

Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Bachelorthesis

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Studiengang Gesundheitsmanagement

Mehrwert Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine qualitative Studie in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

Eingereicht von:

Christin Wasiak

Matrikelnummer: 31761

Seminargruppe: 122232

Anschrift: Kochstraße 29, 09116 Chemnitz

E-Mail-Adresse: Christin.Wasiak.bo8@fh-zwickau.de

Erstbetreuer:

Dr. phil. David Rester

Zweitbetreuer:

Dipl.-Kr.-Pfl. Konrad Schumann

Abgabeort und -datum:

Zwickau, den 14.07.2015

Danksagung

Als Erstes möchte ich Herrn Dipl.-Kr.-Pfl. Konrad Schumann für sein mir entgegengebrachtes Vertrauen danken. Dadurch ergab sich die Möglichkeit die Bachelorthesis im Forschungsauftrag der Klinikum Chemnitz gGmbH zu erstellen. Ebenso danke ich ihm für seine Arbeit als Zweitgutachter.

Besonderer Dank gilt Herrn Dr. phil. David Rester, der mich als Erstgutachter während des gesamten Prozesses der Entstehung der Bachelorthesis begleitete und mir mit konstruktiver Kritik stets Denkanstöße und wertvolle Anregungen gab.

Danken möchte ich auch meinen Interviewpartnern, die ein unersetzlicher Teil des Forschungsprozesses waren, für die Zeit und die Bereitschaft zur Teilnahme an den Interviews.

Vielen Dank an Benjamin Russig, der mich bei Formatierung der Bachelorthesis und dem Layout erheblich unterstützt hat.

Meinem Freund Alexander Lehmann danke ich für seine beständige Unterstützung und den aufmunternden Zuspruch.

Abschließend möchte ich meinen Eltern dafür danken, dass sie mich auf meinem Weg stets so liebevoll begleiten.

Zusammenfassung

Mit den Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden gesunde und motivierte Mitarbeiter in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen immer bedeutender. Neben einem stärkeren Versorgungsbedarf der älteren Patienten wird der Erhalt der Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter wichtiger. Derzeit liegt der Fokus auf der Behandlung der Patienten. Der Gesunderhaltung der Mitarbeiter wird noch zu wenig Beachtung geschenkt. Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden in den meisten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen bereits angeboten. Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement hingegen, halten nur wenige vor. Die Bachelorthesis wurde von folgender Forschungsfrage geleitet: Welcher Mehrwert entsteht durch die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Krankenhaus? Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden sechs Experteninterviews in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen geführt, die ein Betriebliches Gesundheitsmanagement vorhielten oder den Mitarbeitern Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung anboten. Die Datenerhebung erfolgte unter Anwendung der Grounded Theory Methode. Zur Datenauswertung diente die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, wobei die Kategorien computergestützt im Programm MAXQDA gebildet wurden. Es konnte festgestellt werden, dass der Mehrwert für ein Krankenhaus nur im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements entstehen kann. Es zeigte sich, dass Krankenhäuser dafür konkrete Voraussetzungen schaffen müssen. Um den Mehrwert zu generieren ist ein zielgerichtetes Vorgehen erforderlich. Dem PDCA-Zyklus folgend, müssen die Angebote und Maßnahmen auf die gewünschte Zielgruppe abgestimmt werden. Das ermöglicht einen gezielten Ressourceneinsatz, der im Hinblick auf den enormen Kostendruck, dem Krankenhäuser ausgesetzt sind, bedeutend ist. Daraus erwächst eine hohe Inanspruchnahme der Angebote, was sich in einer Vielzahl von Erfolgen in den Einrichtungen widerspiegelte. Das Vorgehen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement mündet in eine WIN-WIN-WIN-Situation für die Mitarbeiter, das Krankenhaus und die Gesellschaft. Die Ergebnisse zeigten aber auch, dass in den Einrichtungen ein Controlling zur Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen noch ausstand. Durch den Einsatz von Messinstrumenten im Betrieblichen Gesundheitsmanagement können Ziele in Kennzahlen überführt werden, wodurch eine ziel- und wirksamkeitsorientierte Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ermöglicht wird.

Schlüsselwörter: Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung, Nutzen, Krankenhaus, Mitarbeiter, qualitative Forschung

Keywords: Health management, health promotion, benefit, hospital, employees, qualitative research

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	6
1 Einleitung	7
2 Theoretischer Hintergrund.....	9
2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	9
2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	11
2.2.1 Motive für die Einführung	13
2.2.2 Kosten und Nutzen	14
2.2.3 Phasen der Einführung	16
2.3 Abgrenzung BGF und BGM	19
2.4 BGF und BGM im Krankenhaus.....	20
2.5 Studienlage.....	21
2.6 Zusammenfassung	24
3 Methode.....	25
3.1 Forschungsfrage.....	25
3.2 Qualitative Forschung	25
3.2.1 Gütekriterien qualitativer Forschung	26
3.2.2 Grounded Theory Methode (GTM).....	27
3.3 Forschungsfeld und Stichprobe	28
3.4 Erhebungsinstrument.....	29
3.5 Ablauf der Datenerhebung	30
3.6 Datenauswertung.....	30
3.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse	30
3.6.2 Instrument zur Datenauswertung	31
3.7 Forschungsethische Aspekte	36
3.8 Kategorienbildung	38
4 Ergebnisse	40
4.1 Typisierungen	40
4.2 Kategoriensystem	41
4.3 BGM Voraussetzungen.....	41
4.3.1 Einflussfaktoren	42
4.3.2 Wichtige Inhalte	44
4.3.3 Verständnis und Begründung	45
4.3.4 Personelle Verantwortlichkeit.....	45
4.3.5 Zielgruppenansprache	46
4.3.6 Abgrenzung zur BGF	46
4.4 BGM Umsetzung	46
4.4.1 Handlungsfelder	47
4.4.2 Ressourcen	47
4.4.3 Kennzahlen	47

4.4.4 Erfolge	48
4.4.5 Kooperationspartner	49
4.4.6 Angebote	49
4.5 Typisierungen und Kategoriensystem	50
4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse	51
5 Diskussion	53
5.1 Forschungsfrage.....	53
5.2 Diskussion ausgewählter Ergebnisse.....	55
5.3 Methodendiskussion	57
5.4 Resümee	59
6 Fazit und Ausblick.....	60
Literaturverzeichnis.....	61
Anhang	68
Eidesstattliche Erklärung.....	88

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Leitlinien der Luxemburger Deklaration.....	10
Abb. 2: Handlungsfelder des BGM.....	12
Abb. 3: Gründe für die Einführung von BGM.....	13
Abb. 4: Die Nachhaltigkeit des BGM.....	19
Abb. 5: Nutzenbewertung des BGM aller Unternehmen.....	22
Abb. 6: Arbeitsschritte der Inhaltsanalyse.....	32
Abb. 7: Gegenüberstellung von induktiver und deduktiver Kategorienbildung.....	36
Abb. 8: Kategoriensystem.....	39
Abb. 9: Darstellung des Kategoriensystems mit MAXMaps.....	41
Abb. 10: Darstellung der Wechselbeziehung.....	50
Tab. 1: Erfolge der BGF.....	11
Tab. 2: Nutzenaspekte des BGM.....	15
Tab. 3: Stichprobe.....	28
Tab. 4: Analyse der Entstehungssituation.....	32
Tab. 5: Typisierung der Interviewpartner.....	40
Tab. 6: Vergleich der Ergebnisse.....	51

1 Einleitung

Im Zuge der demografischen Entwicklung wird die Erhaltung der Gesundheit der Mitarbeiter für Unternehmen immer mehr an Bedeutung gewinnen. Auswirkungen wie dem Fachkräftemangel durch den Geburtenrückgang und einer stärkeren Alterung der Gesellschaft (Statistischer Ämter des Bundes und der Länder 2011) müssen sich auch Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zukünftig stellen. Immerhin 12 Prozent der Erwerbstätigen arbeiten in diesem Sektor, was die Bedeutung als Beschäftigungszweig unterstreicht (Bundeszentrale für politische Bildung 2013). Der Fokus von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen liegt auf der Behandlung und der Verbesserung oder Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten. Hauptträger der Dienstleistung am Patienten sind die Mitarbeiter, welche hohen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind (Reiter 2011). Überstunden, Stress, Schichtarbeit und wenig Pausen machen Krankenhäuser zu ungesunden Settings (Pfaff et al. 1999). Dieser Situation versucht das Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser entgegenzuwirken, welches sich 1996 gründete. Das Netz entstand 1993 aus dem Pilotprojekt Health promoting hospitals und geht zurück auf die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser 2015). Ausgerichtet ist es auf Patienten, Mitarbeiter und das Umfeld der Gesundheitseinrichtungen und will dabei gesundheitsförderliche Strategien bestmöglich umsetzen. Laut Dietscher et al. (2002) und Meierjürgen und Scherer (2004) wird die Gesundheitsförderung der Mitarbeiter jedoch zu wenig beachtet, da sich die Aktivitäten im Netz vornehmlich auf Patienten beziehen. Eine Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung von 2009 unterstreicht das. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen in Krankenhäusern wenig verbreitet sind und kaum umgesetzt werden. (Reiter 2011, S. 4) Interessant wird, welchen Einfluss das vom Parlament im März 2015 beschlossene Präventionsgesetz haben kann. Dieses will sich schwerpunktmäßig der Förderung der Prävention der Mitarbeiter in den Betrieben widmen und in der Folge sollen weiterführende gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt werden (Bundesministerium für Gesundheit 2015).

Dennoch betreiben bereits einige Krankenhäuser Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ihrer Mitarbeiter. Laut Kaminski (2013) haben diese jedoch eher Projektcharakter, da es Einzelmaßnahmen sind und die Angebotspalette zumeist von Fremdanbietern bestimmt wird. Der Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), auch wenn es einen großen nachweisbaren Nutzen bringen kann, stehen Unternehmen zumeist eher skeptisch gegenüber. Hierbei besteht die Problematik in der Überzeugung der

Führungspersonen vom tatsächlichen Nutzen eines BGM und der Einbindung dieser (Kaminski 2013).

Das Ziel der vorliegenden Bachelorthesis ist, den Mehrwert durch die Etablierung eines BGM im Krankenhaus herauszustellen. Es soll untersucht werden, welche Vorteile ein BGM gegenüber Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) bietet und welche Erfolge und Nutzenaspekte sich für Krankenhäuser daraus ableiten lassen. Die Ergebnisse der Bachelorthesis sollen die „WIN-WIN-WIN-Situation“ (Baumanns 2009, S. 43) aufzeigen, die sich für das Krankenhaus, Mitarbeiter und schließlich für die Gesellschaft aus einem BGM ergibt und letztendlich Führungspersonen für die Bedeutung eines BGM sensibilisieren.

Die Möglichkeit die Bachelorthesis zu erstellen ergab sich durch den Forschungsauftrag der Klinikum Chemnitz gGmbH. Das Krankenhaus der Maximalversorgung bietet den Mitarbeitern zahlreiche Maßnahmen der BGF an. Es werden außerdem bereits Bestandteile des BGM vorgehalten. Bisher existiert dazu noch kein übergeordnetes Managementsystem. Die vorliegende Bachelorthesis ist demnach für die Klinikum Chemnitz gGmbH von besonderem Interesse.

2 Theoretischer Hintergrund

Im theoretischen Hintergrund werden die Begriffe BGF und BGM erläutert. Aufgrund der Zielstellung der Bachelorthesis wird der Bezug zum Krankenhaus hergestellt. Es werden zwei Studien vorgestellt, die sich mit dem Nutzen gesundheitsfördernder Maßnahmen aus der Perspektive von Unternehmen befassen. Eine weitere Studie stellt den Umsetzungsgrad des BGM im Krankenhaus dar.

2.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Ausgehend von der Ottawa-Charta der World Health Organization (WHO) entstand das Konzept der Gesundheitsförderung als Meilenstein für die BGF (Reiter 2011, S. 40). Im Rahmen der Forderung gesundheitsförderliche Lebenswelten zu schaffen, wurde zum ersten Mal die Rolle der Betriebe im Zusammenhang mit der Gesundheit der Menschen hervorgehoben. So heißt es in der Ottawa-Charta der WHO von 1986: „[...] Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“ (Behrendt, Flintrop 2011, S. 765 zit. aus WHO 1986) Wegweisend für die BGF im Unternehmen war der durch die Jakarta-Erklärung geprägte Begriff des Settings. BGF ist am wirkungsvollsten, wenn sie innerhalb eines Settings umgesetzt wird, wobei ein solches Setting der Betrieb ist, da Menschen darin den meisten Teil der Lebenszeit verbringen. Unternehmen haben dafür die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen, wobei die Führungsebene die Verantwortung für die Mitarbeiter-Gesundheit trägt. (Reiter 2011, S. 41) Die Luxemburger Deklaration verbreitete das Ziel BGF weiterführend auf europäischer Ebene. Darin wird BGF definitorisch als „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Reiter 2011, S. 30 zit. aus Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) 1997) gesehen. Erreicht werden kann das durch eine Verknüpfung von drei Ansätzen: Durch die Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, durch die Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sowie durch die Stärkung von persönlichen Kompetenzen (Reiter 2011, S. 31 zit. aus DNBGF 1997). Die Luxemburger Deklaration stellte die Verantwortung der Betriebe weiterführend in den Fokus und ist als Umsetzungsvorgabe der Rahmenrichtlinie 89/391/EWG der Europäischen Gemeinschaft zum Arbeits- und Gesundheitsschutz zu verstehen (Reiter 2011, S. 41). Laut Siewerts (2010, S. 80) wurde damit der Arbeits- und Gesundheitsschutz um Maßnahmen der Gesundheitsförderung erweitert, war er doch bisher ausschließlich auf Prävention ausgerichtet. Hinsichtlich der Umsetzung der BGF im Unternehmen wurden vier Leitlinien formuliert, welche in Abb. 1 dargestellt sind.

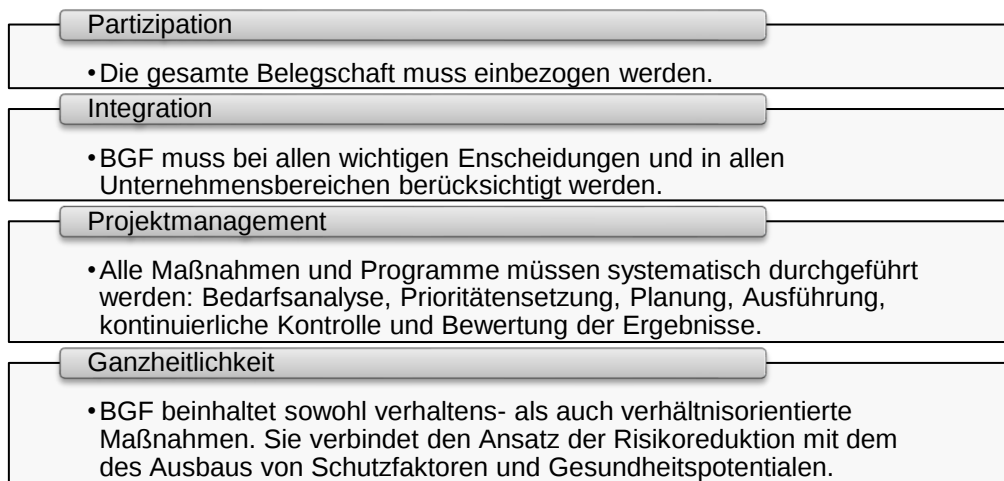


Abb. 1: Leitlinien der Luxemburger Deklaration (In Anlehnung an Reiter 2011, S. 31)

An diesen Leitlinien werden wichtige Aspekte der BGF deutlich: BGF soll im Rahmen eines Projektes erfolgen, unter Einbeziehung der Belegschaft. Um das zu erreichen soll BGF in die Strukturen des Unternehmens eingebunden werden. Reiter (2011, S. 31) kritisiert diese Forderung, die einen großen Spielraum für Interpretationen zulässt und BGF zuschreibt, in die Managementstrukturen integriert zu sein. Diese Formulierung könnte die Grundlage für die uneindeutigen Auslegungen und Zusammenhänge zwischen BGF und BGM sein (Reiter 2011, S. 31). Eine Einbindung in das Management erfolgt vielmehr im Rahmen eines BGM.

Im Sinne der Ganzheitlichkeit werden bei BGF verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen gefordert. In vielen Unternehmen liegt der Schwerpunkt jedoch auf verhaltensbezogenen Maßnahmen, vor allem in Unternehmen, die die Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter den Mitarbeitern selbst überlassen. Dieses Vorgehen ist laut Badura (2000) problematisch, da die Wirkung solcher Maßnahmen dann vom Verhalten der Mitarbeiter und deren Inanspruchnahme abhängt und die Auswirkungen auf die Gesundheit aufgrund des Projektcharakters der BGF nur gering sind. Nach Ulich und Wülser (2010, S. 15) orientieren sich verhaltensbezogene Interventionen an der einzelnen Person und zielen darauf ab, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu verbessern, indem ein gesundheitsförderliches Verhalten angeregt wird. Typisch sind Programme zur Ernährung, Förderung der Bewegung und Maßnahmen zum besseren Umgang mit Stress und Umgang mit Suchtmitteln. Verhältnisbezogene Interventionen richten sich auf Arbeitssysteme und Personengruppen und orientieren sich an der Struktur. Zur Verhältnisprävention gehören Maßnahmen, die die Unternehmenskultur, den Führungsstil und die Arbeitsbedingungen beeinflussen. (Ulich, Wülser 2010, S. 15) Die Verknüpfung und damit Ganzheitlichkeit verhaltens- und verhältnisbezogener Interventionen gelingt zumeist nur im Rahmen eines

BGM. Eine Trennung ist bei der Umsetzung im Unternehmen weder zielführend noch zeitgemäß. Vielmehr sollten diese als aufeinander aufbauend und verknüpfend betrachtet werden. (Badura et al. 1999, S. 36) Verhältnisorientierte Maßnahmen sollten das Gerüst bilden, um daraufhin verhaltensorientierte Maßnahmen für die Mitarbeiter anbieten zu können (Reiter 2011, S. 25).

Zur evidenzbasierten Wirksamkeit von BGF existieren viele Studien, die eine Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheit der Mitarbeiter zeigen. Sokoll et al. (2008) belegten die positiven Auswirkungen BGF bei Raucherentwöhnungsprogrammen und Programmen zur Förderung der Bewegung, gesunden Ernährung und Entspannung. Eine Studie des Bundesverbands der Betriebskrankenkassen stellt die Erfolge der BGF wie folgt dar (Tab.1).

Tab. 1: Erfolge der BGF (In Anlehnung an Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004)

Verringerung der Arbeitsbelastungen	Verbesserung der innerbetrieblichen Kooperation
Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeiter und Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit	Erhöhung der Kundenzufriedenheit und Kundenbindung
Steigerung der Arbeitszufriedenheit und Mitarbeitermotivation	Verbesserung der Flexibilität und Innovationsfähigkeit
Senkung des Krankenstandes und Absentismus	Steigerung der Wirtschaftlichkeit und Produktivität
Verbesserung des Arbeitsklimas	Förderung der Corporate Identity
Erhöhung der Mitarbeiterbindung und -loyalität	Verbesserung des Unternehmensimages inklusive der Beschäftigungsattraktivität
Verringerung der Fluktuation	Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit
Verbesserung der Produkt- und Dienstleistungsqualität	

Der BGF werden hier über verschiedene Wirkungszusammenhänge Auswirkungen auf ökonomische Ziele eines Unternehmens bescheinigt. Diese Darstellung ist nach dem Verständnis der Autorin zur BGF viel zu weit gefasst. Diese Erfolge können vielmehr nur durch ein BGM erreicht werden und sind im Rahmen rein gesundheitsfördernder Maßnahmen unrealistisch. Die in Tab. 1 dargestellten Erfolge stehen exemplarisch für das Missverständnis der Begriffe BGF und BGM. Im Kapitel 2.3 erfolgt dazu eine nähere Betrachtung.

2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Bernhard Badura, der das BGM an der Universität Bielefeld entwickelte, beschreibt BGM als „[...] Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute-

kommen.“ (Badura et al. 2010, S. 33). Das Unternehmen ist auf das Ziel Gesundheit auszurichten, was eine Einbettung des BGM in betriebliche Abläufe unabdingbar macht (Reiter 2011, S. 35). Damit erweitert das BGM den klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz, indem das Sozial- und Humankapital eines Unternehmens verbessert werden sollen (Siewerts 2010, S. 79). Die Geschäftsleitung hat dazu Schwerpunkte und Ziele für das BGM zu verankern. Bamberg et al. (2011, S. 129) empfehlen eine Integration in das Leitbild eines Unternehmens, um Ziele für das gesamte Unternehmen festzulegen, alle Mitarbeiter einzubinden und zu erreichen. Das ist von großer Bedeutung, da der Erfolg eines BGM wesentlich davon abhängt, inwieweit es auf Akzeptanz im Unternehmen trifft (Pelster 2010, S. 173). Unabdingbar ist nach Baumanns (2009, S. 29), dass BGM Managementaufgabe ist. BGM ist kein Selbstläufer, sondern eine Innovation für jedes Unternehmen und muss in die Führung, Strukturen und Prozesse integriert werden. (Badura 2015) Das ermöglicht eine Stetigkeit und Nachhaltigkeit der Maßnahmen (Reiter 2011, S. 35). Nach Münch et al. (2003, S. 22) stehen im BGM vor allem der Wechsel der Perspektive von der Pathogenese zur Salutogenese im Vordergrund, also weg von einer belastungsausgerichteten, hin zu einer ressourcenorientierten Betrachtung. Des Weiteren kombiniert das BGM verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze und es stehen keine Einzelmaßnahmen im Vordergrund, sondern ein systematisches und prozessgeleitetes Vorgehen. (Münch et al. 2003, S. 22) Für Unternehmen sollten die Motive, ein BGM zu implementieren, nicht ausschließlich in einer Senkung des Krankenstandes und der Fehlzeiten liegen. Ein geringer Krankenstand heißt nicht, dass die anwesenden Mitarbeiter gesund, motiviert und leistungsfähig sind. Das wird deutlich am Präsentismus, bei dem der Mitarbeiter zwar anwesend, aber aus verschiedenen Gründen nicht voll leistungsfähig ist. (Reiter 2011, S. 36)

Im BGM werden Handlungsfelder ausgewählt und aufeinander abgestimmt (Abb. 2).

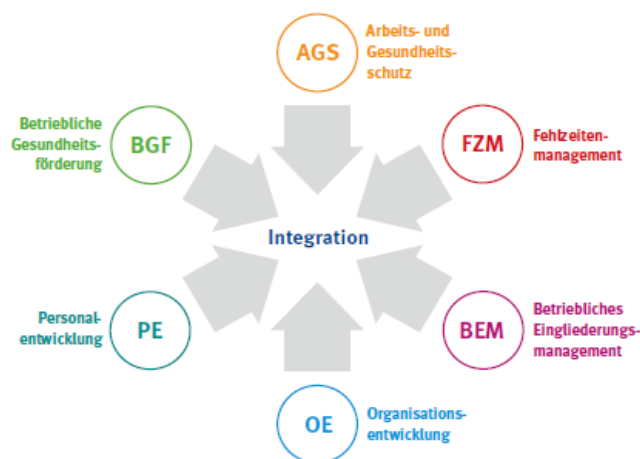


Abb. 2: Handlungsfelder des BGM (Unfallkasse Berlin 2010, S. 8)

Aus welchen Handlungsfeldern ein Unternehmen Maßnahmen im BGM auswählt, orientiert sich an den im Vorfeld festgelegten Zielausrichtungen. Voraussetzung ist die ganzheitliche Betrachtung des Unternehmens und die Ausrichtung des BGM am Bedarf der Mitarbeiter. (Reiter 2011, S. 140)

2.2.1 Motive für die Einführung

Im Folgenden soll betrachtet werden, warum sich Unternehmen entscheiden, sich über die gesetzlichen Rahmenbedingungen hinaus für die Gesundheit der Mitarbeiter einzusetzen. Abb. 3 zeigt Gründe für ein BGM aus einer Studie von Bechmann et al. (2011) in 500 Betrieben des produzierenden Gewerbes, die ein BGM vorhielten oder dieses beabsichtigten.

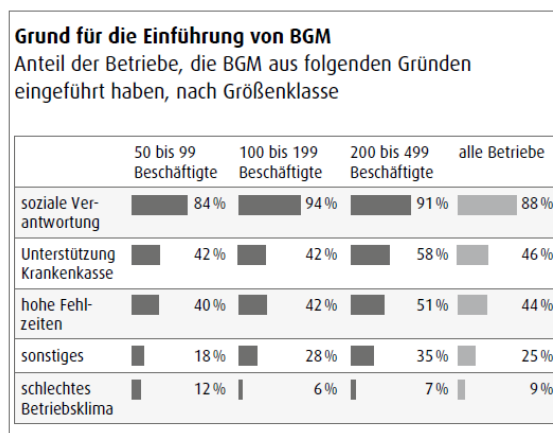


Abb. 3: Gründe für die Einführung von BGM (Bechmann et al. 2011, S. 15)

Mit 90 Prozent gab die Mehrheit der Betriebe an, aus sozialem Verantwortungsgefühl heraus gehandelt zu haben. Nach Reiter (2011, S. 92) ist das häufig in modern geführten Unternehmen der Fall. Für solche Unternehmen ist die Verantwortung für den Mitarbeiter und dessen Gesundheit genauso wichtig, wie die vom Mitarbeiter erbrachte Leistung. Die Bedeutung der demographischen Entwicklung wurde von den Unternehmen erkannt, weshalb vor allem der soziale Nutzen eines BGM und in diesem Zusammenhang die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers betont werden. (Reiter 2011, S. 92) Weitere Gründe für eine Einführung sind nach Bechmann et al. (2011, S. 15) mit 46 Prozent die Unterstützung durch eine Krankenkasse sowie mit 44 Prozent hohe Fehlzeiten der Mitarbeiter. Unternehmen, die sich aufgrund hoher Fehlzeiten und aufgrund eines hohen Krankenstandes für ein BGM entscheiden, sind vor allem am ökonomischen Nutzen des BGM interessiert (Reiter 2011, S. 92). Sie erhoffen sich durch das BGM eine Verbesserung der wirtschaftlichen Ergebnisse im Unternehmen: Eine Senkung der Personalkosten, eine Produktivitätssteigerung, eine Ablaufoptimierung und eine Qualitätssicherung (Lück et al. 2008, S. 77). Interessant ist, dass nur zehn Prozent ein BGM aufgrund des schlechten Betriebsklimas einführten und sich eine Verbesserung erhofften. Die möglichen positiven Auswir-

kungen eines BGM auf das Betriebsklima werden von Unternehmen häufig nicht wahrgenommen oder nicht als eigenständiges Ziel betrachtet. Im Rahmen eines BGM gibt es Faktoren, die dessen Implementierung fördern oder hemmen können. Zu den fördernden Faktoren, zählt das Bekenntnis der Führung, welches sich in Engagement, Investitionsbereitschaft, dem Vereinbaren schriftlicher Rahmenbedingungen und der Einrichtung eines Steuergremiums zeigen sollte (Walter 2007, S. 196). Die Führungsebene wird insbesondere dann Interesse an der Einführung eines BGM zeigen, wenn das BGM mit den Unternehmenszielen vereinbar ist und diese möglicherweise fördert. Deshalb muss BGM Managementaufgabe sein. Nur wenn Mitarbeiter erkennen, dass die Führungsebene Interesse an ihrer Gesundheit hat, werden sie bereit sein für Veränderungsprozesse (Siewerts 2010, S. 87). Angst vor Veränderung kann ein großes Hemmnis beim BGM darstellen. Umso wichtiger ist es nach Kaminski (2013, S. 51) ein internes Marketing zum BGM zu etablieren und alle Mitarbeiter über Ziele und Vorhaben zu informieren. Um eine Veränderungsbereitschaft seitens der Mitarbeiter zu erreichen, verweisen Münch et al. (2003) ebenfalls auf die Vorbildfunktion der Führungspersonen. Diese bestimmen wesentlich mit, wie Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen gelebt wird und können dadurch ein gesundheitsförderliches Verhalten bei den Mitarbeitern anregen. Wenn das Bekenntnis zum BGM seitens der Führungsebene nicht vorhanden ist, so ist das für Kaminski (2013, S. 49) ein Stolperstein auf dem Weg zum BGM. Des Weiteren ist es erforderlich personelle Verantwortlichkeiten für das BGM festzulegen, da dies den Erfolg und die Effekte eines BGM maßgeblich beeinflusst (Walter 2007, S. 202). Frey (2004) führt Hemmnisse bei der Implementierung auf folgende Ursachen zurück: Zum einen das mangelnde Wissen über die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit und Erfolgen im BGM. Zum anderen fehlende Ideen und Kompetenzen ein BGM im Unternehmen umzusetzen. Des Weiteren werden vorrangig Themen priorisiert, die dem Unternehmen einen nachweisbar gewinnbringenden Nutzen leisten und es fehlt zumeist an zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen, um ein BGM zu initiieren. Als Letztes die Tatsache, dass Führungspersonen die Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter vor allem den Mitarbeitern selbst zusprechen. (Frey 2004) Als hindernd gilt außerdem, dass sich die Erfolge aus einem BGM erst langfristig messen lassen, da Verhaltens- und Strukturveränderungen Zeit brauchen (Badura et al. 1999).

