

Gesundheitsfördernde Führung: Capacity building im Betrieb

Gruber B¹, Feigl M², Loitzl G³, Kriener B⁴

1. arbeitsleben Gruber KG Gmunden-Hamburg; 2. ÖSB Consulting GmbH, Wien; 3. Gernot Loitzl Reichenau 4. Birgit Kriener Betriebliches Gesundheitsmanagement Wien

1. Einleitung

Der vorliegende Beitrag beschreibt das Projekt „Gesundheitsfördernde Führung“, das von der NÖGKK getragen und von Fonds Gesundes Österreich, SVA und Wirtschaftskammer NÖ gefördert wird. Die Laufzeit des Projekts ist 2008-2011.

Die unmittelbare Zielgruppe sind UnternehmerInnen und Führungskräfte in Klein(st)betrieben als Schlüsselpersonen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Mittelpunkt steht die Vermittlung von Führungswerkzeugen und –verhaltensweisen, die zur Gesundheitsförderung der Beschäftigten beitragen. Zusätzlich sollen diese der Einführung und Erhaltung selbstlernender, gesundheitsfördernder Organisationsstrukturen und –entwicklungsprozesse dienen.

Die Akzeptanz für gesundheitsfördernde Führungsstrategien zeigte sich bislang vorrangig in großen Unternehmen. Hier gibt es seit 2001 Projekte, in denen Führungskräften gesundheitsfördernde Dialoge (Geißler et al. 2007) vermittelt werden. Zu diesen Dialogen zählen der „Anerkennende Erfahrungsaustausch, um von Gesund(et)en zu lernen“ und das „achtsame Arbeitsbewältigungsgespräch, um gesundheitlich Gefährdete in Arbeit zu halten“. Die Befähigung zu gesundheitsfördernder Führung mittels „gesunder Dialoge“ erfolgt im Rahmen von Betriebsberatungen vor Ort. Vermittlungs-, Selbstdurchführungs-, Auswertungs- und Umsetzungsmodule sind aufeinander aufbauend und werden von BeraterInnen für „Gesundes Führen“ eingeführt bzw. begleitet.

Die leitenden Fragestellungen des laufenden niederösterreichischen Projekts sind:

- a. *Wie muss die Einführungsberatung für kleine Unternehmen adaptiert werden?*
- b. *Welche Outputs (Gesundheitsressourcen, Gesundheitsfördermaßnahmen) und Outcomes (Arbeitsfähigkeit, Wohlbefinden bei Beschäftigten und Führungskräften) sind durch gesundheitsfördernde Führung erreichbar?*

In diesem Beitrag können Ausführungen zu der ersten Fragestellung gemacht werden. Die Ergebnisevaluation über Output und Outcome liegt derzeit noch nicht vor.

2. Aufgabenstellung

2.1. Kleine Betriebe und betriebliche Gesundheitsförderung - eine Herausforderung

Kleinst- und Kleinbetriebe mit weniger als 50 Beschäftigten stellen in Österreich etwa die Hälfte der Arbeitsplätze (European Network for SME Research 2000). Gleichwohl gelten sie als Sonderfälle betrieblicher Gesundheitsförderung. Die stärkere Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung in mittelgroßen und großen Betrieben führt zu dem Vorurteil, dass die Richtlinie der Luxemburger Deklaration und die Erfolgskriterien des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung wie

- Zielorientierung
- Ganzheitliches Gesundheitsverständnis
- Systematisches Projektmanagement

- Partizipation
- Evaluation

eher für diese Organisationsgröße geeignet sind als für kleinere Betriebe.

In einer von der Wirtschaftskammer Österreich 2004 in Auftrag gegebenen Studie (Kriener et al. 2004, S. 82f) sehen interviewte UnternehmerInnen die zwei wichtigsten Argumente, betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben umzusetzen, in der damit verbundenen Steigerung der Motivation der Beschäftigten und der Verbesserung des Betriebsklimas. Als weiterer Nutzen wird die Verbesserung der Gesundheit und Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit erwartet. Das Aufdecken und Beheben von Problemen und Störfaktoren im Unternehmen ist ihnen dabei ebenso wichtig. Gleichwohl nennen die GesprächspartnerInnen auch Hindernisse für die Umsetzung: Die Mehrheit der Befragten betont, dass der finanzielle Aufwand für Beratungsleistungen und die Umsetzung von Maßnahmen gerade für Kleinunternehmen ein Problem darstellt. Zusätzlich scheuen sie vor dem erwarteten zeitlichen Aufwand zurück.

