dr. Anke Hanft |
| Korreferentin | Prof. Dr. Heinke Röbken |

Tag der Disputation: 15.03.2010

## Vorwort

Um die vorliegende Arbeit parallel zur eigenen Berufstätigkeit erstellen zu können, waren Hilfe und Unterstützung unerlässlich, so dass ich die Gelegenheit nutzen will, mich nochmals in aller Form und ganz herzlich bei all denen zu bedanken, die zum Gelingen dieser Arbeit wesentlich beigetragen haben:

Der erste Dank gilt Frau Prof. Dr. Anke Hanft, die mir überhaupt erst die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit zu realisieren, mich über die lange Zeit der Erstellung betreute und mir neue Anregungen und Ideen eröffnete.

Bedanken möchte ich mich bei Frau Prof. Dr. Heinke Röbken, die auch nach ihrem Wechsel an die Bergische Universität Wuppertal die Aufgabe der Korreferentin weiterhin wahrgenommen hat.

Meinen Kollegen, Frau Dr. Elisabeth Nordlohne-Jäckering und Herrn Dr. Wolf Polenz sage ich ein herzliches Danke dafür, sich immer wieder Ideen anzuhören, konstruktive Kritik zu äußern und einfach unterstützend da zu sein.

Der größte Dank gilt zweifellos meiner Frau, die mich von Beginn an in meinem Vorhaben unterstützt und mich über die vergangenen Jahre durch alle zugehörigen Emotionen des Erstellens dieser Arbeit begleitet und dabei auch vieles ausgehalten hat.
Meinem Sohn besonderen Dank für die aufbauenden Zettel und dafür, dass du „immer wusstest, dass das klappt“.

Für Corinna, Dag, Beate Händel-Plessow und Gunter Plessow.

# Inhaltsangabe

Einführung ..... 1

*Abschnitt I: Rahmenbedingungen der Relevanz der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*

**1 Zustand und Perspektiven der Arbeitswelt** ..... 10

1.1 Zentrale Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns ..... 11

1.2 Veränderungstendenzen in den Bedingungen und Anforderungen von Arbeit ..... 14

1.3 Beschäftigungsfähigkeit und Arbeitskraftunternehmer als Leittypen? ..... 16

1.4 Zentrale Herausforderungen für Unternehmen und Mitarbeiter ..... 19

**2 Der demografische Wandel als zukünftige Herausforderung** ..... 22

2.1 Der demografische Wandel im Fokus der Aufmerksamkeit ..... 22

2.2 Altersstruktur, Arbeitsfähigkeit und Krankenstand ..... 24

**3 Gesundheit und Gesundheitsförderung** ..... 32

3.1 Gesundheitsverständnis und -konzepte ..... 32

3.2 Gesundheitsförderung als lebenslange Aufgabe im Anforderungsfeld von Person und sozialer Lebenswelt ..... 37

**4 Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten heutiger und zukünftiger Arbeitswelt** ..... 41

4.1 Grundlegende Zusammenhänge ..... 41

4.2 Der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Blickpunkt ..... 42

4.3 Betriebliche Gestaltungsmöglichkeiten und Anforderungen ..... 44

*Abschnitt II: Betriebliches Gesundheitsmanagement – Verständnis und Konzeptvorstellungen*

**5 Betriebliches Gesundheitsmanagement - Grundlagen und Konzepte der Einführung** ..... 46

5.1 Bedeutung und Rahmung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements 46

5.2 Zwischen Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung ..... 48

5.3 Organisationen als Handlungsrahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ..... 54
5.3.1 Organisationsbegriffe ..... 54
5.3.2 Organisationen und Gesundheitsförderung ..... 56
5.4 Ziele und Nutzenerwartungen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ..... 58
5.4.1 Zur Bedeutung von Zielen im Gesundheitsmanagement ..... 58
5.4.2 Zentrale Zielsetzungen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ..... 60
5.5 Zentrale Handlungsfelder eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements 65
5.5.1 Themenschwerpunkte der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ..... 65
5.5.2 Zielbewusstsein und Ausgangsdiagnose ..... 70
5.5.3 Anforderungen und Umsetzungsaufgaben der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ..... 71
5.5.4 Gesundheitsvision und Gesundheitsleitbild ..... 74
5.6 Zentrale Problemstellungen und Anforderungen der Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements ..... 78

*Abschnitt III: Theoretische Bezugssysteme zur Analyse der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*

**6 Veränderungsprozesse in Organisationen – zentrale theoretische Zuflüsse zur Reflexion der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements** ..... 86
6.1 Einführung ..... 86
6.2 Ein Grundmodell der Konstitution von Organisationen aus Strukturationstheoretischer Perspektive ..... 88
6.2.1 Handlungskontext Organisation: Struktur und Strukturierung ..... 91
6.2.2 Veränderung, Handlung und handelnde Akteure in Organisationen ..... 100
6.3 Die Neue Institutionenökonomik – zwischen institutioneller Ordnung und menschlichem Verhalten in Organisationen ..... 111
6.3.1 Einführung in die Neue Institutionenökonomik ..... 111
6.3.2 Grundlagen der Neuen Institutionenökonomik ..... 114

6.3.3 Institutionen im Mittelpunkt der Neuen Institutionenökonomik ..... 118
6.3.4 Das Menschenbild der Neuen Institutionenökonomik ..... 123
6.3.5 Zum Grundverständnis von Unternehmungen und Organisationen aus ökonomischer Sicht ..... 126
6.3.6 Koordination und Motivation als zentrale Organisationsprobleme ..... 129
6.4 Die Transaktionskostentheorie ..... 132
6.4.1 Grundvorstellungen der Transaktionskostentheorie ..... 132
6.4.2 Merkmale von Transaktionen ..... 134
6.4.3 Transaktionskostenkategorien ..... 138
6.5 Institutionen, Vertragsgestaltung und Organisationsstruktur - Kernaspekte zwischen Strukturations- und Transaktionskostentheorie ..... 142
6.5.1 Grundlagen ..... 142
6.5.2 Zur Bedeutung von Unternehmenskultur und Sozialkapital ..... 144

**7 Analyse der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zwischen Struktur und Interaktion** ..... 147
7.1 Zur Relevanz und Einordnung der Analysedimensionen ..... 147
7.2 Zentrale Transaktionen in den Phasen der Vorbereitung und Vereinbarung der Einführung eines Gesundheitsmanagements ..... 150
7.3 Macht und Führung: Strukturen und Strukturmomente ..... 152
7.4 Werte und Normen: Prüfkriterien und Orientierungsgrößen ..... 159
7.5 Kommunikation und Lernen: Einstellungen, Verhalten und Interaktion ..... 163
7.6 Stakeholder im Fokus ..... 169
7.6.1 Oberste Führungsebene ..... 170
7.6.2 Mittlere Führungsebene ..... 174
7.6.3 Untere Führungsebene ..... 177
7.6.4 Mitarbeiter ..... 180
7.6.5 Mitarbeitervertretung ..... 184
7.6.6 Berater / externe Kräfte ..... 188

**8 Ableitungen zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements** ..... 192
8.1 Grundlegende Ableitungen und Gestaltungsoptionen ..... 192

8.2 Macht und Führung ..... 200
8.2.1 Rahmenbedingungen und zentrale Akteure im Anforderungsfeld von Macht und Führung ..... 200
8.2.2 Macht und Führung: Kernaspekte der Einführung eines Gesundheitsmanagements ..... 204
8.2.3 Strategisches Management - Orientierungsfunktion im Handlungsfeld Gesundheitsmanagement ..... 214
8.2.4 Strategieformulierung und –umsetzung: Grundlage der Effektivität und Effizienz von Veränderungsprozessen ..... 219
8.3 Werte und Normen ..... 226
8.3.1 Zur Koordinationsfunktion von Werten und Normen ..... 226
8.3.2 Sozialkapitalansatz, Organisation und Gesundheit ..... 230
8.3.3 Sozialkapital - Transmissionsriemen für die Einführung Betrieb-lichen Gesundheitsmanagements ..... 234
8.4 Kommunikation und Lernen ..... 241
8.4.1 Organisationales Lernen – eine Rahmenidee ..... 241
8.4.2 Kommunikation und Lernen als zentrale Aspekte zur Förderung eines Gesundheitsmanagements ..... 246
8.4.3 Lernniveaus und ihre Relevanz für das Gesundheitsmanagement ..... 251

**9 Schlussfolgerungen: Zentrale Eckpunkte der Einführung eines Gesundheitsmanagements** ..... 258

Abbildungsverzeichnis ..... 268
Abkürzungsverzeichnis ..... 268
Literaturverzeichnis ..... 269

# Einführung

*Ausgangsbedingung und Problemstellung*

Die Globalisierung der Wirtschaft sowie der demografische Wandel sind nach wie vor als die Diskussionen um Veränderungen in Gesellschaft und Arbeitswelt dominierenden Schlagworte zu verstehen (u.a. Ritter 2003; Buck u.a. 2002; Illmarinen/Tempel 2002), die im Zusammenhang mit der weiterhin zu prognostizierenden Zunahme des Wettbewerbs auf nationaler wie auch globaler Ebene und den damit einhergehenden Anforderungen hoher Produktivität wie auch Innovations- und Veränderungsfähigkeit zu einer stetigen Anforderung und potenziellen Belastung für den arbeitenden Menschen geworden sind und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch bleiben werden (Rudow 2004, S.4ff). Zugehörige Analysen zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen belegen dies nachdrücklich. Sie führen Muskel-Skelett-Erkrankungen als noch immer an der Spitze der Nennungen für Arbeitsunfähigkeitstage stehende Diagnosegruppe an und belegen gleichzeitig eine erhebliche Zunahme der Fälle in der Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ und verweisen auf die zugehörige Diskussion beide in ihrer gegenseitigen Wechselwirkung betrachten zu müssen (Ulich/Wülser 2009, S.4ff). Auch Badura und Hehlmann (2003) weisen auf eine Intensivierung der Arbeitsanforderungen hin, die sie in einen Zusammenhang mit der Zunahme an Arbeitsunfähigkeiten durch psychische Störungen stellen und dabei besonders die hohe Falldauer der Erkrankungen in dieser Diagnosegruppe betonen, die im Jahr 2000 im Mittel bei 27,4 Tagen lagen, während es im Mittel aller Diagnosen 10,3 Tage waren (Badura/Hehlmann 2003, S.65).

Als „realitätsverarbeitendes Subjekt“ (Hurrelmann 1994) befindet sich der Mensch per se in einem lebenslangen Prozess der Anpassung und Auseinandersetzung mit seiner kulturellen Umwelt (Griese 1999, S.84), was die Bedeutung und Wirkung der organisationalen Kontextbedingungen der Arbeitswelt auch auf Wahrnehmungen und konkretes Verhalten der betrieblichen Akteure erkennbar werden lässt. Vereinfacht ausgedrückt ist festzustellen: Organisationen beeinflussen per se die Gesundheit und Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter, indem sie durch ihre Strukturen und Bedingungen das Handeln der betrieblichen Akteure beeinflussen, welche wiederum in und durch ihre Handlungen die Bedingungen reproduzieren, die Handeln ermöglichen (Giddens 1997, S.52)

und sich damit eine Wechselwirkung offenbart, die als gesundheitlich relevant immer vorhanden jedoch in der Frage ihrer bewussten Gestaltung zur Förderung von Gesundheit als deutlich differenziert betrachtet werden muss.
Ist zu unterstellen, dass die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Unternehmens in erster Linie auf dem Arbeitseinsatz und der Qualifikation seiner Mitarbeiter (Rosenbrock 2006, S.1) beruht, so ist zu deren Erhalt und idealiter Förderung eine „...ausreichende Investition in das Sozial- und Humankapital, also in Gesundheit und Qualifikation der Beschäftigten...“ (Rosenbrock 2006, S.1) folglich als zwingend notwendig anzumahnen.

*Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein erster Zugang*

Kann also bereits aus rein ökonomischer Perspektive mindestens die Forderung gestützt werden, dass Arbeitsinhalte wie auch –organisation so zu gestalten sind, dass sie „...arbeitsbedingte physische und psychische Einschränkungen...“ (Buck u.a. 2002, S.69) möglichst ausschließen bzw. minimal halten sollten, tritt neben diese „Minimalforderung“ einer möglichst schädigungsfreien bzw. belastungsarmen Arbeitswelt ein salutogenes Gesundheitsverständnis, das sehr deutlich auf Fragen der „…Förderung und Gestaltung persönlicher und organisatorischer Gesundheitspotentiale“ (Ritter 2003, S.33) abzielt. Die Integration von Gesundheitsförderung im Unternehmen erfordert damit „...sowohl die Veränderung von Strukturen in der Organisation (Organisationsentwicklung) als auch die Entwicklung der Fähigkeiten, Einstellungen und Werte des Personals (Personalentwicklung) als zwei Seiten derselben Medaille...“ (Herv. i. Org.) (Pelikan u.a. 1993, S.207) zu betrachten und verweist sehr deutlich darauf, dass die Arbeit an und mit nur einer der beiden Seiten als wenig bis gar nicht nachhaltig im Sinne einer dauerhaften Wirkung bzgl. der Stabilisation und Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit verstanden werden muss.
In diesem Sinne von einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu sprechen verweist auf die Notwendigkeit der Anerkennung grundlegender Setzungen in und für die Ausrichtung des Vorgehens, deren Basis zwingend die bewusste Entscheidung der obersten Führungsebene für die Implementierung eines Gesundheitsmanagements ist:

- Orientierung an einem positiven Gesundheitsbegriff und also einer salutogenetisch-kompetenzorientierten Ausrichtung anstelle eines pathogenetischen Zugangs (Ritter 2003, S.92)

- Anerkennung der Notwendigkeit einer langfristigen Orientierung des Einführungsprozesses – und einer deutlichen Abkehr von der Durchführung punktueller Maßnahmen
- Zugrundelegung einer klaren Zielorientierung und Ausrichtung des Gesundheitsmanagements (Gesundheitsleitbild; Gesundheitspolitik)
- Fokussierung der Wirkungsrichtung auf das formelle und das informelle System
- Einbindung und Förderung der betrieblichen Akteure

(Rudow 2004; Badura/Hehlmann 2003; Ritter 2003).

*Probleme der Einführung eines Gesundheitsmanagements*

Die Anzahl der Unternehmen und Verwaltungen, die sich offen für Fragestellungen der Gesundheitsförderung (ausdrücklich: nicht Gesundheitsmanagement) zeigen und auch bereit sind, konkrete Maßnahmen durchzuführen bzw. dies gar schon tun, sind allein gemäß der durch die Krankenkassen dokumentierten Fälle seit dem Jahr 2001 deutlich gestiegen (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2008): Präventionsbereicht 2008. Essen, S.74ff). Dennoch muss noch immer konstatiert werden, dass von einer Selbstverständlichkeit der Einführung eines Gesundheitsmanagements als inhärenter organisatorischer Aufgabe keineswegs ausgegangen werden kann. Als mögliche Erklärung für die deutliche Zurückhaltung in der Auseinandersetzung mit dem Themenfeld kann angeführt werden, dass trotz vielfältiger Veröffentlichungen zu Fragen seiner Einführung und den darin ausgeführten Verbindungen zu als inzwischen längst allgemein bekannt und insbesondere in der unternehmerischen Praxis gleichfalls etabliert zu verstehenden Ansätzen des Projektmanagement und der Organisationsentwicklung noch immer eine immense Unsicherheit im Zusammenhang des Vorgehens der Integration eines Gesundheitsmanagements zu unterstellen ist[1]. Diese resultiert einerseits aus der Beschäftigung mit einem für die Organisation „neuen Thema“, das weder per se als solches bis dato behandelt wurde oder überhaupt in seiner potenzialorientierten Ausrichtung und der damit verbundenen Gestaltungsanforderung auf eine organisatorische Routine in der Bearbeitung zu behandelnder Themenstellungen und Aufgaben trifft. Andererseits stellt die Einführung eines Gesundheitsmanagements eine in ihrer Komplexität vielfach als kaum kontrol-

[1] Vgl. BKK (Hrsg.) (2004): NEWS-Gesundheitsförderung aktuell. Heft 2-3/04

lierbar und steuerbar wahrgenommene Aufgabe dar, die somit in ihrem Integrationsprozess nicht nur eine thematisch neue Zusatzaufgabe darstellt sondern zudem die Gefahr der Uferlosigkeit, verbunden mit einer vermeintlich nicht sichergestellten Nutzenperspektive beinhaltet (Rudow 2004; Ritter 2003; Grossmann/Scala 1994). Entsprechend heterogen zeigt sich die Realität der Vorgehensweisen zur Einführung bzw. überhaupt der Auseinandersetzung mit Aspekten der Gesundheitsförderung, so dass die für ein Gesundheitsmanagement als zentrales Kennzeichen und Grundlage des Nutzens anzusehende Nachhaltigkeit für die Mehrheit der Organisationen unbedingt anzuzweifeln ist. Dem entspricht auch die seitens der Bertelsmann- und der Becker-Stiftung im Bericht zur „Zukunft einer zeitgemäßen Betrieblichen Gesundheitspolitik“ (2002) getroffene Aussage, dass die in Organisationen vorherrschende „Kultur der Reparatur“ noch immer ein wesentliches Problem der Befassung mit einem gleichfalls auf die Förderung von salutogenen (gesundheitsförderlichen) Potentialen und Ressourcen ausgerichteten Vorgehens darstellt.

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement bewegt sich dabei notwendigerweise immer auch im Spannungsfeld zwischen primär ökonomischen Zielsetzungen der Organisation und gleichfalls einem deutlich individualisierten Verständnis und individualisierten Erwartungen an die Verbesserung situativer Bedingungen und persönlichen Wohlbefindens aufseiten der Organisationsmitglieder. Soll es tatsächlich nachhaltig und darauf angelegt sein, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter einer Organisation mindestens zu erhalten und im Idealfall zu erhöhen, so ist deren aktive Einbindung in seinen Einführungsprozess zwingend erforderlich. Damit notwendigerweise verbunden sind jedoch Fragen danach, wie das Verhalten der Mitarbeiter und die diesem zugrunde liegenden Einstellungen so „ausgerichtet“ werden können, dass die Funktionsfähigkeit der Organisation und damit die Arbeit an der Realisation des nach wie vor gültigen Organisationszwecks und seiner zugehörigen Ziele sichergestellt werden kann. Vereinfacht ausgedrückt und vermeintlich gar als unüberbrückbare Differenz und damit wesentliches Hindernis der Einführung eines Gesundheitsmanagements wahrgenommen, steht damit verbunden die Frage nach der grundsätzlichen Kompatibilität von Gesundheitszielen auf der einen und Wachstumszielen der Organisation auf der anderen Seite. Vor dem Hintergrund der Begrenztheit vorhandener Personalressourcen in sowohl quantitativer als auch fachlicher Ausprägung stellt sich daran anknüpfend insbesondere für

klein- und mittelständische Unternehmen vielfach die Frage, ob der notwendige und vermeintlich den Unternehmenszielen nicht originär zugehörige Aufwand zur Einführung eines Gesundheitsmanagements tatsächlich geleistet werden kann und soll. Insbesondere dann, wenn mangels konkreter Erfahrungen sowie vielfach nur begrenzter Vorstellungen die mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements tatsächlich verbundenen Anforderungen - einschließlich der Kostenfrage - und resultierenden Auswirkungen für die Organisation nur schwerlich eingeschätzt werden können.

*Hypothesen, Zielsetzung und Methodik der Arbeit*

Von einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement kann aus Sicht der vorliegenden Arbeit erst auf Grundlage der erforderlichen Nachhaltigkeit seiner Integration in die Organisation und also das formale wie informelle System gleichermaßen gesprochen werden. Der Prozess seiner Einführung stellt sich dabei notwendigerweise immer als ein spezifisches, auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse der einführenden Organisation auszurichtendes und in seinem Prozessverlauf kontinuierlich zu reflektierendes und anzupassendes Vorgehen dar. Probleme der Nachhaltigkeit der Einführung eines Gesundheitsmanagements sind somit vorrangig als Konsequenz des Aufbaus paralleler Projektstrukturen im Zuge des Einführungsprozesses und ihrer direkten Auflösung bzw. des nicht nachhaltig gelingenden Übergangs in die organisationalen Strukturen und Prozesse nach Projektabschluss zu verstehen. Sie sind vielfach mit der Fokussierung auf mehr oder minder umfassende Analysen und Datenerhebungen gekoppelt, die als Arbeitsgrundlage der „Parallelstruktur Gesundheitsmanagement“ in ihrer Folge punktuelle Verbesserungen und Problemlösungen zeitigen, ohne jedoch ein grundlegendes und verbindendes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsmanagement expliziert zu haben, das damit den Organisationsangehörigen als Orientierungs- und Handlungsgrundlage dienen kann. Oftmals verbunden mit einer mangelnden oder gar fehlenden Einbindung des Gros der Führungskräfte und Mitarbeiter, über die Phase der Analyse hinaus, was Folgen sowohl für die Akzeptanz als damit verbunden auch der (nachhaltigen) Umsetzung von Maßnahmen des Gesundheitsmanagements zeitigt.

Die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist den Ausführungen entsprechend abhängig von Kontextbedingungen, die sich sowohl in Form vorhandener wie weitergehend erschließbarer Personal- und Zeitressourcen und auch finanzieller Ressourcen der Organisation zeigen, die zudem verbunden sind mit Einstellungen, Erfahrungen und Kompetenzen aufseiten der Organisationsmitglieder. Die benannten Aspekte sind dabei in einem engen Zusammenhang mit den in der Organisation vorhandenen formalen und informellen Koordinationsmechanismen zu sehen, die sich als relevante Anknüpfungs- wie auch Entwicklungspunkte der Einführung eines Gesundheitsmanagements offenbaren. Dieses ist damit auch als ein Prozess organisatorischen Wandels zu verstehen, dessen Voraussetzung gemäß Becker der „...Lernwille und die Lernfähigkeit der Individuen und Gruppen (ist d. Verf.)“ (Becker 2002, S.7), denen damit die Möglichkeit gegeben werden muss neue Ziele, Normen, Inhalte und Arbeitsweisen zu durchdringen und sich ihnen anzupassen (Becker 2002, S.83). Die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bedarf folglich neben der Beachtung der Wechselbeziehung zwischen Individuen und den organisationalen Kontextbedingungen auch der gezielten Kompetenzentwicklung sowie idealiter einer Einstellungs-, mindestens aber einer Verhaltensänderung aufseiten der betrieblichen Akteure. Deren notwendige Hinwendung zum Themenkomplex „Gesundheit / Gesundheitsmanagement“ vollzieht sich dabei in einem multifaktoriell beeinflussten Kontext, der insbesondere durch gesellschaftliche Einflüsse, organisationale Bedingungen und natürlich die mit diesen und ihren jeweiligen Entwicklungsverläufen verbundenen (Lern)Erfahrungen von Individuen und Gruppen geprägt wird. In diesem Sinne ist die vorliegende Arbeit durchaus aus einem pädagogischen Blickwinkel geschrieben zu verstehen, indem die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements insbesondere auch als Lernproblem bzw. -aufgabe verstanden wird, dessen Bewältigung die Berücksichtigung und entsprechende Arbeit an und mit organisatorischen und individuellen Bedarfen und Bedürfnissen gleichermaßen erfordert.

Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen, in denen die Einführung eines Gesundheitsmanagements als wichtige Anforderung von Organisationen benannt, deren Realisation jedoch auf Basis dargelegter Hemmnisse u.a. im Zusammenhang bestehender Unsicherheiten hinsichtlich des mit dem Imple-

mentierungsprozess verbundenen Aufwands, entstehender Unruhe in der Organisation sowie unklarer Nutzenperspektiven vielfach nicht vollzogen wird, positioniert sich die vorliegende Arbeit. Ihr vorrangiges Ziel ist es, einen Beitrag zu weiterführenden Diskussionen und Forschungen im Bereich der Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement zu leisten, die sowohl Fragen nach Möglichkeiten und Ansatzpunkten der Reduktion von Transaktionskosten im Einführungsprozess als auch der Sicherstellung der nachhaltigen Integration des Gesundheitsmanagements in den Blick nehmen. Im wesentlichen soll untersucht werden, welche Eckpunkte zur nachhaltigen Einführung eines Gesundheitsmanagements abgeleitet werden können, die bereits primär ausgehend von den Prozessschritten der Anbahnung und Vorbereitung (Planung) sowie der Vereinbarung der Implementierung eines Gesundheitsmanagements Möglichkeiten zur Reduktion der mit dem Einführungsprozess verbundenen Transaktionskosten eröffnen.

Ausgehend von den in der Literatur existierenden vielfältigen Ausführungen zur Einführung eines Gesundheitsmanagements, die sich am Vorgehen des Projektmanagements ebenso orientieren, wie sie in Form von Aufzählungen auf die insgesamt zu bearbeitenden Themen- bzw. Problemfelder im Feld „Gesundheit“ verweisen, ist die vorliegende Arbeit bewusst als Theoriearbeit angelegt. Sie folgt damit dem der benannten Zielsetzung entsprechendem Verständnis, dass es keinen one-best-way, kein Standard-Vorgehen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gibt. Vielmehr gilt es zu verstehen, dass sich Organisationen aufgrund ihrer Größe, Branchenzugehörigkeit, ihrer Alters- und Qualifikationsstruktur der Belegschaft, …, unterscheiden, so dass per se unterschiedliche Ziele, Bedarfe und Bedürfnisse im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu unterstellen sowie zwingend zu beachten sind. Ausgehend von einem grundlegenden Blick auf den Themenkomplex des Betrieblichen Gesundheitsmanagements folgt die Arbeit der Frage, welche wesentlichen Implementierungsanforderungen erkennbar sind und welche vorrangigen Problemstellungen die Einführung eines Gesundheitsmanagements erschweren bzw. gar gänzlich verhindern können, um die gewonnenen Erkenntnisse als wesentliche Basis einer weitergehend theoriegeleiteten Analyse zu nutzen. Grundlage der als formal zu bezeichnenden Analyse sind die Strukturationstheorie nach Giddens sowie die Neue Institutionenökonomie und hierbei im

Besonderen die Transaktionskostentheorie, die beide sowohl auf die Bedeutung ökonomischer als auch sozialer Transaktionen (Richter/Furubotn 2003, S.321) für die Konstitution von Organisationen verweisen und diesbezüglich den geeigneten Analyserahmen der Reflexion der zur Einführung eines Gesundheitsmanagements erforderlichen Transaktionen und ihrer Rahmenbedingungen eröffnen. Beide Theorien bilden die wissenschaftliche Grundlage der Ableitung analytischer Kriterien, mittels derer zunächst die in der Arbeit erkannten zentralen Problemstellungen und Anforderungen der Einführung eines Gesundheitsmanagements differenziert betrachtet werden. In einem weiteren Prozessschritt werden die so erhaltenen Erkenntnisse erneut entlang des Orientierungsrasters der erarbeiteten Kriterien kritisch reflektiert, um auf dieser Basis schließlich theoretisch fundierte Hinweise und Eckpunkte der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements abzuleiten. Diese sollen sowohl als grundlegende Hinweise für eine durchaus auch bereits in der Praxis erfolgende Umsetzung dienen als darüber hinausgehend Grundlage weiterer wissenschaftlicher Arbeit zur Fundierung der einzelnen Eckpunkte sein.

*Gliederung der Arbeit*

Zunächst eine Makroperspektive einnehmend, gilt es, die zentralen Rahmenbedingungen und damit grundlegenden Begründungszusammenhänge der Relevanz der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements darzulegen. Veränderungen in Arbeitswelt und Gesellschaft, innerhalb derer der in seinen Auswirkungen immer deutlicher wahrnehmbare demografische Wandel im Besonderen zu nennen ist, werden einführend ergänzt durch ein grundlegendes Verständnis und grundlegende Konzepte von Gesundheit. Erste Ableitungen zu sich in der Arbeitswelt daraus ergebenden Gestaltungsanforderungen und auch -möglichkeiten runden den ersten Abschnitt ab. Sie leiten damit direkt über zur Einführung in Grundlagen und Konzeptvorstellungen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, die damit den zweiten Abschnitt markieren und die Basis für die weitergehende Einordnung der Fragestellung nach der Ableitung zentraler Eckpunkte seiner Einführung darstellen.

Basierend hierauf eröffnet der dritte Abschnitt der Arbeit den Weg zur kritischen Analyse der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, indem zunächst die theoretischen Grundlagen der Strukturationstheorie und der Neuen Institutionenökonomik, im speziellen der Transaktionskostentheorie dar-

gelegt werden. Drei zentrale Elemente im organisatorischen Zusammenhang sind hierbei von besonderem Interesse: a) die Strukturen, innerhalb derer sich konkrete Transaktionen vollziehen, b) der Organisationsteilnehmer, als in einen Austausch bzw. Transaktion involvierte Person bzw. Gruppe und c) die Interaktion als solche, wodurch der Blick auf den konkreten Austauschprozess gerichtet wird. Alle drei Aspekte verdichten sich gemeinsam in der Frage nach den die sich vollziehenden Transaktionen beeinflussenden bzw. determinierenden Bedingungsfaktoren und somit in der Frage, wie diese möglichst optimal gestaltet werden können, um die Zielorientierung und auch Effizienz der Austauschbeziehung sowie des Austausches zu erhöhen und damit gleichfalls im Ergebnis entstehende Transaktionskosten zu minimieren. Die zugehörigen Analysedimensionen zur Reflexion der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, welche zentrale Erkenntnisse der Neuen Institutionenökonomik ebenso integriert, wie sie sich auf zentrale Aspekte der Strukturationstheorie bezieht, basiert auf den Darlegungen Giddens (1997) zur „Dualität von Struktur“ und verläuft entlang der Dimensionen „Macht/Führung“, „Werte/Normen“ und „Kommunikation/Lernen“. Die Ableitung zentraler Eckpunkte der Einführung eines Gesundheitsmanagements schließt sich an und wird durch grundlegende Ausführungen zu Gestaltungsoptionen im organisationalen Kontext ergänzt, die sich auf Basis der Erkenntnisse dieser Arbeit als besonders relevant für einen sowohl die Transaktionskosten minimierenden sowie insbesondere die Nachhaltigkeit der Einführung eines Gesundheitsmanagements fördernden Implementierungsprozess darstellen.

*Abschnitt I: Rahmenbedingungen der Relevanz der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*

# 1 Zustand und Perspektiven der Arbeitswelt

Veränderungen in den Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns werden sowohl in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der Presse oft sehr allgemein mit dem Hinweis auf einen sich ständig vollziehenden Wandel in den technischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beschrieben. „Die Welt hat sich radikal verändert. Unternehmerisches Wirtschaften und betriebliches Management vollziehen sich heute unter ganz anderen Voraussetzungen als noch vor wenigen Jahren“ (Doppler/Lauterburg 2005, S.21).

Entwicklungen und Wandel in den Anforderungen des Arbeitsumfeldes, der konkreten Arbeitstätigkeit wie auch der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind – als interne und externe Umweltfaktoren von Organisationen – in ihrer Gesamtheit ebenso als zentrale Einflussgrößen auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit des arbeitenden Menschen zu sehen. Sie wirken sich somit auch auf Ziele und Aufgaben des Betrieblichen Gesundheitsmanagements aus und determinieren - in ihrer Interdependenz mit den Organisationszielen, dem Betriebsklima wie auch der Unternehmenskultur - den Prozessverlauf seiner Einführung in Organisationen.

Wenngleich im Rahmen dieser Arbeit eine Auseinandersetzung mit allen Facetten und Feinheiten der in den üblichen Schlagworten benannten Einflussvariablen weder erfüllt werden kann, noch soll, gilt es dennoch ihrer Bedeutung für den Integrationsprozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen Rechnung zu tragen. Die kritische Reflexion zentraler Einflussfaktoren der externen und internen Umweltfaktoren heutiger Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen ist somit als erster grundlegender Einstieg in den Gesamtzusammenhang dieser Arbeit zu verstehen.

## 1.1 Zentrale Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns

Grundsätzlich ist eine sich immer deutlicher vollziehende Diffusion gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Veränderungen in den Rahmenbedingungen heutigen Arbeitens und Wirtschaftens zu konstatieren. Der Zusammenbruch der staatssozialistischen Systeme in Mittel- und Osteuropa im politischen Bereich und die Entwicklungs- und Anwendungsbeschleunigung in den Bereichen der Informations- und Kommunikationstechnik sowie die Internationalisierung der Wirtschaftsbeziehungen (vgl. Baethge/Schiersmann 1998) sollen als Schlaglichter die aufgestellte Behauptung lediglich illustrierend unterstützen. Sie zeugen sowohl von der Geschwindigkeit als auch von der Tragweite, mit der sich Veränderungen der heutigen Wirtschafts- und Arbeitswelt als solche sowie im Bereich dieser beeinflussenden Rahmenbedingungen vollziehen. Der Hinweis auf den Zusammenbruch der staatssozialistischen Systeme in Mittel- und Osteuropa steht dabei lediglich stellvertretend als anschauliches Beispiel für die in den Veränderungen liegende Gefahr des optionalen Verlustes langjähriger bzw. sogar lebenslanger wirtschaftlicher wie auch gesellschaftlicher Orientierungsgrößen. Beck hat diesbezüglich in seiner Darstellung der von ihm benannten „Risikogesellschaft“ ausgeführt, dass „...Menschen in einem historischen Kontinuitätsbruch aus traditionalen Klassenbedingungen und Versorgungsbezügen der Familie herausgelöst und verstärkt auf sich selbst und ihr individuelles Arbeitsmarktschicksal mit allen Risiken, Chancen und Widersprüchen verwiesen“ (Beck 1986, S.116) wurden und weiterhin werden.

Zentral ist die Feststellung, dass eine eindeutige Aussage sowohl zu den wesentlichen Einflussgrößen als insbesondere auch in Bezug auf die genaue Entwicklungsrichtung des Veränderungsprozesses in den Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns kaum mehr möglich ist. Sowohl die Geschwindigkeit, in der sich dieser Veränderungsprozess vollzieht, als auch die Unwägbarkeiten und vorhandenen Interdependenzen seiner Einflussgrößen führen zu eher hypothetisch anmutenden Aussagen über seine weitere Entwicklung. Entsprechend fassen Doppler/Lauterburg zusammen, dass “das wirtschaftliche, politische und soziale Umfeld ist hochgradig instabil geworden (ist d. Verf.)“ (Doppler/Lauterburg 2005, S.26). Sie begleiten ihre Aussage mit der Darstellung von fünf „neuen Rahmenbedingungen“:

- Innovationssprünge im technischen Bereich,
- Verknappung der Ressource Zeit,
- Verknappung der Ressource Geld,
- Anforderung nach interkultureller Zusammenarbeit,
- Steigerung der Komplexität (Doppler/Lauterburg 2005, S. 21ff).

Vonseiten der Autoren wird wiederum auf die gegenseitige Beeinflussung technischer, ökonomischer, politischer und gesellschaftlicher Prozesse verwiesen.

Auch andere Autoren stellen die Parallelität von Zeit-, Qualitäts-, Preis- und Kostenwettbewerb (vgl. Kuhn 2001, S. 17) in den Fokus der Betrachtung des Wandels in den Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns, in deren Folge eine neue „Innovationsdynamik“ (Baethge/Schiersmann 1998, S.18) in Form einerseits „radikaler“ Innovationen wie der Erschließung neuer Märkte für neue Produkte als andererseits auch „inkrementelle“ Innovationen, verstanden als schrittweise Verbesserung von Produkten und/oder Prozessen, gefordert ist. Eine Verschärfung erlebt der Wettbewerbsdruck im Bereich der Innovationen nicht zuletzt durch die fortschreitende Internationalisierung und Globalisierung des Wettbewerbs, in dessen Zusammenhang prinzipiell alle Stufen der Wertschöpfungskette aus dem Stammwerk ausgelagert und nahezu überall auf der Welt platziert werden können (Baethge/Schiersmann 1998, S.18). Die Frage nach der Erschließung neuer Märkte kann folglich verbunden werden mit der Suche, wie auch unabhängig von ihr, nach möglichst kostengünstigen Produktionsbedingungen. Das bedeutet in der Realität für einen Unternehmensstandort oft genug in Konkurrenz resp. im „Überlebenskampf“ mit einem anderen optional zu erschließenden oder auch bereits vorhandenem Produktionsstandort des „eigenen“ Unternehmens zu stehen; eine Anforderungssituation, die sowohl für einen Standort als auch nur für einzelne Unternehmensbereiche / Arbeitsfelder besteht und praktisch die Aufgliederung des Unternehmens in Einheiten mit gemischter Kompetenzstruktur bedeuten kann, wie dies zum Beispiel für Profit-Center gilt.

Der sich weiterhin vollziehende Umbruch in der Arbeitswelt wird in der Diskussion oft als der Weg hin zur „grenzenlosen Unternehmung“ beschrieben (vgl. Klotz 2001, S. 44). Verwiesen wird diesbezüglich auf eine zunehmende Auflösung der Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, Wohn- und Arbeitsort und auch

Lernen und Arbeiten, verbunden mit einer sich vermeintlich abzeichnenden Veränderung in den Beschäftigungsformen, weg vom sog. „Normalarbeitsverhältnis“, hin zu einer Zunahme von Teilzeitarbeit, befristeten Stellen, geringfügiger Beschäftigung sowie Zeitarbeit (Badura u.a. 2001, Vorwort).
Wenigstens in der öffentlichen Diskussion wird die Notwendigkeit zur Flexibilisierung von Arbeitsformen und Arbeitszeiten vonseiten der Unternehmen, auch unter der Prämisse die Attraktivität als Arbeitgeber zu erhöhen und somit qualifizierte Mitarbeiter – sowie insbesondere Mitarbeiterinnen - zu gewinnen, immer stärker diskutiert und als Notwendigkeit auch der Zukunftssicherung propagiert. Der Blick in die betriebliche, vornehmlich durch den Mittelstand geprägte Realität scheint diesem Ansinnen jedoch aktuell noch weitestgehend zu widersprechen.

Wenngleich auch nur überblickartig dargestellt, so zeugen doch bereits die vorliegenden Ausführungen zu zentralen Veränderungen und Entwicklungstendenzen in den Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns von ihrer Relevanz für das Themenfeld des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Das gilt einerseits mit Blick auf die Frage der Einführung im Unternehmen, die im weiteren Verlauf der Arbeit im Fokus steht, andererseits hinsichtlich der grundlegenden Bedeutung, die der Frage der Gesundheitsförderung als einem zunehmend wichtigeren Beitrag zum Erhalt von Leistungsfähigkeit und –bereitschaft der Mitarbeiter und damit des Unternehmens zukommt. Insbesondere vor dem Hintergrund in ihrer Entwicklung kaum vorhersagbarer Veränderungen der Lebens- und Arbeitswelt die sich zusätzlich durch eine zunehmende Interdependenz beider „Welten“ als Folge sich verstärkender Auflösung von Grenzziehungen zwischen privatem und Arbeitsleben auszeichne. Unstrittig bleibt, dass auch und gerade innerhalb neuer Modelle der Arbeitsorganisation das konkrete Verhalten der Mitarbeiter letztlich über Erfolg und Misserfolg derselben entscheidet. Und dieses ist – im Anschluss an Badura/Hehlmann als „...Ausdruck des ganzen Menschen zu betrachten“ (Badura/Hehlmann 2003, S. 2) und somit gleichermaßen beeinflusst durch Bedingungen der Lebens- und Arbeitswelt und deren konkreter Be- und Verarbeitung durch das Individuum: „...es nehmen die Zwänge zu, den eigenen Lebenslauf selbst zu gestalten, und zwar auch und gerade dort, wo er nichts als das Produkt der Verhältnisse ist“ (Beck 1986, S. 216).

## 1.2 Veränderungstendenzen in den Bedingungen und Anforderungen von Arbeit

Im Zuge der benannten Wandlungstendenzen in Gesellschaft und Arbeitswelt gilt es - bei gleichzeitig zu erfüllender Forderung nach Verringerung von Produktionskosten und Durchlaufzeiten in der Organisation - den Anforderungen nach mehr Kundenorientierung, höherer Produktivität, Qualität und Flexibilität innerhalb von Produktions- wie auch Dienstleistungsprozessen zu entsprechen. Eine Aufgabe, die sowohl gleichermaßen für Unternehmen am Markt als auch (zunehmend) für öffentliche Organisationen gilt, deren Situation ebenfalls durch einen stetig zunehmenden Kostendruck gekennzeichnet ist. Der Einsatz modernster Technik und qualifizierter sowie motivierter – und bereits im Rahmen dieser Darstellung bleibt kritisch einzufordern: auch „gesunder“ - Mitarbeiter wird in der Literatur übereinstimmend als Grundvoraussetzung eines dementsprechend erfolgreichen Vorgehens benannt (u.a. Brödner 2002; Bullinger/Bauer 2001; Kuhn 2001; Reichwald 2001).

Wie aber verändern sich Gestalt und Anforderungspotenzial heutiger und zukünftiger Arbeitstätigkeit? Vergleichbar der dargestellten Vielfalt in den Rahmenbedingungen wirtschaftlichen Handelns und der Feststellung, dass Wandel allgegenwärtig, seine Richtung jedoch nicht eindeutig auszumachen geschweige denn vorherzusagen ist, zeigt auch der Blick auf die vorzufindenden Arbeitsformen eine hohe Spannbreite in ihren Ausprägungen. Eher als fremdbestimmte und dem Taylor-Modell zuzuordnende Arbeitsformen sind nach wie vor ebenso zu finden wie auch stärker selbst bestimmte und mit Handlungsspielräumen ausgestattete (vgl. Ritter 2003; Brödner 2002). Festzustellende Gemeinsamkeiten, die als „Grundzüge“ der verschiedenen Ausprägungen der Arbeitsformen bezeichnet werden können, sind pointiert in der Aussage zu verdichten, dass „...mehr Arbeit im gleichen Zeitraum wie zuvor...“ (Brödner 2002, S.17) zu erledigen ist. Der Autor illustriert diese Aussage durch den Verweis auf sich aufhebende Begrenzungen von Arbeit in sachlicher, zeitlicher sowie räumlicher Hinsicht, womit die strukturgebende Dominanz sich aus Anforderungen des Arbeitsprozesses und / oder der Kundenwünsche ergebender situativer Anforderungen für den genauen Umfang der Arbeitsaufgabe beschrieben wird (Brödner 2002, S.18).

Die sich im Rahmen der Ausbildung neuer Arbeitsformen vollziehende Zunahme psychischer Belastungen hat nach Wieland (2001) ihre wesentliche Basis in wenig anspruchsvollen, oft kurzzyklischen Arbeitsaufgaben, mit geringen Entscheidungs- und Handlungsspielräumen. Als zentrale Auslöser schlechter Gesundheit nennt er insbesondere die Kombination aus geringen Entscheidungsspielräumen, hoher Arbeitsintensität und mangelnder sozialer Unterstützung. Er geht darin konform mit Aussagen gesundheits-wissenschaftlicher Ergebnisse zu zentralen Belastungen und Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden, die sich im Zusammenhang mit Anforderungen und Bedingungen konkreter Arbeitstätigkeit ergeben (u.a. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006). Konkret werden in diesem Zusammenhang immer wieder die Zunahme arbeitsbedingter psycho-somatischer Reaktionen, Depressionen und Burnout-Syndrome beschrieben. Bei einem gleichzeitig weiterhin hohen Niveau körperlicher Verschleißerscheinungen, wie das Entfallen von 30% aller Arbeitsunfähigkeitstage auf Muskel- und Skeletterkrankungen, noch immer bestätigt (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen 2006, S. 51).
Dennoch fällt eine eindeutige Bewertung der sich stellenden Anforderungen und Bedingungen von Arbeit hinsichtlich ihres Belastungs- und Beanspruchungspotenzials offensichtlich schwer. Auch hierin zeigt sich eine neue Qualität des Gesamtzusammenhangs von Arbeits- und Wirtschaftswelt, in der Frage ihrer konkreten Bedeutung für und Wirkung auf den in ihr tätigen Menschen. So weist Wieland darauf hin, dass die Art der Tätigkeit und die zu ihrer Ausübung notwendigen Qualifikationserfordernisse einen wesentlichen Einfluss auf das Belastungs- und Beanspruchungspotenzial aufweisen und schlussfolgert daraus, dass die Schere zwischen Hoch- und Niedrigqualifizierten sich weiterhin vergrößern werde (Wieland 2001, S. 41f.). Brödner hingegen nimmt als Ergebnis vorliegender Untersuchungen eine Paradoxie dergestalt wahr, dass auch und gerade die als „privilegiert“ geltenden Arbeitsaufgaben hohe Belastungspotenziale beinhalten. „Ausgerechnet jene Arbeitsformen, die in höchstem Maße den sozio-technischen Kriterien ganzheitlicher Arbeitsaufgaben, weit reichender Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und reichhaltiger Möglichkeiten der Kompetenzentwicklung entsprechen, bergen auch die größten Gefahren dauerhafter Überforderung und daraus sich ergebender gesundheitlicher Beeinträchtigungen“ (Brödner 2002, S.19).

Als Fazit können Belastungen heutiger Arbeitsrealität noch immer mit der Aussage widersprüchlicher Entwicklungen und daraus resultierender widersprüchlicher Anforderungen an den Arbeitnehmer gekennzeichnet werden, wie dies Hauss bereits 1998 dargelegt hat. Unter anderem weist er auf Parallelitäten im Auftreten von höheren Qualitätsanforderungen bei gleichzeitig höheren Mengenanforderungen ebenso hin wie mehr Autonomie durch mehr (systemische) Kontrolle und auch hohe individuelle Leistungsanforderungen von gleichzeitig blockierten Karriere- und Gratifikationskrisen begleitet werden (Hauss 1998, S.7).
Vereinfacht ausgedrückt ist von einer Parallelität des Vorhandenseins von sowohl als „Re-Taylorisierung“ zu bezeichnender Organisationsformen von Arbeit und solchen an sozio-technischen Arbeitssystemen ausgerichteten Produktions- und Dienstleistungskonzeptionen auszugehen (vgl. Ritter 2003, S.64). Beinhalten Letztgenannte durchaus die Option, wirtschaftliche Verbesserungen auch – und möglicherweise gerade – in Verbindung mit menschengerechter Gestaltung von Arbeit erzielen zu können, so implizieren sie gleichsam ein ebenfalls erhebliches Gefährdungspotenzial für Gesundheit und Wohlbefinden. Es bleibt festzuhalten, dass sowohl körperliche wie auch geistige und psychische Gesundheit in erheblichem Maße von den realen Belastungen und den resultierenden Beanspruchungen der Arbeitssituation abhängen (Brödner 2002, S.5).

## 1.3 Beschäftigungsfähigkeit und Arbeitskraftunternehmer als Leittypen?

Die zentrale Frage, die sich aus den bis dato dargestellten multivariablen Zusammenhängen und Interdependenzen von interner und externer Umwelt ergibt, ist die nach den sich daraus ableitenden Schlussfolgerungen für Organisationen und Mitarbeiter. Mit Blick auf die Organisationsseite scheint es diesbezüglich keine eindeutige, allseits geteilte Interpretation und einer, darauf basierend, klaren Ableitung von Maßnahmen zur Reaktion oder gar Antizipation des konstatierten „kontinuierlichen Wandels“ zu geben.

Im wissenschaftlichen wie durchaus auch im weiteren „öffentlichen“ Diskurs der Medienlandschaft wird die Bedeutungszunahme des Menschen als Leistungs-

träger und Schlüsselvariable für die Zukunftsfähigkeit und den wirtschaftlichen Erfolg von Organisationen zunehmend stärker in den Fokus der Betrachtung gerückt. Neben die Diskussion um die Sichtweise des Menschen als „Kostenfaktor“ tritt gleichsam das Bewusstsein seiner zentralen Rolle für die Qualität von Produkten und Dienstleistungen als auch seine exponierte Stellung im Bereich des Gelingens von organisatorischem Wandel. Womit auf die Bedeutung qualifizierter und innovativer resp. mindestens innovationsbereiter Mitarbeiter als Engpassfaktor erfolgreicher Entwicklungs- und somit Anpassungsprozesse von Organisationen an die sich im ständigen Wandel befindliche moderne Produktions- und Dienstleistungsgesellschaft verwiesen ist (u.a. Ritter 2003; Reichwald 2001).

Nicht nur vor dem Hintergrund des demografischen Wandels, aber sicherlich in dessen Nutzbarmachung für eine neuerlich verstärkt geführte Diskussion um die Notwendigkeit des Erhalts von Gesundheit und Leistungsfähigkeit des Mitarbeiters im Alternsverlauf findet sich bei Badura (2003) der Begriff der „Beschäftigungsfähigkeit“ als Zieldimension für Unternehmen und Mitarbeiter. Der Begriff umfasst dabei die Gesundheit des Mitarbeiters einschließlich seiner sozialen und emotionalen Kompetenz, die wiederum abhängig von den personalen, aber auch sozialen Voraussetzungen in der Arbeitswelt sind. Ebenso fokussiert der Autor weitergehend auf Fragen der Qualifikation sowie des grundlegenden Wohlbefindens des Menschen am Arbeitsplatz. Damit werden neben der personalen auch die interpersonale Ebene der sozialen Beziehungen sowie die innerbetriebliche apersonale Ebene der Aufbau- und Ablauforganisation gleichgewichtig integriert und zu einer Gestaltungsaufgabe für Organisationen und Mitarbeiter gleichermaßen erhoben. Ein Ansatz, wie er sich u.a. bei Lau (2002) und auch bei Illmarinen/Tempel (2002) findet, wenn sie - Letztere bewusst mit Blick auf den älteren Arbeitnehmer – die beiderseitige Verantwortung von Organisationen und Mitarbeiter für den Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit fordern. Weitergehend betonen sie explizit, dass der Erhalt der Arbeitsfähigkeit alleine keine Beschäftigung schafft, sondern nur in Verbindung mit der Gestaltung auch der betrieblichen Rahmenbedingungen womöglich eine optionale Steigerung der Arbeitsfähigkeit auch noch im Alter erzielt werden kann (Illmarinen/Tempel 2002, S.294).

Konträr zu diesem Verständnis finden sich unter dem Schlagwort des Arbeitskraftunternehmers (u.a. Pongratz 2000) zu fassende Sichtweisen, die ihren Blick vorrangig auf die personale Ebene richten. Als Reaktion auf die genannten Veränderungen in den Bedingungen der Arbeitswelt habe sich - so die Kernaussage - der dem „flexiblen Kapitalismus“ entsprechende Typus des „flexiblen Menschen“ (Sennett 1998, zitiert in Bathge/Schiersmann 1998, S.25) um den Erhalt seiner Arbeitsfähigkeit zu kümmern und sich somit dauerhaft resp. immer wieder für die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit interessant zu machen. Betont wird darin gleichsam die auf personaler Ebene liegende Verantwortung für die Verausgabung der eigenen Arbeitskraft und die Gestaltung der persönlichen Arbeitsbiografie, in dessen logischer Folge der Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit als auch der eigenen Qualifikation ausschließlich in der Verantwortung des Beschäftigten läge (Sennett 1998, in: Baethge/Schiersmann 1998, S.25).

Zu entscheiden, und somit eine Festlegung zu treffen, welche von beiden Positionen als „richtig“ und mit einem Alleinstellungsmerkmal zu versehen ist, kann mangels entsprechend eindeutiger Befunde als unmöglich und grundsätzlich auch wenig hilfreich für die Praxis angesehen werden. Bereits die simple Feststellung, dass weder vonseiten der Organisationen die Schaffung „optimaler“ Verhältnisse noch andererseits lediglich ein „optimales“ Verhalten aufseiten der Mitarbeiter je für sich eine ausreichende Basis für den Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit sein kann, steht dem entgegen. Gesundheit und Leistungsfähigkeit, als gleichermaßen multifaktoriell bedingt, lassen eine generalisierte Definition entsprechend optimaler Verhaltensweisen und Strukturbedingungen schwerlich bis überhaupt nicht realistisch erscheinen. Weitergehend sind Fragestellungen nach Verhältnissen und Verhalten notwendigerweise als interdependent zu verstehen, sodass – aus Sicht der vorliegenden Arbeit – hier nicht nach dem Entweder-oder, sondern nach dem Sowohl-als-auch beider Positionen gefragt werden muss. – Neben der konkreten Bedeutung für das Themenfeld „Gesundheit“ können Kernaussagen und benannte Handlungsanforderungen beider Ansätze auch als Determinanten der sog. Transaktionsatmosphäre verstanden werden, welche ihrerseits von zentraler Bedeutung für die Einführung als auch Verstetigung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Organisationen ist.

## 1.4 Zentrale Herausforderungen für Unternehmen und Mitarbeiter

Der Ansatz des „Arbeitskraftunternehmers“ wird als in der Realität nur selten anzutreffender Idealtypus bezeichnet, der sich vorrangig auf bestimmte Berufsgruppen beziehen lässt (Pongratz 2002, S.4). Dennoch weist er auf den sich im Zusammenhang der benannten Veränderungen der Wirtschafts- und Arbeitswelt vollziehenden Anforderungswandel hin, der durch Entwicklungen im Bereich der gesellschaftlichen Sicherungssysteme begleitet wird. Steigende Chancen und Freiheiten der Gestaltung der eigenen Lebens- und somit auch Arbeitsbiografie gehen Hand in Hand mit der Forderung an den Einzelnen und appellieren somit an seine Verpflichtung, diese Gestaltungsleistung auch tatsächlich eigen- bzw mitverantwortlich zu erbringen, womit auf die bereits herausgestellte Interdependenz der Kernaspekte der Ansätze des „Arbeitskraftunternehmers“ und der „Beschäftigungsfähigkeit“ verwiesen ist. Neben der grundlegenden Forderung nach dem notwendigen Erhalt der Gesundheit nimmt die Forderung nach dem Erwerb von Qualifikationen sowie auch Kompetenzen an Bedeutung zu, soll die Chance auf kontinuierliche Arbeitsfähigkeit und damit -tätigkeit im Lebenslauf erhalten bleiben.
Wie grundlegend sich die benannten Veränderungstendenzen gesellschaftlich als damit auch individuell darstellen, wird erkennbar, wenn Geißler/Wittwer in dem Zusammenhang bereits 1989 von einem „Wandel von der „Schulbildungs- zur Weiterbildungsgesellschaft“ (Geißler/Witwer 1989, in: Arnold 1999, S.246) sprechen. Arnold konstatiert weitergehend das vermeintliche „Ende des Berufs“, mit der resultierenden resp. vorangegangenen „...Entwicklung von der Berufs- zur Arbeitsgesellschaft...“ (Arnold 1999, S.246).

Über relevante Einflussfaktoren des allgemein konstatierten Wandels, deren Größe, Interdependenzen und tatsächliche Wirkung, sowohl mit Blick auf den Menschen als auch Organisationen, wird kontrovers diskutiert. Es folgt der Hinweis, dass der Wandel das einzige Beständige sei. Die Unvorhersagbarkeit seines weiteren Verlaufs wird als zentrale Größe und demzufolge als Herausforderung festgestellt (vgl. Baethge/Schiersmann 1998), die wesentlich für Organisationen und damit den in ihnen tätigen sowie von ihrem Handeln betroffenen Menschen ist. Damit verbunden, wird der Wandel selbst immer stärker auch zur individuell zu bewältigenden Anforderung der Lebensgestaltung jedes einzelnen

Menschen, was mit dem Hinweis auf den Typus des „Arbeitskraftunternehmers“ kurz angedeutet wurde und nicht nur in der Erwachsenenbildung unter dem Begriff der „Patchwork-Biographie“ bzw. des „diskontinuierlichen Erwerbsverlaufs“ (u.a. Pongratz 2000) parallel diskutiert wird. Ohne in eine weitergehende Diskussion einsteigen zu wollen, sind damit über Jahrzehnte stabile Wertvorstellungen infrage gestellt, die –sowohl hinsichtlich ihrer die persönliche Entfaltung als auch optional begrenzenden Wirkung – immer auch der Orientierung und somit Verhaltenssicherheit dienten. Es entwickeln sich „...laufend neue Lebensformen und Lebensgewohnheiten“ (Doppler/Lauterburg 2005, S.25). Baltes beschreibt dieses nochmals eindringlich, wenn er den Zusammenhang von gesellschaftlicher und der begleitend erforderlichen persönlichen Entwicklung(sgeschwindigkeit) des Individuums mit dem Schlagwort der „permanenten Unfertigkeit“ des Menschen aufgreift: „der zweite Faktor einer in der Gegenwart zu beobachtenden objektiven und subjektiven Zunahme in der Unfertigkeit des Menschen sind die atemberaubende Schnelligkeit, die riesige Spannweite und die Unvorhersagbarkeit gesellschaftlicher Wandlungsprozesse – am deutlichsten zu erkennen an den so genannten Halbwerts- und Entwertungszeiten beruflicher Qualifikationen“ (Baltes 2001, S.27).

Gleichwohl, aus individueller oder auch organisationaler Perspektive, treten vor dem Hintergrund realer Veränderungsprozesse notwendige Bewältigungsstrategien im Umgang mit diesen immer mehr in den Fokus des Interesses. Doppler/Lauterburg verweisen auf die „Nicht-Planbarkeit der Zukunft“, die dazu führe, dass Planung „zunehmend auf Szenarien“ beruht, innerhalb derer neben Flexibilität der Strukturen und Abläufe ebenfalls Mobilität und Qualifikation der Mitarbeiter als entscheidende Ressourcen benannt werden (Doppler/Lauterburg 2005, S.46). Veränderungsbereitschaft und Entwicklungsfähigkeit werden somit von immer zentralerer Bedeutung für die Zukunftssicherung von Organisationen und finden ihre Entsprechung unter anderem in Konzepten der Wissens- als auch Kompetenzentwicklung, wie sie u.a. mithilfe der Schlagworte des Wissensmanagement und auch des Leitkonzeptes der „reflexiven Modernisierung“ (u.a. Arnold 1998, S.47ff.) diskutiert werden. Als einer der diesbezüglich bekanntesten und die aktuelle Diskussion auf Ebene der Organisation deutlich prägende Ansatz kann der der Lernenden Organisation angesehen werden. Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen wird die Bedeutung des organi-

sationalen Lernens einsichtig, bedient man sich bereits einer grundsätzlichen Umschreibung, mithilfe derer unter organisationalem Lernen die „...Veränderungsfähigkeit von Organisationen in Wechselwirkung mit sich verändernden Umwelten verstanden...“ (Hanft 1998, S.47) wird. Selbstverständlich erfolgt dieses Lernen über bzw. durch das Lernen von Individuen innerhalb der Organisation. Dennoch ist die Erkenntnis im Rahmen auch dieser Arbeit wichtig, dass a) Lernen für die Zukunftsfähigkeit von Individuen sowie Organisationen gleichermaßen als bedeutsam angesehen werden muss und b) der individuelle Lern- und Entwicklungsprozess der Organisationsmitglieder eingebettet und verzahnt mit den organisationalen Transformationsprozessen erfolgen sollte (Sattelberger 1991,S.14).

Ob und inwieweit es Unternehmen gelingt, vor dem Hintergrund der dargestellten An- und Herausforderungen zu bestehen, hängt nicht zuletzt von ihrer Fähigkeit ab, Arbeit und Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass sie sowohl

a) den „Normalbetrieb“, als „Herstellung und Vermarktung“ von Produkten und Dienstleistungen kontinuierlich zu erhalten - und gleichzeitig -
b) die Umstrukturierung der Organisation(seinheit) als dem angemessenen Umgang mit sich verändernden Umweltbedingungen

zu gestalten in der Lage sind (vgl. Doppler/Lauterburg 2005, S.37). Wie dargelegt, kann der adäquate Umgang mit den sich stellenden Herausforderungen nur mithilfe bewusster Gestaltung der Organisation erfolgen, was wiederum nur „... durch zielorientiertes und koordiniertes Handeln der in der Organisation tätigen Menschen“ (Becker/Langosch 1990, S.8) möglich ist. Göbel weist explizit darauf hin, dass die erhöhte Interaktion der Menschen in der arbeitsteiligen Wirtschaft die Verständigung über diese Interaktion ordnenden Regelsysteme (Institutionen) notwendig macht (Göbel 2002, S.54). Das ist eine Anforderung, die sich vor dem dargestellten Hintergrund zentraler Veränderungstendenzen als ebenso relevant offenbart, wie sie sich gleichfalls insbesondere auch für die Frage der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt. So kann die Absicht der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements als eine der unter b) genannten Umstrukturierungen der Organisation verstanden werden, wodurch es zwangsläufig „eingebettet“ ist in das Geflecht aller vonseiten der externen wie auch internen Unternehmensumwelt wirksamen Faktoren. Damit verbunden sind die sich aus und mit diesen ergebenden Wirkungen auf die Interaktion der Menschen in der Organisation, welche als zent-

rale Determinanten zielorientierten und effizienten Gestaltens von Umstrukturierungen anzusehen sind.

Im Vorgriff auf die in Punkt 6 dieser Arbeit erfolgende Darstellung der Transaktionskostentheorie kann als entsprechende Folge der vorliegenden Ausführungen stark vereinfachend von einer Zunahme von Umweltunsicherheit wie auch Verhaltensunsicherheit gesprochen werden. Beide Arten von Unsicherheit bezeichnen ein entsprechendes Bedingungsmerkmal von Transaktionen, worunter „...alle sozialen Handlungen (...) (verstanden werden können d. Verf.), die erforderlich sind für die **Gründung, Erhaltung, Benützung und Veränderung von Institutionen**“ (Herv.i.Org.) (Göbel 2002, S.132). Sie haben also deutliche Auswirkungen auf den grundsätzlichen Verlauf sowie die organisatorischen Gestaltungsnotwendigkeiten und auch -möglichkeiten von Umstrukturierungen in Organisationen und damit auch auf die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, was die Relevanz der Auseinandersetzung mit Veränderungstendenzen in den gesellschaftlichen sowie wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die begleitenden Ansätze und Theorien für die vorliegende Arbeit verdeutlicht.

# 2 Der demografische Wandel als zukünftige Herausforderung

## 2.1 Der demografische Wandel im Fokus der Aufmerksamkeit

Wenngleich die Statistiken zur erwarteten Veränderung in der Altersstruktur der deutschen Bevölkerung bereits seit Jahren – um nicht zu sagen Jahrzehnten – von einer deutlichen Verschiebung in Richtung eines höheren Anteils älterer Menschen zeugen, scheinen Beachtung und Auseinandersetzung mit der Thematik des demografischen Wandels erst um das Jahr 2000 ein breiteres Interesse gefunden zu haben. Neben einer deutlichen Zunahme wissenschaftlicher Publikationen zum Thema ist weitergehend ein gestiegenes Interesse und, damit verbunden, eine weiterhin steigende Bereitschaft auch von Unternehmen festzustellen, sich mit Fragen der Veränderung der Altersstruktur ihrer Belegschaft und der sich daraus ergebenden Bedeutung zu befassen.

Im Rahmen dieser Arbeit kann und soll keine ausführliche Auseinandersetzung mit dem demografischen Wandel und seiner prognostizierten Bedeutung für Gesellschaft und Arbeitswelt gleichermaßen erfolgen. Die vorhandenen Publikationen sind diesbezüglich ebenso vielfältig wie zugänglich und bedürften - im Hinblick auf eine angemessene kritische Auseinandersetzung mit der Thematik - eines umfassenderen Rahmens als dieser Arbeit. Dennoch ist auch bei der durchaus kontroversen Lage der Fachdiskussion unstrittig, dass der demografische Wandel zu einer bis dato nicht dagewesenen Situation im Altersaufbau der Bevölkerungen in Europa führen und somit auch Auswirkungen auf die künftige Lebens- und Arbeitswelt haben wird. Strittig ist jedoch, wie sich diese Auswirkungen tatsächlich darstellen und welche weitergehenden Folgen sie real zeitigen werden. So stehen den prognostizierten Veränderungen und der grundlegenden Aussage: „dieser Gesellschaftsaufbau ist nicht umkehrbar“ (Skarpelis-Sperk 1995, S.34) und den sich daraus ergebenden Gestaltungsaufgaben auch die damit gleichzeitig verbundenen Gestaltungsmöglichkeiten im Umgang mit den sich vollziehenden Veränderungen gegenüber.
Unabhängig vom Altersaufbau der Bevölkerung ist lakonisch festzustellen, dass die Leistungsfähigkeit einer Gesellschaft entscheidend von ihrer Arbeitsproduktivität abhängt (Skarpelis-Sperk 1995, S.42). Mit Blick auf den demografischen Wandel folgt daraus, dass anstehende Aufgaben in Zukunft mit einem höheren Anteil älterer Mitarbeiter zu lösen sein werden, als dies aktuell der Fall ist (u.a. Weimer u.a. 2001). Einerseits ist - gemäß den Prognosen - nicht mehr von einem entsprechend hohen Arbeitskräfteangebot jüngerer Altersgruppen auszugehen, andererseits lässt sich die bis heute angewandte Praxis der Ausgliederung älterer Arbeitnehmer aus dem Unternehmen nicht mehr länger im bislang vollzogenem Maß fortführen. Gesetzliche Änderungen haben diesbezüglich bereits heute zu neuen Rahmenbedingungen geführt, die sowohl für Unternehmen als auch Mitarbeiter ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsleben deutlich erschweren.

Gleichgültig welcher These zu den Auswirkungen des demografischen Wandels man sich anschließen mag, ob man nun davon ausgeht, dass die zentrale Herausforderung für Unternehmen in Zukunft darin besteht, mit einer sich veränderten Altersstruktur der Belegschaft zu produzieren oder aber man ganz grundsätzlich von einem generellen Mangel an (qualifizierten) Arbeitskräften ausgeht

und dies als Kern von Szenarien künftiger Arbeitswelt annimmt, ist aus Sicht der vorliegenden Arbeit der Erhalt von Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit als zentrale Unternehmensaufgabe zu verstehen. So „...müssen zunächst die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass Motivation, Gesundheitszustand und nicht zuletzt Qualifikation jedes einzelnen Arbeitnehmers auf dem individuell besten Niveau gehalten bzw. gebracht werden“ (Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) 2003, S.1).

Das ist eine Aufgabe, die sich selbstverständlich auch bereits als heute gültige Gestaltungsaufgabe der Schaffung organisationaler Rahmen- bzw. Ermöglichungsbedingungen für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit alternder Belegschaften stellt, womit die im Rahmen dieser Arbeit im Fokus stehende Frage der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements als dafür wesentlicher Beitrag erkennbar wird.

## 2.2 Altersstruktur, Arbeitsfähigkeit und Krankenstand

Im Zusammenhang der dargestellten Veränderungen in Gesellschaft und Arbeitswelt kommt dem Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit – und somit grundlegend der Arbeitsfähigkeit - der Mitarbeiter eine zentrale Rolle für die Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität von Unternehmen zu. „Wertschöpfung in der Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft hängt ab von Kompetenz, Motivation und Verhalten der Beschäftigten in ihrem Umgang mit Technik, Menschen und Informationen“ (Badura 2003, Vorwort). Steht der Mensch als Mitarbeiter innerhalb dieser Aussage im Mittelpunkt der Betrachtung, so bedeutet dies – wie auch aus den bisherigen Ausführungen offensichtlich wurde – keineswegs, dass die Verantwortung für eine erfolgreiche „Sicherung“ von Gesundheit und Leistungsfähigkeit allein beim Individuum selbst liegt. Vielmehr wird mithilfe der Einbettung des Faktors Gesundheit in den Zusammenhang der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit und Produktivität von Unternehmen sinnvollerweise der Blick auf die mit der Gesundheit in Wechselwirkung stehenden Dimensionen erweitert. Diese sind von Illmarinen im Begriff der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar und handlungsorientierend zusammengeführt worden. So vereint dieser die Dimensionen: Gesundheit, Qualifikation, Motivation und selbstverständlich die Dimension Arbeit zu einem Sammelbegriff für Arbeitsbedingun-

gen und –anforderungen (Illmarinen/Tempel 2002, S.167). Durch diese Dimensionen sollen sowohl betriebliche Risiken als auch Ressourcen frühzeitig erfasst und Arbeit so gestaltet werden, „...daß nicht nur größtmögliche Beeinträchtigungsfreiheit gewährleistet wird, sondern tatsächlich auch Wachstum und Entwicklung ermöglicht werden“ (Ducki 2000, S.13). Als wesentliches Merkmal eines solchen Ansatzes sind die gleichrangige Bedeutung subjektiver als auch objektiver Kriterien der Einschätzung des persönlichen Gesundheitszustandes sowie der diesbezüglich relevanten intervenierenden Variablen des Arbeitsumfeldes anzusehen.

Entsprechend bleibt grundsätzlich festzustellen, dass der Erhalt der Arbeitsfähigkeit über die gesamte Spanne des Arbeitslebens eine zentrale Aufgabe für Unternehmen und Mitarbeiter darstellt. Hierbei kann es nicht darum gehen, nur zu eruieren, was den Menschen krank macht und seine Leistungsfähigkeit einschränkt, sondern vielmehr muss der Frage nachgegangen werden, was den Menschen gesund und leistungsfähig erhält.

Es ist offensichtlich, dass dem Alternsprozess in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle zukommt. So hängen die tatsächlichen „funktionalen Fähigkeiten“ des Menschen, die Illmarinen beschreibt als „...die Summe aller physischen, psychischen (mentalen) und sozialen Funktionen, die ein Mensch in einer bestimmten Situation und einem bestimmten Alter wahrnehmen kann“ (Illmarinen/Tempel 2002, S.95) nicht zuletzt vom Tempo seines Alterungsprozesses ab. Dieser wird unterschieden in das sog. primäre und das sog. sekundäre Altern. Ersteres bezeichnet den auf genetischen Eigenschaften / Prädispositionen zurückzuführenden Alternsverlauf, während das sekundäre Altern auf die weiteren Einflussfaktoren des Alterns abhebt. Zu ihnen zählen neben Umwelteinflüssen - und hier im Wesentlichen  die Arbeitsbedingungen als bedeutende Einflussvariable -  auch das individuelle Verhalten. Für Organisationen sollte der Blick auf den Alternsverlauf insofern eine Rolle spielen, als seine Verlangsamung zu einer deutlichen Verbesserung der Gesundheit führen und damit einen wichtigen Beitrag zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit leisten kann (Karazmann u.a.1995), womit wiederum die betrieblichen Rahmenbedingungen in den Fokus rücken, deren förderliche Gestaltung sich entsprechend als Anforderung an Organisationen darstellt. Hervorzuheben ist, dass die sich gleichzeitig als wirksam auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter erweisenden Einflussfaktoren aus der externen Unternehmensumwelt in der Gestaltung innerbetrieb-

licher Rahmenbedingungen Beachtung finden sollten, um sich aus der beiderseitigen Interdependenz optional ergebende negative Effekte auf das betriebliche Leistungspotenzial zu vermeiden.

Auf die Bedeutung des je spezifischen Zusammenspiels zwischen Innen- und Außenwelt von Unternehmen, verbunden mit entsprechend spezifischen Auswirkungen auf die tätigen Mitarbeiter und daraus resultierender tätigkeitsrelevanter Anforderungen als auch individueller Verhaltensoptionen und Verhaltensweisen derselben kann beispielhaft die nachfolgende Grafik einen ersten Hinweis geben. Dargestellt ist die Krankenstandsentwicklung ausgewählter Branchen in Niedersachsen für die Jahre 2000 – 2007, mit erheblichen Unterschiede in der Höhe der Krankenstände, in Abhängigkeit von der Branche, bei ansonsten als nahezu parallel zu bezeichnendem Entwicklungsverläufen über die Jahre.

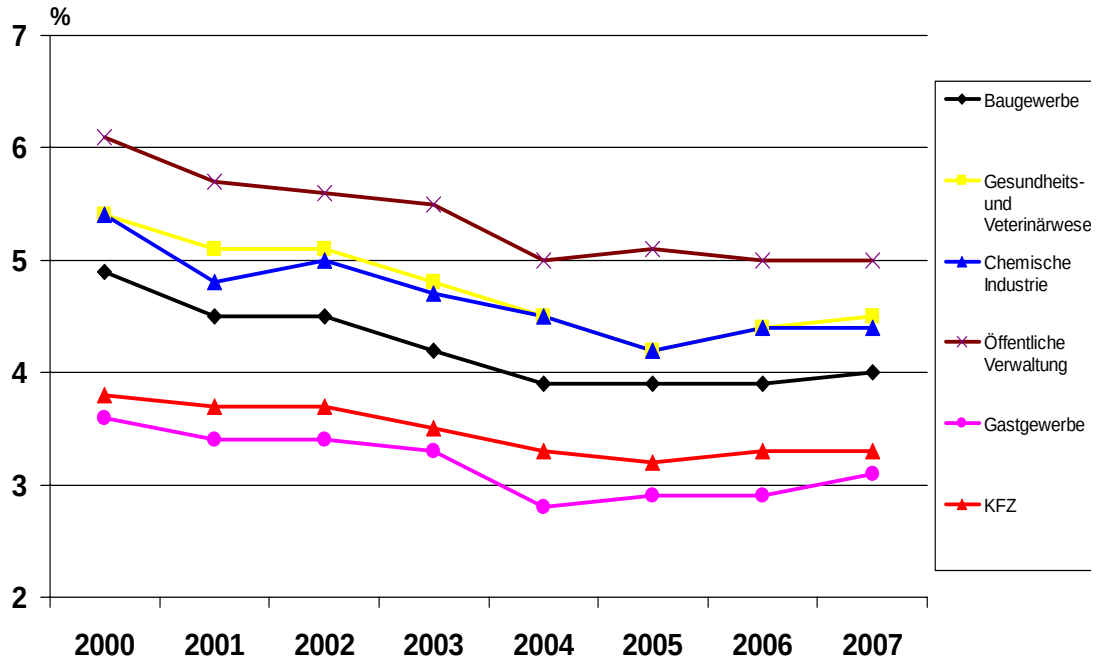


Abb. 1: Krankenstandsentwicklungen in verschiedenen Branchen in Niedersachsen, 2000 - 2007

Quelle: AOK-Auswertungen auf Basis der Daten des WidO, April 2008

Als bedeutsam für die erkennbaren Unterschiede in der Höhe des Krankenstandes können neben Unterschieden in den vorhandenen sowie wahrgenommenen Belastungen der konkreten Arbeitstätigkeit des Weiteren die Unter-

nehmensgröße, die Wirksamkeit sozialer Sicherungssysteme wie auch grundsätzlich die Arbeitsplatzsicherheit als wesentliche Faktoren angeführt werden. Grundlegend ist der Hinweis anzunehmen, dass die Notwendigkeit zur Nutzung vorhandener Gestaltungsoptionen zur Sicherung des Erhalts von Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern immer als verbunden mit der Option des Erhalts der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu betrachten ist und somit der Gestaltung förderlicher Rahmen- resp. „Entwicklungsbedingungen" auf organisationaler Ebene eine hervorgehobene Stellung zukommt. Die Ebene des Individuums wird durch die Ebene der Organisation und der Strukturbedingungen ergänzt, die den Rahmen der Möglichkeiten und Anforderungen der individuellen Leistungserbringung determinieren. Von Interesse ist entsprechend, „...was eine Person, die mit anderen Personen nach vorgegebenen Regeln und Zielen zusammenarbeitet,...," (Neuberger 1994, S.3) zu leisten in der Lage ist. In Anlehnung an Illmarinen wird das Konstrukt der Arbeitsfähigkeit somit notwendigerweise durch das der Beschäftigungsfähigkeit ergänzt, womit es auf die Gestaltung förderlicher Strukturen und Rahmenbedingungen hinweist, die einen Beitrag dafür leisten sollen, dass „...Arbeitsinhalte, Gemeinschaft der Beschäftigten und Arbeitsumwelt dafür passende Voraussetzungen bilden" (Illmarinen/Tempel 2002, S.168), dass „gute Arbeitsfähigkeit" langfristig erhalten bleibt.

Dass das Lebensalter hierbei selbstverständlich auch als eine der wesentlichen Einflussgrößen zu beachten ist, steht außer Frage und wurde bereits mehrfach betont. Nochmals eindrücklich zu betonen ist jedoch auch, dass weniger das Lebensalter als solches, sondern vielmehr der Alternsverlauf im Sinne eines Prozesses als zentrale Variable der Frage nach der „Güte" der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern zu betrachten ist. Dies gilt sowohl für Fragen der Qualifizierung als insbesondere auch den Gesundheitszustand betreffend. So wird für Letztgenannten zwischen einer aktuellen Gesundheit und einem habituellen körperlichen Gesundheitszustand unterschieden, wobei Erstgenannter starken Schwankungen unterliegen kann. Der habituelle Gesundheitszustand ist „...demgegenüber ein aggregiertes Maß über mehrere Jahre hinweg, bei dem große interindividuelle Unterschiede auftreten können. Die meisten Erklärungsansätze berücksichtigen hierbei besonders chronisch einwirkende Bedingungen" (Polenz 1999, S.19). Entsprechend betont Illmarinen, dass die sich insbesondere mit steigendem Lebensalter auswirkenden chronischen Krankheitspro-

zesse zeitabhängig verlaufen und sich oftmals erst dann auswirken, „...wenn die vielfältigen bio-psycho-sozialen Regulations- und Kompensationsmechanismen ausgeschöpft und/oder zusammengebrochen sind“ (Illmarinen/Tempel 2002, S:94).

Auch hier illustriert die nachfolgende Grafik die dargestellten Zusammenhänge und Grundlagen. Die Datenbasis bilden AOK-versicherte Beschäftigte in Niedersachsen, im Auswertungszeitraum 2006.

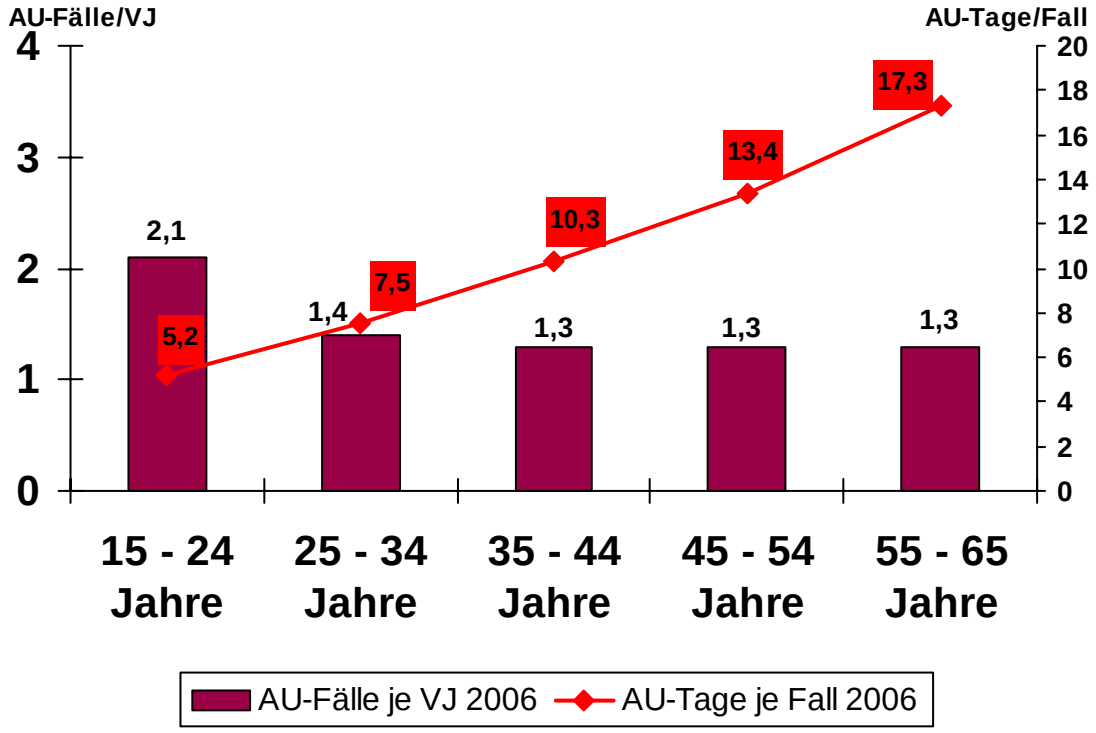


Abb. 2: Arbeitsunfähigkeitsfälle und –tage AOK-versicherter Beschäftigter in Niedersachsen, nach Altersstufen
Quelle: AOK-Auswertungen auf Basis der Daten des WIdO, April 2007

Sind es in den jüngeren Altersstufen deutlich mehr Erkrankungsfälle (AU-Fälle), die insgesamt nur von kurzer Dauer sind, so nimmt in den höheren Altersstufen die Anzahl der Fälle zwar ab, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit jedoch deutlich zu. Unter anderem gibt die Grafik damit Hinweise darauf, dass in den verschiedenen Altersstufen sowohl im persönlichen Verhalten als auch in den zugrundeliegenden Erkrankungen deutliche Differenzen zu bestehen scheinen. Insbesondere die erhebliche Zunahme der Dauer der Fälle in den höheren Alters-

gruppen scheint u.a. auf die Notwendigkeit deutlich längerer Zeiten der Erholung bzw. „Wiederherstellung“ nach einer Erkrankung bzw. Verletzung hinzuweisen. Zu beachten ist, dass die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage je Fall sich über alle Altersgruppen in einem stetig ansteigenden Verlauf vollzieht, was die oben ausgeführten Thesen zur Bedeutung des Alternsverlaufs für die Arbeitsfähigkeit zu unterstützen scheint und nicht zuletzt aufgrund dieses Verlaufs, genau genommen, nicht von einem Problem der älteren Mitarbeiter resp. einer bestimmten Altersgruppe gesprochen werden kann, sondern sich die Förderung der Gesundheit und der Erhalt der Arbeitsfähigkeit als grundsätzliche Aufgabe über alle Altersgruppen hinweg stellt.

Bereits heute ist absehbar, dass sich der demografische Wandel auch auf die Altersstruktur der Belegschaften in Unternehmen und Veraltungen auswirken und zu stellenweise dramatischen Verschiebungen führen wird. Vielfach schon spürbar sind insbesondere Probleme der Nach- bzw. Neubesetzung von Stellen im Bereich der Facharbeiter sowie Ingenieure, die sich aller Voraussicht nach auch in Zukunft fortsetzen werden. Fragen der Erhaltung von Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft treten damit immer zwingender in den Fokus der Betrachtung und müssen oftmals bereits heute in der betrieblichen Realität mit der Erkenntnis verknüpft werden, notwendige Veränderungsbedarfe zu spät erkannt bzw. gar zu lange negiert zu haben.
Beispielhaft sei diesbezüglich eine Alterststrukturprognose für ein reales Unternehmen in Niedersachsen angeführt, die auf sehr dramatische Verschiebungen in der Altersstruktur der Mitarbeiter im gewerblichen Bereich hinweist, deren Kompensation durch Neueinstellungen einerseits durch lediglich eine Verringerung der Beschäftigtenzahl bis 2015 um nur 7,2% sowie andererseits durch das absehbare Fehlen von jüngeren (qualifizierten) Personen auf dem Arbeitsmarkt begrenzt ist.

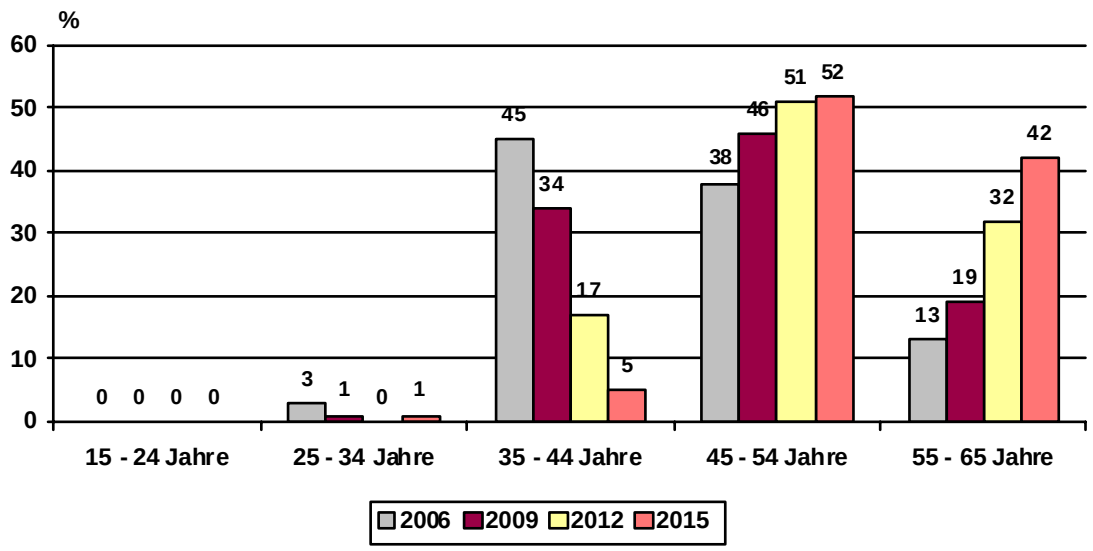


Abb. 3: Altersstrukturprognose eines mittelständischen Unternehmens in Nds.
Quelle: Thomas Eckert, AOK-Institut für Gesundheitsconsulting, 2007

Ob die in den kommenden Jahren stellenweise dramatische Verschiebung in der Altersstruktur von Belegschaften tatsächlich zu einem, wie bisweilen befürchtet, erheblichen Problem für die Produktivität und damit auch Wettbewerbsfähigkeit von Organisationen führt, kann abschließend erst in der Zukunft beantwortet werden. Als gesichert kann jedoch gelten, dass die bereits heute eindringlich prognostizierbaren Verschiebungen in den Altersstrukturen der Belegschaften betriebliche Reaktionen erfordern, die ein zeitnahes Handeln auf verschiedenen Ebenen nahe legen. Verfügt die Arbeitswelt unbestritten über sowohl die Gesundheit fördernde (salutogene) als auch die Gesundheit gefährdende (pathogene) Einflüsse und Bedingungen, ist insbesondere im Bereich der Arbeitsanforderung eine deutliche „Zunahme pathogener Dynamik durch chronische Überforderung aufgrund abnehmender Arbeitsfähigkeit bei gleich bleibenden Arbeitsanforderungen“ (Illmarinen u.a. 1991, in: Karazmann 1995, S.103) festzustellen. Eder untermauert diese Aussage eindringlich durch Untersuchungsergebnisse, welche die subjektiv empfundenen Belastungen am Arbeitsplatz als in der Altersgruppe 40 – 60 Jahre am höchsten bewerten und verweist weiterhin auf eindeutige statistische Zusammenhänge, die belegen, dass chronischen Erkrankungen „...sowohl mit zunehmendem kalendarischem

Alter, als auch mit steigender Anzahl an Arbeitsplatzbelastungen, häufiger (werden d. Verf.)“ (Eder 1995, S.119). Wenngleich grundsätzlich von einer Abnahme der physischen Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter auszugehen ist und diese - bei Ausbleiben prophylaktischer Maßnahmen – nach dem 45. Lebensjahr „dramatische“ Einbußen zeitigen kann (Illmarinen 1995, S.18), wird deutlich, dass weniger das Alter als solches denn vielmehr die Frage nach dem Alternsprozess und seiner Einflussvariablen für Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Bedeutung ist. Die Reduktion von Arbeitsplatzbelastungen, als einem zentralen Ansatzpunkt zur Aufhebung des o.g. negativen „Alterseffektes“, im Zusammenhang von Einbußen in den Bereichen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, sollte entsprechend verbunden werden mit einer förderlichen und in diesem Sinne gleichfalls Ressourcen steigernden Gestaltung in den Bereichen der a) physischen Arbeitsanforderungen, b) der Arbeitsumgebung und c) der Organisation von Arbeit (Illmarinen 1995, S.28f.). Damit verbunden werden insbesondere die Identifikation mit der Arbeit, das Erleben der Arbeit als sinnvoll und das Vorhandensein von sozialen Kontakten in der Arbeit in Forschungsergebnissen als grundlegend bedeutsam für die Meisterung arbeitsbedingter Belastungen benannt (Eder 1995, S.121). Die grundlegende Nähe der benannten Aspekte zu den Dimensionen des seitens Antonovsky beschriebenen Kohärenzsinns, der im folgenden Punkt eingehender dargestellt wird, unterstreicht dabei nochmalig ihre Relevanz auch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht.

Abschließend ist zusammenfassend festzustellen, dass der Zusammenhang von Alter und Gesundheit keineswegs als eine konstante sondern vielmehr als eine variable Größe verstanden werden muss. Beeinflusst durch Bildungsgrad, Berufsstatus, betriebliche Gesundheitspolitik, Führungsverhalten, Unternehmenskultur, Arbeitsbedingungen, Partizipationsmöglichkeiten und insbesondere die Qualität der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz (Badura u.a. 2003, S.34).

# 3 Gesundheit und Gesundheitsförderung

## 3.1 Gesundheitsverständnis und -konzepte

Eine gänzlich in die Tiefe gehende Behandlung aktueller Verständnisse sowie Modellvorstellungen zum Themenfeld der Gesundheit können im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgen. Als ebenso ausreichend wie notwendig ist ein grundlegender Blick auf das für die Arbeit zugrunde gelegte Verständnis von Gesundheit anzunehmen, dessen Aufgabe es ist, zu einem tiefer gehenden Verständnis der weiteren Auseinandersetzung mit dem Themenfeld des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beizutragen.

Bedeutsam ist die Frage nach Modellvorstellungen zur Gesundheit nicht zuletzt vor dem Hintergrund der bereits dargestellten - sich besonders im Begriff des Arbeitskraftunternehmers niederschlagenden - Anforderung an das Individuum, während des Lebensverlaufs dafür Sorge zu tragen, die eigene Leistungsfähigkeit zu erhalten. Die Frage, woran sich der Mensch hinsichtlich seines Verhaltens zur Förderung resp. mindestens zum Erhalt eigener Gesundheit orientiert und sein Handeln ausrichtet, ist diesbezüglich ebenso relevant wie die Frage nach den dementsprechend für die Absicht der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements Orientierung gebenden Modellvorstellungen der Gesundheitswissenschaften.

Gesundheitswissenschaftlichen Vorstellungen grundsätzlich gemeinsam ist die Annahme des Vorhandenseins von auf den Menschen einwirkenden Faktoren, deren Ursprung sowohl innerhalb der Person als auch in ihrer Umwelt zu sehen sind und weiterhin durch Bedingungen der Umwelt in ihrer Wirkung auf das Individuum beeinflusst werden (vgl. u.a. Ausführungen zu gesundheitswissenschaftlichen Modellen bei Waller 1995).