2.2.2 Kosten und Nutzen

Die Kosten, die mit der Implementierung und Etablierung eines BGM einhergehen, sollen nun dem Nutzen der sich daraus für das Unternehmen ergibt, gegenübergestellt werden. Nach Reiters (2011, S. 93) Ansatz der Ganzheitlichkeit des BGM ergeben sich Kosten und Nutzenaspekte für Mitarbeiter, Unternehmen und die Gesellschaft. Auf der Ebene der

Mitarbeiter entstehen nicht-monetäre Kosten im Zusammenhang mit einer erhöhten Aufmerksamkeit bei der Unterstützung des BGM sowie ein erhöhter zeitlicher Aufwand durch die Partizipation, insbesondere dann, wenn Mitarbeiter in das BGM eingebunden sind. Mitarbeiter, die viele Jahre nichts für ihre Gesundheit getan haben, werden zu Beginn der Teilnahme an Maßnahmen der BGF eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bemerken, so zum Beispiel bei Raucherentwöhnungskursen, aber auch, weil sich der Körper wieder an Bewegung gewöhnen muss. Monetär kann eine Beteiligung an Maßnahmen entstehen, wenn diese nicht vollständig vom Arbeitgeber oder den Krankenkassen übernommen werden. Auf Unternehmensebene steht am Beginn der Implementierung und Etablierung des BGM ein hoher Arbeits- und Planungsaufwand. Es müssen Marketingkosten einkalkuliert werden, um die Maßnahmen intern und extern zu bewerben. Außerdem entstehen Kosten für die Maßnahmen selbst, weil Materialien und Hilfsmittel anzuschaffen sind und Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden müssen. Es entstehen Kosten durch die Schaffung einer Stelle der Leitung des BGM sowie interner Personalkosten für die Vorbereitung, Durchführung und Teilnahme an Maßnahmen. Werden externe Personen einbezogen, sind deren Kosten ebenfalls zu berücksichtigen. Auf Gesellschaftsebene entstehen Kosten für die steuerliche Förderung gem. §3, Nr. 34 EStG, wobei zu beachten ist, dass bestimmte Maßnahmen der BGF bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter steuerfrei sind. Bei den Krankenkassen, Unfallversicherungsträgern und Rehabilitationsträgern entstehen Kosten für Prämien oder Boni. (Reiter 2011, S. 93)

In Folgenden werden die Nutzenaspekte des BGM zur besseren Übersicht tabellarisch dargestellt (Tab. 2). Abgeleitet aus den Kosten, ergibt sich durch ein BGM eine „WIN-WIN-WIN-Situation“ (Baumanns 2009, S. 43), was bedeutet, dass die Mitarbeiter, das Unternehmen und die Gesellschaft profitieren (Baumanns 2009, S. 43).

Tab. 2: Nutzenaspekte des BGM (In Anlehnung an Reiter 2011, S. 95)

Mitarbeiter	Unternehmen	Gesellschaft
Verbesserung des Gesundheitszustandes und Wohlbefindens	Monetärer Erfolg (ROI)	Demografieorientierte Förderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung
Verbesserung der Kompetenz in Gesundheitsfragen	Erhöhung der Produktivität	Verlängerung der Lebensarbeitszeit
Verlängerung der Lebensarbeitszeit bei gleichzeitiger Erhöhung der Lebenserwartung	Senkung der Krankenstände und Fehlzeiten → Senkung der Kosten für Lohnfortzahlungen und Rekrutierungen	Verbesserung der Wiedereingliederung für Langzeiterkrankte und Menschen mit Behinderung
Steigerung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit	Senkung systemisch bedingter Kosten durch verbesserte Strukturen und Prozesse	Senkung der Kosten für Heilbehandlung (Träger: GKV)
Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Reduktion körperlicher Belastung	Verbesserung der Produkt- und Dienstleistungsqualität → Steigerung der Kundenzufriedenheit	Verlängerung der Beitragszeiten (Träger: GKV, GRV)

Optimierung der Arbeitsanforderungen	Verbesserung des Unternehmensimages	Senkung der Kosten für Lohnersatzleistungen (Träger: GKV)
Verbesserung der Mitarbeitermotivation (Freude an der Arbeit, Selbstverwirklichung, Stolz)		Senkung der Kosten für unfallbedingte Entschädigungsleistungen (Träger: GUV)
Verbesserung der Selbstwahrnehmung und des Selbstwertgefühls	Verbesserung von Kommunikation, Kooperation, Partizipation → Verbesserung des Betriebsklimas	Senkung der Kosten für krankheitsbedingte Frühverrentung (Träger: GRV)
Erhöhung der Lebensqualität und der Lebensfreude	Erhöhung der Bindung an das Unternehmen (Senkung von Präsentismus und Fluktuation) → Wettbewerbsvorteil durch gesteigerte Arbeitgeberattraktivität	Senkung der Kosten für Leistungen zur Teilhabe (Träger: Reha-Träger gem. § 6 SGB IX)

Der ökonomische Nutzen, der aus einem BGM hervorgeht, ist für Unternehmen von besonderem Interesse. Lück (2008, S. 82) hebt dabei die wichtige Rolle des Verhältnisses von Aufwand und Ertrag hervor. Der Nutzen eines BGM, der sich vor allem auch in sozialen Faktoren zeigt und sich dann langfristig positiv auf die Kostenentwicklung auswirkt, ist für Unternehmen schwer greifbar (Lück et al. 2008, S. 83). Erfolge, möglichst messbar an Kennzahlen, sind für Führungspersonen bei der Entscheidung zu einem BGM bedeutend. Hierzu kann der Return on Investment (ROI) dienen, der das Kosten-Nutzen-Verhältnis darstellt. Im Bezug zum BGM heißt das, dass die Kosten für Maßnahmen, den Kosteneinsparungen durch die Intervention gegenübergestellt werden (Kramer, Bödeker 2008, S. 5). Betrachtungen zum ROI stammen vor allem aus den USA, da die Unternehmen direkt mit den Krankenkassen Versicherungsverträge für die Mitarbeiter abschließen. Eine Untersuchung aus den USA von Chapman (2005) belegte bei den Fehlzeiten einen ROI von 1:2,5 bis 1:4,85 und bei Krankheitskosten einen ROI von 1:2,3 bis 1:5,9. Am Beispiel der Krankheitskosten bedeutet das, dass für jeden aufgewendeten Dollar 2,3 bis 5,9 Dollar eingespart werden können, indem die Krankheitskosten reduziert sind (Kramer, Bödeker 2008, S. 5). Wenngleich es in Deutschland ein anderes Krankenversicherungssystem gibt, wäre die ROI-Betrachtung durch die Senkung der Ausgaben der Krankheitskosten dennoch relevant (Reiter 2011, S. 97). Häufig fehlt es in Unternehmen aber an einem Controlling, welches Kennzahlen im Zusammenhang mit dem BGM erfasst.

2.2.3 Phasen der Einführung

„Modernes BGM folgt einem Regelkreis, der planvolles und zielgerichtetes Handeln möglich macht“ (Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004, S. 18). Pelster (2010, S. 173) fordert dazu eine andauernde Durchführung der vier Kernprozesse Diagnose, Planung, Intervention und Evaluation im Sinne eines Regelkreises. Nicht nur die Umsetzung der Maßnahmen des BGM untersteht diesen Kernprozessen, sondern auch das BGM selbst. Das Vorgehen beim BGM ist daher dem PDCA-Zyklus nach Deming folgend zu verstehen, womit der kontinuierlichen Verbesserung Rechnung getragen wird und auch

die Anschlussfähigkeit zu anderen Managementsystemen hergestellt wird. (Reiter 2011, S. 131) Eine Umsetzung des BGM kann nicht als Projekt erfolgen, sondern sollte auf lange Sicht und strategisch geplant erfolgen (Reiter 2011, S. 35). Der Prozess zur Einführung des BGM ist jedoch als Projekt zu verstehen und gliedert sich nach Reiter (2011 S. 131) idealtypisch in fünf Phasen mit folgenden Inhalten: In der Vorbereitungsphase (Phase eins) werden personell und strukturell die Rahmenbedingungen für das BGM hergestellt. Zu Beginn bedarf es einer eindeutigen Erklärung der Geschäftsleitung und Mitarbeitervertretung (in großen Unternehmen) zum BGM, welche schriftlich fixiert werden sollte. Des Weiteren sollte eine Analyse und Bestimmung bereits bestehender Maßnahmen und Strukturen durchgeführt werden. (Reiter 2011, S. 131) Anschließend sollte eine Steuergruppe gebildet werden, die sich aus der Geschäftsleitung, dem Betriebsrat, der Fachkraft für Arbeitssicherheit, einem Vertreter der Personalabteilung, dem Betriebsarzt, einem Moderator und möglicherweise Externen zusammensetzen sollte (Bundesverband der Betriebskrankenkassen 2004, S. 20). In diesem Arbeitskreis werden Ziele, Pläne, Ressourcen und Maßnahmen für das BGM festgelegt. Zur Koordination des BGM empfiehlt es sich eine Stabsstelle für den Leiter des BGM zu schaffen. Externe Partner für das BGM können Krankenkassen, Netzwerke und Verbände sein. (Reiter 2011, S. 131)

In der zweiten Phase, der Unternehmensdiagnose, wird eine Bestandsaufnahme hinsichtlich der Ressourcen, Belastungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter vorgenommen, wobei auch Ressourcen und Infrastrukturen des Unternehmens analysiert werden sollten. Hierzu bieten sich Befragungen der Mitarbeiter, des Managements und betrieblicher Experten an, aber auch Daten der Krankenkassen, Betriebsärzte und Personalabteilung sollten erfasst werden. Eine sorgfältige Analyse verhindert, dass später Maßnahmen angeboten werden, die nicht auf die Bedürfnisse des Unternehmens abgestimmt sind und daher nicht in Anspruch genommen werden. Gleichzeitig bleiben dadurch bisher erfolgreiche Maßnahmen erhalten. Bereits zu diesem Zeitpunkt ist es wichtig die Mitarbeiter umfassend über das Vorhaben BGM zu informieren, um die später gewünschte Partizipation zu erreichen. Erkennbar interessierte und aktiv mitwirkungsbereite Mitarbeiter sollten frühzeitig eingebunden werden. (Reiter 2011, S. 137)

In Phase drei, der Interventionsplanung, werden auf Basis der Analyseergebnisse Zielgruppen sowie Ziele für das Unternehmen und die Mitarbeiter festgelegt. Je nach Ausgangslage im Unternehmen ergeben sich daraus unterschiedliche Maßnahmen. Die wichtigsten Handlungsfelder, schlussfolgernd aus der Analyse, sollten vorangestellt werden. Die Festlegung von Zielen, Verantwortlichkeiten, Festlegung der Maßnahmen und Priori-

sierung obliegen der Steuergruppe, ebenso wie die Festlegung zeitlicher, räumlicher und personeller Ressourcen. (Reiter 2011, S. 138)

In der Phase der Interventionsumsetzung (vierte Phase) werden die zuvor geplanten Maßnahmen umgesetzt. Besonders wichtig während des gesamten Prozesses ist die Kommunikation mit den Mitarbeitern. Diese sind, resultierend aus den Analysen, über die Ergebnisse und über Ziele, Zielgruppen, Inhalte und Nutzen der Maßnahmen zu informieren. Auch über auftretende Probleme und Hemmnisse sollte offensiv informiert werden, um basisorientierte Lösungsmöglichkeiten zu fördern. (Reiter 2011, S. 141) „Welche Maßnahme wie durchgeführt wird, ist letztendlich von den betrieblichen Anforderungen und Situationen abhängig.“ (Badura et al. 1999, S. 104).

Daran schließt sich die Evaluation als fünfte Phase an. Um das BGM nachhaltig zu etablieren und implementieren, müssen geeignete Instrumente herangezogen werden (Ulich, Wülser 2010, S. 119). Problematisch ist, dass der Nachweis der Wirkung von gesundheitsbezogenen Interventionen nur sehr schwer zu führen ist und sich Erfolge ohnehin erst langfristig messen lassen (Badura et al. 1999). Verhaltensorientierte Interventionen sind zudem leichter zu evaluieren als verhältnisorientierte Interventionen, da es sich um Inhalte und Bedingungen der Arbeit handelt und diese häufig nicht als gesundheitsfördernd erkannt werden (Ulich, Wülser 2010, S. 202). Evaluation ist für Badura et al. (1999, S. 112) von zentraler Bedeutung, weil es das BGM von reinem Gesundheitsaktivismus unterscheidet. Hierbei können Selbst- und Fremdevaluationen durchgeführt werden, aber auch Prozess- und Ergebnisevaluationen. Des Weiteren können Analysen, Statistiken und Kennzahlen im Zusammenhang mit dem BGM erhoben werden. Diese sind beispielsweise Fehlzeitenquote, Krankenstand, AU-Tage, Unfallstatistiken, ROI, Fluktuationsrate und Betriebszugehörigkeit. (Reiter 2011, S. 143)

Da BGM kein abgeschlossenes Projekt ist, aber die Einführung gewissermaßen als solches betrachtet werden kann, sollte eine Nachbetrachtung im Rahmen einer Nachbereitungsphase (Phase sechs) unbedingt erfolgen. Geschaffene Strukturen und Maßnahmen sollten hinsichtlich der Akzeptanz und Inanspruchnahme überprüft und gegebenenfalls verändert und angepasst werden. Auf der Basis der Ergebnisse der Evaluation, sollte das BGM weiterentwickelt und adaptiert werden, um es so endgültig in die Unternehmensstrukturen und die Unternehmenskultur zu integrieren und zu einer Selbstverständlichkeit werden zu lassen. Nun geht es darum das BGM zu stabilisieren und zu festigen, wobei der PDCA-Zyklus immer wieder zu durchlaufen ist. Dabei dürfen mögliche Stillstände oder Rückschritte nicht entmutigen. (Reiter 2011, S. 154)

2.3 Abgrenzung BGF und BGM

In den letzten Jahren wurde der Begriff BGF durch BGM ergänzt, erweitert und/oder ersetzt (Bamberg et al. 2011, S. 128). Tatsächlich ist es so, dass in der Literatur Uneinigkeit in der Abgrenzung zwischen BGF und BGM besteht. So sind Autoren der Meinung, dass BGM ein Teilbereich der BGF ist. Das DNBGF beschreibt BGF als „[...] eine moderne Unternehmensstrategie zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie umfasst die Optimierung der Arbeitsorganisation und Arbeitsumgebung, die Förderung aktiver Teilnahme aller Beteiligten sowie die Unterstützung der Personalentwicklung bei der Realisierung dieser Ziele.“ (Reiter 2011, S. 32 zit. aus DNBGF 1997). Diese Definition ist laut Reiter (2011, S. 32) zu weit gefasst, da hier bereits auf ein Managementsystem verwiesen wird und das ist nur im Rahmen des BGM möglich. BGF zielt vor allem auf die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit der Mitarbeiter durch Förderung der Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung ab. Eine klare Abgrenzung der Begriffe BGF und BGM ist wichtig im nachhaltigen Verständnis und die Grundvoraussetzung für den Aufbau eines funktionierenden BGM im Unternehmen (Badura et al. 2014). In Abb. 4 erfolgt eine Gegenüberstellung zur Verdeutlichung.

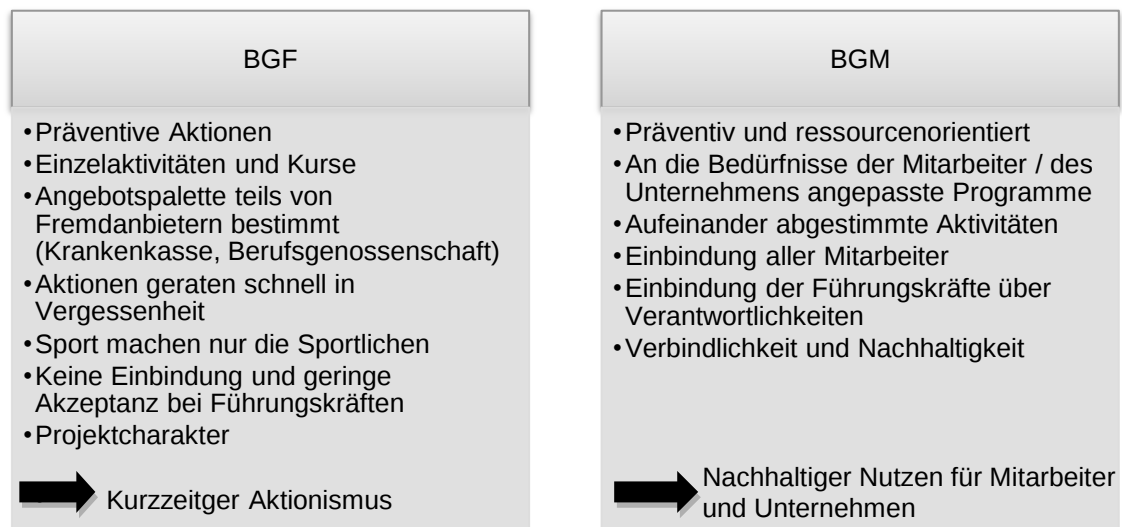


Abb. 4: Die Nachhaltigkeit des BGM (In Anlehnung an Kaminski 2013, S. 26)

Der Nutzen im Sinne der Nachhaltigkeit entsteht für Unternehmen und Mitarbeiter erst durch ein BGM. Einzelaktivitäten und Kurse stehen einem auf die Mitarbeiter zugeschnittenen Programm gegenüber. Aufgrund des Projektcharakters BGF wird deutlich, dass diese ein vordefiniertes Ende haben, wohingegen BGM Langfristigkeit und Verbindlichkeit anstrebt. Ein weiterer Nachteil BGF ist, dass diese häufig nur von den Mitarbeitern in Anspruch genommen wird, die ohnehin ein hohes Gesundheitsbewusstsein haben. Wirklich alle Mitarbeiter können nur durch an Bedürfnissen und Ressourcen ausgerichtete Programmen, wie es beim BGM vorgesehen ist, erreicht werden. Nach Kaminski (2013, S.

25) geht BGM über das Anbieten von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung hinaus. Indem Gesundheitsmanagement von Führungspersonen nicht akzeptiert und als wichtig erachtet wird, kann Gesundheit als Ziel für alle Mitarbeiter niemals das Unternehmen durchdringen. Dies ergibt sich erst bei der Implementierung eines BGM, indem alle Mitarbeiter und die Führungsebene eingebunden werden und Verantwortung übernehmen. Das erhöht die Akzeptanz und Inanspruchnahme als Bestandteil betrieblicher Abläufe und wirkt sich wesentlich auf das Wohlergehen der Mitarbeiter aus. (Kaminski 2013, S. 26)

2.4 BGF und BGM im Krankenhaus

Krankenhäuser gelten als ganz besondere Settings. Die Aufgabe von Krankenhäusern liegt in der Behandlung von Krankheit und der Verbesserung und Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten. Mitarbeiter in Krankenhäusern sind hohen physischen und psychischen Belastungen und Faktoren wie Schichtarbeit, wenig Pausen und Überstunden ausgesetzt. Gerade diese Aufgaben stellen einen krankmachenden Stressor für die Mitarbeiter dar (Lützenkirchen 2003, S. 413). Hinsichtlich der Faktoren und Belastungen gelten Krankenhäuser als Hochrisikobereiche für die dort arbeitenden Menschen. Emotionale Drucksituationen bergen immer die Gefahr, sich ständig über das Maß zu verausgaben. BGF als Maßnahme zur Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter wurde in Krankenhäusern viel später initiiert als in anderen Branchen. Im Gegensatz zur Industrie ist die Umsetzung des BGM in Krankenhäusern bisweilen kaum zu verzeichnen. (Müller 2009)

Die Ursprünge der BGF im Krankenhaus gehen ebenfalls auf die Ottawa-Charta der WHO zurück. 1993 entstand das Pilotprojekt health promoting hospitals, aus dem sich 1996 das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGFK) gründete. Das Ziel ist, gesundheitsförderliche Strategien für Mitarbeiter, Patienten und das Umfeld der Gesundheitseinrichtungen zu implementieren. (DNGFK 2015) Aktivitäten im Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser beziehen sich jedoch vorwiegend auf Patienten als auf Mitarbeiter. (Dietscher et al. 2002; Meierjürgen, Scherer 2004). Verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen sind in Krankenhäusern wenig verbreitet und werden kaum umgesetzt (Reiter 2011, S. 4). Die Umsetzung BGF im Krankenhaus trifft auf starre Hierarchie in Form von ärztlicher Leitung, Verwaltungsleitung und Pflegedienstleitung. Um die Rahmenbedingungen für eine Umsetzung zu verbessern, ist es erforderlich, diese starren Grenzen zu überwinden. (Lützenkirchen 2003, S. 413) Laut Müller (2009, S. 9) ist die Tatsache, dass sich Krankenhäuser zunehmend in Gesundheitszentren umbenennen, keinesfalls ein Ausdruck dafür, dass ein gesundheitsförderliches Umfeld für die Mitarbeiter geschaffen wurde. Bedingt durch das Hierarchiengeflecht ist die Bereitschaft Veränderungen anzunehmen und zu tragen in Krankenhäusern geringer und Entscheidungen und

Veränderungsprozesse benötigen viel mehr Zeit. In Krankenhäusern gibt es, bedingt durch die Fachbereiche, zwar zahlreiche Experten für Gesundheit und Krankheit, was aber nicht zur Folge hat, dass BGF oder BGM leichter umgesetzt werden. Die Umsetzung von BGF oder BGM erfolgt zumeist in Kooperation mit externen Experten, wie Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Netzwerken. (Müller 2009, S. 47) BGF wird in Krankenhäusern vor allem im Rahmen des Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser umgesetzt. Allerdings weisen derzeit 22 Mitgliedskrankenhäuser bei einer Zahl von 1996 Krankenhäusern in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2013) auf einen geringen Umsetzungsgrad hin.

2.5 Studienlage

Nachfolgend werden zwei Studien vorgestellt, die zum einen dem Verständnis der Haltungen von Führungspersonen zum BGM dienen sollen und zum anderen anhand von Best-Practice-Beispielen den Nutzen, der sich aus einem BGM ergeben kann, unterstreichen. Die dritte Studie stellt den Umsetzungsgrad des BGM im Krankenhaus dar.

Die Studie von Schulte und Bamberg (2002) verfolgte das Ziel, Einstellungen und Motive zur BGF aus der Sichtweise von Führungspersonen darzustellen. 40 Führungspersonen aus dem Top-Management von zwei europäischen Unternehmen der Luftfahrt wurden befragt. In Anlehnung an das sozial-kognitive Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns von Schwarzer wurden vier Kategorien erstellt, aus welchen sich die Fragestellungen ableiteten. Dabei ging es um die Einschätzung der betrieblichen Gesundheitssituation und die Frage inwieweit sich die Führungspersonen für die Gesundheit der Mitarbeiter und BGF verantwortlich fühlten. Des Weiteren wurde nach Faktoren, die die Durchführung von BGF beeinflussen, gefragt und nach der Absicht BGF im Unternehmen implementieren zu wollen. In den Ergebnissen spiegelte sich die Meinung wider, dass gesunde Unternehmen vor allem wirtschaftlich, also finanziell gesund sind. Gesunde Mitarbeiter leisten nach Meinung der Führungspersonen keinen Beitrag zur wirtschaftlichen Gesundheit. Der Krankenstand wurde mehrheitlich als normal eingeschätzt, dennoch empfanden die Unternehmensführungen einen schlechten Gesundheitszustand der Mitarbeiter nicht als Bedrohung. Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter sahen die Führungspersonen vor allem bei den Mitarbeitern selbst und gaben an, verhaltensbezogene Maßnahmen zur BGF zu bevorzugen. Dennoch sahen 95 Prozent das Verhalten von Führungspersonen als wichtigen Faktor zur Förderung der Mitarbeiter-Gesundheit an. Mehr als die Hälfte der Führungspersonen sprach der BGF eine geringe Wirksamkeit zu, da sie nicht wussten oder sich nicht vorstellen konnten, wie BGF in die Ziele des Unternehmens eingefügt werden könne. Die Durchführbarkeit der BGF betrachteten deutsche Führungspersonen we-

sentlich skeptischer als die skandinavischen Kollegen. Dies begründeten sie überwiegend damit, dass BGF ihrer Meinung nach nicht mit einem auf Wirtschaftlichkeit und Produktivität ausgerichteten Unternehmen vereinbar ist. Resultierend daraus wollten nur 47,5 Prozent der Führungspersonen in Zukunft BGF implementieren, wobei die deutschen Führungspersonen Einzelmaßnahmen, die skandinavischen Führungspersonen vielmehr umfassende Angebote umsetzen wollten. Die Ergebnisse untermauern die bei Führungspersonen weit verbreitete Meinung, dass wirtschaftliche Aspekte Priorität vor der Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter haben. Ausgehend davon scheint die im Unternehmen gelebte Gesundheitskultur Einfluss darauf zu haben, ob es überhaupt zur Umsetzung von Maßnahmen kommen kann. Erkennen Führungspersonen ihre Verantwortung für die Gesundheit der Mitarbeiter, so ist die Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen die logische Konsequenz.

In der Studie von Lück et al. (2008) wurden 212 Unternehmen in drei Wellen von 2003 – 2007 im Auftrag des AOK-Bundesverbandes befragt. Mittels eines Fragebogens wurden 117 Unternehmen aus dem produzierenden Gewerbe sowie 95 aus Handel und Dienstleistung untersucht. Voraussetzung waren entweder ein langjähriges BGM vorzuhalten oder ein von der AOK begleitetes BGF-Projekt in naher Zukunft abzuschließen. Ziel war es, models of good practice des BGM zu generieren, die vorbildhaft für andere Unternehmen sind und diese ebenfalls zur Initiierung eines BGM anregen. Zehn Faktoren spiegeln für die befragten Unternehmen den Nutzen des BGM wider (Abb. 5).