Etwa zeitgleich mit der oben genannten Studie wurden Modellprojekte vom Fonds Gesundes Österreich ausgeschrieben, die neben dem Einsatz bewährter Instrumente (Gesundheitsbefragung und Gesundheitszirkel) auch spezifische, für kleine und mittlere Unternehmen geeignete Module entwickelten (z.B. „Gesundheitskonferenz“). Im Zuge des Projekts „WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“ der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (Scharinger 2005) entstand ein Handbuch bzw. Leitfaden zur betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Eine Lernerfahrung aus diesem Projekt ist die Schlüsselrolle der EigentümerInnen und Geschäftsführung. Ohne ihr Engagement bewegt sich im kleinen Unternehmen wenig. Darüber hinaus wird ‚Führung‘ meist auch in der Diagnosephase als Entwicklungsthema identifiziert (ebenda, S. 151).

Im Anschluss legte auch die Niederösterreichische Gebietskrankenkasse einen Beratungsschwerpunkt auf diese Unternehmen. In ihrem Auftrag wurde das sogenannte „Gesundheitscoaching“ von J. Cechota und G. Loitzl entwickelt und anhand von Modellbetrieben getestet. Dieser kompakte Beratungsansatz für Kleinst-Unternehmen besteht aus drei Bausteinen: a) „Individuelles Gesundheitscoaching für Chefinnen/Chefs“, b) „Gesundheitsworkshop für die Beschäftigten“ und c) „gemeinsamer Maßnahmenplanungs-WS der MitarbeiterInnen und der Geschäftsführung. Beratungsziel sind konkrete Umsetzungspläne für gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von MitarbeiterInnen und Geschäftsführung gemeinsam erarbeitet wurden. Dieser Beratungsansatz wurde im Rahmen eines Modellprojekts im niederösterreichischen Bezirk Melk bei in 50 Unternehmen (von 3 bis 50 Beschäftigte) erfolgreich eingesetzt.

Diese erfolgreichen Beratungsinitiativen für und in kleinen Unternehmen sind die Basis für unsere weiteren Überlegungen:

- Wie können die bewährten betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesse in kleinen Unternehmen – ggf. aus eigener betrieblicher Kraft – anhaltend fortgeführt werden?*
- Wie kann man der sichtbar gewordenen Bedeutung der Führungskräfte als Förderfaktor per se im Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr gerecht werden?*

2.2. Führungskräfte als Co-ProduzentInnen von Wohlbefinden, Gesundheit und Arbeitsbewältigung

Führungskräfte sind im doppelten Sinne Schlüsselpersonen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Auf der einen Seite lässt erst die Führungsentscheidung

gesundheitsförderliche Betriebsangebote, Arbeitsgestaltung und Unternehmenskultur zu. Auf der anderen Seite bestimmt Führung (vom unmittelbaren Vorgesetzten bis zur Geschäftsleitung) die betriebliche Beziehungs-/Interaktionskultur. Hier manifestieren sich Anerkennung versus (ungewollte) Erniedrigung/Entwürdigung genauso wie Rücksichtnahme versus Unachtsamkeit.

Führungskräfte haben dieses Einflusspotenzial, weil sie die „signifikanten Anderen“ (Mead 1934) in der erwachsenen Persönlichkeitsentwicklung von Menschen und insbesondere von abhängig Beschäftigten darstellen. Nach der Definition von Mead sind emotionale Besetzung, permanente Interaktion und ein Machtgefälle charakteristisch für „signifikant Andere“. Beispiele dafür sind Eltern und LehrerInnen – und wir ergänzen in diesem Sinne: UnternehmerInnen, Führungskräfte, Vorgesetzte, Arbeitgebervertretung. Die Überlegungen von Mead zum symbolischen Interaktionismus konzentrieren sich darauf, dass sich Selbstbewusstsein/Identität/Selbstwert sowie die Fähigkeit zum Denken und Handeln erst innerhalb und mit Hilfe sozialer Beziehungen entwickeln.

Die arbeitsbezogenen „signifikanten Anderen“, kurz: die Führungskräfte, sind somit nicht nur GestalterInnen von organisationalen Ressourcen (z.B. Einräumen von Handlungsspielraum), sondern Kraft ihrer Interaktionsrolle selbst eine (vorhandene oder fehlende) organisationale, soziale Ressource, ohne die Wohlbefinden und Gesundheit nicht hergestellt bzw. erhalten werden kann.

So erfährt die Redewendung „Menschen sind Medizin für Menschen“ einen theoretischen Hintergrund. Betriebliche Gesundheitsförderung kann damit aus unserer Sicht nur dann erfolgreich gelingen, wenn Führungskräfte in der Lage sind, sowohl Entscheidungen für gesundheitsgerechte Bedingungen zu treffen als auch selbst ihre Rolle als Co-ProduzentInnen von Wohlbefinden wahrzunehmen.

