

Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE
LUZERN**

Soziale Arbeit
FH Zentralschweiz



www.sgo.ch



Hochschule Luzern – Soziale Arbeit / Wirtschaft

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist Chefsache!?

Eine qualitative Untersuchung der Perspektive
von Schweizer Top-Führungskräften

Hochschule Luzern
Schweizerische Gesellschaft für Organisation und Management (SGO)

Luzern, 13. Januar 2015

Impressum

Autor/in

Gian-Claudio Gentile

Claudia Meier Magistretti

Zitiervorschlag:

Gentile, G.-C. & Meier Magistretti, C. (2014): Betriebliche Gesundheitsförderung ist Chefsache? Eine qualitative Untersuchung der Perspektive von Schweizer Top-Führungskräften. Hochschule Luzern und Schweizerische Gesellschaft für Organisation und Management (SGO).

Inhaltsverzeichnis

1.	Projektbeschreibung: Ausgangslage, Fragestellung und Methode	9
1.1	Zielsetzung und Fragestellung	9
1.2	Methodisches Vorgehen	10
<hr/>		
2.	Ergebnisse: Handlungsdimensionen, Managementprofile und Herausforderungen	11
2.1	Handlungsdimensionen des Gesundheitsmanagements	11
2.2	Management der Gesundheit: 4 Profile	12
2.2.1	Profil Klassisches Management: Die „Patrons“	12
2.2.2	Profil Krankheits-Management: Die „Risikomanager“	14
2.2.3	Profil Gesundheitsförderung: Die „Förderer“	15
2.2.4	Profil Integriertes (Gesundheits-) Management: Die „Gesundheitsmanager“	17
2.3	Herausforderungen im Management der Gesundheit	19
2.3.1	Intimität in der Führungsbeziehung	19
2.3.2	Privatheit und Arbeit	20
2.3.3	Wertevielfalt inkludieren	20
2.3.4	Fazit: partizipative Verantwortungsübernahme für Gesundheit	21
<hr/>		
3.	Denkanstöße für die Praxis	23
3.1	Ressourcen und Potentiale der Managementprofile	23
3.1.1	Patrons: Vertrauen ist gut, Kontrolle auch	23
3.1.2	Risikomanager: agieren statt reagieren	23
3.1.3	Förderer: Vielfalt integrieren	24
3.1.4	Gesundheitsmanager: Auf dem Weg zum integrierten Management	25
3.2	Ist BGM Chefsache?: Kein heroisches, aber ein integrierendes Management ist gefragt!	25
<hr/>		
4.	Anhang	27
4.1	A) Methodisches Vorgehen (ausführlichere Darstellung)	27
4.2	B) Zitate zu den Profilen	28
4.2.1	Profil Klassisches Management: Die „Patrons“	28
4.2.2	Profil Krankheits-Management: Die „Risikomanager“	29
4.2.3	Profil Gesundheitsförderung: Die „Förderer“	30
4.2.4	Profil Integriertes (Gesundheits-) Management: Die „Gesundheitsmanager“	31
4.3	C) Zitate zu den Aspekten der Unsicherheitszone	32
4.3.1	Herausforderungen im Management der Gesundheit	32
4.3.2	Intimität in der Führungsbeziehung	32
4.3.3	Privatheit und Arbeit	32
4.3.4	Wertevielfalt inkludieren	33
4.3.5	Fazit: partizipative Verantwortungsübernahme für Gesundheit	33
<hr/>		

Abbildungsverzeichnis

Abb.1	Handlungsdimensionen des Managements der Gesundheit	11
Abb.2	Handlungsdimensionen und Managementprofile	12
Abb.3	Führung in der Unsicherheitszone	19
Abb.4	Auswertungssystematik im Projekt „BGM ist Chefsache!“	28

1. Projektbeschreibung: Ausgangslage, Fragestellung und Methode

Der im Titel gestellten Frage „Ist BGM Chefsache?“ geht die vorliegende Studie der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management (SGO) in Kooperation mit der Hochschule Luzern Wirtschaft und Soziale Arbeit (HSLU) nach. Hierfür wurden mehr als 30 Vertreter aus der strategischen Geschäftsleitung aus Profit- und Nonprofit-Organisationen sowie der Verwaltung interviewt. Der vorliegende Schlussbericht beschreibt die Hintergründe und Ergebnisse des Projektes und gibt im Ausblick eine Antwort auf die Frage, ob und wie Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) Chefsache sein kann. Entlang der Kurzformel „BGM ist Chefsache!“ fokussiert die Studie auf eine selten konkret untersuchte Gruppe von Unternehmensvertreterinnen und Unternehmensvertretern im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagement – die strategische Geschäftsleitung. Verantwortlich für die Erreichung von unternehmerischen Zielen hat diese Führungsebene eine erhöhte Entscheidungs- und Definitionskompetenz, das Thema BGM im Betrieb zu fördern oder zu unterbinden. Doch wie genau und mit welcher Haltung gegenüber dem Thema Gesundheit und gegenüber BGM wird dies umgesetzt?

Aus der Praxis für die Praxis – Im Dialog mit dem Management

Mit der Community of Practice (CoP) BGM¹ greift die SGO managementnahe Themen und Fragestellungen auf und beforscht bzw. diskutiert diese im Austausch mit der Praxis. Nebst der Durchführung von öffentlichen Veranstaltungen, der Verbreitung von Forschungserkenntnissen und dem Austausch von Good Practice bringt sich die CoP BGM auch über wichtige Schriften zu Gesundheitsthemen ein. Die Gruppe setzt sich aus Praxis- und Wissenschaftsvertretern zusammen und bietet so ideale Voraussetzungen die interdisziplinären Herausforderungen im Umgang mit dem Thema Gesundheit im Unternehmen anzugehen.

1.1 Zielsetzung und Fragestellung

Es ist das Ziel des Projektes „BGM ist Chefsache!“ die Perspektive der obersten Führungsstufe in Bezug auf das Thema BGM besser zu verstehen. Trotz erhöhtem Bewusstsein in der Unternehmenspraxis bezüglich der Notwendigkeit gesunder und somit leistungsfähiger Mitarbeitenden, ist der Umgang mit Gesundheit in den Betrieben nach wie vor ambivalent. Als Soft- oder Wohlfühlfaktor taxiert, erhält das Thema über die Bereiche der Arbeitssicherheit, den Arbeitsschutz und die Messung der Absenzenquote hinaus nur wenig Aufmerksamkeit. Eine weiterführende Sensibilisierung erfordert betriebsinterne Legitimation, welche nicht zuletzt von der obersten Führungsstufe, d.h. der strategischen Geschäftsleitung signalisiert und getragen werden muss. Folgende Hauptziele wurden formuliert:

- Die Erfassung der je individuellen Sichtweise der Führungskräfte in Hinblick auf die Themen Gesundheit und deren Management.
- Aufzeigen von Herausforderungen bei der Gestaltung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen aus der Sicht der Führungskräfte.

¹ Mitglieder der CoP-Kerngruppe kommen aus folgenden Institutionen: Alstom, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung (iafo), Hochschule Luzern, Rheinmetall Air Defence, SGO, Swiss Life, SUVA, Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)

- Herausarbeitung von Elementen einer guten Praxis, welche die erfolgskritischen Faktoren für die Umsetzung von BGM in Betrieben aufzeigt.

1.2 Methodisches Vorgehen

Um Antworten auf die gestellten Fragen zu erhalten, wurde ein qualitatives Verfahren gewählt mit dem Ziel, subjektive Sichtweisen und Sinnzusammenhänge zu rekonstruieren und die subjektive Wahrnehmung und Realität der Befragten zu verstehen (Helfferich, 2005, S. 21)².

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden 29 episodische Interviews mit Top-Führungskräften aus der Verwaltung, aus Non-Profit-Organisationen und aus privatwirtschaftlichen Unternehmen geführt. Als Interviewform wurde das episodische Interview in Anlehnung an Flick (2010)³ gewählt. Mit diesem Verfahren werden narrativ-episodisches Wissen über Erzählungen erfasst sowie semantisches Wissen über konkrete und zielgerichtete Fragen erhoben. Die Auswertung der Interviews erfolgte in drei Schritten.

1. Formalsprachliche Analyse durch Interaktionskontrolle und Textsortenbestimmung
2. Textsequenzvergleichende Analyse und vertikale Einzelfallanalyse
3. Fallvergleiche und Typisierung, horizontale Fallvergleichsanalyse

Eine detaillierte Beschreibung des methodischen Vorgehens findet sich im Anhang (4.1)

² Helfferich, C. (2005). Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

³ Flick, U. (2010). Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (3. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.

2. Ergebnisse: Handlungsdimensionen, Managementprofile und Herausforderungen

Aus den Gesprächen lassen sich vier Managementprofile herausarbeiten. Diese werden im Folgenden entlang zweier Dimensionen beschrieben: Die „technisch-funktionale“ und die „konzeptionell-wertbasierte“. Anschliessend werden die vier Managementprofile skizziert. Die Ergebnisdarstellung schliesst mit dem Beschrieb der sogenannten „Unsicherheitszone“, welche das Management der Gesundheit zu einer besonderen und herausfordernden Managementaufgabe macht.

2.1 Handlungsdimensionen des Gesundheitsmanagements

In den vier Profilen zeigen sich jeweils unterschiedliche Formen der Konzeption und Handhabung von Gesundheit, die sich in Bezug auf die Systematik und der Handlungsorientierung idealtypisch entlang von zwei Dimensionen beschreiben lassen (siehe Abbildung 1).