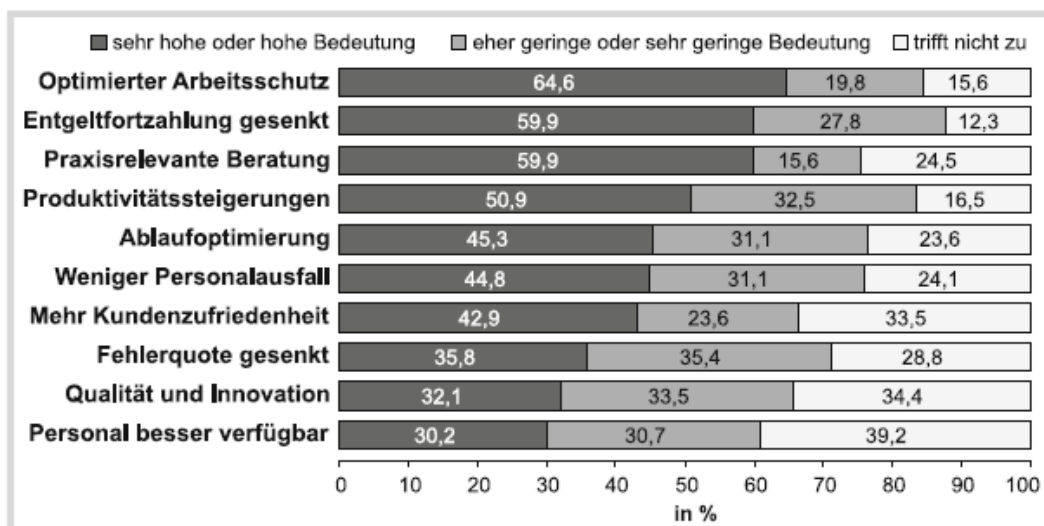


Abb. 5: Nutzenbewertung des BGM aller Unternehmen (Lück et al. 2008, S. 79)

An vorderster Stelle sahen die Unternehmen Optimierungen beim Arbeitsschutz, Senkungen der Entgeltfortzahlungen, Produktivitätssteigerungen und eine Optimierung der Abläufe. Hervorzuheben ist, dass die Unternehmen eine Verbesserung des wirtschaftlichen Erfolgs durch die Verbesserung sozialer, weicher Faktoren sahen. Die Ergebnisse zeigen

den Gewinn eines BGM für Unternehmen und Mitarbeiter und machen deutlich, dass wirtschaftliche und soziale Ziele nicht miteinander in Konkurrenz stehen müssen, sondern sogar vereinbar sind.

Des Weiteren wurden Studien gesucht, die den Umsetzungsgrad der BGF oder des BGM in Krankenhäusern untersuchten. Die Studie von Löffert und Golisch (2013) im Auftrag des Deutschen Krankenhausinstituts untersuchte die Umsetzung altersgerechten Arbeitens im stationären Pflegebereich. Im Speziellen wurde erforscht, welche Maßnahmen Krankenhäusern planten oder bereits umsetzten, um die Berufstätigkeit der Pflegekräfte zu erhalten. Es wurden 1420 Allgemeinkrankenhäuser ab 50 Betten von 2012 bis 2013 in zwei Wellen untersucht. Mithilfe eines Fragebogens wurden die Pflegedienstleiter der Häuser befragt. Im Mittelpunkt standen Pflegekräfte und deren Möglichkeiten im Krankenhaus altersgerecht zu arbeiten. 41 Prozent der befragten Krankenhäuser hatten demnach BGF in den Zielen, Werten oder im Leitbild eingebunden. Angebote wie Gesundheitstage, Rückenschulen oder Stressbewältigungsprogramme, wurden in 39 Prozent der Häuser umgesetzt. Immerhin 29 Prozent der Krankenhäuser unterstützen die Mitarbeiter, wenn diese an Angeboten teilnehmen wollten, zum Beispiel durch Anrechnung von Arbeitszeit. Weiterhin versuchten 35 Prozent den Mitarbeitern die Pausen möglichst stressfrei zu gestalten. Weitere Maßnahmen, wie ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, setzten 63 Prozent der Krankenhäuser um. Mehr als die Hälfte der Krankenhäuser führte Maßnahmen durch, um Arbeitsbelastungen abzubauen und die Arbeitsbedingungen zu verbessern. Was in den Krankenhäusern fehlte, waren Qualitätsstandards zur Umsetzung von BGF. So hatte immerhin jedes dritte Krankenhaus erkannt, dass Ziele zur BGF formuliert werden müssen, allerdings stand die Umsetzung und Festsetzung der Ziele noch aus. Eine Evaluierung der durchgeführten Angebote und die Inanspruchnahme führten bisher nur wenige Krankenhäuser durch. 31 Prozent befragten ihre Mitarbeiter zum Nutzen und Erfolg der Angebote. Generell wurde deutlich, dass die Größe des Krankenhauses die Umsetzung der BGF beeinflusst. So halten 90,6 Prozent Krankenhäuser ab 600 Betten regelmäßig Angebote BGF vor. In mittelgroßen Häusern (300 bis 599 Betten) sind es 68 Prozent und in kleinen Kliniken (50 bis 299 Betten) immerhin jede zweite. Die Ergebnisse zeigen, dass BGF in den Krankenhäusern Einzug hält, allerdings fehlt es an Standards zur Evaluation und Qualitätssicherung. Die Studie untersuchte lediglich Pflegekräfte in Allgemeinkrankenhäusern. Interessant wäre eine weitere Betrachtung der übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus sowie eine Untersuchung aller Krankenhäuser in Deutschland. Weiterhin belegte die Studie, dass in Krankenhäusern vor allem BGF praktiziert wird und kein umfassendes BGM vorgehalten wird.

2.6 Zusammenfassung

BGF ist ein Teilgebiet des BGM. Nachhaltige, gesteuerte und kontrollierte Gesundheitsförderungsmaßnahmen können niemals Einzelmaßnahmen sein, sondern entstehen durch die Implementierung eines BGM. Die Erfolge des BGM münden in eine „WIN-WIN-WIN-Situation“ (Baumanns 2009, S. 43) für Mitarbeiter, Unternehmen und die Gesellschaft. Best-Practice-Beispiele wie die Studie der AOK belegen dies. Dennoch ist die Umsetzung des BGM nur möglich, wenn die Gesundheitskultur im Unternehmen von den Führungspersonen gelebt, getragen und mit ökonomischen und personellen Zielen vereinbar ist. Im komplexen System Krankenhaus ist das nicht ohne weiteres möglich, wenngleich auch immer mehr Krankenhäuser die Bedeutung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter erkennen.

3 Methode

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen während der Erstellung der Bachelorthesis dargelegt. Zu Beginn wird die qualitative Forschung vorgestellt. Daran schließt sich die Darstellung des Forschungsprozesses an, wobei das Vorgehen bei der Datenerhebung und Datenauswertung detailliert beschrieben wird.

3.1 Forschungsfrage

In der Bachelorthesis werden die BGF und das BGM in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen betrachtet. Die Forschungsfrage lautet: Welcher Mehrwert entsteht durch die Implementierung eines BGM im Krankenhaus? Zur Beantwortung der Forschungsfrage sollen außerdem folgende Teilfragen dienen: Wie lässt sich ein BGM erfolgreich im Krankenhaus implementieren? Wodurch entsteht der Mehrwert von BGM gegenüber BGF? Warum lohnt es sich für Krankenhäuser in ein BGM zu investieren? Hierfür wurden sechs Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen ausgewählt, die ein BGM vorhielten oder den Mitarbeitern Maßnahmen der BGF anboten. Über den Vergleich von BGF und BGM sollen die Vorteile, Erfolge und der Nutzen, die durch die Implementierung eines BGM entstehen, herausgearbeitet werden. Darüber hinaus sollen Grenzen und Hemmnisse aufgezeigt werden, denen Krankenhäuser bei der Implementierung eines BGM gegenüber stehen. Die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte in qualitativer Vorgehensweise, wobei die Grounded Theory Methode für die Datenerhebung gewählt wurde und für die Datenauswertung die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring zur Anwendung kam.

3.2 Qualitative Forschung

Die Wurzeln der qualitativen Forschung reichen bis zu Aristoteles zurück (Mayring 2002, S. 12). Im Gegensatz zur quantitativen Forschung versucht qualitative Forschung „[...] Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht des handelnden Menschen zu beschreiben.“ (Flick et al. 2004, S. 14). Laut Mayring (2002, S. 9) hielt das qualitative Vorgehen ungefähr 1970 in der Bundesrepublik Deutschland Einzug. Der Unterschied zur quantitativen Forschung liegt darin, dass in der qualitativen Forschung vor allem mit sprachlich vermittelten Daten gearbeitet wird, weshalb der Kommunikation eine besondere Bedeutung zukommt. Dabei ist ein besonderes Merkmal der qualitativen Forschung die Nähe zum erforschten Subjekt. (Flick et al. 2004, S. 21) Die der qualitativen Forschung zugrunde liegenden Theorien sind begründet in einem vielfältigen Methodenkanon (Flick et al. 2004, S. 18). Diese Strömungen bestimmen die Forschungsperspektive in der qualitativen Forschung und beeinflussen die Datenerhebung und Datenauswertung. Zum besseren Verständnis und dem Umgang mit qualitativen Daten formulierte Mayring 13 Säulen des qualitativen Denkens:

- 1) Einzelfallbezogenheit: Die Analyse von Einzelfällen muss in den Forschungsprozess mit einbezogen werden.
- 2) Offenheit: Die Offenheit im Forschungsprozess sowohl auf methodischer, als auch auf theoretischer Ebene um offen zu sein für Ergänzungen und Revisionen.
- 3) Methodenkontrolle: Die eingesetzten Methoden müssen fortwährend kontrolliert werden, um den Weg zu den Ergebnissen nachvollziehbar zu machen.
- 4) Vorverständnis: Das Vorverständnis des Forschers muss offen gelegt werden, weil es die Analyse des Materials beeinflusst.
- 5) Introspektion: Introspektive Daten müssen im Forschungsprozess zugelassen werden, weil sie in diesen ohnehin mit einfließen.
- 6) Forscher-Gegenstands-Interaktion: Im Forschungsprozess der qualitativen Forschung kommt es zu einer Interaktion des Forschers mit dem beforschten Gegenstand.
- 7) Ganzheit: Ganzheit meint die Betonung des ganzheitlichen Denkens und der ganzheitlichen Betrachtung des Forschungsgegenstands.
- 8) Historizität: Im Sinne der Historizität soll der Forschungsgegenstand in seinem historischen Kontext betrachtet werden.
- 9) Problemorientierung: Den Forschungsgegenstand in seiner praktischen Problemstellung zu sehen, soll Ziel und Ausgangspunkt der Untersuchung sein.
- 10) Argumentative Verallgemeinerung: Die Verallgemeinerbarkeit qualitativer Ergebnisse muss argumentativ begründet werden.
- 11) Induktion: Induktion bedeutet das Zulassen von induktivem Vorgehen, um die Ergebnisse zu stützen und zu verallgemeinern. Wichtig ist, diese Ergebnisse zu überprüfen und zu kontrollieren.
- 12) Regelbegriff: Menschen funktionieren nicht nach Gesetzen. Es lassen sich allenfalls Regelmäßigkeiten im Denken, Handeln und Fühlen feststellen.
- 13) Quantifizierbarkeit: Um eine Quantifizierung der Ergebnisse zu ermöglichen, müssen quantitative Analyseschritte einbezogen werden. (Mayring 2002, S. 24)

3.2.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Die Einschätzung der Ergebnisse anhand von Gütekriterien ist ein wichtiger Standard in der empirischen Forschung (Mayring 2002, S. 140). Diese Gütekriterien sind Reliabilität, Validität und Objektivität und gelten vorwiegend für die quantitative Forschung. (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 353). Dass sich auch qualitative Forschung an Gütekriterien messen lassen muss, ist unabdingbar. Die oben genannten Gütekriterien lassen sich jedoch nur bedingt für die qualitative Forschung nutzen, da sie mit den Besonderheiten und Eigenschaften der selbigen schwer vereinbar sind. (Mayring 2002, S. 140) Mayring

formulierte daher sechs Gütekriterien, die zur Bewertung qualitativer Forschung geeignet sind:

Verfahrensdokumentation: In der qualitativen Forschung ist von hoher Bedeutung wie das Ergebnis zustande gekommen ist. Daher bedarf es einer genauen Beschreibung des Analyseinstruments, der Datenerhebung und -auswertung.

Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen müssen argumentativ begründet werden. Insbesondere müssen dazu auch alternative Deutungen einbezogen und überprüft werden.

Regelgeleitetheit: Qualitative Forschung muss Verfahrensregeln folgen. Der Analyseprozess muss im Vorfeld festgelegt werden, um ein systematisches Vorgehen zu ermöglichen.

Nähe zum Gegenstand: Qualitative Forschung entsteht durch die Nähe zum beforschten Subjekt und untersucht dieses möglichst in seiner natürlichen Lebenswelt.

Kommunikative Validierung: Ergebnisse qualitativer Forschung können mit den Beforschten selbst diskutiert werden. Diese können besonders im Hinblick auf die Deutung der Daten wichtige Hilfestellungen geben.

Triangulation: Zur Interpretation werden die Ergebnisse qualitativer Forschung mithilfe vieler verschiedener Methoden und Theorien betrachtet. (Mayring 2002, S. 144)

3.2.2 Grounded Theory Methode (GTM)

Hildenbrand (2004, S. 40) übersetzt GTM als gegenstandsbezogene Theorie. Die von Barney Glaser und Anselm Strauss begründete GTM ist ein Verfahren bei dem „[...] der Forschungsprozess als Ganzes vielleicht am umfassendsten reflektiert und am genauesten beschrieben und dokumentiert ist [...]“ (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 185). Die GTM, als eine Methode der empirischen Sozialforschung, zeichnet eine enge Verknüpfung von Theorienbildung und Forschung aus, wobei die zugrundeliegende Theorie der symbolische Interaktionismus ist (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 185). Laut Polit et al. (2004, S. 219) geht es bei der GTM nicht um die Überprüfung von Theorien, sondern deren Entdeckung aus den Daten heraus. Die GTM wird auch als permanenter Vergleich bezeichnet, bei der Datenerhebung, Datenanalyse und das Ziehen der Stichprobe gleichzeitig geschehen (Polit et al. 2004, S. 219). Kennzeichnend für die GTM ist der ständige

Wechsel der Datenerhebung und Datenauswertung. Das Analysieren der Daten beginnt bereits bei deren erster Erhebung. Diese beeinflusst das weitere Vorgehen und die Analyse an sich. Der Forscher lässt sich von den Daten selbst lenken und nicht von Theorien, wodurch der Forschungsprozess offen gestaltet wird. (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 194) In diesem Zusammenhang spricht man auch von einer Datensättigung. Konzepte oder Theorien können daher als gesättigt bezeichnet werden, wenn eine weitere Suche im Material keine neuen Erkenntnisse mehr liefern kann. (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 194) Zur Datenerhebung ist die GTM nicht auf eine Erhebungsform beschränkt. Möglich sind Interviews, Gruppendiskussionen, Beobachtungen, Dokumente, Statistiken, aber auch Beobachtungsprotokolle. Der Fokus liegt nicht auf dem Erhebungsinstrument, sondern dem dauernden Prozess von Sampling und Theorienbildung. (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 194)

3.3 Forschungsfeld und Stichprobe

Die Zielgruppe bildeten Krankenhäuser, die ein BGM oder Maßnahmen der BGF vorhielten. Im Exposé zur Bachelorthesis (Anhang 1) war angedacht, Geschäftsführer der Krankenhäuser zu befragen oder Mitarbeiter in Krankenhäusern, die das BGM bzw. die BGF betreuen. Die Möglichkeit Geschäftsführer zu befragen, ergab sich leider nicht. Ebenso bestand die Stichprobe nicht, wie angedacht nur aus Krankenhäusern, sondern aus vier Krankenhäusern, einer Reha-Klinik und einer stationären Pflegeeinrichtung in Sachsen und Sachsen-Anhalt. Diese werden im Folgenden als Einrichtungen bezeichnet. Der Zugang erfolgte durch telefonischen Kontakt oder via E-Mail. Drei weitere Krankenhäuser wurden telefonisch und per E-Mail durch die Autorin kontaktiert. Diese erteilten entweder direkt eine Absage oder meldeten sich nicht zurück. Die Interviewpartner waren in drei Fällen Mitarbeiter, die das BGM oder die BGF betreuten. In den anderen drei Interviews waren es Mitarbeiter, die zu den Themen BGM und BGF umfangreiches Wissen hatten. Dieser Umstand kann darauf zurückgeführt werden, dass es in jenen Einrichtungen keine verantwortliche Person für das BGM oder die BGF gab. Nach erster telefonischer Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern wurde stets ein Termin für das Interview vereinbart. In Tab. 3 ist eine Kurzbeschreibung der Stichprobe ersichtlich.

Tab. 3: Stichprobe

Interview Nr.	Code	Einrichtung	Berufliche Position	BGM oder BGF
1	B1	Pflegeheim	Residenzleitung	BGM
2	B2	Krankenhaus	Pflegedirektor	BGF
3	B3	Krankenhaus	Pflegewissenschaftler	BGM
4	B4	Reha-Klinik	Pflegedirektorin	BGF
5	B5	Krankenhaus	Leiter Gesundheitszentrum	BGM
6	B6	Krankenhaus	Pflegedienstleitung	BGF

3.4 Erhebungsinstrument

Zur Untersuchung der Forschungsfrage wurden leitfadenbasierte Experteninterviews geführt. Wassermann (2015, S. 52) beschreibt das Experteninterview dahingehend, dass der Interviewer und der Experte die gleiche Auffassung darüber haben, welche Ausschnitte aus der Realität im Interview abgefragt werden. Für diesen Ausschnitt besitzt der Experte ein exklusives Wissen, welches sich in ein Betriebswissen, Deutungswissen und Kontextwissen unterteilt (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 134). Wassermann (2015, S. 52) beschreibt Experten weiter, als Personen, die selbst Teil des Handlungsfeldes sind, das den Gegenstand der Forschung ausmacht. Der Forscher benötigt für die Durchführung von Experteninterviews eine hohe Kompetenz, um zum untersuchten Forschungsgebiet die richtigen Fragen zu stellen und dem Experten auf Augenhöhe zu begegnen (Przyborski, Wohlrab-Sahr 2010, S. 135). Dem Expertenstatus der Interviewpartner konnte nachgekommen werden, da diese über ein umfangreiches Wissen zum BGM und/oder der BGF verfügten. Einige betreuten das BGM oder die BGF in den Einrichtungen. Zur Durchführung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Leitfäden dienen nach Bogner et al. (2014, S. 27) dazu, das Themenfeld zu strukturieren und sind Hilfsmittel während der Erhebung. Außerdem sind sie eine Orientierungshilfe während des Interviews. Exemplarisch ist ein solcher Leitfaden im Anhang 2 hinterlegt. Gemäß der GTM wurde dieser Interviewleitfaden nach jedem Interview überarbeitet und adaptiert, indem Fragen ausgetauscht, anders formuliert und/oder weitere Fragen ergänzt wurden. Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde darauf Wert gelegt, ausschließlich offene Fragen zu inkludieren. Während der Interviews ergab sich ein freier Umgang mit dem Leitfaden. Das heißt, die Autorin ließ sich von den Interviewpartnern leiten, je nachdem wie viel diese bereit waren offenzulegen. Somit ergaben sich auch im Interview selbst neue Fragen, die ergänzend gestellt werden konnten. Durch diese Herangehensweise konnte der Offenheit qualitativer Forschung nachgekommen werden. Der Interviewleitfaden wurde im Vorfeld der Interviews nur an einen Interviewpartner auf ausdrücklichen Wunsch hin per E-Mail verschickt. Nach Bogner et al. (2014, S. 30) sollten die Leitfäden vorher nicht verschickt werden, da das Wissen der Experten ohnehin täglich zu Anwendung kommt und ein Abruf dieses Wissens spontan erfolgen kann.

Entwickelt wurde der Leitfaden in Anlehnung an diverse Interviewleitfäden zu Gesundheitsförderungsprojekten und zur Bestandsaufnahme des BGM, wobei alle Fragen selbst generiert wurden (Hans-Böckler-Stiftung o.J.; Verband Deutscher Eisenbahner-Sportvereine 2005; Unternehmensberatung für BGM o.J.). Der Leitfaden war in drei Themenkomplexe unterteilt. Der erste Themenkomplex befasst sich mit allgemeinen Fragen zur Mitarbeitergesundheit in der jeweiligen Einrichtung und dem Stellenwert der Gesunderhal-

tung der Mitarbeiter. Im zweiten Themenkomplex ging es darum zu erfahren, ob die Einrichtungen bereits ein BGM vorhielten oder auf dem Weg zu diesem sind. Speziell ging es um die vorgehaltenen Maßnahmen und darum zu erfahren, wie die Inanspruchnahme durch die Mitarbeiter ist, welche Erfolge sich zeigen und ob diese an Kennzahlen gemessen werden. Im dritten Themenkomplex stand das BGM im Vordergrund, vor allem das Verständnis und die Abgrenzung zur BGF sowie die Einstellungen und Sichtweisen der interviewten Personen dazu.

3.5 Ablauf der Datenerhebung

Die Interviews fanden in der Zeit vom 20.04.2015 – 27.05.2015 jeweils im Büro der zu interviewenden Person statt. Zur Aufzeichnung des Interviews wurde ein digitales Diktiergerät verwendet. Zu Beginn wurden der Zweck und das Ziel des Interviews nochmals erläutert und darauf verwiesen, dass das Forschungsvorhaben im Rahmen der Erstellung der Bachelorthesis erfolgt. Des Weiteren erfolgte eine Erläuterung des Ablaufs des Interviews sowie das Vorlegen und Unterschreiben der Einverständniserklärung. Danach wurde das Diktiergerät eingeschaltet. „Die zentrale Aufgabe des Interviewers in den ersten Minuten des Interviews ist die Öffnung der Bühne, damit die beteiligten Personen ihre Rollen finden können.“ (Hermanns 2004, S. 363). Nachdem die Einstiegsfrage des Leitfadens gestellt war, entwickelte sich mit den Interviewpartnern ein offenes Gespräch, wobei die Interviewatmosphäre stets entspannt war. Die Autorin achtete auf ein interessiertes und aktives Zuhören. Der Leitfaden diente als Unterstützung während der Interviews. Häufig wurden im Gespräch und durch Nachfragen seitens der Autorin alle Fragen des Leitfadens beantwortet, ohne diese explizit gestellt zu haben. Interessant war, dass sich bei den Interviews nach Abschalten des Diktiergeräts stets weiterführende Gespräche zum BGM anschlossen. Diese wurden dann als Gedächtnisprotokolle auf dem Interviewleitfaden vermerkt.

3.6 Datenauswertung

Die Auswertung der Daten wurde nicht anhand der GTM, sondern in Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring vorgenommen.

3.6.1 Qualitative Inhaltsanalyse

Laut Mayring (2004, S. 468) hat die qualitative Inhaltsanalyse das Ziel, Kommunikationsmaterial systematisch zu bearbeiten. Dafür ist wichtig, dass das Kommunikationsmaterial in irgendeiner Art festgehalten wurde. Entwickelt wurde die Inhaltsanalyse zur quantitativen Auswertung großer Mengen von Daten aus den Massenmedien in den USA. (Mayring 2004, S. 469) Die qualitative Inhaltsanalyse nutzt das systematische Vorgehen der quanti-

tativen Technik, indem sie diese weiterentwickelte. Mayring (2004, S. 471) formulierte dazu folgende Grundsätze:

Kommunikationszusammenhang: Das vorliegende Material wird in diesem betrachtet. Hierbei ist von Bedeutung, wer der Sender, was Forschungsgegenstand und dessen soziokultureller Hintergrund ist, was Merkmale des Textes sind, wer Empfänger und wer die Zielgruppe ist.

Systematik: Diese besteht in der Regel- und Theoriegeleitetheit und darin, dass das Datenmaterial in Analyseeinheiten untergliedert und stückweise bearbeitet wird.

Gütekriterien: Um die Ergebnisse vergleichbar zu machen, hat die qualitative Inhaltsanalyse den Anspruch sich an Gütekriterien, insbesondere der Interkoderreliabilität, zu messen. Ziel ist dabei, dass verschiedene Inhaltsanalytiker unabhängig voneinander zumindest zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommen.

Quantitative Analyseschritte: Diese werden in den Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse gezielt mit einbezogen. (Mayring 2004, S. 471)

Zum Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse werden nach Mayring (2002, S. 115) drei Techniken unterschieden. Bei der Zusammenfassung soll das Datenmaterial so komprimiert werden, dass wesentliche Inhalte erhalten bleiben, aber eine übersichtliche Kurzzusammenfassung entsteht. Die Exploration stellt das Gegenbild der Zusammenfassung dar. Bei Unklarheiten im Zusammenhang mit dem Datenmaterial soll zusätzliches Material hinzugezogen werden. Ziel ist es, einzelne Textstellen für den Forscher verstehbarer zu machen. Unterschieden wird dabei in eine enge Explikation, welche nur umliegende Textstellen einbezieht und einer weiten Explikation, die Zusatzinformationen über den Text hinaus heranzieht. Die Strukturierung hat das Ziel bestimmte Gesichtspunkte des Datenmaterials hervorzuheben. Dabei wird das Material genauestens strukturiert, indem es Kategorien zugeordnet wird. (Mayring 2004, S. 473)

3.6.2 Instrument zur Datenauswertung

Das Modell der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring umfasst neun Schritte, welche in Abb. 6 dargestellt sind und im Folgenden anhand des Vorgehens bei der Bachelorthesis näher erläutert werden.

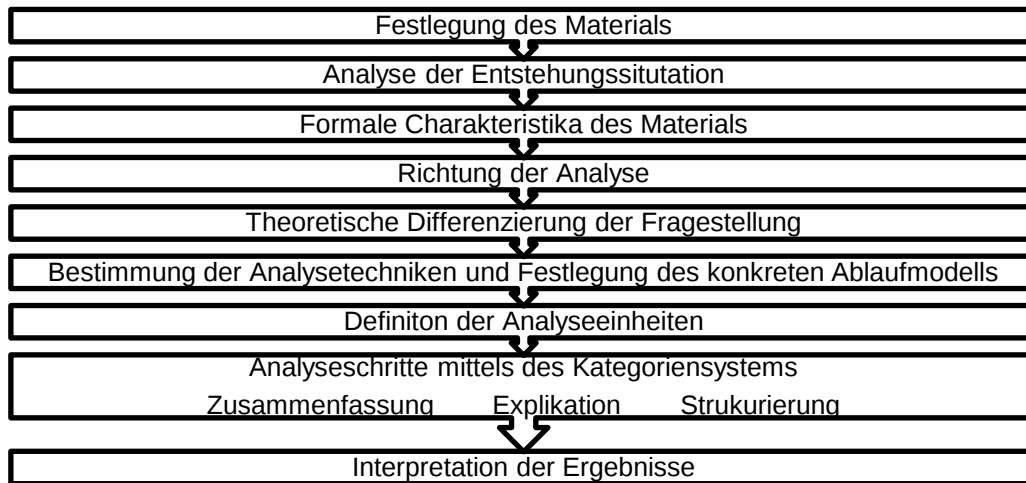


Abb. 6: Arbeitsschritte der Inhaltsanalyse (In Anlehnung an Mayring 1995, S. 210)

1. Festlegung des Materials:

Grundlage der Analyse sind die sechs durchgeführten Experteninterviews. Festzuhalten ist, dass das gesamte Material analysiert und kodiert wurde und nicht nur einzelne Abschnitte. Die Transkription erfolgte im Microsoft Office Word 2007. Ein solches Transkript ist im Anhang 3 hinterlegt. Für die anschließende Kodierung wurden die Transkripte in die Software MAXQDA (Version 11) überführt.

2. Analyse der Entstehungssituation:

Die Teilnehmer der Interviews waren Experten der BGF oder des BGM. Bei den Interviews waren ausschließlich die Autorin und die zu interviewende Person anwesend. Im Verlauf der Interviews entwickelten sich freundliche und vertraute Gespräche und die Interviewpartner beantworteten die Fragen der Autorin offen. Die Dauer der Interviews differierte zwischen den einzelnen Interviewpartnern, so dass diese zwischen 27 bis hin zu 59 Minuten lag. Veranschaulicht wird die Entstehungssituation in Tab. 4. Die Analyse der Entstehungssituation fand besondere Berücksichtigung bei der Kategorienbildung, da eine Typisierung der Interviewpartner vorgenommen wurde. Nach Mayring (2002, S. 132) empfehlen sich typologische Analysen "[...] wenn in eine Fülle explorativen Materials Ordnung gebracht werden soll [...]." Typenbildung dient weiterhin dazu, das Textmaterial durch die Bildung von Gruppen übersichtlicher zu gestalten sowie es anschaulicher darstellen zu können (Mayring 2002, S. 130).