2.3. Wirkzusammenhänge von An-Erkennung durch Führungskräfte

Ein Wirtschaftsmagazin veröffentlichte 2008 einen Beitrag über den „Tödlichen Cocktail“ (Laudenbach 2008). Er besteht aus Arbeit ohne Sinn und Anerkennung. Hier werden die Forschungsergebnisse von Johannes Siegrist (1996) eindrücklich wiedergegeben. Seit den achtziger Jahren untersuchen Siegrist und Team die stressbedingten Folgen von beruflichen Gratifikationskrisen wie zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Depressionen und anderes mehr. Unterschieden werden drei Formen der Gratifikation im Berufsalltag: das Gehalt, die Arbeitsplatzsicherheit und der Faktor Anerkennung. Mit letzterem ist nicht häufiges Schulterklopfen gemeint. Im Gegenteil: Vor einem „betrieblichen Belobigungs- und Bewunderungsmarkt“ warnt die Hamburger RespectResearchGroup (Van Quaquebeke et al). Bei „An-Erkennung“ geht es vielmehr um ein angemessenes Echo auf die Person und ihre Leistungen von Seiten des Vorgesetzten. Die „Erwartung an Tauschgerechtigkeit“ (Siegrist) dürfte sich im Laufe eines Lebens auch verstärken. Ein Beschäftigter schildert es folgendermaßen: „Je älter ich werde, desto mehr habe ich das Gefühl, dass ich nicht mehr nur ein Rädchen sein will, das so gut wie gar keinen Einfluss auf irgendetwas hat. Ich bin Mitte 50. Irgendwann stellt sich die Sinnfrage.“ (Laudenbach 2008, S. 83) Dieser Beschäftigte ist einer von vielen, die sich mit ihrer Arbeit identifizieren; umso mehr verletzt das Gefühl fehlender An-Erkennung oder des Nicht-Gebraucht-Werdens. Es ist selbstredend, dass Beschäftigte in „Gratifikationskrisen“ keine Engagement- und Innovationsschübe zum betrieblichen Erfolg entfalten.

Dass es auch umgekehrt sein kann, belegen Förderprogramme zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit. Das finnische Institut für Arbeitsmedizin (FIOH) hat in Längsschnittstudien nachgewiesen, dass für ältere Beschäftigte das Vorgesetztenverhalten den stärksten Einflussfaktor auf die Arbeitsbewältigungsfähigkeit darstellt. Personen, bei denen sich

die Anerkennung durch die Vorgesetzten verbessert, haben eine 3,6-fach erhöhte Chance, ihre Arbeitsbewältigungsfähigkeit zu steigern (Ilmarinen et al. 2002, 249f).

Wie kann es gelingen, dass Menschen die Wertschätzung des/der Vorgesetzten bemerken und eine Investition in ihr Wohlbefinden und in ihre Arbeitsbewältigungsfähigkeit erfahren? Das gesundheitsrelevante Kohärenzgefühl nach Antonovsky (1997) beleuchtet die konstituierenden Komponenten für „Sich Wohl- und Gesundfühlen“: Menschen brauchen demnach

- a. Verstehbarkeit (Verstehen, was um einen herum geschieht)
- b. Handhabbarkeit (Verfügbarkeit von Wegen und Mitteln, die Anforderungen zu meistern)
- c. Bedeutsamkeit (Sicherheit, dass man selbst und das eigene Tun bedeutend ist).

Diese förderlichen und wirksamen Elemente ordnet Udris (1992) im „teilnehmend-partizipativen Führungsverhalten“, das eine erforderliche, organisationale Gesundheitsressource für Werktätige darstellt. Das heißt, dass Führungskräfte Anerkennung und Wertschätzung den Beschäftigten gegenüber in einem Anteil nehmenden und Teilnahme ermöglichenden Verhalten manifestieren können; dies sowohl im Betriebsalltag als auch in Leuchtturm-Interventionen mittels Führungs-MitarbeiterInnen-Gesprächen, die über den Alltag hinausragen.

3. Konzept „Gesunde Dialoge“ als Element „Gesundheitsfördernder Führung“

Das Primat des Tuns ist die wichtigste Eigenschaft von gesundheitsfördernder Führung. Für dieses Tun benötigen Führungskräfte das erforderliche Wissen und entsprechende Werkzeuge. Dass gleichzeitig Authentizität erforderlich ist, verstärkt die Wirkung. Gleichwohl kann Authentizität sukzessive durch das Tun entstehen und während des Tuns wachsen.