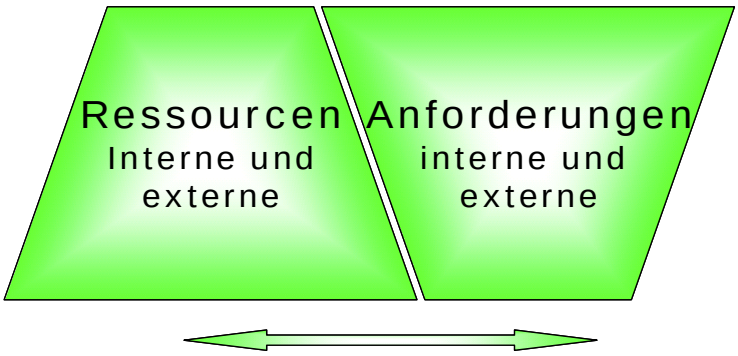


Abb. 4: Anforderungs- / Ressourcenmodell

Quelle: Eigene Darstellung / AOK – Institut für Gesundheitsconsulting

Es kann in diesem Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein sich an das Individuum stellender Anforderungen als auch diesem zur Bewältigung derselben zur Verfügung stehenden – wiederum sowohl internen wie auch externen – Ressourcen unterschieden werden. Die Art und Weise der Bewältigung sich im Lebenslauf stellender Anforderungen hat konkrete Auswirkungen auf Wohlbefinden und Gesundheit des Menschen, die als Teil der individuellen Entwicklung des Menschen verstanden, in ihrer Qualität von dem jeweils durch das Individuum zu erreichenden Zustand möglichst optimaler Koordination innerer und äußerer Anforderungen abhängen (Hurrelmann 1994,S.17). Der damit beschriebene Prozess der Person-Umwelt-Interaktion steht stellvertretend für eine – dem salutogenetischen Modell von Antonovsky – entnommenen Vorstellung des sog. „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“ (u.a. Polenz 1999; Waller 1995). Gemäß dieser Modellvorstellung bilden Gesundheit und Krankheit die beiden Pole eines Kontinuums, innerhalb dessen Gesundheit durch das Individuum immer wieder selbst herzustellen ist und sowohl körperliche als auch seelische Prozesse beinhaltet. Wenngleich nicht ohne deutliche Kritik, die dem salutogenetischen Modell von Antonovsky u.a. dergestalt entgegengebracht wird, dass es sich genau genommen bereits im Zuge der Stressforschung dargestellter Zusammenhänge bedient und darin ebenfalls die Bedeutung des Zusammenhangs persönlicher Bewertungsmuster und situativer Ressourcen für die Belastungsbewältigung betont (siehe dazu u.a. Ducki 2000, S.52ff; Polenz 1999, S.28) ist es dennoch als eines der bekanntesten integrierenden Gesundheitskonzepte zu verstehen (Waller 1995, S.14). Der sicherlich als Paradigmenwechsel in den Gesundheitswissenschaften zu bezeichnende Übergang von ei-

ner vorrangig „...pathogenetisch-orientierten Frage nach den Ursachen für Krankheit...“ (Waller 1995, S.14f.) zur vorrangigen Frage nach den die Gesundheit erhaltenden und fördernden Bedingungen und Einflüssen ist durchaus dem salutogenetischen Ansatz Antonovskys zuzurechnen. Ebenfalls dem grundlegenden Verständnis eines Anforderungs-Ressourcen-Modells folgend verweist Antonovsky auf die Bedeutung von „Widerstandsressourcen“, zu denen er körperliche, psychische, materielle, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren (Antonovsky 1987, in: Waller 1995, S.15) ebenso zählt, wie er insbesondere den sog. „Kohärenzsinn“ als „...die entscheidende vermittelnde Variable...“ (Polenz 1999, S.28) zur Vermeidung und Bewältigung von Belastungen benennt. Der Kohärenzsinn wird in drei Komponenten unterschieden, nach denen Menschen auch unter hohen Belastungen dann eher gesund bleiben, wenn:

1. Anforderungen und Belastungen denen sie ausgesetzt sind, für sie einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (Vorhersagbarkeit)
2. Chancen zur Einflussnahme auf Entwicklungen und Ereignisse vorhanden sind (Machbarkeit)
3. Möglichkeiten gegeben sind, unter bestehenden Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (Sinnhaftigkeit)

(Schmid-Neuhaus 1995, S.77).

In diesem Sinne kann Gesundheit als „...transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts zwischen dem Individuum, seinem vorhandenen Potential zur Selbstorganisation und Selbst-Erneuerung und seiner Umwelt“ (Polenz 1999, S.20) verstanden werden. Wie sich die „Interaktion“ zwischen Mensch und Umwelt vollzieht, welche Einflussfaktoren auf den Menschen einwirken und wie diese von ihm aufgenommen, bearbeitet, bewältigt und grundsätzlich bewertet werden, sind gesundheitsrelevante Fragen. Zu beachten sind die „...Gesundheitsauswirkungen von sozialen, ökonomischen und zunehmend auch ökologischen Parametern der Lebenslage im Arbeits-, Familien- und Freizeitbereich“ (Hurrelmann/Laaser (Hrsg.) 1993, S.17). Es wird deutlich, dass die „Herstellung“ bzw. der Erhalt von Gesundheit dementsprechend als lebenslang verlaufender Prozess zu verstehen ist. Aufseiten des Individuums beeinflusst durch und gleichsam wirksam auf der Basis von drei zentralen Dimensionen: der physischen, psychischen und sozialen Dimension, die - wie oben beschrieben - durch sich an das Individuum stellende Anforderungen wie auch diesem

zur Verfügung stehender Ressourcen Wirkung auf Gesundheit und Wohlbefinden haben.

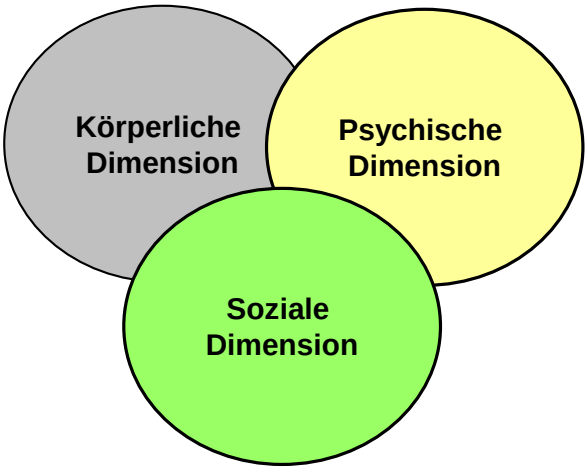


Abb. 5: 3 Dimensionen von Gesundheit
Quelle: Eigene Darstellung / AOK – Institut für Gesundheitsconsulting

Im Hinblick auf die „Ressourcenseite“ verweist die soziale Dimension auf die Bedeutung sozialer Bindungen als Gesundheitsressource. Die physische Dimension fokussiert auf günstige angeborene oder erworbene konstitutionelle Dispositionen und die psychische Dimension geht - vereinfacht - auf den Bereich der Erwartungen und Einschätzungen hinsichtlich Kompetenz und Selbstwirksamkeit der Person ein (u.a. Oerter/Montada (Hrsg.) 2002; Waller 1995; Hurrelmann 1994; Hurrelmann/Laaser (Hrsg.) 1993). Abbildung 5 verdeutlicht die auch für die Realität gültige Interdependenz aller drei Dimensionen, die entsprechend für ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement als Orientierungsgröße des Handelns anzumahnen sind.
Einen guten Überblick über gesundheitswissenschaftliche Modellvorstellungen sowie grundlegende Einführungen in das relevante Themenfeld gesundheitswissenschaftlicher Fragestellungen bietet die Fachliteratur, auf die zur weiteren Vertiefung hiermit verwiesen sei (u.a. Ducki 2000; Polenz 1999; Waller 1995; Hurrelmann 1994; Hurrelmann/Laaser (Hrsg.) 1993).

Für die vorliegende Arbeit wird Gesundheit als eine aktiv vom Individuum herzustellende Aufgabe verstanden, für die jedoch gleichfalls eine kollektive Verantwortung anzumahnen ist, da immer deutlicher wird, „...wie sehr das Entstehen von Krankheiten durch Lebensweise, Umwelt und Arbeitswelt bestimmt wird“ (Projektgruppe Prioritäre Gesundheitsziele 1990, in: Hurrelmann/Laaser

(Hrsg.) 1993, S.4). Weiterhin wird aufseiten des Individuums die zentrale Bedeutung der subjektiv wahrgenommenen, tatsächlich vorhandenen bzw. nutz- oder gar erweiterbaren Ressourcen als wichtige Faktoren gelingender und somit die Gesundheit fördernder Transaktionen zwischen Person und Umwelt angesehen. Den diesbezüglich vorhandenen Wechselwirkungen im Spannungsfeld interner und externer Anforderungen und ebensolcher Ressourcen wird dabei - gesundheitswissenschaftlichen Modellen folgend - eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Fragen der Belastungsbewältigung durch das Individuum stehen hierbei im Mittelpunkt des Interesses. Diese sind notwendigerweise verbunden mit Fragen der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelt, die somit einen wichtigen Beitrag zur Entlastung des Individuums einerseits und zum Aufbau bzw. der Entwicklung durch diesen nutzbarer Ressourcen andererseits leisten sollen. Die Unterstützung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen sowie die Arbeit an ebenfalls gesundheitsförderlichen bzw. die Gesundheit so wenig wie möglich beeinträchtigenden Verhältnissen sind folglich als zwei zentrale Größen der Förderung von Gesundheit und damit auch des Betrieblichen Gesundheitsmanagements anzusehen.

Verantwortung zur (Mit-)Gestaltung der Verhältnisse wird dabei auch dem Individuum unterstellt, welches sowohl durch planendes als auch konkret mittätiges Verhalten per se an diesen beteiligt ist. Idealerweise sollte dafür beim Individuum - neben einer positiven Vorstellung von Gesundheit und demzufolge einem positiven Gesundheitsbegriff - auch ein Mindestmaß an notwendiger (Handlungs-) Kompetenz zur Umsetzung derselben vorliegen. Dauerhafte Lernfähigkeit und aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt, basierend auf einer angemessenen Zielorientierung, stellen hierfür wichtige Grundbedingungen dar (Ducki 2000, S.63). Als eine den Darstellungen entsprechende Definition von Gesundheit ist die von Udris im Projekt Salute benannte zu übernehmen: „Wir verstehen Gesundheit nicht als statischen Zustand, sondern als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen den (physischen, psychischen und sozialen) Ressourcen und Schutz- bzw. Abwehrfunktionen des Organismus einerseits und den potentiell krankmachenden Einflüssen der (physikalischen, biologischen und sozialen) Umwelt andererseits. Somit muss Gesundheit immer wieder vom Organismus hergestellt werden – sei es im Sinne einer immunologisch verstandenen Abwehr, sei es im Sinne einer Anpassung an oder einer zielge-

richteten Veränderung der Umweltbedingungen“ (Herv. i. Org.) (Udris et al. 1992, in: Polenz 1999, S.19).

## 3.2 Gesundheitsförderung als lebenslange Aufgabe im Anforderungsfeld von Person und sozialer Lebenswelt

Wie dem genannten Verständnis von Gesundheit zu entnehmen, stellt diese keineswegs einen statischen Zustand sondern vielmehr einen von seelischer Gesundheit und habituellen Merkmalen der Person sowie bestimmten Umwelt- und Lebenskonstellationen (Polenz 1999, S.41) beeinflussten Prozess dar. Die sich im Prozessverlauf ergebenden Aufgaben des Erhalts bzw. der Wiederherstellung von Gesundheit vollziehen sich im Spannungsfeld sich wechselseitig beeinflussender sozialer, psychischer und körperlicher Anforderungen (siehe Abb. ...) und Ressourcen. Sie finden damit notwendigerweise im Zusammenspiel von Person und ihrer sozialen sowie dinglichen Umwelt gleichermaßen statt, woraus folgt, dass sowohl die bekannten drei Dimensionen von Gesundheit in ihrer Interdependenz als auch die Wechselwirkungen von Person und Umwelt im Rahmen einer bewussten Förderung von Gesundheit Beachtung finden müssen: „Soziale, ökonomische, ökologische und kulturelle Lebensbedingungen bilden (...) den Rahmen für die Entwicklungsmöglichkeiten von Gesundheit“ (Hurrelmann 1994,S.17).

Fragen der Bewältigung von Anforderungen und des Umgangs mit Gesundheitsrisiken und –belastungen kommt im Rahmen der Gesunderhaltung des Individuums eine zentrale Rolle zu. Im Anforderungs-Ressourcen-Modell nimmt - einer vorrangig psychologischen Perspektive folgend - die seelische Gesundheit hierin eine zentrale Rolle im Zusammenhang der erfolgreichen Bewältigung externer und interner Anforderungen ein und basiert dabei auf den Bestimmungsgrößen der Kompetenz, der Selbstaktualisierung und der Sinnfindung des Individuums (Polenz 1998, S.39ff.). Aus betont soziologischer Perspektive versteht Hurrelmann unter „...Bewältigungsverhalten (...) situatives Wissen in Handlungsstrategien umzusetzen“ (Hurrelmann 1994,S.160). Wobei dem im Rahmen psychologischer Ansätze primären Fokus auf den Zusammenhang von individuellem Verhalten und krankheitsspezifischen Risikofaktoren bewusst die Verquickung menschlichen Handelns mit Faktoren der Sozialstruktur und ihrer unmittelbaren sozialen Umwelt zur Seite gestellt wird (Badura 1993,S.74): „Die

individuelle Bewältigungskapazität besteht auch darin, in geeigneter Weise Hilfe von außen zu suchen und die situativen Handlungsbedingungen zu verändern, um Art und Grad der Belastung zu verringern“ (Hurrelmann 1994, S.160). In dieser Aussage Hurrelmanns werden zwei als zentral anzusehende Aspekte für den Erhalt und die Förderung von Gesundheit offensichtlich. Zum einen die grundlegende Voraussetzung aufseiten des Individuums, Belastungen tatsächlich als solche wahr- und insbesondere anzunehmen, was sowohl ein gewisses Maß an Selbstreflexivität erfordert, als auch in Abhängigkeit des jeweilig beim Individuum vorliegenden „Gesundheitsverständnisses“ zu sehen ist. Andererseits die damit zusammenhängende Voraussetzung, dass ein Individuum sein Gesundheitspotenzial letztlich nur dann tatsächlich entfalten kann, wenn es selbst einen gewissen Einfluss auf die Faktoren nehmen kann, welche sich auf seine Gesundheit auswirken (Waller 1995, S.140). Ein noch immer als verbreitet anzusehendes Verständnis von Gesundheit als der bloßen Abwesenheit von Krankheit und einer damit nur zu oft verbundenen Beschränkung auf die körperliche Befindlichkeit, als der alleinigen bzw. ausschlaggebenden für die Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes, muss entsprechend zu kurz greifen und läuft Gefahr langfristig selbst zu einem potenziellen Risikofaktor für Gesundheit und Wohlbefinden im Alternsverlauf zu mutieren.

Im Rahmen von Fragestellungen der Gesundheitsförderung den Fokus zunehmend stärker auf Gesundheitsressourcen als auf deren Risiken zu lenken stellt für Individuen wie auch Organisationen nach wie vor eher eine Herausforderung denn eine Selbstverständlichkeit dar. Eine Begründung hierfür findet sich darin, dass einerseits Gesundheitsrisiken besser erforscht und damit vermeintlich leichter zu handhaben scheinen. Andererseits durch „...Ermangelung einer konsistenten Ressourcentheorie...“(Ducki 2000, S.42), was u.a. dazu führt, dass sowohl von situativen (externen: u.a. gesunde Umwelt, funktionierende soziale Beziehungen, befriedigende Arbeitsbedingungen) und personalen (internen: internale Kontrollüberzeugungen; Selbstwirksamkeit, Bewältigungskompetenzen) als auch von persönlichen (individuelle Lebenskompetenzen, positives Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen) und sozialen Ressourcen (Netzwerk von sozialen Beziehungen, Ressourcen in der Umwelt, familiärer Zusammenhalt, Arbeit) gesprochen wird (siehe dazu Ducki 2000, S.42). Wie Ducki ausführt besteht Konsens darin, dass die unterschiedlichen Ressourcen in einem wechselseitigen

Abhängigkeitsverhältnis stehen und „...dass personale Ressourcen vor allem bei den Menschen stark ausgeprägt sind, die auch über viele situative (externe) Ressourcen wie ein hohes Bildungsniveau, hohe Einkommen,..., verfügen“ (nach Geyer 1997, in: Ducki 2000, S.43).

Der Prozesscharakter von Gesundheit und die reale Wechselwirkung zwischen individueller Gesundheit und Bedingungen der konkreten Umwelt sind notwendigerweise als Teilaspekt der Sozialisation zu sehen. Wird diese als „...lebenslanger Prozess der Anpassung und Auseinandersetzung eines Individuums mit der sozio-kulturellen Umwelt...“(Griese 1999, S.84) verstanden, ist sie inhärenter Part des Alternsprozesses des Menschen und vollzieht sich entsprechend auch im Bereich der Arbeitswelt. Neben der organisationalen Ausrichtung im Bezug auf Fragen der Gesundheit ist diesbezüglich insbesondere die Relevanz der sozialen Bezugsgruppe in der Organisation, deren Einfluss auf individuelle und damit gleichfalls „gesundheitsrelevante“ Einstellungen und Verhaltensweisen hervorzuheben: „... jeder Mensch (greift d. Verf.) auf das Reservoire an Werten, Normen und Handlungsmustern zurück, das seine soziale Gruppe bereitstellt und im Sozialisationsprozess vermittelt,...(Simmons 1981, in: Hurrelmann 1994, S.163). Ist damit auch die Verarbeitung alltäglicher Anforderungen im Arbeitszusammenhang, als in einen sozialen Kontext eingebundenes Verhalten zu verstehen, so spielen diesbezüglich sowohl Kompetenzen als auch Erfahrungswissen der Person sowie ihre in der Organisation erworbenen Deutungsmuster eine entscheidende Rolle für das Gelingen dieses Prozesses. Insbesondere die direkte soziale Bezugsgruppe ist als wirksam für die berufliche bzw. konkret unternehmensspezifische Sozialisation des Individuums zu verstehen (Hurrelmann 1994, S.164). Damit hat sie konkrete Auswirkungen auf sowohl grundlegende Einstellungen zur Gesundheit, mit denen sich das Gruppenmitglied konfrontiert sieht, als insbesondere dem in der Gruppe vorherrschenden Umgang mit Fragen das konkrete Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz betreffend. Letztgenanntes beinhaltet hierbei ganz konkret z.B. Auswirkungen im Bereich der Pauseneinteilung, Fragen des Ernährungsverhaltens in den Pausen, vorherrschende und allgemein akzeptierte Kommunikationsmuster und Strategien der Problem- und Konfliktbearbeitung, der grundlegenden Veränderungs- und Lernbereitschaft als auch in der Gruppe etablierte Verhaltens-

weisen im Umgang mit Sicherheitsbestimmungen, wie z.B. der Nutzung von Sicherheitskleidung bis hin zum Einsatz von Hebe- und Tragehilfen.

Als integrierend für soziale, psychologische, pädagogische sowie auch medizinische Maßnahmen hat sich der Begriff der Gesundheitsförderung etabliert (Waller 1995,S.134). Im Gegensatz zum Ansatz der Prävention, der nochmalig in die Bereiche der primären, sekundären und tertiären Prävention unterschieden wird (siehe u.a. Rudow 2004, S.19f; Waller 1995, S.150ff.) und sich spezifisch auf die Reduktion und Vermeidung von Gesundheitsrisiken bezieht (Waller 1995, S.136), ist der Begriff der Gesundheitsförderung als eher unspezifisch zu verstehen. Seine Wurzeln liegen in den 60er Jahren und fokussieren auf den Ansatz, Gesundheit und Krankheit nicht alleinig aus medizinischer Sicht zu betrachten und der in Industrienationen sich als wenig wirksam zeigenden Gesundheitserziehung zu überlassen (Badura 1993, S.77). Vielmehr zielt der Ansatz der Gesundheitsförderung auf die Arbeit an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen und die zugehörige Befähigung des Menschen zur Entfaltung und Entwicklung seiner Gesundheitspotenziale (Badura 1993, S.77), indem er grundlegend auf den Erhalt und die Stärkung von Gesundheitsressourcen fokussiert (Waller 1995, S.136).
Gesundheitsförderung zielt in diesem Sinne auf die Befähigung des Menschen, größeren Einfluss auf den Erhalt und die Verbesserung seiner Gesundheit zu erlangen, die als Teil der lebensgeschichtlichen Entwicklung verstanden werden muss (Hurrelmann 1994, S.17). Sie ist damit eng verbunden mit Sozialisationsprozessen des Menschen auf der einen und Fragen nach der Notwendigkeit sowie insbesondere der Möglichkeit diese Prozesse mittels Maßnahmen im Bereich von Bildung und Kompetenzentwicklung förderlich zu unterstützen auf der anderen Seite. Erlebt sich der Erwachsenen Mensch als Handelnder in seiner Lebensumwelt, so vollzieht sich Erwachsenensozialisation durch konkrete Erfahrungen (Griese 1999, S.85). Mit Blick auf die o.g. Absicht, durch Bildung und Kompetenzentwicklung den Sozialisationsprozess förderlich zu unterstützen ist aus Sicht der Erwachsenenbildung zu Fragen, welche Chancen Bildungsprozesse gegenüber der sozialisierenden Wirkung gesellschaftlicher und damit auch beruflicher Bedingungen tatsächlich haben (nach Lenz 1982, in: Griese 1999, S.85). Insbesondere für Vorhaben der Gesundheitsförderung im Bereich der Arbeitswelt ist diesbezüglich eine unterstützende Leistung durch Bildungs-

maßnahmen zu fordern, die sich weniger als Qualifizierung denn vielmehr als Kompetenzentwicklung begreifen, verbunden mit der Absicht, Reflexions- sowie Lernprozesse in der Auseinandersetzung mit konkreten Erfahrungen der jeweiligen sozialen Bezugsgruppe, vorhandenen Deutungsmustern und Wertmaßstäben anzuregen und zu gestalten (Griese 1999, S.86ff.; Hoh/Barz 1999, S.298f.). Eine so verstandene Gesundheitsförderung - und genau genommen auch Gesundheitsbildung - beabsichtigt ihren Wirkungsgrad durch das Verlassen der Grenzen rein themenspezifischer Kursangebote zu erhöhen, indem sie von Beginn an eine Verbindung individueller Entwicklungsförderung mit der Arbeit an den insbesondere auch durch die Bezugsgruppe beeinflussten Umweltbedingungen anstrebt. Sie fokussiert damit auf eine nachhaltige Entwicklung von Verhalten und Verhältnissen gleichermaßen und zielt ab auf die „...Stärkung sowohl der personalen als auch der sozialen Ressourcen für die Auseinandersetzung mit den konkreten Lebensbedingungen ..., also eine Förderung der individuellen und der kollektiven Verarbeitungs- und Bewältigungskapazitäten...“(nach Hurrelmann ua. 1987, in: Hurrelmann 1994, S.173).
In der Auseinandersetzung mit den aus Sicht der Arbeit zu differenzierenden Verständnissen von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement wird dieser Aspekt nochmals aufgenommen werden.

# 4 Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten heutiger und zukünftiger Arbeitswelt

## 4.1 Grundlegende Zusammenhänge

Das Schaffen und Erhalten von Arbeitsplätzen und –anforderungen, die allen Beschäftigten die Ausübung einer Tätigkeit bis zur Beendigung des Erwerbslebens ermöglichen, ist eine sich aus dem genannten ableitende und insbesondere auch aus ethischen Gesichtspunkten ansprechende Zielsetzung. Ihre Umsetzung ist auf individueller Ebene vorrangig abhängig von Qualifikation, Wohlbefinden und Gesundheit der Person, verbunden mit der sozialen und emotionalen Kompetenz der Mitarbeiter, welche ihrerseits abhängig sind von den personalen wie auch sozialen Voraussetzungen der Arbeitswelt, womit auf die Bedeutung der Aufbau- und Ablauforganisation ebenso verwiesen ist wie auf die

Qualität der Unternehmenskultur und der sozialen Beziehungen im Unternehmen (vgl. Badura 2003).

Das Themenfeld Gesundheit in die Organisation zu integrieren offenbart sich diesbezüglich als eine zentrale Umsetzungsaufgabe. Es ist hierbei zu verstehen als Voraussetzung und Ergebnis einer kontinuierlichen und produktiven Auseinandersetzung mit den Bedingungen und Herausforderungen von Arbeit, womit – gemäß der bis dato vollzogenen Ausführungen – die Förderung persönlicher, organisatorischer und sozialer Gesundheitspotenziale als wichtige Voraussetzungen für den betrieblichen Erfolg und unternehmerische Produktivitätszuwächse (Kuhn 2001,S.20) gleichermaßen berührt werden. Somit erfährt das persönlich-individuelle Interesse am Themenfeld Gesundheit seine Entsprechung im originären Bereich unternehmerischer Nutzenerwartung.
Eine Verbindung, die auch Ducki eindrücklich hervorhebt: „...um den permanenten Wandel der Arbeitswelt zu vollziehen und so zu bewältigen, dass tatsächlich die in ihm liegenden Potentiale genutzt und die Risiken weitgehend kontrolliert werden können, bleiben Prävention und Gesundheitsförderung eine (prozeßbegleitende) Notwendigkeit“ (Herv. i. Orig.) (Ducki 2000, S.13). Der Gesundheitsförderung obliegt es in diesem Zusammenhang, Risiken wie auch Chancen in den Arbeitsbedingungen zu erkennen und „... Arbeit so zu gestalten, dass (...) tatsächlich auch Wachstum und Entwicklung ermöglicht werden“ (Ducki 2000, S.13).

## 4.2 Der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Blickpunkt

Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz stellt eine zentrale Funktion zum Erhalt von Gesundheit, auf Basis des Schutzes des Individuums vor gesundheitsgefährdenden Belastungen am Arbeitsplatz dar, vorrangig durch die Arbeitsmedizin gestaltet und auf gesetzlichen Grundlagen, insbesondere des Arbeitsschutzgesetzes, des Betriebsverfassungsgesetzes und Teilen des Sozialgesetzbuches V. basierend. Ihre Aufgabe ist Leistungsfähigkeit sowie körperliches und soziales Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhalten und nicht die Produktivität zu steigern (Ducki 2000, S.18). Die Sichtweise des Arbeitsschutzes kann noch immer als primär auf eindeutige Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge sowie auf physikalisch-chemische Belastungsfaktoren ver-

engt bezeichnet werden (Ducki 2000, S.18). Sehr langsam scheint eine zunehmende Öffnung der mit dem Arbeitsschutz befassten Personen hin zu einer umfassenderen, weitestgehend als systemisch zu bezeichnenden Sichtweise auf innerbetriebliche Einflussfaktoren von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten feststellbar zu sein, die eine Ausweitung des Blickwinkels auch auf psychosoziale Belastungen und Ressourcen beinhaltet. Dennoch ist nach wie vor gültig, was Rosenbrock bereits 1993 bemängelte, indem er auf die Expertendominanz des Arbeits- und Gesundheitsschutzes verweist, „...gegen die die Belastungsartikulation der Beschäftigten meist keine Chance auf Gehör und Durchsetzung hat, und in der grenzwert- und meßbarkeitsfixierten Normorientierung, die gegenüber Beanspruchungen und Gesundheitsgefährdungen aus der Organisation der Arbeit, ..., in aller Regel nicht greifen kann“ (Rosenbrock 1993, S.134f.). Die benannten Zusammenhänge tragen auch dazu bei, dass „...eine wirkliche Verankerung des Arbeitsschutzes in betriebliche Planungs- und Entscheidungsstrukturen und eine wirkungsvolle Partizipation der betroffenen Beschäftigten“ (Ducki 2000, S.19) mindestens erschwert, vielfach gar verhindert wird.

Nach wie vor bietet der betriebliche Arbeitsschutz in seiner aktuellen Form, als eine wichtige Säule der Aufgabenwahrnehmung zur Sicherung der Gesundheit der Beschäftigten in Organisationen, ausschließlich kein ausreichendes Mittel einer umfassenden Gesundheitsförderung. Neben der mangelnden Beteiligung der betroffenen Beschäftigten und hier besonders der Führungskräfte stellt sich in der Praxis vor allem seine Verortung in der „Peripherie der Unternehmensentwicklung“ als ein wesentliches Problem dar. Das heißt, dass der Arbeitsschutz auf Basis seiner primären Orientierung an der Eindämmung physikalisch-stofflicher Risiken vielfach als nachrangig in Bezug auf die Veränderungen und Entwicklungen – und damit den sich wandelnden Belastungen sowie resultierender Beanspruchungen – innerhalb der betrieblichen Bedingungen angesehen werden kann.
Von einer Antizipation oder gar proaktiven Gestaltung innerbetrieblicher Rahmenbedingungen, im Sinne der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen, in der Begleitung oder eben gar Vorwegnahme sich vollziehender Veränderungsprozesse kann somit im besten Falle nur begrenzt ausgegangen werden. Dieses gilt dann vorrangig im Bereich der Überprüfung sowie

der nachfolgend versuchten Einflussnahme auf die „dinglichen und messbaren Faktoren“ und weniger bis gar nicht im Feld der unterstützenden Prozessbegleitung, unter Einbindung der von den Veränderungen betroffenen Mitarbeiter.

## 4.3 Betriebliche Gestaltungsmöglichkeiten und Anforderungen

Unabhängig vom demografischen Wandel ist der Erhalt von Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Belegschaft und damit die Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit eine sich stellende Grundanforderung für Organisationen. Ein verengter Blick, in der vorrangigen Konzentration auf den Erhalt der Leistungsfähigkeit älterer Mitarbeiter greift diesbezüglich – u.a. vor dem Hintergrund der Feststellung, dass es sich bei den vorwiegenden Erkrankungsursachen im höheren Alter um die Folgen von chronischen Erkrankungen als Ursachen für Arbeitsunfähigkeit handelt - jedoch zu kurz. Ebenfalls verdeutlicht die Bedeutung, die Organisationen für die Gesundheit ihrer Belegschaft als auch über diese hinausgehend haben, dass Gesundheitsförderung klare Grenzen im Bereich „...der individuellen Bewusstseinsbildung und Verhaltenssteuerung...“ (Grossmann/Scala 1994, S.18) hat. Die Gesundheitsthematik ist somit „...primär als systemabhängiges und kontextgebundenes Problem zu betrachten...“ (Grossmann/Scala 1994, S.18). Bereits gemäß dieses systemischen Blickwinkels ist eine Konzentration auf nur eine „Komponente“ des Systems Organisation - in diesem Fall beispielhaft die älteren Mitarbeiter - als weder nachhaltig noch grundsätzlich zielführend im Hinblick auf einen grundlegenden Beitrag zur Gesundheitsförderung zu begreifen.

Den bisherigen Ausführungen entsprechend fordert Badura eine „...integrierte Personal- und Gesundheitspolitik, in der Betriebliches Gesundheitsmanagement zu einer wichtigen Führungsaufgabe wird“ (Badura u.a. 2003, S.3). Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement versteht er dabei „...die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura u.a. 2003, S.38).
In dieser Definition wird Verschiedenes deutlich. Gesundheit wird beeinflusst durch persönliches Verhalten und Fähigkeiten sowie durch Strukturen, Prozes-

se und Umgebungsbedingungen. Damit wird untermauert, dass die benannten Ebenen interdependent sind und jeweilig sowohl über Ressourcen als auch Risiken für die Gesundheit und den Erhalt der Arbeitsfähigkeit verfügen.

Alle Ebenen zu beachten und in der Organisation mit dem Ziel der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit(sbedingungen) zu vereinen wird in der Absicht, die Arbeitsfähigkeit ihrer Mitarbeiter zu erhalten, zu einer zentralen Aufgabe für Unternehmen. Dies ist eine Aufgabe, die nicht einfach verordnet oder extern induziert werden kann. Vielmehr beinhaltet diese Aufgabenstellung die Notwendigkeit der „Zusammenarbeit“ von Mitarbeitern und Organisationen im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses. Das heißt, dass vor dem Hintergrund des Strukturwandels der Arbeitswelt wie auch der Veränderungen in unserer Gesellschaft von Organisationen und ihren Mitarbeitern dauerhaft an der gemeinsamen Entwicklung und dem Erhalt von Entwicklungsmöglichkeiten gearbeitet werden muss. Zielsetzung sollte dabei der angemessene Umgang mit den sich verändernden Bedingungen und Anforderungen der internen wie auch externen Umwelt von Organisationen sowie idealiter deren proaktive Mitgestaltung sein, womit dauerhaft zu einer Reduktion von Belastungen und der Nutzbarmachung bzw. dem bewussten Aufbau von Ressourcenpotenzialen beigetragen werden sollte. Badura/Hehlmann (2003, S.19) fordern diesbezüglich eine Schwerpunktverlagerung von einer pathogenetischen zu einer salutogenetischen Sichtweise und eine damit verbundene Ausrichtung gesundheitsförderlichen Handelns in Unternehmen, wodurch gleichzeitig eine grundsätzliche Schwerpunktverlagerung der Gesundheitsförderung gefordert wird, ihren Fokus von Personen, Arbeitsbedingungen und –inhalten stärker hin zum sozialen System ihrer Organisation zu verlagern (Badura/Hehlmann 2003, S.19).

Dass Gesundheitsförderung - auch bei jeglicher Argumentation zu ihrer ethischen Verpflichtung - aus Organisationssicht kein reiner Selbstzweck, sondern immer Mittel zum Zweck ist, steht außer Frage. Cascio bringt dies sehr einfach und konkret auf den Punkt, wenn er feststellt: „Like it or not, the language of business is dollars...“ (Cascio 1991, zitiert in Fritz 2006, S.11), was verdeutlicht, dass eine nachhaltige Umsetzung von Gesundheitsförderung voraussetzt, dass sich diese „...zu den jeweiligen Organisationszielen in Beziehung zu setzen und

Anknüpfungspunkte für Gesundheitsförderung ausfindig zu machen“ (Grossmann/Scala 1994, S.19) vermag.

Das dennoch feststellbare, weiterhin steigende Interesse von Organisationen am Themenfeld der Gesundheitsförderung verweist auf die offensichtliche Praktikabilität der Verbindung originärer Unternehmensziele mit Aspekten der Gesundheitsförderung. Oder aber wenigstens darauf, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen mindestens einen sekundären Gewinn im Bereich für Organisationen wichtiger Fragestellungen bieten. So sind nach Hemming (1999, in Fritz 2006, S.13f.) die sog. weichen Faktoren, wie die Verbesserung von Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima, erhöhte Qualität und Leistungsmotivation, sowohl wichtige Wettbewerbsfaktoren als eben auch gemeinsame Zielsetzungen von Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung unter betriebswirtschaftlichen Aspekten.

*Abschnitt II: Betriebliches Gesundheitsmanagement – Verständnis und Konzeptvorstellungen*

# 5 Betriebliches Gesundheitsmanagement - Grundlagen und Konzepte der Einführung

Die nachfolgenden Darlegungen zu zentralen Aspekten und Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden erste Verbindungslinien zu weiteren, für diese Thematik relevanten Konzeptionen und wissenschaftlichen Theorien ziehen. Wie sowohl die Gesundheitswissenschaft als eine interdisziplinäre Wissenschaft zu verstehen ist, gilt auch für das Themenfeld des Betrieblichen Gesundheitsmanagements notwendigerweise seine Einbettung in und die Nutzung weiterer wissenschaftlicher Theorien und Ansätze für seine praktische Umsetzung.

## 5.1 Bedeutung und Rahmung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Auf Basis der – wenngleich nur im Ansatz, dennoch in aller Deutlichkeit benannten - Veränderungen in den wirtschaftlichen, technologischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen heutiger Unternehmensrealität wurde die Relevanz von Veränderungsprozessen als dauerhafter Part heutiger Lebenswirk-

lichkeit verdeutlicht. Sie gilt somit als eine Anforderung, die sich für Organisationen als auch Individuen gleichermaßen stellt, sowohl im Hinblick auf freiwillige, intendierte Entwicklung als auch bzgl. „erzwungener“ Veränderungsprozesse, die im Sinne einer erforderlichen Anpassung an sich wandelnde Rahmenbedingungen in Gegenwart sowie erwarteter Zukunft notwendig werden.

Die Aufgabe, sich neuen Anforderungen zu stellen, bedeutet für Organisationen - als umfassender Begriff, der sowohl Unternehmen als auch öffentliche Verwaltungen gleichermaßen beinhaltet - die Arbeit an und mit ihren Mitarbeitern als wichtige Basis eigener Veränderungs- und somit Überlebensfähigkeit zu verstehen. Die Erfahrung zeigt, dass Veränderungsprozesse in Organisationen nur selten als radikale Neuerungen und Umbrüche angelegt, kurzfristig in diese eingeführt werden können (vgl. u.a. Doppler/Lauterburg 2005; Hanft 1998; Probst 1992; Becker/Langosch 1990). Eine Feststellung, die im Besonderen für grundlegende Veränderungsprozesse Gültigkeit besitzt. Die Systemtheorie verweist diesbezüglich auf das Verständnis von Organisationen als lebende Systeme und erklärt nicht zuletzt damit die Aufgabe, Veränderungen als evolutionär ausgerichtete Entwicklungsprozesse zu verstehen (vgl. Baumgartner u.a. 2000). Was deren Anlage als längerfristige Lernprozesse bedeutet, innerhalb derer gleichsam kulturelle Voraussetzungen sowie Strukturen zu schaffen sind, die einen dauerhaften Veränderungsfluss in der Organisation etablieren. Damit wird ein angemessener Umgang mit einem kontinuierlichen Wandel in der Innen- und Außenwelt der Organisation grundsätzlich ermöglicht (vgl. Baumgartner u.a. 2000).

Im Mindesten soll auf diesem Wege eine Anpassung an den sich vollziehenden Wandel erreicht und im Idealfall dessen bewusste Antizipation als Wettbewerbsvorteil genutzt werden (vgl. Arnold/Bloh 2003, S.5ff.). Was erfordert, dass einerseits Unternehmensorganisation und –strukturen und andererseits auch die innerhalb dieser tätigen Mitarbeiter die notwendigen Voraussetzungen zur Umsetzung des Genannten ausbilden sowie - bei Einnahme einer personifizierten Sichtweise von Organisation - entsprechende Voraussetzungen dauerhaft aufseiten des Handlungspartners vorfinden, um Entwicklung gestalten zu können. Stark vereinfacht können Bereitschaft und Fähigkeit zur Beteiligung an Veränderungsprozessen als diesbezüglich zentrale Grundbedingungen benannt werden, die im Begriff des Lernens zusammenfinden. Gesundheit und Wohlbefinden wiederum sind als wichtige Instanzen und Einflussfaktoren von Lernen in

die pragmatische Frage des Schaffens und Erhaltens diesbezüglich förderlicher Rahmenbedingungen zu integrieren.
Auch ohne immer wieder explizit auf den demografischen Wandel sowie weitere Veränderungstendenzen in Gesellschaft und Arbeitswelt zu rekurrieren, stellt sich der Erhalt der Arbeitsfähigkeit als wichtige Aufgabe für Unternehmen und Mitarbeiter dar. In Zeiten „schlanker Belegschaften“ führen fehlende „Personalpuffer“ bei krankheitsbedingten Ausfällen zu einer weiteren Arbeitsverdichtung und damit nur zu oft zu steigender Belastung und resultierender Beanspruchung der anwesenden Mitarbeiter. Des Weiteren werden Arbeitsorganisation und Sicherstellung reibungsloser Arbeitsprozesse erschwert, optional - insbesondere bei Ausfall von Spezialisten - mit verheerenden Folgen für die zu erbringende Quantität und / oder Qualität der Arbeitsleistung. Außerdem besteht die grundlegende Gefahr steigender interner Transaktionskosten, zu verstehen als innerbetriebliche Reibungsverluste, hervorgerufen durch nicht eingeplante Änderungen in Rahmenbedingungen und konkreter Gestaltung von Arbeitsteilung und Kooperation.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass Gesundheit und Wohlbefinden als wesentliche Voraussetzungen für Leistungsfähigkeit und somit Erfolg von Organisationen gleich welcher Ausrichtung anzunehmen sind. Ihr Erhalt, ihre Förderung und ihre kontinuierliche „Pflege“ werden somit zu einem wichtigen betriebswirtschaftlichen Faktor für Organisationen. Rudow untermauert dies eindrücklich, wenn er hervorhebt, dass der Beitrag von Gesundheitsförderung zur Kostenreduktion als *Gewinnfaktor*, die Erhöhung von Leistungsfähigkeit, Arbeitsmotivation und –zufriedenheit als *Leistungs*- und *Motivationsfaktor* sowie schlussendlich die rechtliche Vorschrift der Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen als *Rechtsfaktor* in und für Organisationen bezeichnet werden können (Rudow 2004, S.9).

## 5.2 Zwischen Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Betrieblicher Gesundheitsförderung

In Literatur und Praxis werden vornehmlich die Begriffe der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vorgefunden. Wenngleich Letzterer in neueren Veröffentlichungen auch durchaus mit

dem Zusatz „ganzheitlich“ versehen wird, stellt sich primär die oftmals synonyme Verwendung der genannten Begriffspaare als ein erstes Problem dar, insofern, als sich darin zunächst offenbart, dass noch immer vielfach in Organisationen keine Vorstellung dessen vorliegt, was unter dem Themenfeld „Gesundheit“ verstanden, wie diese gefördert und in den organisationalen Strukturen verankert werden kann. Eine damit einhergehende Schwierigkeit folgt hinsichtlich der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen in der Unternehmensrealität. So werden ausschließlich verhaltenspräventive Angebote oftmals bereits als umfassende und ausreichende Maßnahmen des Gesundheitsmanagements angesehen oder auch einmalig durchgeführte Gesundheitszirkelsitzungen als Analyse und Intervention gleichermaßen verstanden, da man sich mit der Thematik, unter Einbezug der Betroffenen, innerhalb des Betrieblichen Kontextes auseinandergesetzt habe. Dabei wird nur zu leicht übersehen bzw. gar bewusst negiert, dass bei beiden Beispielen die Frage nach der Nachhaltigkeit des Vorgehens im Hinblick auf die Organisation weder im Ansatz diskutiert noch diese Notwendigkeit ins Bewusstsein der Akteure gerückt ist. Entsprechend werden immer noch gerade Angebote wie Rückenschulen – basierend auf der Auswertung der Datenlage von Krankenkassen und der abgeleiteten „Erkenntnis“, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen nach wie vor den ersten Platz im Bereich der Arbeitsunfähigkeitsauswertungen einnehmen – mit dem Siegel eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements versehen. Dabei ist festzustellen, dass eine weitergehende Vernetzung der entsprechenden Maßnahmenplanung und –umsetzung mit der Arbeit am Aufbau organisationaler Bedingungen und Strukturen zur Gesundheitsförderung maximal punktuell, d.h. an einzelnen Arbeitsplätzen erfolgt und das Gros der Mitarbeiterschaft damit vom Themenfeld Gesundheit ebenso unberührt bleibt, wie die Organisation insgesamt. Abgesehen lediglich von einzelnen Interventionsbereichen.

Eine einfache und damit anschauliche Erklärung für diese Verwirrung im Verständnis von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement bieten Grossmann/Scala, wenn sie konstatieren: „Organisationen sind gemacht um Probleme zu lösen; Krankheit ist ein Problem, Gesundheit nicht“ (Grossmann/Scala 1991, in: Grossmann/Scala 1994, S.37). Der Ansatz Gesundheitsförderung auf Basis einer vorhandenen Datenlage zu gesundheitlichen Einschränkungen und Gefährdungen in Form konkreter Maßnahmen punktuell zu

betreiben bzw. „abzuarbeiten“ ist damit sowohl als planerisch gut möglich sowie gleichfalls zeitlich überschaubar und insbesondere – im Hinblick auf die Durchführung verhaltensbezogener Kursangebote sowie konkreter Verbesserungen im ergonomischen Bereich – monetär bezifferbar festzustellen. Ohne dabei zusätzlich die Gefahr zu beinhalten, weitergehende und zum jeweilig aktuellen Zeitpunkt nur schwerlich absehbare Anforderungen einer weitergehenden Prozessrahmung und –begleitung zu erfordern. Es ist zu vermuten, dass hierin ein Grund dafür zu sehen ist, dass umfassende verhaltenspräventive Angebote, die den Mitarbeitern vor/nach sowie bestenfalls während der Arbeitszeit angeboten werden, bereits als ausreichender Beitrag zur Förderung der Gesundheit gelten. Eine weitere Vermutung geht dahin, zu sagen, dass verhaltenspräventive Angebote für eine Organisation relativ einfach zu organisieren und gleichzeitig jedoch mit einem entsprechenden Duktus der Gesundheitsförderung in der Organisation zu „propagieren“ sind. Verbunden mit der in der Praxis nur zu oft benannten Erwartungshaltung einer umfassenden Teilnahme der Mitarbeiterschaft an den Maßnahmen, die gleichzeitig als Maßstab für die Einschätzung der Notwendigkeit und Nutzenperspektive einer weitergehenden Auseinandersetzung mit dem Themenfeld Gesundheit in der Organisation herangezogen wird.

Sind verhaltenspräventive Angebote und mit ihnen die Absicht, Mitarbeiter zu einem gesundheitsförderlichem Verhalten zu bewegen, unbedingt auch als Teil eines umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu verstehen, erfüllen sie als ausschließliches Angebot in keiner Weise den Anspruch eines managementorientierten Vorgehens und tragen zu einem Verschenken weitergehender Potenziale der Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Arbeitswelt bei. Gemäß Definition bezeichnet Management „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation“ (nach EN ISO 9000:2000 3.2.6) und verweist damit auf alle Tätigkeiten, die die Unternehmenspolitik, Ziele und Verantwortlichkeiten festlegen und diese durch Planung, Lenkung, Ergebnisbeurteilung und Verbesserung verwirklichen. Ein Managementsystem wird entsprechend als „System zum Festlegen von Politik und Zielen zum Erreichen dieser Ziele“ (EN ISO 9000:2000 3.2.2) definiert. Weder exklusiv durchgeführte verhaltenspräventive Maßnahmen, noch ebenso punktuell abgehaltene Gesundheitszirkel oder auch Mitarbeiterbefragungen entsprechen auch nur im Ansatz diesen Definitionen.

Neben der Unterstützung des Menschen bei der Ausbildung individueller Potenziale, die eigene Gesundheit immer wieder herzustellen, ist insbesondere die Bereitstellung salutogener Potenziale in der konkreten „Lebenswelt Organisation“ eine zentrale Voraussetzung zum Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter. Neben der anzuerkennenden Eigenverantwortung des Individuums muss dafür jedoch zwingend angemahnt werden, dass auch die Organisation ihre Verantwortung als „subsidiärer Part“ für den Erhalt der Gesundheit der direkt (Mitarbeiter) sowie idealiter auch indirekt (mit Blick auf die regionale Verortung der Organisation, im Optimum bezogen auf die gesamtgesellschaftliche Ebene) von ihr betroffenen bzw. „berührten“ Individuen und Lebenswelten wahrnimmt. Mit der geforderten Arbeit an den die Gesundheit und Gesundheitskompetenz der Mitarbeiter fördernden Bedingungen in der Organisation ist nur der für das Betriebliche Gesundheitsmanagement als grundlegend zu verstehende Aspekt der Nachhaltigkeit seiner Verankerung in den Organisationsstrukturen und –abläufen berührt. Vielmehr geht es gleichfalls um eine damit als eng verbunden zu verstehende Voraussetzung sowie dauerhaft begleitende Determinante eines Gesundheitsmanagements, die in der Grundlegung und Förderung der Bereitschaft der Mitarbeiter zu verstehen ist, sich dem Themenfeld Gesundheit gegenüber zu öffnen und sich aktiv mit diesem auseinanderzusetzen. Bedarf, wie Ducki betont, die Förderung von Gesundheit der aktiven Mitarbeit des Menschen an der Gestaltung seiner Lebenswelt (Ducki 2000, S.63), so ist der oben angesprochene Aspekt insofern als zentral zu verstehen, als noch immer vielfach unterstellt werden muss, dass sowohl seitens von Führungskräften als auch Mitarbeitern die aktive Beteiligung an Maßnahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements und die damit durchaus verbundene Aufforderung sowie Erwartung einer sich begleitend vollziehenden Verhaltensänderung eher als „Zumutung“ und „störende Zusatzbelastung“, denn als begrüßenswerte und Nutzenstiftende Unterstützung wahrgenommen und verstanden wird. Vor diesem Hintergrund sind die in der Organisation gelebten Werte und Normen, ist die Bedeutung der Unternehmenskultur in ihrer Wirkung auf geteilte Deutungsmuster und der sich daraus ergebenden Folgen für Einstellungen und Verhaltensweisen der Organisationsmitglieder als determinierende Variable der Akzeptanz sowie schlussendlich der Nachhaltigkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen als insbesondere auch eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht ausdrücklich genug zu betonen. Für die weitere Beg-

riffsverwendung im Rahmen dieser Arbeit wird entsprechend die Durchführung lediglich einzelner Interventionen - zu denen jedoch nicht nur verhaltenspräventive Maßnahmen zu zählen sind - mit dem Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung versehen.

Beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement hingegen stehen nicht einzelne Interventionen zur Unterstützung gesundheitsförderlichen Verhaltens oder die Reduktion bestimmter Risikofaktoren im Mittelpunkt. Vielmehr geht es darum, Mitarbeiter zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu befähigen, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen und den Dialog und die Kooperation zwischen Fachleuten, Interessenvertretungen, Entscheidungsträgern und Mitarbeitern im Betrieb zu fördern (vgl. Nieder 2004, S.44). Betriebliches Gesundheitsmanagement zeichnet sich entsprechend durch „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse (aus d. Verf.), die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ (Badura u.a. 1999, in: Ritter 2003, S.92). An die Stelle kurzfristig angelegter Einzelmaßnahmen tritt für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ein komplexes, auf die gesamte Organisation bezogenes Handeln (Badura u.a. 1999, in: Ritter 2003, S.92).

Auffallend in den Beschreibungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement ist sowohl die Ausrichtung des Blicks auf die gesamte Organisation als auch die betonte Nutzenerwartung des Vorgehens für Beschäftigte und Unternehmen gleichermaßen. Dies ist ein Hinweis darauf, dass optional gemeinsame Zielsetzungen bzw. die Notwendigkeit mindestens gemeinsamer Ansatzpunkte und Vorgehensweisen von Mitarbeitern und Organisation hierfür anzustreben sind. Als entsprechende Grundvoraussetzungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement benennt Rudow die Punkte der Eigenverantwortung, der Subsidiarität und der Solidarität. So ist gemäß der „Eigenverantwortung“ nicht nur jeder Mitarbeiter für sein gesundheitsbezogenes Verhalten selbst verantwortlich, sondern er hat – gemäß des Punktes der „Subsidiarität“ – sofern er selber handeln und sich helfen kann, auch die Pflicht dazu. Die Organisation hat ihm hierfür Möglichkeiten der Hilfe zur Selbsthilfe zur Verfügung zu stellen und ihre Fürsorgepflicht wahrzunehmen, womit auf den dritten Punkt der „Solidarität“ ver-

wiesen ist, der die gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung bekräftigt (Rudow 2004, S.11f).
Hier wird deutlich, dass neben der Verpflichtung der Mitarbeiter, auch selbst für ihr Wohlbefinden und ihre Gesundheit aktiv tätig zu werden, natürlich in einem entsprechenden Maße Lebens- und Arbeitsbedingungen innerhalb der Organisation so beschaffen sein müssen, dass Einflussmöglichkeiten zu deren aktiver (Mit-)Gestaltung durch den Mitarbeiter auch tatsächlich bestehen. Als eine Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann demzufolge die Förderung von Strukturen und Prozessen bezeichnet werden, die es den Beschäftigten ermöglichen, gesundheitsförderliche Faktoren in ihrer konkreten Arbeitswelt zu thematisieren, zu reflektieren sowie schlussendlich diese weitestgehend gesundheitsförderlich (mit-) zugestalten. Gilt – wie in den Ausführungen zum Gesundheitsverständnis bereits dargelegt – für die Förderung von Gesundheit eine aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt, die Ableitung einer Zielorientierung für entsprechend gesundheitsförderliches Verhalten und das Vorhandensein mindestens grundlegender Kompetenzen als Basis angemessener Handlung, trifft dies mit Blick auf die Arbeitswelt in noch viel stärkerem Maße zu.

Betrachtet Betriebliches Gesundheitsmanagement den Menschen in seinen Wechselbeziehungen mit Anforderungen und Belastungen am Arbeitsplatz, mit der Arbeitsumwelt, mit Kollegen und Vorgesetzten, „...unter dem Aspekt Gesundheit einschließlich Handlungskompetenz...“ (Rudow 2004, S.11), so kann und darf sie dabei den originären Auftrag der Organisation nicht aus den Augen verlieren. Das heißt, die Beachtung grundlegender organisationaler Ziele und Nutzenerwartungen bilden den Rahmen für Maßnahmen und Vorgehensweisen gesundheitsförderlicher Aktivitäten. Damit ist eindeutig auf die Notwendigkeit ihrer Anpassung an eine nachfolgende Integration in bestehende Organisationsstrukturen verwiesen, wie dies auch im bereits zitierten Verständnis von Betrieblichem Gesundheitsmanagement von Badura u.a. (1999, in: Ritter 2003, S.92) erkennbar wird. Dieses soll weiterhin als das für die vorliegende Arbeit grundlegende Verständnis eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements angesehen werden.

## 5.3 Organisationen als Handlungsrahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

### 5.3.1 Organisationsbegriffe

Basierend auf diesem Grundverständnis folgt die Arbeit weiterhin Badura/Hehlmann, die „...von einem Primat der Umwelt gegenüber Person und Verhalten...“ (Badura/Hehlmann 2003, S.19) ausgehen und darin betonen, dass „in komplexen Organisationen ... mit abnehmenden Handlungsspielräumen das Verhalten den Strukturen und Prozessen, wie sie durch die Aufbau- und Ablauforganisation vorgegeben werden“ (Badura/Hehlmann 2003, S.19) folgt. Dementsprechend haben auch Grossmann/Scala deutlich darauf hingewiesen, dass Organisationen sehr wesentlich die Bedingungen von Gesundheit bestimmen und „...Gesundheitsförderung ... daher Veränderungsprozesse von und in Organisationen“ (Grossmann/Scala 1994, S.9) verlangt. Damit sind bereits grundsätzliche Ebenen der Verwendung des Organisationsbegriffs benannt, welche auch für die Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement eine gleichermaßen hohe Relevanz haben.

Der Begriff der Organisation steht einerseits umfassend als Oberbegriff für Institutionen, in denen Menschen zu einem bestimmten Zweck und in einer bestimmten Struktur zusammenarbeiten (Schreyögg 1998, in: Krämer-Stürzl 2001, S.3). Dieser „institutionelle Organisationsbegriff“ geht von einem komplexen Verständnis von Organisation aus und versteht Organisationen zunächst grundlegend als soziale Systeme. Dieses Verständnis ist gemeinsamer Nenner für so unterschiedliche Beispiele von Organisationen wie Schulen, Kirchen und Unternehmen und beinhaltet dennoch diesen allen gemeinsame Merkmale. Deren Ausprägungen und Verlaufsbedingungen sind dann letztlich wiederum entscheidend für wahrnehmbare Unterschiede zwischen Organisationen (vgl. Baumgartner u.a. 2004, S.36) und verweisen auf die Relevanz der Frage nach Determinanten der Organisationsgestaltung resp. –entwicklung und ihrer Interdependenz.

Neben einem solchen „institutionellen“ steht der „instrumentelle Organisationsbegriff“, der Organisation als Mittel zum Zweck der Lösung von Koordinations-

und Motivationsproblemen versteht. Folgt man vornehmlich diesem Aspekt des Organisationsbegriffs, so kann mit Blick auf seine beabsichtigte Lösung stärker auf den Organisationsprozess (im Sinne einer Tätigkeit) oder aber das Prozessergebnis (als dem entstandenen Regelsystem) zur Beeinflussung des Verhaltens der Organisationsmitglieder fokussiert werden (Baumgartner u.a. 2004, S.36). Letztgenanntes wird in seiner Gesamtheit als Organisationsstruktur bezeichnet, die als solche wiederum aus verschiedenen Perspektiven betrachtet und ähnlich differenziert als einerseits im Hinblick auf Beeinflussung der Organisationsmitglieder wirksam sowie andererseits ebenso durch diese gestaltbar verstanden werden kann. Am gebräuchlichsten ist diesbezüglich die Unterscheidung in die formale (auch: de jure) sowie die faktische (auch: de facto) Organisationsstruktur (u.a. Probst 1992). Bezieht sich die Erste auf geplante und offiziell verabschiedete Regelungen und findet sich häufig in Handbüchern und Leitlinien beschrieben, zeigt sich die Zweite im beobachtbaren Handeln der Organisationsmitglieder. Beide sind gleichsam als wirksam und relevant für den Bestand und die Entwicklungsfähigkeit einer Organisation zu verstehen und können deutlich voneinander abweichen resp. in ihrer Ausprägung konträr zueinander stehen. So dass letztlich, gleichgültig, ob eine Organisation eher im instrumentellen Sinne als Beitrag zur Lösung des Koordinations- und Motivationsproblems oder eher im institutionellen Sinne primär als soziales System verstanden wird, immer wieder die Frage nach Ansatzpunkten und Vorgehensweisen der Herstellung, Anpassung und des Erhalts der mittels der Organisation beabsichtigten Ordnung zu stellen ist (Probst 1992, S.164).

Dass beide Aspekte nicht im Widerspruch zueinander stehen, sondern als gleichsam relevant auch für die Frage der notwendigen Ordnungsbildung eines effizienten Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind, wird offensichtlich, wenn man reflektiert, dass Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen der Ordnung einer Organisation neben denen der externen Umwelt – Markt, Technik und Gesellschaft – insbesondere diejenigen ihrer internen Umwelt sind. Die entstehende Ordnung selbst ist dann als Ergebnis zahlreicher Wechselbeziehungen zwischen den Organisationsmitgliedern zu verstehen, deren Handeln sowohl primär durch die Organisationsstruktur beeinflusst wird als diese schließlich selbst mit hervorbringt.

Das erklärt, warum Probst von Mitarbeitern als den „...wichtigsten Elemente(n, d. Verf.) eines erfolgreichen, gut funktionierenden Unternehmens...“ (Probst

1992, S.20) spricht. Aufbau- und Ablauforganisation, de jure und de facto Organisation, gilt es als Zielsetzung so miteinander zu verbinden, dass die „...innere Ordnung eines Systems ... ein einwandfreies Funktionieren gewährleisten..." (Becker/Langosch 1990, S.2) kann. Festzuhalten bleibt: „die Organisation ist ein Ganzes, sie wird von Instrumenten und Beziehungen gebildet, deren Wirkungsweise zu einer bestimmten Ordnung führt, einer Ordnung, die sich im Verlauf von Störungen und im Laufe der Zeit verändert" (Probst 1992, S.169).

### 5.3.2 Organisationen und Gesundheitsförderung

Die Absicht, Betriebliches Gesundheitsmanagement umzusetzen und somit Gesundheitsförderung zu einem integrierten Ziel der Organisation und zu einer ihrer Aufgaben werden zu lassen, erfordert dem Genannten entsprechend bewusste Aktivitäten, die in ihrer Wirkung auf die Gestaltung resp. Beeinflussung der formalen als auch der faktischen Organisationsstruktur abzielen.
Bestehende Anforderungen an die Organisation zeigen sich vornehmlich im Informationsfluss und in der Zusammenarbeit der Beschäftigten. Beides gilt es unter der Voraussetzung kontinuierlichen Wandels in der externen wie auch internen Unternehmensumwelt, gemäß der Prämisse, selbst für Entwicklungen offen zu bleiben, förderlich zu gestalten. Die Bedeutung des grundsätzlichen Organisationsproblems als dem Koordinations- und Motivationsproblem (vgl. Picot u.a. 2005) und seiner Bearbeitung über die Gestaltung der formalen wie auch faktischen Organisationsstruktur wird diesbezüglich offensichtlich. Sie verweist darauf, dass sich Organisationen entlang resp. über die Veränderung vielfältiger Faktoren entwickeln, zu denen neben Strukturen, Arbeitsweisen, Regeln und Normen auch die Entwicklung von Kompetenzen, Fähigkeiten, Einstellungen und somit insbesondere auch Orientierungen der handelnden Personen gehören (Pelikan u.a. 1993, S.49). Vereinfacht ausgedrückt gilt es an Verhältnissen und Verhalten gleichermaßen zu arbeiten, um erfolgreiche Gesundheitsförderung zu realisieren. Neben beiden Aspekten und genau genommen als deren Grundlage muss darüber hinaus auch die Arbeit an und mit den Einstellungen der Mitarbeiter erfolgen. Gesundheitsförderung im Unternehmen zu etablieren bedeutet also sowohl die Veränderung von Bedingungen in der Organisation (Organisationsentwicklung) als auch die Entwicklung der Fähigkeiten, Einstellungen und Werte des Personals (Personalentwicklung) (Pelikan u.a.

1993, S.207). Dem Genannten liegt die Erkenntnis zugrunde, dass „Änderungen der Organisationsstruktur ... nicht ohne Änderungen der Organisationsmitglieder möglich (sind d Verf.)“ (Becker/Langosch 1990, S.18).
Rudow geht sogar soweit zu sagen, dass „BGM (Betriebliches Gesundheitsmanagement d. Verf.) stets Bestandteil der Organisationsentwicklung im Unternehmen sein (sollte d. Verf.)“ (Rudow 2004, S.69). Das würde dem bereits genannten Aspekt, dass Gesundheit zu ihrer dauerhaften Integration in die Organisation dieser bei der Lösung originärer Probleme helfen müsse, wenigstens insoweit entgegen kommen, dass sie integraler Part „alltäglicher“ Prozesse anstatt Handlungsaspekt einer Parallelorganisation wäre. Im Hinblick auf die als gesundheitsrelevant betrachteten sowie gleichzeitig für die originäre Funktionsfähigkeit einer Organisation wesentlichen Merkmale erscheint die Forderung Rudows geradezu als selbstverständlich. So führt er neben der Unternehmensorganisation, dem Management, der Führung, der Unternehmensstrategie und –planung weiterhin das Organisationsklima und damit auch die Frage nach der vorhandenen sozialen Unterstützung als wichtige Merkmale einer Organisation mit sowohl salutogenem, d.h. gesundheitsförderlichem, wie auch pathogenem und also die Gesundheit beeinträchtigenden Potenzial an (Rudow 2004, S.69ff).

Deutlich wird hierin dem sozialwissenschaftlichen Verständnis entsprochen, das Menschen als soziale Wesen versteht, die in ihrem Denken, Fühlen und Handeln maßgeblich durch ihre soziokulturelle Umwelt beeinflusst werden. Organisationen primär als soziale Systeme zu betrachten ließe dann zunächst die Frage nach ihrem grundlegenden „Verstehen“ sowie insbesondere der darauf basierenden und sich anschließenden Frage nach ihrer Gestaltung ins Zentrum des Betrieblichen Gesundheitsmanagements rücken (Badura/Hehlmann 2003). Aus Sicht der Autoren stellen Absicht und Ansatzpunkt des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, das soziale System einer Organisation förderlich zu gestalten, eine bewusste Investition in das „Sozialkapital“ dar. Es dient damit sowohl den Mitarbeitern als auch der Sicherung der Zukunftsfähigkeit desselben. Womit es neben die klassischen Bereiche der Investition in das Sachkapital einerseits und das Humankapital andererseits tritt (Badura/Hehlmann 2003). Spezieller Ansatzpunkt der Gestaltung des sozialen Systems ist die Fokussierung auf Aspekte der „sozialen Vernetzung“ der Mitarbeiter, womit auf die Entwicklung und Pflege unternehmensweit geteilter Werte, Überzeugungen und

Regeln abgehoben wird, die den Zusammenhalt erhöhen und kooperatives Handeln ermöglichen sollen.

Dass sich in den letzten Ausführungen spiegelnde Verständnis von Organisationen als soziale Systeme, die sowohl durch ihre Struktur als auch insbesondere den Prozess, deren Gestaltung (institutioneller Organisationsbegriff) zu beschreiben sind, kann aus Sicht des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und seiner primären organisationstheoretischen Zuflüsse als das Dominierende verstanden werden. Dennoch gilt auch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement die den bestehenden Organisationstheorien weiterhin gemeinsamen Grundsätze zu beachten, auf die bereits in den bisherigen Ausführungen hingewiesen wurde. Neben der Kennzeichnung als

- soziales System

sind Organisationen durch eine beabsichtigte und bewusste Orientierung an ihren

- charakteristischen Aufgaben (Organisationsziel / -zweck)

sowie durch eine beabsichtigte

- Aufbau- und Ablauforganisation

beschreibbar (für einen Überblick siehe u.a. Tremper 2000). Dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement dementsprechend immer auch im Verhältnis zu allen drei Kriterien zu sehen ist, fasst Nieder (2004) zusammen, wenn er sagt: „Da Gesundheit und Krankheit wesentlich durch die Qualität des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsbeziehungen bestimmt sind, tragen Strategien des strukturellen und verhaltenssteuernden Gesundheitsmanagements mittelfristig zu einer Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit bei“ (Nieder 2004, S.45).

## 5.4 Ziele und Nutzenerwartungen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

### 5.4.1 Zur Bedeutung von Zielen im Gesundheitsmanagement

Als Grundvoraussetzung organisationaler Veränderungsabsicht und damit auch der Absicht, Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen, ist das Vorhandensein sowie idealiter die Klarheit der mit diesem Vorhaben verbundenen Ziele anzusehen. Sie sind als Basis einer - idealerweise über alle Hierarchieebenen geteilten - Grundvorstellung über Richtung und anzustrebenden Er-

gebnissen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu verstehen. Ist diese Voraussetzung erfüllt, erlangen die gesetzten und kommunizierten Ziele ihre den Integrationsprozess unterstützende Wirkung. Ebenso wie für andere Umstrukturierungs- / Veränderungsabsichten in Organisationen gilt selbstverständlich auch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement das Vorliegen unterschiedlicher Zielsetzungen und Erwartungen, die mit seiner Einführung verbunden werden können und de facto sind. Diese können sowohl zwischen verschiedenen Organisationen stark differieren als auch innerhalb dieser erhebliche Unterschiede in den Erwartungen einzelner Belegschaftsmitglieder, Hierarchieebenen wie auch ganzer Arbeitsbereiche aufweisen.

Dass neben dem individuell vorliegenden Verständnis eines geplanten Veränderungsprozesses insbesondere die Frage der mit dessen Umsetzung verbundenen Nutzenerwartung die grundlegende Bereitschaft und nachfolgend tatsächlich aktive Unterstützung desselben determinieren ist als gesichert anzusehen. Als entsprechend bedeutsam sind diese Aspekte selbstverständlich für Verlauf und Gelingen eines solchen Prozesses in einer Organisation zu bewerten. Wie schon die nur kurzen Ausführungen zu Verständnis und theoretischen Konstrukten des Gesundheitsbegriffs verdeutlicht haben, spielen gerade für das Themenfeld „Gesundheit“ individuell-persönliche Wahrnehmungen, Einstellungen und Erwartungen eine entscheidende Rolle in diesem Zusammenhang. Das gilt einerseits mit Blick auf ein grundsätzlich akzeptiertes sowie auch handlungsorientiertes Vorgehen im Unternehmen, das erst auf dieser Basis einen Beitrag für ein tatsächlich wirksames und dementsprechend die Gesundheitssituation verbesserndes Verfahren bedeutet, andererseits hinsichtlich der damit weitergehend verbundenen Option, dass sich ein solches Verständnis vom Nutzen und den zugehörigen individuellen Handlungsmöglichkeiten gleichfalls in einem gesundheitsförderlichen Verhalten auch außerhalb des betrieblichen Settings niederschlägt. Das bedeutet, dass dieser Zusammenhang in der Frage nach Eckpunkten der effizienten Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements notwendigerweise eine entsprechende Beachtung erfahren muss.

Die grundlegende Entscheidung, Gesundheitsmanagement zu einem offiziellen Thema in der Organisation werden zu lassen, stellt in ihrer letzten Konsequenz immer eine Entscheidung der obersten Managementebene dar. Auch wenn die

Anregung, sich dem Themenfeld zuzuwenden, in der Praxis vielfach vonseiten der Mitarbeitervertretung an die Unternehmensleitung herangetragen wird, so ist es letztlich deren Nutzenerwartung an das Gesundheitsmanagement, welches den Ausschlag für eine optional positive Entscheidung gibt und zentrale Rahmenbedingungen seiner Einführung definiert.

So können sich die Nutzenerwartungen auf einen konkreten Beitrag des Gesundheitsmanagements zur Verbesserung eines definierten Arbeitsbereiches und / oder Themenschwerpunktes begrenzen, wie dies zum Beispiel die Reduktion körperlicher Belastungen darstellt. Daneben können Erwartungen jedoch immer auch im Sinne einer sehr allgemeinen und eher als unspezifisch anzusehenden Aussage formuliert werden, die grundsätzlich eine Senkung des Krankenstandes bzw. in einer positiven Formulierung die Erhöhung der Anwesenheitsquote im gesamten Unternehmen als Ziel benennt. Neben bereits hier deutlich werdenden Unterschieden hinsichtlich der Präzision von Zielformulierungen wird weiterhin eine grundsätzliche Unterscheidbarkeit in Bezug auf die organisatorische Tragweite bzw. Einbindung des Themas Gesundheit in das Unternehmen deutlich. Damit wird nochmals auf die bereits dargelegte Differenzierung der Begriffsverwendung der Betrieblichen Gesundheitsförderung einerseits und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements andererseits verwiesen. Letztgenannte ist weiterhin für die Arbeit und entsprechend auch für den Blick auf zugrunde gelegte Zielsetzungen und Nutzenerwartungen innerhalb dieses Abschnitts als zentral anzusehen.

### 5.4.2 Zentrale Zielsetzungen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Als Hauptziel der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements nennt Rudow das „...gesunde Unternehmen, welches sich grundlegend durch gesunde Mitarbeiter, eine gesunde und sichere Arbeit und eine gesunde Umwelt auszeichnet“ (Rudow 2004, S.24). Deutlich wird hierbei die Ausweitung des Blicks über die Grenzen des Unternehmens hinaus. So finden sich in den nachfolgend durch Rudow aufgeführten Einzelzielen des Gesundheitsmanagements:

- Gesundheitskultur (ethnischer Aspekt)
- Gesundheitsstand (wirtschaftlicher Aspekt)
- Organisationsklima (Erlebensaspekt)

- Gesundheitsgerechte Organisationsstruktur (Organisationsaspekt)
- Gesundheitsgerechte Arbeitsstruktur (Arbeitsaspekt)
- Gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung (ökologischer Aspekt)
- Gesundheitsverhalten (Verhaltensaspekt)
- Gesunde Produkte und Dienstleistungen (Kundenaspekt)

und abschließend auch die Zielsetzung der

- Gesundheit der Gemeinde (Kommunalaspekt)

(Rudow 2004, S.24).

Die sich hierin ausdrückende Verantwortung jeder Organisation, auch für die Kommune, in der sie verortet ist, soll begleitend einen Beitrag zur Verbesserung des Unternehmensimages und somit für die „...gesellschaftliche Attraktivität und das öffentliche Ansehen der Organisation“ leisten (Rudow 2004, S.28). Rudow spricht im Hinblick auf die genannten Einzelziele von einem ganzheitlichen Gesundheitsmanagement, das diese Ziele als Einheit verfolgt. Deutlich wird, dass die Realisation der benannten Einzelziele neben unterschiedlichen Ansatzpunkten ihrer Einführung im Unternehmen ebenso differenzierte Vorgehensweisen ihrer Umsetzung mithilfe konkreter Maßnahmen notwendig macht. Damit entsteht gleichfalls die Anforderung, diesbezüglich relevante „Andockstationen“ im Unternehmen zunächst zu erkennen und in einem weiteren Schritt durch die Integration betrieblicher wie optional auch außerbetrieblicher Akteure adäquat zu besetzen bzw. in die Umsetzung des Gesamtvorhabens der Realisation eines „ganzheitlichen“ Gesundheitsmanagements zu bringen. Die entsprechend zu bewerkstelligende Koordinationsleistung der Abstimmung und Steuerung der den Zielsetzungen entsprechenden Maßnahmen erscheint dann notwendigerweise durch die Sicherstellung der Verfügbarkeit des erforderlichen Know-hows in der Organisation sowohl vorzubereiten als auch zu begleiten zu sein.

Die Zieldarstellung Rudows’ kann zunächst sicherlich als Idealtypus Betrieblichen Gesundheitsmanagements verstanden werden. Dass sich Entsprechungen zu diesen Zielen auch in Nennungen von Realbetrieben finden, die sich der Aufgabe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zugewandt haben, kann aufgrund des umfassenden Charakters der Aufzählung bei Rudow unbedingt erwartet werden. Dennoch verweisen diese auf einen in der Unternehmensrealität offensichtlich pragmatischeren Umgang mit dem Themenfeld Gesundheits-

management, das dieses hinsichtlich der verbundenen Nutzenerwartung ebenfalls deutlich enger mit betriebswirtschaftlichen Zielsetzungen verbindet. So verweisen Badura/Hehlmann auf Erfahrungen eines Modellprojekts zur Einführung eines Gesundheitsmanagements, in dem „...die Gründe für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Einzelfall sehr unterschiedlich sein können“ und oftmals „...vor dem Hintergrund erkannter Problemfelder und eines daraus resultierenden Handlungsdrucks“ (Badura/Hehlmann 2003, S.73) erfolgen. Zu den diesbezüglich genannten Themenstellungen zählen neben der

- Verbesserung der Qualität,
- Erhöhung der Innovationsbereitschaft,
- Optimierung der Schnittstellengestaltung
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation
- Erhöhung von Wohlbefinden, Motivation und Arbeitszufriedenheit

auch die

- Reduktion von Fehlzeiten und der damit verbundenen (Personal-) Kosten,

sowie die

- Verminderung von innerer Kündigung und Fluktuation

(Badura/Hehlmann 2003, S.73 und S.76). Als weitere und insbesondere auch im Zusammenhang mit der bereits angesprochenen Förderung des „Sozialkapitals“ verbundene Nutzenerwartung aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement nennen die Autoren u.a.

- sinkende Transaktionskosten, durch hohes gegenseitiges Vertrauen und gute Zusammenarbeit
- schnelleren Informationsfluss und Wissensaustausch
- sinkende Fehlzeiten und Fluktuation, womit auch Qualifizierungskosten gespart, Betriebsstörungen vermieden und Fehlerraten gesenkt werden sollen

(Badura/Hehlmann 2003, S.9).

Auswertungen der Techniker Krankenkasse nennen auf Basis einer Untersuchung in 22 Betrieben als die wichtigsten, mit Gesundheitsmanagementprojekten verfolgten Ziele, die

- Verbesserung von Gesundheitsbewusstsein und –verhalten
- Verbesserung des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit

- Verbesserung der Leistungsbereitschaft
- Verbesserung des Führungsstils

(Steinke 2006).

Fällt bei den vonseiten Badura/Hehlmann (2003) angeführten Zielsetzungen der Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement die – ebenfalls durch die Autoren explizit betonte - Nähe zu betriebswirtschaftlichen Zielen besonders deutlich auf, so scheint sich diesbezüglich hinsichtlich der angeführten Ergebnisse der bei Steinke (2006) benannten Untersuchung zunächst ein Widerspruch zu offenbaren. Stehen doch hier Zielsetzungen mit einem eindeutigen, d.h. explizit benannten sowie weiterhin deutlicher auf das Individuum fokussierenden Gesundheitsbezug im Vordergrund. Verschiedene Erklärungen für diesen Umstand lassen sich der Literatur entnehmen sowie konkret im Praxisfeld erfahren. Grundlegend ist die Feststellung, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement als umfassender Ansatz zu verstehen ist und entsprechend diverse Bereiche innerhalb des Unternehmens bzw. der „Arbeitswelt“ in diesem Ansatz integriert werden. Demgemäß weist Ducki darauf hin, dass neben Veränderungen der Arbeitsbedingungen auch verhaltensändernde bzw. qualifizierende Angebote den Mitarbeitern gemacht werden sollen und somit das Betriebliche Gesundheitsmanagement als sowohl situations- wie auch personenorientiert zu verstehen ist (Ducki 2000, S.21). Aus der vorfindbaren Begriffsverwendung lassen sich sowohl die Spannbreite der optional vorstellbaren Maßnahmen ihrer Umsetzung als auch der diesen zugrunde liegenden Zielsetzungen erklären. Dies gilt einerseits hinsichtlich der Frage nach im Vorfeld der Einführung eines Gesundheitsmanagements anvisierten sowie der sich andererseits möglicherweise vollziehenden Veränderung konkreter Zielsetzungen und / oder deren Prioritäten im tatsächlichen Prozess der Umsetzung eines Gesundheitsmanagements. So gilt – wie in den folgenden Punkten gezeigt wird - nach wie vor eine ausführliche Analyse vielfach als notwendige Grundlage für geeignete Umsetzungsmaßnahmen. Und damit als Option, Ausgangsziele der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu revidieren, zu spezifizieren oder gar überhaupt erst – im Sinne von handlungsleitenden Zielen - zu definieren. Dies stellt sowohl einen erneuten Hinweis auf die Vielgestaltigkeit wie auch bisweilen Divergenz der mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements verbundenen Zielsetzungen und Nutzenerwartungen dar.

Grundlegend kann festgehalten werden, dass für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements verschiedene Zielsetzungen aufseiten der Unternehmen anzunehmen sind. Unterschiede erklären sich hierbei sowohl aus der ebenfalls als gegeben anzuerkennenden Verschiedenartigkeit von Unternehmen und deren je spezifischen „Realität“ ihrer internen wie auch externen Umwelt sowie aus der dem Ansatz des Betrieblichen Gesundheitsmanagements inhärenten Vielfalt, in Bezug auf Ansatzpunkte, Maßnahmen und auch („Unter“)zielen, die alle dem Gesamtziel der Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit mithilfe der gleichermaßen erfolgenden Arbeit an Verhältnissen und Verhalten zuträglich sein sollen.

Dass diesbezüglich jedoch nicht notwendigerweise von einem – im Praxisfeld noch immer anzutreffenden, durch die Fachliteratur schon lange als aufgehoben erklärten – Widerspruch zwischen Wirtschaftlichkeitserfordernissen einerseits und Gesundheitsmanagement andererseits auszugehen ist, sondern vielmehr eine förderliche Symbiose beider unterstellt werden kann, erklärt u.a. Nieder: „Da Gesundheit und Krankheit wesentlich durch die Qualität des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsbeziehungen bestimmt sind, tragen Strategien des strukturellen verhaltenssteuernden Gesundheitsmanagement mittelfristig zu einer Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit bei“ (Nieder 2004, S.45). Eine Aussage, die vonseiten einer Befragung des AOK Bundesverbandes (2005) gestützt wird. Unter der Fragestellung nach dem wirtschaftlichen Nutzen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements wurden bis zum Jahr 2004 insgesamt 131 Unternehmen verschiedener Größen und Branchen befragt. Der positive Einfluss gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf Arbeitsbedingungen und Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter wurde laut der Befragung durch die Unternehmen hervorgehoben. Im Ergebnis wird ausgeführt, dass die meisten Unternehmen betonten, „...dass es komplexe Wechselwirkungen gibt, die gleichermaßen zu sozialen und wirtschaftlichen Verbesserungen führen“ (AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.6).

## 5.5 Zentrale Handlungsfelder eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

### 5.5.1 Themenschwerpunkte der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wie dargelegt, können Zielsetzungen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements differieren sowie sich ebenfalls im Zuge des weiteren Prozessverlaufs verändern. Dass das Gesundheitsmanagement zumindest den wirtschaftlichen Zielsetzungen des Unternehmens nicht zuwider laufen darf, kann als selbstverständlich unterstellt werden. Das Gleiche gilt für die Aussage, dass langfristig auch an das Gesundheitsmanagement die Erwartung gerichtet ist, einen Beitrag zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit von Unternehmen und Mitarbeitern und somit grundlegend zur Verbesserung der wirtschaftlichen Situation zu zeitigen. Die Linie zwischen diesen beiden Polen kann, bildlich gesprochen, als Grauzone des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beschrieben werden, insofern, als innerhalb dieser das je spezifische Vorgehen des Gesundheitsmanagements zum Tragen kommt. Folglich können die als bedeutsam für gesundheitsbezogene sowie langfristig auch wirtschaftliche Zielsetzungen eines Unternehmens als relevant erachteten Themenstellungen differieren.

Eine besondere Bedeutung kommt diesem Aspekt auch insofern zu, als er einen optionalen Konflikt bzw. relevanten Unterschied zwischen theoretischen Modellen notwendiger Maßnahmen sowie entsprechend zu gestaltender Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitsmanagements einerseits und der Frage nach den tatsächlichen Anforderungen und Bedingungen in der Unternehmenspraxis andererseits offenbart. Dies ist ein Umstand, den Fritz eindringlich hervorhebt, wenn sie darauf hinweist, dass Befragungen zwar „...ein steigendes Interesse an Gesundheitsaktivitäten...“ zeigen, dieses jedoch „...oft nicht direkt an das Thema Gesundheit an sich gekoppelt...“ (Fritz 2006, S.45) ist. Entsprechend folgert die Autorin: „Gesundheit muss vielmehr „von anderen Themen Huckepack genommen“ (vgl. Leonhardt & Rosenbrock, 1998) und mit für das Unternehmen wichtigeren Fragestellungen verknüpft werden, denn die Gesundheit von Mitarbeitern ist in Organisationen für sich genommen kein Selbstzweck“ (Herv. i. Org.) (Fritz 2006, S.45).

Für die Frage der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen stellt diese Aussage grundsätzlich einen zentralen Faktor dar, der selbstverständlich ebenfalls für die damit verbundene Frage nach einem diesbezüglich effizienten Vorgehen bedeutsam ist. Da eine entsprechende Beurteilung der Effizienz notwendigerweise an die einem Vorgehen zugrunde liegende Zielsetzung gebunden ist, stellt die Differenzierung zwischen auf theoretischen Erkenntnissen basierenden Zielen und Nutzenerwartungen und solchen der Unternehmenssicht entstammenden einen wichtigen Aspekt auch für diese Arbeit dar. Für ein tieferes Verständnis vorhandener sowie optional weitergehend förderlich gestaltbarer Zusammenhänge eines Gesundheitsmanagements und wirtschaftlichen Zielsetzungen ist somit von Interesse, welche Themenstellungen im Zuge der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Unternehmenspraxis primär behandelt werden. Zu diesem Zweck soll auf die benannte Befragung des AOK Bundesverbandes[2] zurückgegriffen werden, die – wie erwähnt – mit einem Bestand von insgesamt 131 befragten Unternehmen unterschiedlicher Größe und Branchenzugehörigkeit einen grundlegenden Einblick in das Praxisfeld vermittelt. Die erste im Bericht vorgestellte Untersuchungsfrage richtete sich auf die im Rahmen des BGM-Prozesses behandelten Themenstellungen. Mehrfachnennungen waren ausdrücklich zugelassen und das Ergebnis verdeutlicht, „...dass Betriebliche Gesundheitsförderung in der Regel multi-thematisch ausgerichtet ist“ (AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.20).

Als bemerkenswert ist auf Basis der Angaben festzustellen, dass den in der Fachliteratur als besonders zentral für das Betriebliche Gesundheitsmanagement benannten Themenstellungen – insbesondere Aspekte der Arbeitsorganisation, der Verbindung von Personal- und Organisationsentwicklung, der Arbeit am Themenfeld Stress, der Mitarbeiterbeteiligung und im weiten Sinne das Themenfeld der Kommunikation betreffend (u.a. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) 2004, S.11) - entweder von Beginn an in der Unternehmenspraxis weniger Gewicht beigemessen wird oder deren Bedeutung im Zuge des Prozessverlaufs konkreter Projekte sukzessive abzunehmen scheint.

[2] Anzumerken ist, dass im Gegensatz zur in dieser Arbeit benannten Unterscheidung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement beide Begriffe in der Befragung des AOK Bundes-

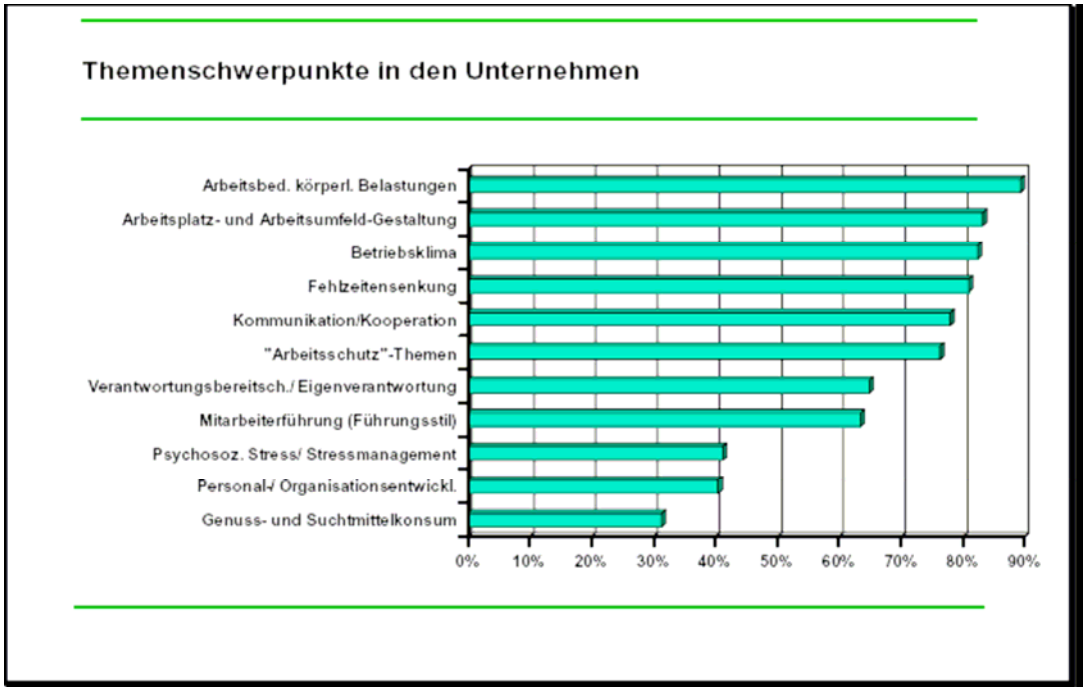


Abb. 6: Themenschwerpunkte BGF in Unternehmen

Quelle: AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.20

Dies ist möglicherweise auch dadurch bedingt, dass die Themenbearbeitung im Zuge der Umsetzung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements resp. Betrieblicher Gesundheitsförderung (es sei erneut auf die für die dargestellte Untersuchung nicht vollzogene Unterscheidung beider Begriffe verwiesen) zu „...Wirkungs- und Kausalketten (führt d. Verf.), an deren Ende ein konkreter wirtschaftlicher Nutzen für das Unternehmen steht“ (AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.77). Die Beurteilung über den tatsächlich eingetretenen wirtschaftlichen Nutzen, in kausaler Folge des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, obliegt in jedem Falle dem jeweiligen Unternehmen. So bleibt für die im Bericht des AOK Bundesverbandes benannten Kriterien des wirtschaftlichen Nutzens eines Gesundheitsmanagements, der in den Bereichen der

- Kostensenkung
- Produktivitätssteigerung und
- Erhöhung der Kundenzufriedenheit

(AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.77) konstatiert wird, sicherlich festzustellen, dass diese multifaktoriell bedingt und somit schwierig bzw. sofern überhaupt möglich, keinesfalls eindeutig als alleinige Folge eines Gesundheitsmanagements herausgestellt werden können.

verbandes synonym verwandt werden

Der Blick auf die im Zusammenhang der Befassung mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement in den Unternehmen angegangenen Themenschwerpunkte liefert einen deutlichen Hinweis darauf, dass dieses in seiner konkreten Umsetzung als unternehmensspezifisch zu sehen ist und entsprechend verläuft. So zeigen sich deutliche Unterschiede hinsichtlich der Gewichtung und entsprechend der Bearbeitung relevanter Themenstellungen, je nach betrachteter Branche. Im Zuge der Befragung waren dies die Branchen

- Verarbeitendes Gewerbe (77 Betriebe)
- Handel, Gastgewerbe und Verkehr (14 Betriebe)
- Dienstleistungen (40 Betriebe)

(AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.25).

Gemäß des Untersuchungsergebnisses zeigen sich als auffällige Punkte, dass im Verarbeitenden Gewerbe die Themenfelder

- „Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen“
- „Ergonomische Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsumfeld“
- „Fehlzeitensenkung“

die Spitzenpositionen einnehmen, während diese Plätze in den Branchen „Dienstleistungen“ und „Handel, Gastgewerbe und Verkehr“ gleichermaßen durch die Themenfelder

- „Betriebsklima und Mitarbeiterzufriedenheit“
- „Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen“
- „Innerbetriebliche Kommunikation und Kooperation“

besetzt sind (AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.28ff.).

Wie das Gesamtergebnis der Untersuchung zeigt, stellt sich die „Vorbeugung und Reduzierung arbeitsbedingter Belastungen“ über alle Branchen hinweg als das zentrale Thema dar. Deutliche Unterschiede ergeben sich hinsichtlich der Themenfelder „Betriebsklima und Mitarbeiterzufriedenheit“ und „Fehlzeitensenkung“. Liegt das Erstgenannte in den Branchen Handel, Gastgewerbe und Verkehr sowie Dienstleistung auf Platz 1, kommt es im Verarbeitenden Gewerbe lediglich auf Platz 5. Dieses optiert hingegen stärker für das Thema der Fehlzeitensenkung (87% zu 71,4% im Handel..., zu 72,5% im Bereich der Dienstleistung), wohingegen das Thema „gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“

wiederum deutlich stärker vonseiten der Branchen Handel (...) sowie Dienstleistung (71,4 % und 70% zu 58,4% im Verarbeitenden Gewerbe) präferiert wird (AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.31ff.). Trotz unterschiedlicher Stichprobengrößen wird das Untersuchungsergebnis als Trendaussage gewertet (AOK Bundesverband (Hrsg.) 2005, S.31), aus der sich vereinfacht festhalten lässt, dass das Verarbeitende Gewerbe offensichtlich Gesundheitsmanagement stärker über den Weg der Gestaltung konkreter Rahmenbedingungen von Arbeitsplatz und –umfeld und weniger über den Aspekt der Auseinandersetzung mit sog. „weichen“ Faktoren des Betriebsklimas angeht.