Tab. 4: Analyse der Entstehungssituation

Code	Geschlecht	Interviewdauer	Interviewsituation
B1	W	58 Min. 44 Sek.	Von Beginn des Interviews an herrschte eine freundliche und offene Atmosphäre. B1 war

			dem Thema der Bachelorthesis äußerst zugewandt und gab am Ende des Interviews an, BGM nun selbst strukturierter zu betrachten.
B2	M	27 Min. 50 Sek.	B2 war sehr souverän und erfahren im Umgang mit Interviews. Es entstand ein ruhiges Gespräch, was zweimal vom Klingeln des Handys gestört wurde. B2 verfügte über ein hohes Fachwissen.
B3	M	31 Min. 26 Sek.	Es entstand ein sehr angenehmes, ruhiges und sehr ehrliches Gespräch bei einem Kaffee. B3 verfügt über ein ausgezeichnetes Expertenwissen, wodurch viele neue Erkenntnisse generiert wurden.
B4	W	46 Min. 36 Sek.	B4 empfing die Autorin sehr freundlich. Es ergab sich ein freundliches und offenes Gespräch. Eine Unterbrechung mit Anhalten des Diktiergerätes entstand durch einen wichtigen Anruf. B4 vertrat klare Aussagen zur BGF und dem BGM.
B5	M	54 Min. 39 Sek.	B5 wirkte äußerst entspannt und offen. Das Interview fand in einer lockeren Atmosphäre statt. B5 verfügte über ein hohes Fachwissen zum BGM und zeigte großes Interesse an der Bachelorthesis.
B6	W	50 Min. 15 Sek.	B6 wirkte äußerst unsicher. Das Interview fand in einem Durchgangszimmer statt, wodurch es vier Mal gestört wurde. Fragen wurden nur zögernd und begleitet von langen Pausen beantwortet. Während des Interviews blätterte B6 immer wieder im BGM-Hefter.

3. Formale Charakteristika des Materials:

Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Das Audiomaterial wurde unter Anwendung der zehn Regeln nach Kuckartz et al. (2008, S. 27) transkribiert, so dass anschließend Textmaterial vorlag. Im Folgenden sind diese zehn Regeln dargestellt.

1. „Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Mundartlicher Einschlag wird nicht mit transkribiert.
2. Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, das heißt dem Schriftdeutsch angenähert. So wird zum Beispiel aus „Er hatte noch so'n Buch genannt“ -> „Er hatte noch so ein Buch genannt“.
3. Alle Angaben, die den Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.
4. Deutliche, längere Pausen werden durch Auslassungspunkte (...) markiert.
5. Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
6. Zustimmung oder bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7. Einwürfe einer anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8. Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa lachen oder seufzen), werden in Klammern notiert.
9. Die interviewende Person wird durch ein „I“, die befragte Person durch ein „B“, gefolgt von ihrer Kennnummer. (etwa „B4:“).
10. Jeder Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste deutlich gemacht. Die so entstehende Leerzeile zwischen den Sprechern erhöht die Lesbarkeit deutlich.“ Kuckartz et al. (2008, S. 27)

4. Richtung der Analyse:

Die Analyse des Datenmaterials wird grundlegend von der Forschungsfrage geleitet. Nach Mayring (2003, S. 50) ist „[...] ohne spezifische Fragestellung, ohne die Bestimmung der Richtung der Analyse [...] keine Inhaltsanalyse denkbar“ (Mayring 2003, S. 50). Im Vergleich zwischen BGF und BGM sollten die Vorteile, Erfolge und möglicherweise auch Grenzen von beiden herausgestellt werden. Ziel ist es, den Mehrwert im Zusammenhang mit der Implementierung eines BGM für ein Krankenhaus herauszuarbeiten.

5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung:

Erfahrungen über einen bestimmten Gegenstand sind laut Mayring (2003) mit einzubeziehen. Dieser Forderung wird in der Bachelorthesis nachgekommen, indem die Ergebnisse auf der Basis des theoretischen Hintergrunds diskutiert werden. Den Ausgangspunkt der Analyse bildet die eingangs formulierte Forschungsfrage.

6. Bestimmung der Analysetechniken und Festlegung des konkreten Ablaufmodells:

Wie bereits beschrieben, unterscheidet Mayring in der qualitativen Inhaltsanalyse die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Für die Bachelorthesis wurde eine Kombination aus Zusammenfassung und Strukturierung gewählt. Die Zusammenfassung entspricht einer induktiven Kategorienbildung, die Strukturierung einer deduktiven Kategorienbildung (Mayring 2002, S. 115).

7. Definition der Analyseeinheiten:

Die qualitative Inhaltsanalyse „[...] zerlegt ihr Material in Einheiten [...]. Im Zentrum steht dabei ein theoriegeleitet am Material entwickeltes Kategoriensystem [...]“ (Mayring 2002, S. 114). Laut Flick (2002, S. 280) werden dabei die Kriterien bei der Auswahl und Kategorisierung von Einheiten des Datenmaterials festgelegt. Die Kodiereinheit stellt den kleinsten Textbestandteil dar. Das Gegenteil, die Kontexteinheit, ist der größte Textbestandteil. In der Auswertungseinheit wird festgelegt, welche Teile des Textes nacheinander ausgewertet werden. (Flick 2002, S. 280) Die Analyseeinheiten in der Bachelorthesis wurden wie folgt festgelegt: Die Kodiereinheit aus einem oder mehreren Wörtern mit Bezug zum Forschungsgegenstand. Diese konnten auch Äußerungen der Interviewpartner zum Forschungsgegenstand sein (Codierung In-Vivo). Die Kontexteinheit bestand aus mehreren Sätzen oder Abschnitten der Interviews, welche Bezug zum Forschungsgegenstand hatten und der Kodiereinheit zugeordnet werden konnten. Die Auswertungseinheiten waren die sechs transkribierten Interviews.

8. Analyse des Materials:

Als Unterstützung bei der Datenauswertung diente das Programm MAXQDA Version 11, wofür alle Transkripte in das Programm importiert wurden. Die Bildung der Kategorien und Subkategorien erfolgte mithilfe computergestützter Datenauswertung im Programm MAXQDA induktiv und deduktiv. Eine nähere Erläuterung dazu erfolgt im Kapitel 3.8 Kategorienbildung. Die MAXQDA-Software unterstützt den Forschenden, indem dieser Einblicke in das Datenmaterial gewinnen kann, ohne im Vorfeld eine inhaltliche Interpretation vorwegzunehmen (MAXQDA 2015). Der Vorteil im Arbeiten mit MAXQDA lag darin, dass alle Transkripte gleichzeitig bearbeitet werden konnten, was die Kategorienbildung wesentlich erleichterte.

Die induktive Kategorienbildung entsteht bottom-up, wo hingegen die deduktive Kategorienbildung top-down erfolgt (Rahmsenthaler 2013, S. 29). Eine Gegenüberstellung des Ablaufs bei der induktiven und deduktiven Kategorienbildung ist in Abb. 7 ersichtlich.

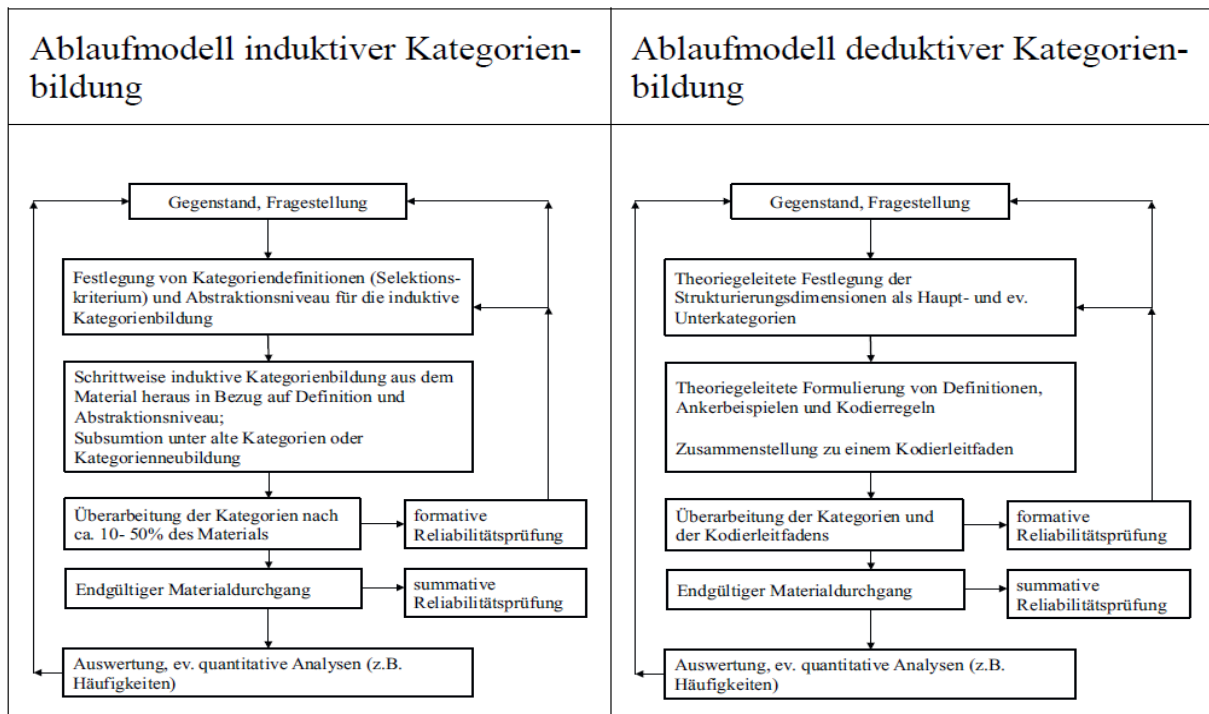


Abb. 7: Gegenüberstellung von induktiver und deduktiver Kategorienbildung (Ramsenthaler 2013, S. 29)

Bei der induktiven Herangehensweise wurden die Kategorien und Subkategorien aus dem Sinngehalt der Textstellen abgeleitet. Mittels der deduktiven Herangehensweise wurden Textstellen bereits gebildeten Kategorie und Subkategorien zugeordnet. Im Zuge der Kodierung wurde jede Textstelle einer Subkategorie und Kategorie zugeordnet. Außerdem wurden Memos hinzugefügt, die die Subkategorien und Kategorien beschrieben, um deren Bedeutung bei einer späteren Überarbeitung festzuhalten.

9. Interpretation der Ergebnisse:

Die Ergebnisse wurden geleitet von der Forschungsfrage und orientierend an dem erstellten Kategoriensystem interpretiert. Diese Interpretation erfolgt im Kapitel Diskussion.

3.7 Forschungsethische Aspekte

In der quantitativen und qualitativen Forschung sind Aspekte der Forschungsethik zu berücksichtigen. So beziehen sich forschungsethische Aspekte nicht nur auf Teilnehmer einer Studie, sondern auch auf die wissenschaftliche Tätigkeit an sich. Dabei ist der Umgang und die Verarbeitung der Daten gemeint, aber auch die angemessene Zitierweise. (Diekmann 2008, S. 85) Im Folgenden liegt der Fokus auf ethischen Aspekten im Zusammenhang mit den Studienteilnehmern. In der qualitativen Forschung hat die Forschungsethik durch die Nähe zum untersuchten Feld einen besonderen Einfluss auf Untersuchungen. Laut Hopf (2004, S. 589) wird durch die Forschungsethik und deren Regeln die Beziehung zwischen dem Forscher und der untersuchten Person bestimmt. Im Mittel-

punkt stehen dabei die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Absicherung von Anonymitäts- und Vertraulichkeitszusagen, die Vermeidung von Schädigungen und die Zulässigkeit verdeckter Formen der Beobachtung. Hierzu haben die Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und der Berufsverband Deutscher Soziologen (BDS) einen Ethik-Kodex erlassen. (Hopf 2004, S. 590) Dieser besagt unter anderem: „Personen [...] dürfen durch die Forschung keinen Nachteilen oder Gefahren ausgesetzt werden. Die Betroffenen sind über alle Risiken aufzuklären, die das Maß dessen überschreiten, was im Alltag üblich ist.“ (DGS 2014). Neben einer rein ethischen Betrachtung soll in diesem Zusammenhang auch die Einhaltung des Datenschutzes erwähnt werden, welchem bei wissenschaftlichen Untersuchungen ebenfalls nachzukommen ist (Hopf 2004, S. 590). Für Hopf (2004, S. 591) sind das Prinzip der informierten Einwilligung und das Prinzip der Nicht-Schädigung von besonderer Bedeutung. Mit dem Prinzip der informierten Einwilligung soll Sorge dafür getragen werden, die Persönlichkeitsrechte der Versuchspersonen zu schützen. Diese dürfen grundsätzlich freiwillig über die Teilnahme an Untersuchungen entscheiden und sind im Vorfeld umfassend über die Untersuchung zu informieren, woraus sich die Entscheidung zur Teilnahme ableitet. Das Prinzip der Nicht-Schädigung bezieht sich vor allem auf die Folgen der Teilnahme an Untersuchungen im Zusammenhang mit den erhobenen Daten. Besondere Sorgfalt des Forschers ist daher nötig in der ordnungsgemäßen Aufbewahrung der Originaldaten, der Verschwiegenheit über die Daten, einer entsprechenden Anonymisierung dieser und beim elektronischen Aufbewahren der Daten. (Hopf 2004, S. 591) Die Arbeitsgruppe Datenschutz und qualitative Sozialforschung des Rates für Sozial- und Wirtschaftsdaten beschreibt dazu drei zentrale Anforderungen: Die Archivierung und Freigabe der Daten sind an die Einwilligung der Teilnehmer gebunden. Die Primärdaten müssen anonymisiert werden, es sei denn es gibt zur Offenlegung eine ausdrückliche Erlaubnis. Als letztes die Löschung der Daten, welche allerdings den Standards guter wissenschaftlicher Praxis entgegensteht. (Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten 2014)

Zur Einhaltung der Forschungsethik im Rahmen der Bachelorthesis erhielten die Interviewpartner vor Beginn des Interviews eine Einverständniserklärung zur Durchführung eines Interviews (Anhang 4). Im Vorfeld wurden diese bereits während des Telefonats über datenschutzrechtliche Aspekte bezüglich des Interviews aufgeklärt. Den Interviewpartnern wurde verdeutlicht, dass das Interview mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert wird, personenbezogene Daten jedoch anonymisiert werden. Auch auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit diese jederzeit zu widerrufen, wurde verwiesen. Das Einverständnis wurde mit der Unterschrift des Teilnehmers bekundet.

3.8 Kategorienbildung

Der Empfehlung von Mayring (2002, S. 132) folgend, Ordnung in exploratives Material zu bringen, wurde vor der Bildung der Kategorien eine Typisierung der Interviewpartner vorgenommen. Die Typisierung, diente dazu, das Textmaterial zu strukturieren und war Ausgangspunkt der nachfolgenden Kategorienbildung.

Zur Bildung der Kategorien kamen die induktive und deduktive Kategorienbildung zur Anwendung, um der Reichhaltigkeit des Textmaterials gerecht zu werden und so viele Informationen wie möglich daraus zu gewinnen. Die induktive Kategorienbildung wird auch als offenes Kodieren bezeichnet und ist „[...] eine systematische Ableitung von Auswertungsgesichtspunkten aus dem Material [...]“ (Mayring 2002, S. 115). Die Ableitung der Kategorien erfolgt direkt aus dem Material, jedoch müssen die Kategoriendimension und das Abstraktionsniveau vorher festgelegt sein. Das entspricht dem deduktiven Anteil der induktiven Kategorienbildung und bedeutet, dass man bei dieser Herangehensweise stets Gegenstand und Ziel der Forschung vor Augen haben muss. Auf dieser Basis wurde das Textmaterial zeilenweise bearbeitet. Auf Grundlage der Selektionskriterien wurden die Kategorien mithilfe von computergestützter Datenauswertung (MAXQDA 13 / Version 11) gebildet. Wenn eine weitere passende Textstelle gefunden wurde, so wurde diese entweder einer bereits gebildeten Kategorie zugeordnet (Subsumption) oder es wurde eine neue Kategorie induktiv formuliert. Mayring (2002, S. 117) empfiehlt nach zehn bis 50 Prozent des Materialdurchgangs die bereits gebildeten Kategorien zu überarbeiten. Durch das induktive Vorgehen entstand in der Software MAXQDA zunächst ein Codebaum mit n=288 kodierten Textpassagen, vier Kategorien und insgesamt 14 Subkategorien. Nach Flick (2002) besteht eine Gefahr beim Vorgang des Kodierens darin, dass zu schnell ein Kategoriensystem erstellt wird, welches den Kontakt zur Bedeutung im Text verliert. An dieser Stelle wurde insbesondere beleuchtet, inwieweit die gebildeten Kategorien zur Beantwortung der Forschungsfrage dienlich waren. Durch Anwendung der Makrooperatoren Auslassen, Generalisation, Konstruktion, Integration, Selektion und Bündelung wurde das Textmaterial weiter bearbeitet, verallgemeinert und zusammengefasst. Grundlage waren die Verfahrensregeln zusammenfassender Inhaltsanalyse nach Mayring. (Mayring 1995, S. 211) In einem ersten Reduktionsvorgang wurden die kodierten Textstellen auf knappe, inhaltstragende Bestandteile reduziert. Ausschmückende und nicht inhaltstragende Textbestandteile entfielen. Das entsprach der Z1-Regel der Paraphrasierung. Anschließend wurde das angestrebte Abstraktionsniveau bestimmt. Das heißt, alle Paraphrasen, die unter einem Niveau liegen, mussten verallgemeinert werden (Z2-Regel). Der Z3-Regel folgend wurden dann alle bedeutungsgleichen Paraphrasen gestrichen. In einem zweiten Reduktionsvorgang wurden gemäß der Z4-Regel danach

gleiche Paraphrasen oder Paraphrasen mit ähnlichen Aussagen zusammengefasst. Anschließend wurden die gebildeten Paraphrasen an den Transkripten rücküberprüft. Wichtig ist dabei, dass diese das Ausgangsmaterial nach wie vor verkörpern.

Bei der deduktiven Kategorienbildung wird im Vorfeld der Analyse festgelegt, wo zur Explikation des Textmaterials nach zusätzlichem Material gesucht wird. Damit bezieht sich die deduktive Kategorienbildung auf vorhandene Theorien oder Konzepte. (Mayring 2002, S. 118) Dies erfolgte in der Bachelorthesis auf Basis der induktiv gebildeten Kategorien, dem theoretischen Hintergrund und dem Interviewleitfaden. Auch hier wurde das Material zeilenweise bearbeitet und Kategorien und Subkategorien gebildet, wenn diese vorher nicht mithilfe der induktiven Kategorienbildung kodiert wurden.

Das Kategoriensystem wurde danach erneut überprüft und überarbeitet. Abschließend entstanden somit zwei Kategorien und 16 Subkategorien, wie in Abb. 8 dargestellt.

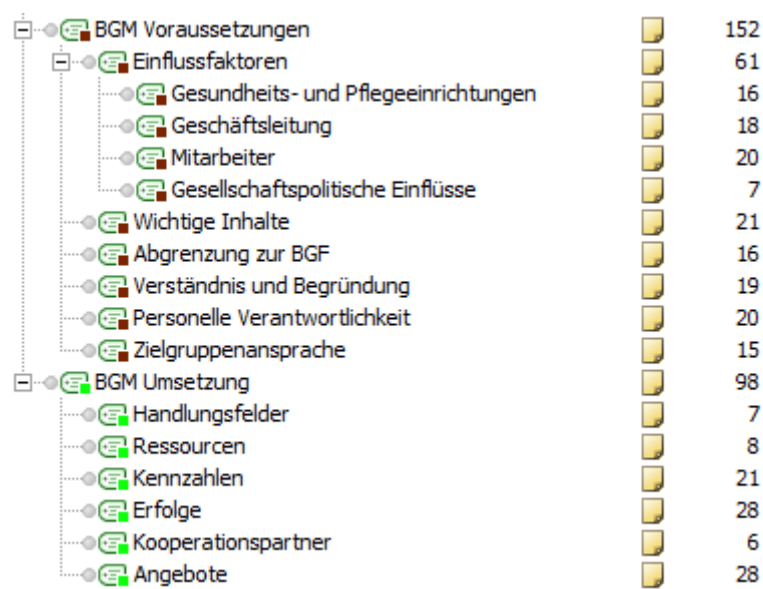


Abb. 8: Kategoriensystem

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Zunächst erfolgt eine Darstellung der gebildeten Typisierungen und des Kategoriensystems. Daran schließt sich eine ausführliche Vorstellung der Ergebnisse anhand der gebildeten Kategorien und Subkategorien an. Am Beginn jeder Kategorie werden die entsprechenden Memos, welche als Fragen formuliert wurden, dargestellt. Dadurch soll die Bildung der Kategorien und Subkategorien für den Leser verdeutlicht werden. Die Ergebnisse werden mit vielen Ankerbeispielen untermauert, wodurch eine bessere Nachvollziehbarkeit des Materials erreicht werden soll (Jaeggli et al. 1998, S. 19). Am Ende des Kapitels erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse.

4.1 Typisierungen

Die Sichtweisen und Einstellungen der Interviewpartner ermöglichten der Autorin eine erste Übersicht und Strukturierung des Textmaterials. Anhand der Aussagen der Interviewpartner konnten sechs verschiedene Typen gebildet werden. Diese werden mithilfe von Ankerbeispielen in Tab. 5 veranschaulicht.

Tab. 5: Typisierung der Interviewpartner

Typisierung	Ankerbeispiele
Realist	„Das sind halt die Erfahrungen und das sind wirklich unsere Schwächen, die Mitarbeiter dorthin zu bewegen und zu sagen: Macht mit. Wir haben das für euch organisiert und wir möchten, dass ihr dort auch teilnehmt. Aber das ist unsere Schwachstelle.“ (B4, Absatz 9)
Enthusiast	„Das ist ein super Schnitt, wenn man jetzt einmal sagt, man verlässt jetzt die Klinik und geht einmal in die Branche raus, wo solche Dinge in ähnlicher Form angeboten werden wie bei uns. Da sind wir absolut überdurchschnittlich mit dem, was wir tun. Das liegt sicherlich an unserem Angebot. Wir machen das ja mit viel Liebe und Hingabe, was aber auch bedingt ist durch den Gesamtumstand.“ (B5, Absatz 27)
Experte	„Da gibt es allein schon nach der Definition einen klaren Unterschied. BGF sind Einzelmaßnahmen, BGM ist der PDCA-Zyklus, also Plan, Do, Check, Act und zu gucken, welche Maßnahmen brauche ich, wie setze ich sie um und wie wirken sie. Also tatsächlich ein gemanagter Prozess.“ (B3, Absatz 11)
Relativist	„Auf das Image wirkt es sich nur dann aus, solange man es als Alleinstellungsmerkmal oder als Besonderheit gegenüber anderen Marktbegleitern hat. Wenn es alle haben, ist es keine Besonderheit mehr. Dann nützt es auch dem Image nicht mehr viel, weil es vorausgesetzt wird. Genauso wie im Krankenhaus gute Medizin vorausgesetzt wird.“ (B2, Absatz 39)
Unterstützer	„Das würde ich auf jeden Fall unterschreiben und ich denke, dass die Investition in das BGM auch eine gute Investition ist. Wie wir vorhin schon einmal gesagt haben, Ziel sind zufriedene Mitarbeiter und nur, wenn wir zufriedene und gesunde Mitarbeiter haben, können wir natürlich auch zufriedene Bewohner haben und insofern spielt das BGM eine ganz wesentliche Rolle.“ (B1, Absatz 53)
Unverständiger	„Theoretisch würde ich sagen, hat das BGM auf alles einen Einfluss. Sogar sehr viel Einfluss. Wie es in der Praxis ist, da muss ich meine Kollegin fragen.“ (B6, Absatz 75)

4.2 Kategoriensystem

Die Bildung des Kategoriensystems wurde bereits im Kapitel 3.8 vorgestellt. Dies wurde in Abb. 8 (S. 39) anhand der Liste der Codes des computergestützten Datenauswertungsprogramm MAXQDA veranschaulicht. Eine weitere Veranschaulichung des Kategoriensystems erfolgt in Abb. 9, wobei der Fokus auf der Darstellung der Beziehungen zwischen den Kategorien lag. Das Kategoriensystem besteht aus den beiden Hauptkategorien BGM Voraussetzungen und BGM Umsetzung. Der Pfeil zwischen den beiden Hauptkategorien symbolisiert die Verbindung zwischen diesen, welche sich wechselseitig beeinflussen und bedingen. Die Hauptkategorien unterteilen sich in jeweils sechs Subkategorien, was anhand der Pfeile deutlich wird. Die Subkategorie Einflussfaktoren, die zu BGM Voraussetzungen gehört, ist in vier weitere Subkategorien unterteilt.

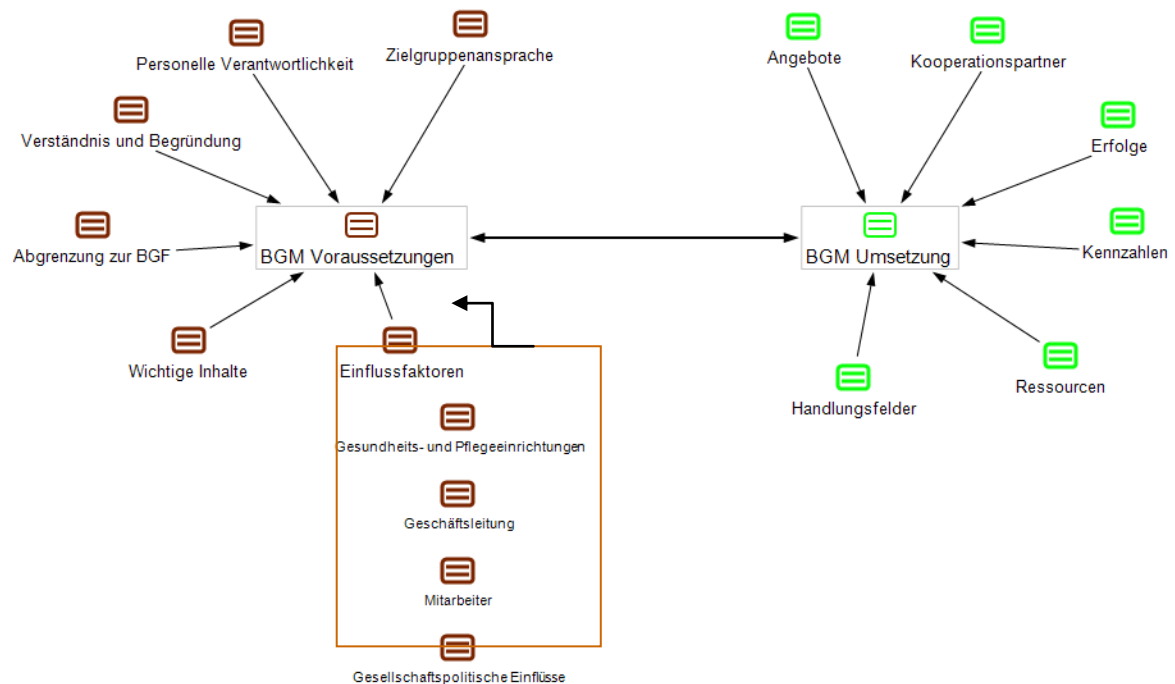


Abb. 9: Darstellung des Kategoriensystems mit MAXMaps

4.3 BGM Voraussetzungen

Welche strukturellen, personellen und sachlogischen Voraussetzungen müssen in Krankenhäusern geschaffen werden, um ein BGM zu implementieren?

Die Kategorie BGM Voraussetzungen mit n= 152 kodierten Textstellen umfasst sechs Subkategorien. Die Subkategorien sind Einflussfaktoren, Wichtige Inhalte, Abgrenzung zur BGF, Verständnis und Begründung, Personelle Verantwortlichkeit und Zielgruppenansprache.

4.3.1 Einflussfaktoren

Welche Einflussfaktoren können das BGM im Krankenhaus begünstigend vorantreiben oder hemmen? Die Subkategorie Einflussfaktoren unterteilt sich in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, Geschäftsführung, Mitarbeiter und Gesellschaftspolitische Einflüsse.

Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen

Warum sind Krankenhäuser prädestiniert für ein BGM und welche Hindernisse stehen der Implementierung des BGM gegenüber?