Das zentrale Werkzeug der MitarbeiterInnenführung ist die Kommunikation. Führungs-MitarbeiterInnen-Gespräche im Sinne von wertschätzenden Dialogen zu Wohlbefinden, Gesundheit und Arbeitsbewältigung (Geißler et al. 2007) sind eine seit 2001 in mehreren Modellunternehmen professionell eingeführte Mitarbeiterführungspraxis. Das exklusive Gesprächs- und Austauschangebot vom unmittelbaren (disziplinarischen) Vorgesetzten richtet sich an alle MitarbeiterInnen. Die Dialoge (MitarbeiterInnengespräche) verfolgen die Ziele:

- ❑ systematische Personalpflege und Pflege/Vermehrung des Beziehungsvermögens im Betrieb
- ❑ Vermittlung von glaubwürdiger, wechselseitiger Achtsamkeit und An-Erkennung als Wohlbefindens-Ressource im Betrieb
- ❑ Manifestation der betrieblichen Wertigkeit von Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsbewältigung der Belegschaft durch systematische Auswertung der MitarbeiterInnen-Hinweise für kollektive gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb.

Bei den gesunde Dialogen handelt es sich um Gespräche, in denen die Führungskraft nach dem Motto „Wer fragt, der führt“ zu Beschreibung und Einschätzung der Wohlbefindensressourcen anregt und (potenzielle) Belastungsfaktoren samt Lösungs- oder Verbesserungsvorschlägen für die Wiedererlangung von Arbeitsbewältigungsfähigkeit erkundet. Die Herausforderung für die Führungskraft liegt darin, durch Fragen zu aktivieren und durch aktives Zuhören mehr Verständnis für den/die GesprächspartnerIn zu erlangen.

Der folgende Überblick skizziert die Dialoge in ihren Kernelementen:

	Anerkennender Erfahrungsaustausch (AE)	Achtsames Arbeitsbewältigungsgespräch (ABW)
Förder-/Schutzabsicht	Interesse bekunden und gemeinsam Möglichkeiten schaffen, dass die Voraussetzungen für die offensichtlich hohe Arbeitsbewältigung erhalten und für die Zukunft unterstützt werden	Angebot ausrichten, um Arbeitsbewältigung wieder zu ermöglichen.
Haltung und Botschaft an den Mitarbeiter im Gespräch	„Von Ihnen lernen und Ressourcen für die Zukunft bewahren/ausbauen“	„Sie in Arbeit halten und dafür gemeinsam Initiativen der Verbesserung und Wiederherstellung starten und ermöglichen“
Dialogwerkzeug	5 Leitfragen zur Ermittlung von Ressourcen, Belastungsfaktoren und deren Verbesserungsmöglichkeiten	Je 2 Leitfragen in vier Förderfeldern (Gesundheit, Kompetenz, Arbeitsbedingungen, Betriebsklima)
Inhalt	<p><i>Was gefällt Ihnen bei der Arbeit?</i></p> <p><i>Was stört oder belastet Sie bei der Arbeit?</i></p> <p><i>Was schätzen Sie am und im Unternehmen?</i></p> <p><i>Was würden Sie an Stelle des Vorgesetzten als erstes verändern?</i></p> <p><i>Was macht das Unternehmen für Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten?</i></p>	<p><i>Was werden Sie zur Wiedererlangung / Erhaltung der Arbeitsbewältigung machen?</i></p> <p><i>Was brauchen Sie von Seiten des Betriebes?</i></p> <p>Jeweils auf den Förderfeldern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit • Arbeitsbedingungen • Berufliche Entwicklung und Weiterbildung • Betriebsklima
Ernst-Nehmen der Einschätzungen und Vorschläge	<p>a) Erstellung einer Gesprächsnotiz</p> <p>b) Auswertung der Gesprächshinweise in einer betrieblichen Stärken-/Ressourcenliste und Schwächen-/Belastungsliste</p>	<p>a) Erstellung eines Bedarfprotokolls</p> <p>b) Prüfung der individuellen Realisierungs- und Unterstützungsmöglichkeiten</p>
Ergebnis und Wirkung	<p>a) Steuerungshinweise zur Erhaltung und Kommunikation von vorhandenen Ressourcen und Veränderung von Belastungen</p> <p>b) Hinwendung und An-Erkennung des/der Mitarbeiters/Mitarbeiterin als „internem/r BeraterIn“</p>	<p>a) Steuerungshinweise zur Wiederherstellung und Förderung von Arbeitsbewältigung</p> <p>b) Wahrnehmen und Berücksichtigen persönlicher Anliegen und Bedürfnisse</p>
Aufwand	<p>a) ca. 30 Minuten pro Person</p> <p>b) Auswertungs- und Schlussfolgerungsrunde auf Führungsebene (oder wenn gewünscht gemeinsam mit der Belegschaft)</p>	<p>a) ca. 30 Minuten pro Person</p> <p>b) Clearingsitzung „Arbeitsbewältigungsförderung“ der Führungskräfte</p>

Erklärtes Ziel ist es auch, dass die Führungskräfte, die diese Dialoge systematisch führen, die Möglichkeit erhalten, angenehme Gespräche zu führen. Damit und mit den – bei Gelingen – tieferen Einblicke in die Sichtweisen des Mitarbeiters - soll auch das Wohlbefinden und die Arbeitsbewältigung der Führungskräfte selbst positiv beeinflusst werden.