Zielsetzungen sowie Themenschwerpunkte im Zuge der Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement sind im Praxisfeld offensichtlich unterschiedlich. Die Betriebsgröße sowie insbesondere die Branchenzugehörigkeit sind diesbezüglich als zentrale Einflussgrößen zu verstehen und mit ihnen die bereits im Vorfeld der Beschäftigung mit dem Gesundheitsmanagement vonseiten des Unternehmens anvisierten Zielsetzungen bzw. Aufgabenfelder, die als für das Unternehmen selbst relevant betrachtet, durch das Gesundheitsmanagement eine weitergehende Unterstützung oder gar grundlegende Bearbeitung resp. Lösung erfahren sollen. Verbunden mit den sich optional im Projektverlauf des Weiteren ergebenden Themenschwerpunkten bzw. der sich verändernden Gewichtung von Themenfeldern offenbart sich das als grundlegend für das Betriebliche Gesundheitsmanagement anzusehende (betriebs- bzw. belastungs-) spezifische Vorgehen.

Dass diese Anforderung und Stärke gesundheitsförderlicher Arbeit vor dem Hintergrund sich daraus ergebender Vielfalt optional relevanter Themenstellungen und deren unterschiedlicher Gewichtung gleichzeitig auch die Frage nach einer damit vermeintlichen „Beliebigkeit“ hervorruft, verweist nochmals auf die Notwendigkeit der Unterscheidung in den Begriffsverwendungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, in Abgrenzung zu dem der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Wenngleich auch weiterhin mithilfe von beiden Begriffsbeschreibungen (betriebs- / belastungs-) spezifische Vorgehensweisen und Themenschwerpunkte subsumiert werden können, verbleiben als wichtiger Unterschied z.B. rein verhaltensorientierte sowie punktuelle und einmalige Maßnahmen (z.B. Anschaffung neuer Arbeitsmittel: Schuhe; Stühle;...) dem Begriff der

Betrieblichen Gesundheitsförderung verhaftet und erlauben somit eine grundlegende Differenzierung entsprechender Ansätze und Maßnahmen hinsichtlich ihrer Tragweite und Integration in die Unternehmensstrukturen.

### 5.5.2 Zielbewusstsein und Ausgangsdiagnose

Ein grundsätzliches Zielbewusstsein einerseits und eine grundlegende Diagnose des Ist-Zustandes der Organisation andererseits stellen zentrale Bausteine der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements dar. Die Klarheit über die mit dem Gesundheitsmanagement angestrebten Ziele und Nutzenerwartungen bzw. die Kenntnis oder Annahme vorliegender Problemstellungen im Unternehmen ist in engem Zusammenhang mit der die weiteren Maßnahmen fundierenden Diagnose zu sehen. Insofern, als die genannten Aspekte wichtige Anhaltspunkte für die Auswahl geeigneter Analyseverfahren und -instrumente darstellen, deren Qualität wie auch zunächst deren grundsätzliche Ausrichtung - im Sinne der Fokussierung der Analysephase - weitergehenden Einfluss auf das Gelingen der Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement hat. Wichtige Unterscheidungsmerkmale ergeben sich diesbezüglich bereits aus der Frage der Art und Weise der Einbindung der Mitarbeiter in die Analysephase, welche in ihrer Qualität mit verschiedenen möglichen Wegen deutlich variieren kann. Wie weit die jeweilige Organisation gehen will, welche Themenfelder sie mithilfe einer Auswahl des Analyseinstrumentes und der zugehörigen Fragestellungen zwangsläufig für eine innerbetriebliche Diskussion öffnen und welche Erwartungen hinsichtlich der weiteren Einbindung der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess und seiner grundlegenden Ausrichtung sie hervorrufen will, muss bzw. sollte im Vorfeld der Analyse sorgfältig geprüft werden. Hiermit wird der Tatsache Rechnung getragen, dass bereits die Diagnose eine starke soziale Intervention darstellt. Was bedeutet, dass sie auf Verhalten und Ansichten der Mitarbeiter einwirken und insbesondere für Führungskräfte mit einer hohen persönlichen Betroffenheit verbunden sein kann. Sinnvollerweise sollte sie entsprechend in ein umfassendes change-management Programm eingebettet sein (u.a. Bungard/Jöns 1997), womit grundlegend der Umstand angenommen wird, dass „jeder organisatorische Wandel (...) mit klar umrissenen, vernünftig formulierten Zielen begründet werden (muss d. Verf.), damit Zweck und Grenzen dieser Maßnahme für alle einsichtig sind“ (Probst 1992, S.221).

Wie unterschiedlich sich mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement verbundene Zielsetzungen und zugehörige Themenstellungen darstellen können, wurde bereits verdeutlicht. Dass erkennbare Unterschiede offensichtlich auch mit der jeweiligen Branchenzugehörigkeit zu korrespondieren scheinen, verweist nochmals auf die bereits angesprochene Notwendigkeit, das Betriebliche Gesundheitsmanagement unternehmensintern angemessen zu „rahmen“. Dass heißt, grundsätzlich ist zu hinterfragen, ob der mit dem Gesundheitsmanagement anvisierte „... Wandel „nützlich“ und mit dem Bezugsrahmen, den übergeordneten Werten und Normen des Unternehmens und der jeweiligen Branche vereinbar ist“ (Probst 1992, S.224). Auf Basis dieser wenigstens grundlegenden Vorstellung über einen anzustrebenden Soll-Zustand ist eine fundierte Erhebung des Ist-Zustandes in die Wege zu leiten, ganz gemäß dem in den Gesundheitswissenschaften vorliegenden Verständnis von der „Diagnose“ als der wissenschaftlichen Erfassung eines Ist-Zustandes, mit Blick auf Gesundheitstrends und diesen zugrunde liegenden Ursachen bzw. Triebkräften und damit des Nutzens der Diagnose als „... entscheidungsorientierte Beobachtung und Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und der darauf zielenden Leistungen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ (Ritter 2003, S.297).

Ein guter Überblick über relevante Diagnosemöglichkeiten findet sich u.a. bei Ritter (2003, S.301f), der im Rahmen einer sehr übersichtlichen Tabelle auch auf optionale Ergebnisse sowie Nachteile einzelner Instrumente eingeht.

### 5.5.3 Anforderungen und Umsetzungsaufgaben der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die im vorhergegangenen Punkt erfolgten Ausführungen verweisen grundsätzlich bereits auf die Anforderung, ein funktionierendes Betriebliches Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Prozess zu verstehen, in dem Zielsetzung, -reflexion sowie optional –anpassung als ebenfalls kontinuierlich und in Verbindung mit einer begleitenden Diagnose zu erfolgen haben. Basierend auf der lapidaren Aussage, dass der Prozess letztlich das Ergebnis bestimmt, stellt die Veränderungsbereitschaft des Unternehmens bzw. in demselben eine diesbezüglich zentrale Grundvoraussetzung dar. Diese kann nur über die Beteiligung, die den Mitarbeitern am Prozess gewährt wird, hergestellt werden. Dies

setzt wiederum eine angemessene Kommunikation innerhalb der Organisation, mit dem Ziel der Information, Akzeptanzsteigerung und schlussendlich auch Förderung der Identifikation mit den zu treffenden bzw. nachfolgend getroffenen Entscheidungen voraus. Der bereits an dieser Stelle angesprochene Zyklus, der Gesundheitsmanagement als einen Prozess verstetigt, welcher von der Ist-Analyse bis hin zur Ergebniskontrolle sowie nachfolgenden Anpassung bzw. Optimierung desselben reicht, wird in der Fachliteratur zunehmend ganz bewusst als Lernzyklus bezeichnet (u.a. Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) 2006; Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004; Ritter 2003). Neben dem Hinweis auf ein planvolles und zielgerichtetes Handeln als Kern des Gesundheitsmanagements wird damit gleichfalls auf die zugrunde liegende Intention der Gestaltung von Wandel und Förderung von Entwicklungsfähigkeit der Organisation und ihrer Mitglieder hingewiesen.
Da dieser „Lernzyklus“ des Gesundheitsmanagements im Verlauf der Arbeit vertiefend betrachtet wird, gilt es an dieser Stelle zunächst weitergehend auf die Anforderungen und Umsetzungsaufgaben einzugehen, die im Sinne der angesprochenen notwendigen „Rahmung“ des Gesundheitsmanagements und damit des Lernzyklus verstanden werden können.

Die eingangs dieses Punktes angesprochene Beteiligung der Mitarbeiter erneut in den Mittelpunkt rückend sind diesbezüglich zwei zentrale Aspekte nochmals hervorzuheben. Der erste betrifft die Anforderung der Integration der Mitarbeitervertretung in den Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, einerseits aufgrund vorhandener Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte, andererseits – und in der Praxis vielfach als zentrales Kriterium erkennbar – vor dem Hintergrund der Möglichkeit, konkret Einfluss auf „Stimmung“ und somit grundlegende Akzeptanz des Vorgehens im Kreise der Mitarbeiterschaft nehmen zu können. So ist es keineswegs als selbstverständlich anzusehen, dass die Mitarbeitervertretung die Einführung eines Gesundheitsmanagements vorbehaltlos begrüßt. Neben Ängsten des Verlustes eigener Einflussbereiche durch im Gesundheitsmanagement verankerte Gremien, welche die direkte Beteiligung der Mitarbeiter zum Ziel haben, sind auch immer wieder Unsicherheit oder gar Misstrauen dahingehend anzutreffen, dass mithilfe des Gesundheitsmanagements unpopuläre Entscheidungen im Unternehmen kaschiert und / oder ledig-

lich noch mehr Leistung aus der Belegschaft „herausgeholt“ werden sollen. Vergleichbare Unsicherheit und / oder gar Ablehnung sind immer wieder auch bei Führungskräften zu finden, insbesondere im Bereich der mittleren und unteren Hierarchieebene, die somit als weitere zentrale bzw. zentralste Akteure, die zu integrieren eine wichtige Aufgabe darstellt, in den Fokus rücken. „Die Führungskräfte haben die wichtigste Aufgabe im Gesundheitsmanagement. Sie sind der Schlüssel für Innovation und Wertschöpfung. Sie vermitteln den Mitarbeitern Visionen des Unternehmens. Sie verkörpern ethische Werte und sind Vorbilder“ (Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz 2006, S.7) oder, wie Rudow ausführt: „Die Wahrnehmung und Umsetzung von Gesundheit als Führungsaufgabe ist eine grundlegende Bedingung erfolgreichen Gesundheitsmanagements“ (Rudow 2004, S.319). Letztendlich sind es die Führungskräfte, die über Umsetzung und Umsetzungsgrad von Maßnahmen und damit auch im Wesentlichen über Verlauf und Integration eines Gesundheitsmanagements in der Organisation entscheiden. Was darauf verweist, dass diese nicht nur ausreichend zu informieren, sondern vielmehr grundlegend zu integrieren und das bedeutet im umfassenden Verständnis des Wortes zu „befähigen“ sind, die ihnen zukommenden Aufgaben im Rahmen des Gesundheitsmanagements wahrzunehmen. Als diesbezügliche Basis kann die notwendige Erkenntnis gelten, dass Führungsaufgaben aus Sach- und Personenaufgaben gleichermaßen bestehen. Das „...Bewusstsein und Wissen über die Beziehung zwischen Führungsstil und Gesundheit“ (Rudow 2004, S.319) ist dann u.a. in den Bereichen der Sicherung von Informationsfluss und Kommunikation, Einbeziehung aller Betroffenen, Zuweisung von Aufgaben unter Berücksichtigung der Vermeidung von Über- und / oder Unterforderung, der Förderung von Entwicklung durch bewusstes Feedback zu Leistungs- und Sozialverhalten und einer entsprechend bewussten Gestaltung als auch Beeinflussung des Kommunikations- und Kooperationsstils innerhalb des eigenen Führungsbereichs (...) aktiv umzusetzen (vgl. u.a. Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004).

Die Ausführungen zur Bedeutung der Beteiligung und Einbindung von Mitarbeitern, Mitarbeitervertretung und insbesondere der Führungskräfte verweisen auf den bereits benannten Stellenwert, welcher der Gestaltung „sozialer Systeme“ (Grossmann/Scala 1994) bzw. des Sozialkapitals (Badura/Hehlmann 2003) für

ein gelingendes Gesundheitsmanagement zugeschrieben wird. Die Arbeit an Kommunikations- und Handlungsstrukturen rückt damit zunehmend in den Mittelpunkt und dies – gemäß der Expertenkommission zur Zukunft einer zeitgemäßen Betrieblichen Gesundheitspolitik (2002, S.13) – auf Basis einer Orientierung, die Gesundheitsmanagement als dezentral angelegt, auf Partizipation der Betroffenen bezogen und als integrierte Aufgabe der Unternehmensstrategie konzipiert versteht. Führung kommt dabei sowohl die Aufgabe zu Gesundheitsmanagement grundlegend in Firmenleitbildern und Führungsgrundsätzen zu verankern als auch durch partizipative Strukturen und Prozesse die aktive Beteiligung der Mitarbeiter zu ermöglichen (Ritter 2003). Dass diese mithilfe der Einbindung in Wahrnehmung und Lösung gesundheitsrelevanter Problemstellungen zu „handelnden Subjekten“ werden, hat nicht zuletzt sowohl positive Auswirkungen auf die Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter als auch auf die Nachhaltigkeit des Gesundheitsmanagements (vgl. Ritter 2003, S.101ff.).
Betriebliches Gesundheitsmanagement stellt sich somit als zielorientiertes, auf einer Diagnose basierendes Vorgehen dar, das als (kontinuierlicher Lern-) Prozess verstanden, die Einbindung und aktive Beteiligung der Mitarbeiter aller Bereiche und Hierarchieebenen beinhaltet. Die diesbezüglich vollzogene Verbindung von Top-Down mit Bottom-Up-Ansätzen im konkreten Vorgehen (u.a. Rudow 2004; Ritter 2003) enthebt dennoch die Führungsebene nicht von ihrer Verantwortung und gleichfalls „exponierten Stellung“, die auch im Zuge der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bewusst auszufüllen ist, für dessen Wirksamkeit und Nachhaltigkeit die Gestaltung des „sozialen Systems“ zunehmend in den Blickpunkt rückt. Ebenso besonders durch die Führungskräfte aktiv zu unterstützen ist die Vernetzung des Gesundheitsmanagements mit bestehenden Managementansätzen und Führungsinstrumenten anzustreben, um Ressourcen zu schonen, Synergieeffekte zu nutzen und damit insgesamt die Integration des Gesundheitsmanagements in die betrieblichen Routinen zu fördern (vgl. Badura/Hehlmann 2003).

### 5.5.4 Gesundheitsvision und Gesundheitsleitbild

Dass große Organisationen ohne gemeinsame Ziele, Wertvorstellungen und Botschaften auf Dauer erfolgreich sein können, konnte sich u.a. schon Senge (1997) nur schwer vorstellen. Gesundheitsmanagement in betriebliche Routinen

zu integrieren, ohne sich im Mindesten Klarheit über die jeweilig handlungsleitenden Ziele und somit vermeintlich idealen bzw. notwendigen Ansatzpunkte einer tragfähigen Verbindung verschafft zu haben, erscheint ebenso als schwer vorstellbar. Wie bereits ausgeführt, stellt Gesundheit als solche kein primäres Organisationsziel dar. Nicht zuletzt deshalb muss ein funktionierendes Gesundheitsmanagement einen Beitrag zur Erreichung dieser leisten, soll es dauerhaft im Unternehmen verankert werden. Fraglich bleibt, wie diese Anforderung ohne das Vorhandensein mindestens grundlegender Vorstellungen von den primären Organisationszielen und einer sich daraus ergebenden strategischen Ausrichtung des Unternehmens umgesetzt werden kann, auf deren Basis Zielsetzung(en) und Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements abgeleitet werden können. Entsprechend betont Rudow, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement „...nur dann zur Erfüllung ökonomischer und humaner Ziele im Unternehmen (beiträgt d. Verf.) (...), wenn es unter Berücksichtigung betriebsspezifischer Problemfelder und der Kooperation mit den Beschäftigten in die Unternehmensstrategie integriert wird“ (Rudow 2004, S.334).

Nicht nur mit Blick auf die sich im Zusammenhang mit der Absicht Gesundheit zu fördern ergebenden Anforderungen an die Gestaltung von Verhältnissen und Verhalten gleichermaßen erscheint es einleuchtend, dass der Entwicklung nicht nur klarer, sondern idealiter auch ansprechender und motivierender Zielvorstellungen eine wichtige Aufgabe zukommt. So können „Visionen“ in Zeiten stetigen Wandels als „Stabilitätsfaktoren“ dienen und durch ihren Beitrag für die Orientierung und das Sicherheitsbedürfnis der Mitarbeiter (u.a. Senge 1997) deren Handlungsfähigkeit erhalten helfen. Damit können sie zu einer wichtigen Basis notwendiger Veränderungsbereitschaft und –fähigkeit werden: „Menschen richten ihre Aufmerksamkeit nicht auf langfristige Entwicklungen, weil sie es müssen, sondern weil sie es wollen“ (Senge 1997, S.257).

Ob in diesem Zusammenhang nun vom (erwarteten) Nutzen einer Gesundheitsvision oder eines Leitbildes gesprochen wird, die schlussendlich einen wichtigen Beitrag zur Entstehung einer Gesundheitskultur leisten sollen, wird auch in der Literatur nicht immer eindeutig trennscharf vollzogen. Eine mögliche und gut nachvollziehbare Hilfestellung bietet z.B. Rudow (2004, S.343f.), für

den ein (Gesundheits-)Leitbild „allgemeingültige Grundsätze und das Wertesystem des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ definiert und damit eine Motivations-, Legitimations- und Orientierungsfunktion hat. Hingegen stellt aus seiner Sicht die Vision ein Modul des Leitbildes dar und kann im Sinne eines „idealen Zukunftsbildes“ verstanden werden. Ein solches Verständnis vom Wesen und Aufgabe einer Vision finden sich auch bei Senge (1997) sowie Doppler/Lauterburg (2005). Die bei Badura/Hehlmann (2003, S.40ff.) gewählte Darstellung der Vision einer gesunden Organisation hingegen wird in Form von zehn Thesen vorgetragen, die in ihrer Gesamtschau eher zur Verwirrung denn zur Orientierung beizutragen vermögen. Wenngleich sich die inhaltliche Relevanz einer jeden These zur Erlangung einer gesunden Organisation bei weitergehender Lektüre der angebotenen Erläuterung verdeutlicht, so bleiben Erstere im Stadium von Schlaglichtern stehen und werden durch weitergehend sehr allgemein gehaltene Erklärungen nur sehr grundsätzlich ausgeführt. Beispielhaft seien an dieser Stelle nur 4 der 10 Thesen angeführt:

1. Ausmaß sozialer Gleichheit
2. Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln
3. Identifikation mit übergeordneten Zielen
4. Vertrauen in die Führung
   - ... (Badura/Hehlmann 2004, S.40).

Das mithilfe einer Vision darzustellende „Idealbild“, im Sinne einer „...allgemein gehaltene(n d. Verf.), positive(n d. Verf.) Vorstellung vom Unternehmen der Zukunft“ (Doppler/Lauterburg 2005, S.172) bleibt hier aus. An seine Stelle tritt eine Aufzählung grundlegender Zielvorstellungen zur Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Organisation, die entsprechend auch als idealtypischer Anforderungskatalog gewertet werden kann.

Offen bleibt, ob ein derartiges Idealbild einer gesundheitsförderlichen Organisation - unabhängig ihrer sicherlich festzustellenden Zustimmungsfähigkeit im Kreise fachlicher Diskussion - als handlungsleitend bzw. mindestens motivierend auch für die Unternehmensrealität anzunehmen ist. Oder ob hier nicht die Gefahr zu konstatieren ist, das Themenfeld Gesundheit einmal mehr in die Ecke vermeintlicher Sozialutopie zu drängen, deren visionäre Ausrichtung als einerseits zu hohe Anforderung und andererseits hinsichtlich der Frage ihrer konkreten Umsetzbarkeit als zu abstrakt erlebt wird?!

Aus dem Blickwinkel der vorliegenden Arbeit ist an dieser Stelle zunächst festzuhalten, dass die Diskussion um den Aufbau und Nutzen von Visionen zur Unterstützung der Unternehmensentwicklung auch und gerade im Hinblick auf ihre stabilisierende und Orientierung stiftende bzw. fördernde Funktion grundsätzlich zu begrüßen und weitergehend zu gestalten ist. Die bisherigen Ausführungen weisen darauf hin, dass gerade in Zeiten steigender Forderungen nach Flexibilität und dem Umgang mit Unsicherheit, wie sie sich auch in den Begriffen des „Arbeitskraftunternehmers“ sowie der sog. „Patchwork-Biografie“ spiegeln, eine „richtunggebende“ Vorstellung des zu erreichenden Zielzustandes als wichtiger Beitrag zur Gesundheitsförderung gewertet werden kann. Dies gilt sowohl mit Blick auf das Individuum als auch hinsichtlich der entsprechend „visionären“ Ausrichtung der Unternehmensentwicklung, hin zu einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die nicht erst seit Senge und durch seine „V. Disziplin“ (1997) forcierte Diskussion um visionäre Ausrichtungen und lernende Organisationen trägt sicherlich zur Auseinandersetzung um optionale Weiterentwicklungen und Chancen im Bereich der Unternehmensgestaltung bei. Entsprechend werden die Aspekte der Entwicklung eines Unternehmensleitbildes und seiner Verbindung mit den Annahmen der lernenden Organisation u.a. im Bielefelder Leitfaden für das Betriebliche Gesundheitsmanagement (Ritter 2003) als strukturelle Voraussetzungen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement benannt.

Dennoch bleibt ebenso festzustellen, dass der Einzug dieses Diskurses bzw. seiner zentralen Erkenntnisse und Ideen in die Unternehmensrealität nur sehr bedingt und gerade in klein- und mittelständischen Unternehmen nahezu gar nicht über den Weg des Aufbaus einer Vision bzw. eines Unternehmensleitbildes erfolgt. Vielfach bleibt es in den Unternehmen beim „Führungsleitbild“ als maximale Größe „visionärer Ausrichtung“. Und auch dabei wird hinter vorgehaltener Hand nur zu oft auf die doch eigentlich notwendige Ersetzung des im Führungsleitbild verwandten „t“ durch ein „d“ verwiesen. Und damit deutlich gemacht, dass hierbei eher von einer „Utopie“ denn von einer die alltägliche Arbeitsrealität gestaltenden Ausrichtung betrieblicher Akteure an handlungsleitenden Grundsätzen auszugehen ist.

## 5.6 Zentrale Problemstellungen und Anforderungen der Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die bisherigen Ausführungen lassen erkennen, dass die Themenfelder „Gesundheit“ und „Gesundheitsmanagement“ eine Tendenz bzw. Gefahr zur „Uferlosigkeit“ beinhalten. Ihre konkrete Abgrenzung fällt dahingehend schwer, dass Gesundheit multifaktoriell beeinflusst ist und sowohl auf individueller als auch organisationaler Ebene immer noch etwas mehr und immer wieder auch etwas anders gemacht bzw. angepasst werden kann, um einen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten (Pelikan u.a. 1993). Dies muss auch in der Realität vollzogen werden – gemäß dem Verständnis von Gesundheit und Krankheit als jeweilige Pole eines Kontinuums (u.a. Konzept der Salutogenese nach Antonovsky; Anforderungs-Ressourcen Modell nach Becker, in: Waller 1995) und dem sich daraus ableitenden Verständnis von Gesundheitsförderung als kontinuierlichem Prozess – soll eine nachhaltige Wirksamkeit und somit ein dauerhafter Nutzen gesundheitsförderlicher Maßnahmen erreicht werden.

Als sich für die betriebliche Realität hieraus ergebendes Problem ist insbesondere die mit dem genannten verbundene „Ungenauigkeit“ resp. „Breite“ des Themenfeldes Gesundheit zu nennen. Der in seinen Grundzügen umfassende Anspruch der Gesundheitsförderung bedeutet in der Folge ihre nur sehr schwer vollziehbare Abgrenzbarkeit. Sie führt nicht zuletzt darüber zu organisationalen Problemen, da nur organisiert – und damit in die internen Strukturen integriert - werden kann, was abgegrenzt bzw. grundsätzlich abgrenzbar ist.

Der nach wie vor starke Zugriff auf Einzelprogramme der Betrieblichen Gesundheitsförderung (siehe Abgrenzung zum Gesundheitsmanagement in dieser Arbeit), die immer noch einen hohen Stellenwert im Praxisfeld unternehmerischer Realität einnehmen, lässt sich sicherlich auch mit dieser Grundproblematik verbinden. Nachteile im Zusammenhang der Durchführung von Einzelprogrammen und der Frage nach einer langfristigen Integration des Themas Gesundheit in die Unternehmensstrukturen und somit eine entsprechende Nachhaltigkeit desselben ergeben sich aus der oftmals vorhandenen Verhaltensorientierung und fehlenden Verknüpfung der Einzelprogramme. Selten werden sie kombiniert und beziehen sich vorrangig auf spezifische Gesundheitsprobleme und Zielgruppen (Rudow 2004, S.353).

Gesundheitsmanagement in Orientierung am Vorgehen des Projektmanagements einzuführen verfolgt nicht zuletzt die Absicht, die angesprochenen Probleme dahingehend aufzugreifen, dass das Themenfeld „Gesundheit“ in strukturierter, überschaubarer und somit annähernd „abgrenzbarer“ Form angegangen werden kann. Gemäß der grundlegenden Orientierung entlang der zentralen Phasen der Planung – Umsetzung – Überprüfung – Kontrolle (siehe Abb. 7) bleibt die gewünschte Planbarkeit und somit „Überschaubarkeit“ eines Projekts erhalten und wird verbunden mit dem Bewusstsein, dass die „Implementierung und dauerhafte Verankerung eines BGM (...) ein längerfristiger Entwicklungsprozess (ist d. Verf.)“ (Badura/Hehlmann 2003, S.72).

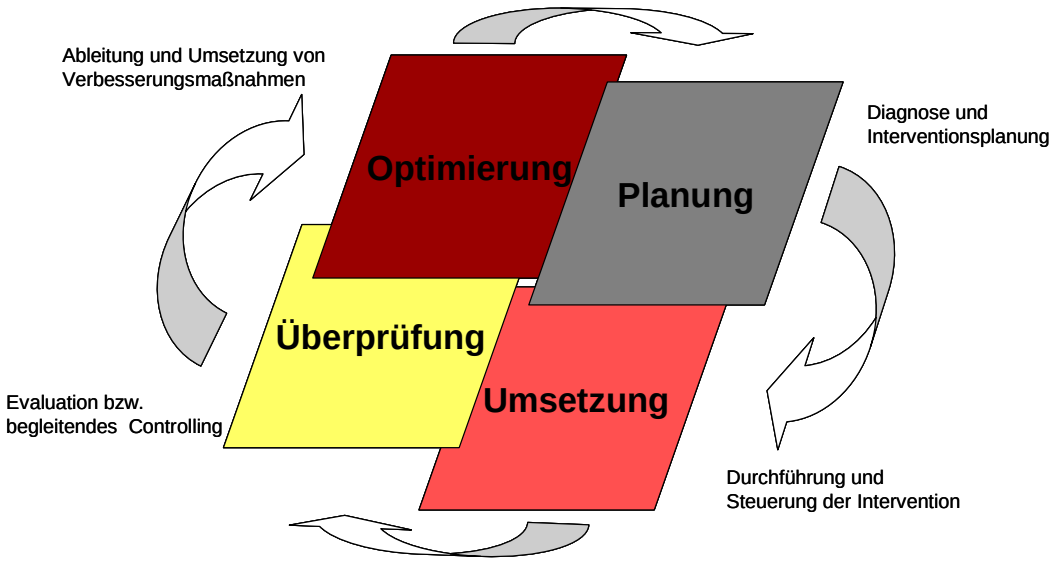


Abb. 7: Phasenverlauf im BGM

Quelle: Eigene Darstellung; AOK-Institut für Gesundheitsconsulting, in Anlehnung an Rudow 2004; Badura/Hehlmann 2003; Ritter 2003

Das Projekt als Organisationsform bietet diesbezüglich die Option, „...komplexe, neuartige und bereichsübergreifende Aufgaben einer Organisation (...) zu bewältigen“ (Grossmann/Scala 1994, S.76f.). Es ermöglicht der Organisation, zunächst in einem begrenzten Rahmen, Ressourcen für die Aufgabe Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen und sich nachfolgend neu zu entscheiden (Grossmann/Scala 1994, S.76f.).

Das genau hierin ein zentrales Problem hinsichtlich der „Nachhaltigkeit“ bzw. der tatsächlichen Integration des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in

das Unternehmen zu sehen ist, offenbart die genannte Option der Neuentscheidung nach Beendigung des ersten Projekts bzw. „Projektabschnittes“. Konkrete Probleme ergeben sich nicht nur aus der nur zu oft – auch nach erfolgreichem Projektverlauf – aufgeschobenen und anschließend vielfach nicht wieder aufgenommenen Entscheidung zur Fortführung bzw. Ausweitung des Projekts, sondern eben auch bereits aus der vorgenommenen Beschränkung des Einführungsprozesses im Rahmen zu enger Projektgrenzen. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die durchaus übliche Begrenzung der Einführung auf zunächst eine Abteilung oder auch die - sich an die Diagnose anschließende - Bearbeitung von Problemen und Hinweisen zunächst nur im technischen und baulichen Bereich verwiesen. Der so erreichte Gewinn leichterer Bearbeitbarkeit durch Komplexitätsreduktion des Aufgabenumfangs und -feldes beinhaltet jedoch andererseits immer auch die Gefahr, dass eine weitergehende Diskussion, Öffnung und somit Ausdehnung des Themenfeldes Gesundheit nachfolgend erschwert wird oder gar unterbleibt. Dies ist zum einen dadurch bedingt, dass sich die Organisation mit erreichten Ergebnissen, die bereits eine große Anstrengung und Investition in personelle, zeitliche und weitere monetäre Ressourcen bedeutete, zunächst zufrieden gibt und eine Fortführung als aktuell wenig erstrebenswerte Anstrengung schwer fällt. Zum anderen bedeutet es, dass durch eine mangelnde Integration nicht dem Pilotbereich zugehöriger Führungskräfte eine Ausdehnung des Projekts auch auf weitere Unternehmensbereiche ebenfalls eine Neuauflage der zu leistenden Überzeugungsarbeit zur Förderung deren Bereitschaft sich dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement gegenüber zu öffnen bedeutet. Dies ist eine Investition, die insbesondere bei nicht immer geradlinig verlaufenen Pilotprojekten – und insbesondere vor dem Hintergrund sich aktuell darstellender bzw. erwarteter Arbeitsanforderungen an den eigenen Bereich – durch die entsprechenden Führungskräfte als zusätzlicher Aufwand gescheut wird. Pointiert formuliert läuft das Betriebliche Gesundheitsmanagement diesbezüglich auch nach ersten erfolgreichen Schritten Gefahr, letztlich doch im „Alltagsgeschäft“ unterzugehen.

Damit dies möglichst nicht geschieht, gibt es selbstverständlich auch für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements als Projektorganisation definierte Anforderungen bzw. Erfolgsvoraussetzungen. Diagnose und Klarheit im Bereich der Zielsetzungen sowie Nutzenerwartungen sind bereits

dargelegt worden. Von besonderer Bedeutung ist dann die Frage nach den einzurichtenden Gremien und Strukturdeterminanten, die das weitere Prozedere der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ausrichten und begleiten sollen. Zunächst wird in der Literatur hier einheitlich die Einrichtung eines Steuerkreises (vereinzelt auch als „Arbeitskreis Gesundheit“ benannt) gefordert. Gemäß seiner Aufgabe, das Gesundheitsmanagement zu steuern und mit den zentralen Unternehmensbedingungen zu vernetzen, nimmt die Besetzung des Steuerkreise entscheidenden Einfluss auf seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit, womit bzgl. Letztgenanntem auch Fragen der Entscheidungsautonomie und Durchsetzungsfähigkeit dieses Gremiums angesprochen sind. Die Integration der obersten Führungsebene stellt folglich eine wichtige Grundlage für ein funktionierendes und optional mit der strategischen Ausrichtung der Organisation verbundenes Gesundheitsmanagement dar. Probleme bzw. gar das Scheitern vieler Gesundheitsmanagementprojekte sind in Verbindung mit eben dieser - dann nicht erfüllten - Grundbedingung zu sehen. Beispielhaft sei diesbezüglich auf die mangelnde Entscheidungsfähigkeit des Gremiums, damit verbundener Zeitverzögerungen im Prozessverlauf, fehlender Akzeptanz und nachfolgend mangelhafter Umsetzung im Steuerkreis beschlossener Maßnahmen durch einzelne Organisationseinheiten sowie die grundlegend fehlende Vernetzung des Gesundheitsmanagements mit dem Ziel- und Steuerungssystem der Organisation verwiesen, wenn die oberste Führungsebene hier keine aktive Rolle übernimmt.

Inwieweit, auf welchem Wege und verbunden mit welchem Anregungs- und Lernpotenzial Mitarbeiter in Projekten zur Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements einbezogen werden, kann bereits in der Analysephase deutlich differieren. Das Spektrum möglicher Vorgehensweisen erstreckt sich von der Auswertung statistischer Daten der Krankenkassen (z.B. in Form von Gesundheitsberichten) über eine standardisierte Mitarbeiterbefragung, bis hin zur Datenerhebung im Rahmen von Gruppensitzungen (z.B. sog. Arbeitssituationserfassungen). Diese können je für sich, wie auch in verschiedenen Kombinationen zur Analyse eingesetzt als auch ebenso differenziert weitergehend für die Ableitung von Vorschlägen zur Verbesserung benannter Probleme genutzt werden. Hierin wird offensichtlich, dass sie ebenso unterschiedlich in ihrer Wirkung auf die Mitarbeiter der Organisation bzgl. ihrer tatsächlichen als auch insbeson-

dere wahrgenommenen Einbindung in diese Phase des Projekts sind. Dieses ist - um den „Anforderungsgrad“ gerade der Analysephase zu komplettieren - mit Blick auf die durch ihre Gestaltung ausgelöste Wahrnehmung und daraus resultierender Akzeptanz des Vorgehens durch die Mitarbeiter auch im Zusammenhang mit der Unternehmenskultur zu sehen.

Die folgende Darstellung eines grundlegenden Projektverlaufs zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements beinhaltet die genannten Strukturelemente im schematischen Überblick. (Für einen die grundlegenden Darstellungen dieser Arbeit ergänzenden Einblick in Fragen des Projektmanagements siehe u.a. Birker 1999; Grossmann/Scala 1994).

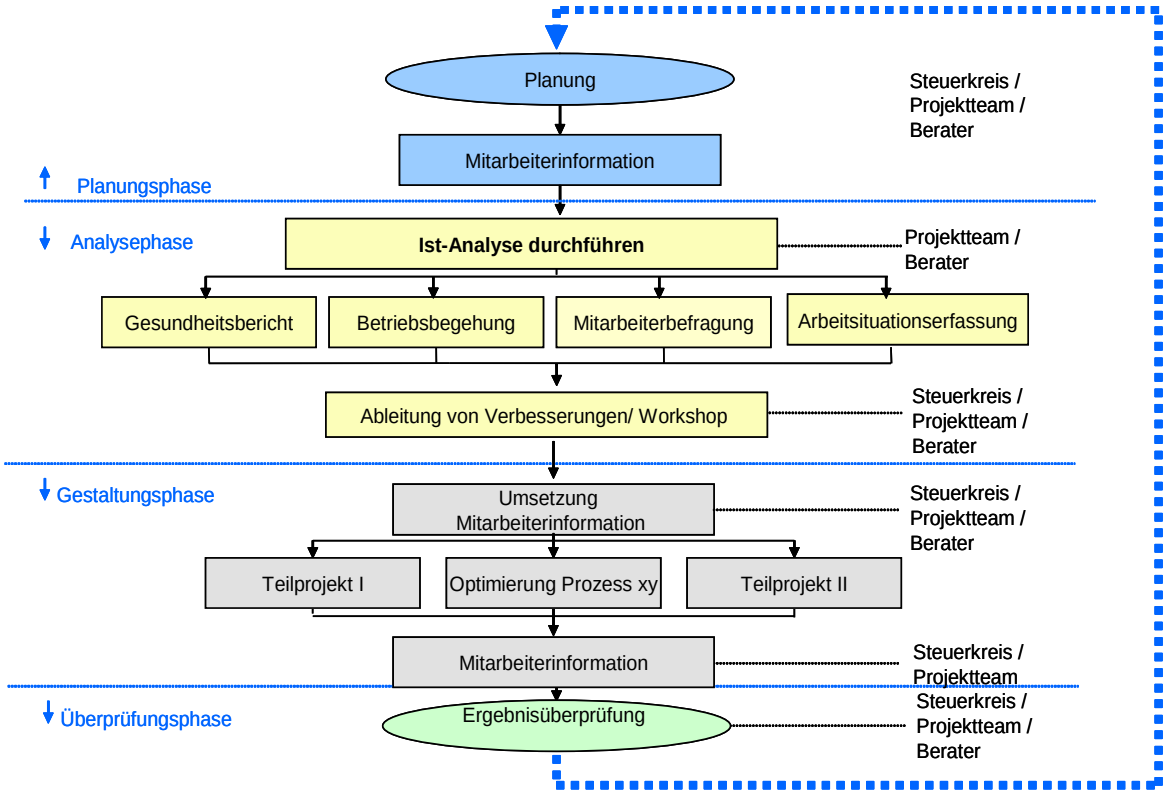


Abb. 8: Erweiterter Phasenverlauf BGF/BGM
Quelle: AOK-Institut für Gesundheitsconsulting

Neben der Orientierung entlang der vier grundlegenden Phasen des Projektverlaufs finden sich entsprechend in der Analysephase diverse Module, mit ebenfalls unterschiedlichen Ausprägungen der Integration der Mitarbeiter, die zur Erhebung der relevanten Datengrundlage eingesetzt werden können. Die sich

an die Auswertung der Analyse anschließende Entscheidung über Ansatzpunkte und Vorgehensweisen des weiteren Projektverlaufs wird in den aufgeführten Platzhaltern einzurichtender Teilprojekte verdeutlicht. An dieser Stelle setzt sich die angesprochene Notwendigkeit der Abgrenzung und Planung im Zuge der Projektarbeit und insbesondere im Rahmen des zur „Grenzenlosigkeit“ neigenden Gesundheitsmanagements fort. Auch die Frage nach Ausmaß und Wegen der Mitarbeitereinbindung findet im zugehörigen Aspekt der Ausgestaltung der Teilprojekte ihre Fortsetzung. Diese verdeutlichen dabei nochmals den grundlegenden Punkt der Strukturierung und Abgrenzung im Vorgehen der Bearbeitung zentraler Themenfelder, die aus den Analyseergebnissen abgeleitet sowie auch als grundlegend das Gesundheitsmanagement stützend angegangen werden können.

Betriebliches Gesundheitsmanagement entlang einer Projektorganisation (wie weitestgehend der oben beschriebenen) einzuführen stellt sich als das in der Praxis noch immer primär angewandte Vorgehen dar. Dieses Vorgehen kann insbesondere in der „Gestaltungsphase“ und ihrer zugehörigen Fortführung in der Arbeit in Teilprojekten der vorgestellten Managementdefinition entsprechen, wonach hierunter „aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation“ (nach EN ISO 9000:2000 3.2.6) verstanden werden. Fraglich erscheint jedoch die Erfüllung der weiterhin benannten Definition eines Managementsystems als einem „System zum Festlegen von Politik und Zielen zum Erreichen dieser Ziele“ (nach EN ISO 9000:2000 3.2.2) im Rahmen der benannten Projektstruktur. Wenngleich durch die Bildung eines Steuerkreises auch die oberste Führungsebene in den Prozess der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements grundsätzlich integriert sein sollte, stellt sich dieser Punkt in der betrieblichen Praxis nur zu oft als fraglich dar. Die Delegation der Bearbeitung des Themenfeldes „Gesundheit“ an das Projektteam und besonders den innerbetrieblichen Koordinator ist für eine überwiegende Zahl von Betrieben noch immer das vorrangige Vorgehen. Es ist bestenfalls verbunden mit der Einbindung der Führungsebene im Rahmen mehr oder minder regelmäßiger Steuerkreissitzungen und im schlechtesten Falle lediglich mit einer Steuerkreissitzung zu Beginn und schließlich zum Abschluss des vereinbarten Projekts. Die Folge ist, dass eine Reflexion und ein Übereinkommen von Politik, strategischer Ausrichtung und Zielen des Unternehmens mit denen des Ge-

sundheitsmanagements im Rahmen eines entsprechenden Systems nur sehr rudimentär und in den meisten Fällen überhaupt nicht angegangen wird.
Basis dieser Aussage sind u.a. Erfahrungen aus der Beratungstätigkeit des AOK Instituts für Gesundheitsconsulting aus der Arbeit in mehr als 200 Projekten innerhalb der vergangenen 12 Jahre.
Die mangelnde Integration des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in die strategische Ausrichtung bzw. das Zielsystem des Unternehmens folgt nicht zuletzt auch aus dem Umstand heraus, dass seine Einführung in der überwiegenden Vielzahl der Fälle mithilfe der Begleitung durch externe Berater (u.a. Spezialisten der Krankenkassen) erfolgt und dies mangels vorhandener interner Kompetenzen berechtigterweise erfolgen muss. Die daraus resultierende Notwendigkeit vertraglicher Festlegungen dieser Zusammenarbeit ist dann jedoch oftmals um eine vorrangig sehr klare Abgrenzung des vonseiten des Beraters zu erfüllenden Auftrags bemüht, mit der Gefahr, im Bestreben diesbezüglich gewünschte Abgrenzungen einzelner Aufgaben und Maßnahmenpakete zu erreichen, von Beginn an bei der Arbeit an und mit Partialkonzepten stehenzubleiben. Die damit verbundene Begrenzung der Tragweite des entsprechenden Vorgehens kann in seiner Konsequenz dazu führen bzw. beitragen, dass eine Wirkung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf und für das gesamte Unternehmen weder real erreicht noch überhaupt grundlegend im Bewusstsein von Führungskräften und Mitarbeitern verankert wird. Auch stellt die aktive Einbindung der obersten Führungsebene unter den genannten Voraussetzungen ebenso wenig eine erforderliche Voraussetzung ihres Funktionierens dar wie die Vernetzung entsprechender Aspekte Betrieblicher Gesundheitsförderung - denn von einem Gesundheitsmanagement kann in der benannten Form nur schwer gesprochen werden - mit der strategischen Ausrichtung des Unternehmens.

Als vergleichbar problematisch ist das konträre Vorgehen zu konstatieren, dass sich durch eine extreme „Offenheit“ bzw. mangelnde Spezifität im Zuge der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements auszeichnet, die auf Basis einer umfassenden Analyse als alleinigen Einstieg in die Zusammenarbeit des Einführungsprozesses eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements jegliche verbindliche Aussagen zum weiteren Prozess ausklammert. Die bestehende Unsicherheit der Unternehmen, welcher Aufwand mit der Einführung eines

Gesundheitsmanagements tatsächlich auf sie zukommt, sowie die Angst, nur schwer erfüllbare Bedürfnisse in der Belegschaft zu wecken oder grundlegend mit weiteren Kosten aufgrund notwendiger Veränderungsbedarfe konfrontiert zu werden, gehören dabei beispielhaft zu den Gründen für die benannten Probleme. Weitere Erklärungen für diese finden sich jedoch auch in vorhandenen Ängsten um den Verlust von Einfluss und Macht aufseiten der Führungsebene, die u.a. durch die Öffnung interner Diskussionen um Probleme bzw. Verbesserungspotenziale im Zuge der Analysephase befürchtet werden. Nicht zuletzt können derartige Befürchtungen aus persönlich wahrgenommener Überforderung einzelner Führungskräfte herrühren, hervorgerufen bzw. verstärkt durch unklare Aussagen der Unternehmensleitung zu Zielsetzung und entsprechenden Rahmenbedingungen des Vorhabens der Einführung des Gesundheitsmanagements. Optional bereits bestehende offene Fragen bzw. Unklarheiten zur Wahrnehmung der Führungsrolle und des Selbstverständnisses als Führungskraft können sich somit insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements nochmals potenzieren. Dies ist verbunden mit den daraus resultierenden negativen Folgen für den weiteren Prozessverlauf, wenn bei der für diesen so zentralen Gruppe der Führungskräfte die notwendige Unterstützung nicht in vollem Umfang geleistet wird bzw. werden kann oder sich im negativsten Falle sogar eine Abwehrhaltung gegen das Gesundheitsmanagement etablieren sollte.

Die besonders in Klein- und Mittelständischen Unternehmen gänzlich fehlende bzw. nur rudimentär vorhandene strategische Ausrichtung des Unternehmens, in Verbindung mit einer entsprechend gelebten Aufbau- und Ablauforganisation und dem damit verbundenen mangelnden Einsatz aktueller Managementsysteme, tritt als häufig zu beobachtendes weiteres Problem zutage. So scheint gerade hier die vorfindbare Organisation eher auf „gewachsenen“ denn auf im Zuge kontinuierlich reflexiver Planung und strategischer Ausrichtung des Unternehmens gestalteter Strukturen zu basieren. Das erschwert die Einführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vor dem Hintergrund der benannten Rahmenbedingungen entsprechend zusätzlich.

*Abschnitt III: Theoretische Bezugssysteme zur Analyse der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*

# 6 Veränderungsprozesse in Organisationen – zentrale theoretische Zuflüsse zur Reflexion der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

## 6.1 Einführung

Die Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist den vorangegangenen Ausführungen zufolge auch als Reaktion auf innere und äußere Wandlungstendenzen der Unternehmensumwelt zu verstehen. In diesem Sinne stellt es notwendigerweise sowohl einen Part als auch selbst einen Akt der Veränderung resp. der Entwicklung der Organisation dar und fokussiert dabei sowohl auf die Förderung des gesundheitlichen Verhaltens der Mitarbeiter als auch dessen flankierenden und beeinflussenden Verhältnisse innerhalb - und idealiter auch außerhalb - der Organisation.

Vor dem Hintergrund der Frage nach dem vermeintlich wirksamsten und angemessensten Vorgehen, um Gesundheitsmanagement in Organisationen zu integrieren, ist damit zwangsläufig die Aufforderung verbunden, sich eingehender mit entsprechenden Ansätzen und Modellen der Gestaltung bzw. gar des Managements von Entwicklung und Veränderung in Organisationen auseinanderzusetzen. Für die Darstellung relevanter Theoriezuflüsse im Zusammenhang der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements wird deren enge Verzahnung mit Ansätzen der Organisationsentwicklung sowie dem organisationalen Lernen als in Fachkreisen etabliert verstanden (u.a. Pelikan u.a. 1993; Ritter 2003; Rudow 2004). Beide Ansätze sind folglich in den weiteren Ausführungen an passender Stelle zu integrieren. Der Ansatz der Organisationsentwicklung soll dabei vorrangig der Illustration eines perspektivischen Praxisbezugs der Anwendung nachfolgender Darstellungen der Theorie der Strukturierung nach Giddens dienen, während der Ansatz des organisationalen Lernens in Punkt 8 eine deutlich stärkere Berücksichtigung erfährt.

Ist - wie bereits ausgeführt - Gesundheit als multifaktoriell beeinflusst zu verstehen, gilt dies selbstverständlich auch für das Betriebliche Gesundheitsmana-

gement. Sich mit dessen Einführung in Organisationen auf einer theoretisch fundierten Basis auseinanderzusetzen, die es gleichfalls zwingend erlauben soll, den Praxisbezug nicht lediglich erkennen sondern sehr konkret herstellen zu können, erfordert eine bewusste Auswahl der hiefür zu nutzenden Theorien. Einerseits ist es erforderlich den Prozesscharakter der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement zwischen organisationalen und interpersonalen Bedingungen und damit zwischen Struktur und Interaktion zu berücksichtigen, die sich selbstverständlich auch auf der personalen Ebene auswirken, wie sie gleichfalls durch diese mit beeinflusst werden. Andererseits gilt es insbesondere auch ökonomische Gesichtspunkte bei der Implementierung eines Gesundheitsmanagements zu beachten, die für die heutige Arbeitswelt als deutlich dominant verstanden werden müssen und sich somit jedwede Veränderungsabsicht immer auch mit der Frage ihrer erwartbaren Kosten bzw. Störungen für den originären Produktions-/Dienstleistungsprozess auseinandersetzen muss. Die für ein Gesundheitsmanagement per se zu fordernde Nachhaltigkeit ist damit zwangsläufig auch bereits in ihrem Implementierungsprozess mit der Forderung nach einer hohen Effizienz und also möglichst geringen Störungen und Reibungsverlusten konfrontiert.
Die „Theorie der Strukturierung“, wie sie durch Giddens erstmals 1984 vorgelegt wird, fokussiert explizit auf das genannte Spannungs- bzw. Handlungsfeld zwischen Struktur und Interaktion und offenbart in ihrer Adaptionsmöglichkeit auf Organisationen sowie ihrem Verständnis nach als interdisziplinärer Sozialwissenschaft (Joas 1997, in: Giddens 1997, S.11) sowohl einen deutlichen Praxisbezug als auch Integrationspunkte zu ihrer Verzahnung mit weiteren Theorien und Ansätzen. Wie angedeutet sind diesbezüglich im Rahmen dieser Arbeit vorrangig die Organisationsentwicklung sowie das organisationale Lernen zu nennen, aber auch die deutliche Kompatibilität zur Neuen Institutionenökonomik und damit der geforderten ökonomischen Orientierung hervorzuheben. Für die Neue Institutionenökonomik kann - mindestens im Zusammenhang mit einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement - per se ein vergleichbar hoher Bekanntheitsgrad nicht unterstellt werden, so dass ihre Darstellung folglich das notwendige Mehr an Raum erhält.

Ausgehend von einer einführenden Orientierung in der Darstellung des für die Strukturationstheorie als grundlegend zu verstehenden Modells der „Dualität

von Struktur“ werden ihre Eckpfeiler nachfolgend sukzessive entwickelt. Ziel ist es, sowohl ein Verständnis der Theorie als auch ihrer konkreten Anknüpfungspunkte an zentrale Aspekte der Organisationsentwicklung zu eröffnen und damit ihre besondere Relevanz für die Fragestellung der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements nachvollziehbar darzulegen. Das Modell der Strukturationstheorie wird diesbezüglich die Analysedimensionen zur Reflexion des Implementierungsprozesses eines Gesundheitsmanagements liefern, die weitergehend unter Rückgriff auch auf die Neue Institutionenökonomik bearbeitet werden.

## 6.2 Ein Grundmodell der Konstitution von Organisationen aus Strukturationstheoretischer Perspektive

Wenn Veränderungen innerhalb und außerhalb einer Organisation zu einem festen Bestandteil ihres Alltags werden, wird die aktive Auseinandersetzung mit diesen zu einer zentralen organisationalen Aufgabe. Dies geschieht entweder in Form eines deutlichen „Reaktionsdrucks“, der die zwingende Notwendigkeit der organisatorischen Anpassung an sich bereits vollzogene bzw. fortgeschrittene Veränderungen beschreibt oder, diesem diametral entgegengesetzt, als Aufgabe der Antizipation von Wandlungstendenzen, verstanden als „Vorwegnahme“ optionaler Entwicklungen der inneren und äußeren Umwelt, die einer dieser konkret vorgezogenen und entsprechend vorbereitenden Gestaltungsleistung entspricht (vgl. Arnold/Bloh 2003; Schubert 1999; Arnold 1997).

Unter der Prämisse, dass die Strukturen bzw. Grenzen einer Organisation als durchlässig zu verstehen sind und damit eine konkrete Austauschbeziehung zwischen ihrer internen und externen Umwelt unterstellt werden muss, die zugleich erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Organisation zeitigt, wird der Umgang mit bzw. das Managen von Veränderungen zu einer zentralen Führungsaufgabe. „*Veränderungsmanagement* bezieht sich auf den *Prozess* der *kontinuierlichen* Planung und Umsetzung von Veränderung, die von *zentralem Interesse* für den Erfolg von Organisationen sind“ (Herv. i. Org.) (Schubert 1999, S.12). Der Autor betont weitergehend die ganzheitliche Betrachtungsweise, den Einbezug verhaltenswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie insbesondere die Prozessorientierung als zentrale Kennzeichen des Verän-

derungsmanagements, das sich inhaltlich von der „...langfristigen Veränderung von Unternehmens- und Organisationskulturen über die Umsetzung komplexer strategischer Konzepte bis zur Durchführung von spezifischen Maßnahmen, (...) im organisatorischen, technischen oder personellen Bereich ...“ (Schubert 1999, S.12f.) erstrecken kann. Entsprechend ist es aus Sicht sowohl der Organisationsentwicklung als auch der Strukturationstheorie von zentraler Bedeutung, „...Individuum, Organisation, Umwelt und Zeit in ihren Wechselwirkungen und Systemzusammenhängen...“ (Becker/Langosch 1990, S.96) zu beachten: „Änderungen der Organisationsstruktur sind nicht ohne Änderungen der Organisationsmitglieder möglich...“ (Becker/Langosch 1990, S.18). Damit ist selbstverständlich ebenfalls der Umkehrschluss anzumahnen und hervorzuheben, dass die Abhängigkeit beider Ebenen als eine wechselseitige verstanden werden muss.

Die Strukturationstheorie nach Giddens schließt an den obigen Ausführungen an und folgt der Frage, was als ausschlaggebend für die Strukturierung sozialer Systeme verstanden werden kann. Grundlegend dafür ist zunächst das Verständnis, dass soziale Systeme in Interaktionsprozessen produziert bzw. reproduziert werden, was bereits deutlich macht, dass sie weder als an sich gegeben noch in einer eindeutig determinierten Art und Weise herstellbar bzw. veränderbar verstanden werden können. Vielmehr gilt der Fokus der Betrachtung der sich in Interaktionsprozessen vollziehenden Handlungen der Akteure, die Giddens bewusst als „situierte Akteure“ bezeichnet, welche sich in verschiedenen Handlungskontexten bewegen und innerhalb dieser auf Regeln und Ressourcen für ihr Handeln beziehen (Giddens 1997, S.77). Grundsätzlich wendet sich die Strukturationstheorie damit gegen die Vorstellung, dass das Handeln der Akteure lediglich als Ergebnis aus von diesen weder verstandener noch kontrollierbarer Kräfte zu betrachten ist (Giddens 1997, S.29). Stattdessen betont Giddens die Wirksamkeit der sich in Interaktionen offenbarenden „Dualität von Struktur“, gemäß derer die Vermittlung zwischen der Bewusstheit der Akteure mit den strukturellen Momenten sozialer Systeme in den Fokus der Strukturationstheorie tritt (Giddens 1997, S.81). In diesem Sinne sind nicht nur die Individuen als „situierte Akteure“ zu verstehen, sondern selbstverständlich gilt es auch ihre sozialen Interaktionen als entsprechend situiert zu betrachten, was bedeutet sie im Zusammenhang und damit konkret im Verhältnis zu den „Orten“

zu verstehen, durch die hindurch ihre Alltagsaktivitäten koordiniert werden (Giddens 1997, S.39). Beziehen sich die handelnden Akteure in ihren Aktivitäten fortwährend auf diesen „Bezugsrahmen“, um sich sowohl zu orientieren als auch im Rahmen kommunikativer Prozesse der Sinnhaftigkeit des eigenen sowie fremden Handelns zu vergegenwärtigen, wird darin die „Dualität der Struktur“ erkennbar.

Ob die Einführung eines Gesundheitsmanagements als nachhaltig und damit erfolgreich bewertet werden kann, muss sich folglich immer an dessen Verankerung in den organisationalen Strukturen und den Interaktionsprozessen der handelnden Akteure orientieren, was mindestens die Akzeptanz des Gesundheitsmanagements bei zentralen „organisationsinternen Einflussgruppen“ (Hanft 1998, S.19) voraussetzt und auf eine damit vollzogene Legitimierung desselben verweist. Existieren Systeme dem Verständnis der Strukturationstheorie entsprechend nur mittels Formen sozialen Verhaltens handelnder Akteure, die diese immer wieder reproduzieren, verweist dies darauf, dass die handelnden Akteure einerseits zentrale Strukturmomente des Systems akzeptieren und selbstverständlich vorausgehend „verstanden“ und handlungsleitend „interpretiert“ haben müssen, oder aber ausschließlich der Versuch unternommen wird, eine angestrebte Ordnungsbildung über die Etablierung von Herrschaftsstrukturen und Machtmitteln durchzusetzen.
Weder die eine noch die andere Variante wird seitens der Strukturationstheorie als alleinig gangbarer Weg aufgefasst. Vielmehr vollzieht sich die bereits mehrfach genannte Produktion, im Sinne durchaus einer Veränderung von sozialen Systemen zu verstehen, als auch ihre Reproduktion, als der Erhalt sozialer Systeme durch die kontinuierliche Anwendung und Bestätigung bestehender Strukturmomente und also ihrer „Wiederherstellung“, immer im Rahmen eines komplexen Zusammenspiel von Strukturen und Interaktionsprozessen. Letztgenannte sind dabei als den Strukturen sowohl inhärent wie auch rekursiv auf diese wirkend zu verstehen, was nochmals eindringlich die bestehenden Interdependenzen zwischen beiden betont. Die Strukturationstheorie richtet in diesem Zusammenspiel ihr Augenmerk auf die Prozesse und insbesondere deren Determinanten, die sich innerhalb der beiden Ebenen der Struktur und Interaktion als wirksam und damit fundamental für den Erhalt als auch die Entwicklung einer Organisation erweisen, ohne dabei einer der beiden eine deutlich stärkere

Gewichtung beizumessen. „In und durch ihre Handlungen reproduzieren die Handelnden die Bedingungen, die ihr Handeln ermöglichen“ (Giddens 1997, S.52), wobei der Sprache und den kognitiven Fähigkeiten der Akteure eine ebenso große Relevanz beizumessen ist, wie dies für Routinen gilt, die Giddens als „...Grundelement des alltäglichen sozialen Handelns“ (Giddens 1997, S.36) begreift.

In Anlehnung des seitens Giddens vorgelegten Modells zur Dualität von Struktur folgt die Arbeit weiterhin dem veränderten Modell von Hanft (1998, S.21), welches die bisherigen und nachfolgend weiter auszuführenden Darlegungen nochmals pointierter darstellt und für die Zielsetzung der vorliegenden Arbeit nutzbar macht. Mit der Betonung, Interaktionen als Handeln zu begreifen, das mittels in Kommunikationsprozessen erfolgenden „Situationsdefinitionen und –interpretationen“, unter Wirkung von Machtsystemen und „im Zeitablauf veränderbaren Werte- und Normensystemen“ beeinflusst werden (Hanft 1998, S.21), eröffnet die Autorin einen konkreten Bezugsrahmen zur Analyse der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, der sowohl als theoretisch fundiert als auch praxisorientiert zu akzeptieren ist (siehe Abb. 9).

| Struktur | | |
|---|---|---|
| Kognitive Ordnung | Herrschaft | Legitime Ordnung |
| Deutungsschemata | politische und ökonomische Machtmittel | Werte und Normen |
| Kommunikation | Macht (Mikropolitik) | Sanktion |
| Interaktion | | |

Abb. 9: Modell der Dualität von Struktur
Quelle: Hanft 1998, S.21, nach Giddens 1988, verändert

### 6.2.1 Handlungskontext Organisation: Struktur und Strukturierung

Wie in Bezugnahme auf Giddens bereits dargelegt wurde, ist ein Verständnis von Strukturen als etwas dem menschlichen Handeln rein äußerliches und mit der Absicht einer zielorientierten Verhaltens- bzw. „Möglichkeitsbeschränkung“

bewusst konzipiert und vorgegebenes Konstrukt nicht zulässig (Giddens 1997, S.68). Werden Organisationen zunächst grundlegend als Handlungs- und Interaktionskontext menschlicher Akteure verstanden, so ist dieser Aussage zuzustimmen und sie sogleich mit der Fragestellung nach diesbezüglich notwendiger Differenzierungen zu ergänzen. Einerseits hinsichtlich des Blickes auf Strukturen, die im Sinne einer definierten Aufbauorganisation, eines vorliegenden Organigramms und zugehöriger Festlegungen zu Produktionsprozessen, Dienstwegen, Arbeitsrichtlinien usw. einen bewusst geplanten Handlungskontext repräsentieren, der in der Planung und Gestaltung räumlich-materieller Bedingungen seine Ergänzung findet. Andererseits dem Verständnis von Organisationen als sozialen Systemen folgend, deren sie determinierende Interaktionen menschlicher Akteure sich im Rahmen der genanten organisationalen Strukturen vollziehen, ohne jedoch eindeutig und ausschließlich durch diese in Verlauf, Ergebnis und optional weiterreichenden Folgen festgelegt werden zu können. Giddens stellt erklärend fest, dass „soziale Systeme als reproduzierte Praktiken, weniger Strukturen haben, als sie vielmehr »Strukturmomente« aufweisen,...“ (Herv. i. Org.) (Giddens 1997, S.69).

Giddens weist eindeutig darauf hin, dass Strukturen folglich keineswegs nur als beschränkende sondern vielmehr auch als ermöglichende Einflüsse und Bedingungen anzusehen sind. Er versteht Strukturen dabei als in Institutionen eingelagerte Regeln und Ressourcen, welche seitens der handelnden Akteure wahrgenommen, im Zuge ihrer Handlungen und Interaktionen zur Orientierung und Erklärung derselben genutzt und in diesem Prozessverlauf „reproduziert“ werden, als sie optional auch in diesen angepasst, verändert und damit wiederum als gültige Institutionen „produziert“ werden (Giddens 1997, S.75f).
Zentral für Institutionen, als Ausdruck von sich in Regeln und Ressourcen gleichermaßen abbildenden Strukturmomenten des Handlungs- und Interaktionskontextes von Organisationen ist ihre fortlaufende Reproduktion, die sich in und durch Interaktionsprozesse der handelnden Akteure vollzieht, welche selbst durch den organisationalen (Struktur-)Rahmen beeinflusst, diesen wiederum „aufnehmend mitgestalten“. Damit sind „...Strukturmomente sozialer Systeme sowohl Medium wie auch Ergebnis der Praktiken, die sie rekursiv organisieren“ (Giddens 1997, S.77).

Verschiedenes wird in den bisherigen Ausführungen erkennbar: in den Prozessen der Reproduktion wie auch Produktion von Strukturen bzw. Institutionen spielt die „organisationale Vergangenheit“ - Giddens spricht hierbei von Geschichte (Giddens 1997, S.292ff), während im weiteren Verlauf dieser Arbeit dem Begriff der „Pfadabhängigkeit“ von Veränderungsprozessen in Organisationen der Vorzug gegeben wird - offensichtlich ebenso hinein, wie dies für eine erwünschte bzw. erwartete Zukunft gilt. Ein Zusammenhang der an späterer Stelle nochmals aufgegriffen werden wird und direkt in Verbindung auch mit Fragen der „kognitiven Ordnung“ (siehe Abb. 9) und damit den Deutungsschemata sowie vorhandenem Wissen der betrieblichen Akteure steht. Der letztgenannte Aspekt verweist deutlich auf die bestehenden Interdependenzen und die im Hinblick auf beabsichtigte Veränderungsprozesse in einer Organisation zu reflektierende Passung der organisationalen Strukturen mit den auch im Rahmen des informellen Systems wirksamen Strukturmomenten, was konkret auf die Verflechtung der jeweilig wirksamen Regeln und Ressourcen des formellen und informellen Systems und der durch sie (mit)gestalteten Handlungs- und Interaktionskontexte verweist. Diese sind nochmalig in die Ebenen der Gesamtorganisation und die innerhalb dieser sowohl vorhandenen „Regionen“, als Räume wie auch Zeitzonen, die sich aus verschiedenen „Orten“ zusammensetzen und mit je spezifischen Strukturmomenten auf das soziale Verhalten der Akteure wirken (Giddens 1997, S.164ff) als auch mit diesen optional verbundenen sowie unabhängig von diesen bestehenden Subsystemen zu unterscheiden, zu denen unter anderem Abteilungen, Arbeitsbereiche aber auch bestimmte Gruppen, wie z.B. die Mitarbeitervertretung zu zählen sind. Sehr eindringlich erklärt sich hierin die Bedeutung der Aussage Giddens, dass es sich bei jeder sozialen Interaktion um eine in Raum und Zeit situierte handelt (Giddens 1997, S.140) und damit deren je spezifische Rahmungen notwendigerweise auch hinsichtlich der Realisierung von Veränderungsprozessen zwingend angemessen und das bedeutet unter anderem hinsichtlich ihrer organisationalen Strukturen, den real wirksamen Strukturmomenten und insgesamt ihrer Einbettung in die je eigene Geschichtlichkeit bzw. „Pfadabhängigkeit“ aufgenommen werden müssen.

Steht also, wie Giddens anschaulich einführt, die Strukturierung sozialer Systeme in direktem Zusammenhang mit ihrer Produktion und Reproduktion in In-

teraktionszusammenhängen (Giddens 1997, S.77), so sind die diesbezüglich vorhandenen Regel und Ressourcen, als den beiden wesentlichen Komponenten und im weitesten Sinne „Wirkungen“ von Strukturen im Hinblick auf das Handeln der Akteure von besonderer Relevanz. Als strukturierende Eigenschaften von Regeln bezeichnet Giddens grundlegend ihre Bedeutung für die „...Formierung, Aufrechterhaltung, Beendigung und Neuformierung von Begegnungen...“ (Giddens 1997, S.75) und fasst sie diesbezüglich als normative Elemente wie auch Signifikationscodes auf (Giddens 1997, S.45), während er Ressourcen in autoritative und allokative unterscheidet. Autoritative Ressourcen resultieren aus der Koordination des Handelns der Akteure und beziehen sich auf „...Typen des Vermögens zur Umgestaltung, die Herrschaft über Personen oder Akteure generieren“ (Giddens 1997, S.86), während sich allokative Ressourcen auf selbiges Vermögen hinsichtlich materieller Phänomene, Güter und Objekte beziehen (Giddens 1997, S.86). Stehen vor diesem Hintergrund die Prozesse der Strukturbildung im Zentrum des Interesses der Strukturations- theorie, so fokussiert diese damit auf die Wirkungsweisen und Zusammenhänge vorhandener und idealiter gemeinsamer Regeln der Akteure und der jeweiligen Verteilung der Ressourcen, die als Strukturen immer in Verbindung mit ihren Bezugsrahmen zu sehen sind, als den Orten der Interaktion und den darin situierten Akteure. Letztgenanntes muss bezogen werden auf die Situierung der Akteure im konkreten örtlichen Bezugsrahmen als auch weitergehend auf ihre je spezifische „Positionierung“ im persönlichen Lebenslauf und Lebenszusammenhang, einschließlich der je spezifischen „sozialen Identitäten“, die in direkter Kopplung mit den vorhandenen sozialen Bedingungen und Formen sozialer Interaktion zu sehen sind (Giddens 1997, S.38). Giddens bezieht damit weitere Strukturmomente ein, die insbesondere im Zusammenhang der nachfolgend auszuführenden Fragen der Bedeutung von Bewusstsein, Wahrnehmung und Deutungsschemata der Akteure im Zusammenhang sozialer Systeme und damit auch der Konstitution von Organisationen von Relevanz sind. Dass die persönliche Biografie, die aktuellen Lebensumstände und selbstverständlich auch das Lebensalter der Akteure gleichfalls aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht von zentraler Bedeutung für Leistungsfähigkeit, Wohlbefinden und Gesundheit sind, lässt die Relevanz der Strukturationstheorie für die Fragestellung der Implementierung eines Gesundheitsmanagements nochmals deutlich erkennbar werden: „Die Strukturmomente sozialer Systeme existieren nur insofern, als For-

men sozialen Verhaltens über Raum und Zeit hinweg permanent reproduziert werden“ (Giddens 1997, S.34).

### 6.2.2 Bewusstsein, Wahrnehmung und soziale Interaktion

Können sich Regeln und Ressourcen in ihrer Ausprägung und Orientierungsfunktion zwischen den Ebenen der Gesamtorganisation und ihrer Subsysteme und damit verbunden auch zwischen dem formellen und informellen System einer Organisation deutlich differenziert darstellen, so hängt dies sehr eindringlich mit der Feststellung Giddens’ zusammen, dass Struktur, unabhängig vom Wissen, das die Akteure von ihrem Alltagshandeln haben, keine Existenz an sich besitzt (Giddens 1997, S.79). Vielmehr verfügen Menschen hinsichtlich ihrer Lebenswelt(en) über ein ausgeprägt hohes Maß an Wissen, das sich auf gültige Konventionen sowie situativ erwartetes, angemessenes als auch wirksames Verhalten bezieht (Giddens 1997, S.335), das in ihre Handlungen „einfließt“ und sie darüber wiederum die Bedingungen reproduzieren lässt, die ein entsprechendes Handeln ermöglichen (Giddens 1997, S.79). Insbesondere die Bedeutung von Regeln, für die Konstitution von Sinn sowie der Sanktionierung sozialer Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der dem Handeln zugrunde liegenden Wahrnehmungen und Deutungsschemata der betrieblichen Akteure wird vor diesem Hintergrund sehr deutlich. Gleichzeitig verbunden jedoch mit den allen Strukturen ebenfalls inhärenten Ressourcen und damit der Frage, wie weit sich Akteure dieser Ressourcen bewusst sind und wie weit sie diese aufnehmen, um das soziale System gemäß eigener Intention zu nutzen, zu beeinflussen oder gar zu steuern.

Die notwendige Bewusstheit über das System und seine ermöglichenden wie auch begrenzenden Rahmungen ist damit deutlich verbunden mit dem erforderlichen Bewusstsein der Akteure, über die ihrem Handeln zugrunde liegenden Ziele und den konkreten Wirkungen ihres Handelns, im jeweiligen Kontext des sozialen Systems. Giddens unterscheidet diesbezüglich das praktische vom diskursiven Bewusstsein und integriert damit sinngemäß die Kompetenz der Akteure, sich angemessen in verschiedenen Kontexten bewegen zu können und sich diesbezüglich der eigenen sowie der kontextualen Rahmungen bewusst zu sein. Im praktischen Bewusstsein dergestalt, dass Reize der Umgebung ange-

messen wahrgenommen und der Akteur sein Verhalten entsprechend reflexiv steuern kann, ohne dabei die beeinflussenden äußeren Umstände dabei notwendigerweise komplex verbalisieren und / oder erklären zu können, während genau hierauf das diskursive Bewusstsein abhebt und die Fähigkeit des Akteurs in den Blickpunkt rückt, „...Sachverhalte in Worte fassen zu können“ (Giddens 1997, S.95). Neben Aspekten und Prozessen der Wahrnehmung ist hierin deren enge Verzahnung mit den dem Akteur inhärenten Erfahrungen und damit auch seiner Wahrnehmungs- und Deutungsschemata als Grundlage seiner Orientierung und seines Handelns erkennbar. Die an späterer Stelle dieser Arbeit immer wieder als bedeutsam für reibungslose Abläufe in Organisationen benannte Orientierungsfunktion von sowohl Strukturen als insbesondere auch dem Verhalten von Führungskräften ist damit als eng gekoppelt mit Prozessen der Wahrnehmung sowie vorhandenen Einstellungen und Verhaltensmöglichkeiten der betrieblichen Akteure zu verstehen, womit auch diese selbst als zu bearbeitende „Rahmungen“ bzw. Einflussfaktoren für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements offensichtlich werden. Giddens Hinweis, dass mittels vorhandener Wahrnehmungsschemata „...die Zeitlichkeit der Erfahrung fortwährend verarbeitet wird“ (Giddens 1997, S.97) und dieses wiederum das Handeln beeinflusst, welches rekursiv auf die Strukturen der Organisation wirkt, wird in der Organisationstheorie vergleichbar im Aspekt der Differenzierung zwischen den tatsächlich gelebten „theories in use“ und den offiziellen Haltungen und Werten der Organisation aufgenommen, die sich in den sog. „espoused-theories“ offenbaren (Ritter 2003, S.117). Für die „Konstitution einer Organisation“ und die Absicht der Einführung eines Gesundheitsmanagements sind jeweils beide in ihren Wechselwirkungen zu beachten und zu bearbeiten. Die Dimension Kommunikation und Lernen ist für einen entsprechenden Entwicklungsprozess im Spannungsfeld zwischen Struktur und Interaktion dabei ebenso angesprochen, wie diejenige der Macht und Führung und die der Werte und Normen (vgl. Abb. 9).

Der Begegnung und also der Interaktion der betrieblichen Akteure ist für die Frage der Konstitution einer Organisation ganz offensichtlich ein bedeutender Stellenwert beizumessen. Im organisationalen Kontext ist notwendigerweise davon auszugehen, dass für einen Großteil dieser Interaktionen eine Routine zu unterstellen ist, die - neben den organisationalen Notwendigkeiten - auch einem

Bedürfnis der Akteure nach einer grundlegenden Kontinuität ihrer Objektwelt entspricht, innerhalb der sie sich mit und jeweilig in ihren spezifischen Handlungskontexten verbunden fühlen (Giddens 1997, S.111ff). Insbesondere für solche Routinen ist die Wirksamkeit des praktischen Bewusstseins als ein sich vergleichbar automatisch vollziehender Handlungsansatz der Akteure zu verstehen, der eine nicht weitergehend zu Hinterfragende Orientierung und Sicherheit bezüglich des eigenen als auch des Verhaltens der anderen Akteure ermöglicht. Die normalen Routinen aufzulösen oder „vorsätzlich anzugreifen“ bedeutet „...den Menschen seiner anerzogenen Reaktionen, die mit der Sicherheit der Körperbeherrschung und einem vorhersehbaren Rahmen des gesellschaftlichen Lebens verbunden sind“ (Giddens 1997, S.115) zu berauben und damit nicht nur Vertrauen aufzulösen sondern auch Wirkung auf die Konstitution von Organisationen zu erzeugen. Vereinfacht ausgedrückt tragen als weitestgehend konstant wahrgenommene Rahmenbedingungen und die sich innerhalb ihrer Grenzen vollziehenden Routinen ganz zentral zum Erleben von Stabilität und Handlungssicherheit aufseiten der Akteure bei. Ritter führt diesbezüglich aus, dass es die Kommunikation von sinnhaft aufeinander bezogenen Individuen ist, durch die sich Organisationen produzieren bzw. durch die sie überhaupt existieren (Ritter 2003, S.116) und entspricht darin dem oben genannten und der Erkenntnis, dass sich betriebliche Akteure in ihrem Arbeitsalltag in „situationsspezifischen Interaktionskontexten“ begegnen und die Stabilität organisationaler Formen gleichsam mit diesen Begegnungen verwoben ist (Giddens 1997, S.116ff).

Ist die Relevanz von sozialen Interaktionen bzw. „Begegnungen“ für die soziale Reproduktion von Organisationen offensichtlich, gilt es, in Entsprechung der Differenzierung in das formale und das informelle System - sowie in die „theories in use“ einerseits und die „espoused theories“ andererseits - auch das Faktum der „Begegnung“ von Akteuren in Organisationen nochmals zu unterscheiden. Giddens vollzieht dies sowohl anschaulich als auch praktikabel, wenn er zwischen „losen Zusammenkünften“ und „sozialen Ereignissen“ unterscheidet (Giddens 1997, S.123ff). Beide wirken auf die betrieblichen Akteure, ihre Wahrnehmung, ihre Deutungsschemata und ihre Handlungen, wobei den „sozialen Ereignissen“ ein stärker formalisierter Kontext zuzuschreiben ist, innerhalb dessen sich bestimmte Verhaltensmuster als angemessen und offiziell anerkannt etabliert haben, während den „losen Zusammenkünften“ die konkrete gegensei-

tige Beeinflussung im Zusammenspiel von Akteuren und Kontextbedingungen zuzusprechen ist, ohne ihr zwingend eine offiziell begleitende Steuerungs- bzw. Gestaltungsabsicht zu unterstellen. In beiden Begegnungsarten wird die Dualität von Struktur (Regeln und Ressourcen) für die Akteure konkret erfahrbar, interpretierbar und damit schlussendlich im organisationalen Kontext wirksam, was nochmals eindringlich die Bedeutung der Routinisierung gerade für die flüchtigen bzw. inoffiziellen „losen Zusammenkünfte“ hinsichtlich der Sicherstellung der „...Bindung der flüchtigen Begegnung an die soziale Reproduktion...“ (Giddens 1997, S.125) und damit Stabilität der Strukturen des sozialen Systems hervorhebt. Ein deutliches Auseinanderfallen sozialer Praktiken und der ihnen seitens der betrieblichen Akteure zugrunde liegenden Wahrnehmungen und Deutungsschemata innerhalb als auch zwischen beiden „Begegnungsformen“ ist damit schnell als für möglichst reibungslose Abläufe[3] innerhalb der Organisation, bis hin zur grundlegenden Stabilität ihrer Strukturen problematisch zu erkennen.

Die Rahmung der Begegnungen betrieblicher Akteure spielt ganz offensichtlich für die organisationalen Strukturen, ihre Stabilität als natürlich auch die Frage ihrer Veränderung im Rahmen von Entwicklungsprozessen eine gewichtige Rolle. Kann der Begriff der Rahmung verstanden werden als das Vorhandensein einer Ordnung von Aktivitäten und Bedeutungen mittels derer eine grundsätzliche Orientierungsfähigkeit und konkret Orientierungsleistung der Akteure sichergestellt werden soll (Giddens 1997, S.141), so nimmt der Aspekt der Routinisierung sowohl bezüglich konkreter Verhaltensweisen als auch der diesen zugrunde liegenden Wahrnehmungen und weiterhin „Bewusstseinszuständen“ der Organisationsmitglieder eine bedeutende Rolle ein. So liegt betrieblichen Routinen, als der „...vorherrschenden Form der sozialen Alltagsaktivität“ (Giddens 1997, S.336) vorrangig der Sicherheit und Stabilität ausdrückende Automatismus des praktischen Bewusstseins zugrunde, womit sich die betrieblichen Akteure weiterhin als „bewusst handelnde Subjekte“ darstellen, ohne jedoch die Gründe ihres Handelns - sich selbst oder anderen gegenüber - notwendigerweise zu rationalisieren und „diskursiv beschreiben“ zu müssen (Giddens 1997, S.335). Der Routinisierung kommt damit eine Ordnungsbildende Wirkung zu, die in Organisationen immer auch mit den „sozialen Positionen“ der Interakti-

[3] siehe hierzu weitergehend die folgenden Ausführungen zur Neuen Institutionenökonomik.

onspartner verbunden ist, welche die mit dieser verbundenen Rollenerwartungen sowie zugehörigen Rechte und Pflichten beinhalten (Giddens 1997, S.143f). Sind diese keineswegs als unveränderlich und damit unhinterfragt überdauernd stabil anzusehen, leisten sie dennoch ihren Beitrag zur Sicherstellung einer grundlegenden Stabilität sozialer Systeme, die als solche immer wieder herzustellen ist.

Wahrnehmungen, Handlungen und die diesen zugrunde liegenden Deutungsschemata aus dem praktischen Bewusstsein, welches selbstverständlich seine positive Funktion bzgl. der angesprochenen „Reibungslosigkeit von Abläufen“ in Organisationen hat, der Rationalisierung zugänglich zu machen und also in das diskursive Bewusstsein zu heben, bedeutet den betrieblichen Akteure die Bedingungen und Eigenschaften ihres sozialen Systems bewusst zu machen, das sie durch ihr Handeln reproduzieren als auch optional produzieren (Giddens 1997, S.144). Ob und wieweit die betrieblichen Akteure die Bedingungen der Systemreproduktion (Giddens 1997, S.145) durchschauen, was gleichsam die Fragestellung beinhaltet, wieweit ihnen ein „Durchschauen“ derselben überhaupt grundlegend ermöglicht und sie weitergehend in diesem Prozess unterstützt werden, hängt deutlich zusammen mit dem Zugang zu vorhandenem Wissen, welcher den Akteuren eröffnet wird und den Rahmungen der Verstehbarkeit, Anwendbarkeit und grundlegend selbstverständlich Gültigkeit des Wissens innerhalb des sozialen Systems und seiner Interaktionskontexte. Angesprochen sind damit ganz offensichtlich nicht nur Grundlagen der Sammlung und Aufbereitung von Wissen sondern ebenso dessen Verbreitung und Bewusstseinsbildende Wirkung, die insbesondere mit der Fähigkeit der Akteure in Zusammenhang steht, Wissen angemessen kommunizieren zu können und dieses tatsächlich auch zu tun. Ein Faktum, das insbesondere hinsichtlich der beabsichtigten und wie zu zeigen sein wird lediglich vermeintlich planbaren Veränderung eines sozialen Systems mit Blick auf die Einführung und Etablierung neuer Wissensbestände als auch Verhaltensroutinen von erkennbarer Bedeutung ist und verbunden werden muss mit Fragen nach einer begleitenden Arbeit an und mit den das soziale System gleichsam prägenden Wahrnehmungen, Deutungsschemata und natürlich auch den eher un(ter)bewusst ablaufenden Verhaltensroutinen der betrieblichen Akteure, die gleichsam als zwingend prägend für die Konstitution einer Organisation zu verstehen sind.

### 6.2.2 Veränderung, Handlung und handelnde Akteure in Organisationen

Organisationen, verstanden als soziale Systeme, konstituieren sich wesentlich in und durch Begegnungen, d.h. soziale Interaktionen ihrer Akteure, die innerhalb des Einflusses spezifischer (Organisations-)Kontexte verlaufen. Gleichgültig ob diese eher der Form „loser Zusammenkünfte“ oder aber „sozialer Ereignisse“ zuzurechnen sind, beinhalten sie das Handeln und die zugehörigen Wahrnehmungen der Akteure prägende Strukturmomente. Die Interdependenz zwischen dem Handeln der Akteure und der dieses rahmenden und als komplex anzuerkennenden Strukturmomente beinhaltet nicht nur das Faktum der als gegeben zu unterstellenden Intentionalität der Handlungen, bei gleichzeitig immer auch zu unterstellenden nicht intendierten Handlungsfolgen, sondern verweist damit gleichfalls auf die Kontingenz allen sozialen Lebens (Giddens 1997, S.301). Giddens widerspricht in diesem Zusammenhang dem Ansinnen, soziales Handeln und damit auch Wandel mittels universeller Theorien in ihren Determinanten erfassen und eindeutig erklären zu wollen. Er fokussiert stattdessen deutlich stärker auf den Faktor Macht, als einen zentralen Part der Konstitution sozialen Lebens (Giddens 1997, S.281), der damit sowohl allen Interaktionsprozessen inhärent, wie gleichfalls durch deren bereits dargestellte Determinanten (Mit-)beeinflusst wird. Dabei versteht er Macht grundlegend als Vermögen, eigene Entscheidungen handelnd durchzusetzen, Einfluss zu mobilisieren und damit in Relation zu den Strukturmomenten gleichfalls als etwas niemals nur einseitig gerichtetes, in einer sozialen Interaktion lediglich nur einer Seite zur Verfügung stehendes Medium der Vertretung und Durchsetzung primär eigener Interessen (Giddens 1997, S.66ff). Die damit angesprochene Steuerung der Bedingungen und also der Kontexte und Rahmungen des täglichen Handelns durch die Akteure selbst, entspricht deren aktiver Mitarbeit im Prozess der Gestaltung der eigenen Geschichte, den sie auf Basis ihrer Kenntnis von und Bezugnahme auf ihre jeweilige Vergangenheit vollziehen (Giddens 1997, S.292). Bereits mit dem Begriff der „Pfadabhängigkeit“ an früherer Stelle dieser Arbeit verbunden, verweist die dargelegte Einbindung der Akteure in den Prozess der Konstitution ihrer konkreten Lebenswelt auf die Entstehungsbedingungen und Bedeutung von Routinen, Wahrnehmungen und Deutungsschemata in und für soziale Systeme, als auch auf die Notwendigkeit der Initiierung und Förderung ihrer kontinuierlichen „Rationalisierung“, als Grundbedingung der re-

flexiven Steuerung des menschlichen Handelns (Giddens 1997, S.53) und damit seiner Öffnung und Nutzbarmachung für Veränderungsprozesse in sozialen Systemen.

Sind betriebliche Akteure damit auch als „Teil der Organisationsgeschichte“ zu verstehen, die in und mit dieser leben und sie sich dabei „deutend“ aneignen (Giddens 1997, S.292) erklärt sich daraus sehr eindringlich, dass eine Organisation nicht von zentraler Stelle aus für die handelnden Akteure gestaltet und verändert sondern dies nur im Rahmen eines sie einbeziehenden Prozesses angegangen werden kann. Ein solcher Prozess muss sich zwingend der Strukturen und Strukturbedingungen der Organisation bewusst sein, die sich auch im Hinblick auf Fragen der Macht und damit der Durchsetzbarkeit von Entscheidungen dadurch auswirken, dass Macht in sozialen Systemen „...geregelte Beziehungen von Autonomie und Abhängigkeit zwischen Akteuren oder Kollektiven in sozialen Interaktionskontexten...“ (Giddens 1997, S.67) voraussetzt. Dass diese selbstverständlich durch das formale gleichfalls aber auch sehr deutlich durch das informelle System einer Organisation determiniert werden bezeichnet Giddens als „Herrschaftsstrukturen“, in und durch die sich Macht bildet und die er in allokative (bezogen auf die materielle Umwelt sowie Produktionsmittel) einerseits und autoritative (bezogen auf die Organisation von Raum und Zeit, auf menschliche Beziehungen als auch die Organisation von „Lebenschancen“) Ressourcen andererseits differenziert (Giddens 1997, S.316f). Wie gesehen ist als eine wichtige und die „reibungslose Funktionsfähigkeit“ sozialer Systeme wesentlich bedingende Grundlage der Orientierungs- und Handlungssicherheit der Akteure ihr in der organisationalen Geschichtlichkeit entwickeltes „praktisches als auch diskursives Bewusstsein“ zu verstehen. Mit Blick auf die für Veränderungsprozesse in Organisationen zentrale Handlungsfähigkeit der Akteure folgert daraus diese in der Kenntnis, dem Verstehen und damit verbunden der „bewussten Handhabung“ eines Entwurfs der angestrebten Zukunft zu unterstützen und die für dessen tatsächlichen Umsetzungsprozess relevanten Erinnerungen, Wahrnehmungen und Interpretationen der Organisationsgeschichte (Giddens 1997, S.318f) in Prozessen der Rationalisierung in das diskursive Bewusstsein zu heben und also neben den strukturalen Bedingungen der Initiierung und Etablierung von Veränderungsleistungen auch die Organisationskultur und ihre sie bedingenden Strukturmomente angemes-

sen zu bearbeiten. Giddens stellt diesbezüglich fest: „»Kulturelle Orientierungsweisen« kommen (...) nicht (...) durch sich selbst heraus zur Wirkung. Die Basis der Kultur bildet die Kommunikation...“ (Herv. i. Org.) (Giddens 1997, S.323).

Der handelnde Mensch als reflexives Wesen verfügt über den Einfluss und die Fähigkeit, Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen situativer Kontexte, einschließlich der ihm jeweilig zugänglichen Ressourcen zu nutzen und damit die Möglichkeit, Veränderungsprozesse innerhalb des sozialen Systems aktiv zu beeinflussen. Grundsätzlich können relevante Themenstellungen für Prozesse organisationalen Wandels aus der Auseinandersetzung einer Organisation mit ihrer externen Umwelt resultieren. Gleichfalls kann dies jedoch auch Folge bzw. Notwendigkeit der Auseinandersetzung mit ihren Mitgliedern sein, womit Personen, Gruppen und Bereiche gleichermaßen angesprochen sind (Becker/Langosch 1990, S.3). Gemäß der Durchlässigkeit der Grenzen des „Systems“ Organisation ist weitergehend keineswegs von einer Trennschärfe beider Problemebenen auszugehen. Vielmehr kann unterstellt werden, dass sich sowohl vorhandene Veränderungsbedarfe - wenngleich optional mit unterschiedlicher Gewichtung - auf beide Ebenen auswirken können, als dies entsprechend auch für die Planung sowie noch mehr für die Umsetzung von Veränderungsprozessen anzunehmen bzw. gar anzumahnen ist.
Als die gemäß der Ausführungen relevanten Handlungsebenen für Organisationsentwicklungsmaßnahmen sind folglich

- die apersonale Ebene (Organisatorische und bauliche Bedingungen; Technologie)
- die interpersonale Ebene (soziale Beziehungen der Organisationsmitglieder)
- die personale Ebene (Individuum)

zu nennen (vgl. Schein 2000; Schubert, 1999, S.98; Neuberger 1994, S. 2ff; Becker/Langosch 1990, S.80).
Die beiden sich im Zusammenhang dieser drei Handlungsebenen stellenden Grundprobleme im Rahmen der Realisation von Veränderungsprozessen sind „...einerseits die richtigen Entscheidungen zu treffen (...) und andererseits die mit den Entscheidungen intendierten Handlungen auszulösen...“ (nach Brunsson 1985, in: Hanft 1998, S.17). Ohne die aktive Beteiligung der Organisationsmitglieder ist das letztgenannte Problem als nahezu unmöglich und auch die

Problematik der Auswahl der „richtigen“ Entscheidungen“ als schwierig bis ebenfalls nicht realisierbar anzusehen. Einerseits, weil jedes Handeln, gleichgültig ob es vonseiten eines Einzelnen, einer Gruppe oder einer Organisation vollzogen wird, eingebunden ist in einen „...Kontext von Gesetzen, Regeln, Gewohnheiten und auch Moral“ und damit immer „...bezogen (ist d. Verf.) auf das Wertesystem, in dem wir leben“ (Probst 1992, S.399), andererseits, weil „personale Widerstände (...) in Phasen organisatorischer Umstrukturierungen von besonderer Bedeutung (sind d. Verf.)“ und „sie abzubauen oder gar nicht erst aufkommen zu lassen, (...) im besonderen Interesse der an Veränderung interessierten Akteure sein (muss d. Verf.)“ (Hanft 1998, S.18).