Betont wurden die günstigen Ausgangsbedingungen zur Entstehung des BGM in den Einrichtungen. „Das eine ist, da wir ja ein Gesundheitsunternehmen sind, gibt es schon einmal ein Grundwissen zu der Entstehung von Krankheiten, die man so vermeiden kann“ (B2, Absatz 5). B3 (Absatz 31) führte an, „[...]“, dass man BGM an einem Krankenhaus sehr kostengünstig kriegen kann, weil sie dort ja alles da haben. Sie haben Physiotherapeuten, Sie haben Sozialarbeiter, Sie haben Ärzte.“ Im Bereich der Uniklinika ist sogar ein BGM-Netzwerk entstanden, in dem viele Ideen geboren und Synergien erzeugt werden können. Dieser Austausch ermöglicht, dass das BGM im Krankenhaus noch weiter wächst. (B5, Absatz 66) Alle Interviewpartner hoben die physischen und psychischen Belastungen hervor, denen die Mitarbeiter in den Einrichtungen ausgesetzt sind und die Tatsache, dass daher die Gesunderhaltung der Mitarbeiter aufgrund der großen Verantwortung für Patienten bedeutend sein muss. Gerade das Gegenteil ist jedoch häufig vorzufinden, da „[...] Unternehmen, in denen Gesundheit produziert wird, richten diese Fähigkeit viel seltener auf die Mitarbeiter, als die Unternehmen, wo es eher um Produktivität, industrielle Fertigung oder so etwas geht.“ (B3, Absatz 57) Als kritisch im Hinblick auf die Inanspruchnahme und Umsetzung von Angeboten im Rahmen des BGM wurde das Hierarchiensystem angeführt, da es teilweise undenkbar ist, dass der Klinikdirektor oder Professor mit der Krankenschwester gemeinsam einen Kurs besucht (B5, Absatz 58).

Geschäftsführung

Welchen Einfluss hat die Haltung der Geschäftsleitung auf die Implementierung des BGM?

In den Einrichtungen, die bereits ein BGM vorhielten, kam die Idee zum BGM direkt aus den Geschäftsführungen. Alle Interviewpartner hoben die Wichtigkeit der Unterstützung durch die Geschäftsführung im Hinblick auf die Implementierung des BGM hervor. Wenn diese Unterstützung fehlt, dann „[...] laufen sich die lieben BGM-Beauftragten oder wer

auch immer die Füße wund, aber es kommt letztendlich nicht viel dabei herum.“ (B5, Absatz 62) Wenn „[...] der Fokus des Vorgesetzten für sich selbst, individuell nicht auf dem Thema liegt, ist es natürlich schwer diesen auch übergeordnet zu finden auf das Unternehmen bezogen.“ (B3, Absatz 51) Die aktive Beteiligung und Unterstützung der Geschäftsführung wirkt sich positiv auf die Organisation und Umsetzung des BGM aus (B5, Absatz 5). B3 (Absatz 9) fasst den Einfluss der Geschäftsführung folgendermaßen zusammen: „Das ist unabdingbar, weil es nicht nur eine Frage der Finanzierung ist, die ist es am Ende immer. Es ist auch eine Frage der Authentizität und wenn ich als Führungskraft oder Geschäftsführung dieses Thema für mich als eines der hochpriorisierten einschätze, dann wird sich das auch weiter nach unten durchsetzen auf den nachfolgenden Führungsebenen. Führung und gesunde Führung sind wichtige Dinge im Betrieblichen Gesundheitsmanagement überhaupt.“

Mitarbeiter

Welchen Einfluss haben die Mitarbeiter auf die Etablierung des BGM?

Problematisch ist aus Sicht der Mitarbeiter, dass diese zumeist Angebote präferieren, bei denen sie am wenigsten aktiv sein müssen, wenngleich der Wunsch da ist, dass die Einrichtungen etwas für die Gesunderhaltung der Mitarbeiter tun (B4, Absatz 13). Hinsichtlich der Inanspruchnahme von Angeboten herrscht zumeist auch eine gewisse Bequemlichkeit bei den Mitarbeitern vor (B2, Absatz 17). Einrichtungen können die Mitarbeiter aufklären und das Bewusstsein für die Gesundheit beeinflussen, dennoch liegt die Verantwortung für die Gesundheit auch bei jedem Mitarbeiter selbst (B1, Absatz 23). So schlussfolgert B4 (Absatz 17), dass diese Erkenntnis bei einigen Mitarbeiter noch reifen muss: „Ihr seid noch jung und müsst noch viele Jahre arbeiten. Ihr habt einen schweren Beruf. Nutzt die Möglichkeiten, die wir euch bieten.“ (B4, Absatz 34) Das allgemein vorherrschende Betriebsklima hat großen Einfluss darauf, ob Mitarbeiter Angebote innerhalb der Einrichtung überhaupt nutzen. Viele Mitarbeiter nutzen daher auch externe Angebote. „Man will dann eventuell nach der Arbeitszeit oder außerhalb der Arbeitszeit mit der Arbeit nicht mehr so viel zu tun haben. Man will die Leute nicht mehr sehen.“ (B2, Absatz 17) Nehmen Mitarbeiter an Kursen oder Seminaren innerhalb der Einrichtung teil und haben positive Erfahrungen gemacht, dann ist das, „[...] wie ein kleiner Schneeball, der ins Rollen kommt, der dann immer mehr wächst.“ (B1, Absatz 25) Dass die Mitarbeiter in den Einrichtungen aus den unterschiedlichsten Bereichen kommen, ist sogar beflügelnd für das BGM, da diese viele kreative Ideen haben und man den Mitarbeitern nur Gehör schenken muss (B4, Absatz 9).

Gesellschaftspolitische Einflüsse

Inwieweit wirken sich gesellschaftspolitische Einflüsse auf das BGM aus?

So wurden der Fachkräftemangel und die demografische Entwicklung angeführt, weshalb besonders Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen gefordert werden, ältere und leistungsgewandelte Mitarbeiter dementsprechend einzusetzen (B2, Absatz 41; B3, Absatz 3). B4 (Absatz 3) hob hervor, dass für die Generation Y die Gesunderhaltung besonders bedeutsam ist und dass sich in diesem Zusammenhang die Arbeit der Freizeit in großem Maß anpassen muss. Des Weiteren hat sich die Anerkennung der Pflege in der Gesellschaft verändert, wie B4 (Absatz 72) schlußfolgert: „Ich denke, die Anerkennung in der allgemeinen Gesellschaft war da auch noch eine andere. War man Krankenschwester, da war man schon angesehen. Man hatte einen guten Beruf. Mittlerweile hat sich natürlich das ganze Umfeld geändert. Somit ist die Sicht auf diese erschwerten Arbeitsbedingungen auch eine andere.“ Für B6 (Absatz 13) haben die Schnellebigkeit unserer Gesellschaft sowie gesundheitspolitische Auswirkungen, die sich in kürzeren Verweildauern, hoher Arbeitsverdichtung, Bürokratie und einer Zunahme der Dokumentationen äußern, negativen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter und bieten gute Voraussetzungen für das BGM.

4.3.2 Wichtige Inhalte

Was sind essentielle Inhalte und Vorgehensweisen im BGM?

Die Personalentwicklung und -führung wurde als wichtigste Säule im BGM herausgestellt und noch gewichtiger als gesundheitsfördernde Maßnahmen erachtet. Das Schulen der Führungspersonen in Gesprächsführung und Kommunikation ist im Rahmen der Personalentwicklung von hoher Wichtigkeit, um Mitarbeiter aufzufangen und ihnen Sicherheit zu geben (B1, Absatz 21). Führungspersonen müssen wissen und verstehen, dass es in ihrem Auftrag liegt, sich um die Gesundheit der Mitarbeiter zu sorgen und darüber hinaus müssen sie die Mitarbeiter mit dem BGM in Berührung bringen (B3, Absatz 41). Das führt dazu, dass Be- oder Überlastungen der Mitarbeiter überhaupt erkannt werden (B1, Absatz 21). Genau so bedeutend ist die Planung der Fachkräfteweiterentwicklung, also nicht nur der Führungspersonen, sondern auf allen Hierarchieebenen (B2, Absatz 43). In drei Einrichtungen waren die Ziele des BGM verschriftlicht und in das Leitbild der Einrichtungen integriert, wodurch die Identifizierung mit dem BGM und dem Unternehmen steigt (B1, Absatz 23). Bedeutend ist, dass Angebote und Maßnahmen des BGM auf den Bedarf und die Bedürfnisse der Mitarbeiter abgestimmt sind, da BGM kein Selbstläufer ist, „[...] sondern es auch immer damit zusammenhängt, dass diese Angebote maßgeschneidert sind.

Nichts von der Stange, sondern wirklich Angebote, die in die Belastungsprofile der Mitarbeiter hinein passen und daran sozusagen anknüpfen.“ (B3, Absatz 5) Dass ein gutes internes und externes Marketing für das BGM oder die BGF wichtig ist, wurde von allen Interviewpartnern bekräftigt. Ebenso sind die Mitarbeiter fortlaufend über das BGM und damit verbundene Ziele und Vorhaben zu informieren, da die Rückmeldung und Kommunikation mit den Mitarbeitern das Entscheidendste ist (B5, Absatz 56).

4.3.3 Verständnis und Begründung

Aus welchem Verständnis heraus wurde in den Einrichtungen BGM oder BGF implementiert?

Die Verantwortung des Arbeitgebers, die Mitarbeiter gesund zu erhalten, führten alle Interviewpartner als Begründung für das BGM oder die BGF an. Darüber hinaus sahen sie BGM vor allem als Element der Mitarbeiterbindung und -rekrutierung sowie um der „Fürsorgepflicht des Arbeitgebers“ (B3, Absatz 7) Rechnung zu tragen. In den Einrichtungen mit BGM war es vor allem ein „subjektives Empfinden vom Vorstand“ (B5, Absatz 7), die Arbeitskraft erhalten zu wollen und den Mitarbeitern etwas zurückzugeben. Das primäre Ziel des BGM sollte nicht eine Krankenstandssenkung sein. Diese steigt zunächst häufig, da die Mitarbeiter erst einmal ein Gefühl für ihre Gesundheit erhalten. Deshalb müssen Einrichtungen den gesamten Weg beschreiten, Durchhaltevermögen zeigen und ein Gefühl dafür entwickeln, welche Angebote von den Mitarbeitern angenommen werden und welche nicht. (B5, Absatz 66). Wurde in den Einrichtungen kein BGM vorgehalten so ist das „[...] häufig auch an der Begrifflichkeit hängen geblieben, weil auch die Entscheider manchmal das Falsche darunter verstehen oder verstehen wollen.“ (B2, Absatz 33)

4.3.4 Personelle Verantwortlichkeit

Wie sollte das BGM personell aufgestellt sein?

In den drei Einrichtungen mit BGM wurde zur Implementierung ein Steuerkreis gebildet. Bedeutend ist, dass in dieser alle Expertisen vertreten sind, um ein gutes Spiegelbild der Einrichtung zu haben (B5, Absatz 3). Lediglich eine der befragten Einrichtungen hatte einen BGM-Beauftragten. Alle Interviewpartner waren der Ansicht, dass es wichtig ist, die Verantwortlichkeit für das BGM personell zu regeln, um es gezielter umsetzen zu können und vor allem auch einen festen Ansprechpartner zu haben. Ist diese Verantwortung für das BGM nicht geregelt, dann sind es „[...] Mitarbeiter, die es neben ihrem eigentlichen Job machen. Die sollen dann irgendwelche Dinge initiieren bzw. haben sie dann vielleicht eine halbe Stelle, wo sie in einem Unternehmen von 3000 Mitarbeitern etwas vorantreiben

sollen. Dort ist meiner Meinung nach ganz klar und deutlich das Manko, dass dem Thema zu wenig Bedeutung geschenkt wird.“ (B5, Absatz 66)

4.3.5 Zielgruppenansprache

Wie sollten Krankenhäuser Zielgruppen im BGM definieren und ansprechen?

Damit die Maßnahmen und Angebote des BGM tatsächlich angenommen werden, ist die Auswahl und Ansprache der Zielgruppe von hoher Bedeutung (B3, Absatz 5). Alle Interviewpartner berichteten davon, wie schwierig es ist die gewünschte Zielgruppe zu erreichen und nicht nur die Mitarbeiter, die ohnehin ein hohes Gesundheitsbewusstsein haben. Daher ist bedeutend die Zielgruppe im Vorfeld zu definieren und über spezielle bedarfsangepasste Angebote anzusprechen (B5, Absatz 31). Erfolgsgaranten dafür sind ein funktionierendes Kommunikations- und Informationssystem, um die gewünschte Zielgruppe anzusprechen und über die Angebote und Maßnahmen zu informieren und zu aktivieren.

4.3.6 Abgrenzung zur BGF

Worin liegen Unterschiede und Grenzen der BGF zum BGM?

So bestanden nach B4 (Absatz 62) die Vorteile des BGM „[...] sicherlich in der Hinsicht, dass man es in die richtigen Bahnen lenken kann. Dass die Verantwortlichkeiten besser geklärt sind. Sicherlich auch in dem Maße, dass man es verschriftlicht hat und es für jeden auch einsehbar ist.“ In der Abgrenzung zum BGM wurden vor allem auch die Nachteile der BGF exploriert. B4 (Absatz 64) sieht diese Nachteile darin, [...] dass sie nicht als Maßnahmen gesehen werden. Wenn man es jetzt wirklich unter diesen Hut BGM packt und das dann auch so darstellt, hat es eine ganz andere Wirkung, denke ich.“ Der BGF fehlen nach B5 (Absatz 3) die Regelmäßigkeit und die Tiefendurchdringung. Die Vorteile des BGM beschreibt B3 (Absatz 13) wie folgt: „Auch wir haben vorher Einzelmaßnahmen gehabt. Wir merken aber jetzt den großen Vorteil aufeinander abgestimmter Maßnahmen und evaluierter Maßnahmen. Das verhindert, dass die Maßnahmen, die ja irgendwie auch Ressourcen brauchen, falsch eingesetzt werden.“ Im Hinblick auf die fehlende Trennschärfe von BGM und BGF erklärt B4 (Absatz 60), [...] „dass viele mit den ganzen Begrifflichkeiten überfordert sind. Heutzutage ist alles Management, egal, was es ist. Von daher ist das natürlich schwierig.“

4.4 BGM Umsetzung

Wie sollte die Umsetzung des BGM im Krankenhaus erfolgen? Die Kategorie mit n= 98 kodierten Textstellen beinhaltet die Subkategorien Handlungsfelder, Ressourcen, Kennzahlen, Erfolge, Kooperationspartner und Angebote.

4.4.1 Handlungsfelder

Welche Handlungsfelder des BGM (vgl. Kapitel 2.2) waren in den untersuchten Einrichtungen bereits vorhanden?

Es zeigte sich kein Unterschied zwischen den Einrichtungen mit und ohne BGM. Das heißt, die Einrichtungen mit BGF wiesen ebenso alle Handlungsfelder des BGM auf. Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheit waren allein aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen unerlässlich. Das Handlungsfeld Gesundheitsförderung war in allen Einrichtungen ein Element, in dem zahlreiche Angebote vorgehalten wurden. Ebenso gab es in den Einrichtungen ein betriebliches Wiedereingliederungsmanagement. Das Handlungsfeld Personalentwicklung wurde von allen Interviewpartnern als besonders bedeutend benannt. „Und je besser ich eine Führungskraft schule, desto mehr motiviere ich sie dadurch und sie motiviert dann ihre Mitarbeiter wiederum.“ (B6, Absatz 109)

4.4.2 Ressourcen

Welche finanziellen und zeitlichen Ressourcen standen für das BGM oder die BGF zur Verfügung?

Die Ressourcen für die BGF oder das BGM schätzten die Interviewpartner als ausreichend ein. Lediglich eine Interviewpartnerin benannte das Budget für die BGF konkret (B1, Absatz 47). Die Ausstattung mit Hilfsmitteln im Rahmen der Verhältnisprävention beurteilten alle Einrichtungen als überaus gut. Ebenso erfolgte eine Übernahme oder Beteiligung an den Kosten der Angebote im Rahmen des BGM oder der BGF in den Einrichtungen. Schulungen, Seminare und die Teilnahme an Kursen wurden den Mitarbeitern mitunter als Arbeitszeit angerechnet. Zwei Einrichtungen mit BGF bezeichneten die Ressourcen als ausreichend bis nicht ausgeschöpft. Dies erwuchs aus der geringen Inanspruchnahme der Angebote (B2, Absatz 23; B4, Absatz 45). Den Zusammenhang zwischen dem Erfolg des BGM und den eingesetzten Ressourcen stellte B3 (Absatz 63) wie folgt her: „Zugleich hängt der Erfolg auch am verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen und dafür braucht es jemanden, der das bisschen zentral in der Hand hält.“ Diesbezüglich ist das Steuern und Kontrollieren des BGM bedeutend, denn ein verantwortungsvoller Ressourceneinsatz ist nur möglich, wenn der Bedarf und die Bedürfnislage der Mitarbeiter im Vorfeld festgelegt wird (B3, Absatz 13).

4.4.3 Kennzahlen

Welche Kennzahlen verbanden die Interviewpartner mit dem BGM und welche Kennzahlen wurden bereits erhoben?

Alle Interviewpartner gaben an, dass noch kein Controlling existierte, welches die Wirksamkeit des BGM oder der BGF misst. Die Interviewpartner nannten verschiedene Kennzahlen, auf die ein BGM Einfluss nehmen kann, wie Fehlzeiten, Arbeitsunfälle, Fluktuation, Mitarbeiter-Zufriedenheit und Patienten- und Verbrauchierzufriedenheit. Bemerkenswert war, dass speziell die Einrichtungen mit etabliertem BGM es nicht als dringend empfanden, die Wirkung von diesem zu messen, weil sie von der Wirkung des BGM ohnehin überzeugt waren. Alle Einrichtungen evaluierten den Nutzungsgrad der Angebote durch die Mitarbeiter. Hierbei war der Vorteil des BGM gegenüber der BGF spürbar, der sich in einer höheren Inanspruchnahme der Angebote zeigte. Dieser Erfolg ist vor allem auf die am Bedarf der Mitarbeiter ausgerichteten Angebote zurückzuführen (B3, Absatz 63). Die Frage nach der Zufriedenheit mit diesen Angeboten wurde jedoch nur in den Einrichtungen mit BGM erhoben. Dass die Wirksamkeit des BGM und die Auswirkung des BGM auf bestimmte Kennzahlen schwer überprüfbar sind, wurde von allen Einrichtungen hervorgehoben, da „[...] bekanntermaßen Präventionsmaßnahmen nicht in der nächsten Woche wirken, sondern sehr langfristig sind.“ (B2, Absatz 21) Den Erfolg des BGM nicht allein an den Fehlzeiten festzulegen, hob B3 (Absatz 21) hervor: „Wir haben zwar einen Rückgang der Fehlzeiten seit drei Jahren, ich würde mich aber sehr davon distanzieren, das als Erfolg des BGM zu werten. Das kann man sehen, muss man aber nicht. Ich denke, dass es noch sehr viele andere Einflussfaktoren auf das Thema Fehlzeiten gibt.“

4.4.4 Erfolge

Welche Erfolge haben die Interviewpartner mit dem BGM bereits erfahren bzw. welche möglichen Erfolge verbanden Sie damit?

B1 (Absatz 53) benannte dazu die Mitarbeiter-Zufriedenheit und Mitarbeiter-Motivation, welche in einer Patienten- und Verbrauchierzufriedenheit münden. Die Wertschätzung, die die Mitarbeiter durch das BGM erfahren, erachtet B3 (Absatz 21) als besonders ebenso wie das Commitment, was aus dem BGM erwächst. Des Weiteren profitieren sowohl das Unternehmen als auch das Personal von einem guten Gesundheitszustand (B5, Absatz 76). Auch der Wettbewerbsvorteil, der durch ein BGM entstehen kann, indem Mitarbeiter an das Unternehmen gebunden und neue Mitarbeiter gewonnen werden, wurde herausgestellt (B4, Absatz 64). Die Synchronisation der Leistungsbereitschaft mit der Leistungsmotivation der Mitarbeiter sah B3 (Absatz 47) als enormen Erfolg des BGM, auch um die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter zu erhalten. Indem die Mitarbeiter bei den Angeboten zusammenkommen und dabei Hierarchien durchbrochen werden, wirkt sich das BGM auch auf das Betriebsklima aus (B5, Absatz 76). Um nochmals die Stellung der Personalentwicklung und -führung im BGM hervorzuheben: BGM ist ein Instrument, mit dem Füh-

rungspersonen auf Mitarbeiter zugehen können, „[...] um auch belasteten Mitarbeitern etwas anzubieten und auch in Zeiten der erhöhten Leistungsdichte, ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie neben den Belastungen auch Ressourcen entdecken können.“ (B3, Absatz 21)

4.4.5 Kooperationspartner

Mit welchen externen Kooperationspartnern arbeiteten die Einrichtungen im Rahmen des BGM oder der BGF zusammen?

Alle Einrichtungen unterhielten Kooperationen mit Krankenkassen und Berufsgenossenschaften. Diese Kooperationen dienen als Aushängeschild, wodurch Vernetzungen geschaffen und Synergien erzeugt werden und das Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter steigt (B4, Absatz 68; B1, Absatz 23). Des Weiteren unterstützen die Krankenkassen die Einrichtungen mit Arbeitsunfähigkeitsanalysen und Gesundheitsberichten. Die Berufsgenossenschaften wurden als wichtiger Partner bei der Umsetzung der Anforderung des Arbeitsschutzes benannt (B1, Absatz 51). Drei Einrichtungen unterhielten Kooperationen mit externen Gesundheitssportanbietern, Ärzten und Physiotherapeuten. In einer Einrichtung wurde das BGM in Zusammenarbeit mit der AOK implementiert (B6, Absatz 19).

4.4.6 Angebote

Welche Angebote wurden den Mitarbeitern im Rahmen der BGF oder des BGM offeriert?

Alle Einrichtungen waren bestrebt, verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen anzubieten und diese zu verknüpfen. Besonders in der Gesundheitsförderung hielten alle Einrichtungen eine breite Angebotspalette vor. Die Autorin durfte eine Vielzahl innovativer und kreativer Angebote kennenlernen, vom Mitarbeiterfrühstück über Gesundheitstage bis hin zur individuellen Gesundheitsberatung. Um Angebote vorzuhalten, die auf die Mitarbeiter eine hohe Wirkung haben, braucht es für B3 (Absatz 51) lediglich gewisses Geschick und die Orientierung am Bedarf der Mitarbeiter ebenso wie ein gestreutes Marketing. Alle Einrichtungen bewarben die Angebote über das Intranet, spezielle Angebotshefte, Aushänge und Schautafeln, aber auch durch das Internet und Öffentlichkeitsauftritte. B5 (Absatz 31) hob die Stellung der Gesundheitsförderung als Handlungsfeld des BGM hervor. Die BGF bietet eine Plattform, mit der man die Mitarbeiter erreicht und informiert und durch spezielle Angebote wie Zumba, über eine Emotion wieder zu sich und zur Bewegung führt. Gelingt dieser Zugang, dann ist es möglich die Mitarbeiter über weitere Angebote und Maßnahmen des BGM zu informieren. (B5, Absatz 43)

4.5 Typisierungen und Kategoriensystem

Die Typisierung der Interviewpartner war Grundlage für die sich anschließende Kategorieneinbildung und eine Möglichkeit das Textmaterial zu interpretieren. Jedem Interviewpartner wurde eine Rolle zugeordnet, die seine Sichtweisen und Einstellungen zum BGM zum Ausdruck bringt. Zudem ist diese Rolle geprägt von den Erfahrungen mit dem (z. T. nicht vorhandenen) BGM in der Einrichtung. Die den Typisierungen zugeordneten Ankerbeispiele belegen das. So war der Enthusiast motiviert durch die Erfolge des BGM, dieses weiter voranzubringen, wo hingegen der Realist ganz klar die Grenzen des BGM in seiner Einrichtung sah. Die Erfahrungen aus der Einrichtung mit den subjektiven Sichtweisen der Interviewpartner flossen ebenso in die gebildeten Kategorien ein. In Abhängigkeit davon ergab sich, wie aussagekräftig die Interviewpartner innerhalb der Kategorien waren. Die Typisierungen und die gebildeten Kategorien beeinflussen sich wechselseitig, was in Abb. 10 dargestellt wird.

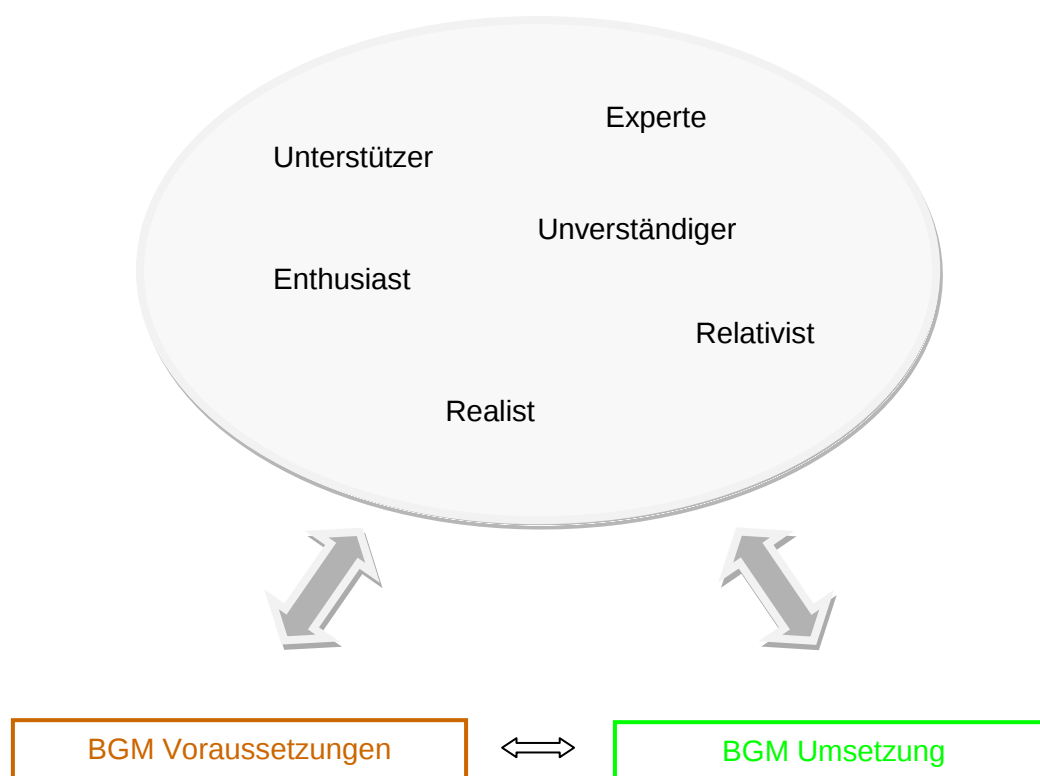


Abb. 10: Darstellung der Wechselbeziehung

Im Folgenden wird die Wechselbeziehung am Beispiel des Experten beschrieben. In der Einrichtung des Experten war das BGM etabliert, da entsprechende Voraussetzungen geschaffen wurden, die sich auf die Umsetzung des BGM auswirkten. Daraus ergab sich neben seinem persönlich umfassenden Wissen zum BGM und den Erfahrungen in seiner

Einrichtung, dass er ausführlich vom BGM innerhalb der Kategorien berichten und viele Aussagen treffen konnte, was die Wechselbeziehung in ihrer Komplexität unterstreicht.

4.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Der vorliegenden Bachelorthesis liegt ein Vergleich von Einrichtungen mit BGF und BGM zugrunde. Um dem Vergleichscharakter gerecht zu werden, werden im Folgenden die Ergebnisse der Untersuchung anhand der Einrichtungen mit BGF und Einrichtungen mit BGM in zwei Gruppen differenzierter betrachtet (Tab. 6).