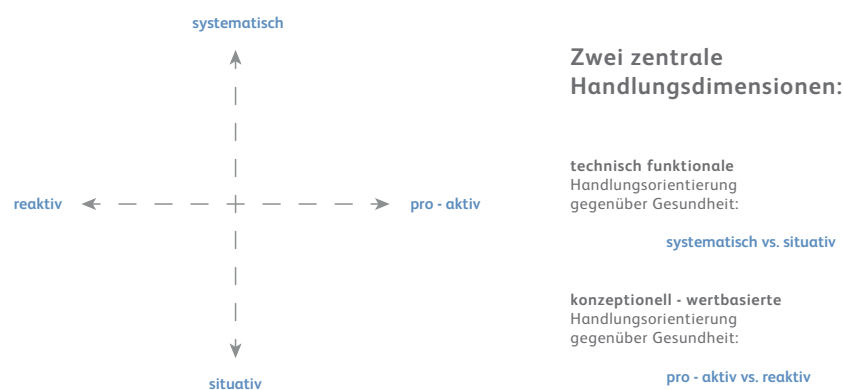


Abbildung 1: Handlungsdimensionen des Managements der Gesundheit

Die erste Dimension stellt eine technisch-funktionale Handlungsorientierung gegenüber Gesundheit dar. Sie gibt wieder, wie die alltägliche Managementpraxis mit dem Thema Gesundheit und dessen organisationale Integration gestaltet wird.

In Bezug auf die technisch-funktionale Handlungsorientierung lassen sich die vier Managementprofile zwischen den beiden Polen „situativ“ und „systematisch“ verorten. Situativ orientierte Formen des Gesundheitsmanagements finden sich in den Profilen „Patrons“ und „Förderer“. Sie kennzeichnen sich durch eine Handlungsorientierung an aktuellen und unmittelbaren Problemen und Bedürfnissen (z.B. Rauchstopp, Bike-to-Work, Management individueller Krankheitsfälle). Im Unterschied hierzu kennzeichnen sich die Profile des „Risikomanagers“ und des „Gesundheitsmanagers“ durch standardisierte und definierte Vorgehensweisen und Entscheidungsprozesse, womit sie dem Pol „systematisch“ zugeordnet sind.

Die Dimension „konzeptionell-wertbasiert“ beschreibt das Verständnis und die Werthaltung gegenüber dem Thema Gesundheit und umfasst die Pole „pro-aktiv“ und „reaktiv“.

Eine pro-aktive Haltung kennzeichnet sich dadurch, dass Gesundheit explizit thematisiert wird und für sich selbst genommen einen positiven Wert erhält („Förderer“ und „Gesundheitsmanager“). Dem entsprechend wird das Thema Gesundheit vorausschauend bewirtschaftet. In diesem Sinne

handeln „Förderer“ und „Gesundheitsmanager“ präventiv, in dem sie Gesundheitsthemen angehen, bevor Störungen oder Krankheiten auftreten und indem sie Gesundheitsressourcen stärken. Dagegen beschränken sich die reaktiven Managementprofile („Risikomanager“ und „Patrons“) darauf, Störungen der Gesundheit dann zu begegnen, wenn diese akut auftreten. Hiermit folgen ihre Handlungen einer kurativen, d.h. heilenden oder schadensmindernden Orientierung.

2.2 Management der Gesundheit: 4 Profile

Die Abbildung 2 zeigt die Einordnung der Profile entlang der Handlungsdimensionen. Die darin wiedergegebenen Managementprofile sind deskriptiv und idealtypisch zu verstehen. Sie stellen weder Entwicklungsstufen (z.B. vom Krankheitsmanagement hin zum betrieblichen Gesundheitsmanagement) dar, noch sind sie als „bessere“ oder „schlechtere“ Formen des Managements von Gesundheit zu bewerten.

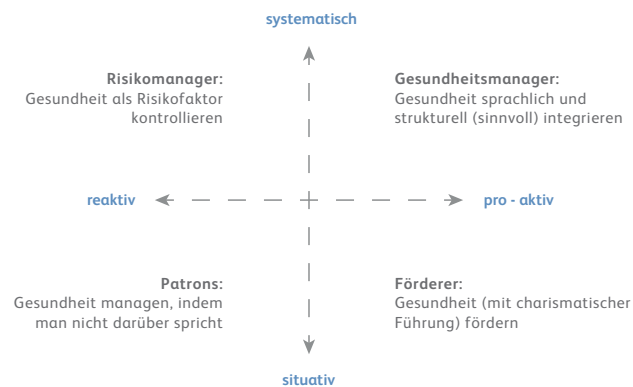


Abbildung 2: Handlungsdimensionen und Managementprofile

Die Profile kennzeichnen sich vielmehr durch spezifische Stärken und Schwächen, welche als Ausgangspunkt für weitere Analysen und Entwicklungen im jeweiligen Profil genutzt werden können⁴.

2.2.1 Profil Klassisches Management: Die „Patrons“

Die „Patrons“

Ein Betrieb, der wirtschaftlich gesund und gut geführt ist, hat zufriedene und gesunde Mitarbeitende. Wenn es der strategischen Führung gelingt, Arbeitsplatzsicherheit zu schaffen und für eine mitarbeiternahe Führung zu sorgen („Management by walking around“), dann stellt sich die Gesundheit der Mitarbeitenden gewissermassen als Nebenprodukt automatisch her. Ist die Gesundheit von Mitarbeitenden dennoch gefährdet, dann garantiert eine offene Unternehmenskultur die Früherkennung und ermöglicht

⁴ Zitate zu den Profilen sowie den anderen Ergebnissen befinden sich im Anhang (4.2). Dies soll ein schnelleres Durchlesen des Berichtes ermöglichen, ohne auf wichtige und authentische Belegzitate zu verzichten.

adäquate Interventionen. Die gesundheitsbezogenen Entscheidungen werden entweder durch die Führungs- und Unternehmenskultur selbst oder durch die Person des CEO und deren Vorbildfunktion legitimiert.

„No news is good news“: Gesundheit ist der Normalfall

Gesundheit wird als Teil der professionellen Managementaufgabe angesehen, hat aber keinen spezifischen Status. Die „Patrons“ vertreten die Auffassung, dass gutes Management eine notwendige, aber auch eine ausreichende Bedingung für die Mitarbeitergesundheit ist. Aufmerksamkeit und Sorge für die Gesundheit der Mitarbeitenden wird als Teil und Aufgabe der Führungskultur verstanden. Damit wird Gesundheit der „Normalfall“ und Krankheiten stellen ein Ausnahmeereignis dar. Ein explizites Gesundheitsverständnis wird nicht formuliert.

Die „Patrons“ beschreiben diese Führungskultur als eine Kultur der Offenheit und Nähe zu den Mitarbeitenden. Sie erlaubt es den Führungskräften, gesundheitliche Probleme anzusprechen und sie ermöglicht es den Mitarbeitenden, Unstimmigkeiten und Unbehagen an die Führungskräfte heranzutragen. Die Nähe zu den Mitarbeitenden macht es möglich (und einfach), Befindlichkeiten der Mitarbeitenden zu spüren.

Obwohl kein explizites Gesundheitsverständnis beschrieben wird, haben die „Patrons“ klare Vorstellungen darüber, welche Elemente in einem guten Management gegeben sein müssen, damit Mitarbeitende gesund und leistungsfähig sind.

- Ein wirtschaftlich gut geführter Betrieb schafft Arbeitsplatzsicherheit und ermöglicht über nachhaltige Perspektiven Arbeitsfreude und individuelle Gesundheit. Management wird als funktional-technische Aufgabe dargestellt, welche in Hinblick auf das Thema Gesundheit nichts mit spirituell-ideologischen Haltungen zu tun hat.
- Berufliche Belastungen werden aktiv angegangen, indem Massnahmen zur Stressreduktion entweder über strukturelle Interventionen (institutionalisierte Gefässe zum Stressmonitoring, Aufstocken der Personalressourcen) oder über charismatisch-normative Apelle („fitter Mitarbeitende in einem fitten Unternehmen“) ergriffen werden.
- Der Betriebs- und Interaktionskultur wird ein hoher Stellenwert zugemessen: Anerkennung, Dank, Wertschätzung, Offenheit, Hilfsbereitschaft und Mitbestimmung sind wichtige Werte.

Führung und Klima sind Chefsache, Gesundheit verantworten die Mitarbeitenden

Das Management hat die Aufgabe, den Betrieb wirtschaftlich zu führen. Damit ist Gesundheit immer schon (implizit) mit berücksichtigt. Eine direkte Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeitenden trägt das Management nicht. Durch die Schaffung eines guten Arbeitsklimas und einer betriebswirtschaftlichen Perspektive werden die Voraussetzungen geschaffen um mit den bestehenden Herausforderungen umgehen zu können. Hierzu braucht es keine spezifischen Gesundheitskenntnisse oder Controlling-Instrumente: Pragmatismus, „common sense“ und allenfalls ein Absenzenmanagement genügen.

Implizit besteht aber die Gefahr, dass „Gesundheit“ als Thema, kranke Mitarbeitende oder Führungskräfte, die sich aktiv für ein Gesundheitsmanagement einsetzen, ausgegrenzt werden. Deutlich wird das zum Beispiel dann, wenn Gesundheit in der Geschäftsleitung Tabu ist und es zur Kultur in der strategischen Führung gehört, „keine Schwäche zu zeigen“ (Int. 16). Dadurch, dass Ausmass und Form der sozialen Verantwortung gegenüber erkrankten Mitarbeitenden durch das subjektive Verantwortungsbewusstsein der einzelnen „Patrons“ und nicht durch in einem BGM-Konzept definierte Abläufe geregelt wird, sind beziehungsabhängige Entscheidungen wahrscheinlicher. Beispiele dafür finden sich in den Schilderungen von Entlassungen erkrankter Mitarbeitender, die noch nicht lange im Betrieb und von daher in die Betriebskultur von Nähe und Vertrauen weniger stark eingebunden waren oder wenn die fehlende Passung in die Betriebskultur zum Abbruch der Arbeitsbeziehung führt (Int. 19).

Gute Praxis

Die „Patrons“ vertrauen darauf, dass ihr (gutes) Management – gekennzeichnet durch die Kultur der Nähe zu den Mitarbeitenden und punktuell auch durch ihre Vorbildfunktion - Gesundheit herstellt, die Früherkennung und das Handhaben von Problemen und Krankheiten ermöglicht und sich ein förderliches Gleichgewicht zwischen Leistungsanspruch einerseits und Gesundheitsschutz andererseits schaffen lässt.