„Gesundheitsfördernde Führung“ ist mehr als ein Führungs-MitarbeiterInnen-Gespräch. Es ist eine Führungsstrategie, die dann wirksam wird, wenn die Erfolgsfaktoren Betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigt werden:

- Zielorientierung:** Es empfiehlt sich, dass die Entscheidung für die Einführung und Umsetzung getragen ist von einer konkreten Benennung der Ziele bzw. Nicht-Ziele. Die Ausrichtung des Unternehmens, der Führungskräfte und in weiterer Folge der Belegschaft auf Stärkung und Verbesserung der Gesundheits- und Arbeitsbewältigungs-Bedingungen im Betrieb begünstigt den Förderprozess. Dass die Führungskräfte selbst diesen Prozess tragen und steuern, betont die Glaubwürdigkeit und Ernsthaftigkeit.
- Gesundheitskommunikation:** Entscheidungen und Vorhaben werden erst sichtbar und damit auch wirksam, wenn sie in der Betriebsöffentlichkeit bekannt gemacht und erläutert werden. Die Ankündigung von Absicht, Mittel und Ziel sind die erste Fördermaßnahme der Führung.
- Systematisches Vorgehen:** Auch wenn sich die betrieblichen EntscheidungsträgerInnen für ein Pilotvorgehen zur Erprobung und zum Sammeln von Erfahrungen entschließen und erst später darüber entscheiden wollen, ob es in den Regelbetrieb aufgenommen wird, sollte dieses Pilotprojekt systematisch und konsequent umgesetzt werden. Dies beinhaltet: Zielorientierung - Gesundheitskommunikation im Betrieb – Gesprächseinladung an alle Beschäftigte zur Ist-Analyse verzahnt mit einer An-Erkennungs-Intervention – Auswertung der und Schlussfolgerungen aus den Hinweisen der Beschäftigten – Gesundheitsberichterstattung über Ergebnis und Maßnahmenplan an die Belegschaft – Maßnahmenumsetzung – Wiederholung der Gespräche zur Evaluation.
- Ganzheitliches Gesundheitsverständnis:** Eine fragende und themen- wie lösungsoffene Gesprächshaltung der Führungskraft.
- Partizipation:** Gesprächseinladung an alle Beschäftigten und Ernstnehmen der Hinweise bei der Erarbeitung betrieblicher Fördermaßnahmen.
- Evaluation:** Wiederholung der Gespräche etwa ein Jahr nach Maßnahmenumsetzung.

Idealtypisch lassen sich zwischenzeitlich die Nutzenerwartungen an diese „Gesundheitsfördernde Führungsstrategie“ wie folgt beschreiben:

- a. Die „gesundheitsfördernde Führungsstrategie“ macht Führungskräfte nicht nur zu AdressatInnen von arbeitsbezogenem Gesundheitsbedarf, sondern selbst zu AkteurInnen des betrieblichen Gesundheitsförderungsprozesses.
- b. Betriebliche Gesundheitsförderungsprozesse können damit durch die Führungskräfte selbst, d.h. durch betriebseigene Ressourcen („Bordmittel“) ohne ausgedehnten externen Beratungsbedarf umgesetzt werden.
- c. Die Gesundheitsressource ‚Führung‘ wird im Förderprozess selbst gestärkt bzw. bei den Beschäftigten sichtbar und nutzbar.
- d. Im Falle des Gelingens verbessern sich die Chancen für eine Erhöhung der MitarbeiterInnen-Zufriedenheit, für frühzeitiges Erkennen von beschäftigungsbezogenen Problemkonstellationen und für gute Lösungen im Sinne eines reibungslosen Betriebsablaufs. Damit einher gehen dann Arbeitserleichterungen für die Führungskraft selbst. Die vorerst erforderliche Zeitinvestition der Führungskraft in die selbstorganisierte Gesundheitsförderung könnte sich damit in der Folge wieder ausgleichen.

Damit qualifiziert sich dieses Konzept „Gesundheitsfördernder Führung“ für das laufende Befähigungs- und Anwendungsforschungsprojekt „Gesundheitsfördernde Führung“.