Tab. 6: Vergleich der Ergebnisse

Kategorie	Subkategorie	Einrichtungen mit BGF	Einrichtungen mit BGM
BGM Voraussetzungen	Einflussfaktoren		
	Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen	Eignung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen für ein BGM	
	Geschäftsführung	Geringe Unterstützung durch die Geschäftsführung	BGM wurde von der Geschäftsführung uneingeschränkt unterstützt bzw. initiiert
	Mitarbeiter	Zielgruppe und wichtige Einflussgröße im Hinblick auf den Erfolg des BGM	
	Gesellschaftspolitische Einflüsse	Gesellschaftspolitische Einflüsse wirken sich begünstigend auf das BGM aus	
	Wichtige Inhalte	Zentrale Handlungsfeld für beide Gruppen war die Personalentwicklung	
	Verständnis und Begründung	Kein BGM aufgrund fehlendem Willen der Führungspersonen	Konsequente Ausrichtung am Bedarf Implementierung des BGM auf Initiative und Verantwortungsgefühl der Führungspersonen
	Personelle Verantwortlichkeit	Nicht klar Geregelt	Gründung eines Steuerkreises, Klare Regelung der Verantwortlichkeiten
	Zielgruppenansprache	Zielgruppe im Vorfeld nicht definiert	Zielgruppendefinition im Vorfeld
	Abgrenzung der BGF	Keine Abgrenzung von BGF und BGM in einer Einrichtung	Aufeinander abgestimmte Maßnahmen im Rahmen des BGM
BGM Umsetzung	Handlungsfelder	Keine Unterschiede zwischen den Einrichtungen	
	Ressourcen	Kein Ausschöpfen der Ressourcen und unnötiger Ressourceneinsatz	Zielgerichteter Ressourceneinsatz und -umgang
	Kennzahlen	Kein Controlling-Instrument, welches die Wirksamkeit misst, aber Evaluation der Nutzung der Angebote Evaluation der Zufriedenheit mit den Angeboten	
	Erfolge	Gering, aufgrund geringer Inanspruchnahme	Erlebte Erfolge -> spürbar an weichen Faktoren
	Kooperationspartner	Zusammenarbeit mit externen	Kooperationspartnern
	Angebote	Geringe Inanspruchnahme	Hoher Nutzungsgrad

Anhand der Tab. werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Einrichtungen mit BGF und BGM deutlich. Beide Gruppen erwähnten ausdrücklich die Eignung von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen für ein BGM. Die Mitarbeiter erachteten beide Gruppen als wichtige Einflussgröße im Hinblick auf den Erfolg des BGM. Auch stellten beide Gruppen heraus, dass die gesellschaftspolitischen Einflüsse begünstigend für ein BGM sind. Hervorzuheben ist, dass sich in den Handlungsfeldern kein Unterschied zwischen den Einrichtungen mit und ohne BGM zeigte. In beiden Gruppen existierte noch kein Controlling-Instrument zur Messung der Wirksamkeit des BGM, jedoch evaluierten beide Gruppen den Nutzungsgrad der Angebote. Beide Gruppen arbeiteten mit externen Kooperationspartnern zusammen.

Unterschiede in den Gruppen zeigten sich in der Unterstützung durch die Geschäftsführung, welche die Einrichtungen mit BGM uneingeschränkt erfuhren. Als wichtiger Inhalt für das BGM zeigte sich die Ausrichtung der Angebote am Bedarf der Mitarbeiter, was von den Einrichtungen mit BGM konsequent umgesetzt wurde. Das Verständnis und die Begründung des BGM beruhten in den Einrichtungen mit BGM auf der Initiative und dem Verantwortungsgefühl der Führungspersonen. Lediglich ein Interviewpartner mit BGF konnte hinsichtlich der Begriffe BGF und BGM keine Abgrenzung treffen. In den Einrichtungen mit BGM zeigte sich die Abgrenzung zur BGF anhand besser aufeinander abgestimmter und zielgruppenorientierterer Maßnahmen. Der Verbrauch und Einsatz von Ressourcen gelang den Einrichtungen mit BGM besser. Die Einrichtungen mit BGM evaluierten die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den Angeboten. In den Erfolgen zeigte sich ein weiterer Unterschied zwischen den Gruppen. So konnten die Einrichtungen mit BGF nur von wenigen Erfolgen berichten, da die Inanspruchnahme der Angebote nur gering war. Die Einrichtungen mit BGM zählten eine Vielzahl spürbarer Erfolge auf. Bei der Inanspruchnahme der Angebote wiesen die Einrichtungen mit BGM einen deutlich höheren Nutzungsgrad auf.

5 Diskussion

Im Kapitel Diskussion werden die dargestellten Ergebnisse diskutiert und mit dem theoretischen Hintergrund in Bezug gesetzt. Zunächst erfolgt die Beantwortung der forschungsleitenden Frage. Daran schließt sich eine Diskussion ausgewählter Ergebnisse, der Methode sowie ein Resümee an.

5.1 Forschungsfrage

Die Bachelorthesis wurde von folgender Forschungsfrage geleitet: Welcher Mehrwert entsteht durch die Implementierung eines BGM im Krankenhaus? Zur Beantwortung der Forschungsfrage dienten die Teilfragen: Wodurch entsteht der Mehrwert des BGM gegenüber der BGF? Wie lässt sich ein BGM erfolgreich implementieren? Warum lohnt es sich aus Sicht der Krankenhäuser in ein BGM zu investieren?

Anhand der Ergebnisse wurde deutlich, dass der Mehrwert nicht aus der Maßnahmenebene der BGF erwächst, sondern aus dem gesteuerten und kontrollierten Managementsystem im Sinne des PDCA-Zyklus, das dem BGM zugrunde liegt (Reiter 2011, S. 131). Das zeigte sich in einer geringen Inanspruchnahme der Angebote in den Einrichtungen mit BGF. Die Ressourcen für BGF wurden nicht ausgeschöpft oder unnötig eingesetzt und verbraucht. Die Führungspersonen der Einrichtungen mit BGF schlossen aus der geringen Inanspruchnahme, dass die Mitarbeiter nicht an Angeboten der BGF interessiert und eine Ausweitung des Angebotes oder Weiterentwicklung in Richtung des BGM nicht erforderlich sind. Das reine Anbieten einer breiten Maßnahmenpalette führte in den Einrichtungen mit BGF nicht zu Erfolgen. Bevor diese angeboten werden können, sind konkrete Voraussetzungen zu schaffen. Deutlich wird das, wenn man die Ergebnisse aus einer quantitativen Perspektive betrachtet. Der Mehrwert ist nur erreichbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen dafür im Krankenhaus geschaffen werden. So standen der Kategorie BGM Voraussetzung mit $n=152$ kodierte Textstellen, die Kategorie BGM Umsetzung mit $n=98$ kodierten Textstellen gegenüber. Diese Voraussetzungen sind folglich ein wesentlicher Grundstein, um einen Mehrwert aus dem BGM zu erlangen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Einrichtungen mit BGM wesentlich erfolgreicher darin waren, die Mitarbeiter mit den Angeboten und Maßnahmen in Berührung zu bringen. Dafür sind eine konsequente Ausrichtung am Bedarf der Mitarbeiter sowie die genaue Definition der Zielgruppe im Vorfeld unabdingbar. Ebenso wichtig sind die zielgruppengenaue Ansprache und ein fortwährendes Kommunizieren mit den Mitarbeitern und deren regelmäßige Information. Das zielgerichtete und bedarfsorientierte Vorgehen, sorgt für einen optimalen Einsatz der Ressourcen und verhindert, dass Ressourcen und folglich auch Gelder unnötig verbraucht werden. Das führte dazu, dass die Mitarbeiter die Angebote in

hohem Maß in Anspruch nahmen und die Einrichtungen mit etabliertem BGM von erlebten Erfolgen berichten konnten.

Die genannten Voraussetzungen sind grundlegend dafür den Mehrwert aus dem BGM zu generieren. Um ein BGM erfolgreich zu implementieren, sind weitere Einflussfaktoren zu berücksichtigen (vgl. Abb. 9). Das Setting Krankenhaus wurde von allen Einrichtungen als idealer Ausgangspunkt für ein BGM benannt, da das vorhandene Potenzial an Mitarbeitern, die selbst als Akteure im BGM aktiv werden können, nur genutzt werden muss. Die Unterstützung und Einbindung der Führungspersonen war in den Einrichtungen mit BGM wegweisend für die Umsetzung. Gesellschaftspolitische Einflüsse wie die demografische Entwicklung und der steigende Kosten- und Wettbewerbsdruck, sind wichtige Einflussfaktoren und begünstigen die Implementierung des BGM. Notwendig ist weiterhin, Verantwortlichkeiten für das BGM klar zu regeln und einen Steuerkreis zu gründen, der einheitliche Leitlinien, Ziele und Verantwortlichkeiten festlegen muss. In der Überführung der BGF zum BGM werden aus der Maßnahmenebene der BGF aufeinander abgestimmte Maßnahmen, die dann in Strukturen und Prozesse integriert werden müssen (Reiter 2011, S. 35).

Die Ergebnisse zeigten, dass es sich aus Sicht der Krankenhäuser lohnt in ein BGM zu investieren. Erfolge zeigten sich vor allem in weichen Faktoren, wie einer Verbesserung des Betriebsklimas und Images der Einrichtungen. Die Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter in den Einrichtungen mit BGM war höher, woraus eine Bindung der Mitarbeiter an die Einrichtung erwuchs. Badura (2015) sieht die innere Bindung der Mitarbeiter an eine Organisation und das Grundvertrauen in die Organisation als bedeutungsvollste Faktoren, um Mitarbeiter zu finden und an das Unternehmen zu binden. Das unterstreicht eine Studie der Hochschule für Ökonomie und Management in München (Gansser, Linke 2013). Diese untersuchte die mögliche Mitarbeiterbindung durch das BGM an Unternehmen. Nachgewiesen wurde, dass die Bindung der Mitarbeiter an Einrichtungen mit BGM signifikant höher ist als in Einrichtungen ohne BGM. (Gansser, Linke 2013) Ausgebildete Mitarbeiter der klinischen und medizinischen Bereiche können sich mittlerweile aussuchen, welches Krankenhaus sie mit ihrer Arbeitskraft unterstützen wollen. Auch wenn das BGM nicht der ausschlaggebende Punkt ist, sich für ein Krankenhaus zu entscheiden, so fällt diese Entscheidung sicher leichter, wenn entsprechende Strukturen geschaffen sind. (B5, Absatz 76) Das sollte für Krankenhäuser im Hinblick auf die Bedeutung des Findens und Bindens von Personal ein wichtiges Motiv sein, um in ein BGM zu investieren. Die von den Interviewpartnern benannten Erfolge fanden sich in den Nutzenaspekten des BGM (Tab. 2) wieder. Aus dem Nutzen für die Mitarbeiter und das Krankenhaus erwächst

schließlich der Nutzen für die Gesellschaft, woraus sich die „WIN-WIN-WIN-Situation“ (Baumanns 2009, S. 43) bei der Implementierung des BGM ableitet.

5.2 Diskussion ausgewählter Ergebnisse

Bemerkenswert war, dass die Einrichtungen mit BGF alle Handlungsfelder des BGM vorhielten. Das ist für Einrichtungen, die sich von der BGF zu einem BGM entwickeln wollen, bedeutend. Die Hürde zum BGM ist also gering, da die Bestandteile bereits vorhanden sind. Aus diesen Handlungsfeldern heraus boten die Einrichtungen mit BGF den Mitarbeitern zahlreiche Angebote an. Das Problem war, dass die vielen Einzelmaßnahmen häufig nicht von den Mitarbeitern als solche wahrgenommen wurden (B4, Absatz 64), weil es auch an der entsprechenden Kommunikation und Information fehlte. Eine klare Ausrichtung der Einzelmaßnahmen sowie ein strukturiertes und prozessgeleitetes Vorgehen ermöglicht erst das BGM (Münch et al. 2003, S. 22). Ein gezieltes internes und externes Marketing des BGM tragen dazu bei, dass die Angebote von den Mitarbeitern bewusster wahrgenommen werden (Kaminski 2013, S. 51). Als zentrales Handlungsfeld wurde die Personalentwicklung herausgestellt. Führungspersonen zu schulen und in ihrer Tätigkeit weiterzuentwickeln, war nach Ansicht aller Interviewpartner ein äußerst wichtiger Faktor im Hinblick auf die Gesundheit der Mitarbeiter. Die Studie von Schulte und Bamberg (2002) bestätigte das. Das Verhalten der Führungskräfte hat einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Mitarbeiter. Für B3 (Absatz 9) sind Führung und gesunde Führung die zentralen Themen im BGM. Führungspersonen müssen verstehen, dass es ihre Aufgabe ist, sich um die Gesundheit der Mitarbeiter zu sorgen und sie mit den Angeboten des BGM in Berührung zu bringen (B3, Absatz 41). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass nicht allein gesundheitsfördernde Maßnahmen wichtig im Rahmen des BGM sind, sondern vielmehr eine gesunde Führung und Unternehmenskultur, ein gutes Betriebsklima und die erlebte Sinnhaftigkeit der Arbeit. (Badura 2015) Verhältnisorientierte Maßnahmen im Rahmen des BGM wie Struktur- und Ablaufveränderungen im Krankenhausalltag, können für Mitarbeiter einen wesentlich größeren Einfluss auf die Gesundheit, Zufriedenheit und Motivation haben, als die Teilnahme an gesundheitsfördernden Kursen oder Seminaren (Ulich, Wülser 2010). Ein guter Gesundheitszustand der Mitarbeiter entspringt nicht nur aus der physischen Gesundheit, sondern vielmehr aus der psychischen Gesundheit. Diese wird von den Bedingungen der Arbeit, der erlebten Sinnhaftigkeit und Anerkennung der Arbeit und der Führung durch Vorgesetzte maßgeblich beeinflusst.

Zum Erfolg oder Scheitern des BGM tragen die Mitarbeiter wesentlich bei. Pelster (2010, S. 173) beschreibt, dass der Erfolg des BGM vor allem von der Akzeptanz und Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter abhängt. Die Interviewpartner bestätigten, dass die Mit-

arbeiter vordergründig an Maßnahmen interessiert sind, bei denen sie am wenigsten aktiv sein müssen. Um jedoch den Mehrwert des BGM zu generieren, müssen Mitarbeiter zunächst die Angebote und Maßnahmen in Anspruch nehmen. Die Bereitschaft der Mitarbeiter Angebote anzunehmen und neue Strukturen zu schaffen und zu tragen ist Grundvoraussetzung. Ob ein BGM erfolgreich sein kann, liegt nicht ausschließlich am Angebot der Einrichtungen, sondern häufig bei den Mitarbeitern. Vordergründig erreichen die Angebote Mitarbeiter, die ohnehin ein gesundheitsbewusstes Verhalten haben. Das Bewusstsein der Verantwortung für die eigene Gesundheit muss bei einigen Mitarbeitern noch reifen (B4, Absatz 37). Dies können Einrichtungen unterstützen, indem sie die Mitarbeiter aktiv in den Prozess des BGM einbeziehen und viel kommunizieren und informieren. Zentrale Grundlage ist die bereits angesprochene Bedarfsermittlung, die verhindert, dass ein Maßnahmenportfolio angeboten, welches nicht genutzt wird.

Es konnte festgestellt werden, dass keine der Einrichtungen ein Controlling implementiert hatte, um die Wirksamkeit des BGM zu messen. Für Badura (1999, S. 112) unterscheidet die Evaluation des BGM dieses von reinem Gesundheitsaktivismus. Alle Einrichtungen evaluierten den Nutzungsgrad der Angebote und brachten die Wirksamkeit dieser mit Kennzahlen wie Fehlzeiten, Arbeitsunfällen, Fluktuation, Mitarbeiter-Zufriedenheit und Patienten- und Verbraucherzufriedenheit in Verbindung. Die Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den Angeboten wurde in lediglich zwei Einrichtungen erhoben. Diese ist eine wichtige Kennzahl, da sie Aussage darüber erteilt, ob die Bedarfsermittlung und Zielgruppendefinition und -ansprache korrekt erfolgte. Auffallend war, dass die Einrichtungen mit BGM nicht vordergründig an der Messung der Wirksamkeit interessiert waren, weil sie von dieser überzeugt waren. Der Erfolg des BGM muss sich für diese Einrichtungen nicht in Kennzahlen oder einer Verbesserung des Betriebsergebnisses widerspiegeln. BGM wurde aus der Motivation heraus betrieben etwas für die Mitarbeiter und deren Gesundheit tun zu wollen und der Fürsorgepflicht des Arbeitgebers nachzukommen. Nach Reiter (2011, S. 92) ist das das Verständnis modern geführter Unternehmen. Einrichtungen sollten dennoch bestrebt sein an Messinstrumenten zu arbeiten. Diese geben Aufschluss darüber, ob im Vorfeld gesteckte Ziele tatsächlich erreicht wurden, indem sie mit Kennzahlen belegt werden. B3 (Absatz 23) führte dabei die Balanced Scorecard als mögliches Messinstrument an.

Motive zur Einführung des BGM sollten nicht allein eine Senkung des Krankenstands und der Fehlzeiten sein (vgl. Kapitel 2.2.1). Die Studie von Bechmann et al. (2011) untersuchte die Motive, die Unternehmen zur Einführung des BGM bewegten. 44 Prozent der Unternehmen, die ein BGM vorhielten, gaben hohe Fehlzeiten als Grund an. BGM wurde in

den untersuchten Einrichtungen vor allem aufgrund des subjektiven Empfindens vom Vorstand (B5, Absatz 7) eingeführt. Laut Badura (2015) können Fehlzeiten niemals im Fokus des BGM liegen, weil Einrichtungen sich um die Mitarbeiter bemühen müssen, die da sind. Darüber hinaus gibt es auf die Fehlzeiten sehr viele Einflussfaktoren, so dass es schwierig ist, sie als Erfolg des BGM zu werten (B3, Absatz 21). Des Weiteren bedeuten sinkende Krankenstände nicht, dass die Mitarbeiter gesünder sind, was am Präsentismus deutlich wird, der Unternehmen enorme Kosten verursacht. Besonders interessant war in diesem Zusammenhang die Aussage von B5 (Absatz 66), dass der Krankenstand im Prozess des BGM zunächst steigen wird. Mitarbeiter, die vorher krank auf Arbeit gekommen sind, bekommen wieder ein Gefühl für ihre Gesundheit und bleiben dann bei ernster Krankheit zu Hause. Dieses Wissen müssen Krankenhäuser bei der Implementierung des BGM berücksichtigen, um den Struktur- und Prozessveränderungen Zeit zu geben und die Fehlzeiten nicht als bedeutendste Kennzahl im BGM zu interpretieren.

Um das BGM im Krankenhaus zu etablieren und zu evaluieren, empfahl B3 (Absatz 53) den Corporate Health Award, welcher das bestehende BGM bewertet und an Unternehmen mit einem gut aufgestellten BGM vergeben wird. Dieser ermöglicht einen Benchmark mit anderen Unternehmen und überprüft die Ausrichtung auf das BGM im Unternehmen. Das kann einerseits Orientierung bieten und Handlungspotenzial aufzeigen, andererseits aber auch zur Erkenntnis beitragen, dass das Krankenhaus bereits auf dem Weg zu einem BGM ist und Strukturen und Prozesse nur noch systematischer auf das Ziel Gesundheit ausgerichtet werden müssen.

5.3 Methodendiskussion

Im Vorfeld der Erstellung der Bachelorthesis wurde eine quantitative Herangehensweise in Betracht gezogen, um den Mehrwert anhand einer Gegenüberstellung der Kosten und des Nutzens, belegt an Zahlen, des BGM aufzuzeigen. Dies wäre aufgrund des fehlenden Controllings in den Einrichtungen nicht möglich gewesen.

Insbesondere ein Interviewpartner hob die Bedeutung der Bachelor- und Masterabsolventen der Hochschulen hervor, die mit Studien zum BGM deren Entwicklung weiter vorantreiben (B5, Absatz 54). Das unterstreicht die Bedeutung der vorliegenden Bachelorthesis für das BGM. Zugleich ist es Anknüpfungspunkt für Kritik, da der Zugang ins Forschungsfeld kein leichter war. Ziel der Untersuchung war es, den Mehrwert des BGM im Krankenhaus herauszustellen. Dafür war im Exposé (Anhang 1) angedacht, dass die Stichprobe aus drei Krankenhäusern mit BGM und drei Krankenhäusern mit BGF besteht. Dem nachzukommen war nicht wie geplant möglich, da es eine große Herausforderung dar-

stellte, überhaupt Zugang in Einrichtungen zu erhalten. Es zeigte sich, wie wertvoll es war, Schlüsselpersonen zu kennen, durch die die Autorin Zugang erhielt. Damit ein Vergleich von jeweils drei Einrichtungen wie geplant möglich war, wurde die Stichprobe neben vier Krankenhäusern um eine Reha-Klinik und eine stationäre Pflegeeinrichtung erweitert. Die Erweiterung des Forschungsfeldes ist nicht nachteilig zu werten, sondern ermöglichte Einblicke in das BGM und die BGF dieser Einrichtungen und eine Erweiterung der Forschungsperspektive. Des Weiteren sind beides Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen, zu denen auch Krankenhäuser zählen. Ein Vergleich war aufgrund des Hierarchiensystems, des Patientenlientels und der Anforderungen an die Mitarbeiter demzufolge möglich. Aufgrund des erschwerten Zugangs war es ebenso nicht möglich, wie ursprünglich geplant, Geschäftsführer zu befragen. Hierbei wären insbesondere Führungspersonen interessant gewesen, die eine ablehnende Haltung gegenüber dem BGM einnehmen.

Das Durchführen der Interviews mit den Experten vor Ort stellte einen hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand dar. Es ermöglichte jedoch die Einrichtungen und Interviewpartner kennen zu lernen. Außerdem bot ein persönliches Gespräch eine eindringlichere Ausgangslage die Interviewsituation zu erleben und war Grundlage der Typisierungen. Die Interviewsituation, das eigenhändige Transkribieren und Auswerten der Daten ermöglichten eine enge Verbundenheit mit den Daten, wodurch das Schreiben der vorliegenden Bachelorthesis ein besonders intensiver Prozess war.

Der Forschungsprozess ist eine Abfolge von Entscheidungen. Nach Flick (2004, S. 252) betreffen diese die Auswahl geeigneter Datenerhebungs- und -auswertungsmethoden sowie die Auswahl des geeigneten empirischen Materials, um die forschungsleitende Frage zu beantworten. Anhand der Vielzahl der getroffenen Entscheidungen wird die Subjektivität der Forschung und ihrer Ergebnisse deutlich. Um dem Gütekriterium der Verfahrensdokumentation nach Mayring (2002, S. 144) zu entsprechen und den Forschungsprozess transparent zu gestalten, wurden Vorverständnisse der Autorin im theoretischen Hintergrund sowie die Methodik umfangreich und detailliert beschrieben. Dadurch entsteht eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit (Steinke 2004, S. 324) für den Leser, die es außerdem ermöglicht darüber zu urteilen, ob mit der vorliegenden Bachelorthesis neues Wissen generiert wurde und inwieweit versucht wurde, bekanntes Wissen zu irritieren. Die Datenerhebung wurde mithilfe der GTM vorgenommen. Der Interviewleitfaden wurde in Anwendung dieser nach jedem Interview adaptiert. Dadurch entwickelte sich im Verlauf der Interviews ein Leitfaden, der immer wieder neue Erkenntnisse und Impulse der vorhergehenden Interviews enthielt. Von der Datenauswertung mittels der GTM wurde Ab-

stand genommen. Die Anwendung der GTM beschreiben Jaeggie et al. (1998, S. 4) als äußerst umfangreich und daher für wenig erfahrene Forschende ungeeignet. Daher erfolgte die Datenauswertung in Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Systematik der qualitativen Inhaltsanalyse, die einer Regel- und Theoriegeleitetheit folgt, gab im Forschungsprozess Orientierung (Mayring 2004, S. 471). Schließlich ist der Einsatz der GTM und der qualitativen Inhaltsanalyse als Versuch der methodologischen Triangulation zu verstehen, wodurch die Qualität der Forschung verbessert wurde.

5.4 Resümee

Die Untersuchung zeigte, dass die BGF gegenüber dem BGM nicht gezielt genug wirkt. Entsprechend der Gegenüberstellung im Kapitel 2.3 stehen Einzelmaßnahmen einem auf die Mitarbeiter zugeschnittenen Programm gegenüber. Zahlreiche Ergebnisse der Untersuchung finden sich im theoretischen Hintergrund wieder. Über den Vergleich wurde der Mehrwert des BGM speziell herausgearbeitet und Defizite der Einrichtungen mit BGF aufgezeigt. Krankenhäusern, die BGF betreiben, kann die vorliegende Bachelorthesis Antwort geben, warum die Mitarbeiter trotz des umfangreichen Angebots dieses nicht in Anspruch nehmen und Anreiz sein, sich in Richtung des BGM weiterzuentwickeln. Ein Erkenntniszuwachs war, dass insbesondere der Personalentwicklung und -führung innerhalb des BGM mehr Bedeutung zukommen muss als rein gesundheitsfördernden Maßnahmen. Der Zusammenhang von Führung und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter muss noch stärker berücksichtigt werden und entsprechend in das BGM integriert werden. In Anbetracht der aufgezeigten Nutzenaspekte des BGM (Tab. 2) und der Beantwortung der Forschungsfrage wurde der Mehrwert des BGM und die entstehende „WIN-WIN-WIN-Situation“ (Baumanns 2009, S. 43) für ein Krankenhaus dargelegt.

6 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Bachelorthesis hat gezeigt, welcher Mehrwert aus dem BGM entstehen kann. Dafür sind seitens der Krankenhäuser konkrete Voraussetzungen zu schaffen. Krankenhäuser, die über eine Implementierung des BGM nachdenken, sollten sich nicht fragen: Brauchen wir ein BGM? Wichtiger ist vielmehr: Wollen wir ein BGM? Ein BGM ist eine Innovation und kein Selbstläufer. Dafür benötigt es den absoluten Rückhalt der Führungspersonen sowie den Willen und die Bereitschaft sich auf das BGM einzulassen und die Ausdauer zu besitzen, bis sich Erfolge einstellen. Im Vorfeld muss eine genaue Bedarfsanalyse der Mitarbeiter erstellt werden und daraus folgend die Zielgruppe definiert und angesprochen werden. Nur dieses Vorgehen ermöglicht einen verantwortungsvollen und zielgerichteten Ressourceneinsatz. Das wurde über den Vergleich der Einrichtungen gezeigt. Das kontrollierte, geplante und gesteuerte Vorgehen im BGM führte zu einem hohen Nutzungsgrad der Angebote und einer Vielzahl von Erfolgen in den Einrichtungen mit BGM. BGM zeigte sich als Instrument zur Synchronisation der Leistungsbereitschaft mit der Leistungsmotivation, was im Hinblick auf die demografische Entwicklung enorm wertvoll ist. Daraus leitet sich ein Wettbewerbsvorteil für Krankenhäuser ab, die die Implementierung des BGM wagen.

Keine der Einrichtungen hielt ein Controlling zum Messen der Wirksamkeit des BGM vor. Die Einrichtungen mit etabliertem BGM waren von der Wirksamkeit so überzeugt, dass das Messen dieser nicht als dringend erachtet wurde. Berichtet wurde von einer Vielzahl von Erfolgen, die sich in weichen Faktoren zeigten. Trotz der Tatsache, dass sich diese langfristig positiv auf die Kostenentwicklung auswirken (Lück et al. 2008, S. 83), sollten Krankenhäuser bestrebt sein, die Wirkung des BGM auf die Mitarbeiter zu messen. Dadurch werden die Ziele in Kennzahlen überführt und die ziel- und wirksamkeitsorientierte Steuerung des BGM wird genauer und aussagekräftiger. Die Wirksamkeit des BGM an Kennzahlen abzulesen, ist insbesondere für Führungspersonen relevant, weil daran die Vereinbarkeit von wirtschaftlichen Zielen mit dem BGM deutlich wird. Derzeit fehlt es noch an geeigneten Instrumenten, obwohl sich bereits viele Forschungsprojekte in Deutschland um die Entwicklung eines solchen Messinstruments bemühen.

Den Abschluss soll das Ankerbeispiel eines Interviewpartners bilden, welches zum Leitsatz der Bachelorthesis wurde und Denkanstoß für Krankenhäuser sein soll, die sich mit der Implementierung des BGM tragen: „[...] wir können uns nicht nur um die kümmern, die in den Brunnen gefallen sind, sondern wir möchten natürlich auch verhindern, dass jemand reinfällt.“ (B3, Absatz 17)

Literaturverzeichnis

Badura B. (2000): Die Vision der gesunden Organisation Krankenhaus. Hamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Badura B. (2015): Führung, Gesundheit und Produktivität. Präsentation auf dem 2. BGM-Netzwerktreffen. Hall in Tirol.