2.2.2 Profil Krankheits-Management: Die „Risikomanager“

Die „Risikomanager“

Gesundheit wird relevant als Abwesenheit von Krankheit, Krankheit wird relevant über die Abwesenheit von Mitarbeitenden. Für dieses Führungsprofil wird Gesundheit dann ein Thema, wenn es Risiken zu vermindern oder Schäden zu begrenzen gilt. Gesundheitsmanagement erschöpft sich im Case- und Absenzenmanagement und wird nur aktiv thematisiert, wenn die Manager Erwartungen seitens unterschiedlicher Interessengruppen aus der Gesellschaft oder im Betrieb antizipieren (z.B. wenn sich Spitäler um den Impfschutz des Personals im Interesse der Patientinnen und Patienten kümmern).

„Keine schlafenden Hunde wecken“: Krankheitsmanagement zur Legitimationssicherung

Gesundheit wird dann zum Thema, wenn sie als Risiko für die Leistungserbringung antizipiert wird (z.B. Brandschutz, Pandemievorkehrung, gesetzliche Vorgaben zum Arbeitsschutz) oder aufgrund entsprechender Signale (z.B. erhöhter Krankheitsstand, sichtbare gesundheitliche Einschränkungen eines Mitarbeitenden oder Erwartungen von externen Stakeholdern, wie die Gewerkschaften) reaktiv wahrgenommen werden muss.

Ohne einen solchen Bezug hängt die Thematisierung von Gesundheit von persönlichen Eigenschaften der Führungskraft und informellen Handlungsspielräumen in der Organisation ab. Dies heisst zum einen, dass die Gesundheit situativ aufgrund von eigenen Erfahrungen und Handlungskompetenzen der Führungskraft angesprochen wird. Zum anderen werden – im Sinne einer pragmatischen Verantwortungsübertragung – Aufträge für gesundheitsbezogene Projekte an Mitarbeitende zugewiesen (z.B. Gesundheitsförderung durch „Obst und Wasser“ oder ein Rauchstopp-Projekt).

Die reaktive Haltung gegenüber dem Thema Gesundheit jenseits des Krankheitsmanagements gründet zum einen in einer grundsätzlichen Verunsicherung hinsichtlich der möglichen Ursachen und Wirk-

zusammenhänge von gesundheitlichen Themenfeldern und deren Handhabung in der Führungsrolle. Zum anderen wird Gesundheit als weitestgehend privates Thema angesehen, welches höchstens über die Vorbildfunktion des Chefs indirekt angegangen werden kann.

Führung zwischen (Risiko-)Controlling und Vorbildfunktion

Dem Risikofokus folgend, sehen die Führungskräfte eine grundsätzliche Verantwortung für eine sichere Arbeitsumgebung (z.B. gesetzliche Vorgaben) sowie die Sicherung der Leistungserbringung des Betriebes (z.B. Absenzencontrolling), womit das Krankheitsmanagement „Chefsache“ ist. Weiterführende Verantwortung für das Gesundheitsverständnis und -verhalten der Mitarbeitenden wird negiert. Dies aufgrund der Wahrnehmung einer als Privatheit gekennzeichneten Grenze sowie der Zuschreibung von Eigenverantwortung an die Mitarbeitenden.

Krankheitsmanagement und Kontrollverlust

Als Herausforderung kann hier das Erleben von Kontrollverlust hervorgehoben werden. Im Rahmen einer auf Sicherheit und Risikomanagement ausgerichteten Handlungsorientierung, stellt der Kontrollverlust über Risiken eine grosse Herausforderung dar. Mit dem Kontrollverlust wird zudem eine fehlende Handlungsmächtigkeit sichtbar. Diese wird für den einzelnen nicht nur als lähmend empfunden, sondern kann auch in Bezug auf die Leistungsbewertung des betroffenen Managers durch seine Kollegen von Relevanz sein.

Schliesslich ist Kontrollverlust auch dann ein Thema, wenn über das reine Krankheitsmanagement hinaus komplexere Aspekte des Gesundheitsmanagements, z.B. psychische Beanspruchungen, zum Thema werden.

Gute Praxis: Absichern und „Handeln wenn's brennt“

Bei den „Risikomanagern“ liegt der Fokus auf der Absicherung des Betriebes in Hinblick auf gesetzliche Vorgaben sowie auf der Sicherung der nachhaltigen Leistungserbringung des Betriebes. Soweit möglich, liefern Controllinginstrumente (z.B. Absenzenstatistiken oder Zufriedenheitsumfragen) Anhaltspunkte für die Steuerung des Krankheitsmanagements.

Im Blick dieser Bemühungen ist auch eine Orientierung an Erwartungshaltungen von meist externen Anspruchsgruppen (z.B. Kunden, Interessensvertreter wie die Gewerkschaften oder die Medien), welche für die grundlegende Existenzberechtigung des Betriebes eine zentrale Rolle spielen. Entsprechend wird besonders dann reagiert oder antizipierend agiert, wenn spezifische Risiken erkannt werden (z.B. ein drohender Patientenaufnahmestopp aufgrund zu vieler Krankheitsabsenzen von Mitarbeitenden). Dies ist mitunter auch mit ad-hoc-Entscheidungen des Chefs verbunden und läuft teilweise über informelle Absprachen und Regelungen im Betrieb ab.

2.2.3 Profil Gesundheitsförderung: Die „Förderer“

Die „Förderer“

Im Profil der (Gesundheits-)„Förderer“ hat nun Gesundheit einen Wert an sich. Dies wird sichtbar als Palette von Gesundheitsangeboten im Betrieb oder in oft charismatischen Führungspersonen, die eine gesunde Lebensführung vorleben und eine – manchmal anreizgesteuerte - Gesundheitskultur unter ihren Mitarbeitenden fördern. Die Manager

in diesem Profil berichten vom Spannungsfeld einer gut gemeinten Gesundheitsförderung einerseits und einem Reputationsrisiko andererseits, indem das Eintreten für Gesundheitsförderung als „Missionieren“ oder als „Benachteiligung“ (z.B. von unsportlichen Mitarbeitenden) bewertet wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Gesundheitsförderung nicht strukturell verankert, sondern lediglich als individuelle normativ-moralische Haltung legitimiert ist und daher auch Gefahr läuft, überbetont zu werden und Widerstände hervorzurufen.

Gesundheit ist relevant, aber nicht prioritär

Im Unterschied zu den bisher beschriebenen Formen des Managements von Gesundheit zeigen sich im Profil der „Förderer“ explizite Konzeptualisierungen von Gesundheit. Gesundheit hat aber nicht oberste Priorität, sondern steht im Spannungsfeld zu Leistungsanforderungen und wirtschaftlichen Betriebsinteressen: Gesundheit wird konjunkturabhängig unterschiedlich stark gewichtet oder grundsätzlich in den Dienst der Leistungserbringung gestellt und allenfalls dort priorisiert, wo ein Imagegewinn für den Betrieb resultiert. Zudem wird betont, dass Gesundheit nicht fundamentalistisch oder missionarisch betrieben werden soll.

Den unterschiedlichen Verortungen von Gesundheitsförderung im Betrieb entsprechend sind auch die Konzeptualisierungen von Gesundheit selbst sehr unterschiedlich. Sie lassen sich im Quervergleich als breites Spektrum (fast) aller aktueller Gesundheitskonzepte beschreiben: Ein auf physische Gesundheit ausgerichteter Gesundheitsbegriff zeigt sich in der Betonung der Faktoren „Bewegung“ und „Ernährung“ und in Beispielen wie dem Angebot von Obst und Wasser im Betrieb oder im vereinfachten Zugang zu Bewegungsangeboten („Bike-to-work“, vergünstigte Abonnemente in Fitnesszentren oder gemeinsame sportliche Aktivitäten im Betrieb). Daneben werden im Zusammenhang mit Aspekten der psychischen Gesundheit die Führungs- und Firmenkultur genannt, die jedoch nicht als integrierte Prozesse umgesetzt werden, sondern von engagierten Individuen und deren Vorbildwirkung geprägt sind.

Kongruent zu den heterogenen Konzeptionen von Gesundheit wird Gesundheitsförderung ebenfalls unterschiedlich beschrieben: Während einige Führungskräfte von stark spezifizierten gesundheitsbezogenen Konzepten wie beispielsweise der life-domain-balance ausgehen, beschreiben andere die gesundheitsfördernden Angebote im Betrieb als eher beliebig.

Gesundheit als geteilte Verantwortung von Führung und Mitarbeitenden

Führung hat die Aufgabe Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Gesundheit in der Eigenverantwortung gelebt werden kann. Dies geschieht über entsprechende Angebote und über Formen der Mitarbeitendenführung, welche Arbeitsbelastungen thematisieren oder über spezifische Massnahmen reduzieren. Dagegen liegt es in der Verantwortung der Mitarbeitenden, Gesundheitsfördernde Angebote zu nutzen und individuelle Arbeitsbelastungen zu thematisieren. In die Autonomie von Erwachsenen soll nicht eingegriffen werden. Ob und wie gesund jemand lebt wird erst dann zum (Führungs-)thema, wenn die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden eingeschränkt ist. Betont werden hingegen die Vorbildfunktion der Führungskräfte und ihre Aufgabe, die Mitarbeitenden zu gesundheitsförderndem Handeln zu motivieren.

Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung als Herausforderung

Gesundheitsförderung hat nicht oberste Priorität. Führungskräfte agieren deshalb im Bereich des jeweils Möglichen und gehen das Thema im Rahmen der individuellen Einsicht freiwillig an. Es wird

ein praktikables „Gesundheits-Mainstreaming“ in der Organisation angestrebt. Diese Entwicklung hat sich jedoch pragmatisch zu orientieren. Eine Überforderung der Akteure und damit verbundene Widerstände sollen vermieden werden.