*Richtung und Strategie von Veränderungsprozessen*

Die Frage, welche Strategie der grundlegenden Richtung von Veränderungsprozessen in Unternehmen als ideal anzusehen ist, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Vorteile wie auch Gefahren möglicher Ausrichtungen sind in der Literatur nachvollziehbar dokumentiert (Becker/Langosch 1990, S.156f.). Neben weiteren Differenzierungen sind als die zentralen Richtungen der Gestaltung von Veränderungsprozessen zu nennen:

- die top-down Strategie
  - Initiator des Veränderungsprozesses ist die oberste Führungsebene
  - der Veränderungsprozess als solcher erfolgt mithilfe der Einbindung anderer Ebenen
  - die gute Steuerungsmöglichkeit des Prozesses ist als Vorteil anzusehen
  - ein zu später und / oder mangelhafter Einbezug der unteren Hierarchieebenen und Mitarbeiter kann u.a. durch entstehendes Misstrauen die Veränderung gefährden
- die bottom-up Strategie
  - der Anstoß für den Veränderungsprozess erfolgt „von unten“ bzw. wird hier verortet
  - nachfolgende Hierarchieebenen müssen bzw.sollten sich dem Prozess anschließen
  - die starke Einbindung und Berücksichtigung der Interessen und Bedarfe der unteren Hierarchieebenen sind als Vorteil anzusehen
  - mangelnder Einbezug und / oder mangelnde Akzeptanz der Veränderungsabsichten durch die folgende Hierarchieebene stellt eine zentrale Gefahr dieses Vorgehens dar

- die from-the-middle-to-both-ways Strategie
  - der Ausgangspunkt dieser Vorgehensweise findet sich in der “Mitte” der Organisation
  - von dieser ausgehend gilt es sowohl die höheren als auch die unteren Hierarchieebenen in den Prozess zu integrieren
  - den Ausgangspunkt des Veränderungsprozesses in eine starke mittlere Ebene zu legen bietet den Vorteil seiner stabilen Verankerung, auch über einen optionalen Wechsel zentraler Personen in der obersten Führungsebene hinausgehend
  - Gefahren dieses Vorgehens sind insbesondere bei einer nicht ausreichend motivierten und / oder couragierten mittleren Ebene zu sehen, wenn diese das Veränderungsvorhaben nicht ausreichend kommuniziert und vertritt

(Schubert 1999, S. 12; Becker/Langosch 1990, S.156f).

Die allein auf der Theorie basierende Festlegung für eine der benannten Strategien als die für die Richtung von Veränderungsprozessen wirksamste ist als ein weder der Theorie noch insbesondere der Unternehmensrealität angemessenes Vorhaben anzusehen. Wie Becker/Langsoch bereits 1990 ausgeführt haben, kann für die Unternehmensrealität vielfach ein kombiniertes Vorgehen aus verschiedenen Strategien unterstellt werden (Becker/Langosch 1990, S.158). Je nach „Intensität“ der Planung wie auch Durchführung von Projekten differiert den Autoren zufolge die Richtung der Vorgehensweise im Unternehmen. Als zentrale und für alle Strategien und ihre optionale Kombination gültige Forderung wird vonseiten der Autoren jedoch die Sicherstellung der sinnvollen Beteiligung der betroffenen Mitarbeiter an der Planung und Durchführung des Veränderungsprozesses gefordert (Becker/Langosch 1990, S.158).
Wie die Integration der Mitarbeiter in den Veränderungsprozess gelingen und mit der Zielsetzung über die Anpassung von Einstellungen und Verhaltensweisen dieser dessen adäquate Umsetzung sichergestellt werden kann, wird seitens der Organisationsentwicklung wesentlich klarer und einheitlicher beantwortet. Der (selbst auferlegten) Anforderung folgend Widerstände der von der Veränderung betroffenen Mitarbeiter abzubauen bzw. gar nicht erst aufkommen zu lassen, versteht sich die Organisationsentwicklung primär der sog. normativ-reedukativen Veränderungsstrategie als Grundhaltung der Einführung entspre-

chender Entwicklungsprozesse verbunden. Anknüpfend an die bisherigen Ausführungen zur Einbettung konkreter Handlungen in ein umgebendes Wertesystem werden somit normative Orientierungen als das Handeln der Organisationsmitglieder beeinflussend oder sogar determinierend hervorgehoben und damit die Bedeutung der Arbeit am und mit dem normativen System für die erfolgreiche Umsetzung des Veränderungsvorhabens betont: „Der Implementierungsprozess kann daher nicht an vorgegebenen Standards orientiert sein, sondern muss auf den jeweiligen Handlungskontext zugeschnitten werden“ (Hanft 1998, S.24). Wie die Autorin in Entsprechung der vorhergegangenen Ausführungen ebenfalls eindringlich darstellt, gilt dieses umso mehr als eine wichtige Anforderung von Veränderungsprozessen, insbesondere da das Handeln der Akteure nicht einfach als ein reaktiver Prozess der Anpassung an gegebene Reize zu verstehen ist (Hanft 1998, S.23), sondern grundsätzlich gilt, dass „bei der Erstellung von Handlungsentwürfen (...) alle Erfahrungen mit den Anforderungen veränderter normativer Systeme verglichen und situationsgemäß interpretiert“ (Hanft 1998, S.23) werden.

Wie French/Bell betonen, schließen Änderungen in den normativen Orientierungen die „...Veränderung in Einstellungen, Werten, Fertigkeiten und signifikanten Beziehungen ein, (und sind d. Verf.) nicht nur Veränderungen in Wissen, Information oder intellektuell-rationalen Grundlagen des Handelns“ (French/Bell 1990, S.74). Damit erklärt sich, dass die Orientierung an sog. empirisch-rationalen Strategien vonseiten der Organisationsentwicklung nicht ausgeschlossen, jedoch als der normativ-reedukativen Strategie eindeutig nachrangig verstanden wird und eine Ausrichtung der Organisationsentwicklung an sog. Macht- und Zwangstrategien als ihren bis dato vorgestellten Grundlagen und Grundhaltungen nicht angemessen verstanden werden muss.
Für eine grundsätzliche Orientierung werden die drei benannten Strategien nachfolgend nochmals im Überblick dargestellt. Für eine weitergehende Auseinandersetzung sei auf die angeführte Literatur verwiesen:

- normativ-reedukative Strategie
  - Grundannahme, dass das Verhalten auf Normen basiert
  - Veränderungen erfolgen durch einen Umerziehungsprozess, innerhalb dessen alte durch neue Normen ersetzt und in die Handlungsentwürfe in-

tegriert werden (sozio-kulturelle Aspekte der Unternehmenskultur spielen eine entscheidende Rolle im Veränderungsprozess)
  - die Verantwortung für den Veränderungsprozess liegt durchgängig beim Klienten-System
  - langfristige Orientierung des Vorgehens, innerhalb derer das Verhalten der Führungskräfte als „Modell“ der Veränderungsabsicht einen wichtigen Beitrag zu leisten hat
- empirisch-rationale Strategie
  - Grundannahme, dass der Mensch ein vernünftiges und denkendes Wesen ist
  - über seine Ratio – und bei Verdeutlichung der persönlichen Vorteile – kann der Mensch für geplante Veränderungen begeistert bzw. von deren Notwendigkeit überzeugt werden
  - Sachorientierung und Logik dominieren den Ansatz, dessen Vorgehen als entsprechend durch Fachexperten geplant und strukturiert zu verstehen ist
- Macht- und Zwangstrategie
  - Grundannahme, dass Veränderungen vonseiten der Mächtigen den weniger Mächtigen „verordnet“ werden können
  - Einseitige Vorstellungen stellen den Ausgangs- und Zielpunkt von Veränderungen dar, deren Umsetzung nicht per Konsensbildung, sondern mithilfe von Macht und Zwang durchgesetzt wird
  - eine Änderung des Verhaltens der Systemmitglieder wird als ausreichend, eine Änderung ihrer Einstellungen und Denkweisen als nicht notwendig erachtet

(Baumgartner u.a. 2000, S.76ff.; French/Bell 1990, S.72ff).

Mit Blick auf die normativ-reedukative Strategie führt Neuberger aus, dass sich Organisationsentwicklung genau genommen „...nicht auf individuelle Wahrnehmungen oder Fähigkeiten, sondern auf gruppenübergreifende Kollektive und deren handlungsleitende oder beschränkende Strukturen, Grenzen, Regeln, Interessen, etc., sowie auf die Mechanismen, die die fortwährende Erzeugung dieser Aspekte sicherstellen“ (Neuberger 1994, S.255) bezieht. Er rückt damit den gestalterischen Akt der Organisationsentwicklung und insbesondere deren Offenheit im Zuge ihrer bewussten Prozessorientierung in den Mittelpunkt und

tut dies vor dem Hintergrund eines Verständnisses von Organisation als einem Konstrukt, dessen „...Erzeugung, Konkretisierung und Nutzung sozial bedingt...“ ist und „...auf verallgemeinerten Regeln, Prinzipien und Deutungsschemata“ (Neuberger 1994, S.254) basiert. Die somit bereits im Zitat von Hanft (1998) benannte und hiermit nochmalig unterstrichene Bedeutung des Handlungskontextes auch und gerade für die Implementation eines Veränderungsvorhabens führt letztlich jedoch zu der Frage, wie genau denn eine an der normativ-reedukativen Strategie orientierte Organisationsentwicklung geplant und - im Sinne einer exakten Definition - an einem festgelegten Zielzustand ausgerichtet werden kann oder, wie Neuberger ausführt: „ob etwas OE war, lässt sich somit eigentlich nur rückblickend entscheiden“ (Neuberger 1994, S.255). Als Kriterium führt der Autor diesbezüglich an, dass erst dann tatsächlich von Organisationsentwicklung gesprochen werden könne, wenn durch diese bis dato gültige „...Generalisierungen (und Routinen d. Verf.) (...) dauerhaft, einzelfallübergreifend und verbindlich verändert wurden“ (Neuberger 1994, S.255).

Den Ausführungen zum Grundverständnis und –ansatz der Organisationsentwicklung entsprechend, versteht sich ihr praktisches Vorgehen als ein Wachstumsprozess, der mit der Zielsetzung der Verbesserung einer Organisation gestartet, in seinem Prozessverlauf eine Annäherung an diesen Endzustand anstrebt, „...ohne ihn im üblichen Sinne je zu erreichen“ (French/Bell 1990, S.67). Organisationsentwicklung stellt somit einen „fortlaufenden Prozess“ (French/Bell 1990, S.67) dar, der im Kern aus einem „...Fluss von miteinander verbundenen Ereignissen aus Interventionen in das System des Klienten und aus Reaktionen auf diese Interventionen“ (French/Bell 1990, S.66) besteht, welches selbst, wie seitens der Strukturationstheorie betont, in seiner Geschichtlichkeit eingebunden verstanden und entsprechend beachtet werden muss (Giddens 1997, S.293).
Veränderungen können diesem Verständnis folgend somit also von außen bzw. vonseiten eines externen Beraters zwar angeregt, nicht aber im eigentlichen Sinne umgesetzt werden. Vielmehr vollziehen sie sich im Verlauf von Interaktionsprozessen, deren Wirkungsrichtung - wie bereits dargelegt - sowohl auf die Strukturen als auch Verhalten und Einstellungen der Mitglieder einer Organisation abzielt und letztlich durch und also mit diesen selbst zu gestalten sind. Die Bereitschaft, sich zu verändern, bzw. einem Veränderungsprozess grundsätz-

lich offen gegenüber zu stehen, ist somit als erste Grundbedingung des erfolgreichen Verlaufs anzusehen, an dessen Ende die Stabilisierung erfolgter Veränderungen steht. Noch immer kann die von Lewin benannte Unterteilung des Organisationsentwicklungsprozesses in die drei Phasen des

- Unfreezing (Auftauen: im Sinne der Öffnung der Organisation für den Prozess)
- Move (Veränderung)
- Refreezing (Wieder einfrieren: im Sinne der Stabilisierung der Veränderungen)

(nach Lewin, in: Probst 1992, S.561) als diesbezüglich gültiges Grundmodell angesehen werden.

In Anlehnung an die bereits benannten drei Ebenen, auf denen Maßnahmen der Organisationsentwicklung ansetzen und wirksam werden können, gibt Abb. 13 einen grundlegenden Überblick über entsprechende Interventionen im Rahmen von Entwicklungsprozessen, ohne hierbei einen Anspruch der Vollständigkeit zu stellen. Deutlich erkennbar wird das der Strukturationstheorie wie auch der Organisationsentwicklung inhärente Verständnis der notwendigen Beachtung der Wechselbeziehungen zwischen Person und Struktur. Entsprechend können Maßnahmen anteilig stärker auf personale oder strukturelle Bedingungen fokussieren, wobei die personale Fokussierung eine weitergehende Differenzierung hinsichtlich der Konzentration auf das Individuum oder auf Aspekte der sozialen Beziehungen der Gruppenmitglieder erfordert. Letztlich gilt es jedoch festzuhalten, dass ein wirksames Vorgehen im Zuge von Veränderungsprozessen immer beide bzw. gemäß der dargelegten Differenzierung der personalen Seite alle drei Ebenen beachten muss, „...weil jede Veränderung der Bedingungen Anpassungsreaktionen in *allen* Systemkomponenten (den personalen, interpersonalen und apersonalen) nach sich zieht“ (Herv. i. Org.) (Neuberger 1994, S.13).

Für ein weitergehendes Verständnis sind in Abb. 10 exemplarisch ausgewählte Zielsetzungen und Interventionen im Rahmen von Veränderungsprozessen in Organisationen den jeweiligen Bezugsebenen zugeordnet.

| Bezugsebene | Zielsetzung der Veränderung | Typische Interventionen |
|---|---|---|
| **personale Ebene** | - Fähigkeiten, Fertigkeiten Wissen, Kompetenz, ...<br>- Haltungen, Werte<br>- Belastbarkeit<br>- Problemlösekompetenz<br>- Teamfähigkeit | - Schulungen, Seminare, Workshops<br>- Selbsterfahrungsgruppen<br>- Coaching / Supervision |
| **interpersonale Ebene** | - Normen, Werte, Ideologien<br>- Spielregeln der Zusammenarbeit<br>- Konfliktbewältigung<br>- Rollen- und Aufgabenklärung | - Teamentwicklung<br>- Aktionsforschung<br>- Survey-Feedback<br>- Prozessberatung<br>- Rollenanalyse<br>- Intergruppenintervention |
| **apersonale Ebene** | Strukturierung, Formalisierung<br>Steigerung der Effektivität der Organisation<br>„Humanisierung“ der Arbeitsbedingungen | Strategische Planung<br>Aktionsforschung<br>Survey-Feedback<br>Veränderung von technologischen Bedingungen und organisatorischen Regelungen<br>- Arbeitsabläufe<br>- Arbeitsplatz- und Arbeitsumfeldgestaltung |

Abb. 10: 3 Ebenen für Zielsetzungen und Interventionen in Organisationen
Quelle: eigene Darstellung, nach: Schubert 1999, S.103; Neuberger 1994, S.23ff; Becker/Langosch 1990, S.84; French/Bell 1990, S.134ff

Wie auch durch Nieder nochmals ausdrücklich angeführt wird, ist die Organisationsentwicklung „...zwar kein homogenes und theoretisch geschlossenes, aber ein umfassendes Konzept organisationalen Wandels, das die Interdependenz von individuellen, gruppenbezogenen und organisatorischen Strukturen und Prozessen berücksichtigt“ (Nieder 2004, S.47). Für die Realisation von Organisationsentwicklungsprojekten und somit auch der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements folgert der Autor daraus weiterhin, dass

- der Prozess das Ergebnis bestimmt
- die Maßnahmen zum Reifegrad der Organisation passen müssen
- die Maßnahmen zum richtigen Zeitpunkt zu erfolgen haben

- die Maßnahmen in sich stimmig sein müssen

(Nieder 2004, S.45f). Somit ist von je einmaligen und den spezifischen Voraussetzungen und Anforderungen der Organisation abhängigen Veränderungsprozessen auszugehen, die eine im Vorfeld ihrer Umsetzung endgültige Festlegung auf spezifische Instrumente und Maßnahmen der Gestaltung des Prozessverlaufs als nicht akzeptabel erkennen lassen. Vielmehr stellt sich die kontinuierliche, reflexive und unter Einbezug betrieblicher Akteure, vor dem Hintergrund der optional notwendigen Beachtung ihrer je spezifischen Strukturprinzipien (Giddens 1997, S.218) erfolgende Begleitung eines organisationalen Veränderungsprozesses als Aufgabe dar, die also zu beachten hat, dass Organisationen als soziale Systeme und „...zur gleichen Zeit konstituiert durch die Verschränkung einer Mehrzahl sozialer Systeme“ (Giddens 1997, S.217) zu verstehen sind. Organisationen sind dementsprechend gleichermaßen hierarchisch und horizontal organisiert (Giddens 1997, S.223), womit die Beachtung „organisationaler Subsysteme“ im Zuge der Realisation geplanter Veränderungsprozesse im Kontext der Dualität von Struktur und Handlung letztlich bedeutet, „...die reflexive Steuerung der Bedingungen der Systemreproduktion in der Kontinuität des Alltagshandelns...“ (Giddens 1997, S.256) zu verorten.

Die Initiierung und Begleitung organisationaler Veränderungsprozesse vollzieht sich folglich auf der Ebene der Gesamtorganisation, in der Ausrichtung an deren primären Aufgaben, Zielsetzungen und also Bedarfen und Bedürfnissen derselben und hat sich im Prozessverlauf konkret auf der Ebene der sie konstituierenden „Subsysteme“ fortzusetzen. Entsprechend finden sich auch unter dem Aspekt der Neuorientierung der Organisationsentwicklung in der Literatur zentrale Hinweise, die als Anforderungen an ein „neues“ Vorgehen u.a. folgende Aspekte benennen:

- Bevorzugung der Top-Down-Strategie
- klare und verbindliche Ziele, die ein Herunterbrechen der Unternehmens- auf Abteilungsziele und somit ein pragmatisches Vorgehen ermöglichen
- Beachtung der Prinzipien von Offenheit und Transparenz
- Umfassende Problemdiagnose
- Schaffung eines Problembewusstseins
- Beteiligung der Mitarbeiter – die sich mindestens auch in der Erläuterung entlang der Hierarchie getroffener Entscheidungen äußern sollte

- klare Planung und Steuerung – die optional in kleinen Schritten vollzogen werden sollte
- Beteiligung der obersten Führungsebene

(u.a. Becker 2002, S.451; Krämer-Stürzl 2001, S.111f).

Zusammenfassend bieten sich als Orientierungsraster der Prozessgestaltung sowohl auf Ebene der Gesamtorganisation als auch ihrer Subsysteme die analog Abb. 9 bereits eingeführten Dimensionen „Macht und Führung“, „Werte und Normen“ sowie „Kommunikation und Lernen“ im Rahmen der Dualität von Struktur und Interaktion grundlegend an und werden entsprechend in Punkt 7 dieser Arbeit als Analysedimensionen zur Reflexion der Implementierung eines Gesundheitsmanagements zugrunde gelegt werden. Inhaltlich wird die Analyse wesentlich ergänzt und ausgefüllt werden durch die Bezugnahme auf zentrale Aussagen der Neuen Institutionenökonomik, die, wie ersichtlich werden wird, sowohl mit der Strukturationstheorie als auch den Anforderungen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zielführend in Beziehung gesetzt werden kann. Sie dient weiterhin der Aufnahme der insbesondere in der heutigen Zeit dominierenden Rahmung jeglicher organisationaler Veränderungsprozesse durch eine an Effizienzgesichtpunkten ausgerichtete ökonomische Perspektive.

## 6.3 Die Neue Institutionenökonomik – zwischen institutioneller Ordnung und menschlichem Verhalten in Organisationen

### 6.3.1 Einführung in die Neue Institutionenökonomik

Mit neuen Bedingungen und Anforderungen angemessen und zeitadäquat umzugehen, bzw. diese gar antizipierend aufzunehmen, wird vor dem Hintergrund der bis dato dargestellten Zusammenhänge zu einer ökonomischen Aufgabe für Unternehmen und Verwaltungen. Aus der per se vorliegenden Komplexität gesellschaftlicher wie insbesondere globaler Einflussfaktoren, die, wie betont, noch dazu im ständigen Wandel begriffen sind, ist zu folgern, dass es eine „universell“ wirksame bzw. „beste“ Organisationsstruktur, die die Effektivität der Organisation unter den genannten Rahmenfaktoren überdauernd sichert, nicht geben kann. Vielmehr gilt es, die Anpassungsfähigkeit der Organisation an ihre Umwelt über das Zusammenspiel von Organisationsstruktur und Verhaltens-

weisen ihrer Mitglieder möglichst optimal zu gestalten. Dass die Kooperation der Mitarbeiter eines Unternehmens diesbezüglich sowohl als wichtige Grundlage der Produktion von Gütern als auch der Erbringung von Dienstleistungen anzusehen ist, erklärt sich von selbst. „Außerdem werden Effizienz und Erfolg des Unternehmens größer oder geringer sein, je nachdem wie gut die Mitarbeiter (...) imstande sind, ihre Anstrengungen aufeinander abzustimmen und erfolgreich zusammenzuarbeiten“ (Richter/Furubotn 2003, S.398f). Der Umgang mit bzw. die beabsichtigte Reduktion von Unsicherheit - sowohl hinsichtlich externer als auch interner Umweltbedingungen - stellt im genannten Kontext eine wesentliche Anforderung dar, um in längeren Fristen zu denken und zu handeln (Voigt 2002, S.144). Sie wird damit zu einer der zentral zu gewährleistenden Aufgaben für Organisationen, mit positiver Wirkung auf deren Wachstum und Entwicklungsfähigkeit.

Mithilfe von Institutionen, was konkret die Nutzung vorhandener wie auch die Implementation und Förderung weiterer Regeln und Ordnungsstrukturen der Instrumente ihrer Durchsetzung bedeutet, soll das Verhalten von Organisationsmitgliedern als auch Kooperationspartnern steuerbar und weitestgehend vorhersagbar werden. Verträge bzw. Vereinbarungen stellen in diesem Sinne ebenfalls Institutionen dar. Diese sollen grundsätzlich einen Beitrag zur Verhaltenssicherheit von Individuen leisten, der in einer Erhöhung von individueller wie auch kollektiver Handlungsfähigkeit und somit einem letztlich ökonomischen Nutzen resultiert. Entsprechend gehört es für die Institutionenökonomik zu ihren Aufgaben, „... solche Institutionen vorzuschlagen, (...), bei (...) (denen d. Verf.) es für beide Akteure rational ist, sich an die gemachten Versprechungen zu halten“ (Voigt 2002, S.50). Dabei rekurriert die Institutionenökonomik nicht nur auf Aspekte einer formalen Steuerung, sondern erweitert den Blick explizit auch auf Fragen informeller Einflüsse: „Wenn es richtig ist, dass Wachstum und Entwicklung sowohl von formellen Regeln als auch von informellen Regeln beeinflusst wird, dann ist es erforderlich, (...) das Verhältnis der verschiedenen Arten von Regeln explizit zu berücksichtigen“ (Voigt 2002, S.20). Was, wie bereits in dieser Formulierung verdeutlicht wird, weiterhin heißt, sich in der Absicht Veränderungen innerhalb einer Organisation herbeizuführen, ganz eindeutig sowohl an der anvisierten Zielsetzung als eben auch den vorhandenen Bedingungen und im weitesten Sinne der Historie der jeweiligen Or-

ganisation orientieren zu müssen. Damit ist der Prämisse zu folgen, dass „... also rationaler institutioneller Wandel notgedrungen pfadabhängig sein (muss d. Verf.)“ (Voigt 2002, S.37), soll er ganzheitlich verlaufen und in diesem Sinne weiterhin nachhaltig sein.

Bereits aus dieser kurzen Einleitung wird deutlich, dass die Institutionenökonomik verschiedene Blickwinkel integriert, die sie aus Sicht dieser Arbeit prädestiniert, die Frage der Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement aus einer ökonomischen und dennoch der Thematik „Gesundheit“ angemessenen Perspektive förderlich zu unterstützen. So gewinnen „weiche Faktoren“ wie Motivation, Unternehmenskultur, Vertrauen, Reputation, Fairness, informale Normen, Sozialkapital (...) gerade im Rahmen der strikt ökonomischen Argumentation der NIÖ (Neue Institutionenökonomik d. Verf.) so eine Bedeutung, die ihnen von manchen Betriebswirten bisher als „fachfremd“ abgesprochen wurde“ (Herv. i. Org.) (Göbel 2002, S.164). Die Autorin verweist des Weiteren auf die zentrale Bedeutung menschlichen Verhaltens aus Sicht der Institutionenökonomik und die zugehörige Forderung der Sichtweise der Unternehmung als soziales System (Göbel 2002, S.164) und entspricht damit den im Zusammenhang mit Fragen des Gesundheitsmanagements verwandten Organisationsverständnisses (siehe folgende Punkte dieser Arbeit).
Grundlegend gilt es festzuhalten, dass die Neue Institutionenökonomik nicht im Sinne eines eindeutig durchgängigen Konstruktes zu verstehen ist, sondern vielmehr einen übergeordneten Rahmen darstellt, der in seinem Schwerpunkt drei verschiedene Ansätze integriert. Diese sind die Theorie der Verfügungsrechte, die Prinzipal Agent Theorie und die Transaktionskostentheorie. Wenngleich hinsichtlich der Frage der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements die Transaktionskostentheorie einen zentralen Part einnehmen wird, gilt es dennoch, alle drei Ansätze grundlegend zu erläutern und in den Zusammenhang zentraler Annahmen der Neuen Institutionenökonomik einzubetten. Die Auseinandersetzung mit dieser erfolgt dabei immer im Hinblick auf ihren Beitrag zur Bearbeitung dieser Ausgangsfrage.

### 6.3.2 Grundlagen der Neuen Institutionenökonomik

Dass im Kern der Institutionenökonomik „Institutionen“ stehen, wird bereits aus dem Genannten offensichtlich. Die Fachliteratur untermauert dies eindrücklich, wenn z.B. Voigt als zwei zentrale Hypothesen der Neuen Institutionenökonomik (weiterhin NIÖ) benennt:

1) *Wachstum und Entwicklung hängen entscheidend von den jeweils gültigen Institutionen ab* (Voigt 2002, S.17).
2) *Die Möglichkeiten, wachstums- und entwicklungsfördernde Institutionen politisch durchsetzen zu können, sind durch die kulturelle Prägung der jeweiligen Gesellschaft beschränkt* (Voigt 2002, S.19).

Diesbezüglich nutzt die NIÖ diverse Grundannahmen, die auch aus Sicht der vorliegenden Arbeit als angemessen und zielführend verstanden werden. Im Gegensatz zu neoklassischen Ansätzen der Ökonomik geht die NIÖ nicht von vollständiger oder perfekter, sondern vielmehr von beschränkter bzw. unvollkommener individueller Rationalität aus (u.a. Richter/Furubotn 2003; Voigt 2002). Diese hat immer auch Auswirkungen auf alle Bereiche und Zusammenhänge, in denen Menschen interagieren müssen und / oder wollen. Im Bereich des wirtschaftlichen Handelns, also insbesondere im Zusammenhang der Produktion von Gütern sowie der Erbringung von Dienstleistungen, führen diesbezüglich Aufgaben der Arbeitsteilung und die Gestaltung von Tausch- und Abstimmungsprozessen notwendigerweise zu entsprechenden Transaktionen zwischen Akteuren. In logischer Fortsetzung der Annahme begrenzter Rationalität dieser Akteure nimmt die NIÖ ausdrücklich eine „Welt“ mit positiven Transaktionskosten als gegeben an, da in dieser u.a. die für die Transaktion relevanten Informationen nicht augenblicklich und kostenlos zu erhalten sind. Ebenso wenig wie handelnde Subjekte mit vollkommener Voraussicht ausgestattet und in der Lage sind, „...vollständige Verträge abzufassen – Verträge, die mit absoluter Genauigkeit kontrolliert und durchgesetzt werden können“ (Richter/Furubotn 2003, S.13). Was hinsichtlich der Begriffsverwendung der begrenzten Rationalität aus dem Faktum heraus resultiert, dass Menschen nur eine begrenzte Fähigkeit haben, Informationen aufzunehmen, zu verarbeiten, zu speichern und somit für sich nutzbar zu machen. Ein Umstand, der sowohl mit Persönlichkeitseigenschaften und damit der Fähigkeit zur Informationsaufnahme sowie ihrer Verarbeitung als auch Aspekten des Zugangs zu Informationen und der

Qualität ihrer Vermittlung zusammenhängt. Beschränkte Rationalität und Transaktionskosten sind folglich eng miteinander verbunden. Aus Sicht der NIÖ entstehen im Zuge der Durchführung von Transaktionen ausdrücklich „...Informations-, Such-, Verhandlungs- und Durchsetzungskosten (...), deren Höhe entscheidend von der Art der jeweils gültigen Institutionen abhängt“ (Voigt 2002, S.29).

Wenngleich sich die NIÖ grundsätzlich an Konzepten der neoklassischen Mikroökonomie ausrichtet, wendet sie sich insbesondere in der Betrachtung von Institutionen und Transaktionskosten gegen diese. Während also das neoklassische Modell von Transaktionskosten von Null ausgeht (u.a. Richter/Furubotn 2003), war und ist es das Ziel der NIÖ, mithilfe der Annahme von positiven Transaktionskosten, in Verbindung mit der Annahme unvollkommener individueller Rationalität „...den Bedingungen der wirklichen Welt besser zu entsprechen,...“ (Richter/Furubotn 2003, S.4). Hierzu gehört es, neben dem notwendigen Tatbestand begrenzter Rationalität und daraus resultierender „Reibungsverluste“ und also Kosten im Zuge von Transaktionen auch die Annahme sog. opportunistischen Verhaltens als eine menschliche Eigenschaft zu unterstellen, die den Prozess des Wirtschaftens bedeutsam beeinflusst. Vonseiten der Theorie wird folgerichtig davon ausgegangen, dass Menschen nicht nur primär ihre Eigeninteressen verfolgen, sondern dies auch durch den bewussten Einsatz von List und Täuschung und auch durch das bewusste Zurückhalten oder gar Verfälschen von Informationen tun (nach Williamson 1985, u.a. in Richter/Furubotn 2003; Göbel 2002).

Nicht zuletzt in diesem Zusammenhang wird seitens der NIÖ der Begriff der Institutionen allgegenwärtig in den Mittelpunkt gerückt. Er subsumiert sowohl u.a. den Staat, Unternehmen - die wiederum Teil der Institution Marktwirtschaft sind - bis hin zu Spielregeln im Bereich des Sports (Göbel 2002). Ordnung in sozialen Bereichen zu schaffen, das Handeln in gewisse Bahnen zu lenken, zu strukturieren und damit auch für andere weitestgehend vorhersehbar und kalkulierbar zu machen, ist eine der wesentlichsten Funktionen von Institutionen. In diesem Sinne meinen Institutionen weniger einzelne Regeln und Normen, sondern „...ein System von (formalen und informellen) Regeln plus den Instrumenten, die zur Durchsetzung der Regeln dienen“ (Richter/Furubotn 2003, S.7). Folge-

richtig sollen sie gleichermaßen einen wesentlichen Beitrag zur Reduktion von Unsicherheit leisten, Schutz vor opportunistischem Verhalten bieten und der Förderung ökonomischen Verhaltens dienen, wobei unter Ökonomik „...die **Wissenschaft vom wirtschaftlichen Handeln** (Herv. i. Orig.)“ verstanden wird, welche wiederum als „... rationales Handeln zur Befriedigung prinzipiell unbegrenzter Bedürfnisse vor dem Hintergrund der Knappheit der Ressourcen“ (Göbel 2002, S.22) bezeichnet ist. Das lässt zwei Dinge offensichtlich werden: zum einen, dass der Ökonomik die Annahme zugrunde liegt, dass ausschließlich Individuen handeln; zum anderen, dass – blickt man auf die reale Welt – diese handelnden Akteure bzw. deren Handeln keineswegs immer als objektiv rational bezeichnet werden kann. Auch wenn an dieser Stelle u.a. Aspekte des Konstruktivismus und des Konstruktes des realitätsverarbeitenden Subjekts außer Acht gelassen werden sollen, ist zu konstatieren, dass es vonseiten der Ökonomik „...um die „subjektiv“ beste Verwendung knapper Mittel zur optimalen Erreichung je individuell festgelegter Ziele“ (Göbel 2002, S.23) geht. Aus Sicht der NIÖ werden Situationen, in denen das Ergebnis von Handlungen nicht nur von einer Person, sondern auch von der Handlung mindestens einer weiteren abhängt, dementsprechend als durch strategische Unsicherheit geprägt verstanden, die auch als Verhaltensunsicherheit bezeichnet wird (u.a. Richter/Furubotn 2003; Göbel 2002; Voigt 2002). Sie wird von der sog. parametrischen Unsicherheit unterschieden, welche die Unsicherheit über künftige Umweltzustände sowie Naturphänomene beschreibt und sich ebenfalls auf Interaktionen und somit auch auf Transaktionen auswirkt.

Der Blick auf den Aspekt der strategischen Unsicherheit führt automatisch zu der Frage, wie das Zusammenleben und insbesondere die Zusammenarbeit von Individuen so organisiert und „gerahmt“ werden kann, dass dieser in Verbindung mit dem Aspekt begrenzter Rationalität angemessen entsprochen und entstehende Transaktionskosten gering gehalten werden können. Anders ausgedrückt, geht es also um Aspekte und Bedingungen der Entstehung bzw. Gestaltung von verbindlichen Ordnungsstrukturen und deren verlässlicher Anwendung, womit letztlich die Sicherstellung ihrer adäquaten Umsetzung im Zuge von Interaktionen bezeichnet werden kann.
Aus Sicht der NIÖ sind diesbezüglich sowohl Zeitpunkt und Rahmenbedingungen im Vorfeld - ex ante - wie insbesondere auch der Zeitpunkt nach erfolgtem

Abschluss eines Vertrages bzw. einer Vereinbarung - ex post - von Interesse. Beide Zeitpunkte bergen je spezifische Anforderungen und Risiken, die sich auf die Höhe der im Zuge einer Tauschhandlung notwendigerweise auftretenden Transaktionskosten auswirken. Neben der benannten Problematik unvollkommener Rationalität aufseiten der Transaktionspartner tritt, mit dieser verbunden, der Aspekt sog. asymmetrischer Informationsverteilung als optionales Problem und Kostenfaktor auf, einerseits dergestalt, dass eine vollkommene Informiertheit der beteiligten Individuen zu allen transaktionsrelevanten Facetten per se nicht unterstellt werden kann. Andererseits ist nicht automatisch davon auszugehen, dass die Interaktionspartner je individuell vorhandene Informationen zu vollständigen Teilen im Prozessverlauf offenlegen. Gemäß der angesprochenen Differenzierung in die Zeitpunkte vor sowie nach Vertragsabschluss spricht die NIÖ diesbezüglich von der existierenden Gefahr des ex ante sowie des ex post Opportunismus als weiterhin regelbedürftige Determinanten der Höhe zugehöriger Transaktionskosten. Grundlegend ist hierfür die in der NIÖ gültige Annahme, dass sich jeder Transaktionspartner so verhält, dass er seine individuellen Ziele am besten erfüllen kann (Jost 2001). Hinsichtlich des individuellen Verhaltens im Rahmen von Interaktionen bedeutet dies - stark vereinfacht - für jeden Partner die Frage, ob er sich innerhalb dieser Ziele an Versprechungen und getroffene Vereinbarungen halten und also kooperieren oder ob er zum Ziele seiner persönlichen Nutzenmaximierung genau dies nicht bzw. bewusst nur anteilig tun und also defektieren soll (vgl. Voigt 2002).

Informationsasymmetrien zwischen den Transaktionspartnern unter anderem bzgl. der Qualität und Menge des Tauschobjektes, seiner weiteren Entwicklung und / oder konkreter Verhaltensweisen beteiligter bzw. relevanter Akteure sind dementsprechend besonders im Bereich vor Vertragsabschluss bedeutsam. Im Bereich nach Vertragsabschluss sind sie in der Frage der Sicherstellung der Einhaltung von Vertragszusagen weiterhin relevant, treten in ihrer Bedeutung an dieser Stelle jedoch hinter die Problematik nun vonseiten der Transaktionspartner vollzogener transaktionsspezifischer Investitionen zurück. Diese sind im Rahmen der Transaktion als individuell aufgewandte Kosten zu verbuchen und bergen die Gefahr, Verluste zu generieren, sollte die Transaktion frühzeitig beendet werden. Ein Umstand, der somit den Ausstieg aus dem Vertrag auch bei Feststellung opportunistischen Verhaltens des Partners grundlegend erschwe-

ren oder gar unmöglich machen kann. Dies gilt insbesondere dann, wenn die vertraglichen Regelungen als gerichtlich nicht oder nur bedingt einklagbar anzusehen sind. In diesem Zusammenhang „...bewirken Transaktionskosten eine Mischung aus Informations- und Durchsetzungsproblemen“ (Richter/Furubotn 2003, S.171), was dazu führt, dass die Suche nach ex ante Vorkehrungen, die vor ex post Opportunismus schützen können, ein vorrangiges Interesse der NIÖ ist (Richter/Furubotn 2003, S.201).

Die sich gemäß der bisherigen Ausführungen ergebenden Anforderungen, die die Senkung von Transaktionskosten als im Zentrum der NIÖ stehend darstellen, sind grundsätzlich als Koordinationsaufgaben zu verstehen. Als alternative Koordinationsmechanismen können diesbezüglich die marktliche und die hierarchische Koordination unterschieden werden (Jost 2001):

- Die marktliche Koordination beschreibt die Abwicklung einer Transaktion durch vertragliche Vereinbarungen, die „...Leistungen und Gegenleistungen eindeutig spezifizieren“ (Jost 2001, S.24). Leistung und Gegenleistung fallen im Rahmen der marktlichen Koordination idealtypisch zeitlich zusammen.
- Die hierarchische Koordination hingegen beschreibt eine vertragliche Vereinbarung, innerhalb derer die Leistungserbringung der Beteiligten nur grob festgelegt werden kann bzw. wird. „Spezifiziert wird lediglich der Rahmen, innerhalb dessen die Aktivitäten jedes Einzelnen stattfinden werden“ (Jost 2001, S.24). Als Besonderheit der hierarchischen Koordination ist das Recht der einseitigen Spezifikation der Anforderungen der Vertragserfüllung durch eine der Vertragsparteien zu verstehen. Diese besitzt das Recht, „... die tatsächlichen Leistungen zu einem von ihr gewählten Zeitpunkt zu konkretisieren“ (Jost 2001, S.25).

### 6.3.3 Institutionen im Mittelpunkt der Neuen Institutionenökonomik

Das sich aus Sicht der NIÖ ergebende ökonomische Problem resultiert aus der erforderlichen Feststellung, unter welchen Bedingungen welches institutionelle Arrangement - im Sinne einer Überwachungs- und Durchsetzungsstruktur - die ökonomisch sinnvollste Variante darstellt, um Transaktionskosten zu reduzieren. Grundlegend ist dazu zu fragen, welche Ursachen und situativen Bedingungen den Zugriff auf bzw. die Vereinbarung und Gestaltung von Institutionen

notwendig machen und welche Funktion(en) diese nachfolgend hinsichtlich der Rahmung einer entsprechenden Überwachungs- und Durchsetzungsstruktur erfüllen sollen. Das macht den Blick zunächst auf grundlegende Funktionen von Institutionen erforderlich.

Eine diesbezüglich sehr übersichtliche Darstellung findet sich bei Göbel (2002, S.1ff.). Die angeführten Erläuterungen sind für ein grundlegendes Verständnis als sicherlich ausreichend zu betrachten. Für die weitere Auseinandersetzung sei auf die Literatur (u.a. Göbel 2002; Voigt 2002) verwiesen.
Zu den zentralen Funktionen von Institutionen gehören:

1. Ordnungsfunktion
   Institutionen sollen Ordnung herstellen und Komplexität reduzieren.
2. Entlastungsfunktion
   Institutionen tragen zur Entlastung von Entscheidungen, Erklärungen und Abstimmungsprozessen bei.
3. Motivationsfunktion
   Aufgabe von Institutionen ist es auch, das Verhalten der Einzelnen in eine bestimmte Richtung zu steuern.
4. Koordinationsfunktion
   Hinsichtlich der Interaktion mit anderen schaffen Institutionen die für eine erfolgreiche Kooperation notwendige Sicherheit und Verlässlichkeit im Verhalten. Dadurch tragen sie zu einer Reduktion von Konflikten bei und steigern die Effizienz von Interaktionen.
5. Kohäsionsfunktion
   Institutionen erzeugen ein Zusammengehörigkeitsgefühl in der Regelgemeinschaft.
6. Wertmaßstabsfunktion
   Institutionen bieten einen Beurteilungsmaßstab für eigenes und fremdes Verhalten. Sie bringen u.a. soziale Werthaltungen zum Ausdruck.
7. Spezielle Funktionen
   Je nach Problem- bzw. Regelbereich, für den sie geschaffen wurden, haben Institutionen weitergehende spezielle Funktionen
   (Göbel 2002, S.6f.).

Der Autorin folgend kann grundsätzlich zusammengefasst werden, dass „allen Institutionen gemeinsam ist, dass sie Erscheinungsformen eines geregelten Miteinanderumgehens, einer geordneten Kooperation von Menschen sind“ (Göbel 2002, S.1). Eine grundsätzlich gelingende Kooperation zwischen den beteiligten Menschen setzt also „...richtige Erwartungen hinsichtlich der Handlungen des jeweils anderen...“ (Göbel 2002, S.1) voraus. Nur wenn ein Mindestmaß an diesbezüglicher Verlässlichkeit vorhanden bzw. als gegeben unterstellt ist, wird überhaupt eine grundlegende Bereitschaft zur Kooperation bzw. zum Vollzug einer Transaktion bei den Partnern vorhanden sein. Institutionen leisten vergleichsweise einen wesentlichen, wenn nicht gar den wesentlichsten Beitrag zum Gelingen von Transaktionen. Die zwangsläufige Frage, wie es überhaupt zur Ausbildung von Institutionen kommt, wird in der Literatur auf zwei Wegen beantwortet. Einerseits werden sie als das „...Ergebnis eines zielgerichteten Entwurfes“ (Richter/Furubotn 2003, S.8) bezeichnet, der vonseiten einer rational handelnden Instanz (z.B. eines Unternehmens) herbeigeführt wird. Andererseits wird unterstellt, sie entstünden als spontane Ordnung, die im Sinne eines „evolutionären Rationalismus“ anstelle des erstgenannten „konstruktivistischen Rationalismus“ (Richter/Furubotn 2003, S.8) sich einfach ausbilde. In der Literatur weiterhin vorfindbare Begriffe beschreiben beide Sachverhalte mithilfe der Differenzierung in „autogen entstandene“ vs. „geplante Institutionen“ (Göbel 2002, S.8) und unterscheiden diesbezüglich einerseits „durch menschliches Handeln, aber ohne menschlichen Entwurf“ entstehende von „bewusst gegründeten“ Institutionen (Göbel 2002, S.8). Erstgenannte bezeichnen somit in gewissem Sinne „Gewohnheiten“, die für bestimmte Situationen und Personen als typisch verstanden werden können. Demgegenüber finden sich im Bereich der gegründeten Institutionen zwei vermeintlich konträre Entstehungsarten. Eine verweist auf den Erlass von Institutionen durch befugte und / oder entsprechend mächtige Instanzen, deren je eigenes „Bewusstsein“ für sich als ausreichend zur Gründung der Institution besteht, während die andere die Bewusstheit in der Gründung der Institutionen als eine Form der „übereinstimmenden Willenserklärung“ bei mindestens zwei Personen, im Rahmen eines Vertrages, versteht. Bereits durch diese kurze Darstellung wird erkennbar, dass von einer tatsächlichen Trennschärfe zwischen beiden idealtypischen Entstehungsarten von Institutionen sicherlich nicht ausgegangen werden kann, sondern gerade mit Blick

auf Organisationen deren Zusammenspiel als bedeutsam für das Bestehen der Organisation und ihre Transaktionen zu verstehen ist.

Die beiderseits offensichtlich beabsichtigte bzw. erfolgende Herausbildung einer gewissen Ordnungsstruktur, die sog. „Regelkomponente“ (vgl. Voigt 2002) von Institutionen stellt an sich jedoch nur einen ersten Schritt auf dem Weg zur Senkung strategischer Unsicherheit und damit der Reduktion von Transaktionskosten dar. Diesbezüglich ebenso entscheidend, wenn nicht gar entscheidender, wie der Blick auf die Realität gesellschaftlicher und organisationaler Zusammenhänge zu zeigen scheint, ist die Frage nach der Akzeptanz und somit tatsächlich verbindlicher Anwendung vorhandener Regeln durch soziale Systeme. Stellt sich doch erst hierüber ein ökonomischer Nutzen ein, der noch dazu als dann am höchsten anzusehen ist, wenn die Regeleinhaltung so wenig wie möglich durch weitere - und erneut Kosten verursachende - Überwachungssysteme sichergestellt werden kann. Dies bedeutet konkret die Unterscheidung einerseits in Regeln und Ordnungsstrukturen, die mithilfe einer ihre Einhaltung überwachenden resp. die Nichteinhaltung ahndenden Instanz (z.B. Rechtszwang) bestehen, andererseits in solche Regeln, die als „sich selbst durchsetzende“ Institutionen bezeichnet, Regeln beschreiben, deren Befolgung allen Beteiligten vermeintlich nur Vorteile bringt und die daraufhin quasi aus sich heraus angenommen und angewandt werden (Göbel 2002, S.11). Im Hinblick auf die Frage nach ihrer Verbindlichkeit, im Sinne von Stabilität und Akzeptanz, werden vorrangig die letztgenannten „Selbstdurchsetzenden“ Regeln als vergleichsweise stabil bezeichnet (ua. Richter/Furubotn 2003). Ihre Basis wird in der verfestigten Gewohnheit ihrer Befolgung gesehen, die ein Nachdenken über Vor- und Nachteile der Regeleinhaltung bzw. ihre grundsätzliche Infragestellung ebenso verhindern soll, wie dies aus anderer Sichtweise für die Regelbefolgung aus Konformitätsgründen oder aus einer gefühlsmäßigen Bindung an den Regelgeber gilt (Göbel 2002, S.11). Das auch diese dargestellten Bedingungen der Gültigkeit von Regeln und der Sicherstellung ihrer Befolgung nicht zwangsläufig mehr Stabilität garantieren, als dies mithilfe der Angst vor Strafe im Falle der Regeldurchsetzung durch Dritte (s.o.) ermöglicht wird, ist leicht erkennbar.

Grundsätzlich kann die vermeintliche Trennschärfe in den benannten Entstehungsarten von Institutionen und die Darstellung ihrer Stabilität angezweifelt

werden. Vielmehr ist eine Interdependenz beider Arten von Institutionen zu unterstellen, die sich auf optionale Schnittstellen hinsichtlich ihrer Entstehung als auch Durchsetzungsstrukturen erstreckt und den Verlauf ihrer Etablierung jeweilig - wenngleich optional zu veränderlichen Anteilen - zu beeinflussen vermag. Voigt (2002) wie auch Göbel (2002) stellen diesen Zusammenhang sehr übersichtlich dar und verweisen jeweilig auf Bedingungen, die dazu beitragen, dass sich Menschen an gegebene resp. entwickelte Regeln halten. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass solche Institutionen als besonders stabil einzuschätzen sind, „...die als legitim gelten, d.h., von deren Gültigkeit und Rechtmäßigkeit die Menschen überzeugt sind (**Einsicht in die Legitimität des Ratgebers und/oder die Gültigkeit der Regeln**)“ (Herv. i. Org.) (Göbel 2002, S.11).

Dennoch bleibt festzuhalten, dass Institutionen, so gut und durchdacht sie auch geplant und mithilfe von Durchsetzungsstrukturen gesichert oder auf Basis ihrer Entstehungsgeschichte als nahezu historisch verankert anzusehen sein mögen, letztlich immer soziale Konstrukte sind, geschaffen bzw. entstanden, um Unsicherheit zu überwinden und dem allgegenwärtigen Problem, mit unvollständigen Informationen umgehen und auf dieser Basis interagieren zu müssen und einer Lösung zuzuführen. Es ist deutlich geworden, dass das Verhältnis zwischen Menschen und Institutionen als wechselseitig wirksam zu verstehen ist. Einerseits werden Institutionen von Menschen geschaffen, andererseits sind diese in vorhandene Institutionen eingebunden (Göbel 2002, S.12), was darauf verweist, dass Menschen Institutionen bewusst verändern können. Gleichfalls können sich Institutionen sukzessive im Zuge u.a. gesellschaftlicher wie auch unternehmensinterner Entwicklungen an diese anpassen und entsprechend auf dieser Basis menschliche Handlungen verändern, ohne dass diese Veränderung als intentional geplant zu verstehen ist. Beide Aspekte, die Entstehung wie auch die Veränderung von Institutionen, so unterschiedlich sie auch erscheinen mögen, verdeutlichen jedoch sehr einsichtig, was hinsichtlich der Frage der Einhaltung von Regeln als unumstößliche Grundbedingung anzusehen ist: Institutionen sind immer an den aktiv handelnden Menschen gebunden und damit notwendigerweise an die Beachtung der Interdependenz und idealerweise Passung von formalen und informellen bzw. „externen“ (z.B. Unternehmensverfassung, Leitbild, Führungsleitsätze...) und „internen“ (z.B. Unternehmenskultur, informelles System, Normen und Werte) Institutionen, soll das Ziel der Reduktion

von Unsicherheit und Kosten im Zuge von Transaktionen dauerhaft erreicht und sichergestellt werden. „Das Problem dabei ist, dass eine formale Institution immer nur einen äußeren Rahmen darstellen kann, eine Hülle, in die im Laufe der Zeit eine informelle Ordnung hineinwächst“ (Richter/Furubotn 2003, S.32). Dabei ist zu beachten, dass neben der Frage, welches System informeller Regeln den gegebenen formalen Rahmen in welchem Zeitraum ausfüllt bzw. ergänzt, ohne ihn dabei zu zerstören, auch grundlegend anzumerken bleibt, dass somit entstehende Ordnungen nicht zwangsläufig gute, d.h. „effiziente“ Ordnungen sein müssen (vgl. u.a. Richter/Furubotn 2003; Voigt 2002), sondern diese sogar durch Beteiligte als miserabel empfunden werden können, ohne dass sie selbst Anlass für eine Änderung derselben sehen, solange diese nicht durch eine andere Person initiiert und der erste Schritt zum Ausbruch aus dem bestehenden (Gleichgewichts)Zustand gegangen wird (vgl. Richter/Furubotn 2003, S.32). – Nochmals verweist dieser letztgenannte Aspekt auf ein vonseiten Voigt benanntes entscheidendes Kriterium, dass die Begriffsverwendung der Institution grundlegend bestimmt: Erst wenn es sich bei Verträgen sowie Vereinbarungen „...um allgemein bekannte Regeln handelt...“ (Voigt 2002, S.95), sind diese tatsächlich als Institution zu bezeichnen.

Besonders für die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen die beschriebenen Zusammenhänge und Anforderungen der Etablierung von Institutionen zentrale Fragestellungen dar. Ausgehend von optional differierenden Zielen sowie deutlich unterschiedlichen Verständnissen von der Einführung eines Gesundheitsmanagements und seiner zugehörigen Ansatzpunkte und Themenstellungen sind - wie zu zeigen sein wird – Fragen nach für das Gesundheitsmanagement relevanten und ihres Zusammenspiels mit vorhandenen Institutionen der Organisation besonders bedeutsam für Verlauf und Gelingen des Einführungsprozesses.

### 6.3.4 Das Menschenbild der Neuen Institutionenökonomik

Die beschriebenen Grundlagen und Zusammenhänge der NIÖ sowie die Aufgaben und auch Entstehungsbedingungen von Institutionen erfordern zu ihrem weitergehenden Verständnis den Blick auf das der Ökonomie wie auch der NIÖ zugrundeliegende Menschenbild. Zentrale Annahmen der Neoklassik, wie eben

auch der NIÖ, erschließen sich erst durch dieses, das in der Summe seiner Annahmen als das sog. homo oeconomicus Modell bezeichnet wird (u.a. Göbel 2002, S.23ff). Der Begriff des Modells verweist bereits deutlich darauf, dass von einer vollständigen und korrekten Beschreibung der Realität weder ausgegangen werden kann, noch dieses vonseiten des Modells beansprucht wird. Grundsätzlich wird der homo oeconomicus in der Ökonomik als ein Mensch angenommen, der nach materiellem Wohlstand strebt, möglichst wenig arbeiten will und auch keine Scheu verspürt zu lügen und zu betrügen. Der eigene Vorteil und das eigene Wohlbefinden sind die zentralen Prämissen des homo oeconomicus, der diese gemäß eines Nutzen-Kosten-Kalküls situativ anwendet und demgemäß Regeln lediglich aus Angst vor Strafe - bzw. weil diese den genannten Prämissen entsprechen - befolgt (Göbel 2002, S.26ff). Das Streben nach persönlicher Nutzenmaximierung beinhaltet die vonseiten des homo oeconomicus vollzogene Anpassung eigenen Verhaltens an gegebene Rahmenbedingungen, was auch deren optionale Veränderung integriert, an die sich der homo oeconomicus ebenfalls anzupassen versteht, ohne dabei die eigenen Prämissen zu verändern. Diese bleiben - und darin ist eine Spezifität des Modells zu sehen - auch unter sich ändernden Rahmenbedingungen stabil. Daraus ist zu folgern, dass eine gewünschte Regeleinhaltung bzw. gewünschte Verhaltensweisen des homo oeconomicus durch die Gestaltung von Bedingungen und damit entsprechenden Institutionen hervorzurufen sind, die ihm entweder einen direkten persönlichen Nutzen bieten und - oder auch alleinig - nicht konformes Verhalten mithilfe eines Verlustes bzw. einer Bestrafung gemäß des Kosten-Nutzen-Kalküls unattraktiv werden lassen. Insbesondere in diesem Sinne ist der homo oeconomicus als durchweg rational handelndes Individuum zu verstehen, der sich seine Umwelt sehr bewusst anzusehen als auch weitergehend zu bewerten in der Lage ist. Das bedeutet, dass er also per se über den Zugang zu Informationen verfügt, als auch die Fähigkeit besitzt, diese zu verstehen und angemessen zu verarbeiten, womit es aus ökonomischer Sichtweise optional des Weiteren möglich wird, bereits durch kleine Änderungen in den institutionellen Rahmenbedingungen Verhaltensänderungen herbeizuführen.

Wenngleich es auch in den Reihen der Ökonomen zum Teil deutliche Unterschiede in den Auffassungen darüber gibt, wie vertrauenswürdig der Mensch einzuschätzen und ob er eher als strebsam und fleißig oder doch eher entlang der sog. „Arbeitsleid-Hypothese“ zu bewerten sei (u.a. Göbel 2002), bleibt aus

ökonomischer Sicht die Notwendigkeit bestehen, die dem Menschen zugesprochenen Präferenzen einer Bewertung zu unterziehen. Erst auf dieser Basis können Regel- und Ordnungsstrukturen, hinsichtlich ihres Beitrages, ein gewünschtes Verhalten hervorzurufen, erkannt bzw. der Versuch unternommen werden, dieses gezielt zu gestalten, um ein vermeintlich gutes und somit ökonomisches Verhalten zu erzielen.
Die NIÖ, die das Modell des homo oeconomicus grundlegend ebenfalls annimmt, bezweifelt jedoch „das Ideal des vollkommen ehrlichen oder vollkommen kontrollierbaren homo oeconomicus der neoklassischen Theorie...“ (Richter/Furubotn 2003, S.24). In der Absicht, sich der Realität stärker anzunähern, geht die NIÖ von beschränkter Rationalität des Menschen aus. Aufgrund der Beschränktheit des Zugangs zu bzw. des Vorhandenseins von Informationen und individueller Kapazität der Informationsverarbeitung beinhaltet Rationalität des Individuums dann, „...dass ein Akteur versucht, seinen Nutzen unter den ihm vorgegebenen Einschränkungen zu maximieren“ (Jost 2001, S.17). Somit kann zwangsläufig auf das Vorhandensein von Unsicherheit(en) geschlossen werden, die vonseiten der NIÖ mithilfe der bereits benannten Dimensionen der strategischen und parametrischen Unsicherheit aufgenommen werden. Rationales Verhalten basiert dann notwendigerweise jedoch auf den persönlichen Erfahrungen und resultierenden Prämissen des Individuums. Von einer allgemeingültigen Steuerbarkeit des homo oeconomicus über die Gestaltung von Institutionen kann somit nur noch schwerlich ausgegangen werden, steht doch zur Disposition, welche Wirklichkeitskonstruktion die Wahrnehmung des Individuums determiniert und in welchem Kontext der damit „subjektiven Realität“ Veränderungen in den Rahmenbedingungen der konkreten (Lebens-)Umwelt dann durch das Individuum wahr- und letztlich angenommen werden.

An dieser Stelle ist erneut auf die bereits genannte Notwendigkeit der Verbindung formaler und informeller Institutionen zu verweisen, da letztgenannte einen notwendigen Beitrag auch zur Sicherung der formalen Institutionen leisten. Entsprechend gilt auch hinsichtlich der Frage nach der Gestaltung und Absicherung von Unternehmensstrukturen ein besonderes Augenmerk auf diese Zusammenhänge zu legen und nicht der offensichtlich unrealistischen Annahme zu erliegen, dass eine Steuerung der Organisation allein über die formalen Institutionen möglich wäre. Dies ist ein Umstand, der per se für jeden Organisati-

onsentwicklungsprozess unterstellt werden muss und entsprechend selbstverständlich auch und gerade für die Einführung eines Gesundheitsmanagements bedeutsam ist nicht zuletzt aus der Tatsache heraus, dass die Förderung von Gesundheit und gesundheitsförderliches Verhalten von Individuen ganz konkret immer im Zusammenhang mit individuellen sowie im Interaktionssystem vorhandenen Einstellungen, Werten, Normen und also gültigen bzw. prägenden Wirklichkeitskonstruktionen zu sehen sind.

### 6.3.5 Zum Grundverständnis von Unternehmungen und Organisationen aus ökonomischer Sicht

Dem Menschenbild des homo oeconomicus als rational handelndem Subjekt entsprechend werden die Existenz von Unternehmungen bzw. Organisationen vonseiten der Ökonomie nicht als zufällig angesehen. Vielmehr wird ihre Gründung auf eine Entscheidung eben dieser rational handelnden Subjekte zurückgeführt, mithilfe derer auf die Funktion einer Organisation abgehoben wird (Göbel 2002). Ökonomische Organisationen sind in dieser Hinsicht „...bewusst geschaffene Gebilde, in denen die teilnehmenden Personen interagieren, um individuelle und ökonomische Ziele zu erreichen“ (Maier 2002, Kapitel 2.2-2.3, S.1). Vor dem Hintergrund der konstatierten ökonomischen Wirklichkeit, dass Menschen Knappheit empfinden, „...wenn sie ihre Bedürfnisse an den zu ihrer Befriedigung verfügbaren Gütern messen“ (Picot u.a. 2005, S.1), rückt die Knappheitsbewältigung in das Zentrum eines solchen wirtschaftlichen Handelns. Spezialisierung und Arbeitsteilung leisten unter den Bedingungen der Knappheit den größten Beitrag zur Erreichung dieses Ziels und resultieren in einer Produktivitätssteigerung, auf die bereits Adam Smith 1776 in seiner Darstellung der Stecknadelproduktion hingewiesen hat (Picot u.a. 2005; Göbel 2002).

Im Zusammenhang des Entwicklungsschrittes hin zu einer modernen Industriegesellschaft und als bedeutsame wie gleichfalls zwangsläufige Begleiterscheinung bzw. Folge der Spezialisierung und Arbeitsteilung treten damit auch Fragen des Tausches und der Abstimmung in den Fokus wirtschaftlichen Handelns. Sie stellen sich als weitere Aufgabe der Gestaltung und dauerhaften Regelung im Zuge der Entstehung bzw. Herausbildung von Unternehmungen, wobei eine bewusste Erweiterung der eingangs genannten rationalen Entschei-

dung von Individuen, die zur Entstehung von Organisationen führen sollen, dahingehend getroffen wird, dass „Strukturen der Arbeitsteilung, der Spezialisierung, des Tauschs und der Abstimmung (...) geplante und ungeplante Folgen menschlicher Entscheidungen und Handlungen (sind d. Verf.)“ (Picot u.a. 2005, S.3). Dies hebt hervor, dass auch nicht gänzlich rational geplante Handlungen von Menschen zu einer Entstehung von Strukturen und Gebilden beitragen bzw. diese initiieren können. Ausgeschlossen wird lediglich, dass die Unternehmung als „...das Ergebnis eines naturgesetzlich vorausbestimmten Prozesses...“ (Picot u.a. 2005, S.3) anzusehen sei.

Wird eine Unternehmung demzufolge mehr oder weniger rational von Menschen und ihren Handlungen determiniert, ergeben sich notwendigerweise Steuerungs- und Gestaltungsaufgaben zur Sicherstellung eines reibungslosen Funktionierens von Prozessen der Abstimmung, der Arbeitsteilung und des Tausches innerhalb dieser. Konkret erforderlich ist also die Koordination der Aktivitäten - worunter Entscheidungen und Handlungen gleichermaßen zu verstehen sind - der tätigen Individuen. Diese müssen darüber hinausgehend jedoch auch motiviert sein, ihren Beitrag innerhalb der Arbeitsteilung zu leisten (Milgrom/Roberts 1992, in: Meier 2002 Kapitel 2.2-2.3, S.5). Damit ist zunächst auf der formalen Ebene zu konstatieren, dass sowohl die Sicherstellung möglichst produktiver Arbeitsteilung und Spezialisierung einerseits sowie „reibungsloser“ Tausch- und Abstimmungsprozesse andererseits gleichermaßen für den wirtschaftlichen Erfolg und die Bewältigung von Knappheit ausschlaggebend sind (Picot u.a. 2005).

In Anlehnung an Probst ist eine Organisation dementsprechend als ein Ganzes zu sehen, das aus „vorhandenen Instrumenten“, die die logische Abfolge von Handlungen determinieren, ebenso besteht, wie aus den „vorhandenen Beziehungen“, die auf die Erfüllung einer Aufgabe gerichtet sind (Probst 1992, S. 168ff). Es bedarf der Kongruenz von instrumentalen (Struktur und Prozess) und Beziehungselementen gleichermaßen, um eine funktionsfähige Organisation im Sinne eines zielgerichteten Systems zu gestalten (Probst 1992, S.168ff). Offensichtlich treten somit die bereits angesprochenen Anforderungen der Koordination als auch Motivation hier erneut in den Fokus. Aus Sicht der NIÖ stehen diese Aufgaben im Zusammenhang mit formalen als auch informellen Insti-

tutionen, deren Zweck es ist, individuelles Verhalten in eine bestimmte Richtung zu steuern (u.a. Richter/Furubotn 2003, S.50). Entsprechend versteht die NIÖ unter einer Organisation „...eine Institution samt den sie (mit einem gemeinsamen Ziel) benutzenden Individuen“ (Richter/Furubotn 2003, S.50).
Dass die je eigenen Ziele der Angehörigen einer Organisation nicht vollständig mit deren Zielen übereinstimmen (müssen), bleibt ein im genannten Kontext virulentes Problem. Es verschärft nochmals die Tatsache, dass „die erhöhte Interaktion der Menschen in der arbeitsteiligen Wirtschaft...“ die Verständigung „...über Regelsysteme, also Institutionen (...) (erforderlich macht d. Verf.), welche diese Interaktion ordnen“ (Göbel 2002, S.54). Eine produktive Arbeitsteilung einerseits und möglichst reibungslose Tausch- und Abstimmungsprozesse andererseits sind als die wesentlichen Bedingungsfaktoren stattfindender Interaktionen in Organisationen zu verstehen. Mit dem Ziel der Kostenreduktion und Produktivitätssteigerung sind beide Anforderungen je spezifisch als eben auch mit Blick auf ihre relevanten Interdependenzen möglichst effizient zu gestalten. Während verwandtschaftliche Bande „...die weitergehende ideologische Nähe aufgrund gleicher Sozialisation, der gleiche Wissensstand aufgrund gleicher Erfahrungen usw. (...) Bedingungen für relativ mühelose Tauschprozesse...“ (Picot u.a. 2005, S.6) sind, stellen die „extreme Spezialisierung und die damit einhergehende ideologische und wissensmäßige Entfremdung der Akteure, die Entpersonalisierung des Tausches usw. ...“ (Picot u.a. 2005, S.6) zentrale Ursachen für einen hohen Ressourcenverbrauch zur Steuerung von Tausch- und Abstimmungsprozessen dar.

Für das Organisationsverständnis bleibt festzuhalten, dass sich Organisationen zunächst einmal dadurch kennzeichnen lassen, dass sie planvoll und bewusst hergestellt wurden (Göbel 2002, S.4) und durch vorhandene Grenzziehungen die Unterscheidung in Mitglieder und Nichtmitglieder vollziehen. Das Funktionieren dieses „Handlungssystems“ Organisation (Göbel 2002, S.4) und damit die Sicherstellung hoher Produktivität bzw. Dienstleistungsqualität mithilfe adäquater Arbeitsteilung sowie reibungsloser Tausch- und Abstimmungsprozesse ist zentral abhängig von ihrem systematischen Aufbau und damit ihren Strukturen sowie den das Handeln der Mitglieder steuernden Regeln. Nur so ist die Verfolgung der Organisationsziele als dem - gesetzten - gemeinsamen Zweck der in der Organisation tätigen Akteure sicherzustellen. Aus Sicht der betriebswirt-

schaftlichen Organisationslehre wird im Hinblick auf Unternehmen diesbezüglich dahingehend unterschieden, dass im Sinne eines instrumentellen Organisationsverständnisses eine Unternehmung eine Organisation hat (d.h. eine Organisationsstruktur, die die Handlungsabläufe regelt) und sie gleichfalls, im Sinne eines institutionellen Organisationsverständnisses, eine Organisation ist (d.h. ein soziales System, im Sinne einer bewusst geschaffenen Institution, mit Grenzen und Mitgliedern) (Picot u.a. 2005, S.24; Göbel 2002, S.5).

### 6.3.6 Koordination und Motivation als zentrale Organisationsprobleme

Die den bisherigen Ausführungen zu entnehmenden Anforderungen können fokussiert und im Sinne zweier analytisch trennbarer Probleme, des sog. Koordinationsproblems einerseits und des Motivationsproblems andererseits dargestellt werden (Milgrom/Roberts 1992, in: Picot u.a. 2005). Als zentrales Problem der Organisationsökonomik bezeichnet, stellen sich die Koordination der Unternehmensaktivitäten und –aufgaben sowie die Motivation der Mitarbeiter zur aktiven Mitarbeit an ihrer vollständigen und effizienten Erfüllung als grundlegende Anforderungen dar, die für alle Aktivitäten und somit auch Veränderungs- / Entwicklungsprozesse in der Organisation wirksam sind (u.a. Richter/Furubotn 2003; Picot u.a. 2005).

Das Ausgangsproblem im Anforderungsfeld der Koordination stellt sich primär als Informationsproblem der tätigen Akteure dar, hinsichtlich der ihnen zufallenden Rolle und damit konkreter Aufgaben, Bedingungen und Zielen zu deren adäquater Erfüllung (Richter/Furubotn 2005, S.6). Angesprochen ist damit die genaue Kenntnis der geforderten Menge, des Zeitpunkts der Leistungserbringung und der zugehörigen Qualitätserfordernisse. Wie beschrieben führt der Wandel in den Bedingungen heutiger Wirtschafts- und Arbeitswelt jedoch vielfach zunehmend dazu, dass nicht mehr nur die eigene Aufgabenerfüllung im Blickwinkel des Mitarbeiters liegt und liegen darf. Anforderungen zur konkreten Zusammenarbeit und damit Interaktion mit vor- und nachgelagerten Produktions- und Dienstleistungsaktivitäten führen zu einer Ausweitung der Koordinations- und Motivationserfordernisse, die sich zunehmend auf den ausführenden Mitarbeiter auswirken. Neben dem reinen handwerklichen Geschick bzw. dem Zugriff auf primär aufgabenbezogene Qualifikationen gewinnen Notwendigkei-

ten im Bereich der Sozial- und Persönlichkeitskompetenz für eine produktive Arbeitsteilung und reibungslose Tausch- und Abstimmungsprozesse zunehmend an Bedeutung.

Entsprechend bleibt zunächst das Vorhandensein und der Zugriff auf notwendige Informationen zu den Anforderungen und Rahmenbedingungen einer „überlegenen“ Arbeitsteilung und Spezialisierung (nach Milgrom/Roberts, in: Picot u.a. 2005, S.7) als die für das sog. Koordinationsproblem zentrale Kennzeichnung zu benennen. Koordinationserfordernisse ergeben sich aus Sicht der NIÖ sowohl für Austauschbeziehungen am Markt als auch innerhalb von Unternehmen. In beiden Fällen kann von einer Beziehung zwischen Anbietern und Nachfragern ausgegangen werden. So lassen sich auch Produktionsprozesse sowie Schnittstellenbeziehungen innerhalb einer Unternehmung als Beziehung zwischen Anbietern und Nachfragern verstehen, die im Zuge der Arbeitsteilung Güter austauschen, an deren Beschaffenheit sie je spezifische Anforderungen stellen (müssen). Die Interaktion zwischen beiden ist entsprechend entlang der zugehörigen Informationserfordernisse zu gestalten und beiderseitig bzw. durch den Rückgriff auf übergeordnete Instanzen zu koordinieren. Dabei kann das Koordinationsproblem selbst nochmals in die Teilprobleme des Bereitstellungs- und des Suchproblems zerlegt werden (Göbel 2002, S.55). Ersteres verweist im Zuge der Arbeitsteilung auf die Frage der Sicherstellung der Bedürfnisbefriedigung des Nachfragers, hinsichtlich der Bereitstellung der durch ihn geforderten Güter. Die Art und Weise der Bereitstellungsmöglichkeiten entsprechender Güter ist immer auch mit dem Suchproblem verbunden. Dieses kann sich sowohl auf die Frage nach dem entsprechenden Anbieter, d.h. Interaktionspartner und / oder den zur Bereitstellung des Gutes relevanten Prozessrahmen beziehen, was bedeutet, dass beide auch mit der Frage nach den Anforderungen, die der Nachfrager an das Gut richtet, verbunden sind. Des Weiteren ist zu fragen – vereinfacht ausgedrückt – ob dieses Gut spezifisch angefertigt wird und seine Anfertigung spezieller Vorgaben durch den Nachfrager bedarf, ob seine Bereitstellung besondere Anforderungen beinhaltet oder ob es im Sinne eines Massengutes leicht zugänglich und somit ohne speziellen Aufwand abgerufen werden kann (vgl. u.a. Göbel 2002).

Bei aller Unterschiedlichkeit in den Bedingungen der Interaktionen zwischen Anbietern und Nachfragern ist allen gemeinsam, dass sie einen Austausch von

Gütern darstellen (Jost 2001, S.9). Der Begriff des Gutes umfasst hierbei sowohl materielle Güter wie Konsumgüter und Vorprodukte für die Produktion und auch immaterielle Güter, zu denen die Montage ebenso zählt wie „...die Ausbildung eines Mitarbeiters oder weniger Greifbares wie Eigentumsrechte und Informationen“ (Jost 2001, S.9).

Deutlich wird, dass sich nicht nur die Interaktion selbst, also der Prozess des Austausches eines Gutes als zentrale Gestaltungsanforderung ergibt, sondern ebenfalls die in die Interaktion involvierten Personen für deren Gelingen von besonderer Relevanz sind (Jost 2001, S.10). Speziell vor dem Hintergrund der Annahme des Menschenbildes des homo oeconomicus ist nicht automatisch davon auszugehen, dass Menschen gegebene Strukturen der Arbeitsteilung und Interaktionsrahmen adäquat, d.h. regelgerecht sowie gemäß getroffener Vereinbarungen einhalten. Neben die grundsätzliche Aufgabe der Koordination von Arbeitsteilung und Spezialisierung sowie von Tausch- und Abstimmungsprozessen treten somit optional Verhaltensprobleme bzgl. der Einhaltung bzw. Umsetzung koordinierender Rahmenbedingungen. Resultierend aus unterschiedlichen Interessen und Zielsetzungen der beteiligten Akteure stellen sich diese als Motivationsproblem im Aufgabenfeld von Organisationen (Göbel 2002) dar. „Das Koordinationsproblem beschreibt die Überwindung des **Nichtwissens** der Akteure. Beim Motivationsproblem geht es dagegen um die Überwindung des **Nichtwollens**“ (Herv. i. Org.) (Picot u.a. 2005, S.7). Dass das Nichtwissen sowohl etwas mit Fragen der Informationsbeschaffung als auch Möglichkeiten der Informationsverarbeitung im handelnden Subjekt zu tun hat, erleichtert die beschriebene Grundproblematik keineswegs. Zum Tragen kommt in diesem Zusammenhang der vonseiten der NIÖ benannte Aspekt der begrenzten Rationalität von Individuen, ergänzt durch sich optional ergebende Folge- bzw. Begleitprobleme im Bereich des Nichtwollens von Individuen, die im Zusammenhang mit dem ebenfalls bereits angesprochenen Aspekt des Opportunismus zu sehen sind.

Grundsätzlich kann auch das Koordinationsproblem nochmals in das Messproblem sowie das Spezifitätsproblem zerlegt werden (Göbel 2002, S.57). Auf Basis der benannten Einflussfaktoren und Rahmenbedingungen verweist das Messproblem auf zusätzliche Schwierigkeiten, wenn es den Beteiligten nicht möglich ist, die Qualität getauschter Leistungen genau messen oder grundsätzlich beur-

teilen zu können (Göbel 2002, S.57). Eine weitere Ursache eines unfairen Tausches von Gütern wird mit dem Spezifitätsproblem beschrieben und tritt dann auf, wenn die geforderte Leistung von nur wenigen oder gar nur einem Partner bereitgestellt wird. Das sich damit ergebende Abhängigkeitsverhältnis von diesem Anbieter birgt die Gefahr der seinerseits vollzogenen Ausnutzung der sich darstellenden Machtposition zur einseitigen Beeinflussung der Vertragsbedingungen (Göbel 2002, S.57).

Sowohl für das Koordinations- als auch das Motivationsproblem besteht aus Sicht der NIÖ ein zentrales Interesse darin, mithilfe entsprechender Vorkehrungen im Vorfeld der Transaktion bzw. des Vertragsabschlusses (ex ante) einen wesentlichen Schutz vor opportunistischem Verhalten im Rahmen des Vollzugs und nach Vertragsabschluss (ex post) zu erzielen (s.o.). Da die NIÖ „...eine Organisation als Netzwerk von Verträgen (nexus of contracts) zwischen den daran beteiligten Personen“ (Richter/Furubotn 2003, S.201) versteht, hat das Genannte gleichfalls Gültigkeit für den Bereich der innerorganisatorischen Gestaltung und damit auch für  Fragen der entstehenden Transaktionskosten, im Zuge der Interaktion und des Austausches von Gütern.

## 6.4 Die Transaktionskostentheorie

### 6.4.1 Grundvorstellungen der Transaktionskostentheorie

Die Annahme der Existenz von Transaktionskosten ist als wesentliche Grundlage aller institutionenökonomischen Ansätze zu verstehen (Göbel 2002). Sie entstehen, weil Menschen, basierend auf den bisherigen Ausführungen, stark vereinfacht ausgedrückt, nur über eine begrenzte Rationalität und begrenztes Wissen verfügen und zu Fehlern neigen. Das bedeutet in der Konsequenz, dass sie als „Entscheidungssubjekte“ in der wirklichen Welt stets ineffizient handeln und „...Transaktionskosten (...) das Resultat dieser Ineffizienz“ (Richter/Furubotn 2003, S.53) sind. Mit Blick auf Unternehmen, die vonseiten der NIÖ als Netzwerk von Verträgen sowie als Netzwerk von sozialen Beziehungen bezeichnet werden, sind Transaktionen und Transaktionskosten zentrale Bestandteile ihres Bestehens. Sie umfassen „...die Kosten für die Einrichtung, die Erhaltung und die Veränderung der Organisation sowie die laufenden Kosten,

die mit dem Betrieb der Unternehmung verbunden sind“ (Jost 2001, S.18). Als aus Sicht des Transaktionskostenansatzes zentrale Bausteine der diesbezüglich ablaufenden Interaktionen sind sowohl der einzelne Organisationsteilnehmer als auch das in eine Beziehung involvierte Individuum und auch die Interaktion selbst, also der Austausch eines Gutes in dieser Beziehung, zu verstehen (Jost 2001, S. 10). Dem dargelegten Organisationsproblem folgend, resultieren Kosten „...damit unmittelbar aus der Art und Weise, wie Arbeitsteilung und Kooperation in einer Unternehmung gestaltet sind“ (Jost 2001, S.18). Dieses betrachtend und der Frage nachgehend, durch welches Organisationsdesign die Austauschbeziehungen effizient gestaltet werden können, lässt sich der Transaktionskostenansatz auf die Probleme des Leistungsaustausches im Rahmen des Organisationsproblems und die benannten Facetten des Koordinations- und Motivationsproblems beziehen (u.a. Göbel 2002, S.63; Jost 2001, S.35).
Aus Sicht der Transaktionskostentheorie (weiterhin: TAKT) treten Transaktionskosten sowohl im Rahmen marktlicher als auch hierarchischer Koordination auf, wobei die Theorie darauf hinweist, dass Beziehungen zwischen Menschen in Unternehmen und damit in einer Hierarchie etwas anderes sind als im Bereich des anonymen Tausches am Markt. Entsprechend ist zu entscheiden, wann welche Form des Leistungsaustausches angemessen, d.h. effizient ist (Göbel 2002, S.64). In diesem Sinne öffnet die TAKT ihren Blickwinkel von der Betrachtung ökonomischer Transaktionskosten auch auf soziales Handeln (nach Max Weber 1980, in: Richter/Furubotn 2003, S.56), welches - nahezu selbsterklärend - erforderlich für die Gründung, Erhaltung resp. Veränderung des institutionellen Rahmens ist, in dem sich konkrete Wirtschaftstätigkeit und damit Arbeitsteilung und Spezialisierung ebenso wie Tausch- und Abstimmungsprozesse vollziehen (u.a. Richter/Furubotn 2003). Dies lässt deutlich werden, dass der institutionelle Rahmen formale und informelle Regeln und deren Durchsetzungsinstrumente gleichermaßen beinhaltet (Richter/Furubotn 2003, S.56) und sich diese, vor dem Hintergrund alternativer Möglichkeiten zur Gestaltung von Arbeitsteilung sowie Tausch- und Abstimmungsprozessen grundlegend im Hinblick auf die Steuerung des Verhaltens der Mitglieder des Unternehmens auswirken, „...unabhängig davon, ob es sich dabei um die Zuweisung der Arbeitsaufgabe handelt oder die Kooperation untereinander betrifft“ (Jost 2001, S.23).

Als Ziel des Transaktionskostenansatzes folgt daraus die „...Gestaltung eines institutionellen Arrangements“ (Jost 2001, S.46), das die mit einer Transaktion verbundenen Kosten minimieren soll. In Anlehnung an die Verbindung von Transaktionskosten mit Reibungsverlusten (u.a. Richter/Furubotn 2003) gehen Picot u.a. (2005) sogar davon aus, dass die TAKT auf Tausch- und Abstimmungsprozesse fokussiere und nur am Rande Hilfestellungen zur Gestaltung von Arbeitsteilung und Spezialisierung anbiete (Picot u.a. 2005, S.57).

### 6.4.2 Merkmale von Transaktionen

Offenkundig können Transaktionskosten in ihrer Höhe differieren. Als ausschlaggebend für den Verlauf und somit entstehende Kosten von Transaktionen werden Rahmenbedingungen verstanden, die seitens der TAKT als Transaktionsmerkmale (u.a. Picot u.a. 2005) bezeichnet werden. Sie determinieren Tauschprozesse entlang dreier - in ihrer Auswirkung auf die Transaktion optional differierender - interdependenter Bereiche, die die involvierten Transaktionspartner, den Transaktionsgegenstand und auch die Transaktion begleitenden Umweltbedingungen betreffen. Ob es notwendig, lohnend und / oder überhaupt sowie unter welchem Aufwand bzw. mit welchen Kosten möglich ist, entsprechende bzw. „...spezialisierte Überwachungs- und Beherrschungssysteme für bestimmte Transaktionen aufzubauen...“ (Göbel 2002, S.142), hängt zentral von den Ausprägungen der Transaktionsmerkmale ab.

Die vonseiten der TAKT unterstellten Verhaltensannahmen, die als „begrenzte Rationalität“ und „Opportunismus“ der Individuen zu den Transaktionsmerkmalen gehören, sind bereits einführend beschrieben worden. Zu den zentralen Folgen aus beiden Aspekten können das Fehlen resp. die Schwierigkeit gezählt werden, einen Gleichgewichtszustand zwischen den Transaktionspartnern herzustellen, der den Transaktionsverlauf vereinfachen und somit zur Kosteneinsparung beitragen kann. Damit und mit dem Umstand verbunden, dass Informationen kostspielig und zudem Individuen nur begrenzt fähig sind Informationen zu erlangen und zu verarbeiten, „...kennt jeder einzelne Optionen des Systems nur zum Teil, (und d. Verf.) die Kenntnisse jedes einzelnen unterscheiden sich von denen aller anderen“ (Richter/Furubotn 2003, S.72). Interaktionen verschiedenster Art sind bereits durch diesen Umstand als schwierig bzw. in „ihrer

Gestaltung“ aufwendig anzusehen. Reibungsverluste sind zusätzlich umso wahrscheinlicher, je eher des Weiteren von der Gefahr opportunistischen Verhaltens bei einem resp. beiden Transaktionspartnern auszugehen ist.

Weitere, sich auf Verlauf und Kosten auswirkende Transaktionsmerkmale, sind mithilfe der Schlagworte der Spezifität, der Unsicherheit, der Häufigkeit, der Messbarkeit wie auch der Interdependenzen mit anderen Transaktionen zu sehen. Auch hier werden lediglich die aus Sicht der Arbeit zentralen Aspekte näher angesprochen.

- Spezifität

  Spezifität umschreibt grundlegend den Umstand, dass ein bestimmter und in diesem Sinne spezifischer Faktor nicht ohne Weiteres austauschbar ist (u.a. Göbel 2002, S.139). Je spezifischer getätigte Investitionen im Rahmen einer Transaktion sind, desto weniger ist für die investierende Seite die Möglichkeit gegeben, diese rückgängig zu machen bzw. von dieser zurückzutreten und z.B. den Anbieter zu wechseln. Die Investitionsbereitschaft in eine entsprechend spezifische Transaktion bedarf also einer gewissen Sicherheit hinsichtlich deren Verlaufs sowie der relativen Gewissheit über die Vorteilhaftigkeit einer solchen Entscheidung. Offenkundig bedürfen spezifische Investitionen eines „...detaillierten Vertrag(s) über die Rahmenbedingungen der Durchführung. Dies impliziert hohe Koordinationskosten“ (Jost 2001, S.41). Da - insbesondere aufgrund der begrenzten Rationalität der Individuen - nicht alle Eventualitäten im Zusammenhang der Transaktion zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses berücksichtigt werden können, besteht nach erfolgter Investition vonseiten eines Partners die Gefahr des sog. „Hold up“ durch die andere Seite. Das heißt, diese verhält sich opportunistisch und nutzt den nicht vereinbarten Verhaltensspielraum zu ihren Gunsten aus (Jost 2001, S.41f.). Einen möglichen Schutz vor dieser gegebenen Gefahr stellen Klauseln im Vertrag dar, die - aufgrund der notwendigen Unkenntnis aller aktuellen Optionen wie auch eventuell relevanten Entwicklungsverläufe in der nahen oder auch fernen Zukunft - als durchaus schwierig zu gestalten bewertet werden können. Wie Göbel formuliert, wird bei hoher Spezifität die „...**Identität der Transaktionsbeteiligten wichtig**...“ (Herv. i. Org.) (Göbel 2002, S.141), was von Jost durch die weitere Aussage ergänzt wird, dass

mit dem Umfang transaktionsspezifischer Investitionen auch die Motivationskosten steigen (Jost 2001, S.42).

Grundsätzlich können alle Eigenschaften einer Leistung / eines Produkts als Spezifitätsmerkmale verstanden werden, die „...aus Sicht des Kunden „einen Unterschied machen“,...“ (Göbel 2002, S.140). Die Literatur unterscheidet im Schwerpunkt sechs verschiedene Ausprägungen der Spezifität, zu denen u.a. die Standort-, die Humankapital- wie auch die Zeitspezifität zu zählen sind (u.a. Richter/Furubotn 2003; Göbel 2002; Jost 2001). Dass Spezifitätsbedingungen in und von Transaktionen neben den benannten Gefahren gleichfalls erhebliche Vorteile haben (können), wird u.a. in diesen Ausprägungen deutlich. Beispielhaft sei nur auf die Bedeutung spezifischer Kenntnisse und Fähigkeiten der Mitarbeiter für die Aufgabenerledigung verwiesen.

- Unsicherheit

  Die Verhaltens- und Umweltunsicherheit sind als die beiden miteinander verbundenen Arten von Unsicherheit bereits angesprochen worden. Je größer die Unsicherheit über situative Rahmenbedingungen der Transaktion und deren künftige Entwicklung ist, desto höher sind die mit ihr verbundenen Kosten einzustufen. Wenn sich der nicht festlegbare Handlungsspielraum erhöht, steigen insbesondere die Motivationskosten, um Opportunismus zu mindern (Jost 2001, S.42).

- Häufigkeit

  Verständlicherweise hat die Häufigkeit, mit der eine Transaktion durchgeführt wird, einen entscheidenden Einfluss auf die grundsätzliche Frage nach der Notwendigkeit sowie der erforderlichen Qualität der Vereinbarung konkreter Regelungen und des Aufbaus einer „Überwachungsstruktur“ zu ihrem Verlauf. So bieten häufige Transaktionen zwischen festen Partnern die Möglichkeit der Beziehungsbildung, die auf der Basis entstandener Kenntnis über Bedarfe des Gegenübers, sich bildender Routinen in den Abläufen sowie der Herausbildung gegenseitigen Vertrauens entstehende Transaktionskosten erheblich minimieren können (u.a. Jost 2001; Göbel 2002). Dies ist ein Umstand, der z.B. mithilfe des Entstehens eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Transaktionspartnern zur Wandlung eines bis dato unspezifischen in einen spezifischen Faktor der Transaktion führen kann. In der NIÖ wird ein solcher Wandlungsprozess in der Beziehung der Transaktionspartner mit dem Begriff der „fundamentalen Transformation“ beschrieben (Göbel

2002, S.141; Jost 2001, S.16f). Darin wird die enge Verzahnung der Bewertung bzw. der Bedeutung der Faktoren der „Häufigkeit“ der „Spezifität“ erkennbar, so unter anderem darin, dass sich durch eine entsprechende Häufigkeit der Kontakte sowie die optional zusätzlich gegebene räumliche Nähe beider Transaktionspartner eine langfristige und damit im Zuge deren Entwicklung stetig präziser werdende Zusammenarbeit entwickeln kann, die damit zur Kosteneinsparung beiträgt (Göbel 2002, S.140).

Es ist offensichtlich, dass diesbezüglich nicht nur die Häufigkeit der Interaktion, sondern insbesondere auch deren „Qualität“ einen erheblichen Einfluss auf die Potenziale der Kostenreduktion hat. Beispielhaft sei an dieser Stelle lediglich auf die Bedeutung gegenseitigen Vertrauens und der Orientierung an beiderseits geteilten Normen und Regeln verwiesen, soll eine Kostenreduktion infolge der dauerhaften Zusammenarbeit voll zum Tragen kommen.

- Messbarkeit

  Die Frage der Messbarkeit bezieht sich auf den Punkt der durch die Transaktion geschaffenen Werte und der Beurteilung der dazu vonseiten der einzelnen Transaktionspartner eingebrachten Aufwendungen zur Leistungserstellung. Je schwieriger sich die Messbarkeit darstellt, desto höher sind die mit der Transaktion verbundenen Gefahren bzw. Schwierigkeiten z.B. im Bereich der Leistungsbeurteilung für mindestens eine Seite der beteiligten Partner zu bewerten. Unter den Begriffen des „moralischen Risikos“ (moral hazard) sowie des „Trittbrettfahrerproblems“ werden Folgeprobleme aus den genannten Schwierigkeiten der Messbarkeit beschrieben. Beide Begriffe weisen auf das bewusste Zurückhalten von Informationen zu zentralen Faktoren der Leistungserbringung durch eine bzw. mehrere Parteien hin (vgl. Jost 2001, S.45).

- Interdependenz mit anderen Transaktionen

  Für eine Vielzahl von Transaktionen kann unterstellt werden, dass sie nicht für sich alleine existieren, sondern im Verbund zu sehen sind, mit weiteren „sie umgebenden“ Transaktionen, zu denen mehr oder weniger stark ausgeprägte Beziehungen und damit Abhängigkeiten bestehen (Jost 2001, S.45). Infolgedessen sind die mit einer Transaktion zu vollziehenden Gestaltungsaufgaben bzw. vertraglichen Regelungen nicht als isolierte Einzelaufgaben zu betrachten. Das führt dazu, dass sich „die Komplexität der Um-

welt, in der die Transaktion stattfindet, erhöht (...) und (...) höhere Koordinations- und Motivationskosten“ (Jost 2001, S.45) die Folge sind.

(Für eine weitergehende Auseinandersetzung siehe Richter/Furubotn 2003; Göbel 2002; Jost (Hrsg.) 2001.)

### 6.4.3 Transaktionskostenkategorien

Die Höhe entstehender Transaktionskosten hängt gemäß des vorhergehenden Punktes „...von bestimmten Bedingungskonstellationen und von den gewählten organisatorischen Gestaltungsaktivitäten ab“ (Picot u.a. 2005, S.57). Transaktionskosten entstehen - wie erwähnt - notwendigerweise im Zusammenhang der Einrichtung, Erhaltung und Veränderung (Jost 2001) von Organisationen. Konsequenterweise folgt daraus die Befassung mit einzelnen Prozessschritten des Auftretens bzw. Entstehens von Transaktionskosten im Feld organisationaler Gestaltung, um auf dieser Basis optional alternative Maßnahmen bzw. Gestaltungsaktivitäten auswählen und dadurch Transaktionskosten senken zu können. Eine aus Sicht der Arbeit strukturierte und durch ihre Kompatibilität zu anerkannten Vorgehensweisen im Rahmen projektmanagementorientierten Vorgehens (vgl. u.a. Birker 1999) auch der Realität im Unternehmensalltag entsprechende Phaseneinteilung findet sich in der Untergliederung von Transaktionskostenkategorien in die Phasen der Anbahnung, Vereinbarung, Abwicklung, Kontrolle und Anpassung (Picot u.a. 2005, S.57). Die Nähe der Transaktionskostenkategorien zum Phasenschema des sog. PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) als einem auch für das Betriebliche Gesundheitsmanagement anerkannten Modells, das in Punkt 5 dieser Arbeit eingehender dargelegt wurde, ist deutlich erkennbar.

Jost (2001, S.350ff.), der diese Phaseneinteilung der voneinander abgrenzbaren Transaktionskostenkategorien als vorrangig für den Bereich der Beurteilung alternativer personalwirtschaftlicher Maßnahmen anführt, ergänzt diese noch durch den Bereich der “Fehlsteuerungskosten”. Wie der Autor bereits selbst anführt, sind diese jedoch eng mit Kosten im Bereich der “Anpassung” verbunden und aus Sicht der Arbeit entsprechend in diese zu integrieren.

- Anbahnungskosten

  Anbahnungskosten sind im weitesten Sinne als „Ausgangs- bzw. Grundlagenkosten“ für die Planung weitergehender Schritte und Maßnahmen zu verstehen. Sie beinhalten „...den Aufwand für die Gewinnung, Verarbeitung und Bereitstellung informatorischer Grundlagen für (...) Entscheidungen...“ (Jost 2001,S.350). Konkret entstehen Kosten für Kommunikations- und Beratungsprozesse, zur Erarbeitung von Konzeptentwürfen sowie der bei immer wiederkehrenden bzw. kontinuierlichen Aufgaben notwendigen Dokumentation und Überprüfung des Datenbestandes (Jost 2001,S.350). Dazu sind unter anderem auch Aufwendungen für Befragungen und Mitarbeitergespräche zu zählen, die vielfach das zentrale Element der Schaffung informatorischer Grundlagen darstellen und z.B. bzgl. der Mitarbeiterbefragung vielfach auch den Einstiegspunkt in Projekte der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements markieren.
- Vereinbarung

  Hierunter fallen Kosten, die im Zuge der Aushandlung und schlussendlich der Vereinbarung konkreter Maßnahmen entstehen. Insbesondere im Bereich der Gestaltung von Entwicklungs- und Veränderungsprozessen in Organisationen beziehen sich Vereinbarungskosten jedoch nicht nur auf Aspekte des entsprechenden Aushandlungsprozesses zur Maßnahmenplanung selbst, sondern beinhalten auch die Aufwendungen, die zur Überzeugung der Mitarbeiter und deren Bereitschaft, sich in die „vorgegebene“ Vereinbarung zu integrieren, zu leisten sind. Entsprechend beinhalten Vereinbarungskosten die Kosten für Abstimmung und Planung, für Verhandlungen zwischen verschiedenen Partnern sowie für zu leistende Überzeugungsarbeit, die das commitment der Betroffenen als Grundlage der folgenden Phase der Abwicklung herstellen sollen.

  Hierin ist eine direkte Verbindung zur Bedeutung der Anbahnungsphase zu erkennen, da eine wirksame Überzeugungsarbeit und damit der Eintritt eines oder mehrerer Partner/s in die zu treffende Vereinbarung die Berücksichtigung auch deren Ziele und Interessen und damit die Erhebung und Kenntnis derselben voraussetzt. Insbesondere für das Themenfeld des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist diesem Punkt eine erhebliche Relevanz beizumessen, hängt doch das grundlegende Ziel gesundheitsförderlichen Verhaltens zwangsläufig immer auch vom Verständnis und der Be-

reitschaft der Individuen ab, dieses aktiv und eigenverantwortlich umzusetzen.

- Abwicklung

  Die sich für die folgende Realisierung der in den beiden vorhergehenden Phasen grundgelegten Planungen entstehenden zeitlichen, personellen wie auch sachlichen Aufwendungen fallen in den Bereich der Abwicklungskosten. Sie werden auch als Organisations- oder Betriebskosten bezeichnet, die ebenfalls den Verwaltungsaufwand zur Durchführung vorhandener Konzepte beinhalten (Jost 2001, S.352).

- Kontrolle

  Als ein eng mit der Abwicklungsphase verbundener Punkt weisen die Kontrollkosten auf die Notwendigkeit der Qualitäts- und Terminüberwachung (Picot u.a. 2005, S.57) hin. Neben der Ausgangsbedingung entsprechend verlaufender - und also idealerweise gut koordinierter sowie durch „motivierte Mitarbeiter“ umgesetzter - Prozessschritte, im Rahmen der Abwicklungsphase, basieren wirksame Kontrollen auf möglichst klaren Absprachen und Zielsetzungen im Rahmen der Planungs- und Vereinbarungsphase. Entsprechend steigen Kontrollkosten mit zunehmender Unvollkommenheit der vertraglichen resp. vereinbarten Regelungen (Jost 2001, S.355).

- Anpassung

  Kosten für die Anpassung durchzuführender bzw. bereits durchgeführter Maßnahmen, was auch die Kosten zur Behebung möglicher Fehler und Abweichungen im bisherigen Vorgehen beinhaltet, ergeben sich als mögliches Resultat der Kontrollphase. Entsprechend stellt die Anpassungsphase die notwendige Angleichung bzw. Ausrichtung von Konzepten und Maßnahmen an die ursprüngliche Vereinbarung oder aber sich veränderte bzw. ändernde Rahmenbedingungen und Anforderungen dar. Ausgangspunkte, die zusätzliche Kosten aufgrund nachträglicher Änderungen erforderlich machen können, sind optional also auch in den Veränderungen von Bedürfnissen, Werthaltungen und Zielen von in die Transaktion involvierten Personen bzw. Einheiten zu sehen (Jost 2001, S.355). Wie schnell auf sich verändernde Bedingungen und Anforderungen reagiert werden kann, hat dementsprechend einen wesentlichen Einfluss auf die Höhe der Anpassungskosten (Jost 2001, S.353).

Anknüpfend an die einführenden Darlegungen zu dem Stellenwert und Grundverständnis von Verträgen, die jeder Transaktion zwischen den beteiligten Partnern zugrundeliegen (Jost 2001, S.46), können auch die dargelegten Transaktionskostenkategorien untergliedert werden. Gilt es im Bereich der marktlichen Koordination Vertragspartner zu finden, Verträge auszuhandeln und deren Umsetzung sicherzustellen, so ist für die hierarchische Koordination das Vorhandensein eines grundlegenden - relationalen s.u. - Vertrages und somit ein primärer Fokus auf die Realisation betrieblicher Wertschöpfung und den Bereich nach Vertragsschluss - ex post - zu unterstellen (Jost 2001). Da Transaktionskosten in ihrer absoluten Höhe sowohl durch die gewählten Koordinations- als auch Motivationsmechanismen bestimmt werden (Jost 2001, S.41) und eine Trennung beider Bereiche als der Realität nicht angemessen verstanden werden kann, sind beide auch im Hinblick auf Fragen der Kosten marktlicher als auch hierarchischer Koordination zu betrachten.

| | **Koordinationskosten** | **Motivationskosten** |
|---|---|---|
| **Markt** | Anbahnungskosten<br>- Suchkosten<br>- Informationskosten<br>Vertragskosten<br>- Verhandlungskosten<br>- Einigungskosten<br>- Kosten ineffizienter Vertragsergebnisse | Kosten der Anbahnung<br>- Reputationskosten<br>- Vertragsanpassungen<br>- (...)<br>Kosten der Durchsetzung<br>- Gerichtskosten |
| **Hierarchie** | Kosten der Organisationsstruktur<br>- Kosten der Einrichtung, Erhaltung und Änderung<br>Kosten des Betriebs<br>- Entscheidungskosten<br>- Informationskosten | - Kontroll- und Überwachungskosten<br>- Kosten der Leistungsbewertung<br>- Kosten durch nicht konforme Entscheidungen<br>- Kosten durch Konflikte |

Abb. 11: Koordinations- und Motivationskosten im Bezug zu Markt und Hierarchie

Quelle: eigene Darstellung, nach Jost 2001,S.39

## 6.5 Institutionen, Vertragsgestaltung und Organisationsstruktur - Kernaspekte zwischen Strukturations- und Transaktionskostentheorie

### 6.5.1 Grundlagen

Es ist deutlich geworden, dass eine Unternehmung als ein bewusst geschaffenes, begrenztes und zielgerichtetes Handlungssystem verstanden werden kann, das mithilfe von Aktionsregeln das Verhalten seiner Mitglieder zu steuern und über Durchsetzungsregeln diese zu motivieren sucht sich gemäß den Aktionsregeln zu verhalten (Göbel 2002, S.216). In diesem Sinne ist und hat eine Unternehmung eine Organisation. Letztgenanntes - folglich zurecht auch als Organisationsstruktur bezeichnet - determiniert sowohl die Art und den Umfang der Arbeitsteilung als auch die Art der Koordination der arbeitsteiligen Leistungen im Unternehmen (Göbel 2002, S.216). Aus Sicht der NIÖ sind diesbezüglich der institutionelle Rahmen und das Überwachungs- und Durchsetzungssystem im Unternehmen von entscheidender Bedeutung für das Verhalten und die Effizienz einer Wirtschaftseinheit (Richter/Furubotn 2003, S.147). Die hierfür als zentral anzusehenden Institutionen können ausdrücklich sowohl durch geltendes Recht, im Sinne formaler Institutionen, als insbesondere auch durch kulturell-gesellschaftlich determinierte Vorstellungen zu tolerablem Verhalten von Individuen geprägt verstanden werden. Letzteres weist auf ihre Bindung auch an sich vollziehende Entwicklungen und Veränderungsprozesse in Gesellschaft und Arbeitswelt hin, wie sie in Punkt 1 dieser Arbeit im Überblick dargestellt worden sind. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass aus Sicht der NIÖ formale Institutionen in der „wirklichen Welt“ notwendigerweise unvollkommen sein müssen und sich durch „...spontane Entwicklung informeller Regeln rasch an unvorhersehbare Umstände anpassen lassen“ (Richter/Furubotn 2003, S.22) sollten.

Mit Blick auf die Anforderung, eine grundsätzliche und für alle optionalen Situationen anwendbare Gültigkeit zu erzielen ist die Frage nach der Effizienz von Institutionen dabei verständlicherweise nur sehr schwer bzw. gar nicht zu beantworten. Als „ökonomisches Standardkriterium“ (Göbel 2002, S.45) zur Bewertung alternativer Institutionen kann das sog. Pareto-Kriterium angelegt wer-

den. Dem gemäß ist eine pareto-Effizienz einer Institution dann erreicht, „...wenn es keinen anderen Zustand gibt, bei dem sich ein Individuum besser stellt, ohne dass sich ein anderes Individuum schlechter stellt“ (Göbel 2002, S.46). Dabei wird unterstellt, dass das Erreichen des Zustandes beiderseitig optimaler Nutzenmaximierung aus dem geschlossenen Vertrag damit auch dessen Selbstdurchsetzung ermöglicht und sichert. Dieses setzt wiederum voraus, dass es zwischen den beteiligten Akteuren der Vertragsvereinbarung zu einem Konsens gekommen ist, der entsprechend „zwanglos akzeptiert“ wird (Göbel 2002, S.46), eine Voraussetzung, die als deutlich umstritten anzusehen ist, da die Konsensbildung als solche gleichermaßen an die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen der beteiligten Individuen gebunden ist. Sie verändern sich notwendigerweise sowohl im Alternsverlauf als damit auch im Zuge z.B. der Zugehörigkeitsdauer zu einem System, mit Verbesserung des Kenntnisstandes über dieses (Richter/Furubotn 2003, S.569). Entsprechend hat DeAlessi bereits angemahnt, dass Institutionen aufgrund von Gleichgewichtsbedingungen vergleichen zu wollen, „...die in einer Welt des Wandels und der Unsicherheit nie erreicht werden, (...) (bedeutet d. Verf.) alles Wissen über diesen Wandel in den Wind zu schlagen“ (DeAlesi 1992, in: Richter/Furubotn 2003, S.570).
Vor dem Hintergrund der genannten Zusammenhänge proklamieren Vertreter der NIÖ, die Frage nach der Effizienz von Institutionen auf deren „Anpassungseffizienz“ (Richter/Furubotn 2003, S.570) zu richten. In einer wie dargestellt „veränderlichen Welt“ sind es Fragen nach der Fähigkeit, Veränderungen aufzunehmen bzw. idealiter diese proaktiv mitzugestalten, die in den Mittelpunkt der Bewertung von Effizienz rücken sollten. Institutionen haben diesem Aspekt folgend dann die Aufgabe, einen Rahmen zu gestalten, der das Genannte ermöglicht (vgl. North 1990, in Richter/Furubotn 2003, S.572). Das bedeutet in der letzten Konsequenz, dass es für die NIÖ „...kein logisch einwandfreies Effizienzkriterium...“ (Richter/Furubotn 2003, S.572) mehr geben kann.

Für Organisationen, unter denen aus Sicht der NIÖ entsprechend den genannten Institutionen die dazugehörigen Menschen gefasst werden (North 1990, in: Richter/Furubotn 2003, S.10), stellt der Arbeitsvertrag - als relationaler Vertrag - vonseiten der Transaktionskostentheorie das zentrale Kennzeichen dar (u.a. Göbel 2002, S.175). Basierend auf der notwendigen Unvollständigkeit des Arbeitsvertrages (s.o.) regt Williamson jedoch an, Unternehmen weitergehend

nicht mehr als „nexus of contracts“ (Netzwerk von (formalen) Verträgen), sondern als „nexus of treaties“ und damit als Netzwerk von Vereinbarungen bzw. Übereinkünften zu bezeichnen, was u.a. die Bedeutung auch der informellen und persönlichen Seite des Arbeitsvertrages bzw. seiner „Auslegung“ und Umsetzung stärker betont (nach Williamson, in: Göbel 2002, S.176). Göbel führt weiter aus, dass somit eine Öffnung der Ökonomik zu anderen Disziplinen und der Weg zu einer stärker interdisziplinären Sichtweise auf Fragestellungen der Organisation eingeschlagen würde (Göbel 2002, S.176). Damit wird letztlich auch dem Umstand sich entwickelnder und damit verändernder Rahmenbedingungen und Anforderungen der internen und externen Umwelt entsprochen, mit denen angemessen umzugehen und adäquate Ordnungsmuster bzw. Institutionen auszubilden die Akteure aufgefordert sind.

Wie im Laufe der Arbeit verdeutlicht werden wird, stellt diese Sichtweise, auch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht, eine zentrale Aufgabe des Menschen dar, die grundlegend ebenso für die Nachhaltigkeit eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements von zentraler Bedeutung ist. Nicht zuletzt deshalb wird aus Sicht der vorliegenden Arbeit diese Anregung eindeutig begrüßt. Es tritt damit nicht zuletzt auch die Bedeutung des zugrunde liegenden Menschenbildes und diesbezüglich weiterführender Annahmen zu Einstellungen und Verhaltensweisen der Mitarbeiter hinsichtlich der Gestaltung und Steuerung von Organisationen deutlich in das Blickfeld.

### 6.5.2 Zur Bedeutung von Unternehmenskultur und Sozialkapital

Als eine zentrale Frage der NIÖ weisen Richter/Furubotn entsprechend das Interesse daran aus, herauszufinden, wie „...die Vertragsbeziehung zwischen vielen Partnern zu gestalten (ist d. Verf.), damit Transaktionskosten eingespart werden können“ (Richter/Furubotn 2003, S.320). Des Weiteren stellt Jost passend fest, dass die Arbeitsleistung zwingend an die Person eines Mitarbeiters gebunden ist und demnach „...nicht losgelöst von dessen Identität und Persönlichkeit als Gegenstand einer Transaktion betrachtet werden (kann d. Verf.)“ (Jost 2001, S.344).

Wie auch in Punkt 2.5 ausgeführt, spielt das Humankapital eine wichtige Rolle für die Abwicklung von Transaktionen im Unternehmen. Daraus ist zu folgern, dass aus Sicht eines Unternehmens die Investition in „ihr Humankapital“, z.B.

über Schulungsmaßnahmen sowie die Gestaltung weitergehender individueller Anreize, als nutzenmaximierend angesehen werden kann. Diesen Gedankengang fortführend wird jedoch schnell offenbar, dass die transaktionskostensenkende Gestaltung des Koordinations- und Motivationsproblems und demzufolge die Gestaltung von Arbeitsteilung sowie Tauschprozessen im Unternehmen nicht durch die Fokussierung auf einzelne Individuen und deren Kontrolle allein realisierbar ist. Zu beachten ist, dass die Interaktionen im Rahmen bestehender Organisationsstrukturen stattfinden, die - wie in den Ausführungen zu formalen als auch informellen Institutionen bereits angesprochen - als Folge von sowohl beabsichtigten als auch unbeabsichtigten Tätigkeiten der sie nutzenden Personen zu verstehen sind (Richter/Furubotn 2003, S.314). Die Gestaltung bzw. Regelung der zwischenmenschlichen Beziehungen und damit insbesondere der Aspekt der Ordnungsbildung durch die Kultur steht dem Genannten entsprechend im Fokus des Interesses der Ökonomik am Themenfeld der Unternehmenskultur (Göbel 2002, S.262).
Das bedeutet, die Förderung von handlungsbeschränkenden und verhaltenssteuernden Effekten, die über Normen, Regeln und Werte die Unternehmenskultur die Funktion einer Institution (Göbel 2002, S.262) übernehmen lassen, wird diesbezüglich angestrebt. Dabei ist offensichtlich, dass es die sozialen Interaktionen sind, die die Entwicklung o.g. Aspekte und demzufolge das Entstehen der Unternehmenskultur begründen und diese „...nicht, wie Sach- und Humankapital, durch eine individuelle „Investitionsentscheidung“ geschaffen werden“ (Richter/Furubotn 2003, S.321) kann. Betont wird u.a. von Probst, dass der Versuch ihrer positiven Beeinflussung bzw. Förderung dennoch eine grundlegende Aufgabe auch des Überlebens von Unternehmen darstellt, indem er darauf verweist, dass der Fortbestand der Unternehmensstruktur wesentlich davon abhängt, „...inwieweit sie zur Unternehmenskultur passt“ (Probst 1992, S.195). Zu beachten sei, wie der Autor weiter ausführt, dass zwischen der Unternehmenskultur, der wirtschaftlichen Umwelt und der Produktion enge Wechselbeziehungen bestehen (Probst 1992, S.195), die somit immer auch Auswirkungen auf die Gestaltung von Entwicklungsprozessen im Unternehmen und folglich die sich dadurch ergebenden Transaktionskosten haben.

Legt man die bei Probst (1992) benannte Definition der Unternehmenskultur zugrunde, die sich in inhaltlicher Entsprechung u.a. auch bei Göbel findet, so

bezeichnet diese „...die Gesamtheit aller Normen, Werte und Denkmuster, die das Verhalten sämtlicher Organisationsmitglieder sowie den Betrieblichen Bezugsrahmen bestimmen“ (Göbel 2002, S.195). Dabei macht diese Definition der Unternehmenskultur keine Aussage hinsichtlich ihrer „Wirkungsrichtung“, also dahingehend, ob mit ihr per se eine z.B. eher offene, von gegenseitiger Wertschätzung und Unterstützung geprägte oder aber, dem konträr entgegenstehend, durch eine sich durch gegenseitiges Misstrauen auszeichnende Kultur beschrieben wird (siehe dazu u.a. Voigt 2002, S.114). Wie den bisherigen Ausführungen zu entnehmen ist, kann dies eine deutliche Auswirkung auf den Verlauf von Transaktionen und die Höhe der durch sie verursachten Kosten haben und hat es realiter auch.

Der Begriff des Sozialkapitals hebt demgegenüber ganz bewusst auf bestimmte soziale Strukturen ab, die „...geprägt sind von **Vertrauen, Solidarität, Hilfsbereitschaft, Zuverlässigkeit, Offenheit, Gemeinschaftssinn**“ (Herv. i. Org.) (Coleman, zitiert nach Göbel 2002, S.264). Wie Göbel weiterhin ausführt, eröffnet erst eine durch diese Aspekte geprägte Kultur den angestrebten ökonomischen Nutzen und ist in diesem Sinne als „Kapital“ zu verstehen, da sie mithilfe der Vereinfachung bzw. gar der Ermöglichung des Verzichts „kostspieliger Kontrollen“, der Verbesserung des Informationsflusses und der Steigerung des Zugehörigkeitsgefühls der Organisationsmitglieder „Transaktionen erleichtert“ (Göbel 2002, S.264). Arrow unterstreicht ebenso bereits 1974 durch seine Betonung, dass es sich auch bei Aspekten wie Vertrauen, Loyalität und Redlichkeit um Güter handelt, die gebraucht werden und die einen „...wirklichen praktischen wirtschaftlichen Wert (haben d. Verf.): sie erhöhen die Effizienz des Systems...“ (Arrow 1974, in: Richter/Furubotn 2003, S.103). Von einigen Autoren wird das Genannte durch die Anführung des sog. „Clan-Mechanismus“ aufgegriffen, der als Beitrag zur Lösung des Motivationsproblems durch den Mechanismus des starken Zusammengehörigkeitsgefühls der Clan-Mitglieder benannt wird (vgl. ua. Göbel 2002, S.63).

Mithilfe des o.g. wird eine direkte Anbindung zu bereits benannten Grundlagen hergestellt, die auf die Bedeutung der die Kooperation von Mitarbeitern determinierenden Regeln (Institutionen) und also die besondere Relevanz auch der „Qualität“ der sozialen Struktur - bzw. des Sozialkapitals - für die Effizienz in

Unternehmen wie auch auf Märkten hingewiesen haben (Richter/Furubotn 2003, S.398f.). Als zentrales Problem der Organisationsökonomik benennen Richter/Furubotn entsprechend den Punkt, „...**wie man Individuen motivieren kann**, tatsächlich **im gemeinsamen Interesse zu arbeiten** und das Unternehmen zum Erfolg zu führen“ (Herv. i. Org.) (Richter/Furubotn 2003, S.399), was, den bisherigen Ausführungen zur Sichtweise der NIÖ folgend, mithilfe der Gestaltung als auch der Entwicklung von Institutionen, einschließlich der sie begleitenden Überwachungs- und Durchsetzungsstrukturen, geleistet werden soll. Zu deren Grundbedingung ist jedoch ganz offenbar auch das Sozialkapital zu zählen, was Gukenbiehl eindrucksvoll durch die Aussage herausstellt: „Leben gewinnen Institutionen erst, wenn Menschen sie in ihr Empfinden, Denken, Sprechen und Tun einbeziehen...“ (Gukenbiehl 1993, in: Göbel 2002, S.4).

# 7 Analyse der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zwischen Struktur und Interaktion

## 7.1 Zur Relevanz und Einordnung der Analysedimensionen

Aus den bisherigen Ausführungen der Arbeit ist deutlich geworden, dass die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zwingend als Prozess verstanden und gestaltet werden muss, der sowohl hinsichtlich des ihm zugrundeliegenden Gesundheitsverständnisses, der angestrebten Zielorientierung als auch des je spezifischen Anforderungsfeldes per se divergierender Voraussetzungen und Bedingungen in den einführenden Organisationen deutlich unterschiedlich verlaufen kann und wird. Allein die Anerkennung der Realität des kontinuierlichen Wandels innerhalb der Bedingungen interner und externer Unternehmensumwelten führt zur notwendigen Feststellung, dass eine sich als endgültig und unumstößlich präsentierende Sollvorstellung des Prozessverlaufs der Einführung eines Gesundheitsmanagements als der Realität nicht angemessen abgelehnt werden muss. Stattdessen gilt es zu verstehen, welche Einflüsse und Zusammenhänge die Einführung eines Gesundheitsmanagements grundsätzlich bedingen und zu erkennen, welche Gestaltungsaufgaben sich auf Basis durch die Theorie fundierter Hinweise im Sinne von Handlungs-

feldern und optional -aufforderungen für den konkreten Prozess seiner Einführung ableiten lassen. Die an entsprechende Analysedimensionen zu stellenden Anforderungen beziehen sich folglich auf ihren Beitrag dazu, die Komplexität des Themenfeldes und der dieses gestaltenden Zusammenhänge und Interdependenzen angemessen zu berücksichtigen. Neben die Forderung nach ihrer grundsätzlich zeitgeschichtlich überdauernden Gültigkeit tritt die Forderung ihrer Passung bzw. Anwendbarkeit für deutlich divergierende organisationale Kontexte. So gilt für diese Arbeit, dass sie der Komplexität organisationaler Realität und der damit verbundenen Notwendigkeit jeweilig spezifischer Voraussetzungen und Bedarfe angepasster Vorgehensweisen entsprechend nicht das Ziel verfolgt und verfolgen kann, einen vermeintlichen one-best-way der Einführung eines Gesundheitsmanagements abzuleiten, sondern grundlegende Hinweise auf Gestaltungsoptionen und zu beachtende Eckpunkte liefern will, die als theoretisch fundiert der weiteren Reflexion in der Realsituation bedürfen.

Gemäß der Strukturationstheorie und dem in Abb. 9 dargelegten Modell der Dualität von Struktur sind als Erkenntnis dieser Arbeit die Dimensionen Macht/Führung, Werte/Normen sowie Kommunikation/Lernen als zentrale Dimensionen der Konstitution von Organisationen zu verstehen. Sie werden dementsprechend als übergeordnete Dimensionen zur Analyse zentraler Implementierungsprobleme und –anforderungen angelegt und folgen somit der Frage, wie die geforderte Nachhaltigkeit der Integration des Gesundheitsmanagements in das soziale System Organisation erreicht werden kann. Innerhalb dieser Struktur erfolgt eine weitergehend vertiefende Analyse in der Anwendung der ausgeführten Kriterien der Transaktionskostentheorie, die sich sowohl auf die für die Transaktionsteilnehmer angelegten Verhaltensannahmen als auch auf die konstituierenden Bedingungen sich vollziehender Transaktionen als solcher beziehen. Die seitens Giddens betonte Dualität von Struktur wird mittels der Transaktionskostentheorie adäquat aufgenommen und ermöglicht es, gemäß der Aussage, dass soziale Systeme mittels Formen sozialen Verhaltens handelnder Akteure existieren, die Perspektive auf die innerhalb strukturaler Bedingungen verlaufenden Transaktionen und ihre Einflussvariablen bzw. „Transaktionsmerkmale“ zu richteten. Abb. 12 nimmt die benannten Dimensionen nach Giddens auf und verbindet sie mit den für die Konstitution von Organisationen per se und damit auch für die Integration eines Gesundheitsmanagement relevanten Handlungsebenen der Arbeit an Zielen, Strukturen, Einstellungen und Verhaltens-

weisen. Die Frage der Nachhaltigkeit der Einführung eines Gesundheitsmanagements ergänzend richtet sich der Blick weitergehend auf die zugehörigen Transaktionskosten des Implementierungsprozess, indem die Wechselwirkungen der benannten Einflussfaktoren der Unsicherheit, Spezifität, Häufigkeit, Messbarkeit sowie der Interdependenz mit anderen Transaktionen in Verbindung gebracht werden mit den aufseiten der Transaktionsteilnehmer (Stakeholder) zu unterstellenden Verhaltensannahmen der begrenzten Rationalität, der Gefahr opportunistischen und strategischen Verhaltens sowie vorhandener Informationsasymmetrien.

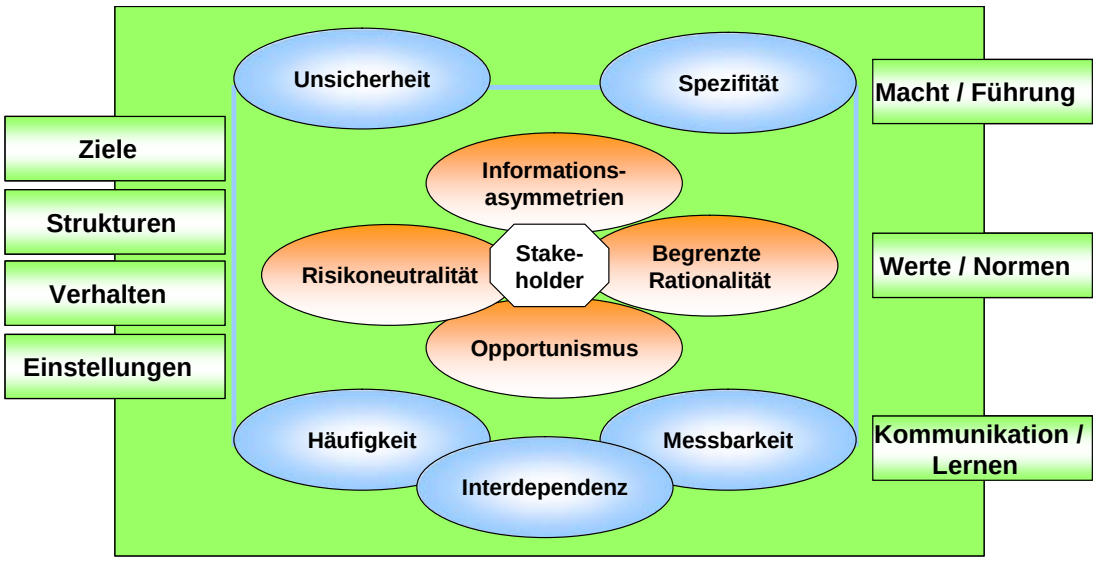


Abb.12: Analysedimensionen zwischen Strukturations- und Transaktionskostentheorie.
Quelle: eigene Darstellung

Die nachfolgende Analyse erfolgt entlang der Dimensionen der Strukturationstheorie nach Giddens, wobei zunächst ein umfassender Blick auf die der jeweiligen Dimension zugehörig zu unterstellenden Anforderungen als auch zentralen Probleme der Implementierung eines Gesundheitsmanagements gerichtet wird, bevor in einem weitergehenden Schritt die für diesen Prozess relevanten Stakeholder in den Fokus einer kritischen Betrachtung genommen werden. Den bisherigen Darstellungen folgend stellen sich die den Einführungsprozess begleitenden Interaktionen und also Kommunikationsprozesse als für die Nachhaltigkeit der Integration eines Gesundheitsmanagements noch bedeutsamer dar, als dies für die zugehörige Arbeit an Strukturen bzw. Strukturmomenten unter-

stellt werden muss. Vollziehen sich Interaktionen entlang der in Kommunikationsprozessen erfolgenden Situationsdefinitionen und –inter-pretationen, die dabei vom vorhandenen Machtsystem und zeitlich veränderbaren Werte- und Normsystem beeinflusst werden (Hanft 1998, S.21), sind Kommunikationsprozesse in diesem Sinne als Schlüssel zur Konstitution von sozialen Systemen und also der sie gleichfalls determinierenden Transaktionen anzusehen. Entsprechend werden für die Analysedimensionen der Strukturationstheorie Schwerpunkte der Betrachtung unterstellt, die deren grundlegende Interdependenz weiterhin beachten:

- Macht und Führung: Strukturen und Strukturmomente
  Strukturen und Strukturelemente, die für die Einführung eines Gesundheitsmanagements von Bedeutung sind stehen im Fokus.
- Werte und Normen: Prüfkriterien und Orientierungsgrößen
  Verstanden im Sinne von Orientierungsgrößen und Prüfkriterien, entlang derer Verhalten ausgerichtet und das Verhalten anderer Transaktionsteilnehmer interpretiert wird, haben Werte und Normen gleichfalls entscheidenden Einfluss auf die Interpretation und damit das Verständnis, die Akzeptanz als auch „Anwendung“ von Strukturen.
- Kommunikation und Lernen: Einstellungen, Verhalten und Interaktionen
  Gemäß der Verschränkung von Kommunikations- und Interaktionsprozessen, deren Grundlagen gleichfalls in vorhandenen Situationsdefinitionen und –interpretationen bestehen, sind Fragen der kommunikativen Initiation als auch Begleitung des Prozesses ebenso relevant, wie dies für den Aspekt der Arbeit an Einstellungen, Wissen und Wahrnehmungen der Transaktionsteilnehmer gilt.

## 7.2 Zentrale Transaktionen in den Phasen der Vorbereitung und Vereinbarung der Einführung eines Gesundheitsmanagements

Ausgehend von bereits in Punkt 5 dieser Arbeit dargestellten Anforderungen und Hinweisen auf erkennbare Problemlagen im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements sollen zur besseren Orientierung an dieser Stelle nochmalig pointiert zentrale Aufgabenbereiche und Transaktionen im Einführungsprozess eines Gesundheitsmanagement dargelegt werden. Vor dem Hintergrund der deutlich gewordenen Vielfalt in möglichen Zielsetzungen

der Einführung eines Gesundheitsmanagements und der zu unterstellenden Vielfalt an Bedingungen und Vorgehensweisen der Realisation des zugehörigen Prozesses soll damit eine für die nachfolgende Analyse nachvollziehbare Grundlage geschaffen werden. Als Basis wird dazu auf die seitens der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) festgelegten Anforderungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20A SGB V zurückgegriffen, die im „Leitfaden Prävention“ (Fassung vom 02. Juni 2008, S.43ff) definiert sind.
Als zentrale Erfolgsvoraussetzungen für die Gesundheitsförderung ist darin das Vorhandensein sowie die fortlaufende Überprüfung und Verbesserung eines klaren Konzeptes benannt, das den Mitarbeitern bekannt sein soll. Ihre Wahrnehmung als Führungsaufgabe und die möglichst weitgehende Einbindung der Mitarbeitervertretung in zugehörige Planungen und Entscheidungen zählt weiterhin zu den Erfolgsvoraussetzungen. Diese stehen in Zusammenhang mit den angeführten Qualitätskriterien der Existenz einer Unternehmensleitlinie, der regelmäßig zu aktualisierenden Ist-Analyse und der Maßnahmensteuerung durch ein internes Gremium, die auf konkret definierten Zielen beruhen und dabei die gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung mit der Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens dauerhaft verknüpfen.

Notwendigerweise sind diese Anforderungen eingebunden in ein Gesamt von umfassenden „Aufgabenbereichen“, die weiterhin bereits durch aus den Darstellungen zur Strukturationstheorie ableitbaren Punkten ergänzt wurden und für die jeweilig den organisationalen Spezifika entsprechend Transaktionen zu unterstellen sind, deren differierende Anforderungen und Bedingungen Grundlage der folgenden Analyse als auch Ableitungen darstellen:

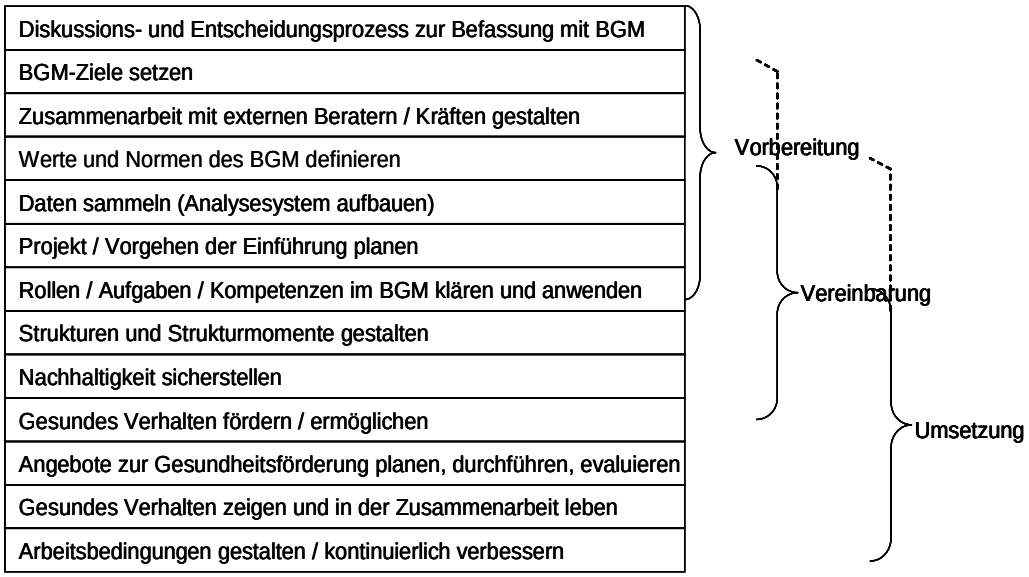


Abb. 13: Interaktionsfelder und Transaktionen der Einführung eines BGM
Quelle: eigene Darstellung

Es ist zu erkennen, dass insbesondere für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement keine grundsätzliche Trennschärfe zwischen den Transaktionskostenkategorien der Vereinbarung sowie der Umsetzung unterstellt werden kann, da Fragen der Annahme gesundheitsförderlicher Bedingungen sowie der Umsetzung gesundheitsförderlichen Verhaltens notwendigerweise immer wieder an die Bereitschaft und damit die Akzeptanz einer herzustellenden „Vereinbarung“ mit Gruppen und Individuen gebunden ist.

## 7.3 Macht und Führung: Strukturen und Strukturmomente

Als soziale Systeme sind Organisationen gemäß Giddens als in sozialer Interaktion reproduzierte Praktiken zu verstehen, die weniger über konkrete Strukturen als vielmehr über Strukturmomente verfügen (Giddens 1997, S.69). Dennoch bleibt in dieser Aussage die inhärente Aufgabe einer Organisation benannt, an der „Ausbildung“ von Strukturen dergestalt kontinuierlich zu arbeiten, dass diese dem definierten Daseinszweck der Organisation entsprechen und dessen Realisation im Rahmen vorhandener Einflüsse und Interaktionen im Wechselspiel der internen und externen Umwelt ermöglichen. Fragestellungen der zur Einführung eines Gesundheitsmanagements notwendigen organisationalen Kontextbedingungen betreffen diesbezüglich die Festlegung von Zielen, die grundlegende Ausrichtung und inhaltliche Schwerpunktsetzungen, ein-

schließlich der Frage nach Strukturen bzw. Strukturmomenten, die die Einführung eines Gesundheitsmanagements belangen und fokussiert vereinfacht ausgedrückt auf die für die Organisation „richtigen Entscheidungen“ und damit die Effektivität des Integrationsprozesses in diesem Zusammenhang. Gleichwohl sind in der Dimension Macht und Führung, in Fortsetzung der benannten Aspekte grundlegender Planungsaufgaben zur Rahmung der Einführung eines Gesundheitsmanagements auch bereits Fragen ihrer konkreten Umsetzung und damit der Nachhaltigkeit des Einführungsprozesses in den Blick zu nehmen, womit die sich der Planung anschließende Aufgabe der „richtigen“ und das heißt für die Organisation passenden Umsetzung (Aspekt der Effizienz) angesprochen ist.

Ausgehend von einer hohen Spezifität, die der Einführung eines Gesundheitsmanagements vor dem Hintergrund ihrer geforderten Passung zu spezifischen Bedürfnissen und Bedarfen der Organisation zu unterstellen ist, zeichnet sich das Vorhaben seiner Integration weiterhin durch eine hohe Unsicherheit aus. Diese bezieht sich sowohl auf nicht vollständig absehbare Wirkungen des Wechselspiels zwischen Transaktionen des Gesundheitsmanagements mit der internen aber auch externen Umwelt der Organisation als auch hinsichtlich vorhandener Unsicherheiten das Verhalten der Akteure bzw. Transaktionspartner im und für das Gesundheitsmanagement betreffend. Die dabei gleichfalls hohe Interdependenz der zu seiner Einführung notwendigen Transaktionen mit - genau genommen grundsätzlich allen - sich vollziehenden Prozessen und Interaktionen innerhalb der einführenden Organisation vermag dabei zunächst die Merkmale der Spezifität und Unsicherheit zu verschärfen, ist doch gleichfalls auch von einer gegebenen Unsicherheit bzw. Divergenz in den anvisierten Zielsetzungen als auch der Vorstellung optional gangbarer Wege ihrer Realisation bei den betrieblichen Akteuren auszugehen. Der Frage, welche Personen und entsprechend auch „Positionen“ sich mit dem Vorhaben der Einführung eines Gesundheitsmanagements befassen, ist für den weiteren Prozessverlauf folglich insofern eine zentrale Bedeutung beizumessen, als damit nicht nur die mit dem Themenfeld verbundenen Erwartungen und Zielsetzungen deutlich differieren können sondern auch der den Beteiligten zu unterstellende Einblick in die Organisation sowie der ihnen zugängliche Datenpool als deutlich unterschiedlich bewertet werden und damit auch bezüglich der inhaltlichen und zeitlichen

Perspektive, mit der das Vorhaben eines Gesundheitsmanagements betrachtet wird deutliche Unterschiede unterstellt werden müssen. Nicht zuletzt sind erhebliche Spannbreiten im Verständnis von Gesundheit, einem Gesundheitsmanagement und den diesbezüglich als bedeutsam sowie grundlegend zu bearbeitenden Themen in der Organisation anzunehmen, die neben individuell zuzuschreibenden Grundlagen auch in Zusammenhang mit der Branchenzugehörigkeit der einführenden Organisation zu sehen sind (vgl. Punkt 5 in dieser Arbeit). Von welcher Häufigkeit und also der Anzahl der Wiederholungen der Transaktionen zwischen den Akteuren zur Einführung eines Gesundheitsmanagements auszugehen ist und welche Messmöglichkeiten für dieses Vorhaben angenommen werden können ist dann maximal als auf den Vorannahmen basierende Einschätzung anzusehen. Die Nutzenperspektive eines Gesundheitsmanagements ist vor dem dargelegten Hintergrund zwangsläufig als nur bedingt konkretisierbar, kaum prognostizierbar und also hoch diskutabel einzuschätzen.

Den Ausführungen dieser Arbeit folgend können als mögliche Grundlagen der Befassung mit einem Gesundheitsmanagement der Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter ebenso angenommen werden, wie die punktuelle Verbesserung der Arbeitsbedingungen oder auch die reine Absicht der Senkung des Krankenstandes. Dem demografischen Wandel, sowie den grundsätzlich zu unterstellenden Wandlungstendenzen in Wirtschaft und Arbeitswelt geschuldet, mag aber auch das Ansinnen unterstellt werden können, sich als attraktiver Arbeitgeber insbesondere jüngeren sowie gesuchten Fachkräften am Markt zu präsentieren oder auch Verbesserungen bzw. Veränderungen in den betrieblichen Abläufen und insgesamt eine höhere Produktivität über das Vehikel eines Gesundheitsmanagement realisieren - oder gar kaschieren - zu wollen. Der Prämisse folgend, dass Strukturen bzw. Strukturmomente einer Organisation der Erreichung ihrer definierten Ziele und der bestmöglichen Umsetzung der dazu erforderlichen Aufgaben dienen sollen, stellt die Klärung der mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements verbundenen Zielsetzungen und Nutzenerwartungen eine die benannten Aspekte zentral integrierende Anforderung dar. Insbesondere die Frage der für und durch ein Gesundheitsmanagement aufzubauenden bzw. zu nutzenden Strukturen und Strukturmomenten hat von Beginn des Planungsprozesses an entscheidende Bedeutung für mit diesem verbundene Transaktionskosten. Wie bereits ausgeführt spielen

Fragen des Einblicks in organisationale Bedingungen und zukunftorientierte Planungen diesbezüglich eine bedeutende Rolle für die Faktoren der Unsicherheit, der Spezifität des Vorgehens als insbesondere auch der Interdependenz mit anderen Transaktionen in der Organisation. Divergenzen in den Verständnissen und Zielvorstellungen von Gesundheit und Gesundheitsmanagement, die sich auch in den diesen zugehörigen Themenstellungen, ihren Ansatzpunkten in der Organisation, zugehörigen Nutzenperspektiven sowie der Voraussetzungen diese zu realisieren konkretisieren, erschweren die Vernetzung des Vorhabens mit dem Ziel- und Steuerungssystem der Organisation. Wie weit ein Gesundheitsmanagement von tatsächlichem Interesse für die Organisation und ihren Erfolg einzuschätzen ist, welcher konkrete Nutzen für diese aus der Einführung eines Gesundheitsmanagements entstehen soll und welche Bedeutung und folglich Stringenz dem Implementierungsprozess auch hinsichtlich seiner Verankerung in Strukturen und Strukturmomenten beigemessen werden soll ist damit für die betrieblichen Akteure nur mehr schwer bis gar nicht einschätzbar. Die damit als verbunden anzusehenden Probleme in den Merkmalen der begrenzten Rationalität, vorhandener Informationsasymmetrien und insbesondere einer zu erwartenden opportunistischen Grundhaltung seitens der betrieblichen Akteure, welche die Gefahr beinhaltet, sich ausgehend von der Planungsphase durchgängig durch den Implementierungsprozess zu ziehen und dessen Nachhaltigkeit zu be- oder gar zu verhindern, wird im schlimmsten Falle folglich bereits in der zentralen Frage der strukturalen Verankerung des Gesundheitsmanagements ihren Ausgangspunkt nehmen. Einerseits, da die Etablierung bzw. der Aufbau von Strukturen ohne ein Bewusstsein über deren zugrunde liegende Zielsetzung und also Ausrichtung als ein immens kostenintensives bis gar unmögliches Unterfangen bezeichnet werden muss. Andererseits, da damit verbunden auch die Integration eines Gesundheitsmanagements in vorhandene Strukturen ein vergleichbar schwieriges Unterfangen darstellt, was sich für die Nachhaltigkeit des Gesundheitsmanagements nicht zuletzt aufgrund der von Giddens betonten Bedeutung der Routinisierung für den Aufbau und Erhalt von Strukturen in und durch Interaktionen negativ auswirkt. Findet eine Integration des Gesundheitsmanagements in vorhandene und damit für die betrieblichen Akteure „offensichtliche“, etablierte und damit Wahrnehmungen und Verhalten beeinflussende bzw. gar steuernde Strukturen nicht statt, offenbart sich das Gesundheitsmanagement diesen per se als „Sonderthema“, welches offensicht-

lich keine ausreichenden Verbindungen zum Alltagshandeln und damit den vorhandenen Strukturen und Strukturmomenten beinhaltet. Neben einer deutlichen Verzögerung sind damit verbunden erhöhte Transaktionskosten der Integration des Gesundheitsmanagements - sofern diese überhaupt gelingt - als Folge zu erwarten.

So bleibt bei Vorliegen der benannten Unsicherheiten und letztlich als „fragil“ zu bezeichnenden Rahmungen weiterhin offen, wer sich gemäß „strukturalem Auftrag“ tatsächlich verantwortlich um die Einführung eines Gesundheitsmanagements entlang der ihm zugeordneten Rolle in welcher Art und Weise zu kümmern hat und welches Gremium bzw. welche (Stabs-)Stelle innerhalb der Organisation diesbezüglich die Verantwortung übernimmt, sowohl den Implementierungsprozess federführend zu gestalten, als auch seine Verstetigung und damit die geforderte Nachhaltigkeit des Gesundheitsmanagements sicherzustellen. Womit zugleich die Frage nach dem Steuerungs- und Überwachungssystem der Einführung eines Gesundheitsmanagements gestellt ist, das mittels seiner organisationalen Verortung, seiner personellen Zusammensetzung und Ressourcenausstattung in der Lage ist die Integration des Gesundheitsmanagements in die Organisation förderlich zu begleiten und damit aktiv an der Reduktion zugehöriger Transaktionskosten (vgl. Abb. 12) zu arbeiten. Vereinfacht dargestellt offenbaren sich hierin Fragen nach Abgabe der Verantwortung für die Einführung eines Gesundheitsmanagements an ein gebildetes Gremium (Projektteam), das im Auftrag der Organisationsleitung den Einführungsprozess im Sinne eines ersten Versuchs innerhalb eines Pilotbereichs planen und begleiten soll, dessen Ergebnisse nachfolgend über Fortsetzung und also Ausdehnung des Gesundheitsmanagements in die gesamte Organisation oder aber den vollständigen Abbruch des Vorhabens entscheiden, im Gegensatz zu einer von Beginn an vollzogenen Prozessorientierung, mit dem Fokus auf die gesamte Organisation. In Abhängigkeit des grundlegend gewählten Vorgehens differieren die zugrunde zu legenden Transaktionskosten hinsichtlich der Kosten für

- die Einrichtung, im Gegensatz zur optionalen Nutzung vorhandener Gremien
- die Herstellung der internen Arbeitsfähigkeit des Gremiums
- die Herstellung der Arbeitsfähigkeit des Gremiums im Hinblick auf die Organisationsebene

- den Abstimmungsaufwand zwischen dem Gremium und der obersten Führungsebene.

Den benannten Punkten inhärent sind selbstverständlich auch aus Transaktionskostentheoretischer Sicht bedeutsame Fragen nach der Akzeptanz der durch das Gremium geleisteten Arbeit, seiner grundsätzlichen Möglichkeit real gestaltend oder lediglich begleitend vorschlagend wirken zu können und in diesem Sinne der Unterscheidung Giddens zwischen „sozialen Ereignissen“ und „losen Zusammenkünften“ folgend, tatsächlich zielgerichtet und verbindlich auf Strukturen und Strukturmomente Einfluss zu nehmen, deren Nachhaltigkeit dann notwendigerweise durch eine konzertierte Arbeit auch entlang der Dimensionen Werte und Normen sowie Kommunikation und Lernen zu begleiten und sicherzustellen ist. So kann die Einführung eines Gesundheitsmanagements mittels eines speziell für dieses Vorhabens gebildeten Projektteams und zunächst auf einen Pilotbereich innerhalb der Organisation begrenzt insofern als problematisch angesehen werden, dass ohne eine direkte und insbesondere tatsächlich kontinuierliche Einbindung der obersten Führungsebene von einer Erschwerung des Prozessverlaufs und damit verbunden der Erhöhung zugehöriger Transaktionskosten auszugehen ist. Einerseits, da - bei nicht von Beginn an eindeutiger Kenntnis über Zielsetzung, Prüfkriterien der Zielerreichung, Belastungen als auch Ressourcen in den Arbeitszusammenhängen sowie grundlegend für das Gesundheitsmanagement relevanten Strukturen und Strukturmomenten, mitsamt ihren Gestaltungsanforderungen – Diskussions- und Reflexionsprozesse des die Einführung des Gesundheitsmanagements begleitenden Gremiums ohne eine kontinuierliche Einbindung der Führungsebene in ihrer Aussagefähigkeit und Relevanz für den Prozess als begrenzt anzusehen sind und im Hinblick auf Entscheidungen größerer Reichweite der Wiederholung in der dann nachträglichen Integration der Entscheidungsebene bedürfen. Andererseits, da - soll Gesundheit in Organisationen kein Randthema bleiben (Ritter 2003, S.107) sondern tatsächlich in Strukturen und Strukturmomenten verankert werden - die Rolle der Führungskräfte als zentrale „Gestaltungsfaktoren“ ihrer Einflussbereiche im speziellen und aber auch der gesamten Organisation im allgemeinen anzuerkennen ist. Die Begrenzung des Einführungsprozesses auf einen Pilotbereich stellt sich folglich als problematisch dar, da er zugleich die Arbeit an und mit den Führungskräften als auch Strukturen und Strukturmomenten begrenzt. Bei Ausdehnung des Prozesses auf weitere Bereiche der Organi-

sation bedeutet dies erneut Führungskräfte integrieren und an Strukturen sowie insbesondere Strukturmomenten arbeiten zu müssen. Was gleichfalls beinhaltet, dass die Arbeit des „Gremiums“ (Projektteams) bis zu diesem Punkt optional wahrgenommen jedoch keineswegs notwendigerweise durch andere Bereiche unterstützt wird, so dass es erneuter Anstrengungen und also Transaktionskosten bedarf, sowohl das Projektteam zu etablieren als auch die Grundlagen für eine förderliche Prozessgestaltung und damit auch Zielklarheit sowie Verbindlichkeit des Vorgehens und der Zusammenarbeit zu schaffen. Das Fehlen mindestens grundlegender Aussagen zu Zielen und zugehörigen Strukturen und Strukturmomenten der Integration eines Gesundheitsmanagements auf der Ebene der Gesamtorganisation und die damit ausbleibende Aufschaltung und Ausrichtung mindestens der mittleren sowie weitergehend der unteren Führungskräfte als grundlegend mächtige und verantwortliche Akteure innerhalb ihres Einflussbereiches bedeutet die Gefahr der Konfrontation mit immer wieder spezifischen Gestaltungserfordernissen in einzelnen Bereichen der Organisation und der Aufgabe des begleitenden Gremiums mit diesen gleichfalls je spezifisch umgehen zu müssen. Ohne die Möglichkeit des Rückgriffs auf ein mindestens grundlegendes Bewusstsein um Strukturen und Strukturmomente und die Frage ihrer adäquaten Gestaltung gemäß des Auftrags der Einführung eines Gesundheitsmanagements muss von einem erhöhten Arbeitsaufwand zur Etablierung des Themenfeldes Gesundheit in der Gesamtorganisation ausgegangen werden. Womit ebenfalls eindringlich darauf hingewiesen ist, dass der Versuch der Etablierung eines Gesundheitsmanagements über gänzlich neue und entlang einer Nicht-Beachtung vorhandener und als etabliert sowie wirksam zu verstehender Strukturen und Strukturmomente zwangsläufig zu erheblichen und genau genommen dann auch zusätzlichen Transaktionskosten führen muss.

Die mangels intern vorhandenen Know-hows sowie zur Prozessbegleitung angestrebte Einbindung externer Berater und Fachkräfte kann im beschriebenen Zusammenhang als gleichfalls mit hoher Unsicherheit, bei hoher Spezifität und der Perspektive einer - mindestens zu Beginn der Zusammenarbeit - nur geringen Messbarkeit der eingekauften Leistung angenommen werden. Ist grundlegend die Passung des Beraters zur „beratenden Organisation“ als Voraussetzung der Zusammenarbeit sicherzustellen, was zunächst eine „Passung“ zu dem / den ersten Gesprächspartnern sowie nachfolgend den sich möglicher-

weise davon unterscheidenden Auftraggeber(n), bis hin zu weitergehend differierenden Transaktionspartnern im Prozessverlauf bedeutet, muss ebenfalls nach der für die anvisierten Ziele bzw. Nutzenerwartungen angemessenen Kompetenz des Beraters zu ihrer adäquaten Realisation gefragt werden. In Abhängigkeit des internen Diskussionsprozesses, seines Klärungsstandes und der realen Entscheidungsbefugnis der mit dem Gesundheitsmanagement befassten betrieblichen Akteure ist von deutlichen Unterschieden in den zu unterstellenden Suchkosten auszugehen, die sich primär in Konkretisierungen der Vorgaben für die Auswahl des Beraters, seiner den Zielsetzungen entsprechend zu erbringenden Leistungen und den dazu notwendigerweise in Grundzügen geklärten Anforderungen an den Beratungsprozess zeigen und damit selbstverständlich auch ihre Relevanz für den weiteren Implementierungsprozess offenbaren. Das Ausbleiben einer entsprechend im Vorfeld intern oder auch im direkten Kontakt mit dem designierten Berater vollzogenen Klärung der optional möglichen bzw. als akzeptabel eingestuften Dauer und Form der Begleitung, der Frage, welche Themen, Daten und Organisationsinterna einem Berater zugänglich gemacht werden können und sollen und welche Form der Beratung diesbezüglich sowohl als gewünscht und den Voraussetzungen überhaupt angemessen und leistbar verstanden werden kann, wird sich in den zugehörigen Transaktionskosten auch in diesem Part des Einführungsprozesses niederschlagen.

## 7.4 Werte und Normen: Prüfkriterien und Orientierungsgrößen

Die Bedeutung nicht vorhandener bzw. unklarer Zielvorstellungen und Nutzenerwartungen für die Einbindung des Gesundheitsmanagements in Strukturen der Organisation kann selbstverständlich nicht betrachtet werden, ohne die Relevanz von Werten und Normen als zugehörig wichtige Orientierungsgrößen in den Blick zu nehmen. Ziele, wie die „Verbesserung der Gesundheitssituation“ bzw. der „Senkung des Krankenstandes“ in konkrete Maßnahmen und Handlungen umzusetzen, in deren zugehörige Transaktionen sich sowohl Führungskräfte als auch Mitarbeiter als Transaktionspartner investieren, ist ohne weitergehende Festlegungen der diese Ziele spezifizierenden Kriterien und Werte als unzureichend zu betrachten. Ohne eine Reflexion und Spezifikation zu den Zusammenhängen, die als für die Zielerreichung relevant sowie grundsätzlich mit

dieser verbunden wichtig betrachtet werden, ist eine Orientierung der betrieblichen Akteure und eine entsprechende Ausrichtung ihres Handelns kaum möglich. Weitergehend ist für die Einführung eines Gesundheitsmanagements per se kritisch anzumerken, dass neben individuell vorliegenden Verständnissen von Gesundheit diesbezüglich ebenfalls deutliche Unterschiede in und zwischen den Subsystemen einer Organisation vorliegen können, die sich aus dem Arbeitszusammenhang und dort geteilten Erfahrungen, Erwartungen und Werten der Mitarbeiter ergeben. Die Frage, auf Basis welcher Nutzenerwartung und der Einschätzung der Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Erfüllung sich die betrieblichen Akteure nun an der Einführung eines Gesundheitsmanagement beteiligen, ist vor dem benannten Hintergrund gleichwohl bedeutsam und aus organisatorischer Sicht in der optional vorliegenden Vielfalt kaum mehr steuer- und handelbar. Die mit Veränderungsvorhaben immer einhergehend zu unterstellende Unsicherheit und bisweilen auch ablehnende Haltung der betroffenen Akteure ist diesbezüglich insbesondere für das Themenfeld Gesundheit / Gesundheitsmanagement mit den transaktionskostenrelevanten Merkmalen der begrenzten Rationalität der Akteure und gleichfalls vorliegender Informationsasymmetrien verbunden anzusehen, die sich auf die Komplexität gesundheitsrelevanter und organisationale Themen und Zusammenhänge gleichermaßen beziehen. Das Fehlen einer klaren, nachvollziehbaren und idealiter akzeptablen Aussage zur Zielsetzung und Nutzenerwartung der Einführung eines Gesundheitsmanagements ist in Verbindung mit den zugehörig orientierenden Werten und Normen ihrer Realisation als ein wesentliches Problem für die Bereitschaft als auch konkrete Möglichkeit der Akteure zu verstehen, sich als Transaktionspartner im Einführungsprozess eines Gesundheitsmanagements in gewünschter Weise zu positionieren.

Selbstverständlich auch für die Führungskräfte der Organisation geltend, denen ebenso wenig eine gesundheitswissenschaftliche Vorbildung unterstellt werden darf, wie dies für die Belegschaft insgesamt gilt, wirkt sich die benannte Beschränkung der Handlungsorientierung wie auch zugehörige Erschwernis der vorhergehenden Wahrnehmung gesundheitsrelevanter Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen konkreter Prozesse und Interaktionen zunächst auf diese für den adäquaten Vollzug von Veränderungsvorhaben als besonders zentral anzusehenden Gruppe aus. Obliegt es doch gemäß ihrer Funk-

tion im organisatorischen Zusammenhang den Führungskräften, die Einführung eines Gesundheitsmanagements über die Anpassung bzw. Veränderung ihres alltäglichen Handeln - sei es im Zuge der Umsetzung neuer oder der Anpassung vorhandener Strukturen - förderlich zu unterstützen und für die Mitarbeiter als Part der Neuausrichtung der Organisation und damit designierten Bestandteil ihres Arbeitskontextes erlebbar zu machen. Wenn es folglich mangels klaren Ziele, Werte und Normen den betrieblichen Akteuren nicht bzw. kaum möglich ist Veränderungen in den betrieblichen Strukturen bzw. Strukturmomenten und also den sich vollziehenden Interaktionen über eine Verhaltensanpassung zu vollziehen bzw. wahrzunehmen, die in einem direkten Zusammenhang mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements gebracht werden können (z.B. die Integration gesundheitsrelevanter Fragestellungen in etablierte Mitarbeitergespräche), ist von einer sinkenden Bereitschaft als auch per se Möglichkeit der Akteure auszugehen, die Integration eines Gesundheitsmanagements in die organisationalen Routinen zu realisieren. Ein Problem, dessen besondere Bedeutung nochmals durch die hohe Interdependenz der Transaktionen zur Einführung eines Gesundheitsmanagements mit organisatorischen Prozessen und Interaktionen zum Tragen kommt, denen - wie in Punkt 5 als auch in ersten Ansätzen der Ausführungen zum Sozialkapital dargelegt - im speziellen der Arbeit am und mit dem sozialen Kontext eine erhebliche Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden der betrieblichen Akteure zuzuschreiben ist, die sich als eng verbunden mit einer Orientierung an Werten und Normen für das Miteinander im täglichen Handeln darstellt.

Die Merkmale begrenzter Rationalität sowie der Gefahr opportunistischen Verhaltens der betrieblichen Akteure vor dem Hintergrund der bisherigen Darlegungen zur notwendigerweise zu beachtenden Verbindung von Strukturen und der Aufgabe der Klärung von Zielen und Werten der Einführung eines Gesundheitsmanagements aufzunehmen, führt zwangsläufig zur Frage der Beachtung und Einbindung ihrer Interessen, Kenntnisse und Erwartungen im Prozessverlauf. Selbst wenn also seitens der Organisation die Einführung eines Gesundheitsmanagements mit klaren Zielsetzungen und Vorhaben der Strukturbildung versehen sein sollte, bleibt dennoch offen, ob der zwingend zu betrachtende Zusammenhang zwischen Strukturen und den diese annehmenden und nutzenden Akteure in Planung sowie Umsetzung des Vorhabens eine ausreichen-

de Berücksichtigung erfährt. Wie Giddens ausgeführt hat, haben Strukturen, ohne das Wissen der Akteure über ihr Alltagshandeln und damit über die dort gültigen Regeln, Normen und Handlungsbedingungen, die ein Bewusstsein über angemessenes Verhalten und neben einer Orientierungsfähigkeit auch Handlungssicherheit beinhalten, keine Existenz an sich (Giddens 1997, S.79; S.335). Die Frage der Annahme und Umsetzung seitens der Organisation angestrebter Ziele und Werte ist daher offensichtlich abhängig von deren Passung zu innerhalb bestehender Strukturen und Strukturmomenten gelebter Werte und folglich Wahrnehmungs- und Deutungsschemata von Führungskräften und Mitarbeitern. Die Absicht, Ziele, Werte und Strukturen eines Gesundheitsmanagements lediglich per Vorgabe etablieren zu wollen, muss daher mit einem erheblichen Aufwand zugehöriger Überwachung und Kontrolle und also entsprechender Kosten verbunden werden. Gleiches gilt für das in Punkt 5 ebenfalls benannte Vorgehen, aufgrund fehlender Kenntnisse und insbesondere real operationalisierbarer „Soll-Vorstellungen“ eines Gesundheitsmanagements zunächst mit einer umfassenden Datenerhebung - als „Schrotschuss“ passend bezeichnet – beginnen zu wollen. Beinhaltet dieses Vorgehen sicherlich Andockmöglichkeiten auch für seitens der betrieblichen Akteure geteilte Werte, Normen und daraus ableitbarer Erwartungen, ist die Gefahr erheblicher Transaktionskosten der Prozessgestaltung auf Basis lediglich vorliegender differenzierter Daten und ebenso vielfältiger Einschätzungen, Erwartungen und Ziele an deren praktischen Nutzen seitens Führungskräften und Mitarbeitern gegeben. Für beide „Vorgehensweisen“ der Einführung eines Gesundheitsmanagements resultieren Kosten aus der grundlegend zu beachtenden Interdependenz von formalem und informellem System sowie der damit verbundenen Aufgabe, die Pfadabhängigkeit des initiierten Vorgehens angemessen zu berücksichtigen. Das heißt, dass sowohl die Festlegung und / oder Ableitung von Zielen, Werten und Normen für das Gesundheitsmanagement sehr bewusst und dem vorhandenen Werte- und Normensystem der Organisation entsprechend vollzogen werden muss.

Zu den Merkmalen der Unsicherheit, der begrenzten Rationalität und der Gefahr opportunistischen Verhaltens treten damit Probleme im Bereich von Informationsasymmetrien, die neben der Klarheit formulierter Ziele und Werte sowie deren Passung zu gültigen Wahrnehmungs- und Deutungsschemata der be-

trieblichen Akteure weitergehend das Erkennen eines mindestens grundlegenden Nutzenpotentials des Veränderungsvorhabens für sie selbst beinhaltet, was zusätzlich das Merkmal der Häufigkeit sich vollziehender Transaktionen in seiner Bedeutung für das Erleben und die kritische Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsmanagement als auch Fragen nach der Steuerung und Begleitung des Reflexions- bzw. Adaptionsprozesses zugehöriger Werte und Normen in die Deutungsschemata der betrieblichen Akteure berührt.

Grundlegend bleibt als problematisch für die Einführung eines Gesundheitsmanagements im Bereich von Werten und Normen festzustellen, dass eine mangelnde Zielklarheit, fundiert durch Konkretisierungen zur Prozessgestaltung und Handlungserwartungen entlang von Werten und Normen erhebliche Schwierigkeiten für Führungskräfte und Mitarbeiter bedeutet, sich im Gesundheitsmanagement und seinem Integrationsprozess zu orientieren. Was heißt, dass sowohl Anforderungen und Erwartungen an selbst zu zeigende Verhaltensweisen sowie zugehörige Einstellungen mit einer erheblichen Unsicherheit verbunden sind und auch die Einschätzung des Verhaltens anderer Organisationsmitglieder - und hier als erste Orientierungsgröße die betrieblichen Machteliten (Hanft 1998, S.67) - mangels gültiger und geteilter Prüfkriterien erschwert ist.

## 7.5 Kommunikation und Lernen: Einstellungen, Verhalten und Interaktion

Über ausreichendes Wissen von und zugehörige Kompetenzen zur Umsetzung definierter Erwartungen und Vorgaben im konkreten Arbeitszusammenhang zu verfügen, ist per se als eine wesentliche Anforderung der Orientierungs- und Handlungsfähigkeit betrieblicher Akteure zu verstehen. Die Einführung eines Gesundheitsmanagements stellt in diesem Sinne eine sowohl neue wie auch komplexe und damit notwendigerweise differenziert zu betrachtende Aufgabe organisationaler Realität dar. Die Arbeit an Einstellungen, Verhaltensweisen und zugehörigen Interaktionen zur Förderung eines Gesundheitsmanagements ist diesbezüglich als hoch spezifische Aufgabe zu verstehen, die sich selbstverständlich als ebenfalls hoch interdependent mit den organisationalen Prozessen und Interaktionen darstellt. Die bereits in den Dimensionen Macht/Führung sowie Werte/Normen dargelegte Unsicherheit hinsichtlich der Entwicklungsten-

denzen der internen wie externen Umweltfaktoren im Einführungsprozess eines Gesundheitsmanagements setzt sich notwendigerweise auch aus Sicht der Dimension Kommunikation/Lernen fort. Selbst wenn Ziele und diese fundierenden Werte und Normen des Gesundheitsmanagements definiert worden sein sollten, ist sein Einführungsprozess in der Dimension Kommunikation/Lernen im ersten Schritt konkret konfrontiert mit Fragen des Verständnisses, der Akzeptanz und der Weitergabe derselben, dem sich die Operationalisierung der Ziele und Werte in konkretes Handeln der betrieblichen Akteure in den folgenden Schritten anschließt. Die in der Dimension Werte/Normen dargelegte Aufgabe, das Gesundheitsmanagement in vorhandenen als auch einzurichtenden Strukturen bzw. „anzubietenden“ Strukturmomenten erlebbar zu machen, geht einher mit der Aufgabe, die Kosten für die Aushandlung und Vereinbarung des Einstiegs der Führungskräfte und Mitarbeiter in die Transaktionen zur Einführung des Gesundheitsmanagements möglichst gering zu halten. Diesbezüglich ist danach zu fragen, von welchem Verständnis und Vorwissen von Gesundheit und Gesundheitsmanagement bei den Akteuren auszugehen ist und welches Verständnis seitens der Organisation angestrebt bzw. als für den Einführungsprozess zu setzende Orientierung gilt. Gleichfalls steht offen, mit welchem Vorgehen und zugehörigem Aufwand Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen als auch Sichtweisen und natürlich Zielvorstellungen von Führungskräften und Mitarbeitern erhoben werden können und müssen, um sie für den Prozess nutzbar zu machen. Ist bereits die „Datenerhebung“ als Intervention zu verstehen, die insbesondere für das Themenfeld Gesundheit als immer im Zusammenhang mit persönlichen Erfahrungen, Einschätzungen und nicht zuletzt aus individueller Prädisposition entstehender Nutzenerwartungen seiner organisationalen Verankerung gesehen werden muss, ist die Frage der Vermittlung zwischen Zielen und Nutzenerwartungen der Organisation mit denen der Führungskräfte und Mitarbeiter eine in ihrer Komplexität auch hinsichtlich der Gefahr des Entstehens erheblicher Transaktionskosten nicht zu unterschätzende Anforderung.

Entstehen Transaktionskosten aus der zu leistenden Überzeugungsarbeit von betrieblichen Akteuren, neu gesetzte Ziele und Vorgehensweisen zu akzeptieren und bereitwillig sowie adäquat in ihr Handeln und damit den Arbeitsalltag zu integrieren, stehen Führungskräfte zwangsläufig zunächst im Blickpunkt des Interesses. So ist eine mangelhafte Kommunikation und Abstimmung zwischen Führungskräften und Mitarbeitern als Grundlage hoher Transaktionskosten zu

verstehen, da diese den „…Aufwand für die Einigung über geänderte Aufgabeninhalte…“ (Eigler 2001, S.353) erhöhen. Bei bestehender Unsicherheit über die seitens der Organisation angestrebten Ziele, den Kriterien ihrer Realisation und also den konkreten Aufgaben und Verhaltenserwartungen an die betrieblichen Akteure muss von diesbezüglich steigenden Transaktionskosten der Einführung eines Gesundheitsmanagements ausgegangen werden. Diese werden sich weitergehend dadurch erhöhen, wenn Fragen der Nutzenerwartung und also der Berücksichtigung von Interessen und Zielen von Mitarbeitern und Führungskräften im Prozessverlauf nicht angemessen behandelt und aufgenommen werden, wobei den Führungskräften offensichtlich eine Schlüsselrolle für dessen Gelingen zukommt, die entsprechend einzunehmen und zielorientiert umzusetzen sicherlich nicht zwangsläufig von diesen erwartet werden darf. Die Fähigkeit und auch Bereitschaft der Führungskräfte, das Gesundheitsmanagement zu kommunizieren hängt diesbezüglich mit den strukturalen Voraussetzungen ebenso zusammen, wie es auch vom Wissen, vorhandenen Kompetenzen und der grundlegenden Bereitschaft zur Zusammenarbeit bei Führungskräften und Mitarbeitern gleichermaßen beeinflusst wird.
Für die Dimension Kommunikation/Lernen ergeben sich daraus Anforderungen und Problemstellungen, die sich in der wahr- und anzunehmenden Interdependenz zwischen formalem und informellem System der Organisation und damit der zu gestaltenden Verbindung geplanten sowie sog. „alltäglich-beiläufigen“ Lernens zeigen.

Die Festlegung bzw. eine optional zunächst erfolgende Erhebung des Entwicklungsbedarfs von Führungskräften und Mitarbeitern stellt sich in diesem Zusammenhang ebenso als Schwierigkeit dar, wie dies für den weiteren Prozessverlauf gilt. Gleichfalls setzt eine zentrale Festlegung von Entwicklungsbedarfen und –zielen zunächst ein Wissen über grundlegende Zusammenhänge und gesicherte Erkenntnisse im Themenfeld Gesundheit sowie im Zusammenhang von Gesundheit und Arbeitswelt voraus, das zu erhalten per se mit Transaktionskosten verbunden ist. Zu den anfallenden Informationskosten können damit auch die Suche nach geeigneten externen Experten sowie die Gestaltung der weiteren Zusammenarbeit mit diesen gerechnet werden. Neben der damit einhergehenden Unsicherheit und geringen Möglichkeit seitens der Organisation Leistungen der Berater hinsichtlich ihrer Angemessenheit und schließlich Be-

deutsamkeit für die Organisation endgültig einschätzen und zeitnah messen zu können, birgt ein solches Vorgehen gleichzeitig die Gefahr, durch eine mangelnde Integration der betrieblichen Akteure deren Akzeptanz des Vorgehens bereits im Aspekt der Datenerhebung zu erschweren bzw. gar ganz konkret opportunistisches Verhalten zu fördern. Dass andererseits auch die Datensammlung im direkten Kontakt mit Führungskräften und Mitarbeitern mit Transaktionsosten verbunden ist erklärt sich von selbst, wobei sich auch hier für die Organisation erneut die Frage stellt, ob und in welchem Umfang externe Kräfte zur Unterstützung oder gar der völligen Übernahme der Durchführung der Datenerhebung benötigt werden. In beiden Fällen stellen sich ein Fehlen bzw. Unklarheiten im Bewusstsein von Zielen, Nutzenerwartungen als auch optional zu bearbeitenden Themenfeldern der Einführung eines Gesundheitsmanagements bei den beteiligten Akteuren als wesentliche Erschwernis bereits der Planung der Analysephase und damit eine deutliche Erhöhung des zugehörigen Arbeitsaufwandes und also der begleitenden Transaktionskosten dar. Die per se mit dem Prozessverlauf der Einführung eines Gesundheitsmanagements verbundene Unsicherheit, die nicht zuletzt auch aus der Gefahr strategischen bis hin zu opportunistischen Verhaltens von Führungskräften und Mitarbeitern resultiert, wird in diesem Zusammenhang nochmals verschärft, wenn bereits die für eine möglichst optimale Integration des Gesundheitsmanagements benötigte Datenbasis nicht adäquat erhoben, ausgewertet und im weiteren Verlauf kommuniziert und genutzt werden kann.

Im Verbund der Frage nach Rahmungen und Datengrundlagen der notwendigen Planungen zur Förderung der Kommunikation über das Gesundheitsmanagement und der Kompetenzentwicklung im Zusammenhang seiner Einführung und Verstetigung stellt sich die Klärung der Nutzung in der Organisation vorhandener Daten als Aufgabe dar, die zugleich im Zusammenhang der Frage nach der Tiefe der Einbindung externer Berater in den Einführungsprozess zu stellen ist. Welche Daten liegen in welcher Form und Qualität wo in der Organisation vor und wie weit können und sollen diese tatsächlich für de Einführung eines Gesundheitsmanagements genutzt und diesbezüglich möglicherweise weiteren internen als auch externen Personen zugängig gemacht werden sind Klärungspunkte, denen eine weitere Bedeutung für den Einführungsprozess als auch damit einhergehender Transaktionskosten zugeschrieben werden muss.

Ausgehend von der als bereits bedeutsam benannten Frage, wer bzw. welches Gremium den Einführungsprozess eines Gesundheitsmanagements begleitet, welchen direkten Zugriff bzw. welche grundlegende Zugriffberechtigung es auf vorhandene Daten hat und welche Kompetenzen zu ihrer angemessenen Interpretation als auch Maßnahmenableitung vorliegen, können begleitend auftretende Transaktionskosten nicht nur im Aspekt zugehöriger Schnittstellenprobleme variieren. Mit Blick auf die Integration externer Berater offenbaren sich sowohl in dessen Zugang zu und Einbindung in organisationsinterne Daten und Abläufe mögliche Gefahren eines Kontrollverlustes als auch der Abhängigkeit von dessen Leistungen. Hat doch - und hier offenbart sich erneut die Brisanz der Frage der internen Verortung der Prozessbegleitung - der externe Berater neben einem Mehr an Erfahrungen und zugehörig eigenen Zielvorstellungen auch eigene Interessen und Nutzenerwartungen im Blick und verfügt weitergehend über einen direkten und entsprechend den Ausführungen nur mehr schwer zu kontrollierenden Zugang zu Führungskräften und Mitarbeitern. Nicht nur, dass damit die Transaktionskostenmerkmale der Unsicherheit, strategischen und opportunistischen Verhaltens sowie der Interdependenz des Gesundheitsmanagements mit anderen Interaktionen und Prozessen zum tragen kommt, tritt zugleich die Frage der Häufigkeit von Transaktionen des Gesundheitsmanagements in den Fokus. Notwendigerweise verbunden mit der Frage, wer genau diese Transaktionen plant und durchführt und damit das Gesundheitsmanagement federführend sowie für die betrieblichen Akteure konkret erlebbar gestaltet.

Die Gefahr der Delegation der Prozessverantwortung zur Einführung eines Gesundheitsmanagements an das begleitende Gremium sowie dort optional federführend den externen Berater - und / oder im Gremium vorhandene einflussreiche Stakeholder, die vorrangig eigene Interessen verfolgen - ist  je nach vorhergehender Planung und Rahmung gegeben und birgt damit Risiken im Hinblick auf die weitere Verstetigung des Vorgehens. So zum Beispiel hinsichtlich der Gefahr des mehr oder minder offenen Opportunismus und also Rückzugs von Führungskräften und Mitarbeitern aus der aktiven Unterstützung und Umsetzung des Gesundheitsmanagements, oder aber von Beginn an einer sehr begrenzten Annahme des Gesundheitsmanagements als tatsächlich in und

nicht nur lediglich durch die Organisation und beauftragte Gremien bzw. externe Kräfte umzusetzender Auftrag.

Neben dem von Beginn der Einführung eines Gesundheitsmanagements an als schwierig einzuschätzenden Bedarf der Wissens- und Kompetenzentwicklung von Führungskräften und Mitarbeitern stellt sich also auch die weitere Prozessgestaltung im Aspekt Kommunikation und Lernen als keineswegs einfacher Auftrag dar. Insbesondere da sich die Förderung des diskursiven als auch des praktischen Bewusstseins (Giddens 1997, S.335f) über das Gesundheitsmanagement gleichermaßen als Aufgabe darstellt, von der ausgegangen werden kann, das sie vielfach maximal im Bereich der Förderung des diskursiven Bewusstseins, entlang der Gestaltung von - optional extern eingekauften und durchgeführten - Schulungen und Workshops deutlich seltener jedoch im Bereich der Arbeit an der Förderung des diskursiven Bewusstseins mittels des Versuchs der Initiation und Rahmung eines alltäglich-beiläufigen Lernens wahrgenommen und als tatsächliche Umsetzungsaufgabe innerbetrieblicher Akteure verstanden wird. Stellt sich die Realisation von z.B. Schulungsmaßnahmen für alle betrieblichen Akteure für die überwiegende Zahl von Organisationen aus Kostengründen sowie den zugehörigen Unsicherheiten im Bereich der Sicherstellung der Qualität als auch der Transfersicherung per se als ein nur bedingt bzw. nicht mögliches Vorgehen dar, ist auch die Frage optionalen „Stellvertreterlernens“ durch Führungskräfte und / oder ausgewählte Personen mit konkreten Transaktionskosten verbunden. Diese resultieren aus Klärungsbedarfen hinsichtlich der mit den je spezifischen Rollen im Organisationskontext verbundenen Erwartungen und Vorgaben, auf deren Basis sowohl grundlegende Kompetenzbedarfe als auch gezielte Entwicklungsnotwendigkeiten zur Umsetzung des Gesundheitsmanagements zu eruieren sind und treten selbstverständlich auch im Zuge der Realisation von Einstellungs- und Verhaltensänderungen der Führungskräfte und der daraus folgenden Transaktionskosten im Bereich der Reaktion auf und Akzeptanz der Änderungen seitens der Mitarbeiter auf. Gemäß Giddens ist also danach zu fragen, ob im Zusammenhang der Förderung des Gesundheitsmanagements sowohl die Kompetenzentwicklung im Hinblick auf die „soziale Interaktion“, als der konkreten Begegnung von Akteuren, sowie die „sozialen Beziehungen“, welche die „Positionierung“ (Giddens 1997, S.143) der Individuen und in diesem Sinne ihre Rolle im organisationalen

Kontext in der Planung zur Einführung des Gesundheitsmanagements ausreichend bearbeitet wurden, oder aber weitere Kosten durch ihre spätere Aushandlung entstehen, was erneut den Aspekt der Initiation und Begleitung sowie damit verbunden selbstverständlich auch des Kontroll- und Überwachungssystems der Einführung eines Gesundheitsmanagements in den Fokus rückt. Lern- und Kommunikationsanlässe gemäß der Differenzierung in „soziale Ereignisse“ und „lose Zusammenkünfte“ (Giddens 1997, S.123ff) lediglich durch ein designiertes Gremium bzw. externe Kräfte gestalten zu wollen erweist sich sicherlich als äußerst aufwändiges Vorgehen, da es die bereits angeführten Probleme der dazu notwendigen Expertise, der Zeitfenster ihrer Bearbeitung als auch des Zugangs des Gremiums bzw. der Berater zu allen organisationalen Bereichen - einschließlich ihrer Akzeptanz und der zunächst zu erfolgenden Herstellung einer Arbeitsfähigkeit innerhalb dieser - bedarf, als auch die Bindung an externe Kräfte und damit einhergehend das mögliche Ausbleiben der bewussten Aktivität interner Akteure zur Umsetzung und notwendigen kontinuierlichen Entwicklung des Gesundheitsmanagements erhebliche Transaktionskosten verursacht. Letztlich bis hin zu der Gefahr, dass im Falle der Einstellung der Zusammenarbeit mit externen Kräften eine interne Verortung nicht ausreichend stattgefunden hat und somit die mit der Gefahr des Abbruchs der Weiterarbeit am Gesundheitsmanagement einhergehenden Transaktionskosten erhebliche Ausmaße annehmen. In Fortführung dieses Aspekts muss der Ansatz ein Gesundheitsmanagement gänzlich über den Aufbau neuer Strukturen integrieren zu wollen auch aus Perspektive der Dimension Kommunikation/Lernen als risikobehaftet und mit erheblichen Transaktionskosten verbunden angesehen werden.

## 7.6 Stakeholder im Fokus

Dem bisherigen Fokus der Analyse folgend, wird auch der Fokus der Stakeholderanalyse auf den der jeweiligen Gruppe auf Basis der bisherigen Ausführungen optional zuzuschreibenden Problemstellungen und Anforderungen liegen, die gemäß der in Abb. 12 aufgeführten Merkmale der Transaktionskostentheorie deren Eintritt in die Transaktionen eines Gesundheitsmanagements beeinflussen können. Wenngleich für die Absicht der Einführung eines Gesundheitsmanagements in Organisationen selbstverständlich zunächst und grundsätzlich

positive Erwartungen den Ausschlag geben, wird mit der Zielsetzung weitere Hinweise auf optionale Gestaltungsmöglichkeiten der Einführung eines Gesundheitsmanagements weitergehend die Problemsicht präferiert. Selbstverständlich sind die in Stichpunkten dargelegten Schwierigkeiten und Anforderungen der einzelnen Stakeholder in ihrer Zuordnung zu den Interaktionsfeldern der Einführung eines Gesundheitsmanagements nicht als vollständig sowie trennscharf zu verstehen. Sie repräsentieren vielmehr Hinweise auf Grundtendenzen, die auf Basis der Erkenntnisse der vorliegenden Arbeit den Stakeholdern im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements unterstellt werden und deren reale Ausprägungen sicherlich differieren können.

### 7.6.1 Oberste Führungsebene

Was genau unter einem Gesundheitsmanagement zu verstehen ist, welche Transaktionen tatsächlich zu seiner Einführung notwendig sind und welche Wirkungen der Einführungsprozess tatsächlich in der Organisation zeitigen wird, kann und muss grundlegend auch für die oberste Führungsebene als offene Fragen verstanden werden, wobei unter der „obersten Führungsebene“ in dieser Arbeit tatsächlich weiterhin die höchste Entscheiderebene gemeint ist. Auch bei möglicherweise konkreten Nutzenerwartungen, die mit einem Gesundheitsmanagement verbunden werden, kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, dass sich der Implementierungsprozess eines derart umfassenden Ansatzes auch tatsächlich in der gewünschten Richtung entwickelt und seitens der Führungskräfte und Mitarbeiter vergleichbare Erwartungen geteilt und entsprechend gefördert werden. Die Interdependenz der Transaktionen eines Gesundheitsmanagements mit einer Vielzahl organisationaler Prozesse und Interaktionen innerhalb der einführenden Organisation sind diesbezüglich als sowohl in ihrer Komplexität und dem damit absehbaren Aufwand ihrer Umsetzung als auch der Gefahr eines resultierenden Kontrollverlustes mit einer deutlichen Unsicherheit und der Gefahr insgesamt erheblicher Transaktionskosten verbunden.

Damit einhergehend können entlang der in den Schritten der Vorbereitung und Vereinbarung als zentral für die Einführung eines Gesundheitsmanagements benannten Interaktionsfelder (vgl. Abb. 13) weitere Unsicherheitsfaktoren und

offene Fragen unterstellt werden, die den Einstieg in ein Gesundheitsmanagement gerade für die oberste Führungsebene beeinflussen bzw. erschweren:

*Diskussions- und Entscheidungsprozess zur Befassung mit dem BGM*

- ist ein Gesundheitsmanagement als originäre und zielführende Aufgabe mit Bedeutung für den Erfolg der Organisation zu verstehen
- mit welchem Umfang und Themenstellungen ist die Gesundheitsförderung tatsächlich als eine originäre Aufgabe der Organisation - und in welchen Bereichen bzw. Ausprägungen ist sie als in individueller Verantwortung jeden einzelnen Mitarbeiters liegend (vgl. Punkt 1: „Arbeitskraftunternehmer“) - zu betrachten
- können und sollen Ressourcen für die Einführung eines Gesundheitsmanagements in personeller und finanzieller Hinsicht bereitgestellt werden – und ist ein Return on Investment realistisch zu erwarten
- wer ist für die Planung der Integration eines Gesundheitsmanagements verantwortlich und wer ist wie genau als für die weitere Umsetzung zuständig anzunehmen, bzw. wo genau soll ein Gesundheitsmanagement verortet werden, so dass möglichst reibungslose Abläufe realisiert werden können
- welche Kosten und optional weitergehende Wirkungen sind in Folge der Bearbeitung von Problemen bzw. der Reduktion von Belastungen zu erwarten (z.B. Störungen des Arbeitsprozesses)
- sind die Mitarbeiter und insbesondere die Führungskräfte in der Lage und bereit, sich aktiv an einem Gesundheitsmanagement bzw. grundlegend überhaupt einem Veränderungsprozess zu beteiligen
- welche Forderungen und Erwartungshaltungen seitens der Mitarbeiter(vertretung) sind in Folge der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu befürchten
- welche internen und externen Umweltbedingungen sprechen aktuell eher gegen die Einführung bzw. können diese störend beeinflussen

*BGM-Ziele setzen*

- was genau soll mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements erreicht werden, ist die Zielerreichung als realistisch anzusehen und sind optionale Ziele tatsächlich quantifizierbar bzw. überhaupt messbar
- ist eine möglichst zeitnahe Zielerreichung und damit ein schneller Nutzen des Gesundheitsmanagements sicherzustellen

*Zusammenarbeit mit externen Beratern / Kräften gestalten*

- welche Erwartungen können und müssen an einen externen Berater gestellt werden – und wie kann tatsächlich der „richtige“ Berater gefunden werden
- wie weit muss und soll dem Berater Einblick in die Organisation und Zugang zu zentralen Planungen und Daten gegeben werden

*Werte und Normen des BGM definieren*

- erfordert die Einführung eines Gesundheitsmanagements tatsächlich die Etablierung von (neuen) Werten und Normen – kann und soll Zeit für ihre Definition und insbesondere Etablierung in der Organisation aufgewendet werden
- welche akuten bzw. langfristig wirksamen Störungen sind bzgl. der Frage der Passung der Einführung eines Gesundheitsmanagements zur Unternehmenskultur, zum formalen und informellen System der Organisation zu erwarten

*Daten sammeln (Analysesystem aufbauen)*

- welche gesundheitsrelevanten Belastungen sind in welcher Ausprägung, mit welcher Wirkung, in welchem Bereich der Organisation vorliegend – und welche Folgen resultieren aus ihrer Erhebung
- kann das Gesundheitsmanagement genutzt werden, um eine breite Datenbasis zu erhalten, ohne notwendigerweise alle Themenbereiche bearbeiten zu müssen (ungewünschte Erwartungen zu wecken)

*Projekt / Vorgehen der Einführung planen*

- wie kann ein Gesundheitsmanagement maximalen Nutzen stiftend und minimalen Aufwand erfordernd in möglichst kurzer Zeit eingeführt werden
- wie kann die Kontrolle des Prozessverlaufs in der gewünschten Richtung sichergestellt werden
- wer genau ist für die Planung der Integration eines Gesundheitsmanagements verantwortlich und wer ist wie genau als für die weitere Umsetzung zuständig anzunehmen
- wie weit können und wie weit müssen Mitarbeiter an der Problembeschreibung und auch –lösung aktiv beteiligt werden, um einen Erfolg sicherzustellen
- wie weit muss und soll die Mitarbeitervertretung eingebunden werden
- welche Aufgaben und Verantwortlichkeiten sind wem und in welcher Ausprägung für ein funktionierendes Gesundheitsmanagement zuzuteilen

- muss tatsächlich ein umfassendes Vorgehen geplant und umgesetzt werden, oder gibt es Möglichkeiten der Begrenzung

*Rollen / Aufgaben / Kompetenzen im BGM klären und anwenden*

- welche Rolle hat die oberste Führungsebene im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements tatsächlich einzunehmen und welche konkreten Aufgaben obliegen ihr

*Strukturen und Strukturmomente gestalten*

- welche Strukturen und Strukturmomente gilt es zu etablieren, welche der vorhandenen können und sollen - mit welchem Aufwand - für ein Gesundheitsmanagement genutzt werden

*Nachhaltigkeit sicherstellen*

- kann die Nachhaltigkeit eines Gesundheitsmanagements möglichst kostengünstig sichergestellt werden, oder birgt es eine potentielle Unruhequelle

*Gesundes Verhalten fördern / ermöglichen*

- stellt das gesunde Verhalten nicht primär ein Eigeninteresse dar, dessen Förderung dem Mitarbeiter selbst obliegt
- welcher Aufwand ist für die Förderung gesunden Verhaltens zu betreiben und welche Auswirkungen auf den Arbeitsprozess sind zu erwarten

Pointiert kann aus den dargelegten Fragestellungen abgeleitet werden, dass das Wissen um die Spezifität des Einführungsprozesses eines Gesundheitsmanagements, verbunden mit erheblichen Unsicherheitsfaktoren hinsichtlich seiner genauen Ausrichtung, Zielsetzung, Umsetzung und damit letztlich Wirkung in und für die Organisation bei einem gleichzeitig absehbaren hohen Aufwand und nicht eindeutig geklärter Nutzenperspektive des Vorhabens eine Zurückhaltung der obersten Führungsebene bedeuten kann, sich selbst zu stark in den Prozess zu investieren und diesen vielmehr zur weitergehenden Vorbereitung an ein zu bildendes Gremium zu delegieren. Optional verbunden mit der Absicht, sich zunächst eine weitergehende Datenbasis zu schaffen, um die Plan- und Steuerbarkeit erhöhen und Unsicherheitsfaktoren reduzieren bzw. im gegebenen Falle das Vorhaben auch letztlich abbrechen zu können.

### 7.6.2 Mittlere Führungsebene

Die für die oberste Führungsebene zu unterstellende Unsicherheit im Umgang mit der Frage der Einführung eines Gesundheitsmanagements kann und muss in seiner Auswirkung gleichfalls für die mittlere Führungsebene (Abteilungsleiterebene) als Unsicherheitsfaktor unterstellt werden. Einerseits hinsichtlich der auch hier vorliegenden Unklarheit über das für einen gemeinsamen Prozess anzulegende Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsmanagement. Andererseits hinsichtlich einer nicht eindeutigen und/oder in Form einer durch die mittlere Führungsebene nicht geteilten Ausrichtung der angestrebten Ziele und Zielbereiche, die mittels eines Gesundheitsmanagements bearbeitet werden sollen. In beiden Fällen ist von einer negativen Wirkung auf die Bereitschaft der mittleren Führungsebene auszugehen, sich aktiv in die Transaktionen zur Einführung eines Gesundheitsmanagements einzubringen. Als Schwierigkeiten bzw. Anforderungen und zugehörige Sichtweisen und Fragen der mittleren Führungsebene können hinsichtlich der Einführung eines Gesundheitsmanagements grundlegend unterstellt werden:

*Diskussions- und Entscheidungsprozess zur Befassung mit dem BGM*

- ist Gesundheit tatsächlich ein originäres Thema in und für die Organisation – oder obliegt es als Aufgabe und optionale „Bring-Schuld“ alleine den betrieblichen Akteuren selbst
- beinhaltet der Zeitpunkt der Einbindung der mittleren Führungsebene in den Diskussionsprozess noch eine Mitsprache oder lediglich die Information über das Vorhaben
- ist das Gesundheitsmanagement aktuell tatsächlich als ein bedeutsames und zu bearbeitendes Thema anzusehen, oder stehen andere Themen eindeutig im Fokus
- keine Eindeutigkeit der Positionierung der obersten Führungsebene für das Gesundheitsmanagement führt zu einer deutlichen Zurückhaltung der mittleren Führungsebene, da mindestens offen bleibt, ob tatsächlich von einer zentralen Bedeutung des Themas und einer zugehörigen Langfristigkeit in der Organisation auszugehen ist
- damit verbunden wird auch die Verbindlichkeit des Vorgehens sowie seine Relevanz für die Leistungsbeurteilung und Positionssicherung der mittleren Führungsebene uneindeutig

*BGM-Ziele setzen bzw. annehmen*

- sind die Ziele des Gesundheitsmanagements akzeptable Ziele oder gibt es wichtigere und dem Gesundheitsmanagement überzuordnende Ziele
- ist ein persönlicher Nutzen durch das Gesundheitsmanagement erkennbar
- ist überhaupt ein Nutzen durch das Gesundheitsmanagement mittels der vorhandenen Ziele vorstellbar

*Zusammenarbeit mit externen Beratern / Kräften gestalten*

- was genau ist der Auftrag des Beraters, seine zugehörigen Kompetenzen und diesbezüglich seine Stellung / Position im Verhältnis zur Position der mittleren Führungsebene
- was genau kann und darf vom Berater erwartet werden, welche Expertise liegt tatsächlich seitens des Beraters vor
- ist die Zusammenarbeit mit dem Berater als Unterstützung und Nutzen stiftend oder lediglich zusätzlicher Zeitaufwand bzw. gar mit der Gefahr eines Machtverlustes verbunden einzuschätzen

*Werte und Normen des BGM definieren*

- gibt es konkrete Festlegungen und damit Möglichkeiten, einzuschätzen, welche Rolle im Zusammenhang des Gesundheitsmanagements einzunehmen ist und welche zugehörigen Aufgaben in welcher Quantität und Qualität zu erfüllen sind
- sind die Werte, Normen sowie die Erwartungen an die eigene Ebene im Rahmen des Gesundheitsmanagements kompatibel mit eigenen Werten, Normen und Verständnissen der Aufgabenerfüllung und entsprechend akzeptabel

*Daten sammeln (Analysesystem aufbauen)*

- welcher zusätzliche Aufwand ist im Zusammenhang der Datenerhebung zu befürchten
- welcher Nutzen und welche persönlichen Gefahren sind aus der Datenauswertung zu erwarten

*Projekt / Vorgehen der Einführung planen*

- welche Störungen und Unsicherheiten sind im Prozess der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu erwarten und wie weit wirken sich diese negativ auf die Abläufe und Ergebnisse und also die Erfüllung der primären Zielsetzungen und Aufgaben aus

*Rollen / Aufgaben / Kompetenzen im BGM klären und anwenden*

- sind die Erwartungen an die eigene Person und Funktion im Gesundheitsmanagement überhaupt akzeptabel sowie als aus zeitlicher Perspektive und/oder auch vor dem Hintergrund der eigenen Kompetenz leistbar einzuschätzen
- welche Kompetenzen müssen möglicherweise im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements abgegeben werden

*Strukturen und Strukturmomente gestalten*

- werden als für das Funktionieren des eigenen Bereichs bedeutsam eingeschätzte Strukturen verändert
- sollen neue Strukturen eingeführt werden und welche Folgen sind in diesem Zusammenhang zu erwarten

*Nachhaltigkeit sicherstellen*

- wie lange ist mit einem zusätzlichen Aufwand des Kümmerns um ein Gesundheitsmanagement zu rechnen

*Gesundes Verhalten fördern / ermöglichen*

- was genau ist unter einem gesunden Verhalten zu verstehen
- welche Maßnahmen sind durchzuführen, welche Bedingungen müssen mit welchem Aufwand und welchen möglichen Konsequenzen für die Ermöglichung gesunden Verhaltens geschaffen werden (siehe Strukturen)?

Unsicherheiten im Zusammenhang mit der Einführung eines Gesundheitsmanagement, die sowohl hinsichtlich der Rahmung durch die Organisation, der Einschätzung der eigenen Kompetenz in diesem Themen- und Arbeitsfeld sowie seines Status als Zusatzaufgabe, die die möglicherweise bereits per se wahrgenommene Überlastung noch verschärft und dabei keineswegs einen erkennbaren Nutzen offenbart, können zu einer im besten Falle abwartenden oder gar opportunistischen Haltung der mittleren Führungsebene führen, sich aktiv als Transaktionspartner zu etablieren. Weiterhin ist anzumerken, dass eine mögliche Unklarheit in der Ausrichtung des Gesundheitsmanagements - sei es durch Vorgabe seitens der obersten Führungsebene oder sei es in Folge eines intern vollzogenen Diskurs auch unter Beteiligung der mittleren Ebene – die aktive Mitarbeit der letztgenannten an zugehörig förderlichen Strukturen und Strukturmomenten erschwert oder aber zur Umsetzung je eigener Vorstellun-

gen innerhalb des persönlichen Verantwortungsbereiches und damit insgesamt einer Diversifikation des Gesundheitsmanagements führen kann.

### 7.6.3 Untere Führungsebene

Gerade die untere Ebene der Führungskräfte kann als von einem Gesundheitsmanagements grundsätzlich mit am stärksten betroffene Gruppe angesehen werden, da konkrete Veränderungen in den Arbeitsabläufen, an einzelnen Arbeitsplätzen, in den Strukturen der Organisation und den Erwartungen in Richtung der Etablierung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und Einstellungen, die im konkreten Kontakt mit den Mitarbeitern zu vollziehen und zu etablieren sind, in direkter Weise durch diese Führungskräfte erlebt sowie be- und verarbeitet werden müssen. Das heißt, es werden besonders die Führungskräfte der unteren Hierarchieebene sehr konkret mit den Einstellungen zum und den Forderungen an das Gesundheitsmanagement aufseiten der Mitarbeiter als auch den Nutzenerwartungen der einführenden Organisation und also der oberen und / oder der mittleren Führungsebene konfrontiert werden, die sich letztlich auf Ebene der Mitarbeiterschaft realisieren sollen. Da selbstverständlich auch für die untere Führungsebene weder eine gesundheitswissenschaftliche Vorbildung noch ein umfassender Einblick in Entwicklungsoptionen der Organisation unterstellt werden darf, muss hinsichtlich der Einführung eines Gesundheitsmanagements per se mit Problemen in den Bereichen von parametrischer und Verhaltensunsicherheit, gleichermaßen, begrenzter Rationalität als natürlich auch strategischem Verhalten seitens der Führungskräfte ausgegangen werden, die mit dem Gesundheitsmanagement eine deutliche Erweiterung oder gar Neuerung ihres Aufgaben- und Tätigkeitsfeldes erfahren. Unklarheiten in den transportierten Zielen und zugehörigen Werten und Normen der Einführung eines Gesundheitsmanagements sowie optional vorliegende Zieldivergenzen bzw. Unterschiede in den Nutzenerwartungen zwischen der obersten und der mittleren Führungsebene, als den direkten Interaktionspartnern der unteren Führungskräfte, führen zu einer Erhöhung mindestens der Verhaltensunsicherheit und bergen das Risiko, tatsächlich strategisches Verhalten notwendig zu machen oder gar opportunistisches Verhalten auszulösen. Letztgenannte Gefahr stellt sich für die Gruppe der unteren Führungskräfte nochmals deutlicher als Problem dar, wenn davon auszugehen ist, dass gerade

sie zu Beginn der Planungen der Einführung eines Gesundheitsmanagements weder konkret eingebunden noch überhaupt von den ersten Planungsschritten und insbesondere den ersten Ergebnissen in Kenntnis gesetzt werden. Besteht die Gefahr bei einer zu frühen Information der unteren Führungskräfte und unklaren Rahmungen zur Verunsicherung beizutragen oder gar Ängste und Ablehnung im Blick auf das Gesundheitsmanagement auszulösen, ist eine zu spät und das bedeutet ganz konkret möglicherweise erst zu einem gemeinsamen Zeitpunkt mit den Mitarbeitern der Organisation erfolgende Aufschaltung dieser Führungsebene sicherlich als problematisch für den weiteren Prozessverlauf und als relevant für die zugehörigen Transaktionskosten einzuschätzen. Nicht zuletzt deshalb, weil die Informationsbasis für die Positionierung und Handlungssicherheit der Führungskräfte in der Interaktion mit den Mitarbeitern relevant und damit in der Bedeutung für Strukturmomente der Organisation konkret wirksam sind.

Grundlegend, im Zusammenhang benannter Unsicherheiten und Rahmungen der Einführung eines Gesundheitsmanagements für die untere Führungsebene auftretende Probleme, von denen eine weitere Wirkung auf den Prozessverlauf und seine zugehörigen Transaktionskosten unterstellt werden können, sind:

*Diskussions- und Entscheidungsprozess zur Befassung mit dem BGM*

- beinhaltet der Zeitpunkt der Einbindung der unteren Führungsebene in den Diskussionsprozess noch eine Mitsprache oder lediglich die Information über das Vorhaben
- erfolgt die Einbindung vor oder möglicherweise zum gleichen Zeitpunkt mit den Mitarbeitern und wirkt sich dann auf die wahrgenommene Wertschätzung als Führungskraft sowie konkret die Möglichkeit der Wahrnehmung der Führungsrolle in der Interaktion mit den Mitarbeitern aus

*BGM-Ziele setzen*

- eine Orientierungs- und Handlungsunsicherheit und damit Zurückhaltung sich in den Transaktionen der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu investieren, resultierend aus der Unkenntnis bzw. des Nicht-Verstehens der Ziele, Rahmungen und damit verbundenen Verhaltenserwartungen seiner Einführung

- die damit verbundene Unsicherheit, ob das Gesundheitsmanagement tatsächlich verbindlich eingeführt und verstetigt werden soll und sich eine aktive Mitarbeit tatsächlich lohnt bzw. zwingend notwendig ist
- die Unsicherheit, ob und in welchem Rahmen sowohl die oberste Führungsebene, wesentlich zentraler jedoch die eigenen Vorgesetzten und in der konkreten Interaktion die eigenen Mitarbeiter als verlässliche und damit auch unterstützende Transaktionspartner eingestuft werden können
- gibt es Passung der Zielsetzungen des Gesundheitsmanagements mit eigenen Zielen und Nutzenerwartungen

*Zusammenarbeit mit externen Beratern / Kräften gestalten*

- ist von einer Unterstützung und Hilfestellung und/oder auch einer potentiellen Störung des Arbeitsprozesses und Gefährdung der eigene Position durch den Berater auszugehen
- was genau ist von dem Berater als solchem und der Zusammenarbeit mit diesem zu erwarten

*Werte und Normen des BGM definieren*

- die grundlegende Unsicherheit, was genau, wann und wie genau seitens der unteren Führungsebene im Gesundheitsmanagement erwartet wird und was gleichfalls die unteren Führungskräfte von den anderen betrieblichen Akteuren erwarten können (Rolle; Position)
- welche Folgen hat das Gesundheitsmanagement möglicherweise für die Zusammenarbeit mit den Kollegen

*Daten sammeln (Analysesystem aufbauen)*

- welche Daten werden wie und warum erhoben – und welche Bedeutung hat die Datenerhebung für die eigene Person/Position und Rolle
- ist der Datenschutz gewährleistet
- ist von einer Ableitung und Umsetzung von Maßnahmen aus der Datenerhebung tatsächlich auszugehen

*Projekt / Vorgehen der Einführung planen*

- gilt es nur Vorgaben umzusetzen und sind diese zu verstehen sowie als Nutzen stiften einzuschätzen oder beinhaltet das Vorgehen möglicherweise als für den eigenen Bereich nicht passend eingeschätzte / inakzeptable Aspekte
- welche zusätzlichen Aufgaben entstehen im Zusammenhang des Gesundheitsmanagements

*Rollen / Aufgaben / Kompetenzen im BGM klären und anwenden*

- reichen die eigene Kompetenzen für die Aufgabenwahrnehmung im Gesundheitsmanagement aus – entstehen Überforderungssituationen
- muss an Schulungen teilgenommen werden – und welche Konsequenzen stehen damit eventuell im Zusammenhang

*Strukturen und Strukturmomente gestalten*

- welche neuen Anforderungen werden sich aus Veränderungen in den Strukturen ergeben
- welche Bedeutung wird das Gesundheitsmanagement auf die Interaktionskontexte in der Organisation haben
- die Unkenntnis sowie eingeschränkt bis gar nicht vorhandene Möglichkeit zur Einschätzung des Bezugsrahmens, in dem Interaktionen des Gesundheitsmanagements vollzogen werden sollen und damit einer deutlichen Unklarheit in der eigenen Rolle als auch der Rollen der Interaktionspartner (vgl. Giddens 1997, S.140)

*Nachhaltigkeit sicherstellen*

- welche Veränderungen werden in Folge des Gesundheitsmanagements die Arbeitsbedingungen beeinflussen
- welche eigenen (zusätzlichen) Leistungen werden zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit erbracht werden müssen

*Gesundes Verhalten fördern / ermöglichen*

- was genau bedeutet gesundes Verhalten und wie genau kann es gefördert werden
- ist in der eigene Position (Machtbereich) die Förderung von gesundem Verhalten überhaupt bzw. in welchem Umfang möglich und wo liegen die Grenzen
- reichen die eigenen Kompetenzen aus, um gesundes Verhalten zu fördern
- wie werden die Mitarbeiter auf das Thema bzw. diesen „Eingriff“ reagieren
- welche Erwartungen haben Mitarbeiter auf der einen und die Organisation auf der anderen Seite – und kann eine Passung erreicht werden?

### 7.6.4 Mitarbeiter

Wie grundsätzlich auch für die untere Führungsebene anzunehmen, sind die Mitarbeiter in die Vorbereitungs- und Planungsphase eines Gesundheitsmana-

gement ebenfalls nicht bzw. maximal im Zuge der Durchführung einer ersten Analyse eingebunden, die als Grundlegung der weiteren Planungen dienen soll (vgl. Punkt 5). Gleichfalls kann für beide Gruppen unterstellt werden, dass über interne Kontakte sicherlich erste Informationen zumindest über den Gedanken der Einführung eines Gesundheitsmanagement vorliegen. Die Unkenntnis konkret anvisierter Ziele, Erwartungen und Vorgehensweisen der Einführung eines Gesundheitsmanagements führt damit jedoch zu einer Erschwernis der Bereitschaft bzw. der Möglichkeit der Mitarbeiter, sich tatsächlich als Transaktionspartner der Organisation bzw. ihrer Führungskräfte und Kollegen wahrzunehmen und zu positionieren. Neben einer optional zunächst abwartenden oder gar ablehnenden Haltung der möglichen Veränderung gegenüber bleibt der entsprechend notwendige Rückgriff auf individuell vorliegende Verständnisse von Gesundheit und Vorstellungen von einem Gesundheitsmanagement und der interne Diskurs mit Kollegen sowie vorrangig Führungskräften der unteren Ebene damit die primär zu unterstellende Orientierungsmöglichkeit für die Gruppe der Mitarbeiter. Gesundheitsbezogene Werte, Einstellungen und Verhaltensweisen innerhalb der Branche, der eigenen Berufsgruppe sowie durchaus auch die Relevanz des Lebensalters bzw. per se gesundheitlicher Prädispositionen wird die Einschätzung und Erwartungshaltung an ein Gesundheitsmanagement ebenfalls beeinflussen und damit zugleich Bestandteil vorhandener und für die eigene Handlungsfähigkeit in der Organisation etablierter Deutungsmuster sein. Die damit gleichfalls angesprochenen Erfahrungen und resultierenden Erwartungen an die grundsätzliche Ausrichtung und den Verlauf von Veränderungsprozessen in der Organisation - also die Pfadabhängigkeit des Wandels - werden als Orientierungsgrößen und Einschätzungen auch an die beabsichtigte Einführung eines Gesundheitsmanagements angelegt werden und Einfluss auf die Bereitschaft und die Art und Weise der Mitarbeiter haben, sich aktiv im Prozess zu beteiligen oder möglicherweise sehr deutlich zu opponieren. Insbesondere dann, wenn Anpassungen bzw. Veränderungen von Strukturen und Strukturmomenten im Zusammenhang mit einem Gesundheitsmanagement für die Mitarbeiter nicht wahrnehmbar sein sollten und somit das Gesundheitsmanagement als solches nicht als Nutzen stiftend erkennbar wird. Oder aber wenn Veränderungen in den Strukturen als zusätzlicher, störender Aufwand und gar als Nachteil angesehen und nicht akzeptiert werden.

Als mögliche Schwierigkeiten / Anforderungen für die Gruppe der Mitarbeiter, die ebenso wie oberste, mittlere und untere Führungskräfte selbstverständlich nicht im Sinne einer homogenen Gruppe zu verstehen sind, sich in die Transaktionen der Einführung eines Gesundheitsmanagement zu integrieren, sind zu Hinterfragen:

*Diskussions- und Entscheidungsprozess zur Befassung mit dem BGM*

- ist seitens der Mitarbeiter eine Ablehnung der Bearbeitung zusätzlicher, gemäß eigener Einschätzung dem Arbeitsauftrag/-vertrag nicht zugehöriger Themen vorhanden
- sind Mitarbeitern Informationen zur Ausgangslage der Befassung der Organisation mit dem Gesundheitsmanagement überhaupt zugänglich, wie werden diese kommuniziert und interpretiert
- liegt bei den Mitarbeitern ein grundlegendes Vertrauen und eine grundlegende Bereitschaft vor, sich in einen Veränderungsprozess der Organisation zu investieren

*BGM-Ziele setzen*

- sind den Mitarbeitern die Ziele des Gesundheitsmanagements bekannt und werden diese eindeutig verstanden
- sind die Zielsetzungen auch für die Mitarbeiter als akzeptabel und sinnvoll einzustufen
- wird ein grundsätzlicher wie auch persönlicher Nutzen aus den Zielen erkennbar
- besteht ein ausreichendes Vertrauen der Mitarbeiter, in die Ehrlichkeit und Ernsthaftigkeit der Definition und auch der stringenten Verfolgung benannter Ziele über alle Führungsebenen hinweg

*Zusammenarbeit mit externen Beratern / Kräften gestalten*

- wird der Berater seitens der Mitarbeiter akzeptiert – gibt es eine Passung zwischen Berater / externen Kräften und Mitarbeitern

*Werte und Normen des BGM definieren*

- verstehen die Mitarbeiter das Themenfeld Gesundheit als eine primär „private Angelegenheit“ und lehnen eine weitergehende Thematisierung von Gesundheitsfragen in der Organisation und / oder ausschließlich im eigenen Interaktionskontext ab

- werden seitens der Organisation das Gesundheitsmanagement ausrichtende Werte und Normen von den Mitarbeitern geglaubt, geteilt bzw. mindestens akzeptiert
- wird das Gesundheitsmanagement als passend zur Unternehmenskultur oder gar als unangemessener Angriff auf diese eingeschätzt

*Daten sammeln (Analysesystem aufbauen)*

- wird der Datenschutz glaubhaft umgesetzt - können sich die Mitarbeiter auf einen adäquaten Umgang mit erhobenen Daten verlassen, oder besteht eine (vermeintliche) Notwendigkeit sich schützen zu müssen
- ist von tatsächlichen Ableitungen und also optionalen Verbesserungen aus allen erhobenen oder nur aus den der Organisation genehmen Daten / Themenbereichen bzw. Ergebnissen auszugehen

*Projekt / Vorgehen der Einführung planen*

- ist das geplante Vorgehen im Gesundheitsmanagement für die Mitarbeiter verständlich, nachvollziehbar und zielführend
- werden die aus Sicht der Mitarbeiter relevanten Themen angemessen bearbeitet
- sind tatsächlich alle aus Sicht der Mitarbeiter notwendigen Personen und Positionen adäquat in das Vorgehen involviert, so dass tatsächlich ein Erfolg erwartet bzw. mindestens eine grundsätzliche Sinnhaftigkeit unterstellt werden kann
- sehen die Mitarbeiter das Gesundheitsmanagement adäquat in der Organisation verortet – in Verantwortung der richtigen Personen liegend / bei der richtigen Stelle angesiedelt
- Ist sichergestellt, dass für die Mitarbeiter keine Nachteile aus einer aktiven Mitarbeit im Gesundheitsmanagement entstehen

*Rollen / Aufgaben / Kompetenzen im BGM klären und anwenden*

- sind den Mitarbeitern die mit dem Gesundheitsmanagement verbundenen Rollen und Aufgaben klar
- trauen die Mitarbeiter den betrieblichen Akteuren ausreichende Kompetenzen zur Wahrnehmung von Aufgaben im Gesundheitsmanagement zu
- sind die Kompetenzen der Mitarbeiter mindestens ausreichend für die Etablierung und das Erreichen von Zielen des Gesundheitsmanagements

*Strukturen und Strukturmomente gestalten*

- die Unkenntnis sowie eingeschränkt bis gar nicht vorhandene Möglichkeit zur Einschätzung des Bezugsrahmens, in dem Interaktionen des Gesundheitsmanagements vollzogen werden sollen und damit einer deutlichen Unklarheit in der eigenen Rolle als auch der Rollen der Interaktionspartner (vgl. Giddens 1997, S.140)

*Nachhaltigkeit sicherstellen*

- (s.o.) – ist aus Sicht der Mitarbeiter eine Nachhaltigkeit des Gesundheitsmanagements grundlegend sichergestellt und damit die Ernsthaftigkeit des Vorgehens gegeben

*Gesundes Verhalten fördern / ermöglichen*

- welche Art „gesundes Verhalten“ wird seitens der Organisation erwartet und ermöglicht und wie wird dieses Verhalten von den Mitarbeitern eingeschätzt
- gibt es eine Passung zwischen dem erwarteten gesundheitsförderlichem Verhalten und den realen bzw. den seitens der Mitarbeiter wahrgenommenen Notwendigkeiten der Aufgabenerfüllung (z.B. Erreichen bestimmter Produktionsziele).

### 7.6.5 Mitarbeitervertretung

Der Blick auf die Mitarbeitervertretung im Zuge der Planung und Realisation von Veränderungsprozessen und dabei insbesondere eines Gesundheitsmanagements beinhaltet eine Spannbreite zwischen der möglichen Rolle als Initiator bis hin zu einer erst zu einem späteren Prozesszeitpunkt integrierten bzw. gar nur informierten Instanz. Die zentrale Nähe eines Gesundheitsmanagements zu organisationalen Zielen, konkreten Arbeitsbedingungen und den Mitarbeitern, sowie die für das Themenfeld grundlegend zu unterstellende Notwendigkeit der Sensibilität im Umgang mit gesundheitsrelevanten Daten muss das Gesundheitsmanagement für die Mitarbeitervertretung per se zu einem Themenfeld von hoher Relevanz machen. Sind in den benannten Zusammenhängen Chancen und Gestaltungsmöglichkeiten der Verbesserung von Arbeitsbedingungen und der Vertretung von Mitarbeiterinteressen ebenso gegeben, wie sie optional eine damit verbundene Stärkung der Position und Einflussmöglichkeiten der Mitarbeitervertretung in der Organisation darstellen, beinhalten sie gleichfalls die Gefahr, sich in diametral entgegen gesetzte Nachteile zu verkehren. Die Er-

schwernis, die tatsächliche Richtung der Entwicklung eines Gesundheitsmanagements und der Folgen seiner Integration in und für die Organisation abzusehen, stellt sich auch für die Mitarbeitervertretung im Zusammenhang der bereits mehrfach dargelegten Unsicherheit über die künftigen Entwicklungen und Bedingungen externer und interner Umwelten als auch der Einstellungen und Verhaltensweisen der betrieblichen Akteure als Anforderung und Problem zugleich dar, sich in der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu positionieren. So birgt insbesondere das Themenfeld Gesundheit, mit seiner nicht nur aus der Brisanz der Diskussion um Fehlzeiten und hohe Krankenstände sondern auch der ebenso als vorhanden anzunehmenden Nutzenerwartungen der Mitarbeiter an die Realisation konkreter Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen für die Mitarbeitervertretung die Gefahr, in einem erweiterten Spannungsfeld sich strategisch verhaltender Akteure und ihrer divergierenden Interessen und Erwartungen agieren und das bedeutet spätestens im Falle der zustimmungspflichtigen Veränderung von Strukturen und Bedingungen konkret positionieren zu müssen. Selbstverständlich verbunden mit der Option selbst eigene Interessen besser durchsetzen und damit Macht ausüben zu können. Andererseits aber auch der Gefahr ausgesetzt zu sein, beides einzubüßen. Fragen nach dem Vorhandensein geteilter Ziele und Vorstellungen über die Art und Weise ihrer Realisation zwischen den beteiligten Akteuren kommt vor diesem Hintergrund der Einführung eines Gesundheitsmanagements eine zentrale Bedeutung zu, wie dies insbesondere für die damit verbundene Frage nach der gegenseitig wahrgenommenen bzw. unterstellten Verlässlichkeit und also auch des Vertrauens zwischen den Transaktionspartnern gilt.

Zu den zentralen Problemstellungen, die seitens der Mitarbeitervertretung den Einstieg in die Transaktionen zur Einführung eines Gesundheitsmanagements erschweren können, sind zu zählen:

*Diskussions- und Entscheidungsprozess zur Befassung mit dem BGM*

- eine grundlegende Unsicherheit sowie optional innerhalb des eigenen Gremiums bestehende Uneinigkeit bzgl. des anzunehmenden Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsmanagement
- eine Orientierungs- und Handlungsunsicherheit, resultierend aus der Unkenntnis bzw. des Nicht-Verstehens und / oder Vertrauens in die Ernsthaftigkeit der Veränderungsabsicht seitens der obersten Führungsebene

- damit verbundene Unklarheiten in der Frage, welche Themenstellungen im Rahmen eines Gesundheitsmanagements aufgegriffen und welche möglicherweise direkt blockiert werden
- der Grundfrage, ob und wie weit ein Gesundheitsmanagement die Rolle und Position der Mitarbeitervertretung in der Organisation tangiert (optional schwächt)

*BGM-Ziele setzen*

- die Unkenntnis, bzw. das Nicht-Verstehen und / oder die Inakzeptanz der Zielsetzungen der obersten Führungsebene
- die zu späte bzw. nicht erfolgende Beteiligung an der Zielformulierung und damit verbunden deren Ablehnung

*Zusammenarbeit mit externen Beratern / Kräften gestalten*

- eine Unsicherheit über die genaue Rolle und den exakten Auftrag an den Berater durch die oberste Führungsebene (Aspekt: Vertrauen)
- die Frage der Einschätzung der Kompetenz des Beraters und seiner Passung zu den organisationalen Erfordernissen

*Werte und Normen des BGM definieren*

- die Frage, ob überhaupt dem Gesundheitsmanagement zugehörige und dieses fundierende Werte und Normen seitens der obersten Führungsebene vorliegen und ob diese durch die Mitarbeitervertretung akzeptiert und geteilt werden

*Daten sammeln (Analysesystem aufbauen)*

- werden tatsächlich nur für das Gesundheitsmanagement relevante Daten erhoben – oder ist seitens der Organisation beabsichtigt weitergehend unzulässige Informationen zu erhalten
- welcher Umfang und welcher Weg der Datenerhebung ist notwendig und sinnvoll
- wird der Datenschutz glaubhaft umgesetzt, oder besteht die Notwendigkeit für Schutzmaßnahmen
- ist von tatsächlichen Ableitungen und also optionalen Verbesserungen aus allen erhobenen oder nur aus den der Organisation genehmen Daten / Themenbereichen bzw. Ergebnissen auszugehen

*Projekt / Vorgehen der Einführung planen*

- ist das geplante Vorgehen im Gesundheitsmanagement verständlich, nachvollziehbar und als zielführend einzuschätzen

- werden die aus Sicht der Mitarbeiter relevanten Themen angemessen bearbeitet
- sind tatsächlich alle aus Sicht der Mitarbeiter notwendigen Personen und Positionen adäquat in das Vorgehen involviert, so dass tatsächlich ein Erfolg erwartet bzw. mindestens eine grundsätzliche Sinnhaftigkeit unterstellt werden kann
- sehen die Mitarbeiter das Gesundheitsmanagement adäquat in der Organisation verortet – in Verantwortung der richtigen Personen liegend / bei der richtigen Stelle angesiedelt
- Ist sichergestellt, dass für die Mitarbeiter grundsätzlich sowie konkret keine Nachteile aus einer aktiven Mitarbeit im Gesundheitsmanagement entstehen

*Rollen / Aufgaben / Kompetenzen im BGM klären und anwenden*

- sind die mit dem Gesundheitsmanagement verbundenen Rollen und Aufgaben für alle Stakeholder überhaupt definiert, klar und als zielführend zu bewerten
- traut die Mitarbeitervertretung den betrieblichen Akteuren - vorrangig den Führungskräften - ausreichende Kompetenzen zur Wahrnehmung von Aufgaben im Gesundheitsmanagement zu
- sind die Kompetenzen aller betrieblichen Akteure mindestens als ausreichend für die Etablierung und das Erreichen von Zielen des Gesundheitsmanagements vorhanden anzusehen

*Strukturen und Strukturmomente gestalten*

- der Ungewissheit über die Akzeptanz des Gesundheitsmanagements seitens der Mitarbeiter und möglicherweise daraus resultierender Folgen für die Stellung und damit den Einfluss der Mitarbeitervertretung in der Organisation
- die Frage, ob Strukturen und Strukturmomente der Organisation sowie ihre geplante Anpassung bzw. Neueinführung als tatsächlich förderlich für ein Gesundheitsmanagement zu bewerten sind
- damit verbundne die Unsicherheit, wie weit die Passung zwischen formalen und informellen Strukturen adäquat berücksichtigt und gestaltet wird

*Nachhaltigkeit sicherstellen*

- s.o.

- liegt ein tatsächliches Interesse der Organisation vor und wird dies über Strukturen und Vorgehensweisen abgesichert, eine Nachhaltigkeit des Gesundheitsmanagements sicherzustellen

*Gesundes Verhalten fördern / ermöglichen*

- wird die Förderung und Ermöglichung gesunden Verhaltens als inhärente Aufgabe und Funktion der Arbeitstätigkeit und also des Arbeitsplatzes gesehen - oder besteht die Gefahr dieses als Bring-Schuld der Mitarbeiter zu definieren
- wie wird grundlegend mit von Krankheit betroffenen Mitarbeitern umgegangen
- sind die Kompetenzen der betrieblichen Akteuren tatsächlich angemessen ausreichend, um die Gesundheit tatsächlich fördern bzw. gesundes Verhallten im eigenen Verantwortungsbereich ermöglichen zu können.

### 7.6.6 Berater / externe Kräfte

Für die Einführung bzw. die Begleitung der Einführung eines Gesundheitsmanagements eingekaufte Berater kann die Klärung ihrer Rolle und der seitens der Organisation mit dieser verbundenen Erwartungen als erste Aufgabe und nachfolgend optional immer wieder auftretendes Problem im Kontext der Zusammenarbeit gewertet werden. Wer genau ist der Auftraggeber, wer sind zentrale Interaktionspartner und wer erwartet und braucht im Beratungsprozess was genau, sind Klärungsbedarfe, die sich für den externen Berater per se stellen und die optional im Beratungsprozess verschwimmen können. Verbunden mit der Unsicherheit, welche Historie in der Organisation mit Veränderungsvorhaben vorliegt und welche Vorstellungen von einem Gesundheitsmanagement und welche zugehörigen Ziele und Nutzenerwartungen an seine Einführung tatsächlich Grundlage des Beratungsauftrags sind, gehen damit für den Berater Unsicherheiten einher, welche Erwartungen an die Art und Weise der Beratung und damit sowohl das konkrete Verhalten des Beraters als auch seine inhaltlichen wie methodischen Schwerpunktsetzungen tatsächlich gestellt werden. In Anknüpfung an die in Punkt 5 erkennbare Feststellung, dass es kein „klassisches Vorgehen“ und entsprechend per se keinen „one-best-way“ der Einführung eines Gesundheitsmanagements gibt, eine zu große Offenheit im Beratungsprozess bei gleichzeitig hoher Unsicherheit der zu beratenden Organisation über

Verständnis und Ziele eines Gesundheitsmanagements die Gefahr birgt, diese Unsicherheit weitergehend zu erhöhen und sich negativ auf die aktuelle Interaktion auszuwirken sowie weitergehend hohe Transaktionskosten zu signalisieren, kann von einem strategischen Verhalten des Beraters ausgegangen werden. Dergestalt beeinflusst, dass den benannten Problemlagen entsprechend der Berater sich vorrangig auf seine Erfahrungen, Verständnisse und zentralen Kompetenzbereiche in der Beratung fokussieren wird, oder aber - im negativen Falle - sich mit dem Ziel, den Auftrag zu erhalten auch Inhalten und also Aufträgen zuwendet, für die eine entsprechende Kompetenz nicht adäquat vorhanden ist.

Die bereits für die bis dato benannten Stakeholder dargelegten Unsicherheiten im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements können für den Berater mit Blick auf die zu beratende Organisation gleichermaßen und insbesondere dann als bedeutsam unterstellt werden, wenn die Einführung eines Gesundheitsmanagements tatsächlich als spezifisch den organisationalen Voraussetzungen und Bedingungen anzupassender Prozess gestaltet werden soll. Dieser beinhaltet als weitere Schwierigkeit für den Berater insbesondere dann die Notwendigkeit erfolgreich bzw. mindestens positiv verlaufender Interaktionen mit verschiedenen bzw. allen der benannten Stakeholder, wenn er nicht nur konzeptionell sondern tatsächlich auch konkret beratend in der Organisation tätig ist und den Einführungsprozess aktiv begleitet. So ist davon auszugehen, dass der Berater auch im Bereich interner Klärungs- und Aushandlungsprozesse von Zielen, Wahrnehmungen und zugehörigen Positionen zwischen den benannten Stakeholdern eingebunden bzw. aufgefordert ist diese aktiv aufzugreifen und zu bearbeiten, um Behinderungen für die Einführung des Gesundheitsmanagements zu minimieren und den Prozessverlauf adäquat sicherzustellen. Eine Aufgabe, die bei unklarer Rahmung des Beratungsauftrags sowie gleichfalls intern nicht adäquat vorhandener sowie zielbewusster Unterstützungsstruktur für die Einführung des Gesundheitsmanagements eine nahezu unlösbare und in jedem Falle mit hohen Transaktionskosten verbundene Anforderung darstellt. Was darauf verweist, dass als eine der grundlegendsten Fragen und Unsicherheit für den Berater die nach der tatsächlichen Verbindlichkeit und Ernsthaftigkeit der Einführung eines Gesundheitsmanagements als integrierte Aufgabe und Part der Struktur der Organisation anzusehen ist.

Als Problemstellungen und offene Fragen im Zusammenhang der Einführung eines Gesundheitsmanagements stellen sich aus Sicht des Beraters folgende Aspekte als relevant dar:

*Diskussions- und Entscheidungsprozess zur Befassung mit dem BGM*

- eine grundlegende Unsicherheit bzgl. des vorliegenden Verständnisses von Gesundheit, Gesundheitsmanagement und den Zielen seiner Einführung sowie der zugehörigen Erwartungen an den Beratungsprozess bei den benannten Stakeholdern
- die damit verbundene Unklarheit, was und von wem genau von der Einführung eines Gesundheitsmanagement in welchem Umfang, welcher Zeitspanne und unter welchem Aufwand erwartet wird und ob die optional geäußerten Ziele und Erwartungen als von allen zentralen Stakeholdern geteilt und grundlegend verlässlich sowie zeitstabil verstanden werden können
- eine Unkenntnis über reale Machtverhältnisse und zugehörige Möglichkeiten als auch die vorliegende Bereitschaft, Entscheidungen in der Organisation verbindlich um- und durchzusetzen und damit die Stringenz eines Veränderungsprozesses zu befördern
- die Unsicherheit, mit welcher Verbindlichkeit die Organisation tatsächlich in den Einführungsprozess eines Gesundheitsmanagements einsteigt und welche konkreten Bedingungen der externen wie auch internen Umwelt als diesbezüglich beeinflussende Faktoren zu beachten sind

*BGM-Ziele setzen*

- die Frage, ob definierte Ziele des Gesundheitsmanagements mit weiteren Zielen und zukünftigen Planungen der Organisation zusammenpassen
- die Unsicherheit, ob tatsächlich alle Akteure verbindlich hinter den Zielen stehen, oder diese nur „Lippenbekenntnisse“ darstellen

*Zusammenarbeit mit externen Beratern / Kräften gestalten*

- die Frage, ob weitere Berater in der Organisation tätig sind, wie diese idas Gesundheitsmanagement optional berührende Themenfelder bearbeiten und ob ihre Arbeit das Vorgehen im Gesundheitsmanagement real beeinflusst

*Werte und Normen des BGM definieren*

- die Unsicherheit, ob überhaupt eine bewusste Orientierung an und Kommunikation von Werten und Normen in der Organisation das Handeln beeinflusst

- wie weit die Organisation bereit und in der Lage ist, sich einer Diskussion um Werte und Normen für das Gesundheitsmanagement zuzuwenden

*Daten sammeln (Analysesystem aufbauen)*

- die Unkenntnis, welche Daten in welcher Ausprägung innerhalb der Organisation bereits vorliegen, wie grundsätzlich mit Daten umgegangen und Ableitungen getroffen werden
- die Unsicherheit, ob eine grundlegende Bereitschaft der betrieblichen Akteure besteht, sich an einer Datenerhebung zu beteiligen

*Projekt / Vorgehen der Einführung planen*

- die Frage, was genau die Organisation bzw. die einzelnen Stakeholder bereit sind dafür zu tun, die anvisierten Ziele zu realisieren und ob es optional Inhalte und auch Vorgehensweisen gibt, deren Bearbeitung innerhalb der Organisation Widerstand auslösen und also für die betrieblichen Akteure bereits als „verbrannt“ anzusehen und entsprechend zu behandeln sind

*Rollen / Aufgaben / Kompetenzen im BGM klären und anwenden*

- die Unkenntnis, welches Kompetenzprofil und welche grundlegende Bereitschaft bei den betrieblichen Akteuren vorliegt, sich im und für das Gesundheitsmanagement engagieren zu können und real zu engagieren
- die damit verbundene Frage, welche Inhalte und zugehörigen Wege der Kompetenzentwicklung in der Organisation angedacht und real wirksam umgesetzt werden können – auch im Sinne der Erschließung gesundheitsförderlicher Potenziale durch Unterstützung und Qualifizierung (Ritter 2003, S.91)

*Strukturen und Strukturmomente gestalten*

- eine grundlegende Unkenntnis der Strukturen sowie insbesondere der Strukturmomente der Organisation
- die damit verbundene Frage, an welche der vorhandenen Strukturen für die Einführung eines Gesundheitsmanagements angedockt werden kann und darf – bzw. welche Strukturen sinnvoll einzuführen sind und eingeführt werden können

*Nachhaltigkeit sicherstellen*

- liegt ein tatsächliches Interesse sowie real vorhandene Möglichkeiten seitens der Organisation vor, ein integriertes Gesundheitsmanagement zu praktizieren

- was genau bedeutet die nachhaltige Integration des Gesundheitsmanagements für die weitere Zusammenarbeit sowie zugehörige Aufträge
- welche Kompetenzen sind für das Ziel der Nachhaltigkeit auf Seiten der Organisation zu entwickeln und ist dies dem Berater möglich – oder riskiert er seine Stellung im Beratungsprozess durch Integration weiteren externen know-hows bzw. der Abgabe eigenen Wissens an die Organisation

*Gesundes Verhalten fördern / ermöglichen*

- ist die Förderung gesunden Verhaltens über entsprechend verhaltenspräventive Kurse / Schulungen durch den Berater grundsätzlich möglich – oder besteht die Notwendigkeit der Integration weiterer externer Kräfte (s.o.)
- besteht die Gefahr, dass die Organisation und Durchführung entsprechender Angebote so viele Ressourcen der Organisation beansprucht, dass weitere Aufträge / Maßnahmen im Beratungsprozess zurückstehen müssen?

# 8 Ableitungen zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

## 8.1 Grundlegende Ableitungen und Gestaltungsoptionen

Nimmt man das >Betriebliche-Gesundheits-Management< in seinen Einzelbegriffen in den Fokus, so wird zunächst sowohl eine Ortsangabe (Betrieb) als auch der Hinweis auf eine entsprechend zu unterstellende Systematik der Planung und des Handelns (Management) innerhalb dieser erkennbar, mit der das benannte Themenfeld (Gesundheit) anzugehen und umzusetzen ist. Im Wesentlichen können die zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu bearbeitenden Themenfelder auf 6 interdependente Schwerpunkte konzentriert werden (siehe Abb. 14) die im organisationalen Kontext formaler und informeller Strukturen mittels eines kontinuierlichen Prozessverlaufs zu bearbeiten sind. Als multifaktoriell beeinflusst stellt sich bei vorliegender Zielsetzung höchstmöglicher Wirksamkeit die „BGM-Aufgabe der Gesundheitsförderung“ dabei jedoch als nicht nur auf den Organisationsrahmen bzw. die Gestaltung der betrieblichen Kontextbedingungen begrenzt dar, sondern erfordert zugleich zwingend die Erweiterung des Blickwinkels auf Fragen des Gesundheitsbewusstseins sowie insbesondere -verhaltens der Mitarbeiter, in- und außerhalb des beruflichen Kontextes.

Im Rahmen der Einführung eines Gesundheitsmanagements kann – pragmatischen Überlegungen folgend – eine zunächst vorrangige Konzentration auf ein oder zwei der in Abb. 14 benannten Themenfelder als durchaus möglich angesehen werden.

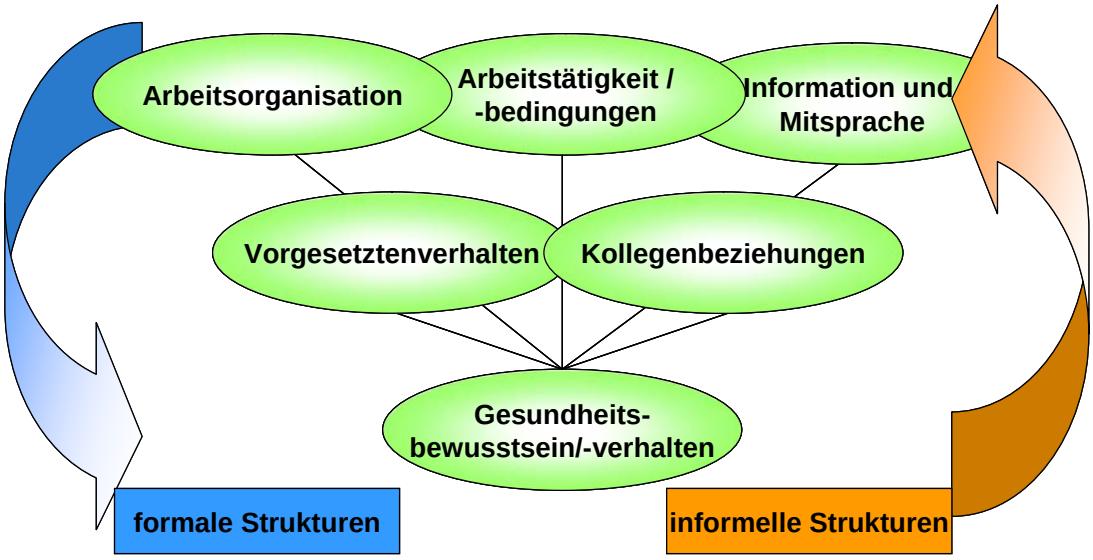


Abb.14: Handlungsfelder eines BGM

Quelle: Eigene Darstellung, in Anlehnung an Rosenstiel 1992

Eine solche Fokussierung verspricht die Möglichkeit eines für die betrieblichen Akteure vereinfachten Zugangs zum Gesundheitsmanagement und der damit verbundenen detaillierteren Auseinandersetzung mit Fragen nach anvisierten Zielen, Bedingungen der Ist-Situation als auch optional zu beachtender Entwicklungen in der internen wie auch externen Umwelt. Die Orientierung des Vorgehens am z.B. bereits dargestellten PDCA-Zyklus ermöglicht dabei die für die Einführung eines Gesundheitsmanagements wünschenswerte Stringenz, verbunden mit einer möglichst hohen Passung der Maßnahmenplanung und –umsetzung, auf Basis einer entsprechend spezifischen Analyse und Datenauswertung, welche eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsmanagement und seiner Rolle in und für die Organisation bzgl.

- der aktuell in einzelnen Organisationsbereichen vorhandenen Ausgangsbedingungen bzw. situativen Rahmungen (womit auch aktuelle wie künftige Entwicklungen angesprochen sind)

- der Vorannahmen zu Belastungen, real erlebten Beanspruchungen aber auch Ressourcen, die in und durch die Arbeit und Arbeitsbedingungen gegeben sowie wahrgenommen werden
- der Klärung der mit der Implementierung eines Gesundheitsmanagements in seinen einzelnen Themenfeldern angestrebten Ziele und Verbesserungen für die Organisation als Ganzes sowie für einzelne ihrer Bereiche
- der Frage, ob eine Mitarbeiterbefragung, ein Experteninterview, ..., tatsächlich das geeignete Analyseinstrument darstellen

beinhaltet.

Bietet folglich zunächst eine Begrenzung auf ein bis zwei als für die Organisation zum aktuellen Zeitpunkt als besonders bedeutsam eingestufte Themenfelder konkrete Vorzüge für einen erfolgreichen Prozessverlauf, darf keineswegs außer Acht gelassen werden, dass ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement langfristig die Arbeit in allen genannten Themenfeldern erfordert und diese per se als miteinander verbunden anzusehen sind. Erforderlich und von zentraler Bedeutung ist damit die auf organisationaler Ebene für alle Themenfelder zu erstellende „Klammer“ bzw. Rahmung, die grundlegende Aussagen zum Verständnis des Gesundheitsmanagements in und für die Organisation und seine zentralen Verbindungslinien zu den originären Zielsetzungen der Organisation beinhaltet. Planungen und Maßnahmenumsetzungen in einzelnen Themenfeldern sind damit in ihrer Interdependenz sowohl einfacher zu erkennen als auch gezielter gestalt- und damit letztlich nutzbar zu machen. Der im Namenszug des Betrieblichen Gesundheitsmanagements enthaltene Auftrag Gesundheit zu managen, stellt auf dieser Basis die für einen geplanten sowie insbesondere nachhaltigen Prozess der Implementierung eines Gesundheitsmanagements – welcher Vorgehensweisen des Projektmanagement Nutzen bringend integriert, ohne der inhärenten Gefahr einer mangelnden Vernetzung mit den Organisationszielen zu erliegen – zwingend erforderliche Nachhaltigkeit sicher.

Kann das Merkmal der „Unsicherheit“ für alle Stakeholder hinsichtlich der Einführung eines Gesundheitsmanagements als zentrales Problem und wesentlicher Faktor zugehöriger Transaktionskosten angesehen werden, verweist dies im Kontext von Organisation auf die besondere Anforderung seiner spezifischen

„Rahmung“, verstanden als „…das Vorhandensein einer Ordnung von Aktivitäten und Bedeutungen (…), mit deren Hilfe die Seinsgewissheit bei der Ausführung der Alltagsroutinen gewährleistet wird“ (Giddens 1997, S.141). In diesem Sinne als „Regelgefüge“ verstanden (Giddens 1997, S.141), dienen „Rahmen“ der Orientierung und Handlungssicherheit der betrieblichen Akteure im organisationalen Kontext. Die Verankerung des Gesundheitsmanagements in Strukturen und Strukturmomenten der Organisation stellt damit zunächst die Dimension Macht und Führung in den Fokus der Aufgabe seiner Rahmung. An die damit verbundene Zielorientierung des Gesundheitsmanagements muss sich zwingend seine Ausrichtung an dieser zugehörigen Normen und Werten anschließen, die als Grundvoraussetzung ihrer Wirksamkeit den Zusammenhang mit den „…sinnkonstituierenden und normativen Aspekten des Handelns“ (Joas 1997, S.23) sicherstellen muss, auf deren Basis sich erst die „Produktion bzw. Reproduktion“ der Strukturen des Gesundheitsmanagement in der Interaktion der betrieblichen Akteure realisieren kann: „…es geht darum, die Bewusstheit der Akteure mit den strukturellen Momenten sozialer Systeme zu vermitteln“ (Giddens 1997, S.81). Gemäß dem Verständnis von der Dualität von Struktur und der zugehörigen Bedeutung sozialer Interaktion schließt sich notwendigerweise für Organisationen die bewusste Arbeit an der Vermittlung von Zielen, Werten und Normen des Gesundheitsmanagements und die Absicht ihrer Transformation zu und Integration in die alltäglichen Routinen an und bedeutet damit die Aufgabe ihrer Verankerung im sozialen System Organisation entlang der bewussten Arbeit in und förderlichen Rahmung der Dimension „Kommunikation / Lernen“.

Abbildung 15 nimmt auf Basis der bisherigen Ausführungen wesentliche Aspekte und Gestaltungsebenen des Prozessverlaufs zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf, die entlang der Transaktionskostenkategorien - Vorbereitung, Vereinbarung, Umsetzung und Anpassung - als Orientierungshilfe eines systematischen Implementierungsprozesses zu beachten sind. Primär wird die Einführung eines Gesundheitsmanagements als eine in und durch die Organisation selbst zu planende und umzusetzende Aufgabe verstanden, die nur sekundär und das bedeutet ganz konkret in Form einer Prozessbegleitung und der optionalen Durchführung zugehöriger Maßnahmen / Module in seiner Realisation durch Einkauf am Markt unterstützt werden kann.

Abb. 15 nimmt diesbezüglich weiterhin auf, dass für die Einführung eines Gesundheitsmanagements dazu notwendigerweise nicht nur die Identifikation von Problembereichen in der Organisation (Rudow 2004, S.337) und die Zielsetzung ihrer punktuellen Behebung im Vordergrund stehen dürfen, sondern vielmehr die Frage nach einer positiv ausgerichteten Zielperspektive des Gesundheitsmanagements und damit seines Unterstützungspotenzials zur Realisation der Organisationsziele am Anfang des Planungsprozesses stehen sollte.

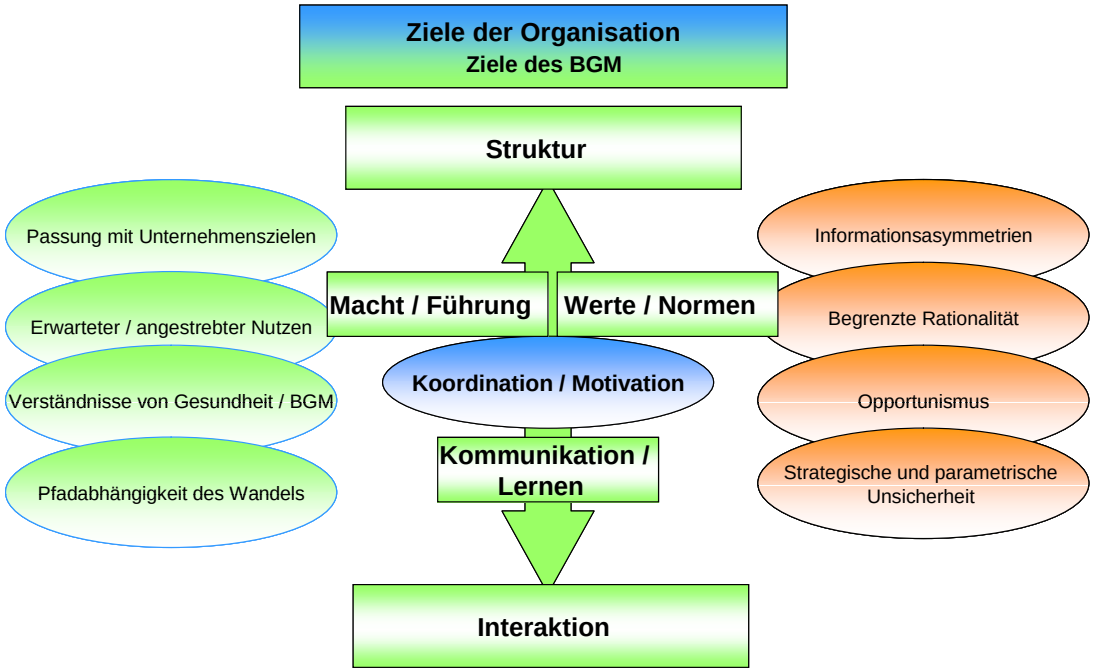


Abb. 15: Zentrale Aspekte und Gestaltungsebenen der Einführung eines BGM
Quelle: Eigene Darstellung

Konkret bedeutet dies, dass das Gesundheitsmanagement in und mit dem formalen wie auch informellen System der Organisation so zu verbinden ist, dass es als integraler Part derselben sich darstellende Einflüsse und Prozesse der internen wie auch externen Umwelt im Moment ihres Erscheinens aufnimmt sowie idealiter gestaltend begleitet. In diesem Sinne wird es zu einem - wie es die Strukturationstheorie benennt - Part der sozialen Reproduktion, die sich „...im und durch das geregelte Verhalten bewusst handelnder Subjekte“ (Giddens 1997, S.255) vollzieht. Das Verhalten zu „regeln“, es beeinflussend zu „rahmen“ und damit die offizielle Richtung der Entwicklung im Sinne einer Zieldefinition und ihrer zugehörigen Werte und Normen vorzugeben, obliegt dabei der obersten Führungsebene der Organisation. Die Planung und damit die Anbahnungs- und Vorbereitungsphase der Einführung eines Gesundheitsmana-

gements muss folglich seitens dieser Ebene sehr grundlegend und ausführlich vollzogen und kann in seiner Bedeutung für die Realisation eines tatsächlich als Gesundheitsmanagement zu verstehenden Vorgehens nicht hoch genug bewertet werden.

Auf Basis einer grundlegenden und notwendigerweise eindeutigen Ausrichtung und als verbindlich festzulegenden Rahmungen durch die oberste Führungsebene gilt es, die nachfolgenden Phasen der Vereinbarung, Umsetzung und Anpassung der Integration eines Gesundheitsmanagements zu gestalten. Insbesondere für ein Gesundheitsmanagement ist zu konstatieren, dass die Phasen keineswegs als trennscharf, sondern vielmehr fließend miteinander verbunden zu verstehen sind. So stellt die Vereinbarungsphase vielfach den bedeutsamen ersten Schritt des Kontaktes des Gros der Führungskräfte und der Mitarbeiter mit dem Gesundheitsmanagement dar. Dass eine vorhergehend fehlende bzw. unzureichende Rahmung des Gesundheitsmanagements und der dazugehörigen Vorbereitung der betrieblichen Akteure zu Irritationen und / oder gänzlich falschen Erwartungen und Hoffnungen führen kann, die letztlich den Prozess der Integration des Gesundheitsmanagements belasten, erklärt sich von selbst. Notwendig ist somit die bewusste Anerkennung der Vereinbarungsphase als einem wesentlichen Prozessschritt, welcher dem Verständnis von Führungskräften und nachfolgend Mitarbeitern als „Vertragspartnern“ der das Gesundheitsmanagement einführenden Organisation folgt und diesem entsprechend die Integration des Gesundheitsmanagements als inhärentem Part der arbeitsvertraglichen Beziehung eröffnet. Von besonderer Bedeutung ist dabei selbstverständlich die Passung des im Rahmen der Vereinbarungsphase vollzogenen Vorgehens mit den in der Anbahnungs- und Vorbereitungsphase definierten und weitergehend zu kommunizierenden Zielsetzungen sowie insbesondere den mit dem Gesundheitsmanagement verbundenen Werten und Normen, die als inhärente Basis des Integrationsprozesses und der Verstetigung des Gesundheitsmanagements zwischen Struktur und Interaktion etabliert werden sollen.

Die exponierte Stellung und Rolle der Führungskräfte als wichtige Promotoren, notwendige Motoren und selbstverständlich auch Verantwortliche für die Integration eines Gesundheitsmanagements in ihrem Verantwortungsbereich ist in

der Vereinbarungsphase anzuerkennen und angemessen aufzunehmen. Notwendigerweise sollten zugehörige Maßnahmen der Vereinbarungsphase bei den Führungskräften ansetzen, indem diese - optimalerweise unter Einbezug auch der Mitarbeitervertretung - grundlegend in das Gesundheitsmanagement eingeführt und für die Gestaltung des weiteren Prozessverlaufes aufgeschaltet werden. Dass dieser bedeutsame Schritt nicht über eine einmalig durchgeführte Informationsveranstaltung angemessen zu realisieren und diese zwar durchaus als hilfreicher „Öffner“, weitergehend jedoch in jeglicher Hinsicht für eine notwendige Orientierung und Kompetenzentwicklung als unzureichend anzusehen ist, versteht sich von selbst, vor allen Dingen dann, wenn mit dem Gesundheitsmanagement auch weitergehende Veränderungen im konkreten Führungshandeln, den Führungsaufgaben sowie den organisationalen Strukturen anvisiert werden. Gemäß der bereits bei Hanft (1998, S.21) zitierten Feststellung, dass, um die Strukturen einer Organisation erschließen und verändern zu können, diese in Zusammenhang mit Interaktionsprozessen gesehen werden müssen, ist spätestens im Zuge der Vereinbarungsphase die Frage zu stellen, ob die Führungskräfte über entsprechende und ausreichende Kompetenzen sowie vorhandene und zugängliche Unterstützungsstrukturen verfügen, um die an sie gestellten Anforderungen adäquat und überdauernd erfüllen zu können. Lernprozesse auf den Ebenen des single-loop-learning sind diesbezüglich sicherlich ebenso zu gestalten, wie sie durch solche auf Ebene des double-loop-learning[4] und durch den Aufbau weiterer Unterstützungsstrukturen auf organisationaler Ebene zu ergänzen sind, die gleichfalls die „Rationalisierung“ von Alltagserfahrungen anregen und ermöglichen[5]. Als entsprechend relevante Lern- und Entwicklungsbereiche der Schulung und Einbindung der Führungskräfte - sowie nachfolgend auch der Mitarbeiter - sind Maßnahmen und Inhalte in den Kernbereichen Erfordernisse, Instrumente und Rollenerwartungen im Zusammenhang mit der Implementierung eines Gesundheitsmanagements zu nennen (Hartmann/Madukanya 2007, S.7), die besonders zu Prozessbeginn einer stärkeren (externen) Unterstützung im Rahmen der Planung, Durchführung und weiteren Begleitung von Schulungen, Workshops sowie optional auch Coachings bedürfen. Die benannte Reflexion vorhandener sowie weitergehend aufzubauender Kompetenzprofile bei Führungskräften wie auch Mitarbeitern ver-

[4] Siehe dazu weitergehend Punkt 8.4.
[5] Siehe dazu weitergehend Punkt 8.4.

weist grundlegend auf die Anforderung des Aufbaues und / oder der Pflege einer entsprechend auch die Ziele des Gesundheitsmanagements integrierenden Datenbasis, z.B. im Rahmen eines Personal-Informations-Systems.

Die Rahmung der aufseiten der Führungskräfte ihren Ausgang nehmenden Lern- und Entwicklungsprozesse zur Förderung der Einführung des Gesundheitsmanagements mithilfe klarer Zuständigkeiten, eines guten Informationsflusses und der Existenz eines zugehörigen Leitbildes (Hartmann/Madukanya 2007, S.5) bzw. einer Gesundheitspolitik, muss als Prozess selbstverständlich seine Verstetigung auf interpersonaler und personaler Ebene erfahren. Diese dient damit gleichfalls als optionale Basis einer begleitenden Evaluation des Implementierungsprozesses, die sehr konkret in der Vereinbarungsphase ihren Ausgang nehmen sollte, indem es zwischen „Organisation“ und „Mitarbeitern“ zu einer Verständigung auf konkrete Ziele, Erwartungen und zugehörige Vorgehensweisen einschließlich der Klärung des Instrumentariums und der Kriterien zur Überprüfung derselben kommt. Im Idealfall beruht eine solche Vereinbarung auf tatsächlich vorgenommenen gemeinsamen Absprachen und Klärungsprozessen, die folglich Sichtweisen und Nutzenerwartungen auch der betrieblichen Akteure in den - notwendigerweise als gesetzt geltenden Rahmen organisationaler Anforderungen und Zielsetzungen - zu integrieren versuchen, was selbstverständlich, insbesondere in Anerkennung ihrer Funktion und der Notwendigkeit ihrer tatsächlichen Offenheit und Bereitschaft zur aktiven Förderung des Gesundheitsmanagements für Führungskräfte der oberen Ebene gilt[6]. Führung, ausgehend von der notwendigerweise zu vollziehenden Rahmung durch die oberste Führungsebene, bedeutet demnach die „...*Gestaltung der Strukturen, Prozesse, Entscheidungen zur Auswahl, Einsatz und Kontrolle der Ressourcen, die als Mittel zur Erreichung definierter Ziele erforderlich sind*“ (Herv. i. Org.) (Becker 2002, S.76). Die konzeptionelle Verankerung des Gesundheitsmanagements stellt damit die Option zu proaktivem und systematischem Vorgehen sicher und vermindert folglich die Gefahr einer lediglich als reaktiv und fallweise zu verstehenden Planung des Gesundheitsmanagements, im Sinne lediglich der Be- und Abarbeitung punktueller Aufträge (Becker 2002, S.97).

[6] Zu einem diesbezüglich optionalen Vorgehen siehe Stiefel 2002.

Ausgehend von der Einbindung der Führungskräfte, der bereits von Beginn des Implementierungsprozesses an vollzogenen Arbeit an der Nutzung vorhandener bzw. der Etablierung neuer Strukturen (z.B. Teamsitzungen; Führungskräfte-runden; Zielvereinbarungsprozesse; Mitarbeiterjahresgespräche; Rückkehr- und Fürsorgegesprächssystematiken etc.) und die weitergehend bewusste Gestaltung und Förderung formaler wie auch informeller Lernprozesse und -anlässe vollzieht sich die Einführung des Gesundheitsmanagements im Sinne eines strategischen und gleichzeitig der Thematik angemessen „entwicklungsoffenen" Vorgehens. Damit wird ausdrücklich auf die als fließend anzuerkennenden Übergänge zwischen den Phasen der Vereinbarung, Umsetzung und Anpassung in Planung und Vorgehen hingewiesen, die der bereits mit der Strukturationstheorie angesprochenen „Kontingenz" sozialer Systeme als selbstverständlich ganz besonders auch der damit ebenfalls verbundenen individuellen Entwicklungsverläufe der betrieblichen Akteure Rechnung trägt. Eine bewusste, zielorientierte und demgemäß. auf quantitativen, aber auch qualitativen Daten beruhende Planung und Steuerung des Gesundheitsmanagements heißt folglich die Aufgabe der kontinuierlichen Arbeit an und Begleitung des Prozesses auch mithilfe seiner Evaluation sicherzustellen. Gemäß dem Ansatz „top-down for targets" und „bottom-up for how to do it" können darauf basierend Entscheidungen der Führungsebene - optimalerweise auf Grundlage durch die mit dem Themenfeld Gesundheit befasste (Stabs)Stelle innerhalb der Organisation inhaltlich angemessen auf- und vorbereiteter Informationen und Entscheidungsgrundlagen - zielorientiert gerahmt und damit der Aktionsbereich für die konkrete Integration der betrieblichen Akteure in den weiteren Prozess abgesteckt werden. Nicht zuletzt soll ein solches Vorgehen der Ausbildung dem Gesundheitsmanagement zugehöriger Institutionen und damit verbundener Routinen dienen, indem es deren Initiation und Etablierung begleitend stützt.

## 8.2 Macht und Führung

### 8.2.1 Rahmenbedingungen und zentrale Akteure im Anforderungsfeld von Macht und Führung

Tatsächlich von einem integrierten Gesundheitsmanagement zu sprechen bedeutet es als inhärentes Thema der arbeitsvertraglichen Beziehung zwischen

Organisation und Mitarbeiter zu verstehen, für die der Arbeitsvertrag eine grundlegende Rahmung darstellt, die dabei notwendigerweise immer unvollständig bleibt. Die Sicherstellung der Aufgabenerfüllung und entsprechend zielorientierter Verhaltensweisen der Mitarbeiter ist aus Sicht der Transaktionskostentheorie eine wesentliche Anforderung, die zu jedem Zeitpunkt der Vertragslaufzeit mit der Zielsetzung einer optimalen Leistungsfähigkeit der Organisation zu realisieren ist. Wenngleich der Arbeitsvertrag als zum Zeitpunkt der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements für das Gros der Mitarbeiter als vorhanden zu unterstellen ist, kann keineswegs als realistisch angenommen werden, dass eine ausschließlich auf hierarchischer Definitionsmacht beruhende Festlegung der Integration eines Gesundheitsmanagements in die Organisationsziele und somit auch in den Arbeitsvertrag als ausreichend oder überhaupt grundlegend wirksam gelten kann. Als relationaler Vertrag ist auch der Arbeitsvertrag in bestimmtem Maße als informell zu verstehen (Jost 2001, S.48), was beinhaltet, dass sich beide Vertragspartner auch nach Vertragsabschluss bilateral über optionale Anpassungen „abzustimmen“ haben (Jost 2001, S.49), zu denen die Einführung eines Gesundheitsmanagements und seine Auswirkung auf Strukturen und Prozesse unbedingt zu zählen sind. Auch und gerade für die Frage der Integration eines Gesundheitsmanagements ist vor diesem Hintergrund ein Beitrag zur Senkung von Transaktionskosten im Zusammenhang seiner Einführung zwingend an den Konsens beider Vertragsparteien gebunden (Göbel 2002, S.355). Wie Jost (2001, S.41) aus Sicht der NIÖ ausführt, ist diesbezüglich die jeweilige Nutzenerwartung der Transaktionspartner die zentrale Basis dafür, sich in die Transaktion zu investieren, für die grundsätzlich ein Vertrag definiert welche Aufgaben und Leistungen durch die Transaktionspartner zu erfüllen sind (Jost 2001, S.46). Für den bereits als relational benannten Arbeitsvertrag, der „...den äußeren Rahmen, der durch Kooperationspraktiken alltäglich ausgefüllt werden muss“ (Jost 2001, S.24) darstellt, kommt entsprechend dessen zugehöriger Komponente des sog. psychologischen Arbeitsvertrags für den Erfolg der Implementation eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine zentrale Bedeutung zu. Den individuellen Interessen und vorhandenen Nutzenerwartungen der Akteure, welche mit dem Veränderungsprozess verbunden werden, ist dabei eine besondere Relevanz für die grundlegende Bereitschaft dieser zu unterstellen, sich aktiv in den Veränderungsprozess und in seine zugehörigen Transaktionen zu investieren. Darüber

hinaus sind vorhandene Nutzenerwartungen auch hinsichtlich der Nachhaltigkeit von Veränderungsprozessen wirksam, indem sie als Basis der Bewertungskriterien und -verfahren der (Spiel-)Regeln bzgl. der Verteilung und Erfüllung von Aufgaben sowie Formen der Zusammenarbeit (Jost 2001, S.250) im Rahmen der Abwicklung von Transaktionen dienen. Hebt die NIÖ hierbei vorrangig auf Gestaltungsanforderungen aus den Interessengegensätzen der Vertragspartner ab, ist insbesondere für ein Gesundheitsmanagement die optional transaktionskostensenkende Stabilität einer zufriedenstellenden Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer zu beachten und auf das Fundament sich möglichst für beide Seiten realisierender Kooperationsgewinne zu stellen (Göbel 2002, S.370ff). Präferenzen der betrieblichen Akteure, verstanden als bestimmte Vorteils-Nachteils-Erwägungen (Göbel 2002, S.362), haben aus Sicht der NIÖ hierbei eine verhaltenssteuernde Wirkung, die weiterhin durch innere Voraussetzungen der Person sowie äußere Handlungsbedingungen beeinflusst wird, zu denen unter anderem Restriktionen innerhalb der Organisation zählen (Göbel 2002, S.263). Im Gegensatz zur originären Sichtweise der NIÖ, die Präferenzen als zeitstabil versteht, sind diese aus Sicht der vorliegenden Arbeit als eindeutig im Zeitverlauf veränderlich sowie durch Sozialisationserfahrungen beeinflusst anzusehen. Neben den individuellen Voraussetzungen der betrieblichen Akteure sind mit Blick auf Organisationen hierbei die vorhandenen Rahmungen des formalen und des informellen Systems und dabei insbesondere soziale Interaktionen und die Unternehmenskultur als bedeutsame Einflussvariablen auf ihre Stabilität bzw. Veränderlichkeit zu betonen. Der Stellenwert von Präferenzen bzw. an das Gesundheitsmanagement gerichtete Nutzenerwartungen der Akteure erklärt sich für die NIÖ nicht zuletzt aus deren Bedeutung für eine anreizkompatible Gestaltung organisationaler Restriktionen bzw. grundlegender Rahmungen. die eine Kenntnis der Präferenzstrukturen der Akteure zunächst voraussetzt (Göbel 2002, S.364). Als probates Vorgehen verweist Göbel hierfür auf die Durchführung einer Stakeholderanalyse, um Anspruchsgruppen sowie deren Ziele und Strategien erkennen und im Interesse einer guten Unternehmensführung die Wirkungszusammenhänge des Unternehmens erfassen zu können (Göbel 2002, S.372f).

Die Einführung eines Gesundheitsmanagements in Organisationen ist immer auch im Zusammenhang mit Fragen nach der Steuerung einer entsprechenden

Ordnungsbildung und dementsprechend der Lösung des Koordinations- und Motivationsproblems zu sehen. Sie ist somit eng verbunden mit der Frage nach einer grundlegenden „Gestaltungsmacht“, die die Realisation eines reibungslosen Veränderungsprozesses ermöglicht. Nach Giddens bedeutet es Macht zu haben und diese auszuüben, dazu fähig zu sein, in die Welt einzugreifen bzw. diesen Eingriff zu unterlassen (Giddens 1997, S.65). Betriebliche Akteure, gleich welcher Hierarchiestufe sie angehören, verfügen entsprechend über (Gestaltungs-)Macht, indem sie grundlegend die Möglichkeit besitzen eigene Entscheidungen durch gleichfalls eigenes Verhalten durchzusetzen und somit einen bedeutsamen Einfluss auf die Strukturbildung sozialer Systeme und demnach die Einführung und Verankerung auch eines Gesundheitsmanagements auszuüben. Wird der Mensch dabei als grundsätzlich zweckgerichtet Handelnder verstanden (Giddens 1997, S.53), erhalten Fragen nach den Optionen der Handlungssteuerung bzw. –beeinflussung ein besonderes Gewicht, womit erneut auch die grundlegenden Präferenzen und Nutzenerwartungen der einzelnen Akteure bzw. genau genommen verschiedener Akteursgruppen in der Organisation in den Fokus treten, da es in vielen Kontexten sozialer Interaktion zu „Prozessen selektiver Informationsfilterung“ (Giddens 1997, S.80) kommt, mithilfe der strategisch motivierte Akteure versuchen, Einfluss auf das System zu nehmen, um dieses zu erhalten oder zu verändern (Giddens 1997, S.80).

Die NIÖ verweist auf die zur langfristigen Sicherstellung der Aufgabenerfüllung bestehende Notwendigkeit der „bilateralen Abstimmung“ der Vertragspartner, mit dem Ziel der idealiter konsensorientierten Anpassung des Arbeitsvertrages bzw. der Bedingungen seiner Ausführung durch die beteiligten Akteure (Göbel 2002, S.355; Jost 2001, S.49) an sich verändernde Rahmenbedingungen. Diese Abstimmung als Ausdruck der insbesondere für das Themenfeld Gesundheit zwingend notwendigen aktiven Einbindung der Mitarbeiter und der Arbeit an ihren Einstellungen und Verhaltensweisen gilt es auch auf organisationaler Ebene zu unterstützen und als zentralen Prozessschritt der Einführung eines Gesundheitsmanagements durch die Arbeit auch an den formalen Strukturen der Organisation zu „rahmen“, was Jost eindrücklich hervorhebt, wenn er schreibt: „Jede Strategieimplementierung erfordert eine effiziente Koordinationsstruktur...“ (Jost 2001, S.155). Die in ihrer exponierten Stellung deutlich erkennbare Anforderung der Definition einer klaren Zielsetzung und der mit ihr verbundenen

Erwartungen an die Einführung eines Gesundheitsmanagements aus Sicht der obersten Führungsebene offenbart sich diesbezüglich als grundlegender Beitrag zur Reduktion vorhandener Informationsasymmetrien in der Organisation. Sie ist somit bedeutsam für Klarheit und Transparenz im Bereich konkreter Erwartungen an das Verhalten der Mitarbeiter im Zuge ihrer Aufgabenerfüllung. Sind Transaktionskosten vor allem als Resultat der Ineffizienz des menschlichen Entscheidungshandelns zu verstehen, welches auf eingeschränkter Rationalität, begrenztem Wissen und der menschlichen Neigung zu Fehlern basiert (Richter/Furubotn 2003, S.52), so untermauern diese Ausführungen nochmals die benannten Forderungen nach Zielklarheit und bewusster Planung des Vorgehens der Einführung eines Gesundheitsmanagements. Der Transaktionskostenansatz spricht in diesem Zusammenhang sowohl das Koordinations- als auch das Motivationsproblem als grundlegend für die Probleme einer arbeitsteiligen Organisation an (Göbel 2002, S.134). Damit wird zur Einführung eines Gesundheitsmanagements die bewusste Arbeit an organisatorischen Regelungen und Strukturen als insbesondere auch die Arbeit an und mit dem Kontext gefordert, in und durch den sich menschliches Verhalten konkret realisiert und welcher aus Regeln, Normen, Moralvorstellungen, Gewohnheiten und dem grundlegenden Wertesystem der Mitarbeiter besteht.

### 8.2.2 Macht und Führung: Kernaspekte der Einführung eines Gesundheitsmanagements

Auch die Einführung eines Gesundheitsmanagements setzt mit Blick auf möglichst geringe Reibungen im Einführungsprozess grundlegend voraus, dass „richtig“, d.h. gemäß definierter Organisationsziele gehandelt wird, was durch die Einrichtung von Institutionen, Regeln, Normen, Routinen, Programmen,..., sichergestellt werden soll (Neuberger 1994, S.259). Deren Wirksamkeit setzt voraus, dass sie nicht nur veröffentlicht werden sondern weitergehend die Stufen der Formalisierung, Generalisierung und Verpflichtung durchlaufen (Neuberger 1994, S.260) und somit zu „Medien“ des Strukturbildungsprozesses der Organisation werden, die zur Ermöglichung und auch Restriktion des Handelns beitragen (Giddens 1997, S.14). Die Führungskräfte der Organisation nehmen in einem solch intentionalen Strukturbildungsprozess zwangsläufig eine exponierte Stellung ein. Unvollkommene Rationalität und asymmetrische Informati-

onsverteilung sind als begrenzende Faktoren bereits der Akzeptanz der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements somit in einem ersten Schritt mit Blick auf die Führungskräfte angemessen aufzunehmen.
Steht die Frage der Steuerung des Verhaltens der Organisationsmitglieder (Jost 2001, S.23) auch für die Einführung eines Gesundheitsmanagements im Fokus der Betrachtung, so ist damit die entsprechende Gestaltung des institutionellen Arrangements als dem System von formellen und informellen Regeln der Organisation angesprochen. Gemäß dem Verständnis des Vorliegens einer Institutionenhierarchie in Organisationen gilt, dass diese als Regelkomponenten auch der Interaktion und des Kooperationsverhaltens der Organisationsmitglieder vonseiten der obersten Führungsebene im Sinne eines „zielgerichteten Entwurfs“ (Richter/Furubotn 2003, S.8) zu definieren und weitergehend durch die nachrangigen Führungskräfte zu transportieren sind. Gleichfalls ist jedoch auch bereits in dieser Arbeit darauf verwiesen worden, dass die Herausbildung von Institutionen auch das Resultat eines „evolutionären Rationalismus“ (Richter/Furubotn 2003, S.8) sein kann und real ist, womit die Frage der Gestaltung förderlicher Rahmenbedingungen in einer Organisation zur Unterstützung der Entwicklung gewünschter Institutionen eine gleichsam zentrale Stellung einnimmt und einnehmen muss. Einerseits gilt es in einer hochdynamischen und komplexen Arbeits- und Lebenswelt Institutionen so zu gestalten, dass sie mit dieser Schritt halten und dementsprechend Veränderungen aufnehmen bzw. antizipierend mitgestalten können, wie dies beispielhaft für sich vollziehende Veränderungen im Bereich der Globalisierung oder des demografischen Wandels und der daraus resultierenden Anforderungen für Produktionsbedingungen und -erfordernisse gilt. Andererseits bleibt ebenfalls gültig, dass eine bloße Festlegung von Institutionen deren Umsetzung und damit Wirksamkeit keineswegs garantiert, sondern diejenigen Institutionen als am stabilsten anzusehen sind, von deren Gültigkeit und Rechtmäßigkeit die Mitarbeiter überzeugt sind und die in diesem Sinne als sich selbst durchsetzende Institutionen zugleich die geringsten Überwachungs- und Durchsetzungskosten innerhalb der Organisation zur Folge haben (Göbel 2002, S.11).

Liegt strategische Unsicherheit aus institutionenökonomischer Sicht dann vor, wenn das Ergebnis einer Handlung nicht nur von der eigenen sondern auch von der Handlung mindestens einer weiteren Person abhängt (Voigt 2002, S.32),

spielt sie im Zuge der Einführung eines Gesundheitsmanagements für die angeführten Bedingungsfaktoren eine wichtige Rolle. Diese bezieht sich insbesondere auf die Frage, inwieweit die beteiligten Akteure in der Lage sind Vorhersagen bzw. Vorannahmen in Bezug auf das Verhalten ihrer Interaktionspartner zu treffen, diese als verlässliche Annahmen zu verbuchen und daraus eine steuernde Wirkung für das eigene Handeln zu erzielen, welche durch weitestgehende Verhaltenssicherheit hinsichtlich des eigenen sowie besonders des zu erwartenden Verhaltens der Interaktionspartner sowie der grundsätzlich vonseiten der Organisation erwarteten und positiv sanktionierten Handlungen gefestigt wird. Die besondere Relevanz der „Kontextsteuerung“ im Rahmen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kommt hierin erneut deutlich zum Ausdruck und damit die Aufgabe, von Beginn an den organisationalen Rahmen in der benannten Art und Weise der strategischen Ausrichtung der Organisation und der Klarheit der Integration bestehender Gesundheitsziele und -erwartungen in diesen angemessen zu transportieren. Die Verhaltensunsicherheit von Führungskräften und Mitarbeitern kann wie ausgeführt bzgl. des Gesundheitsmanagements oftmals als durchaus zunächst hoch eingeschätzt werden.

*Fokussierung zentraler Kernaspekte*

„Je größer die Unsicherheit, die über die situativen Rahmenbedingungen der Transaktion und deren künftige Entwicklung besteht, desto größer sind die damit verbundenen Transaktionskosten“ (Jost 2001, S.42), die immer aus Koordinations- und auch Motivationskosten bestehen. Erstere umfassen in Hierarchien Kosten für die Einrichtung, Erhaltung und Änderung der Organisationsstruktur sowie Entscheidungs- und auch Informationskosten im laufenden Betrieb (Jost 2001, S.39). Zugehörige Motivationskosten resultieren u.a. aus Überwachungs- und Kontrollkosten sowie aus Kosten nicht konformer Entscheidungen und Konflikten (Jost 2001, S.39). Aus Sicht der NIÖ sowie insbesondere der Transaktionskostentheorie ergeben sich daraus zentrale Anforderungen an die Rahmung und Begleitung der Einführung eines Gesundheitsmanagements, die bereits grundlegend in der Dimension Macht und Führung verortet einen wesentlichen Beitrag zur Minimierung von Reibungsverlusten und dementsprechend Transaktionskosten leisten können:

- Die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt eine bewusste und in keiner Weise delegierbare Entscheidung der obersten Führungsebene dar, die weitergehend für alle betrieblichen Akteure „erkennbar“ in den Implementierungsprozess involviert sein und bleiben muss. Nur so können die Relevanz des Gesundheitsmanagements für die Organisation verdeutlicht, zentrale Vorteile der hierarchischen Koordination genutzt und die notwendige Verbindlichkeit seiner Umsetzung sichergestellt werden.
- Der die Entscheidungsfindung begleitende Klärungsprozesses hat das für den weiteren Prozessverlauf zugrunde zu legende Verständnis von Gesundheit, des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie die Gründe für seine Einführung in seinen jeweiligen Eckpunkten dergestalt eindeutig zu definieren, dass eine Orientierungsfunktion für die Akteure im weiteren Prozessverlauf gegeben ist.
- Die organisationale (hierarchische) Verankerung des Gesundheitsmanagements ist eindeutig im Vorfeld seiner Einführung festzulegen. Zu beachten ist hierbei die Sicherstellung einer sowohl begleitend-unterstützenden Funktion als auch die mithilfe einer notwendigen direkten Anbindung an die oberste Führungsebene zu gewährleistende Förderung der Passung zur strategischen Ausrichtung der Organisation sowie die Verbindlichkeit der Maßnahmenumsetzung im Gesundheitsmanagement.
  - Da von der Notwendigkeit im Prozess zu vollziehender Anpassungen grundlegender Zielausrichtungen des Gesundheitsmanagements und seiner Rahmenbedingungen ausgegangen werden muss, stellt die konkrete Anbindung bzw. Verzahnung der optionalen „Stabsstelle Gesundheitsmanagement“ mit der obersten Führungsebene die Grundlage für geringe Entscheidungs- und Informationskosten dar.
  - Denkbar ist eine optionale Integration des Gesundheitsmanagements in die Personalabteilung bzw. Personalentwicklung. Neben der Anbindung an die oberste Führungsebene verfügt dieser Organisationsbereich per se über für das Gesundheitsmanagement relevante Daten, über einen Zugang zu allen Abteilungen und - im Idealfall - gleichfalls über ausgebildetes Personal, das eine konkrete Begleitung, auch der Führungskräfte und Mitarbeiter übernehmen kann. Aus transaktionskostentheoretischer Sicht können damit sowohl Vorteile der hierarchischen Koordination im Bereich der Informationsintegration als auch der grundlegen-

den Arbeit im Feld der Vertrauensbildung erzielt und gleichzeitig vermeintliche Nachteile einer fehlenden Spezialisierung deutlich minimiert werden (s.u.). Positive Effekte einer „Stabsstelle Gesundheit“ und der sich mit einer solchen Verortung in der Organisation herausbildenden Kenntnisse im Themenfeld Gesundheitsmanagement sind u.a. im Erzielen einer hohen Passung externer Dienstleistungen zur Förderung des Gesundheitsmanagements zu sehen, die aufgrund zunehmender interner Expertise hinsichtlich ihrer Anforderungen eindeutiger spezifiziert und entsprechend eingekauft werden können. Such- und Informationskosten sowie sich anschließende Kosten der Vereinbarung (Maßnahmenplanung) und auch deren optionaler Nachbesserung können dadurch in der Interaktion mit externen Anbietern deutlich minimiert werden.

- Führungskräften aller Hierarchieebenen kommt bei der Realisation eines Gesundheitsmanagements eine besondere Rolle und Verantwortung zu. Sie haben Symbolcharakter, „...personifizieren die Unternehmenskultur und dienen ihren Mitarbeitern als Orientierung“ (Sackmann 2009, S.21).
- Sollen Führungskräfte tatsächlich die Rolle als Promotoren sowie „Gesundheitsmanager“ ihres Verantwortungsbereichs wahrnehmen sind im Rahmen des Einführungsprozesses vorhandene Informationsasymmetrien über das Vorgehen im Gesundheitsmanagement, seine zentralen Zielsetzungen sowie sich daraus ableitende Verhaltenserwatungen - an Führungskräfte wie auch Mitarbeiter - als Kostentreiber für die Einrichtung und den Erhalt des Gesundheitsmanagements zu sehen. Gleiches gilt für im Zuge der Einführung eines Gesundheitsmanagements mit diesem nicht konform verlaufende Entscheidungen, Kontroll- und Überwachungskosten sowie durch Konflikte ausgelöste Kosten, die einerseits mit Informationsasymmetrien, begrenzter Rationalität der Akteure, hoher Unsicherheit bzgl. der situativen Rahmenbedingungen und ihrer künftigen Entwicklung und andererseits damit verbundenem strategischen Verhalten zu sehen sind. Steigende Komplexität und Unsicherheit der Transaktionen im Gesundheitsmanagement, die durch ihre Interdependenz mit den alltäglichen Organisationsprozessen nochmals verstärkt werden, führen aus Sicht der NIÖ zu steigenden Koordinations- und Motivationskosten und damit gleichfalls zu erhöhten „...Aufwendungen für die notwendige Informationssammlung sowie die Verhandlungs- und Ent-

scheidungskosten“ (Jost 2001, S.42). Konkret lassen sie den Rückzug eines Großteils der Führungskräfte und auch der Mitarbeiter aus dem Gesundheitsmanagement befürchten.

- Es gilt zu berücksichtigen, dass die reale Umsetzung eines Gesundheitsmanagements niemals vollständig von einer zentralen Stelle innerhalb der Organisation aus plan- und gestaltbar ist. Während der operativen Arbeit muss für einzelne Abteilungen bzw. gar Arbeitsplätze „...laufend konkretisiert werden, was wann wo, womit usw. zu tun ist ...“ (Göbel 2002, S.134), um einen möglichst reibungslosen Verlauf sich vollziehender Transaktionen zu gewährleisten.
  - Ausgehend von klaren Zielen und Aufträgen auf der Ebene der Gesamtorganisation, verbunden mit einer wirksamen Unterstützungsstruktur, wird ex post der (Vertrags-)Vereinbarung zur Einführung eines Gesundheitsmanagements die Delegation zugehöriger Umsetzungsaufgaben auf Abteilungsebene deutlich vereinfacht.
  - Als zielführend ist diesbezüglich eine sowohl qualitativ als auch quantitativ stärkere Begleitung von Führungskräften und Mitarbeitern durch Kollegen der „Stabsstelle Gesundheit“ zu fordern, die - bei entsprechend anzupassender Gestaltung der Rahmenbedingungen - optional auch durch externe Berater geleistet werden kann.
  - Orientiert am Ansatz des „wandering around“ und dem Arbeits-/Selbstverständnis eines „internal consultant“, der parallel zu direkten Unterstützungsleistungen auch bereits weitergehende Lern- und Unterstützungsbedarfe eruiert (Arnold 1997, S.48), kann ein solches Vorgehen sowohl einen Beitrag zur konkreten Umsetzung betrieblicher Ziele und Vorgaben des Gesundheitsmanagements leisten, als auch eine stärkere Vernetzung mit Bedürfnissen und Bedarfen „vor Ort“ ermöglichen[7]. Ein derartiges Vorgehen entspricht grundsätzlich dem vonseiten der NIÖ vorgeschlagenen „Monitoring“ (Göbel 2002, S.112), wobei der Mitarbeiter durch die nächst höhere Instanz und / oder einer beauftragten Stelle beobachtet bzw. begleitet wird. Das hier benannte Verfahren der Begleitung beinhaltet vorteilhaft sowohl die Möglichkeit der Prozessbegleitung und –steuerung sowie der Unterstützung und Kontrolle - vorrangig der Führungskraft, weitergehend jedoch auch der Mitarbeiter im Bereich. Es trägt

[7] Vgl. Arnold 1997, S.27: These zur doppelten Zweckstruktur betrieblicher PE.

damit zur Reduktion von „hidden actions“ und „hidden informations“ (Göbel 2002, S.10ff) bei und bietet den Akteuren die Gelegenheit, dem Transaktionspartner die eigene Situation deutlicher „signalisieren“ und damit einen eigenen Beitrag zur Reduktion von Informationsasymmetrien und auch zur Förderung der Zielharmonisierung leisten zu können. Wird „die Differenz zwischen einer bei vollkommener Information erzielbaren First-best-Lösung und der bei unvollkommener Information realisierten Second-best-Lösung …“ (Picot u.a. 2005, S.73) als vermeidbar Kosten verursachend bezeichnet, so stellt das benannte Vorgehen eine Lösungsoption dar, die auch dem notwendigen Verständnis des Gesundheitsmanagements als einem kontinuierlichen Prozess entspricht.

*Evaluation – Prozesskomponente im Zentrum von Macht und Führung*

Die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kann nachhaltig nur mithilfe einer Einbindung und demgemäß einer aktiv mitgestaltenden und mitverantwortlichen Arbeit von Führungskräften und Mitarbeitern im Rahmen des hierarchischen Systems der Organisation funktionieren, die als handelnde Akteure per se über Gestaltungsmacht im Veränderungsprozess verfügen. Diese sowohl zu nutzen als andererseits auch den organisationalen Zielen und Anforderungen gemäß zu kanalisieren, offenbart sich folglich als prozessimmanente Aufgabe im Zusammenhang des Koordinations- und Motivationsproblems. Ein vorhandenes Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsmanagement ist als mit den Nutzenerwartungen der Akteure verbunden zu verstehen und führt im Prozessverlauf zwangsläufig zu Fragen nach konkreten Vorteilen der Akteure, sich in den Prozess der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu investieren. Die ganzheitliche Aufgabenerfüllung „...und der Versuch, Aufgabenträger mit den zur Lösung ihrer Aufgabe notwendigen Entscheidungsrechten auszustatten und an den Folgen ihrer Entscheidungen zu beteiligen,...“ (Picot u.a. 2005, S.54) stellen eine diesbezüglich grundlegende Organisationsempfehlung dar. Sie korrespondiert mit dem Gedanken einer Differenzierung der Aufgabenwahrnehmung im Zuge der Einführung eines Gesundheitsmanagements, in Bezug auf die Zentralisation bzw. Dezentralisation der Übernahme zugehöriger Teilaufgaben. Stark vereinfacht ist bzgl. der Frage nach zentraler bzw. dezentraler Aufgabenverteilung zu unterscheiden welche Wirkung mit der Aufgabenwahrnehmung erzielt werden und welche Expertise bei den jeweiligen

Akteuren vorliegen bzw. im Zuge der Aufgabenwahrnehmung entwickelt werden soll, um einen langfristig hohen Nutzen bei damit verbundenen geringen Transaktionskosten zu realisieren. Die in Organisationen grundsätzlich vorfindbare Differenzierung in „zwei grundsätzliche Aufgabentypen“ (Picot u. a. 2005, S.64) ist auch für die Implementierung eines Gesundheitsmanagements als sinnvoll und den bisherigen Ausführungen entsprechend zu unterstellen:

a) „Politisch-infrastrukturelle Aufgaben betreffen die Entwicklung und Durchsetzung allgemeiner und übergreifender Rahmenbedingungen in den Bereichen Strategie, Organisation, Führung, Personal und Technik“ (Picot u. a. 2005, S.64).
b) „Fachaufgaben treten dagegen in erster Linie im Rahmen der primären Wertschöpfungsprozesse auf“ (Picot u.a. 2005, S.64) und fokussieren dabei weniger auf allgemeine Rahmenbedingungen denn „...das direkte Lösen vieler konkreter Einzelprobleme »vor Ort«“ (Herv. i. Org.) (Picot u.a. 2005, S.65).

Politisch-infrastrukturelle Rahmungen, zu denen selbstverständlich die Einführung eines Gesundheitsmanagements zu zählen ist, sind entsprechend durch die oberste Führungsebene durchzuführen und nicht an dezentrale Fachabteilungen delegierbar, da für deren grundlegende Ausrichtung generalisierbares, die Organisationsbelange und -bereiche verbindendes „strategisches Überblickswissen“ notwendig ist. Ein dazugehöriges „spezifisches Gesundheitsmanagementwissen“, zu verstehen als eine grundlegende Rahmung für die relevanten Bereiche eines Gesundheitsmanagements (vgl. Abb. 14) und Vorgehensweisen der zugehörigen Prozessgestaltung ihrer Umsetzung in der Organisation (siehe nachfolgende Punkte) ist folglich den Organisationsbereichen als Handlungsrahmen (Orientierungsfunktion) vorzugeben (Picot u.a. 2005, S230). Gemäß der Prämisse, Transaktionskosten im Zuge der Aufgabenteilung zu senken, folgt dieses Vorgehen dem Ansatz Teilaufgaben „...so zu bilden bzw. (...) zuzuweisen, dass die Aufgabenträger das benötigte implizite Wissen zur Aufgabenerfüllung nach Möglichkeit bereits haben bzw. automatisch im Arbeitsprozess erwerben und weiterpflegen“ (Picot u.a. 2005, S.230). Als Voraussetzung für den hohen Nutzen eines solchen Vorgehens ist das Vorhandensein von ausreichendem Wissen und Kompetenzen aufseiten der Akteure anzumahnen, zugehörige Prozessschritte adäquat initiieren und umsetzen zu können.

Da weder per se von einer ausreichenden Kompetenz und insbesondere Erfahrung aufseiten von Führungskräften und Mitarbeitern in der Umsetzung von Veränderungsprozessen im Allgemeinen und einem Gesundheitsmanagement im Spezifischen ausgegangen werden kann, ist ihre Begleitung durch interne bzw. externe Berater (s.o.) diesbezüglich wünschenswert bzw. zwingend notwendig. Dass ein entsprechendes Vorgehen zwangsläufig als kontinuierlicher Lern- und Entwicklungsprozess zu verstehen ist, ist im Rahmen dieser Arbeit bereits eindrücklich dargelegt worden, wozu auch gehört, dass eine in regelmäßigen Abständen erfolgende kritische Reflektion des erreichten Zustandes im Abgleich zu Entwicklungen der internen und wo notwendig auch externen Umwelt unbedingt notwendig ist, „...um ungewollte Abdriftungen möglichst frühzeitig zu erkennen“ (Sackmann 2009, S.21).

Ist Evaluation per se als mit der Organisationsentwicklung zusammengehörig zu verstehen (Hanft 2003, S.3) und stellt in der Form des Survey-Feedbacks bzw. des Ansatzes der Aktionsforschung[8] Vorgehensweisen dar, die die direkte Rückkopplung erhobener Daten und somit den Einbezug der betroffenen Mitarbeiter bzw. des betroffenen (Interaktions-)Systems beinhalten, so findet sich hierin eine wesentliche Grundlage ihrer Bedeutung im Zusammenhang mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements. Dies gilt zum einen, da sie über die direkte Einbindung der Mitarbeiter der Anforderung nachkommt diese und die Organisation als gleichberechtigte Partner im Veränderungs- und Vereinbarungsprozess zu verstehen, zum anderen, da die Art und Weise der Integration der Mitarbeiter die direkte Arbeit an und mit dem Interaktionssystem sowie den Strukturen der Organisation in einem gemeinsamen Prozess ermöglichen kann. Sie stellt sich somit als Bindeglied und gleichermaßen Steuerungsinstrument an der Schnittstelle zwischen organisationaler, interpersonaler und - wie sich im Weiteren zeigen wird - auch personaler Ebene dar. Als zentraler Aspekt der Evaluation ist dabei festzulegen welcher Art diese sein und wie genau sie verlaufen soll, um die Chancen auszuschöpfen, die für eine optimale Prozessgestaltung mit ihr verbunden werden können bzw. müssen. So ist zu bezweifeln, dass eine ausschließliche Konzentration der Evaluation auf die Überprüfung erreichter Ergebnisse als der Realität von Veränderungsprozessen angemessen und dem Ansinnen der Einführung eines Gesundheitsmanagements überhaupt

[8] Für weitergehende Beschreibungen der Ansätze siehe u.a. Becker/Langosch 1990; French/Bell 1990.

dienlich verstanden werden kann, da diese auf der Vorstellung eindeutiger Zielsetzungen und - ebenso weitestgehend - eindeutiger Umsetzung derselben basiert. „Der kausale uns völlig rational, vernünftig und vor allem vertraut erscheinende Zusammenhang zwischen der Vereinbarung und ihrer Umsetzung wird in der Organisationsforschung schon seit vielen Jahren angezweifelt“ (Hanft 2003, S.7). Die Autorin stellt weiterhin fest, dass sich Veränderungen in Organisationen nur schwerlich in ein Phasenkonzept zwingen lassen und stattdessen erlebbar ist, „...dass Probleme, Lösungen und Handlungsempfehlungen im organisatorischen Alltag bunt durcheinander gewürfelt werden,...“ (Hanft 2003, S.8). Für Organisationsentwicklungsprozesse kann folglich von einer „...kausalen Abfolge von der Diagnose über die Maßnahmenplanung hin zur Realisierung...“ (Hanft 2003, S.14) nicht ausgegangen werden. Als Funktion der Evaluation insbesondere der Einführung eines Gesundheitsmanagements ergibt sich daraus die Aufgabe, nicht mehr nur vorrangig die Zielerreichung vollzogener Maßnahmen zu dokumentieren. Neben einer solchen „Legitimationsfunktion“ (Neuberger 1994, S.273) muss dem erforderlichen Denken in Prozessen und Systemzusammenhängen (Hanft 2003, S.14), wie es für das Gesundheitsmanagement vor allem vor dem Hintergrund des Verständnisses zwingend erforderlich ist, dass es sich bei diesem um einen kontinuierlichen Prozess handelt, vonseiten der Evaluation Rechnung getragen werden, dergestalt, dass die Evaluationsfunktion selbst zu einem Beitrag der Prozessgestaltung und -begleitung wird und ihre Legitimationsfunktion zu ergänzen ist durch die

- Verbesserungsfunktion
  Zielsetzung ist die Verbesserung des Vorgehens, im Sinne insbesondere der Maßnahmenableitung und Methodenwahl, auf der Basis von Alternativvergleichen und der Auswertung von Erfahrungen;
- Integrations- bzw. Lernfunktion
  Zielsetzung ist die bewusste Nutzung von Evaluationsergebnissen als Beitrag zur Integration und Förderung von Lernprozessen;
- Entscheidungsfunktion
  Zielsetzung ist der Einbezug von Evaluationsergebnissen in organisatorische Entscheidungen

(in Anlehnung an Neuberger 1994, S.273).

Als Bindeglied der Schnittstellen zwischen organisationaler, interpersonaler und personaler Ebene leistet eine entsprechende Evaluation einen wesentlichen Beitrag zur Einführung eines Gesundheitsmanagements, indem sie hilft, den Transport und Umsetzungsprozess formaler Institutionen begleitend zu reflektieren und die Entwicklung informeller Institutionen im Zusammenhang mit demselben Reflexionsprozess förderlich und d.h. in diesem Zusammenhang mit Blick auf die vonseiten der Organisation geplanten Entwicklungsziele des Gesundheitsmanagements zu unterstützen. Entsprechend primär als „formative“ denn als „summative“ Evaluation (siehe Neuberger 1994, S.278) zu konzipieren, kann durch diese weitergehend eine kostensenkende Wirkung auf die Transaktionskostenkategorien der Abwicklungs- sowie der Anpassungskosten generiert werden.

### 8.2.3 Strategisches Management - Orientierungsfunktion im Handlungsfeld Gesundheitsmanagement

„Damit [die Zielsetzung des Unternehmens] verwirklicht werden kann, bedarf es einer einheitlichen Führung des Betriebes, die die Kombination der menschlichen Arbeitskraft mit den Betriebsmitteln und Werkstoffen plant, organisiert und kontrolliert“ (Herv. i. Org.) (Wöhe, G. 2000, in: Becker 2003, S.76).
Das in diesem Zitat festgestellte Zusammenspiel organisationaler Faktoren und die betonte Erkenntnis der Notwendigkeit ihrer einheitlichen Ausrichtung als Grundvoraussetzung der Realisation definierter Organisationsziele, beschreibt damit auch die Anforderung und den konkreten Handlungsrahmen der Integration eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Bedingen sich vollziehende Interaktionsprozesse die Strukturen einer Organisation, wie sie gleichfalls durch diese selbst in ihrem Zustandekommen und Verlauf beeinflusst werden, so sind sie immer auch im Zusammenhang mit vorhandenen Nutzenerwartungen der Akteure sowie für die Organisation gültiger Normen und Institutionen zu sehen. Für die Organisation, bzw. genauer der für ihre Produktivität verantwortlichen Führungskräfte muss es entsprechend von übergeordnetem Interesse sein, sich der Leistungsbereitschaft ihrer Mitarbeiter zu versichern (Giddens 1997, S.212) und deren Aktivitäten dergestalt zu kanalisieren, dass „...Arbeiten gemeinschaftlich ausgeführt werden können“ (Giddens 1997, S.212).

Ausgangspunkt und Grundlage der angestrebten Ordnungsbildung stellen für die Organisation gültige Ziele und deren Abbildung im Rahmen einer strategischen Ausrichtung dar, die entsprechend seitens des Managements festzulegen und deren Durchdringung der Organisation und damit deren Verankerung in den formalen und informellen Strukturen durch das Management zu initiieren und aktiv zu begleiten ist.

Schon im Vorfeld der Vereinbarung zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind also ex ante der Vertragsvereinbarung wesentliche Aufgaben vonseiten der Organisation zu erfüllen, um ex post der Vertragsvereinbarung auftretende Transaktionskosten bereits an dieser Stelle so weit wie möglich zu minimieren. Als diesbezügliche Mindestanforderung kann und muss die bewusste Auseinandersetzung der obersten Führungsebene mit dem Gesundheitsmanagement benannt werden, ohne die von einer Nachhaltigkeit seines Integrationsprozesses nicht ausgegangen werden kann. Im Besonderen begründet sich diese Einschätzung darauf, dass die notwendige Basis für eine verbindliche Arbeit an den Strukturdeterminanten der de jure Organisation im Hinblick auf die Integration eines Gesundheitsmanagements in diese als dann nicht ausreichend fundiert und weitergehend nur sehr zeit- sowie kostenintensiv möglich zu realisieren anzusehen ist.

Unter der Prämisse der im Rahmen dieser Arbeit beschriebenen Wandlungstendenzen in Gesellschaft und Arbeitswelt kann grundsätzlich nicht mehr von einer linearen und somit gänzlich umfassend planbaren Veränderung in den zunehmend komplexer werdenden Bedingungen sowie Anforderungen der Produktion von Gütern bzw. der Erbringung von Dienstleistungen ausgegangen werden. Vielmehr ist zu unterstellen, dass maximal Veränderungstendenzen im Bereich kurz- und mittelfristiger Zeitfenster abgeschätzt werden können, so dass eine intensivere Auseinandersetzung der Organisationen mit den Erfordernissen und Entwicklungstendenzen ihrer - internen und externen - Umwelt zu einer zentralen Anforderung ihres Erfolges wird (Schubert 1999, S.42).

Das am sogenannten „Fit-Ansatz“ bzw. der „marktorientierten Strategie“ ausgerichtete Vorgehen der Strategieentwicklung, das die nachträgliche Anpassung der Organisation an sich vollziehende Veränderungen - und das bedeutet hier vorrangig die des Marktes – zu realisieren beabsichtigt (Osterloh u.a. 1996, S.100), erscheint unter den heutigen Bedingungen folglich als nicht mehr allein

hinreichend angemessen. Primär auf die gegenwärtigen Stärken und Schwächen der Organisation bezogen, liegt es im Bestreben dieses Ansatzes, auf sich vollziehende bzw. vollzogene Veränderungen adäquat und - das bedeutet in diesem Falle - nachfolgend zu reagieren bzw. sich dergestalt auf den Markt zu beziehen, dass Risiken und Chancen auf diesem eruiert und mit den vorhandenen Stärken und Schwächen des Unternehmens in Einklang und also zu einem „Fit“ gebracht werden sollen. Die organisationale Grundfrage, wie auf Dauer die Wettbewerbsfähigkeit und der Erfolg der Organisation sichergestellt werden sollen und können, richtet sich diesem Ansatz gemäß an den Bedingungen des Marktes aus. Auf Basis der vorhandenen und in diesem Sinne als „gegeben“ angenommenen Ausstattung der Organisation gilt es sich auf diesem Nischen zu suchen und / oder sich den gebotenen Veränderungen - auf Basis der vorhandenen Ausstattung - adäquat anzupassen.
Bereits der beispielhafte Blick auf Fragen des demografischen Wandels und der Diskussion sich mit diesem vollziehender Veränderungen in der Altersstruktur der Belegschaft verdeutlicht, dass ein solches Vorgehen zu erheblichen Problemen führen kann, stellen sich Veränderungen - in folgendem Beispiel der internen Unternehmensumwelt - als für die Organisation nur schwerlich substituierbar sowie möglicherweise nicht reversibel dar. So ist für das benannte Beispiel der angenommenen Veränderung in der Altersstruktur der Organisation hin zu einem deutlich höheren Anteil älterer Mitarbeiter davon auszugehen, dass bei optional bereits vorhandenen Beeinträchtigungen eines großen Teils der Belegschaft in den Dimensionen der Arbeitsfähigkeit, zu denen u.a. Qualifikation und Gesundheit gehören (Illmarinen/Tempel 2002, S.166ff), eine erst bei Feststellung deren Vorliegens erfolgende Intervention nur mehr begrenzte Aussichten auf eine erfolgreiche „Anpassung“ zeitigen wird. Dies resultiert besonders daraus, dass mit Blick auf vorhandene gesundheitliche Beeinträchtigungen gerade höherer Altersgruppen die Chronifizierung von Krankheitsverläufen zum Tragen kommt, deren beeinträchtigende Auswirkungen im optimalen Fall gedämpft, keineswegs jedoch mehr rückgängig gemacht und aufgehoben werden können.

Die dem „marktorientierten Ansatz“ zugrunde liegende Annahme, dass allen Organisationen der Zugriff auf die gleichen Ressourcen möglich und somit die schnelle Anpassung an Markterfordernisse als das primäre Merkmal des orga-

nisationalen Erfolges anzusehen sei (u.a. Osterloh u.a. 1996, S.102), kann im Hinblick auf die Frage der Leistungsfähigkeit von Organisationen und der damit zusammenhängenden Abhängigkeit auch von Faktoren wie Qualifikation und insbesondere Gesundheitszustand ihrer Belegschaft deutlich kritisch beurteilt werden. Gesundheit und folglich auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Prozess zu verstehen, steht notwendigerweise im Widerspruch zu einer Orientierung, die die Anpassung an sich vollziehende Entwicklungen fokussiert, ohne sich der Frage nach „Herkunft“ und auch Bedingungen des grundlegenden Erhalts diesbezüglich relevanter Ressourcen sowie idealiter deren dauerhafter Förderung zu stellen (Osterloh u.a. 1996 S.106). Wird es einerseits wichtiger abzuschätzen, wie sich externe Umweltbedingungen entwickeln werden, wird eine solche Ausrichtung nur dann erfolgreich genutzt und umgesetzt werden können, wenn andererseits gleichfalls dafür Sorge getragen wird, dass die Fähigkeit zu einer adäquaten Adaption erkannter Entwicklungserfordernisse und -chancen innerhalb der Organisation besteht. Das bedeutet konkret sich der vorhandenen Bedingungen innerhalb derselben bewusst zu sein und dafür zu sorgen, dass entsprechende Ressourcen ausgebildet, gestärkt und dauerhaft weiterentwickelt werden.

Auch bei einer solchen Sichtweise stellen die Ziele der Organisation sowohl Ausgangs- als auch anvisierten Endpunkt jeglicher „Entwicklungsbemühungen“ dar. Der Blick richtet sich jedoch gleichfalls auf die innerorganisationalen Bedingungen und Entwicklungspotenziale, die als Ressourcen der Zielerreichung nicht nur genutzt sondern weitergehend ausgebaut werden sollen. Als wesentlicher Ansatz ist in diesem Zusammenhang der Aufbau einer förderlichen „Spannung“ (Stretch) zwischen den gegenwärtigen Ressourcen einerseits und den „visionären“ Zielen der Organisation andererseits (Osterloh u.a. 1996, S.101) zu sehen. An die Stelle eines Verständnisses von vermeintlich frei florierenden und allen Markteilnehmern in gleicher Weise zugängigen Ressourcen tritt die Idee der Sicherung des Markterfolges durch den Aufbau und insbesondere die gezielte Nutzung spezifischer Ressourcen innerhalb der Organisation. Entsprechend wird der angeführte Ansatz des Aufbaus einer Spannung zwischen Entwicklungszielen und Ressourcen einer Organisation - die sog. Stretch-Idee“ - auch als „ressourcenorientierte Unternehmensstrategie“ bezeichnet (Osterloh u.a. 1996, S.100ff).

Neben das Sach- und Humankapital tritt in diesem Zusammenhang das Sozialkapital in den Fokus einer solchen Ressourcenorientierung. Wie im Rahmen dieser Arbeit bereits erkennbar geworden, stellen sich demgemäß auch der Gesundheitsstatus, die Veränderungsfähigkeit und -bereitschaft sowie die Fähigkeit und Bereitschaft zu hoher Produktivität bzw. Leistungserbringung als wesentliche Ressourcen einer Organisation dar. Sie sind als interdependent zu verstehen und geprägt durch „*organisatorische Erbschaften* oder *Pfadabhängigkeiten*“ (Herv. i. Org.) (Osterloh u.a. 1996, S.106), die im Sinne organisationaler Besonderheiten nicht am Markt erhältlich sondern tatsächlich ein optionales Alleinstellungsmerkmal der Organisation sind. Das Betriebliche Gesundheitsmanagement kann, verbunden mit der Option die Arbeit an und mit dem Sozialkapital der Organisation als dem zentralen Transmissionsriemen[9] seiner Einführung zu verstehen, einen förderlichen Beitrag zu Ausbau und Erhalt der internen Ressourcen leisten. Wie hochwirksam ein solches Vorgehen der Arbeit an und mit dem Sozialkapital der Organisation nicht nur für die Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements sondern auch hinsichtlich der Etablierung einer grundlegenden Veränderungsbereitschaft und -fähigkeit innerhalb der Organisation sein kann, hat u.a. auch Hanft dargelegt. So weist die Autorin eindrücklich darauf hin, dass der Umgang mit Veränderungsprozessen und die Auf- und Annahme neuer Ideen und Strategien in das Alltagshandeln von Organisationen immer auch zentral von der Bereitschaft und Fähigkeit bzw. Unterstützung ihrer Mitarbeiter abhängt, diese in ihre Deutungsschemata zu integrieren (Hanft 1998, S.26). Womit nicht nur wiederum die Bedeutung der jeweilig vorliegenden Nutzenerwartung an den Veränderungsprozess erkennbar sondern weitergehend die Anforderung einer sich tatsächlich an den spezifischen Zielen sowie Voraussetzungen der Organisation orientierenden Planung und Gestaltung desselben deutlich wird. Gemäß der bei Giddens vorzufindenden Feststellung, dass die „...Strukturmomente sozialer Systeme (...) Mittel und Ergebnis der kontingent ausgeführten Handlungen situierter Akteure (sind d. Verf.)“ (Giddens 1997, S.246), kann als gültig angenommen werden, dass eine Standardisierung und nachfolgend vollständige Übertragbarkeit der Gestaltung von Veränderungsprozessen als eine der Komplexität sozialer Systeme unangemessene Utopie zu verstehen ist.

[9] Siehe dazu weitergehend Punkt 8.3.3 in dieser Arbeit.

Die strategische Ausrichtung einer Organisation steht folglich in untrennbarem Zusammenhang mit den Bedingungen und Anforderungen ihrer internen wie auch externen Umwelt. Sie wird von diesen in ihrer Ausprägung sowohl beeinflusst als es auch ihre Aufgabe ist insbesondere die internen Bedingungen selbst in ihrer Ausprägung und Weiterentwicklung bewusst beeinflussen bzw. (mit)gestalten zu wollen, um u.a. Wirkungen im Hinblick auf die Ausprägung des Sozialkapitals zu erzielen. Damit stellt sich die strategische Ausrichtung der Organisation zwangsläufig als eine nicht delegierbare Aufgabe der Unternehmensleitung dar. In Zeiten kontinuierlichen Wandels der internen und externen Rahmenbedingungen folgt daraus, dass die Strategieformulierung nicht als einmaliger Vorgang sondern vielmehr als kontinuierlich zu vollziehender (Lern-) Prozess verstanden werden muss. Im Zentrum eines so verstandenen strategischen Managements steht die „...kontinuierliche Weiterentwicklung und die Schaffung einer Organisation mit einem hohen Maß an Veränderungsbereitschaft...“ (Schubert 1999, S.45), die selbstverständlich mit der Befähigung zu koppeln ist, Veränderungen angemessen zu realisieren.

### 8.2.4 Strategieformulierung und –umsetzung: Grundlage der Effektivität und Effizienz von Veränderungsprozessen

*Die Strategieformulierung – Basis für Effektivität*

Die strategische Ausrichtung erlangt ihre besondere Bedeutung für die Zukunftssicherung der Organisation mithilfe zweier Kernaspekte, die neben ihrer Handlungs- auch die grundsätzliche Veränderungsfähigkeit derselben sicherstellen sollen. Zum einen leistet sie einen zentralen Beitrag zur Realisation der Koordinationsfunktion der Organisation. Zum anderen zeichnet sich eine strategiegerechte Organisation weitergehend dadurch aus, dass sie - gerade in Zeiten zunehmender Komplexität und kontinuierlichen Wandels der externen wie auch internen Umwelt - auch eine Orientierungsfunktion erfüllt, die es den Mitarbeitern ermöglicht, für die Organisation zentrale Informationen erkennen und angemessen verarbeiten, d.h., in weitere Zusammenhänge integrieren und nutzbar machen zu können (Osterloh u.a. 1996, S.112). Gerade im letztgenannten Aspekt wird deutlich, dass ein Gelingen des Prozesses der Strategieumsetzung notwendigerweise mit der Information der Mitarbeiter einhergehen bzw. beginnen muss, was als ebenso wichtig für den Erfolg strategischen Manage-

ments anzusehen ist wie die fundierte Erarbeitung und Formulierung der strategischen Ausrichtung selbst.

Gleichgültig, ob nun tatsächlich von eindeutig definierten Zielen und vorhandenen Strategien zu ihrer Realisation grundsätzlich in einem umfassenden Umfang ausgegangen werden kann, verweist die Notwendigkeit zur Ausrichtung an Zielen auf eine wesentliche Grundbedingung der oben genannten Koordinations- und insbesondere der Orientierungsfunktion einer Organisation. Das Vorliegen einer Vorstellung der anzustrebenden Zielperspektive stellt diesbezüglich ein Mindestmaß organisationaler Rahmung dar. Optimalerweise ist diese durch definierte Kriterien der Zielerreichung zu ergänzen, welche die Option beinhalten, zu erkennen, welche Themen bzw. Aspekte als dieser zugehörig und demnach zu beachten einzustufen sind und somit einen relevanten Orientierungsrahmen für die Organisation bilden. Stellt die Gesundheitsförderung an sich kein originäres Organisationsziel dar und folgt man der Sichtweise, dass das Themenfeld Gesundheit die Organisation bei der Erreichung ihrer originären Ziele unterstützen muss, um Akzeptanz und eine entsprechende Stellung in dieser zu erlangen, so wird deutlich, dass die Definition von entsprechenden Zielen bzw. Zielperspektiven als Grundbedingung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu sehen ist. Dies geschieht wünschenswerterweise als definierte strategische Erfolgsposition (vgl. Stiefel 2004) der Organisation an sich oder aber im Rahmen der Kopplung von Gesundheitszielen mit für die Organisation wichtigeren Fragestellungen (Fritz 2006, S.45). Sollen diese, wie die Autorin ausführt, das Gesundheitsthema „Huckepack“ nehmen (Fritz 2006, S.45), besteht umso mehr die Notwendigkeit, deutliche Festlegungen zu treffen bzw. Rahmungen zu Zielperspektiven und -kriterien zu geben, die neben einer grundsätzlichen „Orientierungsfunktion“ auch eine konkrete Handlungsorientierung und vor allen Dingen Verbindlichkeit der Handlungsausführung eröffnen bzw. einfordern. Weitergehend sind es die optional vorhandenen, unterschiedlichen Vorstellungen zu dem, was unter Gesundheit, Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement zu verstehen ist, welchen Beitrag dieser „Themenkomplex“ für die Organisation leistet und wie dieser durch entsprechende Verhaltensweisen und Gestaltungsleistungen umgesetzt werden soll, die die Definition von Zielperspektiven und -kriterien als bedeutsam erkennen lassen.

Vereinfachend kann zusammengefasst werden: um die „richtigen Dinge“ zu tun, muss zunächst eine Vorstellung davon vorhanden sein, was unter ihnen zu verstehen ist und welche Auswirkungen sie im Kontext der Organisation zeitigen sollen. Das bedeutet, dass ein Unternehmen „...die für sich maßgebenden Erfolgskategorien bestimmen und sie dann durchgängig seiner Entwicklungsarbeit zugrunde legen (muss d. Verf.)“ (Stiefel 2004, S.25), was beispielhaft in der Orientierung an den 6 zentralen Themenfeldern eines Gesundheitsmanagements (vgl. Abb. 14) realisiert werden kann. Sowohl zur Steuerung bzw. Begleitung der Interaktion der Organisationsmitglieder im Rahmen der Umsetzung strategischer Entscheidungen als insbesondere auch zunächst zum Erkennen entsprechender Handlungsbedarfe ist dieser Aspekt unerlässlich. Sollen also Festlegungen zu Letztgenanntem in der Organisation getroffen werden, muss die zu ihrer Feststellung erfolgende Bedarfserfassung auf entsprechenden Kriterien basieren, die eine Auswahl der Handlungsbedarfe überhaupt erst möglich machen. Notwendig ist diesbezüglich das Vorhandensein eines Bedarfserfassungssystems, dass Stiefel dann als strategisch bezeichnet, wenn es die Unterscheidung zwischen den Schwächen deutlich macht, mit denen die Organisation leben kann und solchen „...Schwachstellen, die zur Bearbeitung freigegeben werden sollen und bei denen Veränderungsprozesse in Gang gesetzt werden müssen“ (Stiefel 2004, S.24). Die Feststellung, welche Dinge die richtigen sind, um Entwicklungsprozesse wie den der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements vollziehen zu können, obliegt ganz eindeutig der Unternehmensleitung. Effektivität im Vorgehen bedeutet folglich in diesem ersten Schritt strategischen Managements die Ziele zu generieren, die als Basis und Handlungsrahmen der nachfolgenden Schritte zur Strategieimplementation dienen sollen, beginnend damit, in einer ersten Analysephase grundlegend einschätzen zu lernen, welche Entwicklungs- und Handlungsbedarfe zu ihrer Realisation tatsächlich bestehen. Dieses zu lernen verweist auf einen Prozess, der schwerlich nur von der Unternehmensleitung allein und ohne Einbezug seiner oberen Führungsriege angemessen vollzogen werden kann. Einerseits bedarf es zum Erkennen, welche Entwicklungsbedarfe - in welcher Ausprägung - mit wesentlicher Bedeutung für die Leistungsfähigkeit und den Erfolg der Organisation bestehen auch der Einschätzung der für die Organisationsbereiche zuständigen Führungskräfte, nicht nur, weil diese über relevante Bedingungen in der „internen“ Umwelt ihres Bereichs am besten informiert sind bzw. sein sollten,

sondern weil dieser Umstand auch für die Interdependenzen mit relevanten Einflussfaktoren der externen Umwelt gelten sollte. Dies sind Bedingungen, die gerade vor dem Hintergrund der Ausrichtung am ressourcenorientierten Ansatz strategischen Managements in den Fokus rücken. Andererseits zeitigt die Frage der Akzeptanz getroffener strategischer Entscheidungen durch die obere Führungsebene weit reichende Auswirkungen auf deren Umsetzung in den Organisationsbereichen und ihren Durchdringungsgrad in der gesamten Organisation.

*Die Strategieumsetzung – Aspekt der Effizienz*

Strategische Planungen - und seien sie auch in sich schlüssig und nachvollziehbar – bleiben wirkungslos, wenn sie zwar festgelegt, nicht aber in der Organisation gelebt und umgesetzt werden. Hierfür gilt es vor allem drei grundlegende Anforderungen zu erfüllen:

a) sie müssen den Führungskräften und Mitarbeitern bekannt sein
b) sie müssen von diesen verstanden und idealiter angenommen werden
c) sie müssen umgesetzt und damit in das Alltagshandeln integriert werden.

Letztgenannter Punkt beinhaltet, dass die Umsetzung strategischer Entscheidungen wiederum durch vielfältige Faktoren beeinflusst wird, die sowohl ihre Qualität als auch ihre Verbindlichkeit anbelangen und sich somit als relevant auch bzgl. dem Prozess zugehöriger Transaktionskosten darstellen. Die begleitende Frage nach der Effizienz der Strategieumsetzung und danach, ob die Dinge - und damit die formulierten Ziele und Strategien zur Zielerreichung - richtig getan werden, weitet den Blick auf diesbezüglich relevante Unterstützungs- bzw. Ermöglichungsprozesse als notwendigerweise auch zugehörige Steuerungs- und Kontrollsysteme, die in der Organisation vorhanden bzw. begleitend einzuführen sind. Neben der bereits angesprochenen Notwendigkeit, bereits die Strategieformulierung auf eine breitere Basis zu stellen, ist die Kommunikation der Strategie in die Organisation und damit verbunden die Arbeit an der Mitarbeitermotivation, diese tatsächlich anzunehmen und aktiv umzusetzen eine von Beginn an zentrale Grundbedingung ihrer erfolgreichen Umsetzung. Gerade für das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist die Kenntnis der zugehörigen strategischen Ausrichtung der Organisation für Führungskräfte und Mitarbeiter von besonderer Relevanz, sowohl hinsichtlich der damit verbundenen Koordinationsfunktion als auch noch viel mehr in Bezug auf ihre Orientierungsfunktion: „um organisatorische Veränderungen erfolgreich durchsetzen zu können, sind Commitment und Motivation der Mitarbeiter erforderlich“

(Hanft 1998, S.84). Eindeutige, verstehbare und umsetzbare Ziele, die im Rahmen vorhandener situativer Rahmenbedingungen bzw. deren Gestaltungsmöglichkeit als realistisch und Nutzen stiftend eingeschätzt und angegangen werden können, sind besonders für die Themenfelder Gesundheit und Gesundheitsmanagement zentral. Als multifaktoriell beeinflusst, beinhaltet gerade das Themenfeld Gesundheit die Gefahr einer gewissen Ungenauigkeit bzw. Uferlosigkeit durch optional differierende Gesundheitsverständnisse und Erwartungen an ein funktionierendes und vor allen Dingen als sinnvoll wahrnehmbares Gesundheitsmanagement. Für die Strategieumsetzung Betrieblichen Gesundheitsmanagements folgt hieraus eine besondere Brisanz: „Mitarbeiter sträuben sich gegen Veränderungsinitiativen, wenn davon keine für sie positiven Effekte ausgehen“ (Hanft 1998, S.84). Diese zu verdeutlichen und damit den Prozess der Strategieumsetzung förderlich zu implementieren und zu begleiten, obliegt originär den Führungskräften der Organisation, die damit zu zentralen Promotoren desselben werden sollen und müssen. Dass hierbei den Führungskräften weder aufgebürdet, noch im Sinne einer völlig freien Entscheidung zugestanden werden darf, sich entsprechende Ziele und Nutzenpotenziale des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gänzlich selbst zu erarbeiten und / oder zu definieren, ist offensichtlich.

Ohne die vollzogene Integration des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in das Zielsystem und die strategische Ausrichtung der Organisation liegt genau genommen kein Auftrag und - sehr pointiert formuliert - keine tatsächliche Berechtigung zur Bearbeitung gesundheitsrelevanter Fragestellungen zur Umsetzung entsprechender Maßnahmen und zum Aufbau zugehöriger Strukturen und Prozesse vor. Zu erwartende Folgen daraus sind, neben einer mehr oder minder offen gezeigten Ablehnung der Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Themenstellungen, deutlich differierende Verständnisse und daraus resultierende Verhaltensweisen vonseiten der Führungskräfte und Mitarbeiter, die sich in den Strukturmomenten der Organisation anwenden lassen. Konkret reichen die Extreme vom Verständnis von Gesundheit als rein individuell zu verantwortender und allein durch gesundheitsbewusstes Verhalten zu steuernder Aufgabe bis hin zum Ansinnen, lediglich die Gestaltung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen und Angebote seien für eine Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter verantwortlich.

Als angemessene Systematik der Realisation strategischen Managements, die entsprechend auch für die Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements gilt, kann die Unterteilung in die durch die oberste Ebene zu erfolgende Ausrichtung der Organisation auf der einen und die nachfolgende Umsetzung der Strategie in der (Mit-)Verantwortung durch Bereiche und deren Mitarbeiter „vor Ort“ verstanden werden. „Top down for targets – Bottom up for how to do it“ (Osterloh u. a. 1998, S.166) ist entsprechend vereinfacht die „Formel“ zur Umsetzung des benannten Vorgehens.
Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten und zu fördern bedarf insbesondere eines bewussten, reflexiven und eigenverantwortlichen Verhaltens der Individuen, das über kontrollierbare Einhaltungen von Anforderungen, wie z.B. denen des Arbeitsschutzes, deutlich hinaus geht. Die Umsetzung top-down definierter Strategien in den Organisationsbereichen und damit durch die Mitarbeiter als Individuen sowie als interagierende Mitglieder eines komplexen sozialen Systems erfordert gerade für das Betriebliche Gesundheitsmanagement einen diskursiven Prozess zur Adaption der strategischen Ausrichtung in den Organisationseinheiten. Diesen anzuregen, sowie zielführend in der Organisation zu verankern, ist als zentrale Aufgabe der Strategieumsetzung zu verstehen. Liegen endgültige Entscheidungsbefugnisse zur Umsetzung der strategischen Ausrichtung letztlich bei der Organisation und somit ihren Führungskräften, die qua ihrer Rolle deren adäquate Realisation sicherzustellen haben, ist das Vorhandensein von Handlungsspielräumen aufseiten der Mitarbeiter dennoch immer als gegeben zu unterstellen. Daraus folgt, dass eine „Selbständigkeit“ im Handeln dieser real vorhanden, dabei schwerlich kontrollierbar, gleichzeitig aber in ihrer optionalen Kreativität und Eigenverantwortlichkeit auch als unbedingt notwendig für reibungslose Prozesse, Prozessoptimierungen und natürlich auch gesundheitsförderliches Verhalten, zu betrachten ist.

Die Ausrichtung der Strategieumsetzung zugehöriger Reflexionsprozesse und die Rahmung vorhandener Gestaltungsräume selbständigen Handelns in der Organisation sind sinnvollerweise mit dem Aufbau diesen Prozess unterstützender Kompetenzen aufseiten der Mitarbeiter zu verbinden. Unterstellt wird hierbei, dass die „...Welt (...) nicht mehr als „harte“ Wirklichkeit aufgefasst werden (kann d. Verf.), die man vorfindet, sondern als eine „weiche“, die in komplexen Kommunikations- und Interaktionsprozessen hergestellt wird“ (Herv. i. Org.)

(Backhausen/Thommen 2004, S.131). Zur Aufgabe der Kompetenzentwicklung tritt damit die Förderung individueller Lernprozesse und die grundlegende Koordination des Lernens aller Mitarbeiter auf Ziele und Strategien der Organisation hin (Drumm 1994, S.325) in den Blickpunkt einer am Kriterium der Effizienz ausgerichteten Strategieumsetzung. Vor dem Hintergrund benannter Komplexität und kontinuierlicher Wandlungstendenzen in den Umweltbedingungen der Organisation ist die Aufgabe der Initiation der Strategieumsetzung zugehöriger Lern- und Reflexionsprozesse ebenfalls als kontinuierlich und für den Erfolg der Strategieumsetzung unabdingbar zu verstehen. Insbesondere für das Betriebliche Gesundheitsmanagement geht es dabei weniger um „...richtig oder falsch im Erkennen, sondern um nützliche und handhabbare Komplexitätsreduktionen im zielorientierten, strategischen Handeln“ (Backhausen/Thommen 2004, S.131).

Dass das Sozialkapital der Organisation im Zuge des Prozesses der Strategieumsetzung einen wesentlichen Beitrag zur Förderung der Orientierung der Mitarbeiter und weitergehend der Sicherstellung eines adäquaten Lern- und Entwicklungsprozesses leisten kann, wird nachfolgend in dieser Arbeit eingehender dargelegt. Die Bedeutung des Sozialkapitals für die Strategieumsetzung wird besonders durch seine verbindende Funktion im Anforderungsfeld des formellen und informellen Systems einer Organisation deutlich. Ist eine im Ganzen umfassende Steuerung weder des einen noch des anderen Feldes als möglich anzusehen und vor dem Hintergrund ihrer Interdependenz de facto als Utopie zu bezeichnen, so bedarf es umso mehr ihrer grundlegenden Rahmung, mithilfe einer sich durch aktive Teilhabe und also in den Interaktionsprozessen der Mitarbeiter entwickelnden „Ausrichtung“ des Sozialkapitals (vgl. Osterloh u.a. 1998, S.106; Neuberger 1994, S.23).
Dauerhaft effizient zu handeln und dementsprechend die „Dinge richtig zu tun“ setzt voraus, dass nicht nur Prozesse und Handlungen, sondern auch die diesen zugrunde liegenden Zielsetzungen kontinuierlich überprüft sowie im Bedarfsfall angemessen modifiziert werden. Eine Organisation, die lediglich definierten Zielen folgt, ohne deren Angemessenheit und Passung im Rahmen sich verändernder Bedingungen der internen und / oder äußeren Umwelt zu überprüfen, beraubt sich selbst zentraler Entwicklungschancen und riskiert langfristig Verluste ihrer Leistungsfähigkeit. Nicht nur Ziele sind zu erfüllen, sondern

sinngemäß ist zur Generierung neuer bzw. sowohl situativ als auch Entwicklungen antizipierend proaktiv angepasster Zielsetzungen beizutragen und wird damit zu einer wesentlichen organisationalen Aufgabe (Osterloh u.a. 1998, S.135). Diese stellt sich insbesondere für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, das nicht nur der Ausrichtung an auf momentanen Bedingungen und Anforderungen basierenden Zielen bedarf, sondern dessen Zielrichtung und Handlungsleistung - der Vorstellung des Gesundheits-Krankheits-Kontinuum folgend - per se von der Notwendigkeit eines sich dauerhaft vollziehenden Anpassungsprozesses in der Auseinandersetzung mit sich verändernden Bedingungen der externen und internen Umwelt ausgeht.

## 8.3 Werte und Normen

### 8.3.1 Zur Koordinationsfunktion von Werten und Normen

Den bisherigen Ausführungen zur Strukturationstheorie, der NIÖ, dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie weiterführend zentralen Ansätzen der Gestaltung von organisationalen Entwicklungsprozessen gemeinsam ist der Blick auf Organisationen als Interaktionssysteme, determiniert durch ihre formalen und informellen Strukturen. Vermeintlich trivial, weil auf den ersten Blick und auf Basis dieser Arbeit als selbstverständlich zu erachten, hat diese Feststellung wesentliche Bedeutung für die Leistungs- und Veränderungsfähigkeit einer Organisation. In diesem Zusammenhang der Frage nachzugehen, welcher der beiden Strukturdeterminanten der größere Einfluss zugeschrieben werden kann, erscheint insofern nur als sehr begrenzt zielführend, als deutlich ist, dass beide faktisch miteinander verwoben und sich folglich als wechselseitig beeinflussend bzw. bedingend zu verstehen sind.

Behalten die genannten Zusammenhänge auch vor dem Hintergrund der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ihre Gültigkeit, stellt sich aufgrund der besonderen Anforderungen, die der Gesundheitsförderung und auch dem Gesundheitsmanagement beizumessen sind, ein vertiefender Blick als dennoch hilfreich für die praktische Arbeit dar. Kommt doch, wie bereits grundlegend dargelegt, gerade für Fragen das individuelle Gesundheitsverhalten betreffend nicht nur den strukturalen Bedingungen sondern insbesondere den vorhandenen Kompetenzen, Deutungsschemata und grundlegenden Wert-

orientierungen der Individuen eine bedeutende Rolle zu. Gesundheit, verstanden als lebenslanger Prozess der Person-Umwelt-Interaktion ist folglich „...eng mit individuellen und kollektiven Wertvorstellungen verbunden, die sich in der persönlichen Lebensführung niederschlagen“ (Hurrelmann 1994, S.17). Die Interdependenz der Ebenen des Individuums, der interpersonalen Beziehungen und der Organisation ist damit nicht nur als grundsätzlich bedeutsam für die Entwicklung(sfähigkeit) von Organisationen anzusehen. Vielmehr wird deutlich, dass auch der Erhalt von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Belegschaft als optionale Zielperspektiven der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, weder alleinig über die Gestaltung strukturaler Bedingungen in der Organisation noch alleinig per individueller Aufforderung, (Führungs-)Anweisung oder auch Schulung und Unterweisung herstellbar sind. Die Notwendigkeit der Arbeit an gesundheitsförderlichen bzw. die Gesundheit mindestens möglichst gering belastenden organisationalen Rahmenbedingungen einerseits und an gesundheitsförderlichen Einstellungen und Verhaltensweisen andererseits sind zwingend als zusammengehörige Aufgaben eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu betrachten.

Die Steuerungsfunktion formeller Strukturen erfolgt über entsprechend formalisierte Medien, zu denen u.a. Stellenbeschreibungen, Führungsrichtlinien und Betriebsordnungen (Becker 2002, S.52) zählen. Sie sind als Ausdruck zentraler Richtlinien und Werte der Organisation zu verstehen, von denen eine wesentliche koordinierende Wirkung ausgeht. Durch die Integration des Themenfeldes Gesundheit in die Organisationsziele werden idealerweise über diesen Gestaltungsweg die ersten Grundlagen für ein integriertes Gesundheitsmanagement geschaffen, dessen Basis ein in der Organisation vorhandenes Verständnis von der das Handeln leitenden Zielvorstellung sowie idealiter zugehörigen Werten der diesbezüglich angestrebten Unternehmensrealität ist. Die Einleitung von Veränderungsprozessen mit organisationsweiter Ausrichtung bedarf folglich notwendigerweise auch der Reflexion und ggf. Anpassung der vorhandenen formellen Strukturen. Die bisherigen Darlegungen haben gleichfalls verdeutlicht, dass neben der Gestaltung und Arbeit an der „funktionalen Rationalität“ der Unternehmenssteuerung (Becker 2002, S.52f), die durch die o.g. versachlichten Verfahrensregeln determiniert wird und sinnvollerweise auf Aussagen bzw. einer strategischen Ausrichtung basiert, die „..der allgemeinen Selbstverständi-

gung über Werte, Grundsätze, Inhalte, Ziele etc. des BGM (dient d. Verf.) ...“ (Rudow 2004, S.343), gleichfalls die Arbeit an und mit den informellen Strukturen aufzunehmen ist, sollen Veränderungsprozesse tatsächlich nachhaltig wirksam werden. Diese lösen grundsätzlich immer eine gewisse Verunsicherung der Individuen in einer Organisation aus und bedürfen somit besonderer Aufmerksamkeit auch bzgl. ihrer Wirkung auf das informelle System der Organisation. Führt schon die bloße Anwesenheit anderer Menschen wie besonders auch die Kooperation mit ihnen zu gegenseitiger Beeinflussung und in diesem Zusammenhang der Angleichung von Handlungsvollzügen sowie Grundzügen der Urteilsbildung (Franke 1980, S.65), gilt dies im Rahmen von Veränderungsprozessen in noch erheblicherem Maße. Wie Franke betont, stellen besonders im Erleben von Unsicherheit - die als ein inhärenter Bestandteil jeglicher Veränderungsprozesse zu konstatieren ist - Verhalten und Urteile anderer Menschen einen bedeutsamen Orientierungswert dar (Franke 1980, S.66). Becker spricht diesbezüglich von der „sozialen Rationalität“, die das Handeln in einem Unternehmen über „...Werte, Überzeugungen, Mythen“ (Becker 2002, S.52) bestimmt. Das bedeutet, dass auch die soziale Rationalität einen wesentlichen Beitrag zur „Klärung von Funktionszusammenhängen“ (Becker 2002, S.52) in einer Organisation leistet und damit ergänzend neben das Feld der funktionalen Rationalität tritt, deren alleinige Gestaltung im Zuge von Entwicklungsprozessen als nicht ausreichend gewertet werden kann.

Ausgehend von der Notwendigkeit des Vorhandenseins gemeinsamer Ziele, auf die sich das kooperative Verhalten innerhalb einer Organisation auszurichten hat, werden diese immer auch durch bestimmte Werte beeinflusst, die „...als Konzeption des Wünschenswerten, (...) die Auswahl verfügbarer Handlungen und Ziele...“ (nach Kluckhohn 1951, in: Spieß 2003, S.173) beeinflussen. Für die Realisation von Veränderungsvorhaben und die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bedeutet dies, in einem bewussten Prozess die „...Auseinandersetzung mit den Grundannahmen und veränderten Bedingungen...“ (Krämer-Stürzl/Stürzl 2003, S.241) in der Organisation zu führen. Denn, wie Voigt darlegt, ist als eine grundlegende Voraussetzung der Ausbildung interner Institutionen die Existenz geteilter Werte in der Organisation zu verstehen (Voigt 2002, S.238), die, wie für Normen und Werte gleichermaßen gültig, ihre Grundlage darin finden, dass „...die beteiligten Akteure überhaupt

ähnliche Situationen perzipieren“ (Voigt 2002, S.238). Vorhandene Annahmen, Einstellungen und eben auch Werte(systeme) sind dabei für Individuen wie auch Organisationen nicht nur eine wesentliche Grundlage ihrer Existenz sondern gleichfalls Orientierungsrahmen, der selektiv die Aufnahme und folglich Integration neuer Informationen in die je eigenen „Schablonen“ bestimmt. Solch „...kognitive Beschränkungen hinsichtlich der Informationsaufnahme...“ (Voigt 2002, S.304) wirken sich folglich sowohl auf die Akzeptanz wie auch Ausbildung von Institutionen und damit selbstverständlich auch auf die tatsächliche Adaption und somit erst erfolgende nachhaltige Integration eines Gesundheitsmanagements in die formellen und insbesondere informellen Strukturen der Organisation aus. Die Arbeit am Sozialkapital einer Organisation, mit dem Ziel, dieses als Transmissionsriemen der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu nutzen, bedarf demzufolge der Arbeit an den gewachsenen, gemeinsam geteilten Grundüberzeugungen und Werten der Organisationsmitglieder (Krämer-Stürzl/Stürzl 2003, S.241), da der für die Integration eines Gesundheitsmanagements notwendige kulturelle Wandel erst dann möglich wird, wenn daran gearbeitet wird, „...die gemeinsam geteilten Grundannahmen zu reflektieren, die die Ziele und Strategien, Strukturen und Prozesse, Konflikte, ihre Lösungen und Entscheidungen bestimmen“ (Krämer-Stürzl/Stürzl 2003, S.241).

Als Ergebnis bleibt festzuhalten, dass das formelle System bzw. die funktionale Rationalität mithilfe der Kontinuität für die notwendige „Verlässlichkeit“ der Organisation sorgt, während die informellen Beziehungen die im Alltag immer wieder erforderlichen flexiblen Anpassungen an Situationen ermöglichen, die in der Planung nicht vorhergesehen werden können (Franke 1980, S.75). Die informelle Struktur bzw. die soziale Rationalität erfüllt in diesem Zusammenhang ebenfalls die Rolle von verfügbaren Bezugspunkten, die insbesondere in Zeiten des Wandels einen wichtigen Beitrag zur Orientierung der Organisationsmitglieder leisten (Neuberger 1994, S.37). Auch die Systemtheorie, die soziale Systeme als strukturdeterminiert versteht, stellt das Verhältnis zwischen formellem und informellem System sowie das beiderseitige „Zusammenspiel“ als zentrale Basis der Handlungs- und Veränderungsmöglichkeiten der Organisation dar (Baumgartner u.a. 2000, S.38). Entsprechend gilt es sich von simplen Vorstellungen der Machbarkeit und eindeutiger Steuerbarkeit von Organisationen zu verabschieden. An deren Stelle tritt das Wissen und die Bereitschaft um die

Notwendigkeit sowohl die formellen als auch die informellen Strukturen einer Organisation gemeinsam als „Rahmung“ derselben zu verstehen, die von ihren Mitgliedern nicht nur als „Wirklichkeit“ erfasst, sondern gleichfalls immer wieder auch aktiv her- und dargestellt werden muss (Neuberger 1994, S.37). Ein Zusammenhang, den auch Giddens deutlich hervorhebt, wenn er betont, „...dass die Struktur infolge der immanenten Beziehung zwischen Struktur und Handeln (sowie Handeln und Macht) sowohl ermöglichenden als auch einschränkenden Charakter besitzt“ (Herv. i. Org.) (Giddens 1997, S.222) und also neben der Relevanz der Strukturmomente für die Konstitution von sozialen Beziehungen bzw. Systemen auch dem „...diskursiven und praktischen Bewusstseins und den Kontrollstrategien...“ (Giddens 1997, S.342f) der Akteure eine entscheidende Bedeutung zukommt.

Ist festzustellen: Werte und „Normen strukturieren soziale Interaktionen“ (Voigt 2002, S.220), so ist die Frage der Sicherstellung ihrer Einhaltung immer als eine wesentliche auch für möglichst gut und gesundheitsförderlich funktionierende Prozesse in Organisationen zu verstehen. Sanktionen, die mit einem mehr oder minder starken Kontrollaufwand verbunden sind, sind hierfür keineswegs als alleinige oder gar beste Möglichkeit zu verstehen. Vielmehr gilt, dass gerade für Werte und Normen auch „...die Internalisierung beim Akteur selbst...“ (Voigt 2002, S.222) einen diesbezüglich wirksamen Mechanismus darstellt, der bei Giddens (1997) mit Blick auf die Strukturmomente sozialer Systeme mit dem Begriff der Routinisierung vergleichbar aufgegriffen wird. Damit verbundene positive Effekte resultieren nicht zuletzt aus der Feststellung: „viele übereinstimmende Werte sind eine gute Grundlage für eine Vertrauenskultur im Unternehmen und reduzieren Transaktionskosten (z.B. durch weniger Kontrollroutinen, schnellere Entscheidungsprozesse)“ (Herv. i. Org.) (Seiler 2009, S.10).

### 8.3.2 Sozialkapitalansatz, Organisation und Gesundheit

Zur zentralen Frage nach den grundlegenden Determinanten und Ansatzpunkten der Beeinflussung des organisationalen Rahmens bietet die Literatur recht eindeutige Hinweise. Diese lassen zwar grundsätzlich auf die Option einer bewussten Gestaltungsleistung im Bereich der formellen Strukturen bzw. der funktionalen Rationalität schließen, verweisen jedoch gleichsam darauf, dass hiermit lediglich ein erster Schritt der „Rahmung“ vollzogen werden kann, dessen

Umsetzung und somit Wirksamkeit von seiner Annahme und Integration in die interpersonalen Beziehungen und schlussendlich die informellen Strukturen abhängig ist (u.a. Hanft 1998; Neuberger 1994). „Um die Strukturen einer Organisation erschließen und verändern zu können, müssen sie in Zusammenhang mit Interaktionsprozessen gesehen werden“ (Hanft 1998, S.21). Neuberger führt entsprechend aus, dass eine Organisation, als die Gesamtheit apersonaler Strukturen, nicht aus sich selbst heraus existiert, sondern als „Vor-Ordnung“ zu verstehen ist, die „...jeweils (inter-)individuell wahrgenommen und realisiert werden muss“ (Herv. i. Org.) (Neuberger 1994, S.23). Die Frage, welche Ordnung sich letztendlich herausbildet, hängt somit von verschiedenen Einflussfaktoren und weitergehend deren Zusammenspiel ab. Die Mitglieder einer Organisation sind in diesem Zusammenhang sowohl gleichzeitig bewusst gestaltende Akteure als auch mehr oder minder passive Rezipienten sich vollziehender Entwicklungen, wobei sicherlich fraglich ist, ob tatsächlich von einer rein passiven Aufnahme sich darstellender Entwicklungstendenzen gesprochen werden kann. Gemäß systemtheoretischer Sichtweise trägt auch eine vermeintliche Inaktivität von Akteuren schlussendlich im Systemzusammenhang zur Beeinflussung desselben bei und wird damit genau genommen selbst doch wieder zur Aktivität.

Vor diesem Hintergrund ist der neuerliche Rekurs auf die bereits an früherer Stelle vollzogene, differenzierte Betrachtung einer Organisation in die organisationale, interpersonale und personale Ebene als ein hilfreiches Mittel auf der Suche nach zentralen Ansatzpunkten ihrer Beeinflussung bzw. versuchten Gestaltung zu verstehen. Wie gesehen, steht die Gestaltung des Zusammenspiels von formellen und informellen Strukturen im Zentrum der Frage nach den Steuerungsmöglichkeiten der Organisation. Was auch Picot u.a. (2005) mit dem Verweis auf das Koordinations- und Motivationsproblem entsprechend als das zentrale Organisationsproblem beschrieben haben, lässt das angeführte Steuerungsproblem genau genommen als ein „Abstimmungsproblem“ (Picot u.a. 2005, S.9) erkennen. Das grundlegende „Abstimmungsproblem“ zwischen formellen und informellen Strukturen wird in diesem Zusammenhang als gegeben angesehen, gleichzeitig in seiner reinen Dualität jedoch als der vorhandenen Komplexität einer Organisation keinesfalls ausreichend angemessen erkennbar. Die zentrale Aussage, dass „ein gemeinsames Werte- und Normsystem der Un-

ternehmensmitglieder (...) den internen Organisationsprozess (unterstützt d. Verf.) (Picot u.a. 2005, S.9), verweist sehr deutlich auf die Frage nach den als grundsätzlich ebenfalls als gegeben anzunehmenden Abstimmungsproblemen bereits allein innerhalb des informellen Systems. Interaktionsprozesse, als Basis des Verständnisses der Strukturbildung einer Organisation (s.o.), fußen auf den Normen und Werten, die sich in der Unternehmenskultur ausdrücken. Der Literatur zu entnehmende Ausführungen zur Unternehmenskultur lesen sich diesbezüglich in vielen Fällen als Idealvorstellungen, in deren Kern anerkannte, das Umfeld verstehbar, durchschaubar und berechenbar machende, allseits geteilte Regeln, Normen und Wertvorstellungen eine entsprechend ideale Unternehmenskultur ausmachen (u.a. Becker 2002; Münch 1995). Dennoch bleibt offen, ob und inwieweit tatsächlich von einer solch idealen und entsprechend notwendigerweise einheitlichen Unternehmenskultur ausgegangen werden kann, wenn gleichzeitig Einigkeit darüber besteht, dass sie als solche nicht gezielt herstellbar, sondern als evolvierend (Göbel 2002, S.263) zu verstehen ist.

Für die vorliegende Arbeit ergeben sich aus dem Genannten drei zentrale Erkenntnisse:

a) die Unternehmenskultur ist als bedeutsam für die organisationsinternen Abläufe und klimatischen Bedingungen zu verstehen und hat sowohl entsprechende Wirkung auf die Leistungsfähigkeit der Organisation als auch auf das Wohlbefinden bzw. die gesundheitliche Situation ihrer Mitglieder (vgl. Badura/Hehlmann 2003, S.8)
b) die Unternehmenskultur kann nicht „gemacht“, sondern lediglich in ihrer Entwicklung bzw. Ausrichtung flankierend gestaltet werden, d.h., es kann einzig der Versuch ihrer Ausrichtung über die bewusste Gestaltung förderlicher Rahmenbedingungen unternommen werden
c) aus den Feststellungen a) und b) folgt, dass eine Vernachlässigung der Beachtung der Unternehmenskultur mit negativen Konsequenzen für den Bestand, die Integration neuer Themen und Zielsetzungen und die weitere Entwicklung(sfähigkeit) der Organisation verbunden ist.

Das genannte aufgreifend und mit den Ausführungen der Dimension Macht und Führung verbindend erfordert die bewusste Arbeit an und mit der Unterneh-

menskultur die Integration der Kulturträger, als den Mitarbeitern und Führungskräften sowie des Systems Organisation, das die Kontextbedingungen für das Verhalten der Kulturträger darstellt (Sackmann 2009, S.19). Dabei bestimmen „...die Unternehmensstrategie bzw. die langfristigen Ziele des Unternehmens die Richtung für den Entwicklungs- bzw. Veränderungsprozess...“ (Sackmann 2009, S.19), was nochmals deutlich die Relevanz eines zugehörigen strategischen Managements auch für die Einführung eines Gesundheitsmanagements hervorhebt. Zusammenfassend kann grundlegend festgehalten werden, dass gegen das Interesse der Akteure und hierbei insbesondere den „organisatorischen Machteliten“ (Hanft 1998, S.67) eine Realisation von Organisationsentwicklungsprojekten und die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements „...auch über entsprechende strukturale und normative Voraussetzungen nicht erzwungen werden (kann d. Verf.)“ (Hanft 1998, S.67). Wenngleich die Bedeutung formaler Festlegungen und Rahmungen der Organisation in ihrer Wirkung mithilfe dieser Feststellung keineswegs negiert sondern weiterhin ihre Interdependenz mit dem informellen System als gültig verstanden wird, erfolgt insbesondere für die Frage der Nachhaltigkeit organisationaler Veränderungen eine deutliche Wertung. So kommen Fragen der Einstellungen der internen Akteure und sich daraus ableitender Haltungen und Verhaltensweisen, die wiederum weitergehende Wirkungen auf der Ebene der interpersonalen Beziehungen zeitigen, eine weitaus größere bzw. hinsichtlich der Annahme und Realisation von organisationalen Veränderungsvorhaben einflussreichere Rolle zu, als dies für die lediglich formalen Rahmungen unterstellt werden kann.

Die Bedeutung dieses Zusammenhangs ist aus Sicht der Arbeit ausdrücklich hervorzuheben. In seiner Relevanz für organisationale Entwicklungsprozesse zeigt er zentrale Auswirkungen auf in deren Verlauf entstehende Reibungen bzw. Reibungsverluste, den damit zusammenhängenden Ressourcenverbrauch und letztlich die grundlegende Leistungsfähigkeit der Organisation, im Zuge der Initiation wie auch Verstetigung anvisierter Veränderungen. Die Relevanz der Unternehmenskultur als Faktor der Ordnungsbildung zwischenmenschlicher Beziehungen (Göbel 2002, S.262) wird hinsichtlich der Frage nach der Reduktion diesbezüglich auftretender Reibungsverluste nicht nur ausdrücklich anerkannt, sondern der Kulturbegriff in den deutlich stärker ökonomisch ausgerichteten Begriff des Sozialkapitals überführt. Bereits an früherer Stelle dieser Ar-

beit kurz benannt, verdeutlicht schon die Begriffswahl des Sozialkapitals die Aufforderung seiner gleichrangigen Positionierung und Beachtung neben die bereits in der Organisationstheorie eingeführten Begriffe des Sach- und Humankapitals. Mithilfe dieser weitergehenden Rahmung bzw. Integration der Unternehmenskultur in den Sozialkapitalansatz vollzieht sich für die Gestaltung von Organisationsentwicklungsvorhaben eine deutliche Distanzierung vom bisweilen unverbindlich anmutenden „nice to have“ einer die Entwicklung tragenden Kultur, die als solche nur zu oft hinter das Primat der Strukturgestaltung als vorrangigem Part der Initiation und Realisation von Veränderungsprozessen zurücktritt. Die Bedeutung des informellen Systems sowie gültiger Normen und Werte, die durch und in der Unternehmenskultur vorherrschen, werden damit als letztlich auch monetär relevante Einflussgrößen organisationaler Prozessverläufe hervorgehoben. Ihre bewusste Rahmung durch die Gestaltung förderlicher Bedingungen als eine unverzichtbare Anforderung für mit geringen Reibungsverlusten verlaufende sowie nachhaltige (Veränderungs-)Prozesse in Organisationen wird gleichsam erkennbar.
„Auch Wertvorstellungen, Ziele, Gewohnheiten, Sichtweisen entwickeln sich in einem institutionellen Kontext, der eben bestimmte Präferenzen fördert und andere unterdrückt“ (Göbel 2002, S.270).

### 8.3.3 Sozialkapital - Transmissionsriemen für die Einführung Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Basierend auf einer „bestimmten sozialen Situation“, in der Kooperation entsteht (Spieß 2003, S.172), sind „...die Ziele der Akteure positiv aufeinander bezogen und erzeugen eine entspannte Atmosphäre, während sie in der wettbewerbsorientierten Situation in einem negativen Zusammenhang zueinander stehen und Spannungen zur Folge haben“ (nach Deutsch 1949, zitiert in: Spieß 2003, S.172). Gelingende Kooperation bedarf neben klaren Zielen, zugehörigen Normen und Werten, einer entsprechenden formalen Struktur und insbesondere dem Vorhandensein von Vertrauen, als einer ihrer grundlegendsten Voraussetzungen für eine wechselseitige Kommunikation sowie deren adäquater Qualität (Spieß 2003, S.172ff). Sozialkapital erleichtert folglich die Zusammenarbeit, unterstützt den Fluss wichtiger Informationen und ermöglicht die Identifikation mit Personen und Produkten, „weil es Sinnstiftung bei der Arbeit fördert, (...), weil

es die Beschäftigten unterstützt (...) gute Arbeit zu leisten und mit den dabei unvermeidlichen Ängsten und Hilflosigkeitsgefühlen fertig zu werden“ (Badura/Hehlmann 2003, S.10). Offensichtlich erkennbar stellen die benannten Elemente und Zusammenhänge der Kooperation und der Förderung des Sozialkapitals auch aus Perspektive der Gesundheitsförderung eine unabdingbare Anforderung dar und wirken somit gleichermaßen produktiv wie salutogen (Badura/Hehlmann 2003, S.10). Ihre zentrale Bedeutung für die Gesundheit wird vonseiten der Gesundheitswissenschaften nochmals eindringlich unterstrichen, wenn Hurrelmann feststellt: „Die sozialen Rahmenbedingungen, die den Ausgangspunkt jedes Stressprozesses bilden, können nicht durch individuelle Bewältigungsstrategien angegangen werden, sondern nur durch kollektive Handlungen...“ (Hurrelmann 1994, S.151). Die enge Verknüpfung des Sozialkapitals mit dem Humankapital wird hier deutlich erkennbar. Genau genommen zeigt sich, dass es dem Humankapital „vorgeschaltet“ und in diesem Sinne als förderliche bzw. gar als notwendige Voraussetzung adäquater „Wirksamkeit“ des vorhandenen sowie des zu entwickelnden Humankapitals in der Organisation zu verstehen ist. In diesem Zusammenhang tritt es neben die Kapitalarten des Human- und Sachkapitals, deren Bedeutung für den Unternehmenserfolg in Literatur und Praxis gleichermaßen anerkannt ist.

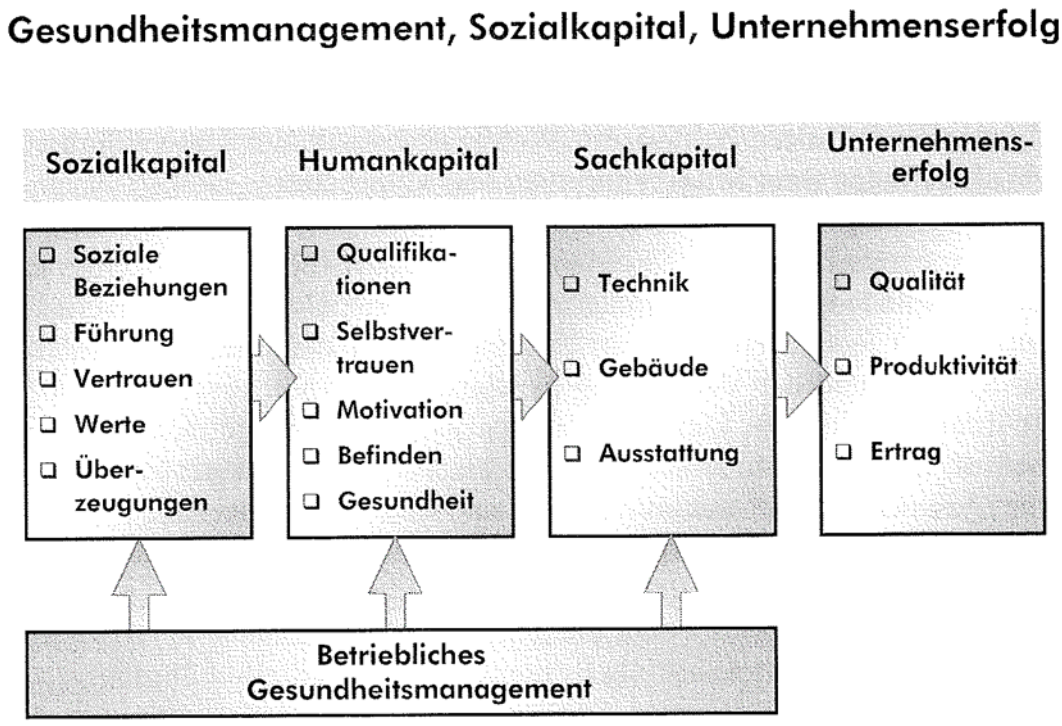


Abb. 16: Der Zusammenhang von BGM, Sozialkapital und Unternehmenserfolg
Quelle: Badura/Hehlmann 2003, S.10

Das Sozialkapital der Organisation fördern, bewusst an und mit ihm arbeiten zu wollen, verspricht sowohl wirtschaftlichen Nutzen, u.a. durch die Reduktion von Reibungsverlusten, wie es auch eine Anforderung sine qua non der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter darstellt.
Als Transmissionsriemen der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements bietet der Sozialkapitalansatz damit einen Ansatzpunkt, dessen bewusste Gestaltung per se zu einer organisatorischen Aufgabe gezählt werden sollte, da von einer Wirkung der Determinanten des Sozialkapitals auf reale Prozesse in der Organisation in jedem Fall ausgegangen werden kann. So ist zu konstatieren, dass alle optional gangbaren Wege der Realisation von Veränderungs- und Entwicklungsprozessen in Organisationen notwendigerweise vor dem Hintergrund des Verständnisses von Organisationen als sozialen Systemen zu betrachten sind.

Auch als organisationales Kapital bezeichnet (Osterloh u.a. 1998, S.106), spielt das Sozialkapital folglich für den Aspekt der „Pfadabhängigkeiten“ von Veränderungsprozessen sowie Prozessen der Generierung als auch der konkreten Nutzbarkeit von organisationalen Ressourcen eine entscheidende Rolle, da festgestellt werden kann, „...dass menschliche Leistungsfähigkeit in Organisationen je nach kultureller Basis, firmenspezifischer Eigenheiten oder kontinuierlicher Lernerfahrung unterschiedlich ausfällt“ (Osterloh u.a. 1998, S.106). Bereitschaft und Fähigkeit zur Realisation kontinuierlicher Entwicklung und ein entsprechend förderliches Klima in der Organisation, das insbesondere im Sozialkapital seinen Niederschlag findet, kann weder eingekauft noch kurzfristig „erschaffen“ werden. Daraus ist zu folgern, dass der Aufbau von bzw. die Arbeit an Werten und Normen in der Organisation, die im Rahmen des Sozialkapitals ihren Niederschlag finden, sowohl bereits aus rein ökonomischer Sicht als eben auch gesundheitlicher Perspektive sinnvoll ist: „Unternehmerisches Handeln gemäß ethischen Normen ist ökonomisch dann sinnvoll, wenn durch die Beachtung dieser Normen schädliches Verhalten von und gegenüber anderen Marktteilnehmern vermieden wird und deshalb *Transaktionskosten* abgesenkt werden können“ (Herv. i. Org.) (Drumm 1995, S.639).

Die besondere Bedeutung des Sozialkapitals auch und gerade für die Gesundheitsförderung erschließt sich sehr eindringlich aus der Feststellung, dass „Art,

Umfang und Qualität der sozialen Beziehungen eines Menschen (...) für seine seelische und körperliche Gesundheit von grundlegender Bedeutung (sind d. Verf.)“ (Badura 1993, S.72). Organisationen treten in diesem Zusammenhang notwendigerweise nicht nur als Arbeitsort, sondern vielmehr selbst als Lebensraum des Menschen in den Blickpunkt. Besonders aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht wird damit eine wichtige Perspektive eröffnet, da der Mensch als Individuum in diesem „Lebensraum Arbeitswelt“ nicht nur im Rahmen der ihm dort zugewiesenen Rolle bzw. Funktion agiert. Vielmehr sind die Grenzen zwischen den beruflichen als auch den vielfältigen Rollen im privaten Lebensbereich jedes Menschen - sofern überhaupt als vorhanden anzunehmen - als fließend zu betrachten. Immer als ganze und demzufolge komplexe Persönlichkeit agierend, kommen die vorhandenen Persönlichkeitseigenschaften und mit ihnen die Erfahrungen, Einstellungen, Werte und auch Bedürfnisse des Menschen zum Tragen und werden von den Individuen somit ebenfalls in den „Lebensraum Organisation“ eingebracht. Dieser zeichnet sich heute vorrangig dadurch aus, dass „...der einzelne kaum noch physische, dafür um so mehr soziale, kognitive und emotionale Herausforderungen bewältigen muss...“ (Badura 1993, S.72) und sich weitergehend auch soziale Beziehungen dergestalt gewandelt haben, dass sie die Gefahr beinhalten, „...ihren stabilen gruppenförmigen Charakter einzubüßen zugunsten eines Geflechts unterschiedlicher, eher instabiler Netzwerkbeziehungen“ (Badura 1993, S.73). In Punkt 1 dieser Arbeit sind diesbezügliche Veränderungen und Anforderungen der heutigen Arbeitswelt grundlegend dargestellt worden. Wesentliche Gefahren für Gesundheit und Leistungsfähigkeit resultieren dabei aus einem individuell wahrgenommenem Missverhältnis zwischen den Lebensbedingungen, Erwartungen und Zwängen, denen sich der Mensch gegenüber sieht, und seinen Bedürfnissen sowie den ihm gegebenen bzw. für ihn zugänglichen Fähigkeiten und Ressourcen und er dieses als bedrohlich für sein Wohlbefinden erlebt (Badura 1993, S.75). Engen sozialen Beziehungen kommen als einer, wenn nicht gar der wesentlichsten Ressource zur Belastungsbewältigung in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle zu, da sie für die „...Realitätskonstruktion, Gefühlsregulierung, Sinnstiftung und Verhaltensorientierung ...“ (Badura 1993, S.74) nach wie vor von grundlegender Bedeutung sind. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht werden diesbezüglich insbesondere die disziplinierenden und kontrollierenden Verhaltensauswirkungen menschlicher Beziehungen und die damit verbundene Förde-

rung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen durch soziale Bindungen hervorgehoben (Berkman/Breslow 1983, in: Hurrelmann 1994, S.111).
Innerhalb des „Lebensraumes“ Arbeitswelt bzw. Organisation kommt der Art und Weise, in der sich Interaktionen von Menschen vollziehen, ein hoher Stellenwert zu. Dies zeigt sich nicht nur hinsichtlich ihrer zentralen Bedeutung für Gesundheit und Wohlbefinden der Individuen, sondern gleichsam mit Wirkung auf das bereits benannte grundlegende Organisationsproblem, als dem „...Koordinations- und Motivationsproblem bei der Interaktion von Menschen in einer arbeitsteiligen Wirtschaft,...“ (Göbel 2002, Vorwort).
Die Arbeit an der Gestaltung organisatorischer Rahmenbedingungen des formellen und informellen Systems, die dazu beitragen, Deutungsmuster, Einstellungen und insbesondere Verhaltensweisen der Organisationsmitglieder dergestalt zu „rahmen“, dass sie Kooperation und Zusammengehörigkeitsgefühl fördern und also Reibungsverluste minimieren helfen, ist folgerichtig sowohl aus gesundheitsförderlicher als auch ökonomischer Sicht nicht nur erstrebenswert, sondern eine grundlegende Aufforderung zur Sicherstellung des Erhalts von Leistungsfähigkeit und Produktivität auf beiden Ebenen. Der Sozialkapitalansatz erscheint aus beiderseitiger Sicht ein gangbarer Ansatz, weil Sozialkapital die „...Zusammenarbeit erleichtert, den Fluss wichtiger Informationen fördert, die Berechenbarkeit von Entscheidungen (...) sowie Identifikation mit Personen und Produkten ermöglicht“ (Badura/Hehlmann 2003, S.10) und also auch Reibungsverluste minimieren und Zusammenarbeit verbessern hilft.

In diesem Sinne stellt das Sozialkapital nicht nur die wichtige Verbindungslinie zwischen Human- und Sachkapital als bereits etablierte Größen organisatorischer Einfluss- und Rahmenbedingungen der Interaktionen in einer Organisation dar: „von „Sozial“-kapital ist die Rede, weil dieses Kapital aus sozialen Strukturen besteht“ (Göbel 2002, S.263). Über den Fokus auf sich konkret vollziehende Interaktionen hinaus ist der Sozialkapitalansatz folglich optional selbst als Hinweisgeber zur Rahmung des sozialen Systems Organisation zu verstehen, weil er grundlegend aus zwei Komponenten bestehend beschrieben werden kann:

- dem Beziehungskapital
  (beschreibt den Umfang und die Qualität der Beziehungen)
- dem Überzeugungs- und Wertekapital

(bezeichnet Gemeinsamkeiten im Denken, Fühlen und Handeln der Akteure) (u.a. Badura 2006).

Dass das Sozialkapital entsprechend nur im Rahmen von Beziehungen zu anderen Menschen entstehen kann und in diesem Sinne eine „interpersonale Transaktion“ (Hurrelmann 1994, S.115) darstellt ist offensichtlich. Gleichfalls wird darin deutlich, dass die Bedingungen, innerhalb derer sich Beziehungen abspielen, einen wesentlichen Einfluss auf deren Verlauf und „Qualität“ zeitigen. Insbesondere für Organisationen, als einem vorrangig der Sicherstellung der Erreichung des Unternehmensziels und also nicht dem sozialen Austausch verpflichteten „Rahmen“ interpersonaler Transaktionen ist die Frage nach deren Strukturmerkmalen für die Entstehung von Sozialkapital relevant.

Neben die grundsätzlichen Strukturmerkmale der

- Größe (Zahl der miteinander verbundenen Individuen)
- Häufigkeit (Anzahl der Kontakte)
- Intensität (individuelle Bewertung der Bedeutung der Kontaktinhalte)
- Dauerhaftigkeit (zeitlicher Bestand des Kontaktes)

(Hurrelmann 1994, S.116), treten im Rahmen von Organisationen für das Entstehen von Sozialkapital zusätzlich die Merkmale

- Ort (räumliche Bedingungen, die auch den persönlichen, physischen Kontakt ermöglichen)
- Organisationskultur (Werte und Normen, die im Sinne von Verhaltenssicherheiten und Vertrauensgrundlagen Kontakte flankieren)
- Führungsstil
- Organisationsstruktur (Zugänglichkeit von Positionen sowie grundlegend der Gestaltung von Bedingungen für Interaktionen)

(Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes 2005, S.22ff) in den Blickpunkt.

Die genannten Strukturmerkmale können als Konkretisierungen der Bedingungen als auch Ansatzpunkte zur Gestaltung des formellen und informellen Systems einer Organisation interpretiert werden. Ihre letztliche Qualität und damit Relevanz für reibungslose Abläufe in der Organisation einerseits und die Realisation salutogener Potenziale andererseits hängt im Wesentlichen von ihren Ausprägungen, mit Wirkung auf die emotionale (Wertschätzung und Akzeptanz), die instrumentelle (tatkräftig helfendes Verhalten), die informationelle (Zugang zu und zur Verfügung stellen von Informationen und Kenntnissen) und

die Einschätzungsunterstützung (Angebote zur Lösung von Problemen) ab (nach House 1981, in: Hurrelmann 1994, S.116).
Die ausgeführten Aspekte zusammenfassend, können vereinfacht die Kategorien der

- sozioemotionalen Hilfe (Zuneigung, Verständnis, Wertschätzung, Akzeptanz,...)

und der

- instrumentellen Hilfe (Information, Rat, Hilfe bei alltäglicher Arbeit,...)

(nach Thoits 1983, in: Hurrelmann 1994, S.116) als zentral für ein positiv verstandenes Sozialkapital benannt und die Komponenten des Beziehungs- und Überzeugungs- sowie des Wertekapitals (Badura 2006) als ergänzende Beschreibungen angesehen werden.

Ein auf diesen Komponenten basierendes, aus ökonomischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht relevantes Verständnis von Sozialkapital führt weitergehend zu der Frage seiner Gestaltung bzw. Förderung in der Organisation. Die Ausrichtung auf das als handlungsleitend zu unterstellende bzw. anzumahnende Unternehmensziel ist diesbezüglich als eine zwingende Grundbedingung anzusehen. Eine andere, „ein relativ geschlossenes soziales Netzwerk, von Leuten, die sich persönlich kennen,..“ (Göbel 2002, S.264), als Rahmenbedingung der Entstehung von Sozialkapital zu ermöglichen, wirft insbesondere im Hinblick auf die Größe der Organisation bzw. der Organisationseinheit Fragen auf. Wenngleich das Engagement und die Kooperationsbereitschaft in kleineren Einheiten als größer und diese in ihrer Unterstützungsfunktion als verlässlich sowie „...belastbar und relativ umfassend versorgend...“ (Hurrelmann 1994, S.117) angesehen werden können, so bergen sie gleichzeitig die erhebliche Gefahr, über ein sich ausbildendes Netz starker Normen und Regelungen sowie deren Kontrolle zu deutlichen Einschränkungen und Fremdbestimmung ihrer Mitglieder zu führen (Hurrelmann 1994, S.117). Neben den damit optional verbundenen pathogenen Wirkungen ist aus ökonomischer Sicht gleichfalls das Risiko der „Abkopplung“ und somit des Steuerungsverlustes einzelner Einheiten zu befürchten. Damit verbunden wären negative Auswirkungen auf die Leistungs- und Entwicklungsfähigkeit der Organisation.

Ein ausgeprägtes Sozialkapital ist folglich nicht per se, sondern tatsächlich nur im Rahmen der in dieser Arbeit benannten Definition von Göbel (2002) als positiv anzusehen, die in Anlehnung an Coleman explizit auf Strukturen verweist, die geprägt sind von Vertrauen, Solidarität, Hilfsbereitschaft,... (Göbel 2002, S.264). An diesen immer wieder bewusst zu arbeiten ist folglich als eine organisationale Aufgabe zu verstehen, die ihren Ausgangspunkt - wie beschrieben - in der Dimension Macht und Führung und ihren zugehörigen Instanzen findet.

## 8.4 Kommunikation und Lernen

### 8.4.1 Organisationales Lernen – eine Rahmenidee

Sind für die Organisationsentwicklung insbesondere externe Berater bzw. speziell geschulte und benannte Change Agents als Begleiter eines zielorientierten Veränderungsprozesses innerhalb der Organisation bzw. definierter Einheiten anzusehen, findet in der lernenden Organisation Wandel nicht nur auf allen Ebenen, sondern ebenso in der gesamten Organisation statt (Becker 2002, S.415 ff). Ganz grundsätzlich kann unter organisationalem Lernen „...die Veränderungsfähigkeit von Organisationen in Wechselwirkung mit sich verändernden Umwelten verstanden werden“ (Hanft 1998, S.47). Die Autorin verdeutlicht, dass es hierbei nicht um einen bloßen Anpassungsprozess der Organisation an sich verändernde Umweltbedingungen geht, was in diesem Sinne gleichfalls als relativ eindeutig abgrenzbare und zielorientierte Entwicklungsaufgabe verstanden werden könnte. Vielmehr fokussiert das organsiationale Lernen auf einen „Gestaltungs- und Umgestaltungsprozess“ (Hanft 1998, S.46), der sich in Wechselwirkung der Organisation mit sich verändernden Umwelten vollziehen muss.

In den theoretischen Ansätzen zum organisationalen Lernen wird deutlich, dass, wenngleich nicht die Organisation als solche lernt und lernen kann, für den Prozess des organisationalen Lernens von Bedeutung ist, dass sich Lernen nicht auf einzelne Experten oder Beschäftigte beschränkt. Die Organisation lernt dann dergestalt als Ganzes, dass Wissen unabhängig von einzelnen Individuen generiert und vermehrt werden kann (Ritter 2003, S.108). Zum Tragen kommt diesbezüglich, dass eine Organisation nach wie vor als ein Konstrukt

bzw. ein soziales Gebilde zu verstehen ist, das nur über das zweckgerichtete Handeln seiner Mitglieder existiert und sich das zur Realisation von Gestaltungs- und Umgestaltungsprozessen erforderliche Lernen in und durch Individuen und deren Interaktion vollzieht (Hanft 1998, S.48). Entsprechend betonen Arnold/Bloh, dass für das organisationale im Gegensatz zum individuellen Lernen andere Inhalte charakteristisch sind und das organisationale Lernen „...insbesondere auf die alltäglichen Gebrauchstheorien („theory-in-use“) der Organisationsmitglieder, d.h. auf ihre geteilten Deutungen und Visionen über die Routinen und Strategien im betrieblichen Alltag“ (Arnold/Bloh 2003, S.18) abzielt.

| | **Individuelles Lernen** | *Lern-Brücken* | **Organisationales Lernen** |
|---|---|---|---|
| **A Inhalte** | Fachwissen sowie Sozial- und Methoden-Kompetenz | Schlüsselqualifikationen / Moderation und Partizipation | geteilte Deutungen und Visionen von Routinen und Strategien (Deutungs- und Interpretationswissen) |
| **B Ziele** | individueller Kompetenzerwerb | Gestaltungskompetenz / Mitarbeiterorientierung | Entwicklung von Unternehmenskultur und kollektiver Wissensbasis |
| **C Formen** | eher institutionalisierte individuelle und soziale Lernprozesse | Umgang mit Unsicherheit / gezielte Irritation | eher alltäglich-beiläufiges Lernen (durch Kooperations- und Führungserfahrung) |
| **D „Lehrer“ bzw. Lernagenten** | Ausbilder, Weiterbildner und Führungskräfte | Lehr-Lern-Gefälle / kein Lehr-Lern-Gefälle | alle Organisationsmitglieder |
| **E Lernergebnis** | Kognition und Kompetenz als Ergebnis-„Speicher“ | Handlungslernen / Transparenz u. Veränderbarkeit | Reglements, Organisationshandbücher, Betriebserfahrung |

Abb. 17: Individuelles und organisationales Lernen – zwei Seiten eines Prozesses

Quelle: Arnold 2000, in: Arnold/Bloh 2003, S.9

In Entsprechung bei Hanft (1998) betonen auch Arnold/Bloh (2003) die Bedeutung der Interaktionsprozesse der Organisationsmitglieder und die damit verbundenen alltäglichen Kooperations- und Führungserfahrungen als wesentliches Medium des organisationalen Lernens und führen aus, dass sich in des-

sen Zusammenhang die Weiterentwicklung der Organisation vorrangig über die geteilten Deutungen, Visionen und Interpretationen ihrer Mitglieder und somit vorrangig auch als alltäglich-beiläufiges Lernen vollzieht (Arnold/Bloh 2003, S.19). Dass diese Lernprozesse jedoch keinesfalls als unabhängig von strukturalen Merkmalen der Organisation gesehen werden dürfen, fasst Sattelberger eindringlich zusammen, wenn er ausführt, dass „organisatorische und individuelle Entwicklungsprozesse (...) Lernprozesse einer lernenden Organisation im Spannungsfeld von Strategie, Struktur und Kultur ...“ (Sattelberger 1991, S.15) sind. Lern- und Entwicklungsprozesse auf individueller als auch organisatorischer Ebene sind demzufolge als interdependent zu verstehen. „Individuelle Lernprozesse generieren zu organisationalem Lernen, wenn erstens die Transmission von individuellem Wissen auf andere Organisationsmitglieder gelingt und so von Organisationsmitgliedern gemeinsam getragenes Wissen entsteht und wenn zweitens dieses Wissen strukturale Folgen hat“ (Hanft 1998, S.48). Wie auch bereits unter dem Begriff der „Geschichtlichkeit“ bzw. der „Pfadabhängigkeit des Wandels“ von und in Organisationen in dieser Arbeit ausgeführt, gilt auch für die strukturale Verankerung von Wissen in Organisationen, dass dieses durch bestehende „strukturale Rahmenbedingungen“ der Organisation und demzufolge dem vorhandenen Wissen und Denken der Organisationsmitglieder beeinflusst wird (Hanft 1998, S.48). Ganz konkret führt die Autorin aus: „...was Organisationen lernen ist abhängig davon, was von Organisationsmitgliedern an Wissen und Denken bereits gemeinsam geteilt und gelebt wird“ (Hanft 1998, S.48).

Unter diesen Voraussetzungen Gesundheit fördern und Betriebliches Gesundheitsmanagement einführen zu wollen, bedeutet in der Praxis auf vielfältige, je individuelle Vorstellungen, Wissensstände und insbesondere Erwartungen zum Themenfeld Gesundheit und seiner zentralen Einflussvariablen zu treffen. Von einem bereits geteilten, geschweige denn gemeinsam gelebten Gesundheitsverständnis kann entsprechend sicherlich nicht ausgegangen werden.

In Anlehnung an das insbesondere vonseiten der Systemtheorie betonte Verständnis von Individuen und Organisationen als „autopietischen[10] Systemen“ verweist das oben Genannte darauf, dass diese „...nur bedingt durch ihre Umwelt determiniert werden können,...“ (Geißler 2003, S.74). Eine auch für Orga-

[10] aus sich selbst heraus entstehend (Beckhausen u.a. 2004, S.69).

nisationen als gültig angenommene Erklärung dieses Umstandes gibt Weiß mit Blick auf das Individuum sehr eindrücklich: „Individuen verarbeiten nur die Informationen, die ihnen nützlich, interessant und/oder kompatibel mit bestehendem Wissen erscheinen“ (Weiß 1998, S.98). Folgt man Geißler, der bzgl. des organisationalen Lernens auf „...individuelles Lernen unter den spezifischen Bedingungen einer Organisation...“ (Geißler 1998, S.133) abhebt, was, wie Hanft (1998, S.51) entsprechend ausführt, einen Prozess darstellt, der die Aufnahme, Bewertung, Akzeptanz und schließlich Verankerung individuellen Wissens in den Deutungsschemata auch anderer Organisationsmitglieder bezeichnet, und sich demnach „... in Interaktionsprozessen zwischen den betrieblichen Akteuren...“ (Hanft 1998, S.52) vollzieht, wird die Bedeutung und Tragweite des Genannten für Fragen des Lernens und der Entwicklung bzw. Veränderung von und in Organisationen offensichtlich. Inwieweit Individuen und also Organisationen „von außen“ auf sie einwirkende Informationen und Interventionen wahr- und aufnehmen, wird weitestgehend durch die in ihnen bzw. den Organisationseinheiten vorherrschenden Beziehungs- und Deutungsmuster bestimmt.

Als zentrale Bezugspunkte der Gestaltung von Organisationen und folglich Determinanten der Beziehungs- und Deutungsmuster der in ihnen tätigen Mitarbeiter lenkt Geißler diesbezüglich den Blick auf sog. acht organisationale Komponenten (Geißler 2003, S.76ff). Diese bilden im weitesten Sinne gleichermaßen das Fundament wie auch den Handlungsrahmen der Organisation und sind, so die Feststellung des Autors, selbst nochmals in zwei Gruppen unterteilbar:

Gruppe a)

- Werte
- soziale Beziehungen
- Hedonismus
- Kritik

Gruppe b)

- Arbeit
- Ordnung
- Tausch
- Auseinandersetzung

(Geißler 2003, S.76f).

Geißler weist ausdrücklich darauf hin, dass die erstgenannte Gruppe der organisationalen Komponenten als Voraussetzung sowie gleichsam als Fundament der nachfolgenden Gruppe zu verstehen ist, da diese darlegen, warum Menschen in Organisationen arbeiten, sich innerhalb dieser Ordnungen ausbilden

und Bestand haben und also begründen, „...was Organisationen dazu bewegt, die Komponenten des Tausches und der Auseinandersetzung zur Entfaltung zu bringen oder zu unterdrücken“ (Geißler 2003, S.76). Beide Gruppen beeinflussen folglich die Interaktionsprozesse der Organisationsmitglieder und werden wiederum durch diese beeinflusst. Sie stellen somit eine zentrale Basis der Ausbildung der sog. „cognitive maps“ der Organisationsmitglieder dar, die sich „...einerseits durch direkte Erfahrung, andererseits durch indirekte, in Kommunikationsprozessen vermittelte Vorstellungen über die Organisation“ (Hanft 1998, S.35) herausbilden. Diese kognitiven Abbildungen der Organisation, die vonseiten der Mitglieder entwickelt und deren „...Gültigkeit im Zuge organisationalen Handelns...“ (Geißler 2003, S.86) überprüft werden, bilden in diesem Sinne „...die soziale Ordnung der Organisation und strukturieren den Handlungsrahmen der Akteure“ (Hanft 1998, S.36).

Veränderungen in einer der beiden Gruppen als auch bei einzelnen der acht organisationalen Komponenten zeigen - gemäß systemtheoretischen Verständnisses (u.a. Schlippe v./Schweitzer 2003) - Wirkung im System „Organisation“ oder einzelnen seiner Teile und können somit zu Veränderungen derselben beitragen. Unter der Prämisse bewusst intendierter Veränderung bzw. der Gestaltung und Erhöhung der Reflexionsfähigkeit und Lernbereitschaft von Organisationen als Basis ihrer Entwicklungsfähigkeit, wozu das organisationale Lernen einen wesentlichen Beitrag leisten will, gilt es sich innerhalb der Organisation auch über das Vorhandensein und die Wirkung bestehender „cognitive maps“ und ihrer Strukturdeterminanten bewusst zu werden. Das bedeutet nicht zuletzt, diese auch in das Bewusstsein der betrieblichen Akteure zu heben und damit einer Reflexion zugängig zu machen. Laut Geißler müsse Organisationslernen entsprechend vorrangig Kommunikationslernen sein und Metakommunikation werde damit zum „...wichtigsten Medium von Organisationslernen“ (Geißler 2003, S.86). Gleichwohl bleibt festzuhalten, dass in und mit diesem Prozess nicht nur auf intendiertes, formales Lernen, sondern gleichwohl sehr bewusst auch auf sog. arbeitsimmanente Lernprozesse abgehoben wird (hierzu sowie weitergehend zu Bedeutung und Ansätzen von formalem, non-formalen und incidential-learning siehe u.a. Schiersmann/Remmele 2002; Baethge/Schiersmann 1998). Diese vollziehen sich „... durch die Auseinandersetzung mit Arbeitsaufgaben und Organisationsbedingungen sowie mit internen

und externen Kooperationspartnern...“ (Baitsch 1998, S.276) und können durch die bewusste Gestaltung von Kontextbedingungen angestoßen und förderlich beeinflusst werden. Ihre Bedeutung im Hinblick auf Fragen des Organisationslernens erhalten sie nicht nur zuletzt aus ihrer Relevanz für die Entwicklung grundlegender kognitiver und sozialer Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie zentraler Persönlichkeitsmerkmale, sondern auch durch ihre Wirkung für den „...Aufbau von Normen, Werthaltungen und Identitätsstrukturen“ (Baitsch 1998, S.269).

### 8.4.2 Kommunikation und Lernen als zentrale Aspekte zur Förderung eines Gesundheitsmanagements

Wie ausgeführt, zielt das organisationale Lernen vorrangig auf die sog. „theories in use“, arbeitet folglich an und mit „...geteilten Deutungen und Visionen über die Routinen und Strategien im betrieblichen Alltag...“ (Arnold/Bloh 2003, S.28) und macht Lernen damit zu einem Aspekt der Kulturentwicklung im Unternehmen (Arnold/Bloh 2003, S.28). Dabei gilt es jedoch auch die Relevanz der offiziellen Handlungstheorie, der sog. „espoused theory“ (u.a. Probst 1992, S.473), im Sinne eines weiterhin zentralen Rahmens mit Wirkung auch auf das organisationale Lernen zu berücksichtigen. Wenngleich diese Resultat unternehmenspolitischer Vorstellungen und zuförderst Ergebnis zentraler Entscheidungen des Top-Managements ist, stellt ihre Verortung im Rahmen von Leitbildern, Projekten, Strategien, Strukturen und Zielsetzungen des Unternehmens selbst einen wesentlichen Bezugsrahmen der Entwicklung individueller kognitiver Strukturen der Mitarbeiter dar, der es diesen ermöglicht, sich in der Organisation zu orientieren, deren Handlungen zu verstehen und ihre eigenen Verhaltensweisen den Erfordernissen des Gesamtsystems anzupassen (Probst 1992, S.474). Organisationslernen ist dann folglich eher als Organisationsprozess denn als individueller Prozess zu verstehen, der durch soziale, politische und strukturelle Faktoren beeinflusst wird (Fatzer 2003, S.101). Einheitliche Vorgaben zur Rahmung und Verlaufsfestlegung der Gestaltung von organisationalem Lernen kann es dementsprechend nicht geben. Jede Organisation steht vor der Aufgabe, sich ihr Lernziel selbst zu erarbeiten und zu berücksichtigen, dass sich das Lernen selbst immer in der Interaktion der Organisationsmitglieder vollzieht (Krämer-Stürzl 1997, S.90). Die Institutionalisierung von organisationa-

lem Lernen schließt dabei sowohl Ausprägungen formellen als auch informellen Lernens ein und vollzieht sich notwendigerweise auf verschiedenen Ebenen der Organisation (Fatzer 2003, S.102).

Einigkeit besteht in der wissenschaftlichen Literatur dahingehend, dass auch für das organisationale Lernen idealtypisch drei Ebenen zu unterscheiden sind:

- Lernprozesse der Organisation
- Gruppenlernprozesse
- Individuelle Lernprozesse

(u.a. Arnold/Bloh (Hrsg.) 2003; Geißler 2003 und 1998; Sattelberger 1991). Wenngleich Zink/Steinmetz (2004, S.99) die benannten Ebenen noch um die

- Schaffung und Weiterentwicklung einer Lernkultur der Organisation („Lernen lernen“)

ergänzen und Arnold (1997, in: QUEM-report Heft 75 2002, S.68) weitergehend fordert auch die Ebene des

- interorganisationalen bzw. gesellschaftlichen Lernens

einzubeziehen, zeichnen sich lernende Organisationen im Kern durch die Verknüpfung von Lernprozessen auf den drei erstgenannten Ebenen aus, mithilfe derer sie „...Lernprozesse mit hohem Tiefenniveau anstelle von Oberflächenkosmetik realisieren“ (Sattelberger 1991, S.16).

Die Lernebene der Organisation ist - auch mit dem Verweis auf die relevante Integration systemtheoretischer Sichtweisen - bereits grundlegend dargestellt worden. Unter dem besonderen Fokus der Bedeutung „klimatischer“ Bedingungen in der Organisation ist die Relevanz „...des Lern- und Entwicklungsklima in der Organisation und bestehender Macht- und Einflussverhältnisse“ (Hanft 1998, S.67) als Grundvoraussetzung der Initiation des organisationalen Lernens zu betonen. Erkennbar wird hierin ein zentraler Wechsel auch im Fokus der Wahrnehmung der Bedeutung bzw. der Wirkungsrichtung organisationalen Lernens. Der Ansatz des „Lernens für die Organisation“ tritt deutlich hinter ein Verständnis zurück, das den „...sozialisatorische(n d. Verf.) Aspekt eines >Lernens durch die Organisation<...“ (Herv. i. Org.) (Arnold 1997, S.49) betont, womit jedoch, wenngleich das Individuum stärker in den Fokus rückt, weniger eine vorrangig „individualpädagogische“ (Arnold 1997, S.49) Ausrichtung des organisationalen Lernens erfolgt, als vielmehr die Einbindung individueller Lernprozesse in organisationale Prozesse betont wird. Wie Münch (1995, S.41ff) erläuternd

ausführt, ist das lernende Unternehmen dementsprechend nicht nur Träger verschiedener Lernorte, zu denen der Arbeitsplatz ebenso zu zählen ist wie u.a. auch die Lehrwerkstatt oder der innerbetriebliche Unterricht (u.a. Arnold/Münch 1996, S.41). Vielmehr muss es sich selbst insbesondere als Metalernort (Münch 1995, S.41ff) begreifen. Als solcher steht das Unternehmen im Austausch mit seiner „sozialen und ökonomischen Umwelt“ (Münch 1995, S.42) und wird damit selbst zum Lernsubjekt. Gleichfalls – und Münch selbst bezeichnet beide Begriffsverwendungen als Abstraktion - wird es zum Lernobjekt, indem das Lernen seiner Mitarbeiter auf den Erhalt und die Förderung der Entwicklungs- und Problemlösefähigkeit des Unternehmens selbst gerichtet ist (Münch 1995, S.42). Den genannten Zitaten von Krämer-Stürzl (1997) und Fatzer (2003) folgend, muss eine Organisation folglich ihre (Lern)Ziele selbst definieren und wird somit selbst zum Lernsubjekt. Der Prozess der Adaption und schließlich Integration demgemäß gesetzter Lernziele in die Organisationsstruktur wiederum bedarf eines kollektiven Handelns der Organisationsmitglieder. Dessen Grundlage ist selbstverständlich auch ein individuelles Lernen, durch das Veränderungen im Denken und Handeln zugrunde gelegt und Kompetenzen entwickelt werden sollen (Tremper 2000, S.166). Insbesondere in der Interaktion mit anderen Organisationsmitgliedern werden neue Haltungen sowie Fähigkeiten und erworbenes Wissen auf die Routinen und Normen in der Organisation angewendet, reflektiert sowie variiert (Tremper 2000, S.166). Die Organisation selbst bietet für diese Prozesse den Kontext und fungiert damit sowohl als „Lernimpulsgeber“ (Tremper 2000, S.166), als auch als „Lernobjekt“, indem sie selbst zum Gegenstand von Veränderung wird.

Erkennbar werden auch hier die Bedeutung jeder einzelnen sowie die Interdependenz der benannten Ebenen des Lernens: Organisation, Gruppe (bzw. Interaktion der Organisationsmitglieder) und Individuum im und für das organisationale Lernen. Dobischat (1999, S.653) verweist in diesem Zusammenhang auf die „Renaissance des Arbeitsprozesses als Lernfeld“. Die Bedeutung individueller Lernprozesse im organisationalen Lernen und ihre Interdependenz mit den organisationalen Rahmenbedingungen wird vonseiten Hanft eindrücklich dargelegt, wenn sie ausführt, „allen Objekten und Situationen, mit denen wir im Alltagsleben konfrontiert sind, werden Bedeutungen zugeschrieben, in die sowohl aktuelle Erfahrungen aus anderen Handlungskontexten als auch in der Biogra-

phie erworbenes Wissen einfließen, und diese Bedeutungszuschreibungen beeinflussen die Konstruktion von Handlungsstrategien“ (Hanft 1998, S.48). Dass die benannten Mechanismen und Zusammenhänge selbstverständlich auch unter der Fragestellung des Erhalts von Gesundheit und Leistungsfähigkeit bedeutsam und somit insbesondere auch im Zusammenhang des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von immenser Wichtigkeit sind, wird u.a. in gesundheitssoziologischen Ansätzen deutlich. So „...wird gesundheitsrelevantes Verhalten als im sozialen Kontext erlerntes und lebensgeschichtlich erworbenes soziales Verhalten verstanden“ (Hurrelmann 1994, S.158) und bedarf der reflexiven „...Beziehung eines Menschen zu seinen existentiellen Lebensbedingungen auf der einen und seinem eigenen Körper und der inneren Struktur von Bedürfnissen, Motiven und Interessen auf der anderen Seite...“ (Hurrelmann 1994, S.161). Die in diesem Zusammenhang zu leistende Aufgabe des Individuums ist die gelingende Identitätsbildung als „...zufriedenstellende Kontinuität des Selbsterlebens...“ (Hurrelmann 1994, S.164) im Rahmen des dargelegten „Interaktions- und Koordinationsprozesses“ (Hurrelmann 1994, S.164). Gesundheit selbst kann in diesem Zusammenhang als die „...Fähigkeit zum dauerhaften Erhalt und zur Weiterentwicklung der individuellen Handlungsstruktur“ (Ducki 2000, S.63) verstanden werden. Die aktive Auseinandersetzung mit der Umwelt und insbesondere auch der je eigenen Arbeitswelt stellt für den Erhalt von Gesundheit dann ein ebenso zentrales Merkmal dar, wie sich diese in einer „dauerhaften Lernfähigkeit“ (Ducki 2000, S.63) begründet.

Den Ausführungen folgend wird deutlich, dass ex ante der „Vereinbarungsphase“ und der tatsächlichen Realisation des Umsetzungsprozesses zur Integration eines Gesundheitsmanagements in der Organisation zentrale Prozessschritte mit Effekten auf nachfolgend entstehende Transaktionskosten vollzogen werden sollten. Die Einbindung der Führungskräfte sowohl als das Gesundheitsmanagement aktiv in ihren Aufgaben- und Verantwortungsbereich integrierende Prozessverantwortliche als auch optimalerweise als Promotoren und aktive Vorbilder für die Idee des Gesundheitsmanagements nimmt diesbezüglich einen wichtigen Platz ein. Wie bereits dargelegt, ist eine Organisation weder auf Basis ihrer formellen Strukturen eindeutig herstellbar noch als eindeutig steuerbar zu verstehen. Vielmehr präsentiert sie sich als Interaktionssystem, bestehend aus dem Zusammenspiel formeller und informeller Strukturen, wobei den letztgenannten, als Rahmung der „sozialen Rationalität“ (Becker 2002, S.52) ei-

ne gleichsam wichtige Rolle für Fragestellungen des Erhalts von Gesundheit und Leistungsfähigkeit zukommen. Dass diesbezüglich eine reine Information der Führungskräfte über die Einführung eines Gesundheitsmanagements und die mit diesem anvisierten Ziel als keineswegs ausreichend anzusehen ist, wird offenkundig. Vielmehr gilt es im Zusammenhang der mit dem Gesundheitsmanagement verbundenen Zielperspektiven, den Blick auf für deren Realisation notwendigerweise begleitend zu installierende bzw. zu modifizierende Strukturen in der Organisation ebenso zu richten wie auf die Frage nach insbesondere aufseiten der Führungskräfte auf- bzw. auszubauende Kompetenzen. Dass hier neben der begleitenden Entwicklung von Fach- und Methoden- im besonderen auch die Arbeit an Sozial- und Persönlichkeitskompetenzen angesprochen ist, erklärt sich von selbst. So dient dieser Prozessschritt dazu, neben der Vermittlung von Handlungssicherheit aufseiten der Führungskräfte auch deren Akzeptanz für das Vorgehen und die Wahrnehmung ihrer Rolle als aktiv Handelnde im Bereich der Arbeit an und mit formellen und informellen Strukturen gleichermaßen herzustellen. Das verweist darauf, dass die für das Gesundheitsmanagement optional begleitend zu gestaltenden formellen Strukturen, zu denen z.B. die bewusste Integration von Kommunikations- und Interaktionsanlässen in der Organisation gehören können, auch bereits im Vorfeld bzw. begleitend zu den Maßnahmen zur Kompetenzentwicklung festzulegen sind. An den bei Drumm (1995, S.533ff) beschriebenen Schrittfolgen eines strategischen Personalmanagements orientiert, kann diesbezüglich vergleichbar festgehalten werden, dass auch hier den Führungskräften die Aufgabe zukommt, Handlungs- und Unterstützungsbedarfe zur Realisation des Gesundheitsmanagements in ihrem Verantwortungsbereich zu erkennen und einzuordnen, förderliche Maßnahmen ihrer Bearbeitung zu initiieren und (mit-) zu gestalten sowie grundsätzlich Mitarbeiter anzuhalten und darin zu begleiten, die strategische Ausrichtung der Organisation anzunehmen und durch eigenverantwortliches Handeln im Rahmen des je individuellen Einflussbereichs umzusetzen.

Zu den diesbezüglich relevanten Kompetenzen auf Seiten der Führungskräfte gehören im Bereich der Fach- und Methodenkompetenz sicherlich die Integration gesundheitswissenschaftlicher und auch systemtheoretischer Grundlagen. Für eine adäquate Umsetzung der geforderten Initiation und Begleitung von idealiter am double-loop-learning orientierten Lernprozessen, die sowohl die Integration der Mitarbeiter in die strategische Ausrichtung der Organisation si-

cherstellen als auch deren eigenverantwortliches Handeln ermöglichen und fördern sollen, ist in Orientierung an Schein „...das Design und das Management von Prozessen...“ (Schein 2000, S.15), mit dem Ziel der Erhöhung der Lern- und Reflexionsfähigkeit des Klientensystems (Schein 2000, S.38) von besonderer Bedeutung. Persönliche und soziale Kompetenzen in den Bereichen der Kommunikation, der Emphatie, der Konfliktfähigkeit bzw. der Fähigkeit zur Konfliktbewältigung und auch der persönlichen Reflexivität, die nicht zuletzt auch dem Aufbau und Erhalt von sozialen Beziehungen dienen, nehmen hier einen zentralen Platz ein.

### 8.4.3 Lernniveaus und ihre Relevanz für das Gesundheitsmanagement

Mit Blick auf den Erhalt sowie idealiter die Steigerung von Arbeitsfähigkeit bzw. Produktivität und Gesundheit ist die dauerhafte Herstellung von Orientierungs- und Handlungsfähigkeit eine zentrale Anforderung für Individuen wie Organisationen - gemäß ihrem Verständnis als soziale Gebilde - gleichermaßen. Für die Ebene der Organisation beschreibt Arnold als Aufgabe des organisationalen Lernens diesbezüglich die geteilten Deutungen und Visionen der Organisationsmitglieder über „...die Routinen und Strategien im betrieblichen Alltag a) ins Bewusstsein zu heben, b) zu reflektieren und c) durch die Initiierung geeigneter Lernprozesse zu transformieren“ (Arnold 1997, S.63). Insbesondere unter den Rahmenbedingungen heutiger Wirtschafts- und Arbeitswelt spielen das Lernen und die Generierung von Wissen in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle (u.a. Mandl/Winkler 2004; QUEM-report, Heft 75 2002; Henning 2001). Sehr deutlich ist dabei jedoch zwischen der reinen Weitergabe von und dem Umgang mit Informationen einerseits und deren Transformation zu tatsächlich nutzbarem und in der Organisation verankertem Wissen andererseits zu unterscheiden. Letztgenanntes entsteht erst durch die Einbettung von Informationen in bereits bestehende Erfahrungskontexte – sog. kognitiver Landkarten – welche wiederum die Aufnahme von Informationen aus der Umwelt steuern (u.a. QUEM-report, Heft 75 2002, S.74ff). So werden Informationen erst dadurch zu Wissen transformiert, dass sie auf Basis vorhandenen Vorwissens sowie Einstellungen und Deutungsmustern interpretiert, in diese integriert und somit „...Bestandteil der persönlich verfügbaren Handlungsschemata werden“ (Osterloh u.a. 1998, S.123). Die generelle und damit exakte Transferierbarkeit von

Wissen wird mit dem Hinweis auf die Bedeutung je subjektiver Erfahrungen sowie kontextueller Rahmenbedingungen, zu denen die Organisationsstruktur ebenso gezählt werden kann wie die Unternehmens- und Führungskultur, angezweifelt (u.a. QUEM-report Heft 75 2002; Osterloh u.a. 1998). Die Transformation von Informationen in verfügbares Wissen wird folglich durch die betrieblichen Rahmenbedingungen beeinflusst, zu denen auch informelle Treffen und Begegnungen zu zählen sind, wie sie u.a. Betriebsfeste als auch Besprechungen und sonstige Betriebsveranstaltungen darstellen (QUEM-report Heft 75 2002, S. 75f). Die in diesem Rahmen immer auch transportierten Normen und Werte wirken sich nicht zuletzt auf die bereits angesprochenen „Gebrauchstheorien“ (theories in use) aus, die ihrerseits die Veränderungsfähigkeit und das Gelingen angestrebter Entwicklungs- und Lernprozesse der Organisation beeinflussen.

Welches Wissen in der Organisation verankert wird, ist folglich abhängig von dem Wissen und Denken, das bereits durch die Organisationsmitglieder geteilt und gelebt wird (Hanft 1998, S.48) und somit auch in den strukturalen Bedingungen der Organisation integriert ist. „Organisationales Lernen kann daher als Prozeß bezeichnet werden, in dem individuelles Wissen von anderen aufgenommen, bewertet, akzeptiert und in eigene Deutungsschemata integriert wird“ (Herv. i. Org.) (Hanft 1998, S.51). Dieser Aussage folgend kann sehr vereinfacht konstatiert werden, dass die Veränderung von Organisationen individuelle Lernprozesse voraussetzt. Ebenso kann aus den bisherigen Ausführungen abgeleitet werden, dass eine Organisation nicht per Verordnung zu einer lernenden Organisation gemacht werden kann. Vielmehr ist diese Transformation als Prozess zu verstehen, der - ausgehend von einer bewussten Entscheidung und Unterstützungshaltung vonseiten der obersten Führungsebene - eines Lernens auf verschiedenen Ebenen bedarf, dessen förderlicher Rahmen insbesondere in einer entsprechenden und lernförderlichen Unternehmenskultur zu sehen ist (vgl. Zink/Steinmetz 2002, S.99). Wie gesehen, ist diesbezüglich insbesondere auch dem informellen Lernen eine wesentliche Bedeutung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung individueller Deutungsschemata und damit im Zusammenhang des organisationalen Lernens beizumessen (u.a. QUEM-report Heft 75 2002; Geißler 1998). Organisationales Lernen als „alltäglich-beiläufiges Lernen“ bedeutet die stetige Weiterentwicklung von organisationalen Deutungen,

Visionen und Interpretationen über das Medium alltäglicher Kooperations- und Führungserfahrungen (Arnold 1997, S.53). Da nachvollziehbar die betriebliche Realität einen Großteil der „Rahmenbedingungen“ (mit-)gestaltet, innerhalb derer sich informelles Lernen vollzieht, kann hier sicherlich nicht gänzlich jeder Formalisierungsgrad abgesprochen werden (QUEM-report Heft 75 2002, S.17), sodass der Frage nach einer bewusst beabsichtigten förderlichen Gestaltung bzw. „Rahmung“ des informellen Lernens in der Organisation ein entsprechender Stellenwert beizumessen ist.

Zurückgehend auf die Arbeit von Argyrus und Schön[11], deren Aussagen als eine wesentliche Grundlage der Fachliteratur zum organisationalen Lernen vielfach aufgenommen wurden bzw. noch immer werden (u.a. Geißler 2003; Ritter 2003; Tremper 2000; Hanft 1998), werden hinsichtlich der Frage des Verlaufs von Prozessen des organisationalen Lernens grundlegend drei Lernniveaus unterschieden:

- Single-loop-learning

  Auch als „operatives Anpassungslernen“ (Geißler 2003, S.81), singuläres Verbesserungslernen (Tremper 2000, S.155) sowie Lernen zum Erkennen und Korrigieren von Fehlern (Zink/Steinmetz 2002, S.99) betitelt, stellt das Lernen auf diesem Niveau eine Reaktion auf Veränderungen der internen und / oder externen Unternehmensumwelt dar. Ziel ist es, die Stabilität der Organisation durch einzelne, zielgerichtete Lernschritte (Hanft 1998, S.60) wiederherzustellen. Erkannte Fehler sowie Verbesserungsbedarfe sind entsprechend zielorientiert zu bearbeiten, wobei das diesbezüglich vorhandene Wissen eine Erweiterung erfährt und somit die Leistungs- bzw. Handlungsfähigkeit der Organisation punktuell erhöht wird. Die vorhandenen Ziele, Normen und Werte und damit die bestehenden Handlungstheorien der Organisation werden im Rahmen des Lernens auf diesem Niveau jedoch nicht in Frage gestellt. Vielmehr gilt es, den Lernprozess an vorgegebenen Zielen auszurichten, Regeln und Normen „dogmatisch“ (Ritter 2003, S.178) zu befolgen und damit die Stabilität der Organisation durch einen Prozess der Verhaltensanpassung auf sich verändernde Rahmenbedingungen wiederherzustellen.

[11] Argyris, Ch. / Schön, D.: Organizational Learning. Reading 1978.

Mit Blick auf das Gesundheitsmanagement können Lernprozesse dieses Niveaus maximal die Schaffung erster Grundlagen darstellen, die vorrangig im Bereich der Arbeitssicherheit sowie verhaltenspräventiver Themenstellungen zu sehen sind (Ritter 2003, S.179).

- Double-loop-learning

  Von Geißler (2003, S.81) auch als „strategisches Erschließungslernen“ bezeichnet, führen Lernprozesse auf diesem Niveau durchaus zu einer „...Modifizierung von zentralen organisatorischen Normen oder unternehmenspolitischen Strategien...“ (Hanft 1998, S.61). Steht im Rahmen des single-loop learning die Anpassung der Organisation an sich verändernde Umweltbedingungen im Fokus, ohne dabei die internen Handlungstheorien zur Disposition zu stellen, bildet genau dieser Aspekt das Zentrum des double-loop-learning. An die Stelle der reinen Anpassung an Veränderungen tritt die Reflexion der Angemessenheit und Wirksamkeit organisationaler Ziele sowie ihrer begleitenden Normen und Werte. Auf diesem Niveau sind folglich Lernprozesse intendiert, die, basierend auf der erkannten Diskrepanz zwischen Handlungserwartungen und realisierten Handlungsergebnissen, schlussendlich zur Veränderung von Zielen, Strategien und zugehörigen Handlungstheorien führen können (u.a. Ritter 2003, S.180; Tremper 2000, S.157).

  Für das Betriebliche Gesundheitsmanagement bieten Lernprozesse auf diesem Niveau ganz grundsätzlich die Möglichkeit, innovative Strategien des Gesundheitsmanagements zu generieren (Ritter 2003, S.180) sowie deren Passung zu zentralen Zielen, Normen und Handlungstheorien der jeweiligen Organisation zu reflektieren und ggf. diesbezüglich notwendige Modifikationen grundlegend einzuleiten bzw. diese mindestens anzuregen. Gemäß dem von Ducki benannten Verständnis von Gesundheit als „...dauerhafte Entwicklung von Handlungsfähigkeit“ (Ducki 2000, S.63), die sich durch die Fähigkeit zum Verfolgen langfristiger Ziele, eines stabil-flexiblen Umgangs mit Umweltbedingungen und der Integration von körperlichen Prozessen und Handlungen auszeichnet, ist die besondere Gesundheitsrelevanz dieses Lernniveaus, insbesondere in seiner Ermöglichung einer bewussten Reflexion des „institutionellen Bezugsrahmens des Handelns“ (Ritter 2003, S.180), zu sehen.

- Deutero-learning

  Das Lernen zu lernen, stellt die vorrangige Beschreibung dieses dritten Lernniveaus dar, das im Gegensatz zur deutlich ergebnisbezogenen Ausrichtung der beiden erstgenannten auf den Lernprozess als solchen fokussiert (u.a. Tremper 2000; Hanft 1998). In diesem Sinne kann das deutero-learning als „Reflexionsansatz“ sowie „-rahmen“ verstanden werden, innerhalb dessen Erfolge bzw. Misserfolge vollzogener Lernprozesse auch unter Beachtung der Relevanz von Lernverhalten und Lernumgebung gleichermaßen betrachtet und schließlich auch bewertet werden (Hanft 1998). Die Organisation bzw. das „soziale System“ erhält im Rahmen des auf diesem Niveau stattfindenden Lernens, welches sich konkret in Interaktionsprozessen seiner Mitglieder vollzieht, die Möglichkeit, neue Lernstrategien zu entwickeln (Hanft 1998, S.62) und Lernprozesse auf den Niveaus des single- oder des double-loop-learning den vorhandenen Anforderungen und Bedingungsfaktoren entsprechend durchzuführen. Vereinfacht kann zusammenfassend festgehalten werden, dass das Lernen auf diesem Niveau dazu dient, zukünftige, auf Basis der Reflexion sich aktuell vollziehender Lernprozesse zu verbessern.

  Die Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit sowie grundlegend die Bereitschaft der Individuen auch zur (Selbst-)Reflexion und Infragestellung kognitiver Strukturen und Prozesse sind diesbezüglich nicht nur als zentrale Voraussetzungen für das deutero-learning zu verstehen, sondern spielen selbstverständlich auch aus Sicht der Gesundheitsförderung eine zentrale Rolle. Gleiches gilt für den im deutero-learning enthaltenen Blick auf die „kontextuellen Lernbedingungen“ (Ritter 2003, S.182) der Organisation. Hierin wird die personale Ebene um den Einbezug der Relevanz von Interaktionsprozessen - der interpersonalen Ebene - sowie insbesondere auch der organisationalen Bedingungen - apersonale Ebene - erweitert und eine wichtige Grundlage für das Betriebliche Gesundheitsmanagement gelegt.

Mit Blick auf die Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements gerät das single-loop-learning schnell an seine Grenzen. Die Integration gesundheitsförderlicher Aspekte erfolgt maximal in der konkreten und dem Lernniveau entsprechend punktuellen Problembearbeitung, innerhalb des vorgegebenen Handlungsrahmens. Weder die Reflexion der diesen Rahmen determinierenden Ziele und Normen, noch ein umfassender Wissensaustausch der Akteure sind

auf diesem Lernniveau intendiert. Weitergehende Lerngewinne auf der Ebene der Förderung individueller Gesundheitskompetenz werden damit ebenso ausgelassen wie ein erweiterter Diskurs und der daraus optional resultierenden Ableitung das Gesundheitsmanagement fördernder Strategien, die über eine konkrete Problembearbeitung hinausgehen. Grundsätzlich innovative Strategien für das Betriebliche Gesundheitsmanagement können mit einem solchen Lernen, das „...nur eng begrenzte Regelanwendung in lokalen Ordnungen und Problemen...“ (Ritter 2003, S.180) vorsieht, folglich nicht generiert werden. Genau dieses ist jedoch als eine zentrale Anforderung zu verstehen, soll das Themenfeld „Gesundheit“ nachhaltig im Unternehmen integriert werden. Denn nur im Zuge innovativer bzw. mindestens kontinuierlich reflektierter und sich in ihrer Verbindung mit den organisationalen Zielen und Handlungsorientierungen weiterentwickelnde Strategien des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sichern dessen dauerhaften Nutzen und Wirksamkeit für Mitarbeiter und Unternehmen gleichermaßen.

Erkennbar erfordert ein Betriebliches Gesundheitsmanagement dementsprechend Lernprozesse, die das Niveau des single-loop-leraning mindestens auch durch ein Lernen auf dem Niveau des double-loop-learning erweitern. Werden auf diesem auch die grundlegenden Zielsetzungen, Normen und Werte mit der Absicht hinterfragt, sie nötigenfalls zu verändern und damit der bestehenden Vorstellung eines anzustrebenden Zielzustandes auch unter sich ändernden Rahmenbedingungen näher zu kommen, so bleibt diese „(Ideal-)Vorstellung“ bzw. das Verständnis des übergeordneten Rahmens als solche dennoch unangetastet. Für das Betriebliche Gesundheitsmanagement bedeutet dies, dass die Frage des in der Organisation vorhandenen Verständnisses und demnach der „Rahmen“ des Gesundheitsmanagements bestimmt, welche Themen als diesem zugehörig und im Zuge des Managementprozesses zu integrieren und zu bearbeiten sind. Wie unterschiedlich sich Zielsetzungen und mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement als vorrangig verbunden betrachtete Themenstellungen darstellen können, wurde insbesondere in den Punkten 5.4 und 5.5 dieser Arbeit erkennbar.

Die dargestellten Facetten und Aufgaben des Lernens auf diesem Niveau akzeptierend, erweitert Geißler das sog. „deutero leraning“ um eine zentrale Lernaufgabe, die für Individuen wie auch Organisationen gleichermaßen als zentral

angesehen werden kann. Sollen auf dem Niveau des „double-loop-learning“ die „richtigen“ Ziele gefunden werden, um den weiterhin gültigen „normativen Rahmen“ (Geißler 2003, S.87) der Organisation bestmöglich auszufüllen, so gilt es nun, das Verständnis bzw. die grundlegende Vorstellung auch dieses normativ gesetzten Rahmens zu hinterfragen und gegebenenfalls zu verändern. Der Autor weist darauf hin, dass der Mensch sein Handeln nicht nur an vorgegebenen Zielen bzw. einem normativen Rahmen ausrichten will, der als solcher als gesetzt zu verstehen ist. Vielmehr spricht Geißler von der lebenslangen Lernaufgabe des Menschen, „...lernend die richtigen Vorstellungen eines gelungenen Lebens zu finden bzw. zu entwickeln“(Geißler 2003, S.81) und sich nicht nur mit der eigenen Verortung innerhalb gegebener Rahmungen reflexiv auseinanderzusetzen, sondern in diesen lernend zu agieren und sie damit aktiv mitzugestalten.

Was Geißler als „normatives Identitätslernen“ (Geißler 2003, S.81) bezeichnet und mit dem Lernniveau des „deutero-learning“ gleichsetzt, kann mit Blick auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement dahingehend adaptiert werden, dass auch hier eine grundlegende und in den Deutungsschemata der Organisationsmitglieder verankerte Vorstellung von einem „gelungenen Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ als hilfreiche, wenn nicht gar zentrale Voraussetzung für dessen Nachhaltigkeit und Nutzen angenommen werden kann. Wie bereits bei Hanft (1998, S.48) zitiert, generieren individuelle Lernprozesse erst zu organisationalem Lernen, wenn aus diesen gemeinsam geteiltes Wissen entsteht, welches strukturale Folgen hat. Individuelle Lernprozesse als Ausgangspunkt und Basis des organisationalen Lernens nehmen nicht nur hier, sondern grundlegend auch aus Sicht der Gesundheitswissenschaft und insbesondere der Gesundheitsbildung eine zentrale Rolle ein. So führt Göbel aus: „Gesundheit entsteht aus der subjektiven Aneignung objektiver Möglichkeiten. Sie ist an Voraussetzungen gebunden, die individuell angeeignet werden müssen. (...) Jede verantwortungsvolle Gesundheitsvorstellung benötigt eine Reflexion ihrer Erkenntnisgrundlagen und ihrer gesellschaftlichen (und also auch betrieblichen, d. Verf.) Konsequenzen“ (Göbel 1990, S.70).
Die Vorstellung eines „gelungenen“ Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten und im Sinne eines organisationalen Lernens in der Organisation „flexibel zu verankern“, d.h. mithilfe eines kontinuierlich sich vollziehenden re-

flexiven Diskurses, der durch die Einbindung der Mitarbeiter Lern- und Entwicklungsprozesse anregt, die einen Beitrag zur Integration der Vorstellung eines gelungenen Gesundheitsmanagements in die Deutungsschemata und cognitive maps ermöglichen, erscheint als ein dem Genannten adäquates Vorgehen. „Bildung als solche wird zum Mittel und Maßstab von Gesundheit, die Auseinandersetzung mit Deutungsmustern, Wertmaßstäben, Philosophie ... wird gefordert“ (Siebert 1990, in: Hoh/Barz 1999, S.298f).

# 9 Schlussfolgerungen: Zentrale Eckpunkte der Einführung eines Gesundheitsmanagements

Die Reduktion von sowohl parametrischer als insbesondere auch der Verhaltensunsicherheit und die zugehörige Arbeit an der begrenzten Rationalität der Akteure können gemäß den Ausführungen dieser Arbeit als die zentralsten Ansatzpunkte zur Ableitung von Eckpunkten der Reduktion von Transaktionskosten der Einführung eines Gesundheitsmanagements abgeleitet werden. Beide stehen hinsichtlich der Etablierung des Gesundheitsmanagements notwendigerweise in engem Zusammenhang mit der Frage der Häufigkeit zugehöriger Transaktionen, die aus Kostengründen und Fragen der innerbetrieblichen Unruhe mit Blick auf die Organisation insgesamt reduziert, für den einzelnen betrieblichen Akteur jedoch gerade zu Beginn des Einführungsprozesses deutlich erhöht werden sollte, um damit ein Erleben des Gesundheitsmanagements überhaupt erst möglich zu machen. Vollzieht sich ein Erleben von Veränderungsprozessen in Organisationen im Umgang mit und der Wahrnehmung von Strukturen, Strukturmomenten und also ganz zentral entlang der Interaktionen zwischen betrieblichen Akteuren, sind diese im Vorfeld sowie insbesondere begleitend zur Einführung eines Gesundheitsmanagements dergestalt zu „rahmen“, dass sie die begrenzte Rationalität der Akteure hinsichtlich des Gesundheitsmanagements ebenso aufnehmen, wie sie die Bedeutung normativer Komponenten (Giddens 1997, S.83) und damit verbunden die Relevanz von Macht und Führung in Organisationen berücksichtigen. Konkret folgt daraus die Aufgabe, an den Wissensbeständen der betrieblichen Akteure dergestalt zu arbeiten, dass auf der Basis eines gemeinsamen Verständnisses von Gesundheit und Gesundheitsmanagement in und für die Organisation entsprechend gemeinsame „Interpretationsschemata“ (Giddens 1997, S.82) entstehen, die durch die

Akteure „…zur Aufrechterhaltung der Kommunikation reflexiv angewandt werden“ (Giddens 1997, S.82) und damit eine Grundvoraussetzung dafür darstellen, das Gesundheitsmanagement zunächst in das diskursive Bewusstsein derselben zu heben und weitergehend über eine - bewusst angeregte und begleitete - Reflexion letztlich auch in das praktische Bewusstsein zu transformieren.
Ist die durch ihre Strategie spezifizierte Gesamtaufgabe als Ausgangspunkt der Gestaltung einer Organisation zu verstehen (Jost 2001, S.303), die damit gleichfalls über die Nutzung und den Aufbau von Ressourcen entscheidet und selbstverständlich zugehöriger Strukturen bedarf, die ihre Realisation in den einzelnen „Subsystemen“ der Organisation ermöglichen und letztlich sicherstellen sollen, so ist ein Gesundheitsmanagement notwendigerweise als integraler Part organisationaler Zielsetzung und Strategie festzulegen. Gemäß der Aussage: „structure follows strategy“ und der Feststellung, dass „…**langfristig** in jedem Fall die Aufgabe, mit deren Bewältigung sich die Unternehmen (…) bewähren muss, die Organisationsstruktur bestimmt“ (Herv. i. org.) (Picot u.a. 2005, S.226), ist das Gesundheitsmanagement in seinen Zielsetzungen sowie den diese fundierenden und als zentrale Aspekte weitergehender Orientierung und insbesondere Grundlage der Handlungssicherheit für die betrieblichen Akteure zu zählenden Werten und Normen durch bzw. mindestens in enger und kontinuierlicher Kooperation mit der obersten Führungsebene festzulegen. Als folglich notwendig integraler Part täglichen „Arbeitshandelns“ ist das Gesundheitsmanagement dann gleichfalls als Bestandteil des Arbeitsvertrags zu begreifen und zu etablieren, was es damit zu einem inhärenten Part der formalen, das Handeln und die gegenseitigen Erwartungen sowie Anforderungen regelnden Vertragsbeziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer macht. Die Berücksichtigung der hohen Spezifität eines Gesundheitsmanagements wird bei einem daran orientierten und geplanten Einführungsprozess ebenso sichergestellt, wie ein wesentlicher Beitrag zur Reduktion von Unsicherheit und der Arbeit an der begrenzten Rationalität aller betrieblichen Akteure dergestalt geleistet wird, dass die Orientierung am Gesundheitsmanagement als inhärenten Part des Arbeitsvertrages sowohl ganz grundlegende Aussagen als auch mit Blick auf Spezifika seiner Ausführung immer wieder sich verändernden Bedingungen anzupassende Festlegungen hinsichtlich konkreter Ziele, Aufträge und zugehöriger Qualitäts- und Verhaltens- und somit „Rollenerwartungen“ für jeden betrieblichen Akteur bzw. Stakeholder beinhaltet. Neben die notwendige Orientierungs-

funktion jedes betrieblichen Akteurs bezüglich seines eigenen als auch der Deutung des Verhaltens anderer Organisationsmitglieder tritt damit eine weitergehende Sicherheit hinsichtlich der Verhaltenserwartungen an betriebliche Transaktionspartner, die in diesem Sinne auch als „formelle Verhaltenscodes“ und damit „normative Komponenten der Interaktion“ (Giddens 1997, S.83) fungieren und zur Senkung von Transaktionskosten wesentlich beitragen können. Vorausgesetzt, sie finden eine entsprechende Rahmung in den formalen Strukturen, die als weitere Determinante der in diesem Sinne geklärten Tätigkeitsfelder sowie Verhaltenserfordernisse und zugehöriger –erwartungen den Rahmen der Einführung eines Gesundheitsmanagements zu spezifizieren haben (s.o.) und gleichzeitig Aussagen zu einem dem Gesundheitsmanagement zugehörigen Steuerungs- und Überwachungssystem beinhalten müssen. Unter bewusster Beachtung vorhandener Macht- und Führungsstrukturen sowie der zugehörigen Rollen, Aufgaben und insbesondere auch Verantwortlichkeiten der betrieblichen Stakeholder dient die Anknüpfung des Gesundheitsmanagements an vorhandene Strukturen und Systematiken der Organisation seiner Integration in einen Rahmen und zugehöriger Regelgefüge, die der „…Konstituierung und Regulierung von Tätigkeiten dienen, indem sie diese als ganz bestimmte Tätigkeiten kennzeichnen, die einer bestimmten Sanktion unterliegen“ (Giddens 1997, S.141), und es somit den betrieblichen Akteuren vor und in Momenten der Interaktion erlauben sich eindeutig zu orientieren und angemessen zu agieren.

Die zunächst zu vollziehende Reflexion und schließlich Planung und Arbeit am formellen System der Organisation ist weitergehend mit der bewussten Arbeit auch am informellen System zu verknüpfen, soll das Gesundheitsmanagement tatsächlich seitens der betrieblichen Akteure angenommen, in Wahrnehmungen und Deutungsschemata integriert und in Verbindung mit der Akzeptanz und Etablierung der strukturalen Veränderungen tatsächlich langfristig zu „Routinen“ organisationalen Handelns werden. Entlang der Relevanz vorhandener Strukturen auch für die Begegnung und Interaktion betrieblicher Akteure, denen in diesem Zusammenhang ein grundlegendes Bedürfnis nach Kontinuität ihrer Lebenswelt zu unterstellen ist, ist zur Vermeidung radikaler Umbrüche und der damit verbundenen Förderung von Unsicherheit und Unruhe die Orientierung der Integration des Gesundheitsmanagements in vorhandene Strukturen nochmals eindeutig und auch mit Wirkung auf das informelle System als primär an-

zustrebendes Vorgehen zu betonen. So sind als Transaktionskostensenkende Wirkungen aus der Nutzung bekannter und etablierter Strukturen sowohl das konkrete und diesbezüglich „alltägliche“ Erleben des Gesundheitsmanagements durch entsprechend alle Stakeholder ebenso zu nennen, wie es sich damit zugleich tatsächlich als inhärenter Part alltäglichen Arbeitshandelns und also des bestehenden Arbeitsvertrages präsentiert. Die damit gegebene Möglichkeit und Notwendigkeit, dass reale betriebliche Akteure - und hierbei vorrangig zunächst die Führungskräfte - und nicht, bzw. in deutlich geringerem Umfang externe Kräfte als handelnde Akteure erkennbar werden, fördert folglich neben der Häufigkeit konkreter „Transaktionen des Gesundheitsmanagements“ auch deren Transformation in betriebliche Routinen.

Die Integration und Entwicklung der Führungskräfte nimmt im benannten Zusammenhang selbstverständlich eine Schlüsselstellung ein. So sind insbesondere sie es, die für das mögliche Auftreten und die Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen den bisher angeführten Eckpunkten der Einführung eines Gesundheitsmanagements verantwortlich zu machen sind, die pointiert als Etablierung einer neuen Ausrichtung und „Gesundheitskultur“ und in diesem Sinne als „espoused theory“ der Organisation verstanden werden können, die bei nicht passenden und in die Organisation transportierten Einstellungen und Verhaltensweisen der Führungskräfte in einem deutlichem Widerspruch zu den das Alltagshandeln beeinflussenden „theories in use“ stehen. Dass zwingend allen Führungsebenen und natürlich ausgehend von der obersten Ebene diesbezüglich eine zentrale Bedeutung beizumessen ist, ist offensichtlich. Ebenso, wie die mittlere und insbesondere die untere Führungsebene aufgrund ihrer großen Nähe und Interaktionsdichte mit den Mitarbeitern in diesem Zusammenhang eine exponierte Stellung einnimmt, was darauf verweist, dass die Führungskräfte sehr bewusst informiert, in ihrer Kompetenzentwicklung unterstützt und optional konkret begleitet werden sollten und müssen, um den per se in der Organisation stattfindenden Austausch über das Gesundheitsmanagement im Sinne eines förderlichen Erlebens und zugehörigen Dialogs seiner Reflexion und gemeinsamen Weiterentwicklung - optional im (Spannungs-)Feld zwischen espoused theory und den vorhandenen theories in use - zu etablieren.

Der Dialog, als zentrale Instanz der „...Herstellung gemeinsamer Deutungsschemata...“ (Hanft 1998, S.52), benötigt dabei zu seinem Gelingen zunächst

sowohl konkrete Voraussetzungen auf personaler - d.h. vorrangig bei den Führungskräften ansetzend, optional auch auf ausgesuchte Stakeholder auszuweiten - als auch geeignete Rahmungen auf interpersonaler Ebene, mit einer daraus resultierenden konkreten Wirkung auch und gerade auf die Mitarbeiter. Die als zentrales Element des Organisationslernens weitergehend geforderte Metakommunikation, die sinnvoll im Rahmen kleinerer Einheiten zu strukturieren ist, stellt insofern ein vielversprechendes Vorgehen dar, als dass Wandlungsprozesse im Gruppenrahmen als weniger beängstigend erfahren und damit schneller vollzogen werden, wobei die Wandlungsbereitschaft durch Kooperation zudem grundlegend gefördert wird (Krämer-Stürzl 1997, S.104). Damit verbunden ermöglicht ein solches Vorgehen die konkrete Arbeit an den innerhalb kleiner sozialer Einheiten gültigen Normen und Werte, die entscheidenden Einfluss auf die Einführung eines Gesundheitsmanagements bzgl. seiner Akzeptanz als auch Adaptation an die konkreten organisationalen Bedingungen haben. Durch ein solches Vorgehen wird weiterhin ein wichtiger Beitrag zur Reduktion als auch der Bewältigung von Komplexität im Prozess der mit der Einführung eines Gesundheitsmanagements einhergehenden Veränderungen von Orientierungs- und Handlungsparametern erreicht, die „...nicht durch die Individuen selbst...“, sondern nur „...durch die interpersonellen Beziehungen sowie die Lenkung ihrer Dynamik bestimmt...“ (Probst 1992, S.483) werden. Dies sind Aspekte, die selbstverständlich auch mit Blick auf die Effizienz des Vorgehens und die mit dem Prozessverlauf verbundenen Transaktionskosten von Bedeutung sind. So ist für die Integration eines Gesundheitsmanagements eine positive Wirkung durch vorbereitende bzw. mindestens begleitende Prozesse auf den Niveaus des single-loop und optional auch bereits des double-loop learning zu erwarten, die weitergehend als inhärenter Part eines Gesundheitsmanagements verstanden, auf personaler und interpersonaler Ebene beizubehalten und damit als zentraler Ausdruck der für das Gesundheitsmanagement charakteristischen Lern- bzw. Prozessorientierung und seiner Verstetigung in der Organisation zu verstehen sind. Soll auch bereits die Vereinbarungsphase der Einführung eines Gesundheitsmanagements - als grundlegende Vorbereitung sowie Voraussetzung der Prozessschritte der Abwicklung, Kontrolle als auch Anpassung ihrer Maßnahmen verstanden - förderlich begleitet und (vor-)strukturiert werden, ist eine möglichst frühzeitige Realisation entsprechender Lernprozesse anzumahnen.

Handelt eine Organisation tatsächlich durch „...die Gruppen, zu denen sich die Individuen innerhalb des Systems zusammenschließen, und macht durch sie ihre Erfahrungen“ (Probst 1992, S.476), ist aus ökonomischer wie aus der Perspektive eines Gesundheitsmanagements eine stärkere Beachtung der interpersonalen Ebene als wesentlich für die Einführung eines Gesundheitsmanagement anzusehen: „Organisationales Lernen vollzieht sich in Interaktionsprozessen zwischen den betrieblichen Akteuren. Sind deren Kommunikationsmöglichkeiten limitiert, schränkt dies die Lernfähigkeit der Organisationen ein“ (Hanft 1998, S.52). So stellt diesem Verständnis folgend die geforderte Einbindung der Führungskräfte in das Gesundheitsmanagement eine primär zu realisierende Aufgabe der Initiierung von Lernprozessen auf den benannten Lernniveaus und im zugehörigen Rahmen einer entsprechenden „Gruppenorientierung“ dar, von der im gemeinsamen Lern- und Entwicklungsprozess positive Wirkungen auch auf die Bereiche der parametrischen als vor allem der Verhaltensunsicherheit aller Beteiligten zu erwarten sind. Die Kompetenzentwicklung der Führungskräfte steht dabei ebenso im Mittelpunkt, wie die Absicht, sie als Verantwortliche und Promotoren für das Gesundheitsmanagement gleichermaßen zu gewinnen und - idealiter - mithilfe einer gemeinsamen Orientierung dieser heterogenen, aber für die organisatorischen Abläufe und das Betriebsklima so zentralen Gruppe weitergehend positive Wirkungen auch auf die Entwicklung des Sozialkapitals zu erzielen.

Auf Basis der gemeinsamen strategischen Ausrichtung der Organisation, für deren Umsetzung in ihren Verantwortungsbereichen die Führungskräfte per se zu sorgen haben, beinhaltet deren aktiv gestaltende Mitarbeit und die Organisation bzw. mindestens Förderung von Lernprozessen - und hierbei ganz konkret auch im Sinne des alltäglich-beiläufigen Lernens zu verstehen - der Einführung eines Gesundheitsmanagements in ihren Bereichen die wichtige Funktion, ein in organisationalen Veränderungsprozessen immer stattfindendes Lernen auf individueller und auch Gruppenebene zu öffnen, strukturierend zu begleiten und den Bedarfen an inhaltlicher Schwerpunktsetzung als auch zeitlichen und durchaus auch emotionalen Erfordernisse der jeweiligen Gruppe anzupassen (Doppler/Lauterburg 2005, S.161). Damit verbunden haben Führungskräfte die Aufgabe, „... sich ein möglichst differenziertes Bild über die erfolgs- und misserfolgsbedingenden Arbeits- und Kooperationsaktivitäten ihrer Gruppe...“ (Geißler

2003, S.93) und diese für weitere Lernprozesse nutzbar zu machen. Anknüpfungspunkte für eine die Einführung eines Gesundheitsmanagements begleitende Evaluation und der neuerlichen Nutzbarmachung ihrer Ergebnisse für den weiteren Prozess- / Lernverlauf auf der Ebene der Gesamtorganisation als auch innerhalb ihrer Subsysteme werden damit offensichtlich. Gleichfalls verweisen die benannten Punkte darauf, die dauerhafte und also nicht lediglich im Rahmen einer Projektstruktur erfolgende Verortung des Gesundheitsmanagements innerhalb der Organisation als zwingende Notwendigkeit und damit zentralen Eckpunkt seiner erfolgreichen Einführung anzusehen. Wobei es ganz grundsätzlich um die Sicherstellung der Passung als soweit möglich auch Parallelität sowie Kontinuität der Entwicklungsverläufe auf den Ebenen der Gesamtorganisation und ihren einzelnen Einheiten geht, die für eine tatsächliche Integration des Themenfeldes Gesundheit ziel- und bedarfsorientiert förderlich zu begleiten sind. Eine Aufgabe, die aus Gründen der Passung und zugehöriger (Transaktions-)Kosten als eine intern zu bewerkstelligende Aufgabe der Integration eines Gesundheitsmanagements anzuerkennen ist, wenn dieses tatsächlich als integraler Part der alltäglichen Prozesse und Routinen der Organisation verstanden und etabliert werden soll.

Die dennoch als gerade für die Phase der Vorbereitung und Planung, aber auch die weitergehende Umsetzung der Integration des Gesundheitsmanagements als förderlich bzw. gar zwingend zu bezeichnende Unterstützung durch externes Know-how bleibt vom Letztgenannten unbenommen. Ein bereits soweit als möglich definiertes Anforderungsprofil an den externen Berater, auf Basis interner Vorklärungen über Zielsetzung und den Eckpunkten eines der Anforderung der Pfadabhängigkeit des Wandels entsprechenden Vorgehens - z.B. hinsichtlich der Vorklärung über grundlegende Bedarfe im Bereich der Kompetenzentwicklung der Führungskräfte - ist diesbezüglich als bedeutsame Grundbedingung bereits der Vereinfachung und also Kostenreduktion der Suche wie auch der nachfolgenden Zusammenarbeit mit diesem zu verstehen. Davon unabhängig kann und muss der bewusste Einstieg der Organisation in die Planungsphase der Einführung eines Gesundheitsmanagements auch hier erneut als zentraler Eckpunkt eines erfolgreichen Verlaufs benannt werden, der dabei zur Klärung der Zusammenarbeit und also Auswahl des Beraters ebenso genutzt werden kann, wie er zugleich der internen Vorklärung und schlussendlichen Ent-

scheidung über den tatsächlichen Start und der Rahmung der Einführung eines Gesundheitsmanagements dient. Die dabei von Beginn an sicherzustellende Integration der obersten und mittleren Führungsebene in den ersten Auseinandersetzungs- bzw. Planungsprozess[12] verspricht in diesem Zusammenhang sowohl die Berücksichtigung der Bedarfe und Bedürfnisse der Gesamtorganisation als auch ihrer einzelnen Bereiche, integriert die Entscheidungsebene kontinuierlich bereits im Diskussions- und Reflexionsprozess über Hintergründe, Ziele, Vorgehensweisen und also auch zugehörige Rollen und Verantwortlichkeiten der Einführung eines Gesundheitsmanagements und bietet zugleich die Option, im Bedarfsfall den Gesamtprozess zu stoppen, ohne bereits weitergehende Wirkungen in der Organisation als auch auf Ebene der Mitarbeiter erzeugt zu haben.

Mit Blick auf die Zusammenarbeit mit einem externen Berater offenbaren sich im Aspekt der langfristigen Zusammenarbeit mit diesem und/oder auf Basis bereits in der Organisation vorhandener Expertise im Bereich des Gesundheitsmanagements langfristig die größten Nutzeneffekte und Einsparpotentiale in der Fortführung des Gesundheitsmanagements. Zum einen im Zusammenhang des Aufbaus einer engen Beziehung zum Berater, verbunden mit seiner umfassenderen Kenntnis der Organisation als auch eines idealiter etablierten Vertrauensverhältnisses, das sich auf Führungskräfte wie Mitarbeiter gleichermaßen bezieht und insbesondere im sensiblen Themenfeld Gesundheit als bedeutsam für die Akzeptanz von Maßnahmen im Gesundheitsmanagement anzuerkennen ist. Auf der anderen Seite - und auch mit Blick auf aus dem benannten enge Verhältnis zu einem Berater resultierenden Gefahren als bedeutsames Korrektiv einzustufen - bedeutet ein Verständnis vom Gesundheitsmanagement als tatsächlich interne Aufgabe der Organisation und im Verantwortungsbereich einer internen Stelle sowie zugehörig allen Führungskräften und schließlich auch Mitarbeitern liegend zwangsläufig eine stetige Kompetenzentwicklung, die mindestens eine effektive Mitgestaltung bei der Maßnahmenplanung als schließlich auch –umsetzung interner Akteure gewährleistet, so dass externe Berater als begleitende sowie vorbereitende Akteure zur Einsparung bereits von Such- und Informationskosten ebenso leichter nutzbar werden, als auch hinsichtlich der Passung und also Kostenreduktion im Bereich der Maßnahmenumsetzung erhebliche Potentiale entstehen.

[12] Z.B. als Definition des Gesundheitsmanagements als strategische Erfolgsposition (siehe Stiefel 2004).

*Konklusion*

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement als einen Prozess anzuerkennen und zu organisieren, der in seinem Kern des Themenfeldes Gesundheit als integraler Part aller betrieblichen Prozesse und Routinen verstanden werden muss und damit auf die Notwendigkeit einer gängigen Mitentwicklung sowohl mit diesen als auch per se mit den betrieblichen Akteuren verweist, stellt besondere Anforderungen an seine Einführung und Verstetigung in der Organisation, die ihn von anderen Veränderungsvorhaben grundlegend unterscheidet. Ist die exakte Transferierbarkeit von Wissen per se als unmöglich einzustufen, gilt es für ein Gesundheitsmanagement zugleich die Unmöglichkeit zu akzeptieren, Gesundheit alleinig über die Veränderung von Strukturen und auf Basis von formalen Vorgaben fördern zu wollen. Ein Gesundheitsmanagement muss in diesem Sinne als ein kontinuierlicher Lern- und Entwicklungsprozess der Individuen und „ihrer Lebenswelt“ Organisation verstanden und angelegt werden, was seine reale Integration in deren Planungs- und Steuerungssystem bedeutet. Beide Bedingungen wirken sich auf die Frage der Einführung eines Gesundheitsmanagements sowohl aus der Perspektive seiner realen Verankerung als auch zugehörig möglichst geringer Transaktionskosten seiner Einführung insbesondere dadurch aus, dass von einem Abschluss der Arbeit am und im Gesundheitsmanagement zu keinem Zeitpunkt ausgegangen werden kann und darf. Die zugehörigen Transaktionskosten dennoch so gering als möglich zu halten und also ein effizientes Arbeiten im Gesundheitsmanagement sicherzustellen bedeutet die kontinuierliche Förderung der Möglichkeit, Bereitschaft und schlussendlich auch der Fähigkeit aller Mitarbeiter „…ihre Anstrengungen aufeinander abzustimmen und erfolgreich zusammenzuarbeiten“ (Richter/Furubotn 2003, S.399) und verweist damit gleichermaßen auf die zugehörigen Handlungsfelder des formalen und des informellen Systems, als ebenfalls deutlich wird, dass die durch Richter/Furubotn gestellte Forderung per se Grundlage und also Gestaltungsaufgabe jeglicher Produktions- und Dienstleistungstätigkeit ist. Ist auch deren reibungsloser Ablauf immer als mit Werten verbunden und durch die „soziale Struktur“ (Richter/Furubotn 2003, S.299) einer Organisation wesentlich beeinflusst anzusehen, gilt dies entsprechend auch für das Gesundheitsmanagement. Wird menschliches Handeln diesbezüglich grundsätzlich als regelgeleitetes Handeln (Geißler 2003, S.86) verstanden und muss es insbesondere im Kontext einer Organisation auch sein, so muss der Prozess der Integra-

tion eines Gesundheitsmanagements in diese und damit die zugehörige Anpassung und Veränderung von Normen, Werten und auch Regeln (also: Institutionen) im Zuge von Kommunikationsprozessen der Organisationsmitglieder erfolgen. Dass diese entlang sowohl formal strukturierter als auch informeller „Kontexte bzw. Kontextualitäten der Interaktion“ (Giddens 1997, S.336) verlaufen ist ausgiebig erläutert worden. Dass formale Kontexte optional durch externe Kräfte begleitet oder in Anteilen gar vollständig gestaltet werden können ist als Beitrag der Einführung eines Gesundheitsmanagements auch aus Gründen der Kostenreduktion als zielführende Option anzunehmen. Gleichzeitig ist jedoch ersichtlich geworden, dass eine solche Unterstützung der bewussten Vorklärung und zugehöriger Zielbewusstheit der beauftragenden Organisation bedarf und als alleiniger Weg der Einführung eines Gesundheitsmanagements gänzlich unwirksam und damit aus Transaktionskostentheoretischer Sicht ungeeignet betrachtet werden muss. Die für eine tatsächliche Integration des Gesundheitsmanagements in der Organisation zwingend notwendige Verankerung im formellen und insbesondere auch im informellen System erfordert seine kontinuierliche Bearbeitung, Förderung und Umsetzung mittels interner Ressourcen und also der auf gemeinsamen Zielen, Wahrnehmungen und Deutungen basierenden Aktivität letztlich aller betrieblichen Akteure: „…Struktur, Strukturmomente (…) existieren nur insofern, als es eine Kontinuität in der sozialen Reproduktion über Raum und Zeit hinweg gibt“ (Giddens 1997, S.269f). Existiert eine solche Kontinuität nur „…in und durch das reflexiv gesteuerte Handeln situierter Akteure…“ (Giddens 1997, S.270), erklärt sich eindrücklich, dass per se sowie mit Blick auf die zugehörigen Transaktionskosten diese für die nachhaltige Integration eines Gesundheitsmanagements wesentlichen Prozesse nicht durch externe Kräfte vollzogen sondern maximal angeregt und im weiteren Prozessverlauf der Reflexion beabsichtigter und unbeabsichtigter Handlungsfolgen lernförderlich begleitet werden können und sollten. Das wesentliche Potential der Sicherstellung des Gelingens der Verstetigung eines Gesundheitsmanagements liegt jedoch sehr offensichtlich in der Bewusstheit der Organisation, ausgehend von ihren obersten Führungskräften, dieses als inhärentes und gleichfalls originäres Zielfeld der Organisation zu akzeptieren und sich folglich der Aufgabe zu stellen, das Gesundheitsmanagement dementsprechend in den vorhandenen Strukturen und also auch Steuerungs- und Kontrollsystemen zu etablieren.

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Krankenstandsentwicklungen in verschiedenen Branchen in Niedersachsen, 2000 – 2007 ..... 26
Abb. 2 Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage AOK-versicherter Beschäftigter in Niedersachsen, nach Altersstufen ..... 28
Abb. 3 Altersstrukturprognose eines mittelständischen Unternehmens ..... 30
Abb. 4 Anforderungs- / Ressourcenmodell ..... 33
Abb. 5 3 Dimensionen von Gesundheit ..... 35
Abb. 6 Themenschwerpunkte BGF in Unternehmen ..... 67
Abb. 7 Phasenverlauf im BGM ..... 79
Abb. 8 Erweiterter Phasenverlauf BGF / BGM ..... 82
Abb. 9 Modell der Dualität von Struktur ..... 91
Abb. 10 3 Ebenen für Zielsetzungen und Interventionen in Organisationen .. 109
Abb. 11 Koordinations- und Motivationskosten im Bezug zu Markt und Hierarchie ..... 141
Abb. 12 Analysedimensionen zwischen Strukturations- und Transaktionskostentheorie ..... 149
Abb. 13 Interaktionsfelder und Transaktionen der Einführung eines BGM .... 152
Abb. 14 Handlungsfelder eines BGM ..... 193
Abb. 15 Zentrale Aspekte und Gestaltungsebenen der Einführung eines BGM ..... 196
Abb. 16 Der Zusammenhang von BGM, Sozialkapital und Unternehmenserfolg ..... 235
Abb. 17 Individuelles und organisationales Lernen – zwei Seiten eines Prozesses ..... 242

## Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---|---|
| BGF | Betriebliche Gesundheitsförderung |
| BGM | Betriebliches Gesundheitsmanagement |
| KMU | Klein- und mittelständische Unternehmen |
| NIÖ | Neue Institutionenökonomik |
| OE | Organisationsentwicklung |
| OL | Organisationales Lernen |
| TAKT | Transaktionskostentheorie |

## Literaturverzeichnis


- AOK Bundesverband, Abteilung Prävention (Hrsg.) (2007): Das macht sich bezahlt! Betriebliche Gesundheitsförderung – Firmen, Fakten, Erfolge. Informationsbroschüre, AOK-Service gesunde Unternehmen. Bonn
- AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2005): Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Bonn
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2.V. (MDS), Essen (Hrsg.) (2004): Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V, Dokumentation
- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2006): Leitfaden Prävention. Bergisch-Gladbach
- Arnold, R. (1999): Weiterbildung und Beruf. In: Tippelt, R. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung. Opladen, S. 245 - 257
- Arnold, R. (1998): Weiterbildung – Grundlagen, Strukturen und Qualitätssicherung. Kaiserslautern (Studienbrief Personalentwicklung)
- Arnold, R.(1997): Personalentwicklung – Grundlagen und Einführung. Kaiserslautern (Studienbrief Personalentwicklung)
- Arnold, R. / Bloh, E. (Hrsg.) (2003): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler
- Arnold, R. / Bloh, E. (2003): Grundlagen der Personalentwicklung im lernenden Unternehmen – Einführung und Überblick. In: Arnold, R. / Bloh, E. (Hrsg.): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler, S. 5 - 40
- Arnold, R. / Münch, J.(1996): Pluralisierung der Lernorte und Lernverfahren in der Betrieblichen Weiterbildung – eine Herausforderung für den erwachsenenpädagogischen Diskurs. In: Report Heft 38, Literatur- und Forschungsreport Weiterbildung. S. 39 - 49
- Backhausen, W. / Thommen, J-P.(2004): Coaching – Durch systemisches Denken zu innovativer Personalentwicklung. Wiesbaden

- Badura, B. (2006): Status und Zukunft der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Präsentation auf dem 5. BGF Symposium 28./29. Juni 2006. Internet Download, April 2007: www.bgf-institut.de/aktuell/Symp5/10Badura.pdf
- Badura, B.(2003): Gesünder älter werden – Betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik in Zeiten demografischen Wandels. In: Badura, B. / Schellschmidt,H./Vetter,C.: Fehlzeitenreport 2002. Berlin, Heidelberg, New York, S. 33 - 43
- Badura, B. / Litsch, M. / Vetter, C. (Hrsg) (2001): Fehlzeiten-Report 2000. Berlin, Heidelberg, New York
- Badura, B. / Schellschmidt, H./ Vetter, C (Hrsg.) (2003): Fehlzeitenreport 2002. Berlin, Heidelberg, New York
- Badura, B. / Hehlmann, Th. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Berlin, Heidelberg
- Badura, B. / Ritter, W. / Scherf, M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der Hans-Böckler Stiftung, Band 17
- Badura, B. (1993): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann / Laaser (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim und Basel, S. 63 – 87
- Baethge, M. / Schiersmann, Chr. (1998): Prozessorientierte Weiterbildung – Perspektiven und Probleme eines neuen Paradigmas der Kompetenzentwicklung für die Arbeitswelt der Zukunft. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenzentwicklung'98, Berlin – Münster; New York; München; Berlin, S.15 – 87
- Baitsch, Chr. (1998): Lernen im Prozeß der Arbeit – zum Stand der internationalen Forschung. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenzentwicklung ´98: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. Berlin - Münster; New York; München; Berlin, S. 269 – 337
- Baltes, P. (2001): Das Zeitalter des permanent unfertigen Menschen: Lebenslanges Lernen nonstop? In: Politik und Zeitgeschichte B 36/2001, S. 24-32, Internet-Download Oktober 2005: www.bpb.de (Bundeszentrale für politische Bildung)
- Baumgartner, I. / Häfele, W. / Schwarz, M. / Sohm, K. (2004): OE-Prozesse. Die Prinzipien systemischer Organisationsentwicklung. Haupt Berne

- Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (Hrsg.) (2006): Ganzheitliches Betriebliches Gesundheitsmanagement. Handlungsleitfaden für Unternehmen ab ca. 50 Mitarbeiter. Stand 22.05.2006. Internet-Download, Mai 2006: http://www.stmugv.bayern.de/de/gesundheit/giba/betrieb/manage.htm
- Beck, U. (1996): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.
- Becker, M.(2002): Personalentwicklung. Stuttgart
- Becker, H. / Langosch, I. (1990): Produktivität und Menschlichkeit. Stuttgart
- Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2002): Vorläufiger Zwischenbericht der Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen Betrieblichen Gesundheitspolitik“.
- Birker, K. (1999): Projektmanagement. Berlin
- Böhm, A. (2003): Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In: Flick, U. (u.a.) (2003): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg, 2, S.475 - 484
- Bullinger, H.-J. / Bauer, W. (2001): Die Arbeitswelt der Zukunft – New ways of working. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2000. Berlin, Heidelberg
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) (2004): Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen. Argumente und Tipps für ein modernes Betriebliches Gesundheitsmanagement. Essen
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) (2003): BKK-News Gesundheitsförderung im Betrieb. Heft 2/2003. Essen
- Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.) (1999): Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung. Essen
- Bungard, W. / Jöns, I. (Hrsg.) (1997): Mitarbeiterbefragung. Weinheim
- Blättner, B.(1994): Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung - aktueller Stand und Diskussion - Literaturrecherche zur Vorbereitung des Kongresses „anders leben lernen“. Hamburg
- Brandenburg, U.(1998): Gesundheitsförderung in Industriebetrieben am Beispiel Volkswagen. In: Gesundheitsförderung als Aufgabe der Personalentwicklung. Dokumentation des PE-Forum des Niedersächsischen Innenministeriums vom 09.11.1998, S. 72 - 79

- Braun, M. / Kliesch, G. / Iserloh, B. (2007): Wertorientierte Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements mittels Balanced Scorecard. In: Zbl Arbeitsmedizin Heft 57 (2007), S. 174 – 182
- Brödner, P. (2002): Flexibilität, Arbeitsbelastung und nachhaltige Arbeitsgestaltung. In: Brödner,P./Knuth,M. (HG.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen, München, Internet-Download, Oktober 2004: www.tu-chemnitz.de/wirtschaft/bwl9/NAR/download/Broed-Nachhalt6AG.pdf
- Dilger, M. (2000): Grounded Theory. Ein Überblick über ihre charakteristischen Merkmale. Berlin Internet-Download, Oktober 2004: www.martin.dilger.de/science/grounded-theory.pdf
- Dobischat, R. (1999): Personalentwicklung und Arbeitnehmer. In: Tippelt, R. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung/Weiterbildung, Opladen, S. 645 – 659.
- Doppler, K. / Lauterburg, Ch. (2005): Change Management. 11 Auflage Frankfurt/Main, New York
- Drumm, H. J. (1995): Personalwirtschaftslehre. Berlin, Heidelberg
- Ducki, A. (2000): Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich
- Eder, A. (1995): Alter. Erkrankung und Belastung am Arbeitsplatz Dilemma und Szenarien der Bewältigung. In: Karazman, R. u.a. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. Gamburg, S.119 - 123
- Eigler, J. (2001): Personalmanagement. In: Jost, P. (Hrsg.): Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre. Stuttgart, S.337 - 359
- Erfkamp, H.(2003): Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: Badura, B. / Hehlmann, Th.(Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin Heidelberg, S. 255 – 260.
- Fatzer, G.(2003): Lernende Organisation und Dialog als Grundkonzepte der Personalentwicklung – Mythos und Realität. In: Arnold, R./ Bloh, E. (Hrsg.): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler, S. 96 – 100
- Flick, U. / Kardorff, von E. / Steinke, I. (Hrsg.) (2003): Qualitative Forschung. 2. Auflage, Reinbeck bei Hamburg

- Forschungsinstitut des Wiener Roten Kreuzes (Hrsg.) (2005): Arbeitspapier: Sozialkapital in der Organisation im Kontext Betrieblicher Gesundheitsförderung in der mobilen Pflege und Betreuung. Wien
- Franke, J. (1980): Sozialpsychologie des Betriebes. Stuttgart
- French, W.L. / Bell, C.H.(1990): Organisationsentwicklung. 3. Auflage, Bern; Stuttgart; Haupt
- Fritz, S.(2006): Ökonomischer Nutzen weicher Kennzahlen. 2. Auflage, vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich
- Geißler, G. (1979): Hermann Nohl (1879-1960). In: Scheuerl, H. (Hrsg.): Klassiker der Pädagogik II. München 1979, S.225 - 240
- Geißler, H. (2003): Konzepte und Modelle der lernenden Organisation. In: Arnold, R./ Bloh, E. (Hrsg.): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler, S. 73 – 96
- Geißler, H. (1998): Organisationslernen. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenzentwicklung ´98: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. Berlin-Münster; New York; München; Berlin, S. 129 - 142
- Giddens, A. (1997): Die Konstitution der Gesellschaft. Frankfurt/Main / New York, 3. Auflage
- Griese, H. M. (1999): Sozialisationstheorie und Erwachsenenbildung. In: Tippelt, R. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung / Weiterbildung. Opladen, S. 83 - 96
- Grossmann, R. / Scala, K. (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim / München
- Göbel, E. (1990): Zielsetzungen und Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung. In: Landesverband der Volkshochschule Niedersachsen. vhs Texte und Beiträge: „Gesundheitsschule VHS“ Wie lässt sich die Gesundheitsförderung in der Erwachsenenbildung verwirklichen? Dokumentation des vhs-KOLLOQUIUMS am 13.-14. Februar 1990, in Hannover, S. 67 – 82
- Göbel, E. (2002): Neue Institutionenökonomik. Stuttgart
- Hanft, A.(2003): Evaluation und Organisationsentwicklung. EvaNet-Positionen 10/2003, Internet-Download Mai 2005: http://evanet.his.de/evanet/positionen/positionen-2003.php#hanft
- Hanft, A.(1998): Personalentwicklung zwischen Weiterbildung und „organisationalem Lernen“. 2. Auflage, München und Mering

- Hartmann, V. / Madukanya, V. (2007): Führung in Innovationsprozessen. In: Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie, Heft 1 / 2007 • Mai 2007, S.3 - 8
- Hauss, F. (1998): Personalentwicklung und Gesundheit. In: Gesundheitsförderung als Aufgabe der Personalentwicklung. Dokumentation des PE-Forum des Niedersächsischen Innenministeriums vom 09.11.1998, S. 5 - 15
- Henning, K. (2001): Integration von Lernen und Arbeit als Grundbedingung der Zukunftsfähigkeit hochentwickelter Industriegesellschaften. In: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung (Hrsg.): Arbeiten und Lernen, QUEM-report Heft 68, S. 77 - 97
- Herrmann, U. (1979): Wilhelm Dilthey (1833-1911). In: Scheuerl, H. (Hrsg.): Klassiker der Pädagogik II. München 1979, S. 72 - 84
- Hoh, R. / Barz, H. (1999): Weiterbildung und Gesundheit. In: Tippelt, R. (Hrsg.): Handbuch Erwachsenenbildung / Weiterbildung. Opladen, S.293 - 317
- Hurrelmann, K. (1994): Sozialisation und Gesundheit. Weinheim; München
- Hurrelmann, K. / Laaser, U. (1993): Gesundheitswissenschaften als interdisziplinäre Herausforderung: Zur Entwicklung eines neuen naturwissenschaftlichen Arbeitsgebietes. In: Hurrelmann, K. / Laaser, U. (Hrsg.): Gesundheitswissenschaften. Weinheim und Basel, S. 3 - 25
- Hurrelmann, K. / Mürmann, M. / Wissinger, J.(1993): Persönlichkeitsentwicklung als produktive Realitätsverarbeitung. In: Pädagogische Arbeitsstelle des Deutschen Volkshochschul-Verbandes (Hrsg.): Studienbibliothek für Erwachsenenbildung, Bd. 4 Beiträge der Bezugswissenschaften zur Erwachsenenbildung. Frankfurt a.M., S. 155 - 175
- Illmarinen, J. / Tempel, J. (2002): Arbeitsfähigkeit 2010. Hamburg
- Illmarinen, J.(1995): Arbeitsfähigkeit und Altern – 10 Jahre Längsschnittstudien in verschiedenen Berufsgruppen. In: Karazman, R. u.a. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. Gamburg, S. 15 - 33
- Joas, H. (1997): Einführung: Eine soziologische Transformation der Praxisphilosophie – Giddens' Theorie der Strukturierung. In: Giddens, A. (1997): Die Konstitution der Gesellschaft. Frankfurt/Main / New York 1997, S.9 - 23
- Jost, P.-J. (Hrsg.) (2001): Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre. Stuttgart

- Karazman, R. / Geißler, H. / Kloimüller, I. / Winker, N. (Hrsg) (1995): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. Gamburg
- Karazman, R. (1995): Abschiedsdynamik – salutogene und pathogene Auswirkungen auf die Gesundheit älterwerdender Arbeitnehmer. In: Karazman, R. u.a. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. Gamburg, S.89 - 106
- Klein, R. / Kemper, M. (2000): Best-practice beruflicher Weiterbildung. Internet-Download Februar 2004: www.die-bonn.de
- Krämer-Stürzl, A. / Stürzl, W. (2003): Projektkultur als Spiegelbild der Unternehmenskultur und Basis für erfolgreiches Projektmanagement. In: Arnold, R. / Bloh, E. (Hrsg.): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler, S. 232 - 253
- Krämer-Stürzl, A. (2001): Organisationsberatung – Modelle, Methoden, Instrumente. Kaiserslautern (Studienbrief Personalentwicklung).
- Krämer-Stürzl, A. (1997): Aus- und Weiterbildung im lernenden Unternehmen. Kaiserslautern (Studienbrief Personalentwicklung).
- Kuckartz, U. (2005): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden
- Kuhn, K. (2001): Anforderungen an den Arbeits- und Gesundheitsschutz der Zukunft. In: Badura, B. / Litsch, M. / Vetter, C. (Hrsg) : Fehlzeiten-Report 2000. Berlin, Heidelberg,…, S. 14 - 23
- Lau, V. (2002): Gesellschaft – Lernende Organisation – Personalentwicklung. Internet-Download, Oktober 2004: www.cscakademie.de
- Mandl, H. / Winkler, K.(2004): Wissensmanagement. Kaiserslautern (Studienbrief Personalentwicklung)
- Maier, M. (2002): Vorlesung: Organisationstheorie. SS 2002. Internet Download, November 2005: www.uni-weimar.de/medien/management/sites/ss2002/vorlesung/vorlesung_scripts.htm&
- Mentzel, W. (2005): Personalentwicklung. 2. Auflage, München
- Meyring, Ph.(2003): Qualitative Inhaltsanalyse. 8. Auflage, Weinheim und Basel
- Münch, J. (1995): Personalentwicklung als Mittel und Aufgabe moderner Unternehmensführung. Bielefeld
- Neuberger, O. (1994): Personalentwicklung. Stuttgart

- Nieder, P. (2004): Organisationsentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Zeitschrift für Organisationsentwicklung, Heft 4
- Oerter, R. / Montada, L. (2002): Entwicklungspsychologie. 5. Auflage, Weinheim, Basel, Berlin
- Osterholz, U. (1998): Erfahrungen und Angebote der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Gesundheitsförderung als Aufgabe der PE. Dokumentation des PE-Forum des Niedersächsischen Innenministeriums vom 09.11.1998, S. 48 - 58
- Osterloh, U. / Frost, J. / Hunziker, A. / Weibel, A. (1998): Prozessmanagement. Kaiserslautern (Studienbrief Qualitätsmanagement).
- Picot, A. / Dietl, H. / Franck, E. (2005): Organisation – Eine ökonomische Perspektive. 4. Auflage München/Paderborn/Freiberg
- Pelikan, J.M. / Demmer, H. / Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim / München
- Polenz, W. (1995): Ressourcen der körperlichen Gesundheit im Betrieb. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Essen
- Pongratz, H.-J. (2000): Arbeitskraftunternehmer als neuer Leittypus? Flexibilisierung der Arbeit und Patchwork-Biographien, Einführungsreferat zum DIE-Forum Weiterbildung 2000. Internet-Download, September 2003: www.die-frankfurt.de/esprid/dokumente/doc-2001/dieforum_pongratz_01.htm
- Prantschke, W. / Schumm, J-G. (2005): Controlling in modularen Strukturen unter besonderer Berücksichtigung der Transaktionskostentheorie, 23.04.2005-07-15; Internet-Download, Oktober 2003: www.ku-eichstaett.de
- Probst, G. J.B. (1992): Organisation. Strukturen, Lenkungsinstrumente und Entwicklungsperspektiven. Landsberg/Lech
- Reichwald, R. (2001): Innovative Arbeitsgestaltung im Unternehmen der Zukunft. In: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V. (Hrsg.): QUEM-report, Heft 68 „Arbeit und Lernen“. Berlin, S. 39 - 54
- Richter, R. / Furubotn, E.G. (2003): Neue Institutionenökonomik. Tübingen
- Ritter, W. (2003): Betriebliches Gesundheitsmanagement „erlernen“ durch Leitfäden? Bremerhaven
- Rosenbrock, R. (2006): Gegenwärtige und künftige Herausforderungen für eine gesunde Arbeitswelt. Vortrag anlässlich der 2. Konferenz des Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) am 28. März 2006 in Bonn.

Internet-Download, April 2006: www.dnbgf.org/intern/dokumente.php?kat=16

- Rosenbrock, R. (1993): Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J ./ Demmer, H. / Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim, S. 123 -140
- von Rosenstiel, L. (2001): Lernkultur Kompetenzentwicklung als Herausforderung für die Wissenschaft. In: Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung (Hrsg.): QUEM-report, Heft 68, „Arbeit und Lernen“, Berlin, S. 27 - 39
- von Rosenstiel, L. u.a. (1992): Betriebsklima geht jeden an! Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung (Hrsg.). München
- Rudow, B. (2004): Das gesunde Unternehmen. München
- Sackmann, S.A. (2009): Möglichkeiten der Erfassung und Entwicklung von Unternehmenskultur. In: Badura, B. / Schröder, H. / Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Heidelberg 2009, S. 15 - 22
- Sattelberger, Th. (Hrsg.) (1991): Die lernende Organisation: Konzepte für eine neue Qualität der Unternehmensentwicklung. Wiesbaden
- Schein, E. (2000): Prozessberatung für die Organisation der Zukunft: Der Aufbau einer helfenden Beziehung. Köln
- Schiersmann, Ch. / Remmele, H (2002).: Neue Lernarrangements in Betrieben. Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V. (Hrsg.), QUEM-report, Heft 75, Berlin
- Schubert, H.-J. (2003): Prinzipien und Methoden des Change Managements. In: Arnold, R./ Bloh, E. (Hrsg.): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler, S. 287 - 306
- Schubert, H.-J.(1999): Change Management. Kaiserslautern (Studienbrief Personalentwicklung).
- Senge, P. (1997): Die fünfte Disziplin. 4. Auflage, Stuttgart
- Seiler, K.(2009): Beschäftigungsfähigkeit als Indikator für unternehmerische Flexibilität. In: Badura, B. / Schröder, H. / Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Heidelberg 2009, S. 3 - 14
- Skarpelis-Sperk, S. (1995): Arbeit, Wirtschaft und Gesundheit im demografischen Wandel. In: Karazman, R. ua. (Hrsg): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. Gamburg, S. 34 - 48

- Schlippe von, A. / Schweitzer, J. (1996): Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung. Göttingen
- Schmid-Neuhaus, M.(1995): Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. In: Karazman, R. u.a. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung für älterwerdende Arbeitnehmer. Gamburg, S. 71 - 88
- Spieß, E. (2003): Kooperation in Organisationen. In: Arnold, R. / Bloh, E. (Hrsg.): Personalentwicklung im lernenden Unternehmen. Baltmannsweiler, S. 172 - 182
- Steinke, B. (2006): Mit Erfolg gesund bleiben. Interventionen, Erfahrungen und Untersuchungen der Technikerkrankenkasse. Vortrag im Rahmen der 2 Tagung „Wirtschaftsfaktor Gesundheit“ der Initiative zur Betrieblichen Gesundheitsförderung Saar-Pfalz in Neunkirchen, 15.03.2006. Internet-Download, Mai 2006: www.gesanet.de/TK_Dr-Steinke_Mit_Erfolggesundbleiben.pdf
- Stiefel, R. (2002): Personalentwicklung in KMU. Leonberg
- Tremper, U. (2000): Grundzüge betrieblicher Bildungsarbeit in Lernenden Organisationen. Dissertation, Technische Universität Berlin
- Universität Bielefeld Fakultät für Gesundheitswissenschaften (1999): Dokumentation des 2. Workshops im Projekt „Qualitätssicherung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung“. Bielefeld
- Vetter, C. (2003): Einfluss der Altersstruktur auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2002. Berlin, Heidelberg, S. 249 - 265
- Voigt, St. (2002): Institutionenökonomik. München
- Wieland, R. (2001): Belastungsdiagnostik und Beanspruchungsmanagement in neuen Arbeits- und Organisationsfolgen. In: Badura, B. u.a. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2000. Heidelberg, New York, S. 34 - 47
- Waller, H. (1995): Gesundheitswissenschaft. Stuttgart, Berlin, Köln
- Wattendorff, F. / Wienemann, E. (2004): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Gesundheit mit System. Unimagazin, Zeitschrift der Universität Hannover, Heft 4/5, S. 28 - 31; Internet Download, Dezember 2005: http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/Gesundheitsmanagement.pdf
- Weiß, R. (1998): Aufgaben und Stellung der Betrieblichen Weiterbildung. In: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.):

Kompetenzentwicklung ´98: Forschungsstand und Forschungsperspektiven. Berlin-Münster; New York; München; Berlin, S. 91 - 128

- Wienemann, E. (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Hannover, Internet Download, Dezember 2005: http://www.wa.uni-hannover.de/wa/konzepte/WA_BGMKonzept.pdf
- Windsperger, J. (2001): Strategie und Organisationsstruktur. In: Jost, P.-J. (Hrsg.).: Der Transaktionskostenansatz in der Betriebswirtschaftslehre. Stuttgart, S.155 - 183
- Weimer, St., Mendius, G., Kistler, E. (2001): Demographischer Wandel und Zukunft der Erwerbsarbeit am Standort Deutschland. In. Bullinger, H.-J. (Hrsg.): Zukunft der Arbeit in einer alternden Gesellschaft. Stuttgart, S. 25 - 32
- Zahn-Elliott, U. (2001): Demographischer Wandel und Erwerbsarbeit In: Bullinger, H.-J. (Hrsg.): Zukunft der Arbeit in einer alternden Gesellschaft. Stuttgart
- Zink, K.J. / Steinmetz, W. (2002): Neuere Managementkonzepte. 4. Auflage Kaiserslautern (Studienbrief „Personalentwicklung“).
- Zink, K.J. (1999): Grundlagen Total Quality Management. Kaiserslautern (Studienbrief „Total Quality Management“).
- Zink, K.J. (1995): TQM als integriertes Managementkonzept. München; Wien

## Lebenslauf

Henning Plessow
* 31.03.1970, Landau (i. d. Pfalz)

Schulausbildung

| | |
|---|---|
| 1976 – 1980 | Grundschule in Schwalmstadt-Treysa |
| 1980 - 1989 | Schwalmgymnasium in Schwalmstadt-Treysa<br>Abschluss: Abitur |
| 1989 – 1994 | Philipps-Universität Marburg<br>Studium der Erziehungswissenschaft, im Schwerpunkt<br>Erwachsenenbildung / Außerschulische Jugendbildung<br>Abschluss: Diplom-Pädagoge |
| 1997 – 2000<br>2005 | Zentrum für Fernstudien und Universitäre Weiterbildung<br>Technische Universität Kaiserslautern<br>Postgraduales Studium: Personalentwicklung im lernenden Unternehmen<br>Abschluss 01/2000: Zertifikat<br>Abschluss 06/2005: Master of Arts Personalentwicklung |

Berufstätigkeit

| | |
|---|---|
| seit 1995 | AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen,<br>Fachkraft für Gesundheitsförderung |
| ab 2000 | AOK - Institut für Gesundheitsconsulting,<br>Berater für Betriebliches Gesundheitsmanagement |