Badura B.; Ducki A.; Schröder H.; Klose J.; Meyer M. (2014): Fehlzeiten-Report 2014. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Badura B.; Ritter W.; Scherf M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Düsseldorf: Edition Enigma.

Badura B.; Walter U.; Hehlmann T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Heidelberg: Springer Verlag.

Bamberg E.; Ducki A.; Metz A.M. (2011): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In: Bamberg E.; Ducki A.; Metz A.M. (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 123 – 134.

Baumanns R. (2009): Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Bechmann S.; Jäckle R.; Lück P.; Herdegen R. (2011): Motive und Hemmnisse für betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: Initiative für Gesundheit und Arbeit.

Behrendt K.; Flintrop J. (2011): Internationale Organisationen. In: Bamberg E.; Ducki A.; Metz A.M. (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe Verlag. S. 761 – 772.

Bogner A.; Littig B.; Menz W. (2014): Interviews mit Experten. Wiesbaden: Springer Verlag.

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Präventionsgesetz im Bundestag. <http://www.bmg.bund.de/themen/praevention/praeventionsgesetz.html>. (Zugriff am 06.05.2015).

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (2004): Auf dem Weg zum gesunden Unternehmen. Essen: BKK Bundesverband.

Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Beschäftigte im Gesundheitswesen. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61807/beschaeftigte>. (Zugriff am 22.05.2015).

Chapman L.S. (2005): Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update. In: American Journal of Health Promotion. Heft 6, S. 1 – 11.

Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2014): Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen. <http://www.soziologie.de/de/die-dgs/ethik-kommission/ethik-kodex.html>. (Zugriff am 12.05.2015).

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (2015): Über 10 Jahre Netzwerkarbeit für Krankenhäuser. <http://dngfk.de/geschichte>. (Zugriff am 06.05.2015).

Diekmann, A. (2008): Empirische Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Dietscher C.; Krajic K.; Stidl T.; Pelikan J.M. (2002): Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus. Wien: Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen.

Flick U. (2002): Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (2004): Was ist qualitative Forschung? In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 13 – 29.

Frey D. (2004): Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Klein-, Mittel und Großunternehmen. In: Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung: Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung. S. 16 – 34.

Gansser O.A.; Linke M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement in Deutschland 2013.

https://www.fom.de/fileadmin/fom/kc/kcs/130513_Betriebliches_Gesundheitsmanagement_Ergebnisdiagramme.pdf. (Zugriff am 22.06.2015).

Hans-Böckler-Stiftung (o.J.): Interviewleitfaden für Betriebliches Gesundheitsmanagement. http://www.boeckler.de/pdf/mbf_as_interviewleitfaden_fuehrungskraefte.pdf. (Zugriff am 03.07.2015).

Hermanns H. (2004): Interviewen als Tätigkeit. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 360 – 368.

Hildenbrand B. (2004): Anselm Strauss. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 32 – 42.

Hopf C. (2004): Forschungsethik und qualitative Forschung. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 349 – 360.

Jaeggi E.; Faas A.; Mruck K. (1998): Denkverbote gibt es nicht!
http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=5&ved=0CDMQFjAE&url=http%3A%2F%2Fwww.ash-ber-lin.eu%2Fhsl%2Ffreedocs%2F227%2FZirkulaeres_Dekonstruieren.pdf&ei=7WBxVZzmGaeiygO-o2IHYCA&usg=AFQjCNEU2jYtqwJr0AtK5VclflsfluxE6g&bvm=bv.95039771,d.bGQ. (Zugriff am 05.06.2015).

Kaminski M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Kramer I.; Bödeker W. (2008): Return on Investment im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention. www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-16.html. (Zugriff am 21.05.2015).

Kuckartz U.; Dresing T.; Rädiker S.; Stefer C. (2008): Qualitative Evaluation. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Löffert S.; Golisch A. (2013): Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Düsseldorf: Deutsches Krankenhausinstitut.

Lück P.; Eberle G.; Bonitz D. (2008): Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. In: Badura B.; Schröder H.; Vetter C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Heidelberg: Springer Verlag. S. 34 – 41.

Lützenkirchen A. (2003): Organisationsentwicklung durch Gesundheitsförderung, dargestellt am Beispiel Krankenhaus. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung. Heft 4, S. 405 – 415.

MAXQDA (2015): Was ist QDA-Software? <http://www.maxqda.de/produkte/was-ist-qda-software>. (Zugriff am 14.05.2015).

Mayring P. (1995): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U.; von Kardorff E.; Keupp H.; von Rosenstiel L.; Wolff S. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union. S. 209 – 212.

Mayring P. (2002): Einführung die Qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring P. (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Mayring P. (2004): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 468 – 475.

Meierjürgen R.; Scherrer K. (2004): Wettbewerbsfaktor Gesundheit. In: Kuhn D.; Sommer D. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag. S. 181 – 206.

Müller B. (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus. Wuppertal: Hans-Böckler-Stiftung.

Münch E.; Walter U.; Badura B. (2003): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Berlin: Edition Sigma.

Pelster K. (2010): ...Und die Nachhaltigkeit? In: Faller G. (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber. S. 171 – 178.

Pfaff H.; Münch E.; Badura B. (1999): Belastungen und Ressourcen im Dienstleistungsbereich. In: Badura B.; Litsch M.; Vetter C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999. Berlin u.a.O.: Springer Gabler Verlag. S. 72 – 88.

Polit D.F.; Beck C.T.; Hungler B.P. (2004): Lehrbuch Pflegeforschung. Bern: Verlag Hans Huber.

Przyborski A.; Wohlrab-Sahr M. (2010): Qualitative Sozialforschung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.

Ramsenthaler C. (2013): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Schnell M.; Schulz C.; Kolbe H.; Dunger C. (Hrsg.): Der Patient am Lebensende. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 23 – 42.

Rat für Sozial- und Wirtschaftsdaten (2014): Datenschutzrechtliche Anforderungen bei der Generierung und Archivierung qualitativer Interviewdaten. http://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CC0QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.ratswd.de%2Fdl%2Fdownloads%2FAG_Datenschutz_und_qualitati-ve_Sozialforschung.pdf&ei=BudhVajbL6a8ygOejYCgCA&usg=AFQjCNE_DMdtrDTzVjBmcIOFgqxc3ZJ8Aw&bvm=bv.93990622,d.bGQ. (Zugriff am 24.05.2015).

Reiter P. (2011): Das Ganzheitliche Betriebliche Gesundheitsmanagement im Krankenhaus. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Schulte M.; Bamberg E. (2002): Ansatzpunkte und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Führungskräften. In: Gruppendynamik und Organisationsberatung. Heft 4, S. 369 – 384.

Siewerts D. (2010): Einsatz eines Kennzahleninstrumentes für Führungskräfte im Krankenhaus im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation. Berlin.

Sokoll I.; Kramer I.; Bödeker W. (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Essen: BKK Bundesverband.

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011): Demografischer Wandel in Deutschland. Wiesbaden: Statistische Ämter des Bundes und der Länder.

Statistisches Bundesamt (2013): Krankenhäuser.
<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/KrankenhaeuserJahreVeraenderung.html>. (Zugriff am 30.06.2015).

Steinke I. (2004): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U.; von Kardorff E.; Steinke I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag. S. 319 – 331.

Ulich E.; Wülser M. (2010): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Unfallkasse Berlin (2010): Leitfaden Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: Unfallkasse Berlin.

Unternehmensberatung für Betriebliches Gesundheitsmanagement (o.J.): Checkliste für die Bestandsaufnahme im betrieblichen Gesundheitsmanagement.
<http://www.gesundheitsmanagement24.de/praxisleitfaeden-checklisten/praxisleitfaeden-betriebliches-gesundheitsmanagement/#c1164>. (Zugriff am 03.07.2015).

Verband Deutscher Eisenbahner-Sportvereine (2005): Interviewleitfaden zum Projekt Gesund und Aktiv.
http://www.vdes.org/fileadmin/bilder_dateien/Sport_und_Gesundheit/Interviewleitfaden_zum_Projekt_Gesund___Aktiv.pdf. (Zugriff am 03.07.2015).

Walter U. (2007): Qualitätsentwicklung durch Standardisierung. Dissertation. Bielefeld.

Wassermann S. (2015): Das qualitative Experteninterview. In: Niederberger M.; Wassermann S. (Hrsg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 51 – 67.

Anhang 1: Exposé zur Bachelorthesis

Exposé

zur Bachelorthesis

Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Klinikum Chemnitz gGmbH – eine vergleichende Untersuchung in Einrichtungen mit und ohne Betriebliches Gesundheitsmanagement

vorgelegt von:	Christin Wasiak
E-Mail:	christin.wasiak.bo8@fh-zwickau.de
Seminargruppe:	122232
Matrikelnummer:	31761
Studiengang:	Gesundheitsmanagement, 6. Semester
Betreuer:	Dr. David Rester
Zweitbetreuer:	Dipl.-Kr.-Pfl. Konrad Schumann

Inhalt

Inhalt.....	69
1 Problemstellung	70
2 Ziel	71
3 Methode.....	72
4 Zu erwartende Probleme	72
5 Zu erwartende Ergebnisse	73
6 Zeit- und Kostenplan	73
Literaturverzeichnis.....	75

1 Problemstellung

Eine Studie des statistischen Bundesamtes von 2013 zeigt, warum die Gesundheit der Mitarbeiter von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen von Bedeutung ist – zwölf Prozent der Erwerbstätigen arbeiten in diesem Sektor, einem der bedeutendsten Beschäftigungszweige in Deutschland (Bundeszentrale für politische Bildung 2013). Die Aufgabe von Krankenhäusern liegt in der Behandlung von Krankheit und der Wiederherstellung und Verbesserung von Gesundheit von Patienten. Der Gesundheitsförderung der Mitarbeiter kommt dabei wenig Bedeutung zu, sind Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen doch häufig ungesunde Settings. Mitarbeiter in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sind hohen körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt. Hinzu kommen Faktoren wie Schichtarbeit, wenig Pausen, Überstunden und Stress (Pfaff et al. 1999). In diesem Zusammenhang sind die demographische Entwicklung und der daraus folgende Fachkräftemangel anzuführen, die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen zusätzlich zukünftig belasten und ein Umdenken von Führungspersonen erfordern. Als personenorientierte Dienstleistungsunternehmen sollten Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen die Mitarbeitergesundheit von hohem Wert sein, um diese möglichst lange gesund und leistungsfähig im Unternehmen zu halten. Doch gerade das ist häufig nicht der Fall. Das Krankenhaus als ungesundes Setting soll aus gesellschaftlicher und politischer Sicht verbessert werden. Zurückgehend auf die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation, entstand 1993 das Pilotprojekt Gesundheitsfördernde Krankenhäuser (Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser 2015). Aus diesem gründete sich 1996 das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Das Netz will gesundheitsförderliche Strategien bestmöglich umsetzen und ist dabei auf Patienten, Mitarbeiter und das Umfeld der Gesundheitseinrichtung ausgerichtet. Laut Dietscher et al. (2002) beziehen sich diese jedoch Aktivitäten vornehmlich auf die Gesundheitsförderung von Patienten. Die Gesundheitsförderung von Mitarbeitern wird folglich zu wenig beachtet (Meierjürgen; Scherer 2004). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst laut der Luxemburger Deklaration (2007) „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“. Viele Einrichtungen des Gesundheitswesens betreiben mittlerweile Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Mitarbeiter. Interventionen in diesem Bereich sind meist Einzelmaßnahmen, haben eher Projektcharakter und die Angebotspalette wird zumeist durch Fremdanbieter, wie Krankenkassen und Berufsgenossenschaften, erbracht (Kaminski 2013). Ein nachhaltiger Nutzen für Mitarbeiter und Unternehmen entsteht erst durch die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). BGM ist die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheits-

förderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zu gesundheitsförderlichem Verhalten der Mitarbeitenden zum Ziel haben (Badura et al. 1999). Dabei werden verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen verknüpft. Ein wichtiger Schritt auf dem Weg zum BGM ist die Überzeugung und Einbindung der Führungspersonen (Kaminski 2013). Führungspersonen von dem Mehrwert, welches ein BGM mit sich bringen kann zu überzeugen, ist die wohl größte Herausforderung bei der Implementierung eines BGM.

Die Klinikum Chemnitz gGmbH (KC) steht exemplarisch für die beschriebene Problemstellung und soll Ausgangspunkt der Forschung sein. In der BGF hält die KC zahlreiche Angebote und Maßnahmen vor. Die Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung am Klinikum, die aus dem Pilotprojekt der Weltgesundheitsorganisation Gesundheitsfördernde Krankenhäuser hervorging, ist dabei ein wesentlicher Initiator. Bis Ende 2014 war die KC ein Mitglied im Netzwerk. Der Schritt zur Einführung eines ganzheitlichen BGM wäre aufgrund des großen Umfangs der bestehenden Angebote und Bemühungen in den Handlungsfeldern des BGM die logische Konsequenz. 2014 wurde diesbezüglich die Projektgruppe Gesundheitsförderung gegründet.

Aus Sicht der Autorin ist interessant zu betrachten, warum Einrichtungen (k)ein BGM vorhalten und wie rentabel und effektiv ein solches wäre. BGM hat einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen, Gesundheit, Motivation und Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter und fördert die Kommunikation und Partizipation in Unternehmen (Eberle 2005). Im Rahmen der Bachelorthesis soll ein Vergleich von Unternehmen, welche ein BGM vorhalten mit Unternehmen, welche Betriebliche Gesundheitsförderung betreiben, erfolgen.

2 Ziel

Das Ziel ist, mit dieser wissenschaftlichen Arbeit einen Schritt für die Sensibilisierung der Entscheidungsträger der KC zu erreichen, indem der Mehrwert durch die Etablierung eines BGM herausgestellt wird. Durch derzeitige Situationen, die sich auf finanzielle und fehlende personelle Ressourcen beziehen, steht die Geschäftsführung dem Thema der Einführung eines BGM eher kritisch entgegen und fokussiert Prioritäten an anderer Stelle. Der Vorrang des Tagesgeschäftes und greifbare Ergebnisse innerhalb kleiner Projekte in der BGF werden vorrangig behandelt. Die Ergebnisse der Bachelorarbeit müssen die sichtbaren Nutzenaspekte und die WIN-WIN-WIN-Situation, die sich durch die Einführung eines BGM ergibt, aufzeigen. Der Mehrwert durch ein BGM kann aus ökonomischer Sicht durch den Return on Investment (ROI) dargestellt werden. Der ROI beschreibt wie viele Einheiten pro investiertem Dollar durch die Effekte einer Intervention in ein Unternehmen

zurückfließen (Siewerts 2010). Ableitbar daraus ist der ökonomische Nutzen durchgeführter BGM-Maßnahmen für das Unternehmen. Dieser spiegelt sich beispielsweise in einer Verbesserung der Arbeitsleistung wider. Neben einer reinen ökonomischen Betrachtung, sind die Auswirkungen auf das Image des Unternehmens und die wahrgenommene Wertschätzung der Mitarbeiter von großem Interesse.

3 Methode

Zur Untersuchung der Problemstellung wird die qualitative Herangehensweise in Betracht gezogen. Hierbei soll die Grounded Theory Methode, welche eine Methode der empirischen Sozialforschung (Rester 2005) ist, genutzt werden. „Datenerhebung und Verallgemeinerung geschehen gleichzeitig [...] bis eine [...] auf den gewonnenen Daten basierende Theorie den Untersuchungsgegenstand dicht beschreibt“ (Rester 2005). Im Zusammenhang der Grounded Theory wird daher von einer Datensättigung gesprochen. Es geht bei der Grounded Theory nicht um die Überprüfung von Theorien, sondern um deren Entdeckung aus den Daten heraus (Legewie, H., Schervier-Legewie, B. 2004). Im Fokus des Forschungsfeldes stehen zwei Einrichtungen mit einem BGM und zwei Einrichtungen mit BGF. Ein strukturiertes Interview der Geschäftsführer oder eines Verantwortlichen des BGM / BGF der ausgesuchten Unternehmen, anhand eines Interviewleitfadens wären denkbar. Die Einschlusskriterien ausgewählter Unternehmen werden sich dabei erst im Lauf der Untersuchung ergeben.

4 Zu erwartende Probleme

Der erste Schritt wird die Auswahl möglicher Unternehmen und das Anschreiben dieser sein. Diese sind bezüglich des Vorhabens umfassend zu informieren, um sie zur Teilnahme an den Interviews zu motivieren. Die Teilnahme ist freiwillig und es ergibt sich für die befragten Unternehmen kein Vorteil durch die Befragung. Eine Einwilligung zur Teilnahme stellt einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand für die Unternehmen dar. Dies könnte einen Stolperstein aufgrund mangelnder Zusagen der Unternehmen darstellen. Deshalb stellt die Gewährleistung des vertraulichen Umgangs mit den Daten der Unternehmen einen wichtigen Aspekt in der Überzeugung dieser dar.

Die gegründete Projektgruppe, wie bereits in der Problemstellung kurz angeführt, besteht aus vier Mitgliedern, die neben ihren Hauptaufgaben für die Durchführung von Projekten in der KC, wie beispielsweise einem Ideenworkshop und einem Gesundheitstag zuständig sind. Für eine ganzheitliche Etablierung eines BGM wird jedoch auch hier, der zeitliche und organisatorische Aufwand bei Weitem unterschätzt.

5 Zu erwartende Ergebnisse

Im Bezug auf die Wirksamkeit von BGM-Maßnahmen ist zunächst hervorzuheben, dass sich Erfolge meist erst zeitversetzt einstellen und messen lassen. BGM ist kein kurzfristiges Projekt, sondern ein auf Dauer angelegter und auf Nachhaltigkeit ausgerichteter Prozess. Es ist demzufolge unrealistisch, umgehend einschneidende Ergebnisse zu erwarten (Badura et al. 1999, S. 115). Kosten- und Krankenstandssenkungen, Motivations- und Verhaltensänderungen oder auch Strukturveränderungen brauchen ihre Zeit. Die ersten Ergebnisse stellen sich meist erst nach vier-fünf Jahren ein (Schmeisser, Bruch 2008, S. 58). Es gibt aber auch Autoren, die davon ausgehen, dass sich bei der richtigen konsequenten und professionellen Durchführung von BGM auch schon nach zwei Jahren messbare und vor allem belastbare Ergebnisse feststellen lassen (Spicker, Schopf 2007, S. 79). Die oben genannten Erkenntnisse bilden die Schwierigkeit im Verständnis für die Einführung eines ganzheitlichen BGM in der KC.

Im ROI fließen auf Kontenseite die Ausgaben, wie Personal- und Prozesskosten und Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein und auf der Nutzenseite stehen die Erlöse, die erzielt werden, z. B. durch verbesserte Arbeitsbedingungen, geringere Ausfallzahlen, weniger Fluktuation, besseres Unternehmensimage, stärkere Unternehmensidentifikation und Verbesserung der Zufriedenheit der Mitarbeiter, sowie der Patienten. Die ROI-Kalkulation sollte im Ergebnis auf der Nutzenseite sichtbar mehr belastet sein. Damit ist eine nachweisbare Kommunikation mit den Entscheidungsträgern möglich. Da im KC erst einmal die vollständige Etablierung eines BGM notwendig ist, wird die ROI-Kalkulation vermehrt durch die Vergleichsdaten der befragten Unternehmen durchgeführt. Möglicherweise decken sich die Maßnahmen im Rahmen des BGM der befragten Unternehmen mit bereits bestehenden Maßnahmen innerhalb der KC. Das Verhältnis von Aufwand und Ertrag ist in der Geschäftsführung von besonderem Interesse. Bei weniger Aufwand könnte die Hemmschwelle für nächste Schritte zu einem ganzheitlichen BGM bestenfalls abflachen.

6 Zeit- und Kostenplan

März	Literaturrecherche zur Bachelorarbeit im Rahmen des Moduls GPW 230 Entwicklung, Analyse und Kritik empirischer Studien
April	Auswahl und Anschreiben möglicher zu befragender Unternehmen
Mai	Durchführung der Interviews, Transkribieren der Interviews, Zusammenschreiben der einzelnen Teile der Bachelorarbeit
Juni	Abschließen der Bachelorarbeit und Abgabe Ende Juni

Juli	Colloquium
------	------------

Die zu erwartenden Kosten liegen vor allem im Arbeitsaufwand der Autorin. Des Weiteren fallen Fahrtkosten in die KC an und zu Unternehmen an, die befragt werden sollen. Mögliche Kosten entstehen weiterhin durch das Anschreiben und Korrespondieren mit den ausgewählten Unternehmen.

Literaturverzeichnis

Badura B.; Ritter W.; Scherf M. (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis. Düsseldorf: Edition Enigma.

Bundeszentrale für politische Bildung (2013): Beschäftigte im Gesundheitswesen. <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61807/beschaeftigte> (Zugriff am 03.03.2015).

Deutsches Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (2015): Über 10 Jahre Netzwerkarbeit für Krankenhäuser. <http://dngfk.de/geschichte> (Zugriff am 03.03.2015).

Dietscher C.; Krajic K.; Stidl T.; Pelikan J.M. (2002): Das Gesundheitsfördernde Krankenhaus: Konzepte, Beispiele und Erfahrungen aus dem Internationalen Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien.

Eberle G. (2005): Erfolgsfaktor Betriebliches Gesundheitsmanagement – betriebswirtschaftlicher Nutzen aus Unternehmensicht. In: W Kirch, B Badura Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses. Berlin. Springer.

Kaminski M. (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis. Wiesbaden: Springer Gabler.

Legewie H.; Schervier-Legewie B. (2004): „Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen“. Anselm Strauss im Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie. *Forum Qualitative Sozialforschung* 5(3), Art. 22.

Luxemburger Deklaration (2007): <http://www.dnbgf.de/downloads/luxemburger-deklaration.html> (Zugriff am 04.03.2015).

Meierjürgen R.; Scherrer K. (2004): Wettbewerbsfaktor Gesundheit: Die großen Unternehmen. In: D. Kuhn; D. Sommer (Hrsg.) Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen. Wiesbaden: Gabler.

Pfaff H.; Münch E.; Badura B. (1999): Belastungen und Ressourcen im Dienstleistungsbereich: am Beispiel der Krankenpflege. In: B Badura, M Litsch, C Vetter (Hrsg.) Fehlzeitenreport 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin u.a..O.: Springer.

Rester C. (2005): Grounded Theory – Grundlagen der Grounded Theory.

Schmeisser W.; Bruch M. (2008): Arbeitswissenschaftliche und sozialmedizinische Erkenntnisse für ein betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Wagner, K.; Schmeisser, W. (Hg.): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen und präventive Vorsorge in Unternehmen. München: Rainer Hampp Verlag, S. 43-69.

Siewerts D. (2010): Einsatz eines Kennzahleninstrumentes für Führungskräfte im Krankenhaus im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dissertation. Berlin.

Spicker I.; Schopf A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen. Wien: Springer.

Anhang 2: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden BGF und BGM

Datum:

Ort:

Einrichtung:

Interview-Nr.:

Allgemeine Angaben

Position des Interviewten im Unternehmen:

Anzahl der Mitarbeiter im Unternehmen:

Durchschnittsalter der Mitarbeiter:

Vorab

- Vorstellung der Studentin und des Ziels der Bachelorthesis
- Erklären des Interviewablaufs
- Beantworten von Fragen seitens der Interviewpartner

Themenkomplexe

1. Rolle der Gesundheit

- Wie bedeutend für ein Unternehmen schätzen Sie die Gesunderhaltung der Mitarbeiter ein?
- Welchen Stellenwert hat sie in Ihrer Einrichtung?
- Wie wird die Gesunderhaltung in Ihrer Einrichtung angegangen?
- Wo sehen Sie Stärken in Ihrer Einrichtung mit der Mitarbeitergesundheit?
- Wo sehen Sie Schwächen im Umgang mit der Mitarbeitergesundheit?
- Welche gesundheitlichen Belastungen wirken auf die Mitarbeiter ein?
- Welche Haltung nimmt die Geschäftsleitung zur Mitarbeitergesundheit ein?

2. BGF / BGM

- Kann man im Unternehmen bereits von einem BGM sprechen?
- Welche Bestandteile gibt es? Wie ist der Stand in der Einrichtung?(BEM, Personalentwicklung, Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz, Suchtprävention, BGF)
- Welche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden bereits durchgeführt?
- Gibt es im Unternehmen speziell Personen oder Arbeitsgruppen, die sich mit der BGF oder dem BGM beschäftigen?
- Wie werden die Mitarbeiter über die Angebote und Maßnahmen informiert?
- Wie ist die Inanspruchnahme der Angebote?
- Sport machen nur die Sportlichen – Können Sie das bestätigen?

- Wird überprüft inwieweit sich die durchgeführten Maßnahmen auf die Mitarbeiter auswirken? Wenn ja, inwieweit zeigen sich diese?
- Gibt es Wünsche der Mitarbeiter nach speziellen Maßnahmen?
- Werden aus Ihrer Sicht geeignete Ressourcen (finanziell, zeitlich, personell) für BGF oder BGM zur Verfügung gestellt?
- Worin zeigen sich Erfolge im Zusammenhang mit diesen Maßnahmen?
- Sind die Erfolge anhand von Kennzahlen messbar?

3. BGM speziell

- Ist die Implementierung eines BGM vorgesehen?
- Worin sehen Sie den Unterschied von BGF und BGM?
- Welche Vorteile sehen Sie in der Implementierung eines BGM?
- Welche Vorteile hat BGM gegenüber BGF?
- Welchen Nutzen könnte ein BGM in Ihrer Einrichtung haben?
- Warum lohnt es sich aus Ihrer Sicht in ein BGM zu investieren?
- Was hindert UN an der Implementierung eines BGM?
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen im Unternehmen sollten Einzelmaßnahmen sein oder sollten denen ein Managementsystem überstehen?
- Sind Sie der Meinung, dass BGM / BGF geeignet ist um Folgen der demografischen Entwicklung entgegenzuwirken?
- Was steht der Umsetzung von BGM in Krankenhäusern entgegen, warum ist es dort noch nicht so verbreitet?
- In welcher Höhe belaufen sich die Ausgaben für das BGM?

4. Abschluss

- Gibt es noch etwas was Sie ergänzen möchten, was Ihnen noch wichtig ist und wonach nicht gefragt wurde?

5. Zusatz- / Zufallsinformationen

Vielen Dank für das Interview!

Anhang 3: Interview mit B3**1 Transkription des Interviews mit B3**

2 I: Wie bedeutend für ein Unternehmen schätzen Sie die Gesunderhaltung der Mitarbeiter ein?

3 B3: Ich denke, dass es ohnehin sehr bedeutend ist Mitarbeiter zu haben, die sich gesund fühlen und die auch in der Lage sind, ihre Leistungsfähigkeit aus einem guten Gesundheitszustand heraus letzten Endes zu entwickeln. Ich denke aber, dass es in Zukunft noch bedeutender werden wird, weil es so ist, dass wir aufgrund der demografischen Entwicklung immer mehr darauf angewiesen sein werden, Mitarbeiter, die älter werden und sich in ihrer Leistungsfähigkeit wandeln, richtig einzusetzen. Dazu gehört einfach das Konzept der Gesundheitsförderung.

4 I: Wo sehen Sie Stärken im Umgang mit Mitarbeiter-Gesundheit in Ihrer Einrichtung und wo vielleicht noch Verbesserungspotenziale?

5 B3: Also es ist gut bei den Stärken anzufangen. Wir haben ein funktionierendes Gesundheitsmanagement, etabliert vor drei Jahren und sind im Rahmen dieses Gesundheitsmanagements in der Lage, sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Gesundheitsmaßnahmen anzubieten. Wir können auch behaupten, dass die angenommen werden, wobei das kein Selbstläufer ist, sondern es auch immer damit zusammenhängt, dass diese Angebote maßgeschneidert sind. Nichts von der Stange, sondern wirklich Angebote, die in die Belastungsprofile der Mitarbeiter hinein passen und daran sozusagen anknüpfen. Ich denke, das ist schon eine Stärke, dass wir hier ein ganzes Spektrum an Angeboten haben, wo bestimmt für jeden etwas dabei ist, was passt. Schwächen sehe ich persönlich in zwei Punkten: Zum einen gelingt es uns nicht immer, die Mitarbeiter zu erreichen, die es besonders brauchen – also die Zielgruppenansprache. Als Zweites sehe ich auch eine Schwäche darin, dass wir es bislang noch nicht geschafft haben, ein Controlling-Instrument zu entwickeln, welches, abgesehen von den Fehlzeiten und der Nutzungsfrequenz der Angebote, eine klare Übersicht über die Wirksamkeit gibt.