Gesundheit von einem betrieblichen Randthema in ein verankertes betriebliches Management überzuführen ist daher aus der Sicht der Führungskräfte eine kontinuierliche Herausforderung, die über Sensibilisierung und Pragmatismus, aber auch über Mobilisierung schrittweise zu erreichen versucht wird. Potentiell können mobilisierende Aktionen aber Mitarbeitende, welche beispielweise keinen Sport treiben, ausschließen. Der „sanfte Zwang zum Glück“ durch Mobilisierung wird aber insbesondere von charismatischen Führungspersonen durchgehend positiv bewertet, mögliche Ausgrenzungsmechanismen scheinen nicht wahrgenommen zu werden.

Gute Praxis im Übergang

Obwohl die Ansätze gesundheitsförderlicher Initiativen zahlreich sind, verfügen die Führungskräfte im Profil der „Förderer“ über eine lediglich normativ-moralische Legitimation im Betrieb. In diesem Zusammenhang ist vermutlich auch ihre konstante Bemühung zu verstehen, sich von „Apostel- oder Sektierertum“, von „Missionieren“ oder spirituellen und esoterischen Ansätzen abzugrenzen. Im Betrieb versuchen sie auf struktureller Ebene, die bestehenden gesundheitsfördernden Ansätze und Projekte in Leitbilder und BGM-Konzepte überzuführen. Etliche berichten von BGM-Konzepten in Erarbeitung, andere planen solche Initiativen: Gesundheitsförderung präsentiert sich so als Übergang und Entwicklungsstufe zu einer Verankerung in betrieblichen Abläufen und Strukturen.

2.2.4 Profil Integriertes (Gesundheits-) Management: Die „Gesundheitsmanager“

Die „Gesundheitsmanager“

Gesundheit ist ein betriebliches Querschnittsthema wie z.B. Wirtschaftlichkeit, Rechtskonformität oder Qualität. In diesem Sinn ist Gesundheit eine Selbstverständlichkeit, welche immer auch auf die Agenda der Geschäftsleitung gehört. Gesundheit wird gemeinsam verantwortet: zum einen trägt die Führung die Verantwortung für die Gesundheit im Betrieb, zum anderen sind die Mitarbeitenden verantwortlich, gesundheitsfördernde Entscheide mit zu tragen und eigene Anliegen aktiv einzubringen. Das kann so weit gehen, dass das Thema Gesundheit durch die Mitarbeitenden von zuhause in den Geschäftsalltag getragen wird.

Gesundheit verstehen und pro-aktiv managen

Gesundheit wird als aktuelles und künftiges Handlungsfeld moderner Arbeitsverhältnisse verstanden, welchem pro-aktiv begegnet werden muss. Als kontroverses Thema im Spannungsfeld zu anderen Aufgaben wahrgenommen, wird Gesundheit hinsichtlich ihrer physischen und psychischen Dimensionen im Austausch mit Kollegen (meist aus der Geschäftsleitung) diskutiert. Dies zum einen mit dem Bestreben, bestehende Unsicherheiten hinsichtlich relevanter Handlungs- und Wirkdimensionen des Gesundheitsmanagements auszuloten. Zum anderen um eine Klärung der Verantwortungszuschreibung im Rahmen des Gesundheitsmanagements zu erlangen (Unternehmens- vs. Eigenverantwortung Mitarbeitende). Die hierbei erlebte Unsicherheit in Hinblick auf die wahrgenommene Unentscheidbarkeit eines ‚richtigen‘ Managements des Themas Gesundheit führt zu Auseinandersetzungen hinsichtlich der Deutungshoheit durch die Verantwortlichen.

„In die Unsicherheitszone schreiten“: Gesundheit als gemeinsame Verantwortung

Bei den „Gesundheitsmanagern“ wird der Umgang mit Gesundheitsthemen zu einer gemeinsamen Aufgabe der Beziehungsgestaltung zwischen Führung und Geführtem. Es gilt dafür Sorge zu tragen, in einer aus Vertrauen und Respekt getragenen Beziehung, auch Dinge anzusprechen, welche bisweilen im Bereich der Autonomie bzw. „Privatheit“ von Personen gesehen werden.

Auch wenn eine solche Haltung von der Leitung gefördert bzw. gefordert und durch die Belegschaft getragen wird, gilt es jedoch auch die Grenze zwischen Bevormundung und wohlgemeinter Führungsautorität im konkreten Fall wiederholt auszuloten.

Gesundheitstugend und -kultur im Angesicht täglichen Leistungsdrucks

In der bewussten Stärkung und Pflege gesundheitsrelevanter Aspekte in der Führung und der Arbeitsbeziehungsgestaltung eröffnen sich nebst den bereits beschriebenen Aufgaben (z.B. Unsicherheitsreduktion oder Beziehungsgestaltung), weitere Herausforderungen. Diese werden vor allem dann sichtbar, wenn die moralische Pflicht zum Schutze der Gesundheit auf die vorherrschende Realität der kurzfristigen Leistungsorientierung trifft. Diese Herausforderungen werden oft dilemmatisch erlebt. Zum einen in Hinblick auf die eigene Integrität in der Führung gegenüber den Mitarbeitenden. Zum anderen in der Interessensvertretung gegenüber externen Stakeholdern, wie beispielsweise Investoren. Die Führsprache für das Thema Gesundheit und dessen systematisches Management birgt das (unternehmenspolitische) Risiko, Vorhaltungen gegenüber zu stehen, welche dieses Engagement als ‚dogmatisch‘ und nicht rational begründbar (ab-)werten.

Es bedarf eines Feingefühls für das richtige Mass an Kommunikation und Motivation, was auf einen Aspekt des Managements der Gesundheit weisst, welcher als Gute Praxis im folgenden Abschnitt erläutert wird.

Gute Praxis: Gesundheit mit ganzheitlichem Management begegnen

Um der wahrgenommenen Unentscheidbarkeit in Bezug auf die Legitimität eines Gesundheitsmanagement begegnen zu können, verfolgen die befragten Führungskräfte unterschiedliche Gestaltungsstrategien wie beispielsweise:

- **Systematisches Wissen zusammentragen:** Fakten, d.h. Evidenzen und Kennzahlen systematisch zusammenstellen, um Wirkzusammenhänge von Gesundheitsförderung und Mitarbeitendengesundheit aufzuzeigen. Hierzu wird auch auf professionelle, externe Hilfe gesetzt, welche Fachwissen und Best-Practice ins Unternehmen einbringen kann (z.B. Psychiater, Ärzte, Arbeitspsychologen oder Berater).
- **Unternehmenspolitik:** Vertraute Unternehmensmitglieder für das Anliegen eines systematischen Gesundheitsmanagements gewinnen und so die Definitionsmacht in Bezug auf die Gestaltungsdimensionen gewinnen.
- **Unternehmenskultur:** die Belegschaft in der Eigenverantwortung stärken und respektieren, damit diese in der alltäglichen Auseinandersetzung mit dem Thema handlungsfähig bleiben kann (z.B. eine Kultur des „Straight Talks“ entwickeln).

Schliesslich werden diese Bemühungen bewusst durch eine breite Palette von gesundheitsförderlichen Maßnahmen (Essen, Bewegung, Gesundheitscheck etc.) gestützt sowie durch strategische, strukturelle und personelle Entwicklungsmaßnahmen (z.B. Verankerung der Leistungsfähigkeit / Gesundheit der

Mitarbeitenden in der Vision / Strategie, Schulung von Führungskräften und Personalentwicklung, Kulturentwicklung, Diversity-Management) flankiert.

2.3 Herausforderungen im Management der Gesundheit

Allen Managementprofilen ist gemeinsam, dass sie vor der Herausforderung stehen, sich der sogenannten „Unsicherheitszone“ zu nähern. Gesundheit wird in diesem Zusammenhang als „Angelegenheit“ verstanden, welcher sich formales Management nicht oder nur sehr beschränkt „widmen“ kann. Es werden notwendige Grenzüberschreitungen wahrgenommen, für welche die Befragten noch wenig Kompetenzen und Know-how haben. Die hieraus entstehende Handlungs- und Entscheidungsunsicherheit verfestigt Widerstände und Vorbehalte gegenüber systematischen Gesundheitsmassnahmen.



Abbildung 3: Führung in der Unsicherheitszone

Wie in Abbildung 3 dargestellt, ist Gesundheit in der Wahrnehmung der Befragten dann kein Problem, wenn Gesundheit klar gegeben ist oder Krankheit eindeutig festgestellt werden kann. Sind die Mitarbeitenden gesund, besteht der Idealfall, d.h. Arbeitgeber und Arbeitnehmer begegnen sich im vereinbarten Leistungsvertrag: Für geleistete Arbeit wird ein Entgelt ausgezahlt. Das Management der Gesundheit stellt auch dann kein Problem dar, wenn Krankheit über Faktenlage (z.B. gebrochener Arm) oder fachliche Begutachtung (z.B. Arztzeugnis) festgestellt werden kann. Leistungsausfälle und daran anschließende Folgekosten werden dann über institutionalisierte Prozesse gemanagt (z.B. IV-Stellen oder Case-Management). Problematisch wird das Thema Gesundheit dann, wenn weder Gesundheit noch Krankheit klar feststellbar bzw. unterstellt werden können. Zwischen den beiden Polen „gesund“ und „krank“ eröffnet sich eine Unsicherheitszone des Gesundheitsmanagements, in welcher die Befragten kaum über Handlungsorientierung verfügen.

Beschreibt man die „Unsicherheitszone“ inhaltlich, zeigen sich drei Aspekte, welche im Rahmen der Gespräche wiederholt genannt bzw. beschrieben wurden: Der Umgang mit Intimität in der Führungsbeziehung, die Ab- und Eingrenzung von Privatheit und Arbeit sowie die Inklusion von Gesundheitsthemen im Kontext der ökonomischen Leistungserbringung.

2.3.1 Intimität in der Führungsbeziehung

Den Nennungen der Gesprächspartner folgend, meint Intimität hier einen Zustand von Nähe und Vertrautheit, welcher für die Mitarbeiterführung in bestimmten Situationen und Problemlagen von

zentraler Bedeutung ist. So kann es beispielsweise wichtig sein, dass man als Führungskraft nahe genug bei den Mitarbeitenden ist, um zu erfahren ob (nebst der Arbeitsbelastung) zuhause persönliche Beanspruchungen vorliegen, welche die Gesundheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen könnten (z.B. Nähe und Vertrautheit um zu wissen, wer später zur Arbeit kommen möchte, damit er Kinder noch in die Krippe bringen kann). Dies setzt eine Form und einen Grad an Nähe und beidseitigem Vertrauen voraus, welche für die Befragten ungewohnt ist und eine grosse Herausforderung darstellt. Dies insbesondere dann, wenn es um psychische Beschwerden geht. Nebst der persönlichen Herausforderung, sich solch schwierigen Situationen zu stellen, gilt es immer auch die Perspektive des Gegenübers einzubeziehen. So ist es z.B. nicht klar, inwiefern der Mitarbeitende sich seiner eigenen Intimsphäre und Eigenverantwortung bewusst ist.

Schliesslich ist es dann auch unklar, inwiefern der Mitarbeitende die Bereitschaft hat, im Rahmen der Arbeitsbeziehung seine Intimsphäre gegenüber dem Vorgesetzten zu öffnen bzw. eine gemeinsame Sphäre zu entwickeln. Dass dies von den Vorgesetzten als Herausforderung und Problemfeld auch so wahrgenommen wird, zeigt der nächste Aspekt – die Privatsphäre.

2.3.2 Privatheit und Arbeit

Während mit der Intimität ein relationaler Aspekt der Unsicherheitszone thematisiert wurde, ist mit der Privatheit und der Abgrenzung zur Arbeit eine Wertorientierung angesprochen. Als nichtöffentlicher Bereich sehen die Befragten in der Privatsphäre einen Ort, in welchem Management nicht legitim eingreifen kann und zurückhaltend reagieren muss. Gesundheit wird in den meisten Fällen in diesem Bereich verortet und entsprechend fehlt es auch hier an Handlungsorientierungen.

Das Ausloten der Grenze zwischen Privatheit und Arbeit ist nicht immer einfach. Sie wird hinsichtlich der Grenzziehung kontrovers diskutiert und muss oft als „Chefsache“ entschieden werden. Entscheidungsmacht spielt in solchen Situationen eine wesentliche Rolle. Das Durchsetzungsvermögen des Chefs bzw. das Ringen darum stellt deshalb eine zentrale Herausforderung dar, wie im folgenden Abschnitt beschrieben.

2.3.3 Wertevielfalt inkludieren

Als letzter Aspekt der Unsicherheitszone kann die Wertevielfalt herausgearbeitet werden. Wertevielfalt fasst im Rahmen dieser Studie unterschiedliche Aspekte des Gesundheitsmanagements zusammen. Im Kern geht es um den (Werte-) Konflikt zwischen ökonomischer Leistung und Mitarbeitergesundheit. Durch eine wahrgenommene Vieldeutigkeit des Gesundheitsthemas im betrieblichen Kontext und eine damit verbundene relative Unentscheidbarkeit darüber, was richtiges Gesundheitsmanagement sein könnte, sind konfliktträchtige Auseinandersetzungen keine Ausnahme. Führung in der Unsicherheitszone erfordert dann auch ein bewusstes Abwägen der Argumentation, weshalb und wie man Gesundheitsmanagement implementieren sollte. Dem Thema Gesundheit wird oft noch eine quasi religiöse oder dogmatische Konnotation zugeschrieben, vor welcher sich die Führungskräfte bewusst distanzieren müssen, um nicht als „Gesundheitsapostel“ wahrgenommen zu werden.

Eines konstruktiven Umgangs mit Druck und unternehmenspolitisches Geschick bedarf es aber nicht nur in der Kommunikation mit der Geschäftsleitung. Auch in Bezug auf die operative Mitarbeiterführung gilt es dem Spannungsfeld von Leistungsdruck und Gesundheitsmanagement aufmerksam zu begegnen. Die Integration von reduzierter Leistungsfähigkeit im Betrieb löst Gesprächs- und Handlungsbedarf aus, dem die einzelne Führungskraft nur begrenzt Herr werden kann. Es bedarf weiterer Unterstützung und Legitimation durch andere Betriebsangehörige, welche mögliche Konsequenzen einer Integration von verminderter Leistungsfähigkeit im Alltag mittragen. Partizipative Prozesse spielen hier eine zunehmend wichtige Rolle, wie im Fazit zur Unsicherheitszone erläutert.

2.3.4 Fazit: partizipative Verantwortungsübernahme für Gesundheit

Kennzeichen und definierendes Merkmal von Führung in Organisationen ist deren Funktion Unternehmensziele vorzugeben und hinsichtlich deren Erreichung zu kontrollieren. Dies stützt Führung, auch im Rahmen der Mitarbeiterführung, mit einer Handlungs- und Deutungsmacht gegenüber anderen Personen aus, welche im Vergleich zu nicht organisationalen Kontexten (z.B. Familie) bemerkenswert ist.

Im Zuge der oben beschriebenen Aspekte der „Unsicherheitszone“ erodiert diese Machtposition, in dem der geschützte Bereich der Organisation verlassen (bei Intimität und Privatheit) oder hinsichtlich der Inklusion von Wertevielfalt zur Diskussion gestellt wird. So gilt es einerseits einen Weg zu finden, intime und sich im Bereich des Privaten befindende Themen aufzugreifen und ansprechbar zu machen. Andererseits werden durch diese Entwicklungen aktuell gültige Grundwerte wirtschaftlichen und organisationalen Handelns, wie z.B. Leistungsorientierung oder Autorität, hinterfragt. Dem Aspekt autonomen Handelns des einzelnen bzw. des Teams kommt in diesem Kontext eine (ge-) wichtigere Rolle zu und diese fordert die klassischen Managementtugenden heraus.

Ent-Hierarchisierung und somit eine stärker partizipative Ausrichtung der Führung scheint schliesslich gerade vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen, wie flexibles und entgrenztes Arbeiten von grosser Bedeutung. Arbeit findet aktuell, sowie künftig nicht mehr nur am klassischen Arbeitsplatz statt, sondern verlagert sich in die unterschiedlichen Lebenssphären der Menschen. Das Management der Gesundheit bzw. gesundheitsrelevanter Themen, dürfte in dieser Entwicklung ein neues Handlungsfeld finden und sich somit weiter in die „Unsicherheitszone“ entgrenzen.

3. Denkanstösse für die Praxis

3.1 Ressourcen und Potentiale der Managementprofile

Im Folgenden werden Potentiale und Risiken der Managementprofile beschrieben, ein jeweils optimales Management von Stärken und Schwächen der einzelnen Profile skizziert und im Hinblick auf den Umgang mit der beschriebenen Unsicherheitszone und auf aktuelle Herausforderungen in der Arbeitswelt diskutiert.

3.1.1 Patrons: Vertrauen ist gut, Kontrolle auch

Die Stärke des Managementprofils der „Patrons“ zeigt sich in der Nähe zu den Mitarbeitenden, die in den hier vorwiegend als kleine und mittlere Betriebe beschriebenen Unternehmen durch die überschaubare Grösse, eine Kultur der Offenheit und eine hohe Teamkohäsion hergestellt wird. Befindlichkeiten werden wahrgenommen und angesprochen, die beschriebene Zone der Unsicherheit wird in diesem Managementprofil negiert. Der „Care“-Gedanke gilt als selbstverständlich, d.h. gegenseitige Aufmerksamkeit, (Für-)Sorge und Hilfestellung werden als Teil der Betriebskultur vorausgesetzt. Unsicherheiten entstehen allenfalls bei Veränderungen. Wo diese - wie beispielsweise bei Neueinstellungen - antizipierbar sind, wird ihnen mit den bewährten Mitteln des persönlichen Gesprächs und der Mitverantwortung des Teams begegnet. Grössere Veränderungen werden im Vertrauen auf die eigene Betriebskultur abgewartet. Darin besteht eines der Risiken dieses Profils. Durch die geringe Fluktuation, welche von den „Patrons“ beschrieben wird, stehen zukünftige Herausforderungen mit alternierenden Belegschaften und einem damit verbundenen höheren Krankheitsrisiko an oder die Patrons selbst sehen sich vor die Aufgabe gestellt, ihre eigene Nachfolge aufzubauen. Diese Aufgaben werden als zukünftige definiert und erst dann angegangen, wenn sie (unmittelbar) aktuell sind.

Das Vertrauen in die Firmenkultur kann in der negativen Konsequenz bewirken, dass spezifische gesundheitsrelevante Phänomene wie z.B. Präsentismus nicht oder nicht frühzeitig genug wahrgenommen werden. Weiter zeigen Beispiele, dass der personalisierte Führungsstil mit der Betonung von Vertrauen und Nähe in Einzelfällen dazu führen kann, dass Mitarbeitende mit Gesundheitsproblemen auch dann im Arbeitsprozess bleiben, wenn dies für Führungskräfte, Team und für die betroffenen Mitarbeitenden selbst bereits zur Überforderung geworden ist. Im Managementprofil der „Patrons“ machen daher einfache und handhabbare Monitoring-Systeme Sinn, die ermöglichen, „blinde Flecken“ der Betriebskultur zu verhindern, Veränderungen frühzeitig zu erkennen und Prozesse des Case-Managements minimal zu standardisieren.

Inwiefern sich das Managementprofil der „Patrons“ auch in den sich verändernden Arbeitsumfeldern mit der Tendenz zur räumlichen und zeitlichen Entgrenzung und der zunehmenden psychischen Beanspruchung der Mitarbeitenden bewähren kann, bleibt offen.

3.1.2 Risikomanager: agieren statt reagieren

Das Managementprofil der „Risikomanager“ kennzeichnet sich dadurch, dass Unsicherheiten ausgegrenzt oder delegiert werden. Gesundheit selbst liegt ausserhalb der Wahrnehmung der Führungskräfte, da das Thema erst dann relevant wird, wenn Krankheitsfälle auftreten. Die Krankheitsfälle wiederum werden ausgelagert, in definierten standardisierten Prozessen bearbeitet und an (externe) Case Management Zentren delegiert. Mit dem Arbeitsgesetz als Referenzrahmen und mit Absenzenstatistiken und Benchmarks als Kenngrössen werden Risiken kontrolliert und minimiert: „Care“ im Sinn von zwischenmenschlicher Aufmerksamkeit, Hilfestellung und Fürsorge ist nicht Aufgabe des Betriebs. Der „Risikomanager“ hält sich an Fakten, Störungen im Gesundheitsbereich werden technisch gemangt. Damit hat das Profil des „Risikomanagers“ das Thema Gesundheit betriebswirtschaftlich gelöst und kann betroffenen Mitarbeitenden im Krankheitsfall klare und verbindliche Hilfestellungen anbieten.

ten. Die Stärke dieses Profils liegt darin, dass das Thema Gesundheit „vom Tisch“ bzw. in dem Sinn gelöst ist, dass für auftretende gesundheitsbedingte Probleme Prozesse und Instrumente zu deren Bewältigung (vor-)definiert sind. Dennoch birgt dieses Management nicht unwesentliche Risiken. Absenzenstatistiken allein können zahlreiche Gesundheitsrisiken nicht wiedergeben. Phänomene wie Präsentismus oder psychische Befindlichkeitsstörungen werden nicht erfasst und treten erst dann zu Tage, wenn sie sich als leistungsbeeinträchtigende Krankheiten manifestieren und entsprechende Kosten verursachen. Die „Risikomanager“ könnten demnach Sicherheit gewinnen und grössere Risiken besser vermeiden, wenn sie sich auch um die Gesundheit der Mitarbeitenden oder zumindest um die Früherkennung von gesundheitlichen Störungen kümmern würden. Agieren statt reagieren, Prävention zusätzlich zur Intervention, wären hier mögliche optimierende Strategien.

Die systematische Vermeidung der Unsicherheitszone in diesem Profil könnte zukünftig allerdings zu Problemen führen. Die zunehmende psychische Beanspruchung der Mitarbeitenden wird nur dann nicht zwingend zu einer Zunahme der psychischen Erkrankungen im Betrieb führen, wenn Führungskräfte in der Lage sind, mit Unsicherheiten, „schwierigen“ Themen und „persönlichen“ Gesprächen umzugehen. Die Strategie, keine „schlafenden Hunde zu wecken“ und Probleme technisch und erst dann zu lösen, wenn sie sichtbar auftreten, dürfte hier wenig erfolgsversprechend sein.

3.1.3 Förderer: Vielfalt integrieren

Die Förderer stellen eine in Bezug auf das Verständnis von Gesundheit, Gesundheitsförderung und Verantwortung sehr heterogene Gruppe dar. Ihre Stärke- und Schwächeprofile präsentieren sich aber durchaus ähnlich. Alle zeichnen sich durch eine explizite Gesundheitsorientierung und gleichzeitig durch eine ausgeprägte Unsicherheit aus. Diese zeigt sich zum einen im Dilemma zwischen Leistungsanforderung einerseits und der Forderung nach Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung andererseits. Führungskräfte in diesem Profil balancieren ohne Netz, d.h. sie agieren als Individuen ohne konzeptionellen oder strukturellen betrieblichen Rückhalt, wenn es darum geht zu entscheiden, ob Gesundheitsprobleme im Interesse der Leistungsanforderung angesprochen werden dürfen oder wenn zu entscheiden ist, ob Leistungsanforderungen trotz wirtschaftlichem Druck im Interesse der Mitarbeitendengesundheit herabgesetzt werden sollen.

Eine weitere Unsicherheit besteht in diesem Profil darüber, wie Gesundheit gefördert werden kann ohne Widerstände bei den Mitarbeitenden auszulösen. Hier versuchen eher charismatische Führungspersonen, ihre Mitarbeitenden über die eigene Vorbildwirkung und gemeinsame gesundheitsbezogene Aktivitäten zu motivieren, andere setzen auf attraktive Angebote und auf deren freiwillige Nutzung. Beide Gruppen sind aber besorgt, ein „zu viel“ zu vermeiden, um Reaktanz gegenüber dem Thema Gesundheit oder gegenüber der gesundheitsorientierten Führungsperson selbst zu vermeiden.

Eine dritte Unsicherheit, die das Profil der „Förderer“ kennzeichnet, ist die Frage nach der persönlichen (privaten) Freiheit der Mitarbeitenden und der Verantwortlichkeit für die „Care“-Arbeit. Es entsteht der Eindruck, dass die Aufgaben der (Für-)Sorge nicht explizit wahrgenommen werden, sondern dass der Gedanke vorherrscht, mit der Stärkung der Ressourcen der Mitarbeitenden liessen sich die Krankheitsrisiken über „Selbst“-Sorge durch die einzelnen Mitarbeitenden minimieren. Vielleicht erklären sich dadurch die zahlreichen, vielfältigen und oft auch unkoordinierten Gesundheitsförderungsangebote in den Betrieben dieses Profils.

Die Förderer selbst erleben sich mehrheitlich als Teil einer „Übergangsphase“ zu einer Form des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vor diesem Hintergrund sind auch die erwähnten mehrfachen Unsicherheiten in diesem Profil zu verstehen, die aufzeigen, dass Entscheidungen (noch) offen sind, die letztlich wertebasiert gefällt werden müssen. In diesem Übergang liegt auch die Stärke dieses Profils: es ist hoch adaptiv und kann aktuelle Themen und Entwicklungen wie die bereits erwähnten

sich entgrenzenden Arbeitsformen oder neue Problemfelder wie die Zunahme psychischer Krankheiten gut integrieren.

3.1.4 Gesundheitsmanager: Auf dem Weg zum integrierten Management

Das integrierte Gesundheitsmanagement wird oft als „Königsweg“ der betrieblichen Gesundheitsförderung betrachtet. In einem gewissen Sinn kann dieses Profil auch so bezeichnet werden, weil Gesundheit hier Bestandteil der Betriebsführung ist und zum organisationalen „mainstream“ gehört. Der Widerstreit mit anderen - etwa wirtschaftlichen – Anforderungen wird zudem explizit thematisiert. Gesundheit wird damit zu einem proaktiv und systematisch bearbeiteten Feld, das abhängig von der jeweiligen Managementkultur als technisch-funktionale Aufgabe (z.B. mittels balanced scorecard) oder über eine kontinuierliche explizite Verständigung (z.B. als fixes Traktandum an Geschäftsleitungs-sitzungen) gemanagt wird. Dass Gesundheitsmanagement bis zu einem gewissen Grad zum courant normal wird, zeigt sich auch (aber nicht nur) darin, dass Gesundheit kaum mehr als „Gesundheit“ benannt sondern in einer eigenen Begrifflichkeit Teil der betriebsinternen (Kommunikations-)kultur wird. Die Förderung psychischer Gesundheit wird beispielsweise integriert in betriebliche Abläufe einer gesundheitsfördernden Gesprächs-, Kritik- und Fehlerkultur und im betriebsinternen Sprachgebrauch zur „blue culture“. Funktion und Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden ausgehandelt. Dadurch erhöht sich die Chance, dass Unsicherheitszonen erkannt, thematisiert und ausgelotet werden. Es besteht die Möglichkeit, dass der Care-Gedanke in und teilweise auch ausserhalb des Betriebs integriert werden kann: Mitarbeitende werden aufgefordert, ihre Velohelme auch in der Freizeit zu tragen oder die Familien der Mitarbeitenden werden zu gesundheitsbezogenen Betriebsanlässen mit eingeladen. Die „Unsicherheitszone“ wird im Dialog zum Thema Gesundheit thematisiert und Gesundheit wird als Entwicklungselement des Betriebs verstanden. Daher kann auch das integrierte Gesundheitsmanagement als hoch adaptiv gegenüber Neuerungen und Veränderungen in der Arbeitswelt eingeschätzt werden.

Bei allen Vorteilen birgt auch das integrierte Gesundheitsmanagement Risiken. Diese bestehen einerseits in der Gefahr der Stagnation bzw. in der fehlenden oder verspäteten Reaktion auf Veränderungen in oder ausserhalb der Organisation. Andererseits basiert das integrierte Gesundheitsmanagement auch auf einem hohen commitment der Mitarbeitenden mit den (gesundheitsbezogenen) Werten und Praktiken des Unternehmens. Die Gefahr besteht, dass der „Zugriff“ auf die Subjektivität der Mitarbeitenden zu gross wird, wenn diese die betrieblichen Werte zu sehr internalisieren (müssen). Sich subjektiv verpflichtet zu fühlen, im Interesse der Firma auch die Freizeitgestaltung im Hinblick auf Gesundheitsförderung und Leistungserbringung zu optimieren, wäre eine Extremform dieser Risikoentwicklung.

3.2 Ist BGM Chefsache?: Kein heroisches, aber ein integrierendes Management ist gefragt!

Trotz erhöhtem Bewusstsein in der Unternehmenspraxis bezüglich der Notwendigkeit gesunder und somit leistungsfähigen Mitarbeitenden ist der Umgang mit Gesundheit in den Betrieben nach wie vor ambivalent und heterogen. Die hier eruierten Managementprofile bewegen sich zum einen in einem Spektrum von Haltungen, das sich von einer reaktiv-kurativen Schadensminderung und Risikominimierung hin zu einer proaktiv-präventiven Gesundheitsorientierung erstreckt. Zum anderen liegen die Handlungsweisen gegenüber dem Thema Gesundheit zwischen den Polen des situativ-punktuellen Eingreifens einer- und des systematischen Managements andererseits.

Die Studie zeigt, dass es DIE beste Lösung nicht gibt, sondern dass gesundheitsbezogene Handlungsweisen stark vom betrieblichen Kontext und den spezifischen Handlungsorientierungen der Befragten abhängig sind. In diesem Sinn ist Gesundheit in jedem Fall auch, aber nicht ausschliesslich Chefsache. Für die Praxis heisst das, dass es nicht wie häufig gefordert lediglich um die „Sensibilisierung“ der sogenannten „Chefetage“ gehen kann, sondern dass betriebsbezogene Handlungsspielräume erkannt und auf ihre Potentiale überprüft werden. Darin stellt sich für alle die Herausforderung, sich mit der sogenannten Unsicherheitszone auseinanderzusetzen, d.h. sich in Themenbereiche vorzuwagen, für die im Management (noch) kaum Orientierungshilfen vorhanden sind: Intimität, Privatheit und Wertevielfalt.

Mit der vorliegenden Studie liegen Typologien vor, die für solche Analysen verwendet werden können und die das Bestimmen von Handlungsschritten vereinfachen und Orientierungshilfen bereitstellen. Daraus können die Führungsverantwortung und deren Grenzen bestimmt sowie die erwähnte «Chef-Frage» pro-aktiv beantwortet werden.

4. Anhang

4.1 A) Methodisches Vorgehen (ausführlichere Darstellung)

Um Antworten auf die gestellten Fragen zu erhalten, wurde ein qualitatives Verfahren gewählt. Die qualitative Forschung hat das Ziel, subjektive Sichtweisen und Sinn zu rekonstruieren und ihr Forschungsauftrag ist das Verstehen dieser subjektiven Wahrnehmung und Realität (Helfferrich, 2005, S. 21).

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden für die Datenerhebung 29 episodische Interviews mit Top-Führungskräften aus der Verwaltung, Non-Profit-Organisationen und privatwirtschaftlichen Unternehmen geführt. Das Ziel war es zu erforschen, wie die subjektiven Bedeutungs- und Relevanzstrukturen von BGM bei den interviewten Personen aussehen und wie diese das Thema BGM subjektiv in ihrem betrieblichen Umfeld wahrnehmen. Als Interviewform wurde das episodische Interview in Anlehnung an Flick (2010) gewählt. Mit diesem Verfahren werden narrativ-episodisches Wissen über Erzählungen erfasst sowie semantisches Wissen über konkrete und zielgerichtete Fragen erhoben. Die Haupterzählung soll durch die interviewte Person stattfinden und erst zu einem späteren Zeitpunkt im Interview werden zuvor nicht thematisierte Aspekte vervollständigt und konkrete Fragen nach subjektiven Definitionen und abstrakteren Zusammenhängen gestellt. Dabei wird eine Spontan- oder Stegreiferzählung durch eine Erzählaufforderung vom Interviewer stimuliert, wobei allerdings der Interviewte das hauptsächliche Rederecht besitzt (Helfferrich, 2005). Es sollen Episoden und Situationen erfasst werden, wo der Interviewpartner Erfahrungen zum untersuchten Forschungsgegenstand gemacht hat (Flick, 2010).

Bei der Datenanalyse geht es schliesslich darum, die Wahrnehmungsmuster der interviewten Person zu deuten: „Die ihn umgebende Welt kategorisiert und qualifiziert der Erzähler entsprechend seinen Relevanzen und bewährten Beurteilungsdimensionen“ (Lucius-Hoene & Deppermann, 2002, S. 64)⁵. Die Auswertung der Interviews erfolgte in drei Schritten (siehe auch Abbildung 4):

1. Interview „sezieren“: Formalsprachliche Analyse durch Interaktionskontrolle und Textsortenbestimmung
2. Interview inhaltlich auswerten: Textsequenzvergleichende Analyse, Exzerpt (Zusammenfassung der zentralen Inhalte) mit Fallbeschreibung und Fallbild, vertikale Einzelfallanalyse
3. Interviews und Erkenntnisse vergleichen und zusammenfassen: Fallvergleiche und Typisierung, horizontale Fallvergleichsanalyse

Beim ersten Schritt handelt es sich um eine formalsprachliche Analyse. Es geht darum anhand von thematischen Interviewpassagen zu bestimmen, von wem die Interaktionen kontrolliert oder geführt werden, das heisst, wer welche Themen in den Interviewverlauf einbringt sowie welche Einflüsse vom Interviewer und welche Einflüsse vom Interviewten kommen. Ausserdem werden Themen, welche im Interview vorkommen, erfasst. Des Weiteren wurde die Textsorte bestimmt.

⁵ Lucius-Hoene, G. & Deppermann, A. (2002). Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.



Abbildung 4: Auswertungssystematik im Projekt „BGM ist Chefsache!?“

Im zweiten Schritt geht es darum, den Text anhand von W-Fragen inhaltlich auszuwerten (wer, wie, was, wozu etc.). Dieser Schritt erfolgt auf der Grundlage der Textsequenzierungstabelle. Es soll nach Gründen gesucht werden, warum ein Inhalt an einer gewissen Stelle eingeführt wird und warum er in einer bestimmten Textsorte erzählt wird. Es geht darum zu klären, um welche Themen es geht, welche Akteure welche Rolle spielen, zu welchem Zweck der Aspekt erläutert wird und so weiter. In Form von einem Exzerpt wird dargestellt, was den Fall ausmacht, welche Themen relevant sind und wie diese Themen zusammenhängen. Dazu dienen einerseits eine Fallbeschreibung und andererseits ein Fallbild. Als dritter Schritt werden die verschiedenen Einzelfallanalysen untereinander bezüglich struktureller und thematischer Ähnlichkeiten verglichen. Es soll festgestellt werden, ob es Muster und Themen gibt, die sich ähneln oder sich wiederholen. Danach wird eine Übersichts-Landkarte erstellt, welche die gefundenen Strukturen und Muster als dichteste Beschreibung zusammenfasst.

4.2 B) Zitate zu den Profilen

4.2.1 Profil Klassisches Management: Die „Patrons“

„No news is good news“: Gesundheit ist der Normalfall

„Sie können jederzeit kommen. Wir haben ein Haus der offenen Türen – sie können sich hinsetzen und sie können reden.“ (Int. 12)

„...Das wird sichtbar, wenn ich durch den Betrieb gehe und mit den Leuten rede: ich spüre, ob jemand Freude hat an der Arbeit oder ob er einfach da ist, weil er muss...und wenn ich das vielleicht nicht in jedem Fall spüre, dann würde es an mich herangetragen. Wir haben eine offene Betriebskultur: wenn etwas nicht stimmt, kann man Einfluss nehmen.“ (Int. 21)

Führung und Klima sind Chefsache, Gesundheit verantworten die Mitarbeitenden

„Es gibt ein vernünftiges Optimum..., wir machen das nicht basierend auf einer wissenschaftlichen Analyse..... sondern es ist ‚Common Sense‘, den wir anwenden. (Int. 21)

„...und zum Schluss führte es zu einer Entlassung. Es war eine Entlassung, die für alle Parteien positiv war- der Mitarbeiter schreibt mir heute noch Briefe, er war fast erleichtert durch diese Entscheidung. - Im Innern merkt jeder selber, ob er der Aufgabe, die er hat, gewachsen ist oder nicht. Und wenn man etwas verdrängen oder überdecken will ... dann rächt sich das früher oder später“ (Int. 21)

Gute Praxis

--

4.2.2 Profil Krankheits-Management: Die „Risikomanager“

„Keine schlafenden Hunde wecken“: Krankheitsmanagement zur Legitimationssicherung!

„Ja, also was ich sagen kann, es ist Teil vom Risikomanagement. Wir haben unser Notfallhandbuch, also wir wissen, wie wir uns im Notfall verhalten.“ (Int. 18)

„Ich habe einen Mitarbeiter, der eine Sehbeeinträchtigung hat. Ich weiss nicht ganz genau was es ist und wie stark sie ist. Und ich finde es extrem schwierig das anzusprechen. (...) Man muss ein bisschen abwägen, was handle ich mir ein? Was löse ich aus, was bewirke ich damit? Was handle ich mir vielleicht für ein anderes Problem ein?“ (Int. 5)

Führung zwischen (Risiko-)Controlling und Vorbildfunktion

(...) wir haben für unsere Mitarbeitenden in erster Linie Verantwortung für die 8.4 Stunden wo sie im Tag da sind. Dort sollten wir das Möglichste tun, dass keine Gesundheitsschädigungen eintreten können. Aber nachher ist für mich ganz klar, dort kommt nachher die Verantwortung auch vom Einzelnen. (Int. 17)

Krankheitsmanagement und Kontrollverlust

„Wenn jemand frisch bei uns anfängt und wir in der Probezeit feststellen, dass ein Impfstatus nicht stimmt und man in einem Bereich arbeitet, wo das sensibel ist, dann können wir die Zusammenarbeit beenden, weil die Person sich nicht anpasst.“

(...) Aber wenn jemand langjährig hier ist, können wir nicht einfach so rechtlich sagen, du musst dich jetzt impfen.“ (Int. 22)

„Diese Mitarbeiterin ist als Projektleiterin zu uns gekommen. Sie hat verlangt, dass sie nicht Zeitstempeln muss und das Management hat dem stattgegeben. Jedoch hatte sie das wenig im Griff. Ihr anschließendes Burnout hängt genau mit dem zusammen, dass sie eigentlich an Wochenende durchgearbeitet hat etc. In dem Sinne hat da vielleicht das Management ein bisschen versagt, weil es der Arbeitnehmerin entgegen kommen wollte.“ (Int. 18)

Gute Praxis: Absichern und „Handeln wenn’s brennt“

--

4.2.3 Profil Gesundheitsförderung: Die „Förderer“

Gesundheit ist relevant, aber nicht prioritär

Da muss ich wieder sagen: mir geht es nicht nur um den Mitarbeiter, mir geht es auch um das Geschäft und die Wirtschaftlichkeit. (Int. 18)

[Gesundheit ist] ein Aspekt, der wichtig ist, aber er darf auch nicht zu zentral sein oder zu dominant im Betrieb. Sonst kommt sehr schnell zu einer Abwehr von den Leute. Wenn man Gesundheit über alles stellt, dann wird man zum ‚Gesundheitsapostel‘ und das ist beim Thema Gesundheit ...wichtig..., dass man Gesundheit nicht zur Religion erklärt und alles über Gesundheit definiert.“ (Int. 25)

Eine Firma, die keine Seele hat, ist eine schlechte Firma...Man darf lachen, man darf Gefühle zeigen, man darf auch einen schlechten Tag haben. Und ich glaube, wenn man das so angeht, sind die Leute motivierter und weniger anfällig für Existenzängste.“ (Int. 13)

„...es ist wie ein großer Suppentopf und alle haben irgendwie eine Vorstellung, was das Gesundheitsmanagement ist und was das eigentlich soll, aber so konkret ist es nie gewesen.“ (Int. 10)

Gesundheit als geteilte Verantwortung von Führung und Mitarbeitenden

„Ich bin nicht fanatisch: ‚alle müssen joggen gehen‘, das geht nicht. Ich will durch Vorbildfunktion probieren, das vorzuleben und die Leute zu motivieren.“ (Int. 13)

Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung als Herausforderung

...das hängt eben mit den Führungsprozessen zusammen, mit dem Organisationsprozess, mit der ganzen Aufgabenplanung, und darum ist es wichtig, dass dieser Prozess auf den verschiedenen Stufen auch abgebildet ist - Mainstreaming, wie man so schön sagt. (Int. 10)

Gute Praxis im Übergang

--

4.2.4 Profil Integriertes (Gesundheits-) Management: Die „Gesundheitsmanager“

Gesundheit verstehen und pro-aktiv managen

Selbstverständlich gibt es verschiedene Meinungen (lachen)! Es sind sich alle einig, dass es sinnvoll ist, dass die Mitarbeitenden gesund bei der Arbeit sind und dass es gut ist, wenn das Unternehmen hierzu einen Beitrag leistet. Jedoch gehen die Meinungen sehr weit auseinander, in Bezug auf WIE gross dieser Anteil ist. (...). Da bin ich eher auf der Schiene: „Es dient uns, wenn wir mehr leisten, als wir leisten müssen“. Und andere sind mehr auf der Schiene: „Die Mitarbeitenden sollen selber schauen, sie sind selber verantwortlich“. (Int. 14)

„In die Unsicherheitszone schreiten“: Gesundheit als gemeinsame Verantwortung

Vor drei Jahren hat man die „blue culture“ eingeführt und dort geht es darum, den “straight talk“ zu leben, d.h. man soll Sachen ansprechen, auch wenn sie vielleicht unangenehm sind. Man soll sie auf den Tisch bringen, einfach mit dem nötigen Respekt und mit dem nötigen Anstand. Das habe ich so auch schon erlebt jetzt in den ersten vier Monaten. (Int. 2)

Und da hab ich sie auch tatsächlich mal nach Hause geschickt, das hat aber überhaupt nicht funktioniert. Ich sagte: „Jetzt bleib mal eine Woche zuhause und erhol dich erstmal“. Aber das war völlig kontraproduktiv, weil sie sich in ihrer Leistung zurückgesetzt gefühlt hatte. In ihrer Wahrnehmung habe ich ihr in meiner Rolle als Chef gesagt: „geh nachhause, du packst es nicht mehr“. Danach haben wir das in vielen Sitzungen noch ausdiskutiert. (Int. 30)

Gesundheitstugend und -kultur im Angesicht täglichen Leistungsdrucks

(...) Diejenigen, die dem CEO am liebsten sind. Nämlich die Leute, welche hochbegabt sind, einen wahnsinnigen Ehrgeiz haben und dementsprechend deutlich über die Arbeitszeit hinausgehen. Und das ist ja auch der Konflikt, welchen ich habe. Für die Performance, einen Unternehmer, sind diese Leute perfekt - kurzfristig. Mir ist schon klar, dass es mittel- oder langfristig natürlich ein paar Backsites hat. (Int. 30)

B: Es braucht sehr viel Überzeugungsarbeit. Es ist auch noch schwierig, das Mass zu finden zwischen motivieren, aber nicht dogmatisch wirken. Nicht übermotiviert wirken, also dass die Personen das annehmen können. (Int. 14)

Gute Praxis: Gesundheit mit ganzheitlichem Management begegnen

--

4.3 C) Zitate zu den Aspekten der Unsicherheitszone

4.3.1 Herausforderungen im Management der Gesundheit

--

4.3.2 Intimität in der Führungsbeziehung

Es gibt die Leute, die sagen, eine gute Führungskraft merkt, wenn jemand ins Burnout geht. Und ich behaupte, das merkt man gar nicht unbedingt. Also ich glaube nicht, dass jede Führungskraft gerade merken muss, wenn jemand eine psychische Krankheit hat, welche natürlich viel schwerer sichtbar ist und wo auch die Leute viele Strategien entwickeln, dass man es eben nicht bemerkt. Diese Anforderung kann ich nicht an Führungskräfte geben. Ich finde nicht, dass man die ganze Zeit in die Psyche der Mitarbeitenden gehen sollte. Das ist sehr nahe bei den Leuten. Das finde ich, braucht auch eine gewisse Distanz. (Int. 6)

Vielleicht muss man dann zuerst in die Nähe von sich selber kommen. Also ich denke, wenn man zu seinem Kern vorstösst, dann merkt man ja, was einem gut tut. Also, was man machen muss, dass man in der Balance ist. Und vielleicht entdeckt man dann auch Sachen, welche eben nicht so (lacht) vorteilhaft sind, welche man korrigieren muss. Die Leute blenden das aus. (Int. 27)

Das schönste ist, wenn man zum Beispiel Leute im Team hat, von denen ich finde, dass sie Rohdiamanten sind. (...) Ich hatte einen solchen Fall, nicht bzgl. Gesundheitsfragen, aber es geht um das gleiche Thema. Das ist eine brillante Person, aber wie er daher kommt: Ordnung, Arbeitssachen etc. Seine Resultate sind gut, aber einfach das ganze Setup hat nicht gestimmt für höhere Aufgaben. Und dann habe ich mir zum Ziel gesetzt, mit dem zu arbeiten: Anziehen, Krawatte, Haare waschen, alles, oder. (...) Das bedingt natürlich ein Urvertrauen, zu sagen: „Schau, ich habe einfach das Gefühl, du kannst mehr, du kannst schon Vorgesetztsachen, aber dann musst du einfach an deinen Punkten arbeiten. Kannst du es annehmen, wenn ich dir offene und ehrliche Hinweise gebe?“ Das hat angefangen von Pult aufräumen und Cola-Fläschchen herumliegen lassen etc. Diese Person hat heute eine hervorragende Aufgabe und ist sehr, sehr sensibilisiert. (Int. 31)

4.3.3 Privatheit und Arbeit

Ich habe mich auch verantwortlich gefühlt für diese Person. Ich will das Problem auch mit ihr zum Thema machen und Wege finden aus dieser Situation heraus. Ich habe dann vielleicht auch, als sie fand: „(...) ja das sind meine privaten Probleme“, mit Vater am sterben und Freund und hin und her... Da habe ich halt gefunden: „Ja gut wenn Du das so siehst, dann müssen wir schauen wie es weitergeht und sehen uns dann in einem Monat noch einmal“. Vielleicht hätte ich dort auch nein sagen müssen. Viel klarer oder

schon dort sagen müssen, nein es ist nicht nur das Familiäre sondern es ist eben auch hier bei der Arbeit zu viel. (Int. 17)

Gut, das ist dann mal an einem Werksleitungsworkshop gewesen, bei dem der Chef dann auch seine Vorstellungen weitergegeben hat und wir diskutiert haben. Die Personalabteilung hat gesagt: „Schau jetzt, das kannst du vom Arbeitsgesetz her nicht, aber hier sehe ich durchaus, dass man noch ein bisschen näher (an die Privatsphäre; a.d.A.) rangehen kann“. Am Schluss ist es genau das Gleiche wie wenn sie (...) eine Initiative zu Efficiency Increase im Unternehmen starten möchten. Von der Idee her sind alle dabei. Wenn du dann den Weg definierst, dann ist es auch ganz normal, dass nicht jeder zum gleichen Zeitpunkt das Gefühl hat: „Jetzt ist der Punkt erreicht“, den man gehen kann. Dann, wenn der Chef sagt: „Meine Meinung ist, dass man bis hierhin ohne weiteres gehen kann“, dann sind das eben auch wieder Zeichen, welche diese, die weniger weit gegangen wären sagen: „Okay, ich bin zwar nicht einverstanden, aber ich trage es mit. (Int. 7)

4.3.4 Wertevielfalt inkludieren

(...) die Old-School-Hardliner in der Geschäftsleitung immer noch mit der Tendenz: „Wenn sie (die Mitarbeiterin; a.d.A.) es nicht packt – das Leben wird nun mal härter, so be it“. Bis hin zu: „Wir müssen so ein Caring-Programm sein, wir müssen zärtlicher mit den Leuten umgehen und im Prinzip ein bisschen mehr in Watte hüllen“, (...) daraus ergeben sich Konflikte. (Int. 30)

Also ich denke Gesundheitsmassnahmen funktionieren. Man muss nicht ‚religiös‘ auftreten, aber die Leute unterstützen. (...) Ich kenne ganz viele Möglichkeiten, das ist ja fast unendlich, was man da alles machen kann. Oder wie man es machen kann. Und da fangen wir auch schön mit einem Bündel an, einfache Sachen. (Int. 8)

Ja, das ist eine schwierige Situation gewesen, weil die Person wurde zunehmend behindert und war auf Hilfe angewiesen. Das hat das System, also das betriebsinterne Umfeld, hat das eigentlich verschwiegen. Also man hat zwar hinter dem Rücken geflucht: „Der kann ja nichts mehr selbst machen, braucht eine Sekretärin für sich alleine“, aber offiziell hat das niemand thematisiert. Im Führungsgespräch habe ich das dann angesprochen und das ist ganz schwierig gewesen, weil die Person gemerkt hat, dass sie wahrscheinlich teilsinvalidisiert werden muss, aber unter gar keinen Umständen aus dem Arbeitsprozess heraus gehen will. Das hat sich dann schlecht entwickelt, es hat in der Folge eine schwierige Operation gegeben und die Person hat auch den Betrieb verlassen müssen. (Int. 9)

4.3.5 Fazit: partizipative Verantwortungsübernahme für Gesundheit

--