4. Einführungsberatung „Gesundheitsfördernde Führung“

Der Denkansatz „Capacity Building“ ist eine hilfreiche Grundlage für die systematische Entwicklung der erforderlichen Strukturen zur Implementierung und Umsetzung „Gesundheitsfördernder Führung“ in Klein- und Kleinstbetrieben. Damit wird der Blick auf die realisierungsrelevanten Aspekte geschärft:

- *Welches Wissen ist für die Beteiligten erforderlich?*
- *Welche Fähigkeiten benötigen die innerbetrieblichen AkteurInnen wie auch die externen EinführungsberaterInnen?*
- *Welches Verständnis, welche Nutzenerwartungen braucht es und in welchem Ausmaß braucht es dazu ein kollektives Einverständnis sowohl in der Wirtschaftswelt wie im konkreten Betrieb?*
- *Welche betrieblichen Umsetzungsressourcen und Rahmenbedingungen sind erforderlich?*
- *Welche gesellschaftlichen Strukturen würde (über die betriebliche Einführungsberatung hinaus) die Umsetzung fördern?*

Diese Fragestellungen können zum gegebenen Zeitpunkt zwar noch nicht vollständig beantwortet werden, dennoch sollen die genannten Aspekte in der folgenden Beschreibung des für Klein- und Kleinstbetriebe adaptierten Modells der Einführungsberatung berücksichtigt werden.

4.2. Modell „Einführungsberatung“

Die Einführungsberatung „Gesundheitsfördernde Führung“ wurde Betrieben, die das kostenfreie NÖGKK-Beratung „Gesundheitscoaching“ nutzten, angeboten. Die Anlässe für die Einladung waren unterschiedlichen: Einerseits handelte es sich um ein Angebot zur Fortsetzung und Integration des begonnenen Gesundheitsförderungsprozesses in den Betriebs- und Führungsalltag. Andererseits konnte sich im Vorprojekt ein Fokus auf das Thema Führung und Betriebsklima ergeben haben, das weiter bearbeitet werden sollte.

In jedem Kooperationsbetrieb hat demnach schon ein Gesundheitsförderungsprozess stattgefunden, der mit konkreten ersten Maßnahmen und ihrer Umsetzung vorläufig endete. Diese erste Phase wurde von NÖGKK internen BeraterInnen umgesetzt. Zum Zeitpunkt des Abschlusses der ersten Phase kamen die EinführungsberaterInnen „Gesundes Führen“ ins Spiel.

Die Einführungsberatung gliedert sich - in der zur Zeit praktizierten Form – in drei Module:

Modul 1 ... befasst sich mit der *Sensibilisierung der Führungskräfte* für das Thema und Information über den Ablauf. Es dauert etwa drei Stunden.

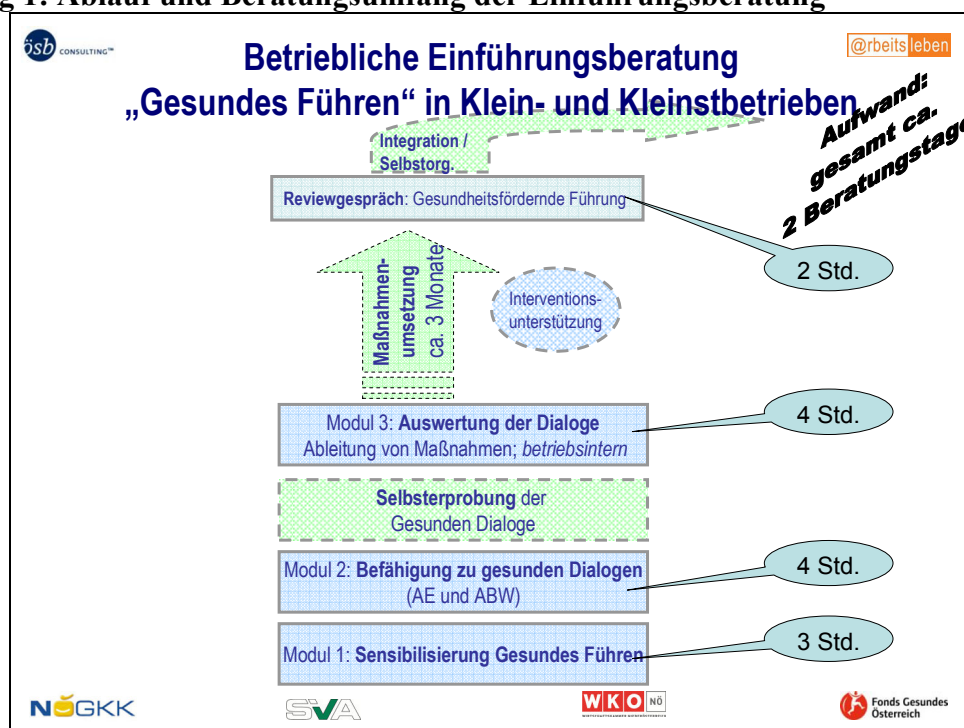
Modul 2 ... konzentriert sich auf die betriebsinterne/-spezifische *Befähigung und Vermittlung der gesundheitsfördernden Dialogwerkzeuge und –haltungen an die Führungskräfte*. Dafür sind mindestens 4 Stunden vorzusehen. Es ist hilfreich, wenn bei diesem Termin auch die organisatorische Umsetzung der nächsten Schritte, die in Selbstorganisation stattfinden, besprochen und abgestimmt werden. Dazu gehören Ankündigung, Einladung der MitarbeiterInnen und praktische Durchführung dieser Führungs-MitarbeiterInnen-Dialoge.

Modul 3 ... findet wiederum betriebsintern statt. Es handelt sich um die praktische Anleitung bei der Auswertung der Gesprächshinweise. Es entsteht eine – nach Häufigkeit der Nennungen - priorisierte gesundheitsbezogene Stärken- und Schwächenliste aus

Sicht der Beschäftigten. Diese ist die Grundlage zur Erarbeitung von bedarfsgerechten betrieblichen Fördermaßnahmen, sowohl in Richtung Stärkung von vorhandenen Stärken als auch Schwächung von erkannten Schwächen, die das Wohlbefinden und die Arbeitsbewältigung beeinflussen. Idealerweise werden im Anschluss diese Ergebnisse (Stärken- und Schwächenliste wie auch der beschlossene Maßnahmenplan) durch die Führungskraft wieder an die Belegschaft rückgemeldet und damit auch das Startzeichen für die Umsetzung gegeben.

Im Anwendungsforschungsprojekt folgen in einem angemessenen Zeitraum nach dem Auswertungs- und Maßnahmenplanungsworkshop Reviewgespräche separat mit Führung und MitarbeitervertreterInnen, die vorrangig der Evaluation dienen.

Abbildung 1: Ablauf und Beratungsumfang der Einführungsberatung



Im Durchschnitt erfordert diese Einführungsberatung pro Klein- oder Kleinstbetrieb insgesamt zwei Beratungstage; die Führungskräfte sind mindestens 13 Einführungsstunden plus der Zeitaufwand für die Führungs-MitarbeiterInnen-Dialoge damit beschäftigt.

4.3. Durchführung

Im Förder- und Anwendungsforschungsprojekt konnten 20 niederösterreichische Unternehmen mit bis zu 50 Beschäftigten aufgenommen werden. Es wurden deutlich mehr BetriebsinhaberInnen angesprochen, die grundsätzlich inhaltliches Interesse zeigten, jedoch war die Bereitschaft zur Beteiligung während der Finanzkrise 2008/09 deutlich verringert. In allen Kooperationsbetrieben wurde das oben beschriebene Befähigungs- und Vermittlungsvorgehen vorgeschlagen; bislang haben alle Beteiligten dieses Vorgehen in die betriebliche Praxis übernommen.

4.4. Prozessevaluation

Die begleitende Prozessevaluation aus Sicht der EinführungsberaterInnen hat eine erste Liste von Erfolgsfaktoren und Stolpersteinen bei der Implementierung von „Gesundheitsfördernder Führung“ ergeben.

Begünstigend haben sich folgende Konstellationen im Betrieb und in der Haltung der Führungskräfte erwiesen:

- MitarbeiterInnenführung wird persönlich wie betrieblich eine wichtige und positive Bedeutung zugeschrieben
- Führungskraft ist an MitarbeiterInnenführung und weichen Betriebsfaktoren interessiert
- Führungskraft zeigt sich offen für neue Themen und MitarbeiterInnen-Anliegen und bezieht diese in die eigenen Führungs-Überlegungen mit ein
- Unternehmen und Führungskräfte sind in einer Startphase (nach Umstrukturierung, Führungswechsel und anderem) und nutzen die Werkzeuge für diesen Neustart
- Unternehmen haben personalwirtschaftlichen Handlungsbedarf

Hinderlich erweisen sich folgende Faktoren:

- Geringe Zeitressourcen und problematisches Zeitmanagement für Mitarbeiterführungsaufgaben bzw. Überlastung der Führungskraft
- Einschlägige Gesundheitsvorstellung bei Führung und Belegschaft als ausschließliche Lebensstilfragestellung
- Zu große Mitarbeiterführungs-Spanne
- Auffassung der Führungskraft, dass alltägliches auftragsbezogenes Kommunizieren ausreicht

Grob lassen sich die beteiligten Führungskräfte in zwei Gruppen unterteilen: Jene, die sich auf den mitarbeiterInnenorientierten, von der Führungskraft geleiteten Prozess einlassen wollen, und jene, die eher expertInnengestützte Vorschläge und Umsetzungshilfen von außen erwarten. Für die erste Gruppe wird die Empfehlung „Gesundheitsfördernder Führung“ eine nachhaltige Möglichkeit darstellen. Den Erwartungen der zweiten Gruppen wird man mit einer Empfehlung von Gesundheitsförderungsangeboten eher gerecht.

5. Diskussion und Ausblick

Die abschließende Ergebnisevaluation wird im Mai 2011 vorliegen.

Die laufende Prozessevaluation zeigt auf, dass noch eine Reihe von Fragen des angemessenen „Capacity Building“ für gesundheitsfördernde Führung zu beantworten sind. Insbesondere wird man sich betrieblich und auch überbetrieblich dem Aspekt, wie ein Commitment für gesundheitsfördernde Führung hergestellt werden kann, zu widmen haben. Derzeit stößt „Gesundheitsfördernde Führung“ noch an die Wahrnehmungsgrenze des landläufigen Verständnisses von Gesundheitsförderung als Lebensstilmaßnahme. Genauso gilt es, das Vorurteil zu bearbeiten, dass eine Initiative „Gesundheitsfördernder Führung“ eine Folge „defizitärer Führungskompetenz“ wäre. Die vorrangig kritischen Diskussionen über die Folgen fehlender oder mangelnder Mitarbeiterführung oder die mehrheitlich fehlzeitenorientierten Führungskonzepte der Vergangenheit haben zu einer vorausseilenden Abwehr gegen fördernde Führungsstrategien geführt. Hier gilt es, künftig in der Wirtschaftswelt noch mehr Licht auf die Gesundheitsressource Führung zu werfen. Dies wird umso leichter, je mehr wir künftig Nutzenbelege „Gesundheitsfördernder Führung“ anführen können und ggf. Betriebe auch öffentliche Anerkennung für diese Förderinitiativen erhalten. Darüber hinaus hat das laufende Anwendungsforschungsprojekt die bislang erkannten Stolpersteine zu bearbeiten.

Ein weiterer erster grober Befund zeigt, dass sich die Themenfelder, welche während des beraterInnengestützten Gesundheitscoachings und im Laufe der gesundheitsfördernden Führung bearbeitet wurden, nicht gravierend voneinander unterscheiden. In diesem Sinne formulieren wir die Hypothese, dass die Strategie „Gesundheitsfördernde Führung“ im Sinne eines „UnternehmerInnen-Modells Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben“ in Zukunft eine qualitätsvolle Ergänzung der oder Alternative zur beraterInnengestützten betrieblichen Gesundheitsförderung werden könnte. Wenn sich dies auch in der Ergebnisevaluation bestätigt, wäre eine Erweiterung der Förderungsmöglichkeiten für einen in hohem Ausmaß von den Betrieben eigenständig durchgeführten Gesundheitsförderungsprozess nach Qualitätskriterien zu diskutieren.

In Bezug auf die anhaltende Umsetzung eines diesbezüglichen UnternehmerInnen-Modells sind sicherlich noch weitere Umsetzungshilfen, insbesondere über den Einführungszeitraum hinaus, erforderlich und gewisse ideelle wie indirekt monetäre Anreize (z.B. im Zuge eines Audits) zu überlegen.

5. Literatur

- Antonovsky, Aaron: Salutogenese: zur Entmystifizierung der Gesundheit. Dt. erw. Hrsg. von Alexa Franke, Tübingen, 1997.
- Geißler, Heinrich et al: Der Faktor Anerkennung. Betriebliche Erfahrungen mit wertschätzenden Dialogen, Frankfurt/M. 2007
- Ilmarinen, Juhani und Jürgen Tempel: Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben, Hamburg, 2002
- Kriener, Birgit et al [diepartner Sozial- und Gesundheitsmanagement/Wirtschaftskammer Österreich]: Gesund durchs Arbeitsleben. Eine Empfehlung für eine zukunftsfähige und altersorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen, Wien, 2004
- Laudenbach, Peter: Der tödliche Cocktail. In: brand eins, Heft 10, (2008), S. 80 - 85
- Mead, George Herbert: Mind, Self and Society, Chicago, 1934
- Scharinger, Christian: WEGE der Betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU's – Erfahrungsbericht eines österreichischen Modellprojektes. In: Meggeneder, O. et al. (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Bern, Verlag Hans Huber, 2005, S. 143-152
- Siegrist, Johannes: Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben, Göttingen, 1996
- Udris, Ivar et al.: Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. In: Psychosozial, Jg. 15, Heft 4 (1992) S. 7 - 22
- Van Quaakebeke, Nils und Tilmann Eckloff: RespectResearchGroup der Universität Hamburg. [Online-Dokumente verfügbar unter: <http://www.respectresearchgroup.org> (Datum des Zugriffs: 11.12.2010)