6 I: Welche Haltung nimmt die Geschäftsleitung zu dem Thema Mitarbeiter-Gesundheit ein? Kann man sagen, dass es getragen wird von der Geschäftsleitung und unterstützt wird?

7 B3: Man kann sogar sagen, dass der Vorstand bei uns das Ganze initiiert hat. Die Initiative für den Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements kam vom Vorstand. Diese Initiative war nicht nur ein einmaliger Impuls, sondern das ist ein dauerhaftes Bekenntnis bis in die heutige Zeit hinein. Unser Vorstand sieht ganz klar, dass wir hier nicht nur einem Trend folgen, sondern er sieht ganz klar auch die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers und die Möglichkeiten der Mitarbeiterbindung, die in so einem Konzept liegen. Also Fazit: Der Vorstand unterstützt es uneingeschränkt.

8 I: Wie wichtig empfinden Sie es generell, wenn man ein Betriebliches Gesundheitsmanagement implementieren möchte, dass die Geschäftsleitung dahinter steht?

9 B3: Das ist unabdingbar, weil es nicht nur eine Frage der Finanzierung ist, die ist es am Ende immer. Es ist auch eine Frage der Authentizität und wenn ich als Führungskraft oder Geschäftsführung dieses Thema für mich als eines der hochpriorisierten einschätze, dann wird sich das auch weiter nach unten durchsetzen auf den nachfolgenden Führungsebenen. Führung und gesunde Führung sind wichtige Dinge im Betrieblichen Gesundheitsmanagement überhaupt. Damit steht und fällt eigentlich alles.

10 I: Worin besteht Ihrer Meinung nach der Unterschied zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und betrieblichem Gesundheitsmanagement?

11 B3: Da gibt es allein schon nach der Definition einen klaren Unterschied. Betriebliche Gesundheitsförderung sind Einzelmaßnahmen, Betriebliches Gesundheitsmanagement ist der PDCA-Zyklus, also Plan, Do, Check, Act und zu schauen, welche Maßnahmen brauche ich, wie setze ich sie um und wie wirken sie. Also tatsächlich ein gemanagter Prozess.

12 I: Ist es dann überhaupt möglich, dass man in einer Einrichtung Einzelmaßnahmen vorhält, die vielleicht einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement von den Maßnahmen her entsprechen, aber dem kein Managementsystem überstellt ist? Gehört es also unabdingbar zusammen?

13 B3: Man hat es ja vorher so gemacht. Auch wir haben vorher Einzelmaßnahmen gehabt. Wir merken aber jetzt den großen Vorteil aufeinander abgestimmter Maßnahmen und evaluierter Maßnahmen. Das verhindert, dass die Maßnahmen, die ja irgendwie auch Ressourcen brauchen, falsch eingesetzt werden. Nur wenn ich so einen Prozess gut kontrolliere und steuere, gelingt es mir auch verantwortlich mit den Ressourcen umzugehen und diesen verantwortungsvollen Ressourceneinsatz abzustimmen auf die Bedarfslage und die Bedürfnislage der Mitarbeiter.

14 I: Welche Vorteile birgt ein Betriebliches Gesundheitsmanagementsystem gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung?

15 B3: Ganz klar der Vorteil, dass so ein Managementsystem sich immer an den Dingen orientiert, die die Mitarbeiter brauchen, also am Bedarf. Zweitens, dass so ein Managementsystem mit den Ressourcen verantwortungsvoll umgeht. Drittens, dass sich so ein System auch immer weiterentwickeln lässt im größeren strategischen Kontext.

16 I: Sie hatten es vorhin bereits kurz angesprochen, die Initiative zur Einführung kam von der Geschäftsleitung. Gab es eventuell auch Wünsche von Mitarbeitern nach Angeboten, wie war das?

17 B3: Die Initiative zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement kam tatsächlich vom Vorstand. Dem voraus ging der Antrag der Mitarbeitervertretung, also unseres Personalrates, bezüglich der Einführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements. Wobei dann der Vorstand gesagt hat, wir können uns nicht nur um die kümmern, die in den Brunnen gefallen sind, sondern wir möchten natürlich auch verhindern, dass jemand reinfällt. Das war also der ursprüngliche Gedanke. Im Zuge dessen haben wir mit einer Steuergruppe, in der auch die Mitarbeiter vertreten waren, durch die Vertretung, also den Personalrat, die Maßnahmen entwickelt. Die Dinge, die wir etabliert haben, sind nicht aus Lehrbüchern kopiert und umgesetzt, sondern wir haben schon sehr genau geschaut: Was braucht so ein Klinikum mit dem dazugehörigen Spektrum an Belastungsprofilen?

18 I: Können Sie bitte erklären, wie genau das betriebliche Gesundheitsmanagement bei Ihnen aufgebaut ist?

19 B3: Ja, wir haben drei große Zielbereiche. Ziel Nummer Eins ist gesunde Führung, also wir schulen die Führungskräfte. Wir bieten eine Gesundheitswerkstatt an, die in den Teams wirbt und wir bieten Führungskräfteberatung an. Zweite große Zielrichtung ist die mitarbeiterorientierte Gesundheitsförderung. Das heißt also Angebote, die individuell nutzbar sind. Da haben wir Beratungsangebote, angefangen von der Gesundheitsberatung über die Sozialberatung bis hin zur psychosozialen oder psychotherapeutischen Beratung in Krisenfällen. Wir haben einen großen Seminarkatalog an diversen Angebo-

ten, die sich an Gesundheitsförderung orientieren. Wir haben auch Angebote für Teams – Miniaktivpause, Firmenlauf, Drachenbootrennen – solche Dinge. Das Ganze wird umrahmt von einem abgestimmten Öffentlichkeitsauftritt. Es gibt eine Homepage und regelmäßige Beiträge in der Mitarbeiterzeitschrift und in den diversen anderen Fachmedien.

20 I: Können Sie sagen, in welchem Zusammenhang sich Erfolge mit dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement zeigen?

21 B3: Ich glaube, der größte Erfolg und wahrscheinlich auch der am schwersten messbarste, ist, dass die Mitarbeiter sagen: Wir fühlen uns wertgeschätzt. Wir sehen die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers umgesetzt. Das ist das Größte, also das Commitment. Das lässt sich nicht messen, aber in den Gesprächen, die ich mittlerweile geführt habe und in den Beratungsgesprächen wird genau das immer wieder deutlich. Ein Effekt, der in Richtung Fehlzeiten oder Arbeitsausfälle messbar ist, lässt sich nicht belegen. Wir haben zwar einen Rückgang der Fehlzeiten seit drei Jahren, ich würde mich aber sehr davon distanzieren das als Erfolg des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu werten. Das kann man sehen, muss man aber nicht. Ich denke, dass es noch sehr viele andere Einflussfaktoren auf das Thema Fehlzeiten gibt. Ich denke, dass wir den Führungskräften ein Instrument in die Hand gegeben haben, um auf ihre Mitarbeiter zuzugehen, um auch belasteten Mitarbeitern etwas anzubieten und auch in Zeiten der erhöhten Leistungsdichte, ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie sie neben den Belastungen auch Ressourcen entdecken können.

22 I: Sie hatten davon gesprochen, dass noch ein Controlling aufgebaut werden soll in diesem Zusammenhang. Sind die Erfolge noch nicht direkt an Kennzahlen ablesbar, wie beispielsweise dem Return on Investment? Gibt es andere Kennzahlen an denen es erhoben wird?

23 B3: Wir gucken natürlich auf die Fehlzeiten und die Arbeitsunfähigkeitsanalysen der Krankenkassen, aber wir haben da nur den Aspekt der Ausfallzeiten im Blick. Wir evaluieren auch die Nutzung der Angebote und die Zufriedenheit mit den Angeboten. Das machen wir alles, aber so ein übergreifendes Controlling haben wir nicht. Wir sind dabei es im Rahmen einer wissenschaftlichen Begleitung zu entwickeln. Aber es ist jetzt noch (...) am ehesten wird es wahrscheinlich die Balanced Scorecard werden.

24 I: Würden Sie unterschreiben, dass sich zufriedene Mitarbeiter auch auf zufriedene Patienten auswirken, also aus einem zufriedenen Mitarbeiter ein zufriedener Patient resultiert?

25 B3: Definitiv. Also Arbeitszufriedenheit, Zufriedenheit im Team, Zufriedenheit, die sich speist aus einem ausgewogenen Verhältnis zwischen Belastungen und Ressourcen, wirkt sich mit Sicherheit auf den Patienten aus. Umgedreht aber auch.

26 I: Wie werden die Maßnahmen und Angebote generell in Anspruch genommen?

27 B3: Wir führen darüber natürlich Statistiken. Ich kann ihnen mal sagen, was unsere Renner sind. Unser absolutes Filetstück ist die Gesundheitsberatung. Das ist ein Angebot, welches ein Arzt gemeinsam mit einem Gesundheitspädagogen durchführt. Das ist eine Sprechstunde, da kann man sich anmelden und kriegt einen Termin – recht kurzfristig. Man spricht mit einem Facharzt für Rehabmedizin und Physiotherapie über die aktuelle Situation, entwickelt daraus Gesundheitsziele und Präventionsziele und lässt sich beraten zu Möglichkeiten, die umzusetzen. Es ist zum Beispiel so, dass für viele das Thema Rückengesundheit im Vordergrund steht und hier zu wissen, was kann ich tun und was nützt mir Kieser-Training, Pilates usw. Das Ganze kombinieren wir mit ein paar Sonderkonditionen. Wir haben vertragliche Regelungen und Vereinbarungen mit einigen Gesund-

heitssportanbietern und können darüber dem Mitarbeiter ein komplettes Paket anbieten, indem er eben nach dem Termin rausgeht und konkrete Vorstellungen hat, was er als nächstes tun wird zur Gesundheitsförderung. Das wird am meisten nachgefragt. Ebenso gut, als Teammaßnahme, wird die Miniaktivpause nachgefragt. Da kommt ein Physiotherapeut ins Team, guckt sich Übungen aus, die zum Team und zur Arbeitsbelastung im Team passen und macht das acht Wochen lang. Das wird sehr nachgefragt.

28 I: Wenn es also Maßnahmen sind, die im Team während der Arbeitszeit durchgeführt werden, wie wird das gehandhabt? Ist das dann Arbeitszeit oder nachzuarbeiten?

29 B3: Wir haben da eine klare Regelung. Die Maßnahmen, die in einem unmittelbaren Zusammenhang mit einem betrieblichen Interesse liegen, werden komplett gefördert. Das heißt, müssen nicht bezahlt werden und können innerhalb der Arbeitszeit gemacht werden. Das trifft für Seminare genauso zu wie auch zum Beispiel auf solche Aktivangebote. Die Maßnahmen, die einen gleichzeitigen Nutzen haben für Mitarbeiter und Arbeitgeber, die werden teilweise subventioniert, indem die Kosten finanziert werden, aber es muss innerhalb der Freizeit gemacht werden. Die Maßnahmen, ich sag mal den Kochkurs zum Beispiel – eher privater Nutzen – die sind sowohl kostenpflichtig als auch außerhalb der Arbeitszeit zu erbringen.

30 I: Wir bleiben bei den Kosten. Können Sie sagen, in welcher Höhe sich die Ausgaben für das betriebliche Gesundheitsmanagement belaufen?

31 B3: Das lässt sich so genau nicht sagen. Man kann es errechnen. Man könnte jetzt sagen, das geben wir für Fortbildung aus. Ich hab aber die Zahl nicht im Kopf. An reinen Personalmitteln haben wir diese halbe Stelle investiert. Das ist nicht viel für 5000 Mitarbeiter, es ist trotzdem aber eine begründete Maßnahme. Die Begründung zieht sich letzten Endes aus der Koordination der Dinge, die wir jetzt hier bei uns im Angebot haben und ist damit auch gerechtfertigt. Es ist ja grundsätzlich so, dass man Betriebliches Gesundheitsmanagement an einem Krankenhaus sehr kostengünstig kriegen kann, weil sie dort ja alles dahaben. Sie haben Physiotherapeuten, Sie haben Sozialarbeiter, Sie haben Ärzte. Sie müssen nur gucken, dass Sie die Angebote so formatieren, dass sie auch für die Mitarbeiter nutzbar sind und nicht nur für den Patienten, dann kriegt man schon etwas Gescheites hin.

32 I: Sind Sie der Meinung, dass die zur Verfügung gestellten Ressourcen ausreichend sind, also sowohl finanziell, das hatten wir schon angesprochen, als auch zeitlich und personell?

33 B3: Ich denke mal, mehr geht natürlich immer, aber ich glaube, dass wir mit unserem Angebot und unseren insgesamt acht großen Bausteinen ein so großes Portfolio geliefert haben oder liefern, dass man sagen kann, man kann sich damit zufrieden geben. Ich würde sagen, es reicht.

34 I: Wenn ein Krankenhaus ein Betriebliches Gesundheitsmanagement vorhält, ist es dann unabdingbar, dass es jemanden gibt, der es personell betreut, sei es auch nur eine halbe Stelle, aber das es jemand federführend in der Hand hat?

35 B3: Ich würde das empfehlen. Natürlich weiß ich auch, dass es immer von der Größe des Krankenhauses abhängt, wie viel man sich leisten kann an Stellenanteilen. Ob es eine separate Stelle oder halbe Stelle sein muss, sei mal dahingestellt. Man kann es ja auch dem Personalmanagement zuordnen, wie auch immer. Ich glaube aber, der Wirkungsgrad ist größer, wenn ich jemanden habe, der explizit auf dieses Thema angesetzt ist.

36 I: Wie erfahren die Mitarbeiter von den Angeboten, Sie haben das bereits die Homepage und Mitarbeiterzeitung angesprochen?

37 B3: Genau. Wir haben eine schöne Homepage. Wir haben regelmäßige Beiträge in den Mitarbeiterzeitschriften und übergreifend in regionalen Magazinen. Wir nutzen jede Möglichkeit das irgendwie öffentlich zu machen, indem wir zum Beispiel den Firmenlauf bewerben oder einen Gesundheitstag einmal im Jahr machen oder zum Tag der Gesundheit irgendwelche besonderen Events. Also wir versuchen schon ein gestreutes Marketing zu machen und wir sprechen natürlich regelmäßig die Führungskräfte an, die das dann wiederum in die Teams tragen.

38 I: Gibt es dennoch Wünsche von Mitarbeitern, vielleicht auch im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens, was noch hinzukommen könnte, was fehlt?

39 B3: Was sich Mitarbeiter wünschen, sind Massagen am Arbeitsplatz. Was wir überlegen, aber noch nicht umsetzen konnten, ist so eine Art Gesundheitswoche. Das war auch ein Vorschlag von einem Mitarbeiter wie so eine Art Mini-Kur. Das man also eine Woche mal rausgeht in eine Rehaklinik, wo man eben auch Aktivangebote hat und Gesundheitssportangebote mit einem gezielten Programm. Also Fitness zur Stabilisierung, außerhalb der Zusicherung von Krankenkassen, also als vom Arbeitgeber bezahlter Urlaub, der dann letzten Endes vom Mitarbeiter genutzt werden kann. Da gibt es vergleichbare Konzepte in Münster, glaub ich. Das hat uns gefallen, aber wir haben das noch nicht umsetzen können.

40 I: Wir hatten schon vorhin einmal über Personalentwicklung und Führungskräfte-schulung gesprochen. Empfinden Sie das als ganz wichtiges Element im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements?

41 B3: Ja definitiv. Allein schon deshalb, also aus zwei Gründen: Zum einen ist es, dass die Führungskraft nur dann, wenn sie weiß und versteht, dass es innerhalb ihres Auftrags liegt, sich auch um die Gesundheit der Mitarbeiter zu sorgen und wenn sie weiß, welche Angebote das Klinikum dazu hat, kann sie den Mitarbeiter mit solchen Angeboten in Berührung bringen. Das ist der erste Punkt. Der zweite Punkt ist der, dass es zahlreiche gesundheitswissenschaftliche Studien gibt, die sehr deutlich belegen, dass Führungsverhalten und Gesundheitsempfinden und Wohlbefinden am Arbeitsplatz miteinander korrelieren. Also da gibt es eine schöne Studie von VW. Da hat man nachgewiesen, dass eine Führungskraft, die von einem Bereich in den anderen wechselt, den Krankenstand im Team mitnimmt.

42 I: Die demografische Entwicklung wird immer brisanter und spitzt sich zu. In dem Zusammenhang spricht man bei dem BGM davon, dass es ein Element der Personalbindung ist. Sie haben es schon kurz angesprochen, wie stehen Sie dazu?

43 B2: Wir haben das etabliert. Anders läuft es nicht. Wir haben über die Homepage eine Ideenbörse eingerichtet, um sich mit konkreten Vorschlägen an uns zu wenden. Das wird jetzt so formalisiert nicht genutzt. Was aber genutzt wird, ist im Rahmen der Gesundheitswerkstatt, da gehen wir ja in die Teams rein, gucken uns die Arbeitsplätze an und innerhalb dieses eher begrenzten Bereichs kommen dort sehr gute Vorschläge.

44 I: In anderen Unternehmen werden solche Vorschläge bei Umsetzung prämiert. Sehen Sie das als Möglichkeit, um noch mehr Vorschläge zu generieren?

45 B3: Ich glaube, das kann man probieren. Das ist ja diese Preisausschreibenmentalität, die ist uns allen nicht fremd. Wenn man dabei etwas gewinnen kann, was auch mit Gesundheitsförderung zu tun hat, wie zum Beispiel einen Pezziball oder sowas, dann denke

ich, kann man das auf jeden Fall machen. Bestimmt ist es richtig auf die Angebote oder Ideen der Mitarbeiter zu schauen, weil die am besten wissen, was ihnen gut tut.

46 I: Warum lohnt es sich aus Ihrer Sicht in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu investieren?

47 B3: Also ich denke, dass es zum einen wie gesagt so ist, dass wir eine gewisse Leistungsfähigkeit und eine gewisse Leistungsbereitschaft haben. Beides liegt nicht immer übereinander. Es gibt Mitarbeiter, die könnten mehr leisten als sie bereit sind und es gibt auch Mitarbeiter, die würden mehr leisten. Die sind bereit zu mehr, aber können das einfach nicht leisten. Und einen Beitrag diese beiden Dinge aufeinander abzustimmen, kann das betriebliche Gesundheitsmanagement liefern. Ich kann die Leistungsbereitschaft mit der Leistungsmotivation synchronisieren. Das ist ein Punkt. Der zweite Punkt ist nicht ganz unwichtig, nämlich der der Mitarbeiterbindung und inzwischen auch der Mitarbeiterrekrutierung. Ich bin jetzt unter anderem für den Bereich Ausbildung verantwortlich und da sehen wir ganz deutlich, dass es potentielle Auszubildende gibt, die konkret danach fragen. Also ist es inzwischen auch ein Wettbewerbsvorteil.

48 I: Also ein Element, was die Auswirkungen der demografischen Entwicklung abfedern kann?

49 B3: Ja, durchaus. Man darf es nicht überbewerten, aber wenn es sich einreicht in eine gute Personalentwicklungsstrategie, in eine gute Rekrutierungsstrategie und auch in eine gute Strategie im Umgang mit leistungsgewandelten Mitarbeitern, dann denke ich, wird es seine Berechtigung finden.

50 I: Was hindert Unternehmen daran ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, es ist in vielerlei Munde und man spricht davon. Warum wird es doch noch nicht umgesetzt?

51 B3: Ich will es mal anders ausdrücken. Es gibt eine Untersuchung, die belegt, dass insbesondere die Betriebe ein Gesundheitsmanagement einführen, bei der die Geschäftsführung, der Chef selber eine gewisse Affinität zur Gesundheitsförderung und zum Sport hat. Wenn das nicht so ist, also wenn der Fokus des Vorgesetzten für sich selbst, individuell, nicht auf dem Thema liegt, ist es natürlich schwer, diesen auch übergeordnet zu finden, auf das Unternehmen bezogen. Dann natürlich der, dass es Geld kostet und auch manchmal an der Kreativität mangelt, mit den wenigen Dingen, die man hat, viel zu erreichen. Das geht aber im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Die Miniaktivpause als Beispiel, das ist bei uns der Renner. Da haben wir eigentlich nichts anderes machen müssen, als nach dem Bedarf zu fragen, weil die Krankenkassen das finanziell unterstützt haben und wir hatten in dieser Weise keine Ausgaben, außer den Raum zu organisieren. Das kam aber so gut an. Das hat so viel bewirkt in den Teams, dass wir gemerkt haben, man braucht nicht immer wirklich viel. Man muss nur wollen und man muss sich bisschen geschickt anstellen.

52 I: Was glauben Sie, könnte dann zur Überzeugung von Unternehmen beitragen? Indem man davon spricht und sagt, Betriebliches Gesundheitsmanagement ist etwas Tolles, ist es schwer, zumal sich die Erfolge ja auch erst zeitversetzt einstellen.

53 B3: Ich würde etwas empfehlen. Man darf ja als Geschäftsführung nicht die Augen verschließen vor den Dingen, die um einen herum passieren. Etwas, was jetzt um uns herum passiert ist, dass Betriebliches Gesundheitsmanagement in verschiedenen Bereichen und Ausprägungen entsteht und dass es inzwischen auch Leute gibt, die so eine Art Benchmark anbieten. Es lohnt sich bestimmt, sich mal mit Anderen zu vergleichen, um für sich selbst festzustellen, ich habe ja bereits etwas was, Gesundheitsmanagement oder

Gesundheitsförderung ist. Daraus, das Potenzial für sich zu ergründen, wo gibt es noch Spielraum nach oben, da empfehle ich den Corporate Health Award. Das ist ein Benchmark, welcher Betriebe genau auf diese Ausrichtung hin testet und es gibt auch die Möglichkeit sich zu orientieren, wo stehe ich und wo kann ich hingehen.

54 I: Kennen Sie in dem Zusammenhang andere Krankenhäuser, die ein ähnlich erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement vorhalten?

55 B3: Ich denke, da gibt es sehr, sehr viele. Ich blicke jetzt einmal auf den Bereich der Uniklinika. Dort gibt es ein BGM-Netzwerk, was sich gegründet hat. Das sind alles noch zarte Pflänzchen. Hier in der Region gibt es viele Krankenhäuser, die verschiedene Angebote machen. SRH in Gera hat da zum Beispiel konkrete Angebote. Also es gibt überall Betriebliches Gesundheitsmanagement. Es heißt vielleicht nicht überall so, aber es ist definitiv so, dass man davon sprechen kann, dass es ein Trend ist.

56 I: Wenn man schaut, welche Unternehmen ein Betriebliches Gesundheitsmanagement vorhalten, dann ist es doch eher die Industrie, Krankenhäuser weniger und das, obwohl, wie Sie so schön gesagt haben, im Krankenhaus eigentlich alles da ist. Worin liegt der Grund?

57 B3: Da gibt es ja diesen Spruch: Der Schuster hat den schlechtesten Leisten. Ich denke, das hängt damit tatsächlich zusammen. Es ist wirklich so, die Unternehmen, in denen Gesundheit produziert wird, richten diese Fähigkeit viel seltener auf die Mitarbeiter als die Unternehmen, wo es eher um Produktivität, industrielle Fertigung oder so etwas geht. Warum das so ist, kann ich nicht beantworten. Das ist definitiv so. Warum das so ist, weiß ich auch nicht.

58 I: Das Präventionsgesetz rückt in greifbare Nähe. Wie sehen Sie in dem Zusammenhang die Chance, dass die Unternehmen für die Mitarbeiter-Gesundheit noch mehr sensibilisiert werden?

59 B3: Ich denke, darin liegt eine große Chance. Es stellt uns einen rechtssicheren Rahmen zur Verfügung, der Pflichten und Rechte auf beiden Seiten – Arbeitnehmer und Arbeitgeber miteinander sinnvoll verbindet. Natürlich ist es so, dass das Ausfüllen dieses Rahmens immer noch in der Verantwortung der Führungskräfte und Unternehmensleitungen bleibt. Es gibt vielleicht aber mehr Orientierung und vielleicht auch ein höheres Maß an Verbindlichkeit, das denke ich schon.

60 I: Zurzeit gibt es durch das Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetz ohnehin rechtliche Vorgaben, die die Unternehmen erfüllen müssen. Sie denken, durch das Präventionsgesetz ist da noch Potenzial nach oben?

61 B3: Es wird einfach dadurch noch einmal übergeordnet eingeordnet werden. Es wird einfach keine kleine Geschichte mehr, wo man sich aus jedem gesetzlich geregelten Bereich etwas herausuchen muss, sondern es gibt einen übergeordneten Rahmen und der ist, glaube ich, ganz wichtig.

62 I: Gibt es noch irgendwas, was Sie ergänzen möchten, was Ihnen wichtig ist und wonach nicht gefragt wurde?

63 B3: Also ich würde noch einmal zumindest herausstellen, gesagt wurde es schon (...). Der Erfolg, den wir am Klinikum haben, wir haben ja vor einigen Jahren diesen Bundespreis gewonnen mit dem Thema. Der Erfolg war sehr stark daran geknüpft, dass diese Idee des Betrieblichen Gesundheitsmanagements von vorn herein von der Geschäftsleitung initiiert und getragen wurde und es immer Unterstützung gibt, wenn wir neue Ideen

haben. Zugleich hängt der Erfolg auch am verantwortungsvollen Umgang mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen und dafür braucht es jemanden, der das bisschen zentral in der Hand hält. Als Drittes ist bestimmt ebenso erfolgsbegleitend ein gutes Marketing, eine klare Ausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und eine klare Zielgruppenorientierung und -ansprache.

64 I: Ein schönes Schlusswort – vielen Dank für das Interview.

65 B3: Sehr gern.

Anhang 4: Einverständniserklärung zur Durchführung eines Interviews

Einverständniserklärung zur Durchführung eines Interviews

- Die Teilnahme am Interview ist freiwillig.
- Das Interview erfolgt im Rahmen der Erstellung der Bachelorthesis an der Westsächsischen Hochschule in Zwickau.
- Für die Durchführung und wissenschaftliche Auswertung des Interviews ist verantwortlich:

Christin Wasiak
Kochstraße 29
09116 Chemnitz
E-Mail: christin.wasiak.bo8@fh-zwickau.de
Tel: 0162 / 31 73 145

- Die Auswertung wird von Dr. phil. David Rester im Rahmen der Bachelorarbeit betreut. Die Verantwortlichen tragen dafür Sorge, dass alle erhobenen Daten des Interviews streng vertraulich behandelt werden und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet werden.
- Der Interviewte erklärt sein Einverständnis mit der Tonbandaufnahme und wissenschaftlichen Auswertung des Interviews. Nach Ende der Bandaufnahme können auf seinen Wunsch einzelne Abschnitte des Gesprächs gelöscht werden.
- Die Tonbandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt. Sie ist nur der unter Punkt 3 genannten Person zugänglich.
- Zu Auswertungszwecken wird von der Aufnahme ein schriftliches Protokoll angefertigt. Name und Identität des Interviewpartners werden auf dem Protokoll unkenntlich gemacht und für eventuell spätere Rückfragen gesondert aufbewahrt.
- Kurze Ausschnitte, aus denen die Person des Interviews nicht identifiziert werden kann, können aus dem Protokoll in der Bachelorarbeit zitiert werden.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen, ohne dass irgendwelche Nachteile für mich entstehen.

Mit oben genannten Punkten erkläre ich mich einverstanden.
Ich habe eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

(Ort, Datum)

(Interviewte Person)

(Ort, Datum)

(Interviewer)

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Bachelorthesis selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Stellen sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keinem anderen Prüfungsamt vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift