

Freie wissenschaftliche Arbeit zur Erlangung des Grades eines  
Masters in Sozialmanagement an der Alice Salomon Hochschule  
Berlin (Masterarbeit)

Thema: Strategien und Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements  
in Organisationen der Sozialwirtschaft

Eingereicht bei

Erstleser: Herr Prof. Dr. Björn Egbert

Zweitleser: Frau Anna Holfeld

Von. Jens Brunnlieb-Richter

Matr.-Nr.: 00037057

Berlin, den 15.01.2018

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. DAS ZIEL DIESER ARBEIT/VORWORT .....</b>	<b>1</b>
1.1 Fragestellung.....	3
1.2 Vorgehensweise .....	4
<b>2. GRUNDLAGEN DES BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENTS - BEGRIFFSERKLÄRUNGEN .....</b>	<b>4</b>
2.1 Die drei Säulen des betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	7
2.2 Am Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagement beteiligte Personen.....	9
2.3 Rolle der Führungskräfte .....	9
2.4 Hindernisse bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements ....	11
2.4.1 Fehlende Kommunikation und Information .....	11
2.4.2 Der Zusammenhang von Unternehmenskultur und Gesundheit .....	12
2.5 Salutogenese im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	19
2.5.1 Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements .....	21
<b>3. PHASEN DER DURCHFÜHRUNG.....</b>	<b>22</b>
3.1 Einstieg.....	22
3.2 Verankerung in der Organisation .....	23
3.3 IST-Analyse.....	25
3.3.1 Analyseinstrument Mitarbeiterbefragung.....	27
3.4 Handlungsfelder .....	28
3.5 Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen .....	29
<b>4. MANAGEMENTSTRATEGIEN IM BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSMANAGEMENT .....</b>	<b>30</b>
4.1 Partizipation und Bildung .....	30
4.2 Mitarbeiterbindung .....	33
4.3 Organisationskultur und Führung.....	36
4.4 Sozialmanagement .....	38

<b>5. SOZIALWIRTSCHAFT .....</b>	<b>40</b>
5.1 Begriffsbestimmung und Definitionen.....	40
5.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Sozialwirtschaft und Erwerbswirtschaft	42
5.3 Demografie und Fachkräftesituation.....	45
5.4 Atypische Beschäftigungsformen .....	48
5.5 Lohnunterschiede.....	51
<b>6. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN.....</b>	<b>54</b>
6.1 Partizipation und Bildung .....	54
6.2 Mitarbeiterbindung .....	60
6.3 Organisationskultur .....	62
6.4 Sozialmanagement .....	66
<b>7. FAZIT.....</b>	<b>69</b>
<b>8. LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>73</b>

## **1. Das Ziel dieser Arbeit/Vorwort**

Forschungsergebnisse, wie etwa die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, die Gesundheitsberichte der Krankenkassen oder der seit 1999 jährlich erscheinende Fehlzeiten-Bericht, der auf umfassende Datenbestände von AOK-Versicherten zurückgreift, belegen, wie wichtig die Gesundheit von Beschäftigten für Unternehmen ist. So können Aspekte der betrieblichen Gesundheit, wie zum Beispiel Motivation und Wohlbefinden der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, ein Garant für ein leistungsfähiges Unternehmen sein (vgl. Struhs-Wehr, S. 3, vgl. [www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberichterstattung.html](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberichterstattung.html), Zugriff: 01.11.2017; vgl. <http://www.tk.de/tk/gesundheitsreport/934484>, Zugriff: 01.11.2017; vgl. Badura, 1999-2016).

Die Verbesserung der Gesundheit von Beschäftigten hat zudem einen positiven Effekt auf die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens. So werteten Schwenker und Wittig über 1000 Studien weltweit aus und kamen zu dem Ergebnis, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen die krankheitsbedingten Fehlzeiten um 30-40 % reduzieren (vgl. Schwenker, B., & Wittig, M., 2012). Demgegenüber stehen 53 Milliarden Euro Produktionsausfallkosten, die die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin für das Jahr 2012 beziffert und auf krankheitsbedingte Fehlzeiten zurückführt (vgl. [https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2013-1318306.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf). Zugriff: 07.09.2017).

Demgegenüber zeigt die Techniker Krankenkasse mit ihrem jährlichen Gesundheitsreport jedoch einen Trend einer sich Jahr für Jahr verschlechternden Gesundheitssituation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf. Für das Jahr 2015 verzeichnet die Krankenkasse 5,5 Millionen Arbeitsunfähigkeiten und 72,3 Millionen Fehlzeiten und damit im Vergleich zum Vorjahr einen Anstieg von 4,2 Prozent (vgl. TK Gesundheitsreport 2016). Diese Erkenntnisse deuten auf den Nutzen von gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Belegschaft und den positiven Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit von Unternehmen hin. Andererseits zeichnet sich ein negativer Trend über die Entwicklung von Gesundheit für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den letzten Jahren ab. In der Konsequenz dieses Zusammenhanges ist ein zu erwartendes Verhalten der Unternehmen die Einleitung von gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, um Produktionsausfallkosten zu minimieren, krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren und die Gesundheit der Beschäftigten zu erhöhen.

Hier ergibt sich allerdings eine Diskrepanz, denn lediglich 36 Prozent der Unternehmen in Deutschland bieten ihren Beschäftigten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung an, während 64 Prozent der Unternehmen darauf verzichten (vgl. iga.Report

20.[http://www.igainfo.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_20\\_Umfrage\\_BGM\\_KMU\\_final\\_2011.pdf](http://www.igainfo.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf). Zugegriffen: 21.09.2017).

Gleichzeitig empfinden rund ein Drittel der deutschen Berufstätigen die schneller und komplexer werdenden Arbeitsanforderungen als stressauslösend und sehen ihre Gesundheit am Arbeitsplatz in Gefahr (vgl. Altenhöner, T., Köhler, M., & Philippi, M., 2014, S. 3-9).

Die Komplexität der Arbeitswelt, mit ihren wachsenden Dynamiken und schnell erforderlich werdenden Veränderungsprozessen zählt zu den Herausforderungen für Organisationen und ihre Beschäftigten. In der Forschung zu betrieblicher Gesundheit werden diese Herausforderungen der Arbeitswelt an die Beschäftigten gleichgesetzt mit Gründen, die für eine Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems in Unternehmen sprechen. Verschiedene Autoren grenzen diese Gründe auf folgende Bereiche ein:

- Fachkräftewettbewerb
- demografischer Wandel
- Technisierung und Digitalisierung
- Gesundheitsreformen (vgl. DAK Forschung, 2013, DAK\_Gesundheitsreport, [https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2013-1318306.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf). Zugegriffen: 7. Sept. 2017), <https://produktmanager.net/2016/arbeiten-4-0-und-die-veraenderung-der-arbeitswelt/>; Zugriff am 06.09.2017; vgl. Halbe-Haenschke, 2017, S. 14; vgl. Perwiss, 2017, <https://www.perwiss.de/betriebliches-gesundheitsmanagement.html#Vorteile>, Zugriff: 01.11.2017).

Vor diesem Hintergrund nimmt es sich diese Arbeit unter Beachtung dieser Herausforderungen zum Ziel, in mehreren Schritten zu untersuchen, welche Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung Gegenstand der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion sind. Sie wird außerdem eine klare Trennlinie zwischen Organisationen der Sozialwirtschaft und erwerbswirtschaftlichen Unternehmen ziehen und Handlungsempfehlungen für sozialwirtschaftliche Unternehmen formulieren, die ein betriebliches Gesundheitsmanagement-System implementieren möchten. Dies ist erforderlich, weil die spezifischen Unterschiede von sozial- und erwerbswirtschaftlichen Organisationen, wie in der Forschungsfrage formuliert wird, individuelle Maßnahmen bei der Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen benötigen.

Um ein tragfähiges und nachhaltiges Modell für Arbeit und Gesundheit zu entwickeln, bedarf es eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, welches sich der Komplexität der die Gesundheit beeinflussenden Faktoren der Arbeitswelt annimmt (vgl. Struhs-Wehr,

2017, S. 179). Dazu ist es notwendig, betriebliche Gesundheitsförderung als ein komplexes Management-System zu verstehen, welches sich mit den Zusammenhängen zwischen Ökonomie und Gesundheit in Organisationen auseinandersetzt. Der zentrale Ansatzpunkt für Unternehmen bildet die Reduzierung von Personalkosten durch Förderung individueller Gesundheit und Schaffung gesundheitsgerechter und leistungsförderlicher Arbeitssysteme (vgl. Kaminski 2013, S. 68).

Der Bereich der Sozialwirtschaft wird deshalb genauer betrachtet, weil dieser mittlerweile einen erheblichen volkswirtschaftlichen Stellenwert besitzt. Öffentliche Träger und Non-Profit-Unternehmen stellen einen ökonomischen und arbeitsmarktpolitischen Faktor dar (vgl. Boeßenecker 2013b, S. 968 ff; Zimmer 2009, S. 123 ff; Halfar 2013, S. 901 ff in Arnold/Grundewald/Maedicke, 2014, S. 34).

Der Autor dieser Arbeit verwendet den Begriff der Sozialwirtschaft. Ihm ist bewusst, dass der Begriff im ursprünglichen Sinne soziale und gesundheitsbezogene Dienstleistungen umfasst, mittlerweile jedoch erwerbswirtschaftliche Unternehmen, Kostenträger auf Seiten des staatlichen Sektors sowie Personen und Gemeinschaften aller Art hinzukommen (vgl. Zimmer, 2009, S. 117). Der Autor verwendet außerdem in Abgrenzung zum Begriff der Sozialwirtschaft den Begriff der *erwerbswirtschaftlichen Unternehmen*. Er verzichtet auf die Bezeichnung *profitwirtschaftliche Unternehmen*, wie sie beispielsweise in Ahlrich (vgl. 2016, S. 53-57) zu finden sind, weil der Wortteil *Profit* nach Ansicht des Autors tendenziös wahrgenommen werden könnte und in seiner wörtlichen Bedeutung dazu verleiten könnte, den derart titulierten Unternehmen soziale Verantwortung, Gemeinnützigkeit, etc. abzuerkennen. Dem Autor ist außerdem bewusst, dass in der Fachwelt die Frage nach einer trennscharfen Definition beider Begriffe nicht abschließend diskutiert wurde. Eine vertiefende definitorische Betrachtung sowie die Darstellung von Unterschieden und Gemeinsamkeiten der Begriffe werden daher in Abschnitt fünf vorgenommen. Sie bilden die Grundlage für die zentrale Fragestellung dieser Arbeit.

## **1.1 Fragestellung**

Auf Grundlage der aktuellen Forschungsergebnisse zur betrieblichen Gesundheit und der Abgrenzung von Sozialwirtschaft zur Erwerbswirtschaft wird diese Arbeit hinterfragen, ob es bei der Installation von Strategien und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Organisationen der Sozialwirtschaft wesentliche Unterschiede zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen gibt.

Um sich dieser Fragestellung anzunähern, müssen folgende Leitfragen beantwortet werden:

1. Welche wissenschaftlichen Erkenntnisse bestehen zur Installation von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheit im Allgemeinen und spezifisch für Sozialunternehmen?

2. Wie unterscheidet sich die Sozialwirtschaft von der Erwerbswirtschaft und welche Bedeutung haben Fragen der betrieblichen Gesundheit dabei?

3. Welche Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems sind in Sozialunternehmen förderlich, und sind Unterscheidungen zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen erkennbar?

Damit orientiert sich die Untersuchung an folgender Hypothese:

Sozialwirtschaftliche Unternehmen unterscheiden sich in ihren Rahmenbedingungen grundlegend von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen (Zielstellungen, Finanzierung, Kundenbegriff). Daher benötigen sie bei der Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung spezifische Konzepte und Instrumente.

## **1.2 Vorgehensweise**

Entsprechend der bisherigen Aussagen besteht das Forschungsinteresse auf der Überprüfung der in der Hypothese unterstellten besonderen Anforderungen sozialwirtschaftlicher Unternehmen hinsichtlich der Anwendbarkeit von Strategien und Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. Der Themenbereich *betriebliches Gesundheitsmanagement* wird den theoretischen Teil dieser Arbeit bilden und einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung wiedergeben.

Im analytischen Teil dieser Arbeit werden die Themenbereiche Sozialwirtschaft und erwerbswirtschaftliche Unternehmen gegenübergestellt. Die Ergebnisse dieser Gegenüberstellung bilden die Grundlage für die abschließende kritische Bewertung. In dieser Bewertung werden Impulse für die Sozialwirtschaft formuliert, die Unternehmen bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements beachten sollten.

## **2. Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements - Begriffserklärungen**

### **a. Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement**

In Übereinstimmung mit Bamberg (vgl. 2011, S. 127) ist eine klare konzeptuelle Unterscheidung der Begrifflichkeiten zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement wichtig, da sie in der Literatur in den letzten Jahren teilweise ergänzend oder erweiternd benutzt werden (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 16). Der wesentliche Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement besteht nach Kaminski in der Dauer der jeweiligen Maßnahmen. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist durch seinen nachhaltigen Nutzen für die Beschäftigten in Unternehmen gekennzeichnet, während betriebliche Gesundheitsförderung durch kurzzeitigen Aktionismus geprägt ist. Der zentrale Unterschied, den Kaminski in seiner

Gegenüberstellung herausarbeitet, ist die Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Akzeptanz der Führungskräfte im betrieblichen Gesundheitsmanagement im Vergleich zur Gesundheitsförderung. Gesundheitsförderung legt den Schwerpunkt auf Einzelaktivitäten und Kurse, die jedoch keine Einbindung der Beschäftigten erfordert. Häufig werden diese Aktivitäten durch externe Anbieter durchgeführt. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement sind alle Mitarbeiter in die Planung und Durchführung von Aktivitäten eingebunden. Dies führt zu einer höheren Akzeptanz unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Mitwirkung und Übernahme von Verantwortlichkeiten der Führungskräfte ist ebenfalls ein wesentlicher konzeptioneller Unterschied. Kaminski beobachtet, dass viele Führungskräfte Gesundheitsförderung nicht als Führungsinstrument einsetzen. Der Schritt von der Gesundheitsförderung zu betrieblichem Gesundheitsmanagement gelingt, wenn Führungskräfte Gesundheit als Führungsaufgabe wahrnehmen, in die jährlichen Zielvereinbarungen aufnehmen und aus den Ergebnissen Kennwerte ermitteln (vgl. Kaminski 2013, S. 26).

Die definitorische Betrachtung offenbart weitere Unterschiede der Begrifflichkeiten. So bezeichnet Schmidbleicher die Definition von Badura 1999 als gängige Definition, die durch weitere Definitionen ergänzt wird. Darin heißt es:

„Betriebliches Gesundheitsmanagement ist die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sollen den Beschäftigten und dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen. Betriebliches Gesundheitsmanagement betrachtet die Gesundheit des Beschäftigten als strategischen Faktor, der Einfluss auf die Leistungsfähigkeit, die Kultur und das Image der Organisation hat. Betriebliches Gesundheitsmanagement bezieht Gesundheit in das Leitbild, in die (Führungs-) Kultur, in die Struktur und in die Prozesse der Organisation ein“ (vgl. Schmidbleicher, 2017, S. 5).

Im Gegensatz dazu fokussiert die Definition der Autoren des zwanzigsten Reports der Initiative Gesundheit und Arbeit die Faktoren Analyse und Auswertung und definiert betriebliches Gesundheitsmanagement als einen „systematischen, auf den Betrieb abgestimmten Prozess, der alle Unternehmensebenen einschließt, bedeutet ein Vorgehen, das die Schritte Analyse, Planung von Maßnahmen und deren Durchführung sowie eine sich daran anschließende Bewertung enthält. Unter BGM ist somit ein auf den einzelnen Betrieb abgestimmter Prozess zu verstehen, der darauf abzielt, sowohl betriebliche Rahmenbedingungen gesundheitsgerecht zu gestalten als auch gesundheitsförderliches Verhalten der Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz durchzuführen“ (vgl. IGA-Report, 2011, S. 14).



Beide Definitionen stellen heraus, dass betriebliches Gesundheitsmanagement ein strategischer Prozess ist, der Teil der Organisation, der Struktur und Kultur ist und sich daher von vereinzelt Aktionen zur Gesundheitsförderung abgrenzt. Die Begriffe *Unternehmen* und *Organisation* finden in beiden Darstellungen Anwendung. Sie wurden ebenfalls in der Einleitung dieser Arbeit verwendet und werden im weiteren Verlauf im Zusammenhang mit betrieblicher Gesundheit, Kultur und Entwicklung eine zentrale Bedeutung haben. Deshalb erfolgt eine begriffliche Einordnung.

#### b. Der Organisationsbegriff

Der Organisationsbegriff kann nach Holdenrieder in Abhängigkeit vom begleitenden Hilfsverb zwei Bedeutungen transportieren. Zum einen *ist* etwas eine Organisation und kennzeichnet damit eine Institution. Zum anderen *hat* etwas eine Organisation und besitzt damit einen instrumentellen Charakter. Der institutionelle Organisationsbegriff betrachtet die Organisation als System. Um eine Organisation als solche bezeichnen zu können, müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- die Organisation muss zielgerichtet arbeiten und einen Zweck und Interesse verfolgen
- eine gewisse Arbeitsteilung und/oder Zuständigkeitsordnung muss gegeben sein
- die Identifizierbarkeit eines *Innens und Außens* muss vorliegen

Während der institutionelle Organisationsbegriff das System als Ganzes betrachtet, beinhaltet der instrumentelle Organisationsbegriff die Sicht auf die einzelnen Bestandteile einer Organisation in ihrer Funktionalität (vgl. Holdenrieder 2013, S. 36-39).

Im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagement haben beide Erklärungsmodelle Relevanz. Sie sind für Veränderungsprozesse in Organisationen verantwortlich. Im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird dargelegt, dass die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems immer die Analyse eines IST-Zustandes erfordert. Der institutionelle Organisationsbegriff überprüft diese Anforderungen und betrachtet die Organisation aus einer ganzheitlichen Perspektive hinsichtlich der aktuellen Gesundheitssituation. Betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert jedoch auch Veränderungen und Wandel von einzelnen Abteilungen und Bereichen. Regeln und Zusammenhänge des bisherigen Organisierens werden hinterfragt und Veränderungsnotwendigkeiten aufgedeckt (instrumenteller Organisationsbegriff).

## 2.1 Die drei Säulen des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Gesundheitsförderung in Unternehmen hat in den letzten drei Jahrzehnten eine Entwicklung durchlaufen, an deren Anfang die Arbeitssicherheit im Fokus stand und bei der heute von präventiven Maßnahmen ausgegangen wird, um Krankheit zu vermeiden. Struhs-Wehr (2017) und Schmidtbleiher (2017) sprechen von drei Säulen, aus denen sich ein betriebliches Gesundheitsmanagement zusammensetzt: dem Arbeitsschutz, dem betrieblichen Eingliederungsmanagement und der Gesundheitsförderung. Eine Betrachtung dieser Entwicklung ist notwendig, um zu verstehen, warum es zu unterschiedlichen Graden der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in Unternehmen kommt. Insbesondere die Größe des Unternehmens hat einen Einfluss auf die Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, wie die Ergebnisse einer Befragung von kleinen und mittleren Unternehmen in Rheinland-Pfalz aus dem Jahr 2012 zeigen. Kenntnisse über mögliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheit aufgrund der Größe der Unternehmen sind von Bedeutung, weil kleine und mittlere Unternehmen einen erheblichen Anteil unter den Wirtschaftsunternehmen abbilden (Institut für Arbeit, Soziales und Umweltmedizin, 2014, S. 11). Deshalb ist es für Unternehmen wichtig zu wissen, welche Teilbereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagement gesetzlich vorgeschrieben sind und welche Bereiche freiwillig sind.

Gerade in kleineren und mittleren Unternehmen hat sich betriebliches Gesundheitsmanagement noch nicht etabliert. Als Hauptgründe werden der zusätzliche organisatorische Aufwand und hohe Kosten, sowie die Unterbrechung des Tagesgeschäfts befürchtet. Weiterhin sind zusätzliche Personalkosten (z. B. Freistellung, Erweiterung von Verantwortungsfunktionen), interne Sachkosten (z. B. räumliche Veränderungen zum Raucherschutz, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung) oder externe Sachkosten (z. B. für externe Unternehmensberatungen, Kooperation mit Sport- und Fitnessanlagen) in kleineren und mittleren Unternehmen als zusätzliche Ressourcen häufig knapp. Eine Umfrage des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin hat gezeigt, dass insbesondere in kleinen und kleinsten Unternehmen sowohl finanzielle als auch personelle Ressourcen knapp sind. Der Aussage, dass Aufwand und Kosten des betrieblichen Gesundheitsmanagements dem Nutzen entsprechen, stimmen nur 29 Prozent der Befragten zu (Institut für Arbeit, Soziales und Umweltmedizin, 2014, S. 17).

Vor diesem Hintergrund könnte es sein, dass kleinere und mittlere Unternehmen sich auf die gesetzlich vorgeschriebenen Bereiche des Arbeitsschutzes und des betrieblichen Eingliederungsmanagements begrenzen, während größere Unternehmen gezielt

gesundheitsfördernde Maßnahmen einleiten können. Diese drei Bereiche umfassen den Begriff des betrieblichen Gesundheitsmanagements und werden im Folgenden dargestellt.

Als Ausgangspunkt für die betriebliche Gesundheitsförderung und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement nennen unterschiedliche Autoren, wie Schönstein (vgl. <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungendergesundheitsfoerderung/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien>, Zugriff am 25.10.2017) und Ternès (vgl. 2017, S. 20) die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa im Jahr 1986. In dieser Konferenz wurden erste Impulse für die 1989 von der Europäischen Union verabschiedete Rahmenrichtlinie über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit gesetzt. Das 1996 verabschiedete Arbeitsschutzgesetz war die Umsetzung dieser Richtlinie in geltendes nationales Recht. Darin wurden Arbeitgeber verpflichtet, Verantwortung für die Sicherheit und den Schutz der Gesundheit seiner Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu übernehmen und umzusetzen (vgl. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf). Zugegriffen: 12. Aug. 2016).

Die zweite Säule ist das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM), welches für den Arbeitgeber ebenfalls verpflichtend ist. Es soll die Reintegration der Beschäftigten nach über sechswöchiger Krankheit unterstützen und damit Fehlzeiten reduzieren und Arbeitsunfähigkeiten überwinden (vgl. BMAS, 2013, <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement>, Zugriff am 10.10.2017).

Die für die Gesundheit der Beschäftigten bedeutendste Säule ist die Gesundheitsförderung. Im Unterschied zum Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement ist sie für den Arbeitgeber gesetzlich nicht verpflichtend. Gesundheitsförderung erreicht mit proaktiven Maßnahmen im Vergleich zu den Präventionsmaßnahmen des Arbeitsschutzes einen Ressourcenfokus, der Beschäftigte einerseits unterstützt und andererseits dazu befähigt, ihre eigenen Gesundheitspotentiale zu erkennen und zu entwickeln. In Abgrenzung zum Arbeitsschutz erfolgt eine Fokussierung auf die Ressourcen der Beschäftigten. Es findet keine Orientierung an den Defiziten und Schwächen statt. Die Gesundheitsförderung betrachtet den Menschen als ein autonom handelndes Subjekt, welches seine Potentiale und Stärken besitzt (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 178).

## **2.2 Am Prozess des Betrieblichen Gesundheitsmanagement beteiligte Personen**

Die Beteiligung der Beschäftigten bei der Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Prozesses ist sowohl auf der Seite der Beschäftigten als auch auf der Seite des Arbeitgebers von essentieller Bedeutung (vgl. Kaminski, 2013, S. 23). Um die notwendige Akzeptanz für die Implementation eines betriebliches Gesundheitsmanagements innerhalb des Unternehmens zu erreichen, müssen alle Ebenen an den Prozessen beteiligt sein und gemeinsam agieren. Als wesentliche Beteiligten nennt Halbe-Haenschke:

- Geschäftsführung
- Personal- und Organisationsentwicklung
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Betriebsarzt
- Betriebliches Eingliederungsmanagement (vgl. Haenschke, 2017, S. 26).

Für das Zusammenwirken dieser Akteure benötigen Unternehmen Koordinatoren, die in der Folge die Beteiligung aller steuern. Dabei hilft die Einrichtung von Steuerungs-, Lenkungs- und Arbeitskreisen. Die Gestaltung von Schnittstellen der bisher exklusiv agierenden Bereiche ist die Aufgabe der Koordination und erfordert die Akzeptanz der bisherigen Ergebnisse der jeweiligen Bereiche (vgl. Haenschke, 2017, S. 27).

In dieser Aufzählung der am Prozess Beteiligten Personen fehlen allerdings die Führungskräfte. Ihnen wird in der Fachliteratur eine besondere Rolle bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zugeschrieben, weil sie durch ihre Vorbildfunktion einen erheblichen Einfluss auf die Motivation der Beschäftigten ausüben.

## **2.3 Rolle der Führungskräfte**

Verschiedene Autoren sind sich darüber einig, dass den Führungskräften bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems eine besondere Rolle zugeschrieben wird. In aktuellen Forschungen wird die Bedeutung dieses Personenkreises deutlich, wie etwa bei Amler (2015, S. 354-361), Bamberg und Ducki (2011) und Kaminski (2013, S. 84-90).

Die Führungskräfte übernehmen nach Amler drei wesentliche Funktionen: Die Management-, Führungs- und Vorbildfunktionen. Damit tragen sie im höchsten Maße zur Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit ihrer Unternehmen bei. Der Funktion *Vorbild* wird im

Zusammenhang mit betrieblichem Gesundheitsmanagement eine besondere Rolle zugeschrieben. Wenn Führungskräfte Vorbilder sind, kann sich eine gesundheitsbezogene und nachhaltige Unternehmenskultur entwickeln (Ternès, 2017, S. 181). Die Richtung muss jedoch das Top-Management vorgeben und das Thema Gesundheit in den Leitlinien des Unternehmens verankern und aus ihnen eine Unternehmensstrategie ableiten. In den formulierten Leitlinien drücken sich die Werte des Unternehmens aus. Sie sind richtungsweisend und spiegeln die Haltung des Unternehmens gegenüber ihrer Belegschaft wider. „Die Gesundheit unserer Mitarbeiter liegt uns am Herzen, denn wir wissen, dass der Mensch eine tragende Säule für unseren Unternehmenserfolg darstellt. Deshalb wollen wir wirtschaftliche Ziele mit gesundheitsbezogenen Zielen verknüpfen“, ist eine von Ternès (vgl. 2017, S. 181) beispielhaft verwendete Formulierung, aus der sich die Unternehmenswerte ableiten lassen. Im Zusammenspiel dieser Leitlinien mit dem vorbildhaften Verhalten der Führungskräfte und letztendlich der Mitarbeiter, kann der fortlaufende Prozess zu einer nachhaltigen, gesundheitsbezogenen Unternehmenskultur gelingen.

Auch Ternès betont die Notwendigkeit der Integration von Ziel-, Betriebs- oder Dienstvereinbarungen in die Unternehmensstrategie zur Verstärkung der Akzeptanz. Sie sind wichtig für die persönliche Überzeugung der Führungskräfte in ihrer Vorbildfunktion. Die Autorin stellt außerdem fest, dass Führungskräfte im mittleren Management mit besonderen Belastungen konfrontiert werden, da sie sich sowohl mit den Vorgesetzten als auch den Untergeordneten auseinandersetzen müssen. Erleben sie die Kommunikation zur Umsetzung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheit als von oben verordnet, besteht die Gefahr, dass sie das Vorhaben ausschließlich als zusätzliche Belastung erleben und damit nicht in die gewünschte Vorbildrolle gelangen. Die persönliche Überzeugung der Führungskräfte ist daher wichtig, und als Argumentation für das betriebliche Gesundheitsmanagement kann durchaus der Verweis auf eine Verbesserung der Produktion und Produktivität helfen. Damit sind Führungskräfte in einer Position, die für die Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sowohl einschränkend (bei als Stressfaktor erlebend) als auch fördernd (bei positiver Einstellung) ist (vgl. Ghadiri, 2017, S. 7-10).

Dass Führungskräfte eine hohe Verantwortung bei der Implementation des betrieblichen Gesundheitsmanagements haben, wird in den verschiedenen Quellen benannt. Der Autor möchte an dieser Stelle jedoch hervorheben, dass für die Umsetzung der Führungsaufgaben die Komplexität eines Unternehmens beachtet werden muss, denn Führungskräfte benötigen zur Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht nur zeitliche, personale und finanzielle Ressourcen. Die bestehende oder noch zu

entwickelnde Unternehmenskultur hat einen wesentlichen Einfluss auf das Gelingen dieses Vorhabens. Dieser Aspekt ist neben der internen Kommunikation und Informationsverbreitung eines der Hindernisse, denen sich Unternehmen bei der Etablierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen stellen müssen.

## **2.4 Hindernisse bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements**

### **2.4.1 Fehlende Kommunikation und Information**

Eine Befragung der Techniker Krankenkasse unter kleinen und mittelständischen Unternehmen aus dem Jahr 2008 ergab, dass die Hauptgründe, die eine Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems verhindern, im Bereich der Kommunikation, Information und Transparenz zwischen den Beschäftigten und den für die Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements verantwortlichen Personen liegen. So gaben die befragten Mitarbeiter der Unternehmen an, dass weder die genauen Inhalte noch die konkreten Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ausreichend bekannt sind. Es bestehen Unkenntnisse über den langfristigen Nutzen von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Messbarkeit von festen Kennzahlen. Aufgrund dieser fehlenden Informationen, die entweder von der obersten Leitung, den Führungskräften oder der Koordination für betriebliches Gesundheitsmanagement ausgehen muss, wird betriebliches Gesundheitsmanagement als Mehrbelastung empfunden und der tatsächliche Aufwand nicht erkannt. Unwissenheit über das Verhältnis zwischen anfallenden Kosten und dem Nutzen sind häufig eine Schwelle, aufgrund derer Unternehmen von einer Implementierung eines BGM absehen (vgl. Meyer, 2008. S. 26).

Bechmann untermauert diese Erkenntnisse mit Zahlen aus einer Befragung der *Initiative Gesundheit und Arbeit* und identifiziert anhand dieser, weitere Hürden, die im Kern ihrer Aussage ebenfalls den Bereich der Unternehmenskommunikation treffen. So gehen 34 Prozent der befragten Unternehmen davon aus, dass betriebliches Gesundheitsmanagement zu kostspielig sei.

Über 70 Prozent der befragten Unternehmen haben Bedenken, das Tagesgeschäft zu unterbrechen und geben an, weder zeitliche noch personelle Ressourcen zu finden. Daraus schließt Bechmann einen Aufklärungsbedarf hinsichtlich des enormen Potentials eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. 38 Prozent der Unternehmen fehlt das Wissen über die Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und bei 12 Prozent der Unternehmen fehlt die Unterstützung des Betriebsrates (vgl.

[http://www.igainfo.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/igaReporte\\_Projektberichte/iga\\_report\\_20\\_Umfrage\\_BGM\\_KMU\\_final\\_2011.pdf](http://www.igainfo.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/igaReporte_Projektberichte/iga_report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf). Zugegriffen: 6. Sept. 2017).

In der Gesamtbetrachtung ist festzustellen, dass Hindernisse aufgrund von Wissensdefiziten entstehen. Auffällig dabei ist, dass sowohl die Seite des Arbeitgebers Hindernisse benennt (fehlendes Wissen über die Umsetzung, fehlendes Wissen über langfristigen Nutzen) als auch die Seite der Mitarbeiter (keine zeitlichen Ressourcen, Tagesgeschäft kann nicht unterbrochen werden). Kaminski nennt diese Hindernisse *Die Angst der Veränderung*. Diese Ängste sind bei der Einführung von neuen Methoden, Programmen, Arbeitsfeldern etc. in jedem Unternehmen erkennbar und führen häufig dazu, dass Neuerungen bereits in der Phase der Planung wieder abgebrochen werden. Genommen werden kann diese Angst, so der Autor, durch Kommunikation, Überzeugungsarbeit und Beteiligung aller Mitarbeiter. Durch interne Marketing-Strategien muss die Win-Win-Situation, die für Arbeitgeber und Arbeitnehmer langfristig durch Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements entsteht, transparent vermittelt werden. Dabei ist es wichtig aufzudecken, welchen Nutzen jeder Einzelne davon hat (vgl. Kaminski, 2013, S. 49).

Kaminski überträgt der Kommunikation auch die Aufgabe der Einbindung aller Stakeholder in das jeweilige Vorhaben. Die Besonderheit liegt darin, allen Beteiligten (Betriebsarzt, Sozialdienst, Arbeitsschutz, etc.) der bisherigen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheit – und sind sie auch noch so gering und wenig strukturiert – Wertschätzung entgegen zu bringen. Das *Stakeholder-Management* ist einer der wesentlichen Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements-Beauftragten. Das Ziel ist die Zusammenführung von einzelnen gesundheitsfördernden Maßnahmen hin zu einem strategischen System des betrieblichen Gesundheitsmanagement. Dazu ist es notwendig, jede Mitarbeiterin und jeden Mitarbeiter vom Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zu überzeugen (Kaminski, 2013, S. 50-52).

#### **2.4.2 Der Zusammenhang von Unternehmenskultur und Gesundheit**

*Je besser die Kultur einer Organisation mit den erworbenen Überzeugungen, Werten und Regeln ihrer Mitglieder übereinstimmt oder zumindest mit ihnen vereinbar ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass sie die emotionale Bindung fördert, die Gesundheit und das Betriebsergebnis* (vgl. Badura/Ehresmann, 2016, Fehlzeitenreport 2016, S. 81).

Diese These war der Ausgangspunkt einer Untersuchung von Badura und Ehresmann unter 17 Organisationen hinsichtlich des Zusammenhangs von Organisationskultur und Gesundheit.

Der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Organisationskultur ist Gegenstand der sozialwissenschaftlichen Forschung. Beispielhaft seien in dieser Arbeit Erkenntnisse von

Badura/Ehresmann (2016), Flüter-Hoffmann (2016) und Beckmann/Meschede/Zok (2016) dargestellt. Die genannten Autoren bewerten die Kultur eines Unternehmens als bedeutsame Einflussgröße für unterschiedliche Faktoren wie Mitarbeiterbindung- und Gesundheit (vgl. Beckmann/Meschede/Zok, 2016, S. 43-45), die Zufriedenheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Flüter-Hoffmann, 2016, S. 33-35) und warnen, wie Badura/Ehresmann davor, unternehmenskulturelle Aspekte in Organisationen zu vernachlässigen. Sie seien einer der häufigsten Gründe, warum Wandel misslingt (vgl. Badura/Ehresmann, 2016, S. 81-83). Daher ist es wichtig, unternehmenskulturelle Aspekte zu erkennen und sie bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems zu berücksichtigen.

Eine Erläuterung des Begriffes Kultur im Unternehmenskontext ist daher sinnvoll, denn ein Veränderungsprozess, wie die Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen im Rahmen eines Managementsystems, wird durch die bestehende Kultur innerhalb des Unternehmens beeinflusst.

#### a. Der Kulturbegriff

Der Kulturbegriff wurde vielfältig und widersprüchlich definiert. Tylor formulierte bereits im Jahr 1871 eine erste anthropologische Kulturdefinition, die sich später auf Unternehmenskontexte übertragen ließ. Er definierte sie als komplexe Gesamtheit menschlicher Gewohnheiten. In dieser Definition wird deutlich, dass beschreibbare, überindividuelle Gewohnheiten innerhalb von Unternehmen existieren.

Zeitgemäße Definitionen betrachten Kultur als allgemeine Gewohnheit von Kollektiven, die von Diversität, Heterogenität, Divergenzen und Widersprüchen gekennzeichnet sind. Für die Unternehmenskultur entscheidend ist das sich entwickelnde Zugehörigkeitsgefühl. Die Frage nach der Steuerbar- und beeinflussbarkeit der Unternehmenskultur ist von wesentlicher Bedeutung für Managementprozesse und wird von Schönborn (2014) als ein Prozess beschrieben, der zwar vom Management veranlasst wird, jedoch von allen Organisationsmitgliedern getragen und gelebt werden muss. Der Prozess ist erlernbar, wandelbar und unterliegt verschiedenen Dynamiken, die einerseits Einheitlichkeit fördern und andererseits Differenzen aufdecken. Gemeinsame Verhaltensweisen von Organisationsmitgliedern und die daraus gemachten Erfahrungen bilden demnach ein gemeinsames Orientierungssystem. Beschränkt sie sich auf eine Gruppe von Beschäftigten innerhalb eines Unternehmens, beispielsweise die der Führungskräfte, so entsteht aus den gemeinsamen Führungserfahrungen eine Führungskultur. Der Begriff Kultur umschreibt dann gemeinsame Annahmen und Verhaltensweisen der Führungskräfte.



Es existiert eine Vielzahl von unterschiedlichen Dimensionen des Begriffes der Unternehmenskultur. Die Verbreitung des Begriffes fand in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen statt. So entstanden divergierende Auffassungen über kulturelle Zusammenhänge in Unternehmen sowie voneinander abweichende Sichtweisen auf das Thema (vgl. Martins, 2007, S. 45).

Unstrittig ist trotz des Fehlens einer einheitlichen Definition des Begriffes der Unternehmenskultur, dass Unternehmen Kultur produzieren. Eine Gruppe, die arbeitet und kommuniziert, besitzt über einen längeren Zeitraum Stabilität und Dauerhaftigkeit und entwickelt in diesem Zusammenhang Verhaltensregeln und Ordnungssysteme (vgl. Feldmann 2006, S. 19). Es entsteht eine ideelle und kognitive Beschaffenheit, die sich aus grundlegenden Annahmen, Überzeugungen und Wertvorstellungen zusammensetzt (vgl. Sackmann, 2002, S. 22 ff.).

Schein definiert Unternehmenskultur als „Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt“ (vgl. Schein, 1995, S. 25).

Aus dieser Definition leitet Schein ein weit verbreitetes Modell über den inneren Aufbau der Unternehmenskultur ab. So besteht der innere Aufbau der Unternehmenskultur aus drei Ebenen: den Artefakten, Werten und Grundannahmen.

Artefakte sind demnach wiederkehrende Rituale oder beobachtbare Verhaltensweisen, während Werte nur auf einer höheren Ebene der Organisationsmitglieder wiederzufinden sind. Werte finden sich häufig in Firmenleitbildern und Firmenphilosophien wieder und sind die Formulierung von Wünschenswertem (vgl. Unterreitmeier und Schwinghammer, 2004, S. 6). Mit der Zeit entwickeln sich aus den Werten Annahmen, die durch die Beschäftigten des Unternehmens als selbstverständlich angesehen werden und nicht hinterfragt werden, sofern sie sich als erfolgreich erwiesen haben. Die Selbstverständlichkeit und Allgemeingültigkeit der Wertvorstellungen führt dann dazu, dass den Unternehmensmitgliedern die Gültigkeit der Grundannahmen nicht mehr bewusst ist.

Franzke (2014) ergänzt das Modell von Schein um den Begriff der Normen und sagt, dass der Begriff Werte nicht allein ohne den Begriff der Normen stehen kann. Gemeinsam bilden sie Verhaltensstandards, die „Verhaltensrichtlinien, Maximen, Verbote und Gebote, welche alle Mitglieder einer Kultur bzw. einer Organisation miteinander teilen, akzeptieren und dementsprechend leben“ (Franzke 2014, S. 30).

Das Wissen über diese theoretischen Grundlagen ist im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagement von erheblicher Bedeutung, denn Werte, Moralvorstellungen und Regeln existieren in jedem sozialen System, also auch in Unternehmen. Die Herausforderung ist, sie bei einem Veränderungsvorhaben, wie der Implementation eines

betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems, die notwendige Wertschätzung entgegenzubringen. Die Merkmale einer Organisationskultur werden im Alltag des täglichen Arbeitens für die Beschäftigten nur schwer sichtbar. Um Merkmale der Kultur bei der Einführung von Gesundheitsmaßnahmen tatsächlich berücksichtigen zu können, sind Erhebungen über den Grad der Organisationskultur notwendig. Als Beispiel sei hier nur in Kurzform das Modell von Sackmann genannt, welches zu eindeutigen Ergebnissen hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Organisationskultur und Gesundheit gelangt.

#### b. Erhebung der Unternehmenskultur

Die Erhebung von Daten zur Untersuchung von Unternehmenskultur wird ausführlich von Sackmann betrachtet. Der Autor der Untersuchung merkt selbst an, das „keine einzelne Dimension oder einziger Indikator allein eine Aussage zur Güte und Beschaffenheit von Unternehmenskultur machen kann“ (Sackmann, 2006, S. 17). Unterreitmeier (2004) entwickelte einen Fragebogen, der auf den nach Sackmann häufigsten Dimensionen bestehender Instrumente basierte. Er konnte insgesamt zehn Dimensionen zur Operationalisierung von Unternehmenskultur ermitteln (vgl. Unterreitmeier, 2004, S. 92 f.):

1. Entscheidungsprozesse und Führungsstil
2. Ergebnis- und Karriereorientierung
3. Mitarbeiterorientierung
4. Entlohnungsgerechtigkeit
5. Problemlösungsverhalten
6. Arbeitsklima im engeren Sinne
7. Wettbewerbsorientierung
8. Kundenorientierung
9. Unternehmensumwelt
10. Artefakte

In der Studie wurden diese unternehmenskulturellen Dimensionen jeweils mit Items belegt. Die Befragung der Beschäftigten zielte auf das jeweilige positive oder negative Erleben der Dimension ab.

Entscheidend für den Zusammenhang zwischen Unternehmenskultur und Gesundheit war dann die Gegenüberstellung der erhobenen Werte hinsichtlich des Erlebens der Kultur im Vergleich zur subjektiven Gesundheit. Der Autor der Befragung stellte signifikante Unterschiede fest und führt aus, dass lediglich 8,9 Prozent der Beschäftigten mit einer positiv erlebten Unternehmenskultur weniger zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand sind, während bei der Gruppe der Befragten mit schlecht erlebter Unternehmenskultur der Wert bei 27,5 Prozent liegt. Diese Unterschiede seien in allen Dimensionen erkennbar,

besonders aber im Bereich der Dimensionen Arbeitsklima, Wettbewerbsorientierung und Kundenorientierung (vgl. Beckmann, Meschede, Zok, 2016, S. 55-57).

Anhand der Ergebnisse dieser Befragung wird deutlich, dass die zu Beginn genannten Bedenken der Autoren Badura/Ehresmann hinsichtlich der Nicht-Berücksichtigung organisationskultureller Aspekte im Zusammenhang mit der Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen in Unternehmen berechtigt sein können. Die Befragung zeigt, dass Kultur, so wie sie subjektiv erlebt wird, Einfluss auf die Gesundheit der Beschäftigten hat. Anzunehmen ist daher, dass Kultur auch bei der Umsetzung von innovativen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung Einfluss haben kann. Das Verhalten von sozialen Gruppen mit gemeinsamen Wertvorstellungen ermöglicht Voraussagen hinsichtlich des individuellen Verhaltens wie beispielsweise die intrinsische Motivation, die für Veränderungsvorhaben von zentraler Bedeutung ist. Die Beziehung zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer hat einen entscheidenden Einfluss auf die Motivation der Beschäftigten. Sie wird im folgenden Abschnitt unter Betrachtung der Rolle der Führungskräfte im Kontext der Organisationskultur verdeutlicht.

#### c. Aspekte der gesunden Führungskultur

Die Rolle der Führungskräfte für das betriebliche Gesundheitsmanagement wurde unter 2.3.1. im Allgemeinen beschrieben. Im Kontext der Organisationskultur muss sie differenzierter betrachtet werden, um zu erkennen, welchen hohen Einfluss die Ebene der Führungskräfte im Unternehmen auf die Gesundheit hat. Dazu ist es wichtig zu verstehen, dass Führungskräfte durch ihr Verhalten „fast alles ermöglichen, aber auch vieles verhindern oder zerstören können“ (Flüter-Hoffmann, 2016, S. 36).

Falk (1993) konnte belegen, dass Kontrolle in Form eines Sanktionsmechanismus das zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer bestehende implizite Vertrauensverhältnis zerstören kann (vgl. Frey, 1993, S. 663-670). Cho und Park wiesen ebenfalls nach, dass ein schlechtes Vertrauensverhältnis sich nachteilig auf Zufriedenheit und Commitment auswirken (vgl. Cho Y. Park, 2011, S. 551-573), und schließlich konnten Salamon und Robinson in einer 2008 veröffentlichten Studie belegen, dass ein gutes, kollektives Vertrauensgefühl die intrinsische Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bewahrt und außerdem auch die empfundene Verantwortung des Einzelnen für den Unternehmenserfolg erhöht (Salmon u. Robinson, 2008, S. 593-601).

In einer von Hannemann und Settes durchgeführten Studie wurde deutlich, dass für Arbeitnehmer in Europa der respektvolle Umgang der Führungskräfte mit den Arbeitnehmern wichtig ist. Weitere Aspekte sind Organisationstalent und Planungsvermögen sowie ein partizipativer Führungsstil (Hammermann u. Settes, 2013, S. 93-109). Nahezu alle Arbeitnehmer in Europa fühlen sich von ihren Vorgesetzten

respektiert (95 %). Die Einbeziehung in Entscheidungen im Rahmen eines partizipativen Führungsstils erleben hingegen nur 63,4 Prozent der Befragten. Einen wesentlichen Unterschied zwischen Deutschland und den anderen EU-Mitgliedstaaten offenbart die Studie bei der Frage nach der Unterstützung der Beschäftigten durch die Führungskraft. Hier fühlen sich in Deutschland nur 69,1 Prozent unterstützt, während es in den anderen Mitgliedsstaaten im Durchschnitt 81,4 Prozent sind.

Flüter-Hoffmann erkennt eine Reaktion auf diese Studie und belegt, dass bereits 2010 fast zwei Drittel der Unternehmen in Deutschland damit begonnen haben ihre Führungskräfte zu befähigen, die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter positiv zu beeinflussen (vgl. Flüter-Hoffman, 2011, S. 11).

Dieser Argumentation folgend, scheinen Unternehmen erkannt zu haben, dass Führungskräfte einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben. Zu erforschen wäre an dieser Stelle, ob die Aussagen der Beschäftigten, wie beispielsweise *respektvoller Umgang ist wichtig* oder *ich fühle mich unterstützt*, eine unmittelbare Verbesserung des Gesundheitszustandes zur Folge haben oder mit subjektiv erlebter Gesundheit gleichzusetzen sind.

Ein weiterer Aspekt, der die Rolle der Führungskräfte in den Fokus rückt und in dieser Arbeit bereits unter Punkt 2.3. Anklang fand, ist die Bedeutung der Beteiligung der Belegschaft an relevanten Prozessen im Unternehmen. Sie ist, wie folgende Zahlen belegen, unterbewertet.

Nur 49 Prozent der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kleinen Unternehmen und 38 Prozent in großen Unternehmen nehmen hierarchieübergreifend an Strategiesitzungen der Geschäftsführung teil. Kleinere Unternehmen haben hier aufgrund ihrer flachen Hierarchien einen Vorteil, der sich positiv auf die Organisationskultur auswirken kann (Flüter-Hoffmann 2011, S. 3-18).

Ein noch weniger verbreitetes Instrument, welches die Beschäftigten an Managementprozessen teilhaben lässt, ist das Führungskräfte-Feedback. Es fördert eine offene und motivierte Unternehmenskultur. Lediglich jedes fünfte Unternehmen in Deutschland nutzt dieses Instrument und lässt seine Führungskräfte systematisch durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beurteilen. Mit Hilfe dieser Beurteilung wird offensichtlich, welche Kompetenzen die Führungskräfte benötigen, um die Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erhöhen. Sie können in die Bereiche Leidenschaft und Motivation, Resilienz, Ambiguitätstoleranz und Beziehungskompetenz zusammengefasst werden (vgl. Brühl, 2010, in Badura 2016, S. 40).

Leidenschaft und Motivation wurden in diesem Abschnitt bereits mehrfach als Faktor für Arbeitszufriedenheit und damit für Organisationskultur genannt.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Deutschland sind in ihrem Unternehmen sehr zufrieden (24 Prozent) oder zufrieden (60 Prozent). Lediglich 13 Prozent der Befragten sind weniger oder gar nicht zufrieden (vgl. Institut für Demoskopie Allendach, 2014, [www.ifd-allendach.de/uploads/tx\\_reportsdocs/PD\\_2014\\_18.pdf](http://www.ifd-allendach.de/uploads/tx_reportsdocs/PD_2014_18.pdf); Zugriff am 31.08.2017).

Im europäischen Vergleich konnte die European Working Conditions Survey aus dem Jahr 2010 mit einem Wert von 88,3 Prozent nachweisen, dass die breite Mehrheit der Beschäftigten in Deutschland mit ihren Arbeitsbedingungen zufrieden ist. Nur in vier weiteren Ländern sind die Beschäftigten noch zufriedener, nämlich in Dänemark (94,9 Prozent), dem Vereinigten Königreich (92,6 Prozent), Norwegen (91,3) und Österreich (90,8 Prozent) (vgl. Hammermann u. Settes 2013, S. 93-109).

Den Zusammenhang zur Organisationskultur stellen die Wissenschaftler durch verschiedene Führungsinstrumente, wie dem Mitarbeitergespräch oder der schriftlich fixierten Zielvereinbarung her. Organisationen, die diese Instrumente benutzen, haben eine deutlich höhere Arbeitszufriedenheit innerhalb der Belegschaft vorzuweisen (vgl. Steffes, 2014, S. 70). Solche Führungsinstrumente nutzen in Deutschland 64,5 Prozent der Unternehmen (jährliche Mitarbeitergespräche), beziehungsweise 26,2 Prozent (Zielvereinbarungen). Auffällig dabei ist, dass nach Unternehmensgröße eingeteilt Unterschiede bestehen. So führen große Unternehmen mit 81 Prozent deutlich mehr Mitarbeitergespräche durch als kleine Unternehmen (61 Prozent). Auch bei den Zielvereinbarungen haben größere Unternehmen mit 61 Prozent einen deutlich höheren Anteil als kleine Unternehmen (25 Prozent) (vgl. Flüter-Hoffmann, 2012, S. 799-803). Die Autorin dieser Datenerhebung begründet, dass diese Unterschiede auf die strukturellen Bedingungen der jeweiligen Organisationsform zurückzuführen sind. Großunternehmen haben Wertemanagement-Systeme, aus der die Unternehmensstrategie abgeleitet ist und Orientierung geben soll. Es bestehen Leitbilder, die richtiges Verhalten der Beschäftigten und Führungskräfte regeln. In kleineren und mittleren Unternehmen sei die Unternehmenskultur unmittelbarer und es gebe seltener eine ausgefeilte Strategie (vgl. Flüter-Hoffmann, 2016, in Badura/Ducki/Schröder/Klose/Meyer, S. 40).

Einen besonderen Stellenwert erhält diese Statistik mit Blick auf den Erfolg der Unternehmen. Das Institut der deutschen Wirtschaft in Köln (2010) wies nach, dass erfolgreiche Unternehmen dieses Instrument wesentlich häufiger einsetzen. Die Unterschiede im Einsatz der Instrumente liegen bei 20 Prozentpunkten für Mitarbeitergespräche und zwölf Prozentpunkten bei Zielvereinbarungen.

Anzumerken ist hier, dass aus dieser Statistik nicht hervorgeht, ob der wirtschaftliche Erfolg durch die Benutzung dieser Instrumente erfolgte oder erst eingesetzt wurde, als wirtschaftlicher Erfolg bereits vorhanden war.

Das Aushalten von scheinbar widersprüchlichen Situationen erfordert die Kompetenz, sich trotz dieser Anforderung Ziele zu setzen und Entscheidungen zu treffen, seien sie aufgrund der Komplexität der Arbeitswelt auch noch so widersprüchlich. Die Kompetenz, Vertrauen aufzubauen und verbindliche Beziehungen einzugehen, auch wenn sie nicht auf Dauer sind, führt zu einer Vertrauenskultur (vgl. Brühl, 2010, in Badura 2016, S. 40).

Der Zusammenhang zwischen Kultur und Gesundheit zeigt, dass es im Kontext der betrieblichen Gesundheit nicht nur darum geht, materielle Ressourcen zur Verfügung zu stellen und zukunftsorientierte Maßnahmen einzuleiten, sondern physische und psychische Stabilität zu erhalten und Widerstandsfähigkeiten zu entwickeln. Dies ist gleichermaßen für Führungskräfte und Mitarbeiter wichtig. Kenntnisse über Moral- und Wertvorstellungen können dabei helfen. Für die Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems bilden sie die Grundlage, auf der Beschäftigte und Führungskräfte gleichermaßen Ziele für Veränderungen formulieren können (vgl. Badura, 2017, S. 205).

## **2.5 Salutogenese im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagement**

Die Darstellung von Zielen und Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagement erfordert die Erklärung des Begriffs Salutogenese. Badura (vgl. 2009) verwendet die Begriffe Pathogenese und Salutogenese und erkennt ein Spannungsfeld, welches sowohl die Organisation als auch die Person betrifft. Während das pathogenetische Krankheitsmodell im Schwerpunkt nach den Ursachen in der Entstehung von Krankheiten gesucht, betrachtet das Konzept der Salutogenese die gesamte Persönlichkeit auf biologischer, psychischer und sozialer Ebene. Dabei spielt die Vorstellung eine besondere Rolle, dass Risikofaktoren oder Stressoren nicht grundsätzlich als krankmachend anzusehen sind. Von entscheidender Bedeutung sind die in der persönlichen Lebensgeschichte erworbenen Bewältigungsressourcen des Menschen und seine darauf basierenden Möglichkeiten auf bio-psycho-sozialer Ebene mit belastenden Ereignissen umzugehen (vgl. BZgA, 2009, S. 23) Eine Einordnung des von Antonovsky geprägten Begriffs schafft einerseits Grundlagen im Verständnis von Gesundheit und eröffnet Möglichkeiten, diese Erkenntnisse auf das Gebiet der betrieblichen Gesundheit zu übertragen.

Aaron Antonovsky beschreibt in seinem Buch *Salutogenese*, wie Gesundheit entstehen kann. Er nutzt dazu einen soziologischen Blickwinkel und betrachtet Gesundheitsaspekte im Zusammenleben von Mitarbeitern in Organisationen. Antonovsky prägte den Begriff des Kohärenzgefühls, welches gleichzeitig die Hauptthese seiner Arbeit bildet. So stellt sich für den Mensch die Frage: *Wie fühle ich mich der Welt zugehörig?*

Antonovsky leitet aus dieser Frage ab, dass man auf einem guten Weg zu Gesundheit ist, wenn

- a. Handlungen und Abläufe verstehbar sind und als geordnet empfunden werden
- b. Aufgaben und Herausforderungen als machbar identifiziert werden und
- c. Aktionen als bedeutsam anerkannt werden und Motivation geschöpft wird

Neben den Faktoren Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit erforschte Antonovsky weitere Faktoren, die er als Widerstandsfaktoren identifizierte. So verfügt jeder Mensch über individuelle (z. B. körperliche, kognitive und psychische), gesellschaftliche (z. B. soziale Netzwerke) und ökonomische/materielle Ressourcen (z.B. sicherer Arbeitsplatz), die in Situationen aller Art wirksam werden (vgl. Antonovsky, 1993, in Franke u. Broda, S. 3-14). Antonovsky bedient sich hier Begriffen wie Motivation und Sinnhaftigkeit, die im Abschnitt über den Zusammenhang zwischen Kultur und Gesundheit bereits Anklang fanden. Damit unterstützt er die These eines direkten Zusammenhangs zwischen Organisationskultur und Gesundheit. Die Annahmen von Antonovsky sind insofern zu beachten, als dass sie aus der unmittelbaren Perspektive des Arbeitnehmers sprechen. Wenn Antonovsky behauptet, Gesundheit könne erreicht werden, wenn alle Annahmen erfüllt seien, stellt sich die Frage, ob im Umkehrschluss Arbeitnehmer als krank gelten, sollten die Annahmen nicht erfüllt sein.

Antonovsky führt seine Theorie weiter und benennt Widerstandsressourcen, die der Mensch als Reaktion auf ständigen Einfluss von äußeren Stressoren entwickelt. Entscheidend für den Bewältigungsprozess ist jedoch nicht die Reaktion, sondern die Bewertung. Menschen mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl nehmen Reize eher als Herausforderung wahr, da sie annehmen auf ausgeprägte Widerstandsressourcen zurückgreifen zu können. Menschen mit einem geringen Kohärenzgefühl erleben Reize eher als Bedrohung oder Überforderung wahr. Mit diesem Ansatz legt er den Fokus sehr auf bedrohliche Einflüsse für die Gesundheit (vgl. Struhs-Wehr 2017, S. 18). Franke (2012) erweitert das Modell Antonovskys und stellt jene Ressourcen in den Vordergrund, die in Phasen sichtbar werden, in denen der Mensch sich mit keinen Stressoren auseinandersetzen muss. Diese Phasen der Entspannung, so Franke, dienen der Entspannung und Erholung, reaktivieren Bewältigungsressourcen und erhöhen das Gefühl der Belastungsbalance (vgl. Franke, 2012, *Modelle von Gesundheit und Krankheit*). Gesundheitsförderung bedeutet dann, dass krankmachende Faktoren minimiert werden und gleichzeitig Bewältigungsressourcen gestärkt werden.

Bezogen auf betriebliches Gesundheitsmanagement erkennt Kaminski (2013), dass Gesundheit kein Zustand ist, der sowohl im privaten als auch beruflichem Umfeld als gegeben vorausgesetzt werden kann. Betriebliche Gesundheit ist ein Zustand, den sich Führungskräfte und Mitarbeiter durch Qualifizierung erarbeiten und bewusst machen müssen. Es besteht ein Spannungsfeld zwischen den Dimensionen Salutogenese und Pathogenese sowie Person und Organisation. Die Zielstellung, die sich daraus ableitet, ist das Finden eines Optimums zwischen gesund machenden Faktoren innerhalb des Unternehmens, bei gleichzeitiger Vermeidung von krankmachenden Faktoren, unter Berücksichtigung des persönlichen Wohlergehens und der Ertragslage und Zukunftsfähigkeit des Unternehmens (Kaminski, 2013, S. 16-17).

### **2.5.1 Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Die Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements bestehen darin, gemeinsame Werte und Regeln festzulegen, die die sozialen Beziehungen verbessern und eine mitarbeiterorientierte Führungskultur etablieren. Dies gelingt mit einer Fokussierung auf salutogene Faktoren wie Wohlbefinden, Vertrauen, Anerkennung, Sinnstiftung und Qualifikation auf der persönlichen Seite und den Arbeitsbedingungen, der Führung und Unternehmenskultur auf der Seite der Organisation. Die Umsetzung dieser Aufgaben hängt vom bisherigen Umgang des Unternehmens mit betrieblicher Gesundheit ab. Unternehmen, in denen Frustration und Demotivation verbreitet sind, benötigen einen langen Prozess zur Wiederherstellung von betrieblicher Gesundheit. Unternehmen, die partnerschaftliche Grundsätze der Führung pflegen, haben demnach höhere Chancen, durch kleine und einfache Schritte bereits die Leistungsfähigkeit der Belegschaft und die Wirtschaftlichkeit des Unternehmens zu erhöhen (vgl. Kaminski, 2013, S. 16).

Antonovskys Erkenntnisse verdeutlichen, dass es für Unternehmen, die die Gesundheit ihrer Belegschaft fördern wollen, nicht ausreicht lediglich zukünftige Veränderungen anzukündigen. Eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem bisherigen Umgang der betrieblichen Gesundheitsförderung scheint unumgänglich, um die Mitwirkung aller Beschäftigten zu erzielen. Betonung findet erneut die Rolle der Führungskräfte und die Art und Weise wie die Beschäftigten geführt werden. Es erscheint nachvollziehbar, dass gesunde Führung eher durch partizipative Führungsstile entsteht, da Aspekte wie Vertrauen und Motivation von zentraler Bedeutung für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen sind und diese durch starke Regulierungen der Führungskräfte unzureichend geweckt werden.



### **3. Phasen der Durchführung**

#### **3.1 Einstieg**

Für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems bietet die Sozialwissenschaft eine Vielzahl von Ansätzen. Sie alle haben Gemeinsamkeiten, wie die Durchführung von Analysen von IST-Zuständen zu Beginn der Einführung, bis hin zur Evaluation der Maßnahmen. Doch auch Unterschiede sind erkennbar. Sie werden in diesem Kapitel dargestellt.

Struhs-Wehr (2017), Halbe- Haenschke (2017) und Kaminski (2013) sind sich darüber einig, dass der Ausgangspunkt für die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems einer Entscheidung der obersten Leitung bedarf. Ohne Zustimmung und Unterstützung der Unternehmensleitung, so Halbe-Haenschke, seien viele Vorhaben bereits von vornherein zum Scheitern verurteilt (vgl. Halbe-Haenschke, 2017, S. 35).

Struhs-Wehr differenziert die Auslösung des Vorhabens zur Einrichtung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems und sieht einerseits eine problemgeleitete Herangehensweise, beispielsweise aufgrund einer erhöhten Fehlzeitenquote, nicht mehr zu bewältigender Arbeitsanforderungen oder einem konfliktbelasteten Arbeitsklima. Andererseits kann sie visionsgeleitet sein und beispielsweise Antworten auf Fragen hinsichtlich des demografischen Wandels, der Gesundheit der Belegschaft oder der Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens geben. Die Autorin empfiehlt einen extern moderierten Visionsworkshop, an dem die Unternehmensleitung, das obere Management und die Moderation teilnimmt und deren Ergebnis in Unternehmensleitlinien festgehalten werden (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 186). Kaminski formuliert ebenfalls konkrete Anforderungen an die Unternehmensleitung. Voran stellt er jedoch den Begriff der Gesundheitspolitik, die in jedem Unternehmen, die ein solches Vorhaben durchführen will, etabliert sein muss. Kaminski bewertet sie als Basis für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Verantwortlich für die Übertragung von Gesundheitspolitik in die Unternehmenspolitik ist die oberste Leitung. Kennzeichnend für betriebliche Gesundheitspolitik sind

- die Angemessenheit für den Zweck der Organisation
- eine Verpflichtung zur Erfüllung der Anforderungen an das betriebliche Gesundheitsmanagement und zur ständigen Verbesserung der entsprechenden Ergebnisse
- ein Rahmen zum Festlegen und Bewerten von Gesundheitsmanagementzielen

- eine Berücksichtigung der Inhalte des Betrieblichen Gesundheitsmanagement in den Führungsgrundsätzen
- eine Bewertung über die Angemessenheit ((vgl. Kaminski, 2013, S. 87-95).

Kaminski betont die Verantwortung der Führungskräfte für das Vorhaben. Sie müssen durch die oberste Leitung mit Verantwortungen und Befugnissen ausgestattet werden, die innerhalb der Organisation schriftlich festgehalten und bekannt gemacht werden. Sicherzustellen ist die nötige Qualifizierung der Führungskräfte. Zusammengefasst formuliert Kaminski die Aufgaben der obersten Leitung wie folgt:

- die erforderlichen Prozesse für das betriebliche Gesundheitsmanagement-System müssen eingeführt, verwirklicht und aufrechterhalten werden
- die oberste Leitung hat sicherzustellen, dass sie regelmäßig über die Leistung und jegliche Notwendigkeit der Verbesserung der Prozesse informiert wird
- die Förderung des Bewusstseins über die Anforderungen der interessierten Parteien in der gesamten Organisation sichergestellt wird (vgl. Kaminski, 2013, S. 87-95).

All diese Aufgaben bleiben in der Gesamtverantwortung bei der obersten Leitung, auch wenn die Durchführung an eine verantwortliche Person delegiert werden kann. Die Entscheidung für ein betriebliches Gesundheitsmanagement-System ist der Beschluss für die Beauftragung eines Projektleiters/Projektleiterin, die Bereitstellung finanzieller und zeitlicher Ressourcen und die Installation einer Steuerungsgruppe (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 187).

### **3.2 Verankerung in der Organisation**

Die Installation einer Steuergruppe gilt in der Praxis als Startschuss für die Unternehmung. Voraussetzung ist, dass alle Mitglieder der Steuergruppe von der Unternehmensleitung über

- die Motivation des Projekts
- die Zielsetzung und die erwarteten Ergebnisse
- die Rahmenbedingungen (grobe Planung, Budget, etc.)
- Projektorganisation und Verantwortlichkeiten und
- die Spielregeln der Projektarbeiter informiert sind (vgl. Haenschke, 2017, S. 35).

Die zentrale Aufgabe der Steuergruppe ist, den Prozess der Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu steuern, weil das individuelle Wissen über betriebliche Gesundheit der Stakeholder in einem ganzheitlichen Kontext betrachtet werden soll. Dazu

ist es wichtig, alle Stakeholder zum Mitglied der Steuergruppe zu machen. Wesentliche Teilnehmer sind neben den Führungskräften die Personalleitung, das Controlling, der Bereich Gesundheit (Betriebsarzt/Betriebsärztin, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Gesundheitsmanager/in), das Qualitätsmanagement, die Mitarbeitervertretung. Sie können aber auch um die Stakeholder Datenschutzbeauftragter, Behindertenbeauftragte, Sozialdienst und Vertreter der Geschäftsführung und Gleichstellungsbeauftragte erweitert werden (vgl. Perwiss, 2017, <https://www.perwiss.de/betriebliches-gesundheitsmanagement.html>, Zugriff: 02.11.2017), weil die Einbeziehung dieser Berufsgruppen zur weiteren Transparenz des Vorhabens innerhalb des Unternehmens beiträgt. Fraglos ist außerdem die Teilnahme eines Mitarbeiters aus dem Datenschutz (beispielsweise bei Mitarbeiterbefragungen) und den Behinderten- und Gleichstellungsbeauftragten für die Vertretung der Interessen der entsprechenden Personengruppe.

Durch die interdisziplinäre Besetzung der Steuergruppe können die Stakeholder die bisher vorhandenen Kompetenzen zur betrieblichen Gesundheit einbringen. Externe BGM-Experten können den Prozess mit ihrem Wissen unterstützen, insbesondere dann, wenn Organisationen über wenig Vorerfahrung verfügen. Dies spart Zeit und Geld und vermeidet unnötige Fehler.

Eine zentrale Aufgabe der Steuergruppe im Zuge des sogenannten Kick-Offs ist die Festlegung von Unternehmenszielen und den damit verbundenen Kennzahlen. Sie sind wichtig, um alle Unternehmungen messbar zu machen und das Risiko zu vermeiden, falsche oder unnötige Schritte einzuleiten. Sie müssen schriftlich im Rahmen des Qualitätsmanagement verankert werden.

Der Einstieg in das Thema wird von der Kommunikation gegenüber der Belegschaft der Organisation abgerundet. Die organisationsweite Kommunikation über Ziele, Vorgehen und Vorteile des Vorhabens wird empfohlen. Ebenso sollen Phasen der Veränderungen transparent erläutert werden. In Unternehmen, die noch wenige Berührungspunkte mit betrieblichem Gesundheitsmanagement haben, können Fortbildungsangebote für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zusätzliches Vertrauen schaffen (vgl. Kaminski, 2013, S. 88-92).

Auf die Phasen eines klassischen P(lan)-D(o)-C(heck)-A(ct)-Zyklusses im Sinne des Qualitätsmanagements projiziert, der die Phasen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses in Unternehmen beschreibt, bewegt sich diese erste Phase der Bildung einer Steuergruppe im Bereich *Plan*. In dieser Phase entstehen Visionen und Leitbilder. Sie leiten die nächste Phase der Analyse des derzeitigen Status im Unternehmen ein, die Ist-Analyse.

### 3.3 IST-Analyse

Der Nutzen einer Bestandsaufnahme der betrieblichen Gesundheit liegt in der Ermittlung zielgruppenspezifischer Handlungsbedarfe für gesundheitsbezogene Projekte und Maßnahmen. Diese können in speziellen Analyseverfahren, die einzeln stehen oder miteinander kombiniert werden, ermittelt werden (vgl. Haenschke, 2017, S. 36).

Die Analyse ermöglicht die Ableitung von späteren Maßnahmen und die Bewertung von Erfolgchancen. Eine fehlerhafte Analyse kann im Umkehrschluss zu unangemessenen Maßnahmen und geringen Erfolgen führen. Die Folgen können unnötige finanzielle Aufwendungen, Frustration und Demotivation sein (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 189).

Die hier zitierten Autoren betonen die herausragende Bedeutung der Phase der Analyse und bewerten ein betriebliches Gesundheitsmanagement-System dann als solide, wenn das Analyseverfahren wissenschaftlich fundiert ist. Besonders die Fragestellung, die zur Analyse des IST-Standes führt, steht im Zentrum der Analyse. Sie leitet sich von den vorher formulierten Unternehmenszielen ab und muss unterscheiden, ob sich die Analyse auf die gesamte Organisation oder nur auf einzelne Abteilungen bezieht. Sie stellt außerdem spezifische Fragen an die Tätigkeiten der Zielgruppe (Büroarbeit, stehend oder sitzend, Fließbandarbeit etc.) und erfasst genau, ob es sich um Aspekte der Arbeitsbedingungen, des persönlichen Erlebens oder der Ressourcen handelt. Erst nach Beantwortung dieser Fragen kann der Analysegegenstand benannt werden und eine Zielsetzung formuliert werden (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 191).

Als Mindestanforderung für die Analyse gilt die gesetzlich vorgeschriebene Gefährdungsbeurteilung. Weitere Analyseinstrumente sind:

- Strukturdaten der Belegschaft (Altersverteilung, Geschlechtsverteilung, Berufsgruppen, Anteil der Mitarbeiter mit Migrationshintergrund)
- Gefährdungsbeurteilung und Arbeitsplatzanalysen (Psychische und Physische Belastungen, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung)
- Arbeitsmedizinische Untersuchungen (Teilnahmequote an betriebsärztlichen Angeboten, Befunde zur Arbeitsfähigkeit)
- Mitarbeiterbefragungen (Ausmaß der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen, physische und psychische Belastungen, Zufriedenheit mit der Führung, Kommunikation sowie Entwicklungsmöglichkeiten)
- Gesundheitszirkel (Qualitative Daten über Belastungen)
- Arbeitsunfähigkeitsanalysen (Häufigkeit und Dauer von Krankheiten)
- Unfallstatistik (Unfallhäufigkeit und Schwere der Unfälle)

- Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen nach ärztlichen Diagnosen durch Krankenkassen (Krankheitsspektrum der Belegschaft, aufgeschlüsselt nach Abteilungen) (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 37).

Orientierung bietet auch das Working-Place Modell der WHO, welches Handlungsfelder definiert, die eine direkte Auswirkung auf das *Nicht-Wohlbefinden* der Beschäftigten haben. Es unterscheidet in:

- psychosoziales Umfeld (z. B. soziales Umfeld, gemeinsame Werte und Ziele)
- Arbeitsumfeld (z. B. Teamkultur, Gestaltung von Arbeitsmitteln, Feedback, Planbarkeit und Abwechslung bei der Arbeit)
- persönliches Verhalten (z. B. Ernährung, Bewegung, Weiterbildung) und
- organisatorisches Umfeld (z. B. Führungsverhalten, Work Life Balance, Arbeitszeitmodelle, Kommunikation).

Die jeweiligen Gesundheitschancen und Risiken werden in diesem Modell durch ein Merkmal und eine Kennzahl erweitert, so dass konkrete und messbare Kennzahlen in jedem Handlungsfeld erhoben werden können. So wird am Beispiel der Teamkultur im Handlungsfeld *Arbeitsumfeld* das Merkmal *Gemeinsame Entscheidungen* benannt, welches durch den Anteil von Teamabstimmungen messbar wird.

Die Erhebung von Kennzahlen ist eine Möglichkeit zur Wirksamkeitskontrolle. Sie verhindern, dass Bemühungen zur Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagements mit der Begründung scheitern, dass keine Erfolge und Fortschritte messbar sind (vgl. WHO (2010b) WHO Healthy Workplace Framework and Model [http://www.who.int/occupational\\_health/healthy\\_workplace\\_framework.pdf](http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf). Zugegriffen: 22.10.2017).

Eine ausführliche Darstellung der Auswahl von Analyseinstrumenten hinsichtlich ihrer Anforderungen entwickelte Ducki (2011). Demnach müssen Analyseinstrumente eine diagnostische Aussagekraft haben. Für das Feld der betrieblichen Gesundheit wird ein Gesamtbild aller relevanten Themenfelder benötigt, um gezielte und wirkungsvolle Maßnahmen ableiten zu können. Dabei müssen die Messinstrumente sensitiv sein, das heißt sie müssen den Ausprägungsgrad des Messgegenstandes erfassen können (wie etwa beim Entscheidungs- oder Handlungsspielraum).

Weiterhin müssen sie gendersensitiv sein und spezifische Unterschiede der Belastungsfaktoren von Männern und Frauen erfassen können.

Die Analyseinstrumente müssen standardisiert sein, um eine Vergleichbarkeit der Ergebnisse (z.B. verschiedenen Zielgruppe, Abteilungen, Branchen etc.) zu ermöglichen. Außerdem müssen die Analyseinstrumente den allgemeinen testtheoretischen Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität genügen.

Nicht zuletzt sollten Unternehmen die Gebrauchstauglichkeit der Analyseinstrumente kennen. Sie setzt die Handhabbarkeit und den Aufwand in ein Verhältnis und wägt Kosten und Nutzen ab (vgl. Ducki, 2011 S. 157).

Beispielhaft wird im Folgenden das Analyseinstrument *Mitarbeiterbefragung* vertiefend dargestellt, denn es ist, wie unterschiedliche Studien belegen, eines der am häufigsten eingesetzten Analyseinstrumente in Organisationen. Dem HR Survey Monitor zufolge, sind Mitarbeiterbefragungen wichtiger als je zuvor. 84 Prozent der Befragten bezeichneten Mitarbeiterbefragungen als wichtiges Managementwerkzeug (vgl. HR Survey Monitor, 2015, <https://de.slideshare.net/stephenquestback/hr-survey-monitor-2015-eng>, Zugegriffen: 10.11.2017). Die Wichtigkeit dieses Werkzeugs unterstreichen auch die Ergebnisse des Annual Employee Survey Report. Gleichzeitig zeigt sie, dass trotz der erkannten Bedeutung weniger als jedes zweite Unternehmen jährlich Mitarbeiterbefragungen durchführen. In dieser Studie gaben 96 Prozent der befragten Managerinnen und Manager an, die Resultate der Mitarbeiterbefragungen regelmäßig zu diskutieren, 70 Prozent nutzen das Mitarbeiterfeedback für strategische Entscheidungen, aber lediglich 48 Prozent führen jährlich eine Mitarbeiterbefragung durch.

### **3.3.1 Analyseinstrument Mitarbeiterbefragung**

Die Autoren Kaminski und Haenschke sind der Meinung, dass für Mitarbeiterbefragungen durchaus auf bestehende Fragebögen zurückgegriffen werden kann. Sie sollten durch gesundheitsrelevante Aspekte ergänzt werden. Wichtig ist, die Fragestellung unternehmensweit anzulegen und gleichzeitig zu berücksichtigen, dass einerseits viele Fragen nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter betreffen und damit Unverständnis und Misstrauen entstehen kann. Andererseits verliert ein sehr allgemein gehaltener Fragebogen den Blick auf die spezifischen Besonderheiten des Einzelnen. In beiden Fällen besteht das Risiko, nicht ausreichend Informationen über Gesundheitschancen- und Risiken zu generieren. Es hat sich nach der Erfahrung der Autoren als sinnvoll erwiesen, bei der Entwicklung der Fragebögen die Mitarbeitervertretung mit einzubeziehen, um maximales Vertrauen zu gewährleisten (vgl. Kaminski, 2013, S. 97-98 und Halbe-Haenschke, 2017, S. 39-40).

Nicht zu vernachlässigen ist der Hinweis auf das Einhalten von Datenschutzrichtlinien. Die Aufschlüsselung von Befunden nach Abteilungen, Altersgruppen und weiteren Strukturen ermöglicht zwar eine fundierte Analyse, streift jedoch die Grenzen des Datenschutzes. Zudem geben die Autoren zu bedenken, dass eine vertiefende Befragung auch immer eine intensive Auswertung mit sich zieht und demzufolge wirksame Maßnahmen nicht präsentiert werden können. Gefahren bestehen bei der Befragung von einzelnen Bereichen immer dann, wenn man den Mitarbeitenden den Eindruck vermittelt, dass der

Fragebogen eine Möglichkeit ist, endlich seine Meinung sagen zu können und damit ein Charakter der „Abrechnung“ entsteht (bspw. wenn die Geschäftsführung beurteilt wird). Dennoch geben Befragungen gute Rückschlüsse über den Gesamtzustand einer Organisation (Kaminski 2013, S. 98).

Formen von Mitarbeiterbefragungen unterscheiden sich in

- der Anzahl der abgefragten Themen (unspezifisch, um einen allgemeinen Überblick über die Einstellungen und Meinungen zu erhalten – spezifisch, um ein konkretes Themengebiet in den Fokus zu stellen)
- der Anzahl der befragten Personen (Vollbefragung oder Stichprobenbefragung)
- der Art der Befragung (Online-Befragung, mündliche Interviews, schriftliche Befragung) (vgl. Perwiss, 2017, <https://www.perwiss.de/systematische-mitarbeiterbefragung.html>, Zugegriffen: 10.11.2017).

### 3.4 Handlungsfelder

Nach Abschluss der IST-Analyse sind vorherrschende Probleme sichtbar und Handlungsfelder identifiziert. Unterschiedliche Forschungen verweisen darauf, dass nach der Phase der IST-Analyse und den darin aufgedeckten Bedarfen, zunächst die Handlungsfelder verfolgt werden sollten, die schnellen Erfolg versprechen und bei der die größte Zielgruppe erreicht wird (vgl. EFQM, 2011a, <https://ilep.de/Programmbereich/pcmx53f32432ba033/mp-Publikationen/rp-cmx53f32432ba033/cmx53f32432ba033>., Zugegriffen: 24.10.2017).

Diese Vorgehensweise empfiehlt auch Struhs-Wehr und begründet, dass man mit schnellen Erfolgen höhere Glaubwürdigkeit gegenüber der Belegschaft und mehr Akzeptanz für den BGM-Prozess erreichen könne (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 200).

Aus Sicht des Autors dieser Arbeit bleibt damit die Frage nach dem Umgang mit den Bedarfen der übrigen Berufsgruppen teilweise unbeantwortet. Die Rückmeldung der Ergebnisse soll demnach persönlich und sensibel durch die Führungskräfte und Mitglieder der Steuergruppe erfolgen (vgl. 2017, S. 201). Unbeantwortet bleibt die Frage, wie mit neu aufkommenden Widerständen umzugehen ist, wenn Berufsgruppen im Rahmen der Handlungsplanung *vertröstet* werden, weil andere Berufsgruppen aufgrund gravierender Bedarfe mit höherer Priorität behandelt werden.

Die Forschung gibt Hinweise auf fünf Handlungsfelder.

- Führungskultur/Coaching für Führungskräfte
- Gesundheitsförderung (klassische Themen wie Bewegung, Ernährung, Stress, Sucht)

- Arbeitsgestaltung (z. B. Erweiterung der Arbeitsaufgaben und des Entscheidungsspielraums, Vereinbarkeit Familie und Beruf)
- Arbeitssicherheit, Unfallverhütung, Ergonomie und arbeitsmedizinische Betreuung
- Absenzmanagement und Wiedereingliederung (vgl. Uhle u. Treier, 2015, S. 55).

Perwiss ergänzt das Handlungsfeld Unternehmenspolitik und verweist auf die Berücksichtigung von Gesundheitsmanagement bei zukünftigen Projekten oder Veränderungsprozessen. Einmal in den strategischen Unternehmensleitlinien verankert, werden sie zukünftig in alle Prozesse eingebunden (Perwiss, 2017, <http://www.perwiss.de/betriebliches-gesundheitsmanagement.html>; Zugriff am 30.10.2017).

Während der Handlungsplanung werden Ziele und Messgrößen formuliert, die sich an den Befunden der IST-Analyse orientieren (vgl. Kaplan u. Norton, 2001, S. 70).

Die Messgrößen sollten quantitativ (z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, mit denen innerhalb eines bestimmten Zeitraums Zielvereinbarungsgespräche geführt wurden) und qualitativ (z. B. Vorliegen einer Verfahrensanweisung für Beschwerden von Mitarbeitenden) verwendet werden (vgl. Reck-Hog, 2012b, S. 23).

Die konkrete Umsetzung erfolgt in Projektgruppen, insbesondere dann, wenn die umzusetzenden Projekte komplex sind, wie beispielsweise bei der ergonomischen Gestaltung von Arbeitsplätzen, der Konzeption eines neuen Arbeitszeitsystems oder der Erarbeitung von Maßnahmen zur Verbesserung von Familie und Beruf. Durch die Installation von Projektgruppen wird die Zielsetzung einer sich verbessernden Teamzusammenarbeit sowie einer höheren Akzeptanz von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung verfolgt (vgl. Reck-Hog, 2012b, S. 33).

Die Tätigkeiten der Projektgruppen werden durch die Steuergruppe koordiniert. Sie sorgt dafür, dass die nicht mitwirkenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über den Verlauf und die Ergebnisse der Projektarbeit informiert werden. Sie fungiert außerdem als Ansprechpartner, sollten Probleme bei der Umsetzung der Ziele auftreten (vgl. Haenschke, 2017, S. 45).

Diese Vorgehensweise tangiert durch seine kontrollierenden und bewertenden Elemente bereits den Bereich der Evaluation. Bei der Evaluation der Verbesserungsprojekte wird durch die Steuergruppe erfragt, inwiefern Verbesserungen erreicht wurden.

### **3.5 Evaluation von gesundheitsfördernden Maßnahmen**

Pfaff (2001) und Ulich und Wülser (2012) betrachten bei der Evaluation einerseits die konkreten Maßnahmen und Programme, andererseits die Prozesse und damit indirekt das Management.



Die Evaluation der Maßnahmen soll herausfinden, ob die angestrebten Ziele erreicht wurden und welche Ergebnisse erzielt wurden. Erzielt wird dies durch einen Vorher/Nachher-Vergleich der in der IST-Analyse erhobenen Kennzahlen, dem erneuten Einsatz eines Analyseinstrumentes wie z. B. der Mitarbeiterbefragung, einem Feedback der Projektgruppen und einem moderierten Treffen mit den Mitarbeitern.

Die Evaluation von Prozessen dient unter anderem der Verhinderung der Annahme, nicht erfolgreiche Maßnahmen funktionieren aufgrund der Nichttauglichkeit der Maßnahme nicht. Nichterfolg kann auch auf den Prozess zurückgeführt werden, wie zum Beispiel dem falschen Zeitpunkt für die Maßnahme oder mangelnden Informationen zu den Maßnahmen gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (vgl. Pfaff, 2001, S. 27–49 und Uhle u. Treier, 2012, S. 192).

Die bisher dargestellten theoretischen Grundlagen des betrieblichen Gesundheitsmanagements konnten aufzeigen, dass einzelne Maßnahmen der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen nicht ausreichen, sondern strategische Managementstrategien notwendig sind. Diese werden im folgenden Abschnitt dargestellt.

#### **4. Managementstrategien im betrieblichen Gesundheitsmanagement**

In Bezug auf gesundheitsfördernde Maßnahmen werden nun ausgewählte Managementstrategien im Hinblick auf ihre Wirksamkeit analysiert. Vor dem Hintergrund der Notwendigkeit der Einbindung der Beschäftigten bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen, wird das Konzept der Partizipation vertiefend dargestellt. Partizipation wiederum, wird im Zusammenhang mit der Strategie der Mitarbeiterbindung betrachtet, denn es wird unterstellt, dass Partizipation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die positiv an das Unternehmen gebunden sind, besser gelingt. Organisationskulturelle Aspekte werden ebenfalls relevant, da sie einen Einfluss auf das Bindungsverhalten in Organisationen haben. Zuletzt steht die Personengruppe der Führungskräfte im Fokus, weil sie einen erheblichen Einfluss bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements hat.

##### **4.1 Partizipation und Bildung**

Der Argumentation folgend, dass Partizipation zu einer höheren Identifikation mit dem Unternehmen führt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zufriedener und damit gesünder sind und sich im Idealfall geringere Fehlzeiten feststellen lassen, wird dem Konzept der Partizipation eine zentrale Bedeutung für die betriebliche Gesundheit zugeschrieben. Partizipation ist bedeutsam für Motivation und Unternehmenserfolg (vgl. Streicher u. Frei, 2010, S. 131). Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung definiert Partizipation als ein wichtiges Gestaltungsprinzip, bei dem sich

Menschen aktiv und maßgeblich an allen Entscheidungen beteiligen, die ihr Leben beeinflussen. Sie trägt dazu bei, dass die Zielgruppen und Partnerorganisationen ihre Interessen artikulieren und durchsetzen können. Partizipation bedeutet nach dieser Definition auch, dass die Menschen ihre Erfahrungen und Wertvorstellungen in die gemeinsame Arbeit einbringen (vgl. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2016). Dieser Definition folgend, kann das Konzept der Partizipation eine Strategie für Unternehmen sein, die Veränderungen herbeiführen möchten und dabei auf die Mitwirkung der Beschäftigten angewiesen sind. Vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit genannten Statistiken, gehört die Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagement in Deutschland für viele Unternehmen zu einer innovativen Veränderung. Fraglich ist, wie Partizipation unter den Bedingungen der aktuellen Beschäftigungssituation im personenbezogenen Dienstleistungssektor möglich ist. Faktoren wie befristete Arbeitsverträge, atypische Beschäftigungsformen und niedrige Löhne lassen die Vermutung zu, dass Beschäftigte nicht aus intrinsischer Motivation dazu bereit sind, aktiv an Veränderungen im Unternehmen mitzuwirken, sondern nur eine geringe Bereitschaft entwickeln, da sie nicht oder nur geringfügig von den Veränderungen profitieren können. Die Frage, die sich Unternehmen der Sozialwirtschaft und andere Branchen mit vergleichbarer Beschäftigungssituation daher stellen müssen ist, wie die Beschäftigten trotz dieser Umstände dazu motiviert werden, sich an Veränderungsprozessen zu beteiligen.

In Branchen der Sozialwirtschaft, in denen die Faktoren Befristung und Teilzeitbeschäftigung eine zentrale Bedeutung haben, wie beispielsweise in der Pflege, kann Partizipation gelingen, wenn die Beschäftigten das Unternehmen attraktiv finden und sie es wiederum durch ihr Handeln für die Umwelt attraktiv machen. Bassrack und Noll nennen dies *Fluktuation als Konzept* (vgl. 2012, S. 29). Für die Beschäftigten eines Unternehmens ist dieses Konzept insofern sinnvoll, als dass sie im Rahmen einer unzureichenden Beschäftigungssituation die Möglichkeit haben, ihren Marktwert bezogen auf die Gesamtbranche zu erhöhen. Wenn Unternehmen ihre Beschäftigten als Faktor für den Wettbewerb begreifen und die vorhandenen Potentiale ihrer Belegschaft durch Qualifikation und Bildung erweitern, erhöht sich nicht nur der Marktwert der Beschäftigten, sondern auch der des Unternehmens. Beschäftigte, die sich von ihrem Arbeitgeber unterstützt fühlen und sich weiter qualifizieren, obwohl sie wissen, dass sie nach Ablauf ihrer befristeten Beschäftigung nicht im Unternehmen bleiben können, werden sich neben ihrer täglichen Arbeit für das Unternehmen einsetzen. Gleichzeitig erhöhen sie ihren Marktwert und sind für andere Unternehmen interessant. In der Konsequenz bedeutet

dies: Wenn Beschäftigte für andere Unternehmen attraktiv sind, sind sie auch für das eigene Unternehmen attraktiv.

Paradox erscheint, dass Unternehmen von Fluktuation profitieren können, werden doch Befristungen und atypische Beschäftigungsverhältnisse kritisch bewertet. Bei dem Beispiel der Pflege bleibend, sind schwere körperliche Arbeit, niedrige Löhne, mangelnde Fachkräfte und Beschäftigung in Teilzeit Begriffe, die in der öffentlichen Wahrnehmung eine Rolle spielen. Ein offensiver Umgang mit Fluktuation könnte zu einer Aufwertung des Images dieser Branche beitragen, denn sie bietet Unternehmen die Möglichkeit sich neu zu orientieren und das Personal, welches der Arbeitsmarkt zur Verfügung stellt, anders einzusetzen. Unternehmen, die lediglich befristete Stellen ausschreiben können und wissen, dass es sich um körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten handelt, sollten dies auch transparent darlegen. Das Merkmal *Befristung* sollte als Teil einer Berufsbiografie verstanden werden und Unternehmen können durchaus konnotieren, dass Befristung

- berufliche Weiterentwicklung und Qualifizierung nicht ausschließt und es
- Teil eines Konzepts ist, welches körperlich anspruchsvolle Tätigkeiten, wie sie beispielsweise in der Pflege vorzufinden sind, seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nicht *unbefristet* zumutet.

Bildung im Sinne von Fortbildung scheint daher eine Möglichkeit zu sein, Partizipation unter den Bedingungen der Beschäftigungssituation von einigen Branchen der Sozialwirtschaft zu ermöglichen, denn es bindet die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an das Unternehmen und trägt dazu bei, dass sie sich aktiv an der Entwicklung im Unternehmen beteiligen.

Allerdings sind im Kontext betrieblicher Fortbildungen limitierende Faktoren zu beachten. Die Art und Weise, wie Beschäftigte mit Lernen und Weiterbildungen umgehen, unterscheidet sich nach ihrer Bildungsherkunft. Siemund (vgl. 2013, S. 83) unterscheidet in bildungsnahe und bildungsferne Arbeitnehmer, die einen unterschiedlichen Zugang zu Qualifizierungsmaßnahmen aufweisen. Für die Sozialwirtschaft ist dieser Aspekt relevant, da von einer heterogenen Zusammensetzung der Beschäftigten, so wie sie unter Punkt sechs in dieser Arbeit dargestellt ist, ausgegangen werden muss. Die Bildungsabschlüsse der Beschäftigten in Unternehmen des personenbezogenen Dienstleistungssektors reichen von Akademikerinnen und Akademikern mit Hoch- und Fachhochschulabschlüssen bis hin zu Helfertätigkeiten von Beschäftigten ohne Bildungsabschluss, wobei der Anteil der helfenden Berufe und Berufe mit niedrigen Bildungsabschlüssen einen erheblichen Anteil besitzt. Es ist daher möglich, dass eine

Anzahl der Beschäftigten keinen oder nur einen geringen Zugang zu Qualifizierungsangeboten wahrnehmen wird. Vielmehr spielt das Lernen *on the job* verstärkt eine Rolle, welches das Aneignen von Wissen während der Arbeit und im Austausch mit Kolleginnen und Kollegen bezeichnet (vgl. Siemund, 2013, S. 85). Weiterhin limitierend erweist sich der Aspekt einer sich durch Qualifizierungsmaßnahmen kurzfristig nicht verändernden Entlohnung. Es ist fraglich, ob für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Niedriglohnsektor oder anderen prekären Lebensverhältnissen mittel- und langfristig angelegte Qualifizierungskonzepte von Unternehmen den selben Anreiz ausüben, der im Vergleich dazu von einer höheren Entlohnung ausgeht. Daher muss in Frage gestellt werden, ob einzelne Qualifizierungsmaßnahmen der Komplexität der Beschäftigungssituation in der Sozialwirtschaft gerecht werden oder ob Aufgaben des Personalmanagements, wie beispielsweise dem Bindungsmanagement, geeigneter sind.

In diesem Abschnitt wurde unterstellt, dass Partizipation als Grundlage für die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen nur dann möglich ist, wenn die Beschäftigten es als persönlich lohnenswert erachten, sich für das Unternehmen zu engagieren. Es bleibt jedoch unbeantwortet, wie unter Beachtung dieser heterogenen Beschäftigungsstruktur in vielen Wirtschaftszweigen der Sozialwirtschaft und hemmenden Faktoren, wie niedrigen Löhnen und Befristungen, eine Identifikation zwischen den Beschäftigten und dem Unternehmen hergestellt wird. Die Beantwortung dieser Frage ist für diese Arbeit wichtig, weil davon ausgegangen wird, dass die Identifikation mit dem Unternehmen eine Voraussetzung für Gesundheit am Arbeitsplatz ist. Investitionen in Bildung und Kompetenzentwicklung können wichtige Ansätze für mehr Motivation und Zufriedenheit am Arbeitsplatz sein. Um jedoch zu erreichen, dass Beschäftigte sich aktiv an Veränderungsprozessen, wie der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems, beteiligen, ist es notwendig weitere spezielle Management-Konzepte zu verwenden. Im Folgenden wird daher das Bindungsmanagement als eine Strategie vorgestellt, mit Hilfe derer einerseits Bindung zwischen Unternehmen und Beschäftigten und andererseits direkte Einflüsse auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachgewiesen werden können. Dies erscheint insofern sinnvoll, als dass das Bindungsmanagement dazu beitragen kann Unternehmen, die sich mit einer schweren Arbeitsmarktlage konfrontiert sehen, vor einem weiteren Mangel an Fachkräften zu bewahren.

## **4.2 Mitarbeiterbindung**

Unter dem Begriff des Personalmanagements werden in der Literatur eine Vielzahl von Aufgaben und Strategien formuliert. Personalmanagement wird in zwölf Einheiten untergliedert, beginnend mit der Personalplanung- und suche und über die

Personalentwicklung bis hin zur Personalverabschiedung (vgl. Arnold, Grunwald, Maelicke, 2014, S. 872). Das Konzept der Mitarbeiterbindung bleibt jedoch weitestgehend unerwähnt, obwohl es vor dem Hintergrund der demografischen Prognosen wichtig ist, weil in Zukunft nicht nur weniger gut ausgebildetes Personal zur Verfügung stehen wird, sondern das vorhandene Personal deutlich länger arbeiten muss (vgl. Hoffmann, 2010, S. 20-22). Bindungskonzepte können daher in schwierigen Arbeitsmarktlagen dazu beitragen, dass die wenigen Fachkräfte dem Unternehmen erhalten bleiben und es nicht zu einer unnötigen Verschärfung kommt. Die Fachliteratur weist unterschiedliche Sichtweisen dieser Thematik auf. So befasst sich der Bereich des Sozialmarketings mit Mitarbeiterbindung unter dem Aspekt der Beschaffung von Personal durch Anreize. Möglichst viele Optionen von materiellen und immateriellen Anreizen sollen zu Leistung und Verbleib in der Organisation verleiten (vgl. Christa, 2010, S. 299). Thommen und Achleitner (vgl. 2009, S. 788) unterscheiden in monetäre (bspw. Lohn, betriebliche Sozialleistungen) und nicht-monetäre Anreize (Arbeitsplatzgestaltung, Führungsstil, Arbeitszeitenregelung, Betriebsklima, Aufstiegsmöglichkeiten). Diese Perspektive eröffnet erste Hinweise auf die Wirkung von Bindung auf die Gesundheit. Vertiefende Untersuchungen, unter anderem von Meyer und Maltin (vgl. 2010, S. 323-327) und Felfe (vgl. 2013, S. 11-50) belegen den Einfluss der Mitarbeiterbindung auf die Zufriedenheit und Leistung am Arbeitsplatz, die in der Konsequenz eine geringere Fluktuation bewirken. Eine Aussage über den Einfluss auf die Gesundheit lässt sich jedoch nur durch eine differenzierte Betrachtung der unterschiedlichen Bindungsqualitäten treffen. Felfe und Wombacher gehen daher davon aus, dass es drei Arten von Mitarbeiterbindung gibt. Sie unterscheiden in affektive, kalkulatorische und normative Mitarbeiterbindung. Während die affektive Bindung vor allem die emotionale Bindung an das Unternehmen bezeichnet (Identifikation mit den Werten und Zielen, Stolz dem Unternehmen anzugehören, starkes Zugehörigkeitsgefühl), sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer kalkulatorischen Bindung aus rationalen Gründen an das Unternehmen gebunden. Sie vergleichen die Kosten und Nutzen eines Austritts aus dem Unternehmen und verbleiben lediglich im Unternehmen, weil ein Wechsel sich nachteilig für sie auswirken würde. Normative Bindung beschreibt die Bindung aufgrund sozialer oder moralischer Verpflichtungen, wie zum Beispiel das Erfüllen einer Erwartungshaltung gegenüber Dritten (Familie, Führungskraft) (vgl. Felfe u. Wombacher, 2016, S. 130). Die Forschung geht davon aus, dass Mitarbeiterbindung sowohl als Ressource (vgl. Meyer und Maltin, 2010, S. 323-327) als auch Risiko wahrgenommen werden kann (vgl. Kraus, 2012, S. 191-202). Belegt werden können diese Annahmen durch drei Studien (vgl. Meyer, 2002, S. 20-52; Grawitch, 2007, S. 275-293; Felfe u. Franke, 2012), aus denen zusammenfassend hervorgeht, dass affektive Mitarbeiterbindung eindeutig als gesundheitsförderlich

betrachtet werden kann. Kalkulatorische Mitarbeiterbindung hingegen birgt das Risiko der Selbstausbeutung. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse können vier Hypothesen formuliert werden:

Investitionen in die Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lohnen sich, weil

- sie in Branchen, in denen ein Fachkräftemangel zu erwarten ist oder bereits ein Bedarf an Fachkräften besteht, eine weitere Verschärfung verhindern
- sie zur Erhöhung der Gesundheit der Beschäftigten beitragen.
- sie Identifikation mit dem Unternehmen schaffen und daher ein Wegbereiter für mehr Partizipation sind. Partizipation ist wiederum wichtig, um Veränderungen, wie beispielsweise die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement, herbeizuführen.
- sie die Leistungsbereitschaft der Beschäftigten erhöhen und damit einen ökonomischen Nutzen für das Unternehmen haben.

Zu hinterfragen ist jedoch die Auswahl der Personenkreise, die im Rahmen des Bindungsmanagements als wesentlich betrachtet werden. Folgt man den Ausführungen von Stockhausen und Scholl (vgl. 2001, S. 6), liegt der Wert von Mitarbeiterbindung nicht darin Fluktuation zu vermeiden, sondern in der Bindung von Leistungsträgern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die Schlüsselpositionen im Unternehmen übernehmen. Dazu gehören nach Ansicht der Autoren insbesondere die Personen einer Organisation, die sich über das normale Maß hinaus engagieren. Eine Unterteilung dieser Art wurde von Knoblauch und Kurz (vgl. 2009, S. S. 33) vorgenommen. Sie unterscheiden anhand des Merkmals Engagement in drei unterschiedliche Mitarbeiterkategorien, wobei die Kategorie *A-Mitarbeiter* in sich durch hohe Flexibilität auszeichnet und alle Aufgaben meist über den Erwartungen erfüllt (vgl. Knoblauch, Kurz, 2009, S. 33). Basierend auf dieser Unterscheidung formulieren sie sieben Strategien, um Mitarbeiterbindung zu etablieren (Mitwissen,- denken,- lernen, -verantwortung,- genießen, -besitz und mit Werten unterwegs) (vgl. Knoblauch, Kurz, 2008, S. 195 ff) und ordnen auch hier der Kategorie *A-Mitarbeiterin* eine zentrale Rolle zu.

Wenn das Konzept der Mitarbeiterbindung in Unternehmen strategisch genutzt wird, um eine Kultur zu entwickeln, die Gesundheitsförderung ermöglicht, muss sie ganzheitlich, transparent und für alle Beschäftigten nachvollziehbar erfolgen. Es erscheint richtig, auf die Individualität der Beschäftigten einzugehen und Potentiale und Kompetenzen adäquat zu nutzen. Im Zusammenhang mit einer Implementation gesundheitsfördernder Maßnahmen besteht aus Sicht des Autors jedoch die Gefahr, dass eine unterschiedliche

Bewertung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dazu führen kann, dass sich Teile der Beschäftigten ausgegrenzt fühlen. Veränderungsvorhaben, wie sie unter dem Begriff des *Wandels* diskutiert werden, müssen jedoch unter Einbeziehung aller Personengruppen eines Unternehmens erfolgen, wenn eine aktive Teilnahme für die Umsetzung des Vorhabens notwendig ist (vgl. Schreyögg, 2012, S. 204).

Das Konzept der Mitarbeiterbindung ist ein strategisches Instrument für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz. Dieser Eindruck kann neben den in diesem Abschnitt genannten wissenschaftlichen Erkenntnissen durch das Hinzuziehen organisationskultureller Betrachtungen verstärkt werden. Organisationskultur wurde in dieser Arbeit bereits unter Punkt 2.4.2. als ein beachtenswerter Faktor bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement dargelegt. Es wurde deutlich, dass zwischen Organisationskultur und Gesundheit ein Zusammenhang besteht. Vor dem Hintergrund der in Abschnitt fünf dargestellten Beschäftigungssituation in der Sozialwirtschaft und den vorangestellten Überlegungen über die Bedeutung von Mitarbeiterbindung, lohnt es sich Organisationskultur und Bindung in einem direkten Zusammenhang zu bewerten und daraus Handlungsempfehlungen für Unternehmen abzuleiten.

### **4.3 Organisationskultur und Führung**

Der Abschnitt *Mitarbeiterbindung* unterstellt einen positiven Zusammenhang zwischen affektiver Bindung und Gesundheit. Wenn Mitarbeiterbindung strategisch für die Gesundheitsförderung genutzt werden kann, ist es wichtig zu erörtern, wie sie entsteht. Die Forschung geht davon aus, dass die Organisationskultur für die Entstehung von Mitarbeiterbindung verantwortlich ist. Maßgebliche Erkenntnisse lassen sich beispielsweise aus den Studien von Lükermann (vgl. 2013, S. 211-230) und Badura ableiten (vgl., 2017, S. 203-212). Sie konnten nachweisen, dass die Chance auf eine erhöhte emotionale Bindung dann entsteht, wenn gemeinsame Werte innerhalb einer Organisation in besonderem Maße gelebt werden (vgl. Lükermann, 2013, S. 211-203). Badura unterstellt, dass eine attraktive Organisationskultur die Wahrscheinlichkeit einer hohen und positiven Bindung erhöht und bestätigte diese Hypothese anhand einer Befragung von 17 Unternehmen mit über 6000 befragten Personen. Neben dem Einfluss auf die Bindung konnte die Befragung außerdem positive Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit, einen geringeren Ausmaß an Depressivität und psychosomatischen Beschwerden nachweisen (vgl. Badura, 2017, S. 211-212). Organisationskultur ist damit eine Voraussetzung für Mitarbeiterbindung, die wiederum Gesundheit am Arbeitsplatz ermöglicht.

Um Kultur in Organisationen zu etablieren ist Mitarbeiterführung mit einer gesundheitsorientierter Haltung notwendig (vgl. Rump, Schiedhelm, Eilers, 2016, S. 95). Die Rolle der Führungskräfte bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wurde bereits in Abschnitt zwei dieser Arbeit und im Zusammenhang mit Kultur dargestellt. Sie wird an dieser Stelle erneut Beachtung finden, weil Führungskräfte erheblich zur Kulturentwicklung in Unternehmen beitragen. Es ist jedoch wichtig darzustellen, dass Führungskräfte diese Aufgabe nur ausfüllen können, wenn sie selbst die notwendige Unterstützung erhalten. Die Notwendigkeit gesunder Führung erkennen mittlerweile immer mehr Unternehmen. Gesundheitsförderliche Führung hat nachhaltige positive Effekte auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz, 2014, <http://www.baua.de/Publikationen/Fachbeitraege/F2199.html.de>, Zugegriffen: 21.12.2017). Den Führungskräften der Unternehmen wird dabei von mehreren Autoren eine Vorbildfunktion zugesprochen (vgl. iga.Report 29, S. 24; vgl. Felfe, 2014, S. 139.148; vgl. Krampnitz, 2015, S. 165-184). Weiterhin ist bekannt, dass viele Führungskräfte nicht wissen, wie sie gesund führen sollen, während die Wissenschaft belegt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch soziale Unterstützung durch die Führungskraft deutlich weniger anfällig für stressbedingte Erkrankungen sind (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2012, [http://www.baua.de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?\\_\\_blob=publicationFile.de](http://www.baua.de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile.de) Zugegriffen: 21.12.2017). Eine Erklärung dafür könnte im unzureichenden Wissenstand über den Gesundheitszustand von Führungskräften liegen. Bei der Förderung von Mitarbeitergesundheit kommt den Führungskräften zwar eine Schlüsselrolle zu, es ist jedoch weitgehend unerforscht, wie es um den Gesundheitszustand von Führungskräften selbst steht (vgl. Zimmer, Hentrich, 2015, S. 33). Im Kontext des betrieblichen Gesundheitsmanagements muss beachtet werden, dass Führungskräfte gleichzeitig Mitarbeiter sind und bei Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit mit eingeschlossen werden. Führungskräfte sind durch lange Arbeitszeiten, einer hohen Arbeitsintensität sowie Zeit- und Leistungsdruck einem erheblichen Gesundheitsrisiko ausgesetzt (vgl. Rump, Schiedhelm, Eilers, S. 99). Gleichzeitig wird von ihnen erwartet gesundheitsorientiert zu führen. Daraus ergibt sich ein Konflikt, denn Führungskräfte sollen einerseits Multiplikatoren und Vorbilder für das betriebliche Gesundheitsmanagement sein, sie sind aber gleichermaßen eine Zielgruppe für Präventionsmaßnahmen. Es ist daher wichtig, die Gesundheit von Führungskräften in den Fokus zu stellen, denn wenn davon ausgegangen wird, dass das Führungsverhalten Einfluss auf die Kultur hat und die Kultur einer Organisation wiederum in Zusammenhang mit Mitarbeiterbindung, Partizipation und letztendlich der Einführung von



gesundheitsfördernden Maßnahmen steht, kann Gesundheitsförderung speziell für Führungskräfte als eine Handlungsempfehlung für Unternehmen im allgemeinen angesehen werden. Es genügt jedoch nicht, Führungskräfte im Rahmen von gesundheitsfördernden Maßnahmen als Mitarbeiter zu bewerten und ihnen damit zu ermöglichen, durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung Wissen zu erlangen. Die Voraussetzung für gesundheitsorientiertes Führen ist eine Auseinandersetzung mit der eigenen, persönlichen Gesundheit und den eigenen Annahmen über gesundheitsorientiertes Führen (vgl. Paul, 2015, in Badura, 2016, S. 99). Daher muss hinterfragt werden, in welchem Maße Führungskräfte aufgrund ihrer beruflichen Vorerfahrung und ihres Bildungs- und Berufsabschlusses dazu in der Lage sind, gesundheitsorientiert zu führen. Für den Bereich der Sozialwirtschaft gilt dies in besonderem Maße, weil Sozialmanagement nach wie vor einer kontroversen Diskussion unterliegt.

#### **4.4 Sozialmanagement**

Im Hinblick auf gesundheitsorientiertes Führen muss erläutert werden, wie Führung in der Sozialwirtschaft in der Wissenschaft aktuell bewertet wird. Erst dann kann erläutert werden, ob Schnittstellen zwischen Führung in der Sozialwirtschaft im Allgemeinen und gesundheitsorientierter Führung in der Sozialwirtschaft bestehen. Die unklare bzw. gleichzeitige Benutzung der Begrifflichkeiten *Sozialwirtschaft* und *Sozialmanagement* wurde bereits unter Abschnitt vier angedeutet. Insbesondere Fröse (vgl. 2012, S. 100) setzte sich mit der Bedeutung der Begriffe auseinander und erkannte, dass beide Begriffe im Kontext der Geistes- und Sozialwissenschaften kaum zu verorten sind. Zudem werden sie sowohl in der Betriebs- als auch in der Volkswirtschaftslehre nicht verwendet (vgl. Fröse, 2012, S. 102). In diesem Abschnitt wird der Autor dieser Arbeit jedoch den Begriff des Sozialmanagements im Kontext der Führung verwenden. Der Begriff der Sozialwirtschaft wird hingegen im Zusammenhang mit den Unternehmen der Sozialwirtschaft verwendet.

Im Gegensatz zur immer größer werdenden volkswirtschaftlichen Bedeutung des sozialen Sektors, mit mehr als 2,8 Millionen Personen, die in den verschiedenen Branchen beschäftigt sind, ergibt sich mit Blick auf das Qualifikationsniveau ein prekäres Bild. Nur 15 Prozent der Beschäftigten verfügen über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss (vgl. Bassrack u. Noll, 2012, S. 91). Demgegenüber steht eine recht hohe Anzahl an Studiengängen, die unter dem Titel Sozialmanagement/Sozialwirtschaft angeboten werden. Allein im Wintersemester 2013/14 waren in Deutschland 115 Studiengänge dieser Art angesiedelt. Dies wird in der Fachliteratur als quantitativ ausreichend bewertet (vgl. Boeßeneckert u. Markert, 2014, S. 38ff). Die hohe Anzahl an Studiengängen deutet

daraufhin, dass Absolventinnen und Absolventen dieser Studiengänge in Führungspositionen sozialwirtschaftlicher Unternehmen gelangen. Dennoch lassen oben genannte Zahlen die Hypothese zu, dass eine Vielzahl an Beschäftigten mit einem geringen Qualifizierungsniveau Führungspositionen innehaben. Wenn diese Hypothese zutrifft schließt sich eine weitere Vermutung an. Führungskräfte mit einem geringen Qualifizierungsniveau erwerben ihre Führungskompetenzen auf dem Wege des *Learning by Doing*.

Insgesamt erweckt die wissenschaftliche Diskussion über den Themenbereich des Sozialmanagements bzw. der Sozialwirtschaft, so wie sie maßgeblich von Markert und Boeßenecker betrieben wird (vgl. Boeßenecker u. Markert, u.a. 2007, 2011, 2014), den Eindruck, dass eine fortlaufende Professionalisierung des Sozialmanagements im Hinblick auf die wirtschaftliche Bedeutung des Feldes, in dem sie sich bewegt, notwendig ist. In ihren Schriften kritisieren die genannten Autoren unter anderem die fehlende Abstimmung von Studieninhalten mit den relevanten Trägern der Branche und der Politik und dem fehlenden Verhältnis von Wissenschaft und Praxis im Sinne einer empirischen Messung der Qualität der Studieninhalte (vgl. Boeßenecker u. Markert, 2012, S. 99).

Für diese Arbeit ist diese Zustandsbeschreibung insofern wichtig, als dass sie erkennen lässt, dass das Sozialmanagement bzw. das Thema Führung von Unternehmen der Sozialwirtschaft aktuell einer Standortbestimmung eines weitaus größeren Rahmens unterläuft, als der bloßen Frage nach der Art und Weise, wie sozialwirtschaftliche Unternehmen geführt werden müssen. Vielmehr geht es um eine sozialpolitische Einordnung eines ganzen Berufsfeldes im Dienstleistungssektor. Spezielle Aspekte der gesunden Führung stehen daher nicht im Fokus, sondern vielmehr die Verknüpfung von betriebswirtschaftlichen Kompetenzen mit den speziellen Anforderungen des personenbezogenen Dienstleistungssektors, wie z.B. der Heterogenität der Einrichtungen, beginnend von kleinen Initiativen der Selbsthilfe bis hin zu den Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege.

Auf Grundlage dieser Annahmen und in Verbindung mit den Erkenntnissen über die Rolle von Führungskräften bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems, können Handlungsempfehlungen für gesundheitsorientierte Führung allenfalls sehr vage formuliert werden. Prognosen, die die fachliche Unterstützung von Führungskräften bei der Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements bewerten und dies in Verbindung mit dem Qualifizierungsniveau bringen, müssen zurückhaltend formuliert werden. Aus Sicht des Autors besteht jedoch auf der Ebene der Forschung ein Bedarf. Es müssen Erkenntnisse

über die Durchlässigkeit von Absolventinnen und Absolventen aus Studiengängen in Führungspositionen gewonnen werden. Im Umkehrschluss besteht die Notwendigkeit zu erforschen, inwiefern das Führungsverhalten von Personen mit geringem Qualifizierungshintergrund Auswirkungen auf Qualität und Leistung in Unternehmen haben. Gleichzeitig sollten vor dem Hintergrund der komplexen Veränderungen der Arbeitswelt, gesundheitspolitische Themen Eingang in die Studieninhalte der Studiengänge Sozialmanagement/Sozialwirtschaft finden. Für Unternehmen, die ein betriebliches Gesundheitsmanagement einführen möchten, erscheint es zielführend, nicht nur die Kompetenzen ihrer Führungskräfte hinsichtlich gesundheitsorientierter Führung zu hinterfragen, sondern allgemein in die Vermittlung von Führungskompetenz zu investieren. Ein Verweis auf externe Gesundheitsmanager, die die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements begleiten, wäre hier zu kurz gegriffen, da es eine temporäre Lösung darstellt, Gesundheitsförderung jedoch ein nachhaltiges Management-Konzept benötigt.

## **5. Sozialwirtschaft**

Während im ersten Teil dieser Arbeit das Themenfeld der betrieblichen Gesundheit im Allgemeinen definiert wurde, werden nun erste Zusammenhänge von Gesundheit und Sozialwirtschaft hergestellt. Dafür wird der Themenkomplex der Sozialwirtschaft näher erläutert. Es erfolgt eine definitorische Abgrenzung des Begriffs *Sozialwirtschaft* im Vergleich zu erwerbswirtschaftlichen Wirtschaftsunternehmen und es werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten dargestellt.

Dem Autor ist bewusst, dass eine Analyse des Themenbereiches der Sozialwirtschaft im Rahmen dieser Arbeit nur in Ansätzen möglich ist, da allein die Theoriesituation rund um die Begrifflichkeiten der Sozialwirtschaft und dem Sozialmanagement durch ihre Komplexität und Heterogenität gekennzeichnet ist. Die vorliegende Arbeit untersucht nur ausgewählte Aspekte des Themenbereiches der Sozialwirtschaft in dem Bewusstsein, dass sie für die Forschungsfrage und den Zusammenhang von Gesundheit und Sozialwirtschaft relevant werden.

### **5.1 Begriffsbestimmung und Definitionen**

Eine Definition des Begriffes Sozialwirtschaft ergibt sich durch eine Betrachtung ihres Gegenstandsbereiches, so wie sie in Arnold, Grunewald und Maelicke vorzufinden ist (vgl. 2014, S. 36). Sie unterscheiden auf institutioneller und funktionaler Ebene und schaffen damit eine deutliche Trennlinie, wo bisher zwischen den Begriffen Sozialwirtschaft, Sozialmanagement und Sozialökonomie und den dahinter stehenden Kompetenzen keine

klare Abgrenzung erfolgte (vgl. Grunwald, 2009 u. 2013, Wöhrle, 2012; Christa, 2010, S. 24-27).

Beide Betrachtungen berücksichtigt Wendt in seiner Definition und sagt, „der Begriff Sozialwirtschaft wird verwendet, um einen Bereich des Wirtschaftens zu bezeichnen, der (institutionell) die Organisationen, Dienste, Einrichtungen und andere Unternehmungen umfasst, die zu sozialen Zwecken betrieben werden und das Ziel haben, mit ihrer Leistungserstellung das Wohlergehen von Menschen einzeln und gemeinsam zu fördern oder zu ermöglichen“ (vgl. Wendt, 2003, in Ahlrichs, 2012, S. 53).

Der Gegenstandsbereich der Sozialwirtschaft umfasst im ursprünglichen Sinne den Bereich der sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, zu denen in erster Linie Non-Profit-Organisationen zählen. Diese strikte Begrenzung auf den sogenannten dritten Sektor wird einerseits durch das Hinzukommen erwerbswirtschaftlicher Unternehmen und andererseits durch Anteile des staatlichen Sektors, wie beispielsweise Sozialversicherungsträger, erweitert (vgl. Zimmer, 2009, S. 117). Eine zusätzliche Erweiterung erfährt die Sozialwirtschaft durch das Einbeziehen aller Personen und Gemeinschaften, die individuell oder kollektiv in Selbsthilfe Leistungen erbringen (vgl. Grunewald, 2014, S. 36). Zu den Institutionen der Leistungserbringung zählen Stiftungen, Genossenschaften, wohlfahrtsverbandliche Einrichtungen und erwerbswirtschaftliche Unternehmen (vgl. Pankoke, 2008, S. 436ff).

Maelicke nennt mit den Einrichtungen der professionellen Sozialen Arbeit, wie beispielsweise der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, Organisationen des Gesundheitswesens und der ambulanten und stationären Altenhilfe, konkrete Beispiele für sozialwirtschaftliche Organisationen (vgl. Maelicke, 2008, S. 954). Mit der Zuordnung der professionellen Sozialen Arbeit benennt Maelicke einen Teilbereich der Sozialwirtschaft.

Wendt sieht die Aufgabe der Sozialwirtschaft als Entgegenwirken von sozialer und ökonomischer Ausgliederung und versteht Wirtschaften hier als Prozess, der personen – und gemeinschaftsbezogen, und nicht gewinn- sondern bedarfsorientiert, gemeinschaftlich und demokratisch betrieben wird (vgl. Wendt, 2013, S. 13-14).

Damit unterstreicht er die Bedeutung einer funktionalen Betrachtung sozialwirtschaftlichen Handelns und stellt zugleich den sozialen und ökonomischen Zweck von Sozialwirtschaft heraus. Er führt aus, dass „Sozialwirtschaft der Gewährleistung und Herstellung sowohl individueller als auch kollektiver Wohlfahrt primär durch individuelle oder gemeinschaftliche Selbstversorgung seitens öffentlicher, frei-gemeinnütziger oder privat-gewerblicher Träger und Einrichtungen dient“ (vgl. Wendt 2013, S. 965).

Es wird deutlich, dass sozialwirtschaftliche Organisationen gezwungen sind, wirtschaftlich zu denken und zu handeln (vgl. Grunewald, 2014, S. 37), auch wenn sie die Erfüllung

einer sozial gestellten Aufgabe verfolgen müssen und das Wohlergehen von Menschen einzeln und gemeinsam fördern und ermöglichen müssen (vgl. Wendt, 2013, S. 965).

Diesen Aussagen folgend, wird einer der wesentlichen Unterschiede zwischen sozialwirtschaftlichen Organisationen und reinen erwerbswirtschaftlichen Organisationen offensichtlich - die Organisationsziele. Sie gehören neben der Finanzierung der Sozialwirtschaft und dem Kundenbegriff zu den zentralen Unterschieden.

## **5.2 Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Sozialwirtschaft und Erwerbswirtschaft**

Die Ziele sozialwirtschaftlicher Organisationen sind Sachziele, deren Erreichung das Handeln der Organisation legitimiert. Anders als in der Erwerbswirtschaft erfolgt die Orientierung nicht ausschließlich am wirtschaftlichen Erfolg. Vielmehr kümmern sich sozialwirtschaftliche Unternehmen um das Erreichen ihrer gemeinnützigen Zwecke. Insbesondere Non-Profit-Unternehmen werden diese Eigenschaften zugeschrieben (vgl. Klus 2009, S. 139; Wohlfahrt, 2008, S. 17, Maelicke, 2009, S. 708).

Das Fehlen eines Gewinnziels in Non-Profit-Unternehmen ist gleichzeitig einer der Kritikpunkte in der Forschung, weil sie sich in Teilbereichen privat-kommerzieller Anbieter im Feld der sozialen Arbeit bewegen (vgl. Arnold/Maelicke, 2010, S. 303). Ahlrichs bilanziert, dass der entscheidende Unterschied nicht das fehlende Gewinnziel, sondern die fehlende Gewinnausschüttung sowie das Orientieren an Sachzielen sei (vgl. Ahlrichs, 2012, S. 62).

Der Kundenbegriff findet in der Literatur zur Sozialwirtschaft Anwendung, auch wenn nachstehende Ausführungen verdeutlichen werden, dass deutliche Unterschiede zwischen dem Kunden der Privatwirtschaft und dem Klienten der Sozialwirtschaft bestehen (vgl. Merchel, 2009, S. 48; Krölls, 2000, S. 76). Gleichwohl setzen sich genannte Autoren kritisch mit dem Begriff des Kunden im Kontext der Sozialwirtschaft auseinander. Im Folgenden wird für Menschen, die sich im Kontext des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses befinden, der Begriff *Klient* verwendet. Damit soll in Abgrenzung zum Begriff *Kunden* die Abhängigkeit zu einem Kostenträger verdeutlicht werden, der die Wahlfreiheit dieses Personenkreises einschränkt (vgl. Eurich, 2007, S. 152). Auf die Besonderheiten des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses wird im weiteren Verlauf eingegangen.

Kunden der Privatwirtschaft können ihre Bedürfnisse durch den Einsatz von Geld decken und verfügen damit über Kaufkraft. Klienten sozialwirtschaftlicher Organisationen haben häufig einen Unterstützungsbedarf und verfügen nicht über die notwendigen ökonomischen Mittel, um den benötigten Bedarf zu decken. Sie sind abhängig von einem Kostenträger und befinden sich damit nicht in einer dualen Beziehung, wie etwa der

Kunde mit dem erwerbswirtschaftlichen Unternehmen, sondern in einem Dreiecksverhältnis zum Leistungserbringer und dem Kostenträger (vgl. Fasching, 2005, S. 11 u. Eurich, 2007, S. 150). Schramm fasst die Unterschiede prägnant zusammen: „fehlende Kaufkraft der Kunden, mangelnde Kundensouveränität bei der Auswahl des Anbieters, staatliche Einflussnahme“ (vgl. Schramm, 2007, S. 20). Schramm meint hier mit Kunden die in dieser Arbeit als Klienten bezeichneten Personen.

Ein weiterer Widerspruch entsteht durch die Mitwirkungspflicht der Klienten. Soziale Arbeit, als Feld der Sozialwirtschaft, ist auf die Mitwirkung ihrer Klienten angewiesen und stellt kein Produkt im ökonomischen Sinne her (vgl. Schwarz, 2011, S. 61).

Um Mitwirkung zu ermöglichen, sind pädagogische und psychologische Konzepte nötig, denn in vielen Feldern der Sozialen Arbeit können Problematiken erst bewältigt werden, wenn Beziehungen aufgebaut wurden. Um ein soziales Problem zu lösen ist daher häufig zunächst eine Bindung wichtig. Hier entsteht aus Sicht des Autors die Gefahr, dass Organisationen entgegen ihrer Ausrichtung tätig sein müssen. Wenn beispielsweise Organisationen der beruflichen Bildung, deren Aufgabe es ist Menschen in andere Maßnahmen zu vermitteln, zunächst dafür Sorge tragen müssen, dass diese Menschen innerhalb ihrer Organisation Vertrauen finden, um die pädagogischen Angebote wahrnehmen zu können, ergibt sich ein Zielkonflikt. Häufig ist nicht messbar, wann eine Maßnahme erfolgreich beendet ist. Christa (2010) macht auf diese Problematik aufmerksam und führt aus, dass in Einrichtungen der Sozialen Arbeiten eine Überprüfung der erbrachten Leistungen weder von Seiten des Kostenträgers noch durch ein wirksames Controlling der Leistungserbringer erfolgt (vgl. Christa, 2010, S. 29).

Im privatwirtschaftlichen Verhältnis zwischen dem Kunden und dem Leistungserbringer ist eine Messung von Kundenzufriedenheit wesentlich einfacher, da der Kunde bei Unzufriedenheit das Produkt zurückgeben kann oder bei Zufriedenheit erneut Kunde des Produkts werden kann. Im Kontext der Sozialwirtschaft wird beim Verkauf von sozialen Dienstleistungen von einem sozialrechtlichen Dreiecksverhältnis ausgegangen, bestehend aus dem Leistungsträger, dem Leistungsempfänger (Kunde) und dem Kostenträger. Die Leistungsträger sind die Anbieter der sozialen Dienstleistungen, wie zum Beispiel Altenheime. Die Kostenträger sind die Finanzierer der Leistungen (bspw. Krankenkassen oder Kommunen). Innerhalb dieses Dreiecksverhältnisses muss der Leistungsempfänger seine Leistungs- und Hilfeansprüche, die häufig nach dem Bundessozialhilfegesetz geregelt sind, gegenüber dem Kostenträger geltend machen. Die Dienstleistung erhält der Leistungsempfänger dann von einem Leistungsträger, der wiederum die Kosten vom Kostenträger erstattet bekommt. Zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungsempfänger besteht dann ein privatrechtliches Vertragsverhältnis über Leistung und Vergütung. Der Preis für die Leistung wird, bei dem

Beispiel Altenheim bleibend, im Wesentlichen durch die allgemeinen Pflegesatzvereinbarungen bestimmt (vgl. Zimmer/Paulsen/Hallmann, 2014, S. 197-199). Schellberg spricht diesem Dreiecksverhältnis eine hohe Bedeutung zu und bezeichnet sie als dominante betriebswirtschaftliche Aufgabe, die das finanzielle Überleben der Unternehmen sichert. Er erkennt in Abgrenzung zu dem Drei-Phasen-Modell der Betriebswirtschaftslehre (bestehend aus der Kapitalbereitstellung, der Investition und der Kapitalrückzahlung bzw. dem Gewinn) Abweichungen in verschiedenen Ausprägungsstufen. Die erste Abweichung ist, wie beschrieben, das Eintreten eines öffentlichen Sozialleistungsträgers für die Finanzierung der Leistung. Möglich sei ebenfalls eine philanthropische Finanzierung der Organisation, beispielsweise über Fundraising, die nicht von der Leistung abhängig ist oder es wird. Weiterhin möglich ist die Deckung des Finanzierungsbedarfes durch freiwilliges Engagement oder Selbsthilfe (vgl. Schellberg, 2014, S.227 in Arnold/Grundwald/Maelicke).

Die Finanzierung der Sozialwirtschaft, die Definition des Kundenbegriffs und das Verhältnis zwischen Klienten, Kostenträgern und Leistungserbringern zeigen Unterschiede und Besonderheiten zwischen sozialwirtschaftlichen und erwerbswirtschaftlichen Unternehmen auf. Es gibt jedoch noch weitere Gemeinsamkeiten und Unterschiede, anhand derer Rückschlüsse auf einen Zusammenhang zur betrieblichen Gesundheit erkennbar werden. Notwendig ist ein vertiefender Blick auf die in der Einleitung dieser Arbeit genannten Kriterien, die bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems von verschiedenen Autoren als herausfordernd identifiziert wurden. Zu den Herausforderungen zählen die demografische Entwicklung der Bevölkerung, der Fachkräftewettbewerb, die Digitalisierung und Technisierung und die Gesundheitsreformen.

Für diese Arbeit sind die Kriterien *demografische Entwicklung* und der *Fachkräftewettbewerb* von besonderer Bedeutung. Dem Autor ist bewusst, dass die Digitalisierung und Technisierung der Arbeitswelt sowie gesetzliche Veränderungen im Gesundheitswesen einen Einfluss auf die Situation von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern haben. Insbesondere technische Neuerungen, so wie sie unter dem Begriff der Arbeit 4.0. diskutiert werden, werden zukünftig beispielsweise im Bereich der Pflege von Bedeutung sein. Aus Gründen der Fokussierung auf das Themenfeld der Partizipation von Beschäftigten bei der Implementation eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen, deren Bedeutung durch zahlreiche Beiträge in einschlägiger Literatur gestützt wird, verzichtet der Autor jedoch auf die Ausweitung des Themas auf die Bereiche Digitalisierung/Technisierung und Gesundheitspolitik.

### 5.3 Demografie und Fachkräftesituation

Der demografische Wandel wird in der Literatur auf vielfältige Art und Weise als einer der Ursachen für Veränderungen auf dem Arbeitsmarkt genannt und ist damit auch für die Sozialwirtschaft relevant. Als Folgen der sich verändernden Bevölkerungsstruktur werden unter anderem die Formen von Beschäftigung (vgl. Siemund, 2013, S. 9) oder spezielle Anforderungen an einzelne Branchen, wie der Altenpflege, genannt (vgl. Friedrich Ebert Stiftung, 2014, S. 1). Der demografische Wandel wird in den nächsten 10 - 15 Jahren dazu führen, dass weniger qualifiziertes Fachpersonal zur Verfügung stehen wird. Prognosen zufolge wird die Personallücke in der Gesundheits- und Sozialwirtschaft allein im Bereich der nicht-ärztlichen Fachkräfte zum Jahre 2030 auf bis zu 800.000 fehlende Fachkräfte anwachsen (vgl. ipp Bremen; Universität Bremen: Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten, Bremen, 2010, S. 26). Das vorhandene Personal wird in Zukunft länger arbeiten müssen und Unternehmen werden gezwungen sein, den Marktwert ihres Personals über einen längeren Zeitraum zu erhalten. Aktuelle Schätzungen zufolge wird die Anzahl der 20-bis 64-Jährigen bis 2030 um ca. 7,5 Millionen sinken. Gleichzeitig werden die Beschäftigten in Deutschland immer älter: Bereits heute ist jede zweite erwerbstätige Person zwischen 35 und 49 Jahren alt, 2020 wird jeder dritte Erwerbstätige über 50 Jahre alt sein (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S. 8). In den Branchen Pflege und Soziales ist die Beschäftigung von Menschen zwischen 55-65-jährigen mit einem Anteil von 20 Prozent über dem Durchschnitt aller Branchen (18 Prozent) (vgl. Bundesamt für Statistik, 2017, S. 15).

Für sozialwirtschaftliche Unternehmen hat diese Entwicklung im Vergleich zu reinen Erwerbswirtschaftsunternehmen eine entscheidende Bedeutung, da die Ressource *Arbeitskraft* für personenbezogene Dienstleistungen einen überlebenswichtigen Charakter aufweist. Anders als in Produktionsbetrieben des industriellen Sektors führen im personenbezogenen Dienstleistungssektor Menschen die Arbeit am Menschen aus. Führungskräfte in der Sozialwirtschaft werden daher in Zukunft, neben der Förderung von fachlichen Potentialen, gesundheitsfördernde Aspekte in den Vordergrund stellen müssen, um nicht nur junge Nachwuchsfachkräfte zu erreichen, sondern auch die Leistungsfähigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ab 50 Jahren zu erhalten und zu entwickeln (vgl. Bassarak, 2012, S. 25-28).

Für den Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen der Sozialwirtschaft ist es wichtig, aktuelle Prognosen zu der sich verändernden Personalsituation im personenbezogenen Dienstleistungssektor zu kennen, denn mit diesem Wissen können Rückschlüsse auf gesundheitsfördernde Maßnahmen und deren Erfolgchancen gezogen werden. Im Folgenden werden Prognosen zur Entwicklung der



Personalsituation aufgrund der demografischen Entwicklung vertiefend untersucht, denn die Beschäftigten haben bei der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen in Unternehmen eine zentrale Bedeutung. Anhand dieser Untersuchung werden weitere Unterschiede zwischen sozialwirtschaftlichen und erwerbswirtschaftlichen Organisationen deutlich.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass ein Bedarf an Fachkräften nicht mit einem Fachkräftemangel gleichzusetzen ist, denn es bestehen wesentliche Unterschiede an Bedarfen von Fachkräften zwischen den Branchen. Terminologien wie *fehlende Fachkräfte* sind dabei teilweise irreführend, weil sie suggerieren, dass keine Fachkräfte vorhanden sind. Unterschiedliche Studien, wie beispielsweise die *Engpassanalyse* der Bundesagentur für Arbeit geben einen Überblick über Branchen, an denen Fachkräfte in Zukunft benötigt werden und in welchen Branchen keine Besetzungsschwierigkeiten bestehen (vgl. Engpassanalyse, 2017, Bundesagentur für Arbeit). Zu beachten ist außerdem die heterogene Zusammensetzung der Unternehmen, die der Sozialwirtschaft zugeordnet werden. Sie reichen von Pflegeeinrichtungen für alte Menschen, über Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe bis hin zu Kindergärten und Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Eine pauschale Aussage zur Beschäftigungssituation der Sozialwirtschaft kann daher nur erfolgen, wenn diese Heterogenität berücksichtigt wird.

Insgesamt konnte die Analyse der Bundesagentur für Arbeit für das Jahr 2016 keinen flächendeckenden Bedarf an Fachkräften feststellen, wohl aber für technische Berufe, Bauberufe und die Gesundheits- und Pflegebranche. Der Fachkräftemangel in der Altenpflege fokussiert sich auf examinierte Fachkräfte und Spezialisten und zeigt sich ausnahmslos in allen Bundesländern. In keinem Bundesland stehen rechnerisch ausreichend arbeitslose Bewerber zur Verfügung, um damit die der Bundesagentur gemeldeten Stellen zu besetzen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die Bundesagentur für Arbeit eine Verknappung bezüglich der Besetzung von Stellen aufdecken. Die Vakanzzeit bei der Besetzung von Stellen beträgt 140 Tage und ist damit 39 Prozent über dem Durchschnitt aller Berufe. Zudem liegt damit eine Steigerung von 16 Tagen gegenüber dem Vorjahr in dieser Branche vor (vgl. Bundesagentur für Arbeit, Fachkräfteengpassanalyse, 2017, S. 14&26). Allerdings zeichnet sich in der Branche der Kindertagesbetreuung ein gegensätzliches Bild und verdeutlicht damit, dass es erforderlich ist, die Sozialwirtschaft in ihrer Heterogenität der Bereiche zu betrachten. In dieser Berufsgruppe ist ein flächendeckender Fachkräfteengpass aktuell nicht erkennbar. Unterdurchschnittliche Vakanzzeiten zeigen, dass freie Stellen in der Regel in angemessener Zeit besetzt werden können. Dies ist hauptsächlich auf den Ausbau der Kinderbetreuungseinrichtungen zurückzuführen. Dadurch kam es in den letzten Jahren zu

einer erheblichen Steigerung der Zahl betreuter Kinder und der Beschäftigten. Die Zahl der Arbeitslosen in diesem Bereich ist in den letzten Jahren überdurchschnittlich zurückgegangen (vgl. Fachkräfte in der Kindertagesbetreuung, 2016, S. 5). Ein Blick auf die Situation von Akademikern im sozialen Bereich rundet dieses uneinheitliche Beschäftigungsbild ab. Auch hier gibt es eine erhöhte Kräftenachfrage, unter anderem verstärkt durch die erhöhten Bedarfe im Bereich der Betreuung von geflüchteten Menschen. Im Jahr 2016 wurden der Bundesagentur für Arbeit 31.000 freie Stellen gemeldet und damit neun Prozent mehr als im Vorjahr. Durch diese gestiegene Nachfrage verlängerten sich hier die Zeitspannen vom Besetzungstermin und der tatsächlichen Besetzung der Stelle im Vergleich zum Vorjahr um 14 Tage auf 64 Tage. Die Besetzung dieser Stellen gelang jedoch überdurchschnittlich schnell im Gegensatz zu anderen akademischen Branchen (vgl. Blickpunkt Arbeitsmarkt, 2017, S. 98). Gleichzeitig gehören die Berufsgruppen der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik zu einer Beschäftigungsgruppe, deren Bedeutung spürbar zugenommen hat. Die Zahl der Erwerbstätigen mit einem akademischen Abschluss in der sozialen Arbeit hat sich seit 2006 um 39 Prozent erhöht: Waren 2006 noch etwa 200.000 Menschen in Deutschland erwerbstätig, die über einen (Fach-)Hochschulabschluss in der Sozialen Arbeit verfügten, stieg diese Zahl bis zum Jahr 2015 auf rund 283.000 Personen. Die Zahl der Menschen, die in der Sozialen Arbeit mit hochqualifizierten Aufgaben betraut sind und deren Anforderungsprofil einer akademischen Ausbildung entspricht, fällt sogar noch erheblich höher aus: Rund 348.000 Erwerbstätige, darunter 75 Prozent Frauen, übten 2015 einen Beruf in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik aus (vgl. Blickpunkt Arbeitsmarkt, 2017, S. 96). Der seit 2006 zu beobachtende Trend zur Akademisierung setzt sich damit weiterhin fort und ist den Berufsgruppen deutlich spürbar. Im Verlauf der letzten zehn Jahre hat sich die Zahl der beschäftigten Akademiker um die Hälfte erhöht. In absoluten Zahlen ausgedrückt, gab es das größte Plus an Arbeitsplätzen, neben den Sozialpädagogen und Lehrkräften, in Wirtschaftsberufen (+25.000), in technischen Ingenieurberufen (+14.000) und bei Informatikern mit Universitäts- oder Fachhochschulabschluss (+13.000) (vgl. Blickpunkt Arbeitsmarkt, S. 14).

Zusammenfassend wird deutlich, dass in den unterschiedlichen Branchen der Sozialwirtschaft Fachkräfte benötigt werden, aber derzeit keine gravierenden Besetzungsengpässe bestehen. Die Vergleichbarkeit von Branchen wie der Pflege oder der Kindertagesbetreuung, unter dem Begriff der Sozialen Arbeit und Sozialpädagogik, ist nur bedingt möglich, weil für den jeweiligen Bereich der Begriff *Fachkraft* unterschiedliche Berufsabschlüsse meint. So werden in den Einrichtungen der Kindertagesbetreuung unter Fachkräften Erzieher gemeint, während in einer Pflegeeinrichtung sowohl die

Pflegefachkraft als auch Sozialarbeiter gemeint sein können. Eine Differenzierung bei der Veröffentlichung von Kennzahlen, die einen Bedarf an Fachkräften formulieren, wäre aus Sicht des Autors notwendig. Am Beispiel der Berufsgruppen Erzieher und Sozialpädagoge wird deutlich, dass sowohl die Tätigkeitsfelder, die fachlichen Anforderungen und auch die Entlohnung von Fachkräften im sozialen Bereich sehr unterschiedlich sein können und damit eine Vereinheitlichung des Begriffs der Fachkraft nicht die Besonderheiten des einzelnen Berufs berücksichtigt.

Für den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen kann damit festgehalten werden, dass der demografische Wandel in einigen Branchen, wie der Pflege, bereits jetzt zu einem erhöhten Bedarf an Fachkräften geführt hat und auch in Zukunft weitere Fachkräfte benötigt werden. In anderen Branchen, wie der Kindertagesbetreuung, konnten die neu geschaffenen Stellen zügig und adäquat besetzt werden. Insgesamt zählt der Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen zu einem wachsenden Bereich für die Wirtschaft und bei der Schaffung von Arbeitsplätzen.

Dieses Wachstum führt jedoch zu weitreichenden Veränderungen der Art und Weise, wie Beschäftigte heute den Arbeitsmarkt erleben. Die Veränderungen wirken sich insbesondere in der Form der Beschäftigung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in den verschiedenen sozialwirtschaftlichen Unternehmen aus. Atypische Beschäftigungsformen sind ein wesentliches Kennzeichen sozialwirtschaftlicher Unternehmen. Sie sind für das Thema dieser Arbeit insofern relevant, dass für die Beschäftigten Folgen entstehen, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von Bedeutung sein können. Außerdem werden mit dieser vertiefenden Betrachtung die bereits genannten und positiv erscheinenden Entwicklungen, wie geringe Arbeitslosigkeit, schnelle Besetzung von Stellen für Fachkräfte, in ein kritisches Verhältnis gesetzt.

#### **5.4 Atypische Beschäftigungsformen**

Zu den atypischen Beschäftigungsformen zählen befristete Tätigkeiten, Projektarbeit, Minijobs, Kurzarbeit, Praktika- oder Trainee-Programme. Obwohl diese Formen von Beschäftigung in den letzten Jahren gesamtwirtschaftlich betrachtet rückläufig sind, nehmen sie in der deutschen Wirtschaft einen bedeutenden Platz ein. Das Statistische Bundesamt teilte im Jahr 2014 auf Basis von Ergebnissen des Mikrozensus eine Erhöhung des Anteils der Beschäftigten in Normalarbeitsverhältnissen an allen Kernerwerbstätigen auf 68,3 % mit, und in absoluten Zahlen nahm die Zahl der Erwerbstätigen in einem Normalarbeitsverhältnis um rund 452.000 Personen auf 24,5 Millionen zu. Zudem sank die Zahl der atypisch Beschäftigten im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr um 132.000 Personen auf 7,5 Millionen (vgl.

[https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15\\_301\\_132.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_301_132.html), Zugegriffen: 04.12.2017). Doch aktuelle Zahlen der Bundesagentur für Arbeit konnten im Jahr 2016 bestätigen, dass diese Entwicklung für den dritten Sektor nur bedingt zutrifft. 26.000 Menschen waren im Jahr 2016 in den Tätigkeitsfeldern des sogenannten dritten Sektors in Zeitarbeit beschäftigt. Das entspricht einem Anteil von 13 Prozent und liegt an dritter Stelle hinter den Produktionsberufen (22 Prozent) und anderen wirtschaftlichen Dienstleistungsberufen (31 Prozent) (vgl. <https://statistik.arbeitsagentur.de/StatistischerContent/Grundlagen/Methodenberichte/Uebergreifend/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Berufssektoren-und-Berufssegmente>, Zugegriffen: 29.11.2017).

Atypische Beschäftigungsformen werden in der Literatur kritisch bewertet, da sie für die Arbeitnehmer meist ein geringes Maß an Sicherheit und Einkommen bieten. Als Folge wird in den Unternehmen eine zunehmende Spaltung der Belegschaften in *Kernbelegschaften* (dauerhaft und überwiegend in Vollzeit angestellte Mitarbeiter) und *Randbelegschaften* (flexibel beschäftigte Mitarbeiter) deutlich. Eine Folge für die Beschäftigten ist neben wenig Sicherheiten und einem vergleichsweise geringem Einkommen ein hohes Belastungsniveau. (vgl. Siemund, 2014, S. 4).

Atypische Beschäftigungsformen erscheinen facettenreich im deutschen Arbeitsmarkt. Im Bereich der Altenpflege sind zwar 617.000 Altenpflegekräfte in Deutschland erwerbstätig, davon arbeitet jedoch mehr als die Hälfte in Teilzeit (vgl. Fachkräfteengpassanalyse, 2016, S. 14). In Kindertageseinrichtungen ist der Anteil an Voll- und Teilzeitbeschäftigung im Vergleich zu allen anderen Wirtschaftsbranchen überdurchschnittlich hoch. In allen Bundesländern, außer Nordrhein-Westfalen, gibt es mehr Teilzeit- als Vollzeitbeschäftigte in Kindertageseinrichtungen. Die Fortsetzung dieses Trends zeichnet sich ab, da die Stellenausschreibungen analog zur Beschäftigung überdurchschnittlich mehr Teilzeitstellen anfragen (vgl. Fachkräfte in der Kindererziehung, 2016, S. 8).

Für Akademikerinnen und Akademiker spielen atypische Beschäftigungsformen nur eine untergeordnete Rolle. Lediglich ein Prozent der sozialversicherungspflichtig beschäftigten Akademikerinnen und Akademiker sind in Zeitarbeit beschäftigt (rund 57.000 Beschäftigte im Jahr 2016). Mit 1,3 Millionen Beschäftigten arbeitete im Jahr 2016 jeder vierte Akademiker in Teilzeit, und nur sieben Prozent der Akademikerinnen und Akademiker gingen Tätigkeiten in einem Minijob nach. In der Bewertung dieser Zahlen muss berücksichtigt werden, dass Teilzeitarbeitsverhältnisse oder Minijobs durchaus freiwillig gewählt sein können, weil sie den persönlichen Präferenzen am besten entsprechen oder

weil es an alternativen Angeboten (zum Beispiel in Vollzeit) oder an Betreuung für Kinder mangelt (vgl. Blickpunkt Arbeitsmarkt, 2016, S. 19).

Der Personenkreis der Akademikerinnen und Akademiker muss sich hingegen verstärkt mit der Beschäftigung in befristeten Arbeitsverhältnissen auseinandersetzen. Im Jahr 2015 waren 7.000 Erwerbstätige mit Fach- und Hochschulabschluss befristet beschäftigt. Unterschiede zwischen den Branchen werden auch hier deutlich. Viele Befristungen gibt es an Hochschulen, denn Forschungsprojekte sind in der Regel zeitlich begrenzt, und das Wissenschaftszeitvertragsgesetz gibt einen weiten Rahmen für Befristungen vor, sowie in gemeinnützigen Organisationen, bei unternehmensnahen und wissenschaftlichen Dienstleistern oder im Gesundheits- und Sozialwesen. Im Verarbeitenden Gewerbe oder bei Banken und Versicherungen sind die Befristungsanteile geringer (vgl. Blickpunkt Arbeitsmarkt, 2016, S. 20).

Deutliche Unterschiede in der Form der Beschäftigung gibt es auch zwischen Männern und Frauen. Für den Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen muss hervorgehoben werden, dass der Anteil an Frauen in diesem Wirtschaftssektor überdurchschnittlich vertreten ist. Zurückzuführen ist dies auf die Berufswahl, bei denen Frauen einen deutlichen Schwerpunkt auf die Wirtschaftszweige Erziehung und Unterricht und Gesundheits- und Sozialwesen legen. Allgemein sind Frauen eher im tertiären Sektor, Männer hingegen vor allem in der Landwirtschaft und der Industrie beschäftigt. Mit fast 3,5 Millionen sozialversicherungspflichtig beschäftigten Frauen und einem Anteil weiblicher Beschäftigter im erwerbsfähigen Alter von 77 Prozent im Juni 2016 war das Gesundheits- und Sozialwesen der Wirtschaftszweig mit absolut und relativ den meisten Frauen. Ebenfalls sehr viele Frauen waren im Bereich Erziehung und Unterricht beschäftigt (Frauenanteil 71 Prozent) (vgl. Blickpunkt Arbeitsmarkt, 2017, S. 9). Die positive Entwicklung der Beschäftigungsstruktur in den letzten zehn Jahren mit 2,6 Millionen hinzugekommenen Stellen für Frauen ist nur im Bereich der Teilzeitbeschäftigungen erkennbar. Der Bereich der Vollzeit stagniert. Bei den männlichen Beschäftigten sind in beiden Bereichen Zuwächse zu beobachten (vgl. Die Arbeitsmarktsituation von Frauen u. Männern, 2017, S. 9). Damit verstärkt sich der Eindruck, dass Teilzeitbeschäftigungen innerhalb des dritten Sektors eine erhebliche Bedeutung haben, denn nicht nur branchenspezifische Unterschiede führen zu Beschäftigungen in Teilzeit, sondern auch die überproportional hohe Beschäftigung von Frauen.

Diese Gewichtung wird auch bei der Betrachtung von Zeit- und Leiharbeit deutlich, denn auch hier bilden Frauen mit mehr als einem Viertel die größte Personengruppe, die in

Berufen der personenbezogenen Dienstleistung beschäftigt sind, während bei den Männern lediglich sieben Prozent in dieser Beschäftigungsform vertreten sind. Bei den Männern ist die Hälfte aller in Zeitarbeit Beschäftigten in Produktionsberufen tätig. Die Zeitarbeit hat sich vor allem beim Übergang von Arbeitslosigkeit in die Berufstätigkeit etabliert: Zwei Drittel der Personen, die ein Beschäftigungsverhältnis in der Zeitarbeit beginnen, waren zuvor arbeitslos und jedes dritte bei der Bundesagentur für Arbeit neu gemeldete Beschäftigungsverhältnis stellt ein Zeitarbeitsverhältnis dar (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2011, S. 6). Allerdings liegen die Bruttoentgelte der Beschäftigten überdurchschnittlich unter dem Durchschnitt der in allen Branchen erzielten Entgelte. Im Jahr 2016 lagen Unterschiede von bis zu 46 Prozent zu den Entgelten in Normalbeschäftigungsverhältnissen vor. Die Entlohnung ist damit ein weiterer Aspekt, der im Zuge der Unterscheidung zwischen den Beschäftigungsformen in Sozialwirtschaft und Erwerbswirtschaft Relevanz besitzt, da gerechte Bezahlung einen Einfluss auf Zufriedenheit und letztendlich auch Gesundheit am Arbeitsplatz hat.

## **5.5 Lohnunterschiede**

Das Gehaltsgefüge ist einerseits durch die heterogene Zusammensetzung des personenbezogenen Dienstleistungssektors gekennzeichnet. Andererseits bestehen deutliche Unterschiede zu den Berufsgruppen anderer Wirtschaftsbereiche. Eine Untersuchung der Friedrich Ebert Stiftung stellt dazu fest, dass es eine erhebliche Diskrepanz zwischen der volkswirtschaftlichen Bedeutung der Sozialwirtschaft und dem vergleichsweise niedrigen Lohnniveau gibt (vgl. WISO direkt, 2014, S. 3).

Innerhalb des Sektors der personenbezogenen Dienstleistungen stellen sich die Unterschiede laut einer Untersuchung des statistischen Bundesamts aus dem Jahr 2010 im Einzelnen wie folgt dar. An der Spitze der Bruttomonatsverdienste stehen die Ärzte mit einem Verdienst von mehr als 7.000 Euro im Monat. Innerhalb der Gruppe der Kranken- und Pflegekräfte erzielen die Krankenschwestern, -pfleger, Hebammen mit einem Bruttomonatsverdienst von 2.890 Euro die höchsten Einkommen, während Altenpfleger einen Bruttomonatsverdienst von etwa 2.510 Euro aufweisen. Dagegen erreichen die Beschäftigten der gesundheitssichernden Berufe, etwa Helfer in der Krankenpflege, einen Bruttomonatsverdienst von 2.460 Euro (vgl. WiSo Report, 2014, S. 3).

Damit wird deutlich, dass Pflegekräfte in Pflegeheimen und ambulanten sozialen Diensten deutlich hinter den Beschäftigten im Krankenhaus zurückfallen. Verschärfend kommt für diesen Personenkreis hinzu, dass die Beschäftigung größtenteils in atypischen Beschäftigungsformen erfolgt. Atypische Beschäftigungsformen sind ein Erklärungsansatz für die Unterschiede im Gehaltsgefüge zwischen Sozial- und Erwerbswirtschaft. Weitere

Unterschiede sind zwischen Frauen und Männern, jungen und alten Beschäftigten sowie auf Bildungsabschlüsse zurückzuführen. Sie werden im Folgenden erläutert.

Atypische Beschäftigungsformen, so wie sie im Abschnitt 4.3.2. beschrieben wurden, stehen in einem erheblichen Zusammenhang zum Niedriglohn. Der Niedriglohn wird per internationaler Definition als der Wert bezeichnet, der kleiner als zwei Drittel des Medianwertes ist. In Deutschland lag die Niedriglohngrenze im Jahr 2014 bei 10 Euro/Stunde.

Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in unbefristeten Beschäftigungsformen sind einer deutlich geringeren Gefahr konfrontiert in diesen Bereich zu fallen. Der Anteil lag im Jahr 2014 bei knapp 10 Prozent, während bei Beschäftigten in atypischen Beschäftigungsverhältnissen mit befristeten Beschäftigungsverträgen der Anteil mit 42 Prozent deutlich höher ausfiel. Im Niedriglohnsektor sind insbesondere Frauen stark vertreten. Der Anteil der Niedriglohnbezieherinnen an allen Arbeitnehmerinnen lag mit 27 Prozent wesentlich höher als der entsprechende Anteil der Männer (16 Prozent) (vgl. Statistisches Bundesamt, 2017, S. 8).

Die unterschiedliche Bezahlung zwischen Männern und Frauen führt die Forschung auf drei wesentliche Gründe zurück: die Wahl der Berufsbranche, die ungleiche Besetzung von Positionen und die Besetzung von Stellen in Teilzeit. Für das Jahr 2014 konnte ein Lohnunterschied von bis zu sechs Prozent von Frauen gegenüber Männern festgestellt werden (vgl. Statistisches Bundesamt, Verdienste auf einen Blick, 2017, S. 19). Weitere Hinweise auf unterschiedliche Entlohnung der Geschlechter sind in der Lohnentwicklung nach Alter sichtbar. Dort stagniert die Entwicklung der Löhne bei den Frauen ab dem Alter von 30 Jahren bei rund 16 Euro, während sie bei den Männern im selben Alter kontinuierlich steigt. Es ist anzunehmen, dass dies auf das Durchschnittsalter von Müttern zurückzuführen ist, die nach dem Mutterschutz bzw. der Elternzeit wieder in ihren Beruf zurückkehren.

Die Unterschiede zwischen jungen und alten Beschäftigten sind insgesamt recht deutlich zu beziffern. Der durchschnittliche Bruttostundenverdienst belief sich im Jahr 2014 bei den unter 30 Jahre alten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf rund 13 Euro. Die folgenden Altersklassen wiesen bis zu der Gruppe der 45- bis unter 50-Jährigen, die 19,18 Euro pro Stunde verdienten, durchweg einen höheren Durchschnittsverdienst auf. Danach fielen die Löhne wieder ab. Über 60-jährige Beschäftigte erzielten pro Stunde nur noch ein Gehalt von 17,25 Euro. Als Erklärung bemüht das Statistische Bundesamt die Steigerung von Fähigkeiten, die sich zunehmend im Alter entwickeln, wie zum Beispiel dem Aufbau von Spezialwissen, Erfahrung, Teamarbeit und die Fähigkeit, in schwierigen Situationen richtig zu handeln. Diese Fähigkeiten würden den Abbau der physischen Leistungsfähigkeit im Laufe des Lebens aufwiegen (vgl. Statistisches Bundesamt,

Verdienste auf einen Blick, 2017, S. 20). Im Alter werden zudem deutliche Verdienstunterschiede zwischen Akademikerinnen und Akademikern im Vergleich zu Angestellten mit bzw. ohne Berufsabschluss sichtbar. Unter 30-jährige, die einen Hochschul- oder Fachhochschulabschluss haben, verdienen 17,60 Euro pro Stunde, während Fach- und Hochschulabsolventen ab 60 Jahren im Schnitt 29,19 Euro verdienen. Qualifikationen und Wissen sind auch insgesamt ein entscheidender Faktor, der zu Unterschieden in der Entlohnung führt. Akademikerinnen und Akademiker erzielten 2014 ein Bruttostundengehalt von durchschnittlich über 27 Euro. Beschäftigte mit einer abgeschlossenen Berufsausbildung kamen lediglich auf einen Verdienst von rund 16 Euro pro Stunde. Erwerbstätige, die keinen Ausbildungsabschluss aufwiesen, mussten im Durchschnitt mit einem Bruttolohn von knapp 12 Euro auskommen (vgl. Statistisches Bundesamt, Verdienste auf einen Blick, 2017, S. 22).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Lohnunterschiede zwischen den Berufsfeldern der Sozialwirtschaft gegenüber anderen Wirtschaftszweigen anhand von Zahlen deutlich ausdrücken lassen. Das Sozial- und Gesundheitswesen liegt mit einem Bruttostundenverdienst von 16,94 Euro gegenüber Branchen wie der Energieversorgung (27,80 Euro), Information und Kommunikation (23,41 Euro) oder dem verarbeitendem Gewerbe (21,05 Euro) deutlich zurück (vgl. Statistisches Bundesamt, Verdienste auf einen Blick, 2017, S. 33). Es wird außerdem deutlich, dass demografische Entwicklungen, atypische Beschäftigungsformen und Lohnunterschiede untereinander in einem direkten Zusammenhang stehen.

Es ist wichtig, diese Zusammenhänge noch einmal in Kürze darzustellen, denn die Erkenntnisse dieses Abschnitts lassen, wenn sie in ihren einzelnen Teilbereichen gegenübergestellt werden, Hypothesen zur Gesundheitssituation von Beschäftigten in sozialwirtschaftlichen Unternehmen zu. Damit erscheint es auch möglich, Handlungsempfehlungen zur Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen der Sozialwirtschaft zu formulieren, die die Besonderheiten der Beschäftigten in den Unternehmen, gesamtwirtschaftliche Anforderungen wie den demografischen Wandel und Unterschiede in der Struktur im Vergleich zu erwerbswirtschaftlichen Unternehmen berücksichtigen.

a) Es wurde deutlich, dass der Bedarf an Fachkräften wächst, während gering qualifizierte Beschäftigte seltener nachgefragt werden. Hoch qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, wie zum Beispiel Akademikerinnen und Akademiker, sind häufiger in stabilen Beschäftigungsverhältnissen angestellt als gering qualifizierte Personen, die überwiegend atypische Beschäftigungsverhältnisse ausüben.



b) Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen atypischen Beschäftigungsformen und geringer Entlohnung. Da im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen überdurchschnittlich viele Menschen in atypischen Beschäftigungsformen tätig sind, ist davon auszugehen, dass eine Mehrheit dieser Beschäftigten im Niedriglohnsektor angesiedelt ist.

c) Ein erhöhtes Augenmerk ist auf die Beschäftigungssituation von Frauen zu richten. Frauen sind überproportional im dritten Sektor beschäftigt und damit häufiger atypisch beschäftigt. In Kombination mit zusätzlichen geschlechterspezifischen Benachteiligungen ist die Gefahr des Niedriglohns erhöht.

d) Der Grad der Bildung beeinflusst den Verdienst und die Form der Beschäftigung. Die Gefahr, befristete oder atypische Beschäftigungsverhältnisse einzugehen, verringert sich mit der Höhe des Ausbildungsabschlusses. In den Unternehmen der Sozialwirtschaft werden sowohl helfende Berufe angefragt, als auch Spezialisten.

e) Ältere Beschäftigte verdienen im Vergleich zu jüngeren Arbeitnehmern mehr und sind seltener atypisch beschäftigt.

## **6. Handlungsempfehlungen**

Auf Grundlage der Erkenntnisse der Abschnitte Nr. 4.4. *Managementstrategien* und Nr. 5. *Sozialwirtschaft* werden im Folgenden Handlungsempfehlungen formuliert, die Unternehmen der Sozialwirtschaft bei der Implementierung gesundheitsfördernder Maßnahmen berücksichtigen sollten. Dafür werden die Managementstrategien, die für rein erwerbsorientierte Unternehmen Gültigkeit besitzen auf die in Abschnitt fünf erläuterten Besonderheiten der Sozialwirtschaft adaptiert. Damit wird überprüft, wie die sich für die Gesundheit als wirksam erwiesenen Methoden unter den Besonderheiten sozialwirtschaftlicher Unternehmen als wirksam erweisen können und welche Maßnahmen daran anknüpfen sollten.

### **6.1 Partizipation und Bildung**

Das Konzept der Partizipation ist eine Methode, die die Erfolgchancen der Umsetzung von Veränderungsvorhaben, wie der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, in Unternehmen erhöhen kann. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass sich die Beschäftigten mit dem Unternehmen identifizieren. Eine der zentralen Veränderungen, die die Sozialwirtschaft in Zukunft bewegen werden, ist die Besetzung von Stellen durch geeignetes Fachpersonal vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung. Wie können sozialwirtschaftliche Unternehmen auf

Engpasssituationen reagieren? Die Antwort auf diese Frage erfolgt unter Beachtung der Heterogenität der Unternehmen im sozialen Sektor und fällt daher sehr unterschiedlich aus. Wie in dieser Arbeit anhand aktueller Statistiken belegt wurde, ist der Bedarf in der Pflege deutlich höher als im Bereich der Kindertagesbetreuung. Dennoch ist davon auszugehen, dass in den Unternehmen der Sozialwirtschaft flächendeckend ein Interesse daran besteht, Konzepte zur Gewinnung von Fachpersonal zu entwickeln. Diese Annahme soll damit in der Folge Gültigkeit besitzen.

Eine logische Antwort auf mangelnde oder älter werdende Fachkräfte ist die Rekrutierung von jungen Menschen, die sich in der Phase der Berufsfindung befinden oder bereits eine Ausbildung abgeschlossen haben. Bevor jedoch Maßnahmen entwickelt werden, um diese Personen zu erreichen, müssen sich Unternehmen hinterfragen, welches Profil zum Unternehmen passt. Eine Beratungsstelle für junge Mütter und Kinder mit Migrationshintergrund sollte ihre Bemühungen nicht unbedingt auf junge, männliche Berufsanfänger ohne Migrationshintergrund richten, da vermutlich sprachliche Barrieren entstehen und für eventuell belastende Themen Berufserfahrung notwendig ist. Kindertageseinrichtungen, ein traditionell frauendominiertes Feld, haben dagegen gute Gründe sich konzeptionell auf männliche Bewerber einzustellen, um eine heterogene Beschäftigungsstruktur zu erreichen. Diese Beispiele verdeutlichen, warum es aus Sicht der Unternehmen wichtig ist, eine strategische Personalplanung zu entwickeln, die auf die fachlichen Anforderungen an das Personal des Unternehmens eingeht. Erst wenn dies erfolgt ist, kann damit begonnen werden aktive Maßnahmen der Personalanwerbung zu initiieren. Die Maßnahmen zur Anwerbung von jungen Menschen sollten ebenfalls strategisch erfolgen. Erfolgsversprechend erscheinen Initiativen, die sich bereits an Schülerinnen und Schüler an weiterführenden Schulen richtet, also der Zeit in der die berufliche Orientierung erfolgt, bis hin zum Eintritt in die Ausbildung. Unternehmen sollten Netzwerkarbeit betreiben und Kooperationen mit Schulen und Bildungsträgern aufbauen. Pflegeeinrichtungen, die vom Fachkräftemangel bereits jetzt betroffen sind, sollten bereits bestehende Initiativen, wie den bundesweit bekannten *Boy&Girls Day* dazu nutzen, Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 Jahren die Möglichkeit zu geben, einen Einblick in das Berufsfeld der Pflege zu geben. Doch nicht nur der Einblick in den beruflichen Alltag gehört zu den Aufgaben der Unternehmen. Den Schülerinnen und Schülern muss vermittelt werden, wie der Weg von der Schule über die Ausbildung bis zum Berufseintritt gezeichnet ist. Hilfreich ist daher, bereits über Kooperationen mit Fachschulen für Pflege zu verfügen, an die direkt verwiesen werden kann. Die Kooperationen mit den Fachschulen wiederum geben den Unternehmen den direkten Zugang zu den kommenden Fachkräften. Sie können den Auszubildenden Praktika anbieten und damit

erste Maßnahmen zu Bindung an das Unternehmen vornehmen. Es ist zudem denkbar, dass ein Wissensaustausch zwischen Praxis und Ausbildung stattfindet, von dem beide Seiten profitieren können, beispielsweise durch eine regelmäßige Teilnahme der Fachkräfte am Bildungsprogramm der Fachschule und durch praxisorientierte Feldstudien der Auszubildenden in der jeweiligen Pflegeeinrichtung.

Unter dem Aspekt der von den Unternehmen gewünschten Partizipation sind diese Maßnahmen jedoch noch nicht ausreichend, denn allein Bemühungen für eine Anwerbung von Fachkräften führt nicht automatisch zu einer höheren Bereitschaft an Mitwirkung der bestehenden Belegschaft. Unternehmen der Sozialwirtschaft sollten daher ihre Beschäftigten mit Hilfe von Mentoren-Programmen in die Rekrutierungsprozesse einbinden. Sie werden damit zweierlei positive Effekte herstellen, denn einerseits profitieren die anzuwerbenden Personen von authentischen Berichten der Beschäftigten des jeweiligen Arbeitsfeldes und andererseits erleben die Beschäftigten eine Aufwertung ihres eigenen Berufsfeldes. Sie verlassen ihren Arbeitsalltag, setzen sich selbst mit ihrer täglichen Arbeit auseinanderzusetzen und können sie einem jungen Publikum vermitteln. Öffentlichkeitsarbeit und die Auseinandersetzung mit der eigenen Arbeit kann maßgeblich zur Identifikation beitragen und damit die Chance auf Partizipation erhöhen. Das Mentoren-Programm kann beliebig ausgeweitet werden, beginnend mit einem Erfahrungsaustausch in Schulen, bis hin zu einer Praxisanleitung während eines Praktikums in der Ausbildung.

Ihre natürlichen Grenzen finden diese Maßnahmen, wenn die Unternehmen nicht bereit sind ihren Beschäftigten zeitliche Ressourcen zu übertragen. Öffentlichkeitsarbeit gelingt nur, wenn ihr die entsprechende Zeit gewährt wird und sie keine zusätzliche Belastung zur normalen Arbeit darstellt (Siehe Nr. 2.1 in dieser Arbeit: Hindernisse bei der Einführung von Veränderungen in kleinen und mittleren Unternehmen, aufgrund fehlender zeitlicher und personeller Ressourcen). Wenn sie als zusätzliche Belastung wahrgenommen wird, besteht die Gefahr, dass die Beschäftigten ebendiese Belastungen bewusst oder unbewusst nach außen tragen. Damit würden die bereits bestehenden Vorurteile, mit denen sich Unternehmen der Sozialwirtschaft teilweise auseinandersetzen müssen (bspw. unattraktive Arbeit, schwere körperliche Arbeit, geringe Entlohnung) bestätigen. Unternehmen sollten sich außerdem darüber im Klaren sein, dass nicht jede Mitarbeiterin und jeder Mitarbeiter dazu in der Lage ist Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben. Ein Mentoren-Programm, die Durchführung von Informationsveranstaltungen oder die Teilnahme an Messen für Berufsorientierung an Schulen erfordern ein gewisses Maß an sozial-kommunikativen Kompetenzen und die Fähigkeit, Chancen für den Aufbau von Netzwerken zu ergreifen.

Neben der Frage nach der Gewinnung von Fachkräften müssen sich Unternehmen der Sozialwirtschaft damit auseinandersetzen, wie sie mit dem Teil des Personals umgehen, der aktuell befristet oder in Teilzeit beschäftigt ist und damit der Gefahr des niedrigen Lohns ausgesetzt ist. Dieser Personenkreis ist im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung wichtig, denn er hat Einfluss auf die Kultur im Unternehmen und ist aufgrund dieser Bedingungen einer höheren Gefahr von Unzufriedenheit und mangelnder Motivation ausgesetzt. Die Unternehmen müssen die Perspektive dieser Beschäftigten einnehmen und hinterfragen, warum dieser Personenkreis, der von zukünftigen Veränderungen wahrscheinlich nicht profitieren wird, Gründe dafür haben sollte, sich aktiv an Veränderungen im Unternehmen zu beteiligen. Aus Sicht der Unternehmen stellt sich daher die Frage, welche Maßnahmen notwendig sind, um diesen Personenkreis trotz dieser Bedingungen dazu zu motivieren an Veränderungen mitzuwirken. Auch hier sollten die Unternehmen auf ihr internes Kapital, dem Wissen der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, zugreifen. Personen, denen bewusst ist, dass sie für eine begrenzte Zeit in einem Unternehmen sind, können motiviert werden, indem sie Bildung erfahren. Doch warum sollten Unternehmen in kostenintensive Fortbildungen investieren, wenn durch Fluktuation dieses Wissen nicht genutzt werden kann. Die Lösung sind daher interne Fortbildungen, die durch die bestehende Belegschaft getragen werden. Verdeutlicht werden kann diese Handlungsempfehlung am Beispiel eines klassischen Feldes der sozialen Arbeit, der Werkstatt für Menschen mit Behinderung. In den Werkstätten sind die unterschiedlichsten Berufsgruppen vertreten: Fachanleiter aus Berufsfeldern wie Gartenbau, Holztechnik, Metallbau, Küchen und Kantinen, Wäscherei, Bürokommunikation, aber auch sozialpädagogische Fachkräfte, Psychologen, Pflegekräfte, Lohnbuchhalterinnen und Lohnbuchhalterinnen. Sie alle befinden sich in einem Feld der sozialen Arbeit, dessen Ziel es ist, Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Dafür bringen sie ihre jeweilige Expertise ein, die letztendlich das Ziel, Teilhabe am Arbeitsleben, umsetzt. Dieses Expertenwissen erreicht jedoch in erster Linie den Kunden. Die Fachkräfte profitieren untereinander nur an einigen Schnittstellen voneinander. Eine Vernetzung dieses Wissens wäre jedoch ein enormer Zuwachs an Wissen für alle Beschäftigten und zudem eine Möglichkeit finanzielle und zeitliche Ressourcen einzusparen. So kann beispielsweise ein Beschäftigter der Lohnbuchhaltung dem Fachanleiter aus dem Berufsfeld Holztechnik vermitteln, wie die aktuellen Entwicklungen der Sozialgesetzgebung lauten, während der Fachanleiter umgekehrt mehr Erfahrung im Umgang mit verhaltensauffälligen, jungen Erwachsenen im Arbeitskontext besitzt. Alle Beteiligten würden im Rahmen von internen Fortbildungsveranstaltungen einen Wissenszuwachs erfahren. Es ist wichtig, dass Unternehmen diesen Ansatz prozessgesteuert vermitteln und im Rahmen ihres

Qualitätsmanagements verankern. Interne Bildungsmaßnahmen dürfen nicht sporadisch auftauchen. Sie sollten den Charakter von Fortbildungen aufweisen. Das heißt, den Beschäftigten werden zeitliche Ressourcen gewährt und sie erhalten Teilnahmebescheinigungen. Der Mehrwert entsteht für die gesamte Belegschaft, aber besonders für jene Beschäftigte, die sich in befristeten Beschäftigungsverhältnissen befinden. Für sie stellen diese Maßnahmen eine Erhöhung ihres Marktwertes für andere Arbeitgeber dar. Dadurch entsteht für sie ein Anreiz, sich zu beteiligen und aktiv mitzuwirken. Letztendlich wird sich durch diese Maßnahmen der Grad der Mitwirkung erhöhen, denn damit werden die individuellen Kompetenzen und das Expertenwissen der Beschäftigten anerkannt. Dieses Modell ist für andere Felder der Sozialwirtschaft übertragbar, in denen eine Vielzahl von unterschiedlichen Berufsgruppen vertreten ist. Grenzen entstehen in Feldern, die durch einheitliche Berufsgruppen gekennzeichnet sind, wie zum Beispiel der Kindertagesbetreuung. Hier müsste eine Modifizierung erfolgen (bspw. Interne Schulungen zu Fachthemen der Kindheitspädagogik). Grenzen ergeben sich vermutlich auch für kleine Einrichtungen, wie beispielsweise Initiativen oder Selbsthilfegruppen, die häufig durch das Engagement von einzelnen Personen getragen werden. Das Konzept des Wissenstransfers lebt jedoch von der Befruchtung eines fachfremden Themenaustausches.

Eine weitere Herausforderung, der sich einige Felder der Sozialwirtschaft stellen müssen, ist der Umgang mit Lohnunterschieden der Beschäftigten in den jeweiligen Arbeitsfeldern (bspw. durch Zeitarbeit, unterschiedliche Bildungshintergründe), sowie im Vergleich zu anderen Berufsbranchen. Berufe der Sozialwirtschaft werden in der öffentlichen Wahrnehmung weiterhin mit niedrigen Löhnen in Verbindung gesetzt. Statistiken, die unter Punkt fünf in dieser Arbeit aufgeführt wurden, belegen, dass ein nicht unerheblicher Personenkreis in der Sozialwirtschaft von niedrigen Löhnen betroffen ist. Gleichzeitig werden die unterschiedlichen Arbeitsfelder, wie die Pflege, die Betreuung von Kindern und Jugendlichen aus schwierigen Milieus, die Betreuung und Beratung von Menschen mit Behinderungen oder die Arbeit mit asylsuchenden Menschen als anspruchsvoll bewertet. So entsteht insgesamt ein eher unattraktives Image der Sozialwirtschaft. Nicht selten rufen Unternehmen in Kampagnen dazu auf, das Image des eigenen Unternehmens zu verbessern, um beispielsweise Fachkräfte anzuwerben. Dabei wird Partizipation als ein Mittel benannt, welches zur Imageverbesserung beitragen kann. Der Autor dieser Arbeit bewertet dies als sehr kritisch, denn schlagwortartige Maßnahmen wie *Miteinander*, *Wertschätzung*, *soziales Engagement* etc. suggerieren, dass allein durch die Mitwirkung von Beschäftigten eine Imageaufwertung gelingen kann. Diese Vorgehensweise wird allerdings der komplexen Problematik, die im Bereich der gerechten

Entlohnung ihre gravierendsten Auswirkungen zeigt, nicht gerecht. Es erscheint äußerst zweifelhaft, dass Beschäftigte mit niedrigen Löhnen sich aktiv an Maßnahmen zur Imageverbesserung beteiligen. Weiterhin ist es fraglich, ob Imagekampagnen das Bewerbungsverhalten von Bewerberinnen und Bewerbern positiv beeinflussen. Wahrscheinlicher ist, dass eine gerechte Entlohnung weiterhin der Schwerpunkt bei der Entscheidung für oder gegen ein Berufsfeld ist.

Unternehmen der Sozialwirtschaft, die eine Vielzahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Niedriglohnsektor beschäftigen und gleichzeitig neue Fachkräfte akquirieren müssen, benötigen eine strategische Karriereplanung. Dass Sozialwirtschaft eine Zukunftsbranche ist, die eine Vielzahl an Arbeitsplätzen im personenbezogenen Dienstleistungsbereich schaffen wird, reicht als Anreiz für junge Menschen nicht aus. Im Zuge der veränderten Ansprüche junger Menschen an Beruf und Leben, wie sie unter dem Begriff der *Generation Y* diskutiert wird, stehen neben einer fairen Entlohnung auch Merkmale wie Sinnstiftung, Work-Life-Balance und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Fokus.

Die Unternehmen benötigen daher eine umfassende Karriereplanung, die im Personalmanagement anzusiedeln ist. Karriereplanung hat im Wesentlichen zwei Aufgaben. Es ist wichtig den Beschäftigten jeder Altersgruppe im Unternehmen Karrieremöglichkeiten aufzuzeigen. Ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter benötigen Anreize, um auch in der Phase nach dem fünfzigsten Lebensjahr produktiv im Unternehmen eingesetzt werden zu können. Jüngere Beschäftigte benötigen Perspektiven, um auch weiterhin motiviert und zufrieden ihre Arbeit auszuführen. Unter dem Aspekt der Lohnunterschiede in der Sozialwirtschaft hat die Karriereplanung eine weitere Bedeutung, denn sie kann ausschlaggebend für den Verbleib im Unternehmen sein und hat Auswirkungen auf die Motivation und Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Beschäftigte, bei denen davon ausgegangen werden muss, dass sie aufgrund der niedrigen Entlohnung nicht an wesentlichen Veränderungen im Unternehmen mitwirken werden, benötigen immaterielle Anreize um dem zu entgegen. Im Rahmen einer individuellen Karriereplanung kann dies beispielsweise über kontinuierliche Fortbildungsangebote, regelmäßig sich verändernde Arbeitsinhalte mit steigender Verantwortung und Anforderung oder zusätzlichen Leistungsgratifikationen realisiert werden. Es bietet sich zudem an, entsprechende Vereinbarungen für die Karriereplanung im Rahmen eines jährlichen Mitarbeitergespräches in eine Zielvereinbarung aufzunehmen. Diese wiederum sollte einmal im Quartal gemeinsam mit der Führungskraft überprüft werden, um den Beschäftigten die Verbindlichkeit der Maßnahmen zu signalisieren. Partizipation ist letztendlich nur zu erreichen, wenn die vereinbarten Maßnahmen auch tatsächlich umgesetzt werden.

## 6.2 Mitarbeiterbindung

Mitarbeiterbindung ist eine Managementstrategie, die im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz eine zentrale Bedeutung hat, denn der Zusammenhang zwischen affektiver Bindung und Gesundheit konnte wissenschaftlich belegt werden (Siehe Abschnitt vier in dieser Arbeit). Gleichzeitig kann jedoch ein negatives Bindungsverhalten zu einer Gefährdung der Gesundheit beitragen. Daher gibt es für Unternehmen einige beachtenswerte Aspekte, die ihre Ursache in den Besonderheiten der Sozialwirtschaft haben.

Zum einen müssen die demografischen Besonderheiten beachtet werden, die in Bezug auf die Bindung ein Veränderungspotential aufweisen. Ältere Fachkräfte, die bereits lange im Unternehmen sind und vermutlich nicht mehr den Arbeitsgeber wechseln, haben ein erhöhtes Risiko kalkulatorisch an das Unternehmen gebunden zu sein. Die Ursachen dafür sind vielfältig, wenngleich sie hypothetisch sind. Es könnte sein, dass sie der zunehmenden Digitalisierung nicht mehr standhalten oder aufgrund der immer schneller und komplexer werdenden Anforderungen ihre bisherige Arbeit nicht mehr zufriedenstellend erfüllen können. Vielleicht sehnen sie sich auch nach dem Ruhestand. Dies kann in der Summe dazu führen, dass sie nicht mehr affektiv an das Unternehmen gebunden sind, sondern kalkulatorisch. Damit sind sie einem erhöhten Gesundheitsrisiko ausgesetzt und gehören zu der Personengruppe, die sich nicht mehr oder weniger aktiv an Veränderungen und Innovationen beteiligen. Dieses Beispiel verdeutlicht, dass es aus Sicht des Unternehmens notwendig ist, zu erfahren, wie die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an das Unternehmen gebunden sind. Zu empfehlen ist daher eine Mitarbeiterbindungsmessung mit Hilfe eines Fragebogens. Anhand der Ergebnisse können nicht nur Rückschlüsse auf den Bindungsstatus gezogen werden. Sie geben auch Hinweise auf mögliche Gesundheitsrisiken. Das Bindungsmanagement sollte ein Bestandteil des Altersmanagement sein, dessen Zielstellung es ist, älteren Beschäftigten die Möglichkeit zu geben altersgerecht eingesetzt zu werden und von den Erfahrungsschätzen ihrer Tätigkeit zu profitieren. Auch an dieser Stelle sind Mentoren-Programme denkbar, die einen Wissenstransfer von älteren an jüngere Beschäftigte ermöglichen.

Der demografische Wandel eröffnet Anforderungen für die Fachkräfte, die im Unternehmen älter werden und für jene, die vor dem Eintritt in das Berufsleben stehen oder erste Berufserfahrungen sammeln und damit den Besonderheiten der Lohnunterschiede und atypischen Beschäftigungsformen in der Sozialwirtschaft ausgesetzt sind. Eine Verknüpfung beider Altersgruppen erscheint jedoch durch die Strategie des Bindungsmanagements möglich. Aus Sicht der Sozialwirtschaft ist die

Durchführung von Praktika ein entscheidendes Instrument zur Rekrutierung von Nachwuchskräften für die Sozialberufe. Potentielle Nachwuchskräfte unter den Praktikantinnen und Praktikanten werden so weiterhin an das Unternehmen gebunden. Zudem bietet sich hier die Möglichkeit ältere Beschäftigte einzubinden, indem man ihnen die Verantwortung für die Begleitung von Praktika überträgt. Die frühe Bindung potentieller Bewerberinnen und Bewerber ist notwendig, um den schwierigen Lagen rund um die Beschäftigungssituation in einigen Feldern der Sozialwirtschaft entgegenzuwirken. Auch hier ist es aus Sicht der Unternehmen unverzichtbar, sich auf Berufsmessen oder mit Universitäten und Fachschulen zu vernetzen. Zuvor müssen jedoch interne Strukturen geschaffen werden, um einen optimalen Praktika-Betrieb zu gewährleisten. Leitfragen sollten gestellt werden, die unter anderem Fragen nach Ressourcen, bisherigen Erfahrungen mit Praktika, Widerständen bei der Begleitung von Praktika, der Abklärung der Zielgruppe und der Anzahl von Praktika beantworten.

In Bezug auf die Schwierigkeit der Bindung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Teilbeschäftigung, ist eine denkbare Strategie, im Rahmen der Anwerbung gezielt Personen anzusprechen, die genau nach dieser Art von Beschäftigung suchen. Hier müsste eine gezielte Zielgruppenanalyse erfolgen, die identifiziert, wo sich diese Personenkreise befinden und wie sie angesprochen werden müssen. Wie diese Arbeit belegen konnte, stellen Frauen in der Sozialwirtschaft den größten Anteil an Beschäftigten in Teilzeit dar. Anhand einer Datenerhebung müsste herausgefunden werden, ob sie dies freiwillig oder unfreiwillig sind. Die Forschung müsste durch die Aufnahme von soziodemografischen Daten vertieft werden. Damit können Rückschlüsse gezogen werden, die bei der Anwerbung von Personen genutzt werden können. Beschäftigte, die zwar in Teilzeit beschäftigt sind, dies aber nicht unfreiwillig, werden auf Maßnahmen zur Entstehung von Bindung positiver reagieren als unfreiwillig in Teilzeit beschäftigte Personen. Für körperlich anspruchsvolle Berufsfelder, wie die Pflege, eröffnen Teilzeitbeschäftigungsmodelle zudem den Vorteil einer Reduzierung der körperlichen Anforderungen. Ein zirkulierendes Schichtmodell in Pflegeheimen, welches von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in freiwilliger Teilzeit durchgeführt würde, würde die Gesundheit der Beschäftigten in einem geringeren Maße beanspruchen und hätte zudem einen positiven Einfluss auf die Bindung zum Unternehmen.

Dieser Empfehlung kann allerdings nur gefolgt werden, wenn gleichzeitig Maßnahmen ergriffen werden, die die Lohnunterschiede in der Sozialwirtschaft regulieren, denn niedrige Löhne haben ebenfalls Einfluss auf das Bindungsverhalten. Die Problemstellung aus Sicht der Unternehmen ist es, Anreize für die Beschäftigten zu entwickeln, die aufgrund niedriger Löhne weniger affektiv an das Unternehmen gebunden sind. Doch



Lohnerhöhung können Unternehmen der Sozialwirtschaft nicht ohne weiteres durchsetzen. Sie sind an Bedingungen ihrer jeweiligen Unternehmensform und damit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen geknüpft. Durch Spenden finanzierte Organisationen oder Stiftungen haben beispielsweise andere Voraussetzungen als die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege und nahezu zwei Drittel des sozialen Sektors wird nach wie vor durch öffentliche Gelder finanziert, während ein Drittel durch die Unternehmen selbst erwirtschaftet werden. Unabhängig von der Unternehmensform ist es daher wichtig, dass sich Unternehmen sozialpolitisch positionieren und vernetzen, um sich für den Wert ihrer Arbeit einzusetzen. Der Einsatz für höhere Löhne und gerechte Arbeitsbedingungen ist ein deutliches Signal an die Beschäftigten, die im Niedriglohnssektor, unfreiwillig in Teilzeit und befristet beschäftigt sind.

Unternehmen in der Sozialwirtschaft haben die Möglichkeit sich innerhalb ihres Arbeitsfeldes zu vernetzen, wie über die Landes- und Bundesarbeitsgemeinschaften, die in einer Vielzahl von Feldern der Sozialwirtschaft vertreten sind (bspw. Kinder und Jugendschutz, Werkstätten für Menschen mit Behinderung, Selbsthilfe, Pflegemanagement). Die Mitwirkung in den Interessenvertretungen ermöglicht den Unternehmen einerseits Beratungen in fachlichen und politischen Fragen wahrzunehmen und sich untereinander zu vernetzen, um gemeinsame Interessen durchzusetzen. Andererseits können in diesen Gremien Positionen erarbeitet werden, die als Forderungen gegenüber Arbeitgeberverbänden formuliert werden. Aus sozialpolitischer Sicht ist eine Vertiefung eines Branchendialogs im Gesundheits- und Sozialwesen, wie er in den Berufsbranchen Energie, Elektro, Bau oder Chemie bereits durchgeführt wird, zielführend. Die Erfahrungen aus diesen Branchen zeigen, dass der Dialog innerhalb einer Branche unter dem Stichwort der Sozialpartnerschaft sinnvoll ist, weil die unterschiedlichen Akteure aus Politik, Gewerkschaften und Vertreter der Spitzenverbände trotz Interessengegensätzen zu der Einsicht kommen, dass die wesentlichen Zielstellungen, wie Fachkräftesicherung und Arbeitsbedingungen, durch eine kooperative, gestaltungsorientierte Vorgehensweise besser gelingen können. Unternehmen in der Sozialwirtschaft, die sich in Feldern bewegen in denen viele Beschäftigte von niedrigen Löhnen betroffen sind, signalisieren ihren Beschäftigten durch ein sozialpolitisches Engagement, dass sie die Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten verbessern wollen. Damit erwirken sie Bindung und Identifikation.

### **6.3 Organisationskultur**

Die Organisationskultur hat in der Sozialwirtschaft im Vergleich zur reinen Erwerbswirtschaft insofern eine zentrale Bedeutung, als dass aufgrund der besonderen Dreiecks-Konstellation zwischen dem Leistungsträger, dem Leistungserbringer und dem

Kunden Wechselwirkungen entstehen, die bei einer reinen Kundenbeziehung zwischen Leistungserbringer und dem Kunden nicht existieren. Gemeint ist die Wirkung von Organisationskultur von sozialwirtschaftlichen Unternehmen auf die Leistungsträger. In der Praxis haben die Leistungsträger einen nicht zu unterschätzenden Einfluss, der im Zusammenhang mit der Außenwirkung von Unternehmen wichtig ist. Anhand eines Beispiels der Behindertenhilfe soll dies verdeutlicht werden. Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, finanzieren sich über die Arbeitsplätze ihrer Klienten, deren Kosten vom Sozialhilfeträger getragen werden sowie über die Erbringung von Gewinnen der Produktion. Die Basis für den Betriebsablauf stellen jedoch die Klienten dar, die grundsätzlich ein über das Sozialgesetzbuch geregeltes Wunsch- und Wahlrecht bei der Wahl der Werkstatt verfügen. Tatsächlich haben jedoch die entsprechenden Kostenträger einen erheblichen Einfluss auf die Klienten und können das Wunsch- und Wahlrecht beeinflussen, indem sie Werkstätten empfehlen, Kontakte weiterleiten, Veranstaltungen, wie Hausmessen oder Tage der offenen Türen, besuchen. Unabhängig davon, ob bewusst oder unbewusst, können sie in den Beratungen mit den Klienten diese Eindrücke über die jeweilige Werkstatt einfließen lassen und tragen damit zur Entscheidungsfindung der Klienten bei. Die Kultur der Werkstatt ist bei dieser Wahrnehmung daher ein wichtiges Merkmal, denn sie sagt etwas über Wertvorstellungen, den Umgang untereinander, dem Menschenbild oder der Haltung gegenüber bestimmter Personenkreise aus (hier: Menschen mit Behinderung). Kultur ist damit ein Faktor innerhalb des Dreiecks-Verhältnis der Sozialwirtschaft, deren Einfluss Unternehmen beachten müssen. Allein die Kundenzufriedenheit ist nicht mehr ausreichend, vielmehr müssen sich Unternehmen ihrer Wirkung gegenüber den Leistungsträgern bewusst werden und sie gezielt steuern. Den Begriff der Unternehmenskultur formulieren Unternehmen häufig in ihren Leitlinien. Sie beziehen sich jedoch meistens auf das *wie wir miteinander umgehen wollen* und berücksichtigen nicht das *wie wir auf unsere Umgebung wirken wollen*. Dieser Perspektivwechsel ist jedoch vor dem beschriebenen Hintergrund des sozialwirtschaftlichen Dreiecksverhältnisses wichtig. Zu empfehlen ist daher ein Kulturkonzept, welches die Kultur aus Sicht der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Unternehmens, der Kunden und, im Vergleich zu Unternehmen der reinen Erwerbswirtschaft, auch der Leistungsträger sichtbar macht. Dies stellt eine erhöhte Anforderung für die Unternehmen dar, denn es existieren nicht immer Schnittstellen zwischen allen drei Ebenen, so dass die Aufgabe darin besteht, transparent darzulegen, warum spezielle Anforderungen an Kultur nach innen gerichtet sind und andere wiederum nach außen.

Anhand eines Beispiels lässt sich diese Anforderung verdeutlichen. Wenn ein Unternehmen in seinem Leitbild verankert hat, dass Fehler, beispielsweise die Lieferung eines falschen Produkts im internen Produktionsablauf, sofort benannt werden und es für alle Beschäftigten selbstverständlich ist, dass Fehler explizit kommuniziert werden, so ist dies ein Ausdruck der internen Kultur. Diese wurde von allen verinnerlicht und ist daher akzeptiert. Wenn allerdings ein externer Lieferant, nachdem ein fehlerhaftes Produkt erkannt wurde, mit diesem Fehler konfrontiert wird, erfährt er durch die Art und Weise etwas über die Kultur des Unternehmens und wird diese bewerten. Es könnte sein, dass er den Eindruck gewinnt, dass dieses Unternehmen sehr konsequent mit Fehlern umgeht. Es könnte aber auch sein, dass er annimmt, mit einem sehr fehlerorientierten Unternehmen zusammenzuarbeiten. Daher ist es wichtig, dass externe Kunden wissen, dass diese Art der direkten Kommunikation Teil der Unternehmenskultur ist.

Neben dem Bewusstsein über die Außenwirkung von Kultur müssen sich Unternehmen der Sozialwirtschaft mit den besonderen Anforderungen bei der Entwicklung einer gesundheitsfördernden Organisationskultur, die sich durch die Vielzahl der Beschäftigten in atypischen Beschäftigungsformen sowie dem hohen Anteil an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Niedriglohnsektor ergeben, befassen. Es kann unterstellt werden, dass ein Großteil der Beschäftigten mit befristeten Arbeitsverträgen, niedrigen Löhnen oder unfreiwilliger Beschäftigung in Teilzeit nicht die Werte und Moralvorstellungen des Unternehmens teilen. Wie kann es diesen Unternehmen gelingen eine gesundheitsförderliche Kultur herzustellen, wenn die Anreize Entlohnung, Entfristung und Vollzeitbeschäftigung keine Option sind? Zunächst ist es wichtig, dass die Unternehmensleitung versteht, dass eine immer gleichbleibende Organisationskultur eine Unmöglichkeit ist, denn wenn sich die Ziele, Strategien und Strukturen des Unternehmens in einem sich wandelnden Umfeld verändern, verändert sich auch die Organisationskultur. Unternehmen sollten nicht das Ziel einer gleichbleibenden Kultur verfolgen, denn starke Kulturen neigen zu einer Reihe von negativen Effekten, wie der Fixierung auf alte Verhaltensmuster, der Abwehr neuer Orientierungsmuster und einer geringen Anpassungsfähigkeit an eine sich verändernde Umwelt. Mit diesem Grundverständnis für Kultur müssen sozialwirtschaftliche Unternehmen Strategien entwickeln, die sich an den Normen und Werten orientieren, die die Sozialwirtschaft in ihrem ursprünglichen Zweck, der Verfolgung sozialer Ziele, ausmacht. In der Tradition und Geschichte vieler sozialer Organisationen finden sich Wertevorstellungen wie Nächstenliebe, Solidarität und Toleranz wieder, auch wenn heute die Erbringung der Dienstleistung gegenüber den Kunden, die Außendarstellung und innerbetriebliche Entwicklungen im Vordergrund stehen. Dennoch gehören die ursprüngliche Werte- und Normenorientierung, die häufig in

den Unternehmensphilosophien verankert ist, zu den zentralen Aufgaben der Sozialwirtschaft. An dieser Stelle müssen Unternehmen ansetzen und Systeme entwickeln die diese traditionellen Ziele wieder in das Blickfeld der Beschäftigten bringen. Es ist davon auszugehen, dass eine Vielzahl der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer im Gesundheits- und Sozialwesen aufgrund dieser Wert- und Normenorientierung tätig sind. Diese Personengruppe muss erreicht werden und es gelingt durch eine Besinnung auf den ursprünglichen Inhalt der Arbeit. Das Hervorheben von Traditionen und Riten kann diesen ursprünglichen Anspruch an die Arbeit aktivieren.

Für einen kirchlichen Träger der Behindertenhilfe kann folgendes Beispiel ein kulturschaffendes Mittel sein, welches neue Beschäftigte dazu ermöglicht, die Kultur des Unternehmens zu begreifen und zu leben.

- Jeder neue Beschäftigte erlebt in der ersten Arbeitswoche eine Einführungsveranstaltung, die von älteren Kolleginnen und Kollegen (älter im Sinne von langer Dienstzeit) und Führungskräften durchgeführt wird und erfährt dort etwas über die Geschichte des Unternehmens.
- Teil der Einführungsveranstaltung sind Geschichten und Legenden, wie zum Beispiel Erinnerungsgeschichten an den Gründer des Unternehmens oder die Beschreibung von Hindernissen, die in den Anfängen gemeinsam bewältigt wurden. Es können aber auch amüsante Geschichten sein, wie zum Beispiel der erste Tag der neuen Geschäftsführung, an dem eine versehentliche Verwechslung mit dem Hausmeister passierte.
- Die Einführungsveranstaltung dient nicht der Präsentation von Geschäftszahlen, aber wohl kann sie Nachweis über das in jüngster Zeit Geleistete erbringen, wie zum Beispiel die Organisation einer großen Jubiläumsfeier neben dem aktuellen Tagesgeschäft. Es geht darum Erfolge zu feiern, die durch soziales Miteinander entstehen und nicht durch Produktionszahlen.
- Es werden Teile der Belegschaft oder Abteilungen für ihr besonderes Engagement über die normale Arbeit hinaus öffentlich gelobt. Damit wird der Unternehmenserfolg personifiziert und es werden alle Personalebenen wertgeschätzt.
- Neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden persönlich durch die oberste oder direkte Leitung begrüßt und willkommen geheißen (abhängig von Unternehmensgröße).

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass immaterielle Anreize voraussetzen, dass Unternehmen bereits über feste organisationskulturelle Strukturen verfügen müssen. Sie

müssen so fest sein, dass alle Beschäftigten es als wichtig empfinden, die Werte und Normen an neue Beschäftigte weiterzugeben. Darin liegt einerseits die Chance, dass die Kultur von Beschäftigten, die im Rahmen der Besonderheiten der Sozialwirtschaft angestellt sind, angenommen wird. Gleichzeitig besteht jedoch die Gefahr, dass eigene Annahmen der neuen Beschäftigten über Normen und Werte nicht zur Entfaltung kommen, da das Kultursystem des Unternehmens bereits manifestiert ist. Die Aufgabe der Führung ist es hier, ihr Wissen über die Veränderbarkeit von Organisationskultur einfließen zu lassen und Maßnahmen zu ergreifen, um neue Impulse für die Organisationskultur zuzulassen. Dem Beispiel der kirchlichen Einrichtung folgend, könnte ein neuer Impuls beispielsweise der Umgang mit einer neuen Klientel sein, die sich aufgrund der Aufnahme von geflüchteten Menschen ergibt. Hier stehen sich einheitliche traditionelle Annahmen wie Nächstenliebe einem anderen religiösen Hintergrund gegenüber. Kultur muss sich daher immer einem Wandel unterziehen, der maßgeblich durch die Führungskräfte begleitet werden muss.

#### **6.4 Sozialmanagement**

Die Handlungsempfehlungen in Bezug auf das Management in Unternehmen der Sozialwirtschaft orientieren sich in erster Linie an den Herausforderungen, die die unterdurchschnittliche Anzahl von Führungskräften mit einem Hoch- oder Fachhochschulabschluss und der daraus resultierenden Vermutung, dass eine Vielzahl an Führungskräften den Kompetenzerwerb auf andere Art und Weise erworben haben. Insofern liegt hier die Vermutung nahe, dass in der Sozialwirtschaft ein Nachschulungsbedarf in Bezug auf spezielle Managementfähigkeiten besteht. Um gesundheitsorientierte Führung zu etablieren, sind Führungskompetenzen von zentraler Bedeutung, denn Fähigkeiten wie zu motivieren oder die Ausübung der Vorbildrolle sind für die Entwicklung von Gesundheit am Arbeitsplatz entscheidend. Gesundheitsorientierte Führung hat jedoch, wie in der Folge verdeutlicht wird, derzeit noch eine nachrangige Bedeutung, denn sozialwirtschaftliche Unternehmen müssen sich zunächst mit den grundsätzlichen Kompetenzstatus ihrer Führungskräfte befassen. Führungskompetenz meint hier jedoch nicht nur den Zuwachs von Wissen für Führungskräfte, sondern auch die Fähigkeit, Wissen an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weiterzugeben. Die Unternehmen müssen ihre Bemühungen in die Qualifizierung ihrer Beschäftigten entsprechend der Beschäftigungssituation intensivieren. Hier müssen jedoch Unterscheidungen vorgenommen werden, die sich aus den besonderen Anforderungen der Beschäftigungssituation in der Sozialwirtschaft ergeben. Das heißt, dass Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte und für die Personengruppen, die durch gezielte Maßnahmen zu Führungskräften qualifiziert werden sollen, sich zu den

Maßnahmen für Beschäftigte in befristeten Beschäftigungsverhältnissen, mit geringem Bildungsniveau und in Teilzeitbeschäftigung, unterscheiden. Die Unterschiede werden in der Art und Weise, wie die Kompetenzen vermittelt werden, deutlich (bspw. der Lernort). Zudem ist zumindest zu hinterfragen, ob Unterschiede in der Qualität der Qualifizierungsangebote bestehen.

Für Führungskräfte empfehlen sich kombinierte Methoden, bestehend aus Präsenzeinheiten und E-Learning-Phasen. Diese Bildungsmaßnahmen sind deshalb sinnvoll, weil die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ihre Arbeit wie gewohnt fortsetzen können und lediglich an die terminierten Präsenzeinheiten gebunden sind. E-Learning bietet die Möglichkeit, zu einem selbstgewählten Zeitpunkt und in einem eigenen Tempo theoretisches Wissen zu erlangen. Berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen dienen in erster Linie dem Erwerb von Fach- und Methodenkompetenzen. Sie bieten aber auch die Möglichkeit der Vernetzung und des Wissensaustausches mit den anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Unternehmen, die Führungskräften beispielsweise die Teilnahme an einem berufsbegleitenden Studium im Feld Sozialmanagement ermöglichen, müssen sich auf Kosten im oberen vierstelligen Bereich einstellen. Sie haben jedoch die Möglichkeit auf Grundlage des Berufsbildungsgesetzes Bindungs- und Rückzahlungsvereinbarungen mit den Beschäftigten zu vereinbaren, um sicher zu gehen, dass die Investition in den Beschäftigten dem Unternehmen zu Gute kommt. Während diese Maßnahmen der Personalentwicklung außerhalb des normalen Arbeitsplatzes erfolgen, sind Qualifizierungsmaßnahmen, die mit derartigen Kosten verbunden sind, für Beschäftigte, die beispielsweise befristet beschäftigt sind, ungeeignet. Die Höhe der Investition steht nicht im Verhältnis zum zu erwartenden Wissensgewinn für das Unternehmen, da Fluktuationen auf dieser Ebene der Beschäftigung zu erwarten sind. Daher kommen berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen für Beschäftigte, die nicht auf Führungspositionen vorbereitet werden oder diese bereits innehaben, eher selten in Frage. Für diese Personengruppen sind Qualifizierungsmaßnahmen geeigneter, die während der Arbeit erworben werden. Die Maßnahmen erfolgen nach dem Prinzip des *learning by doing* und in der Verantwortung stehen erfahrene Mitarbeiter, die als Mentoren fungieren können, Anleiter und Führungskräfte, die die lernenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter thematisch begleiten und während einer konkreten Arbeitsverrichtung als Ansprechpartner zur Verfügung stehen. Die Anleitende Person kann somit direkt einen Lerntransfer beobachten und entsprechend einwirken, so dass Lernerfolge direkt am Arbeitsplatz entstehen. Diese Maßnahmen werden in der Personalentwicklung als *Training on the job* bezeichnet. Dieses Prinzip schließt eine Erweiterung an Qualifizierungsmaßnahmen nicht aus, denn eine Übertragung von Sonderaufgaben oder

höherer Verantwortlichkeit, beispielsweise durch assistierende Tätigkeiten oder der Mitwirkung an Projekten mit einer zeitlichen Befristung, können ebenfalls einen Zuwachs an Kompetenzen bewirken. Aus Sicht der Unternehmen entstehen dadurch Vorteile, denn für das Prinzip *Training on the job* müssen keinerlei finanzielle Mittel aufgewendet werden. Es müssen lediglich personale Ressourcen freigegeben werden. Diese wiederum werden sich ebenfalls als gewinnbringend für das Unternehmen erweisen, denn auch die anleitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden durch ihre Mentorentätigkeit einen Zuwachs an Kompetenzen erleben (didaktische Fähigkeiten, sozial-kommunikative Kompetenzen, Eigenverantwortung, Reflexion des eigenen Arbeitsfeldes).

Während berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen durch strukturierte Studiengänge externer Anbieter erfolgen und teilweise mit erheblichen Kosten für die Unternehmen verbunden sind, benötigen Maßnahmen, die während der Arbeitszeit erfolgen, lediglich eine strukturierte Vorgehensweise der Mentoren. Dieser zentrale Unterschied könnte sich als Hindernis erweisen, wenn Beschäftigte Widerstände entwickeln, weil sie die Qualität von Qualifizierungsmaßnahme am Geldwert der Maßnahme messen oder den Gehalt der Wissensvermittlung nicht als wertvoll betrachten, wenn er nicht durch externe Experten erfolgt, sondern durch Kolleginnen und Kollegen. Aus Sicht der Unternehmen sind die unterschiedlichen Varianten der Vermittlung von Kompetenzen interessant, weil sie die Möglichkeit bieten einen Vergleich anzustellen bzw. zu hinterfragen, welche Form des Kompetenzerwerbs für Führungskräfte wirksamer ist.

Neben notwendigen Erkenntnissen über die Wirksamkeit von unterschiedlichen Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte müssen sozialwirtschaftliche Unternehmen weiterhin mit einem Mangel an Führungskräften umgehen, denn ist nicht belegt, inwiefern Absolventinnen und Absolventen aus den entsprechenden Studiengängen, wie Sozialmanagement oder Pflegemanagement, tatsächlich in Führungspositionen gelangen. Unternehmen müssen daher Maßnahmen ergreifen, die die Durchlässigkeit von Absolventinnen und Absolventen in Führungspositionen erhöht. Unternehmen, die ihre Beschäftigten im Rahmen von berufsbegleitenden Studiengängen für Führungsaufgaben befähigen möchten, benötigen daher ein strategisches Personalmanagement, welches bereits vor Beginn der Qualifizierungsmaßnahme zum Einsatz kommt. Ein Beispiel aus der Kindertagesbetreuung wird verdeutlichen, welche Elemente des Personalmanagements wirksam werden.

Wenn absehbar ist, dass eine Führungskraft die Kindertagesstätte aufgrund des nahenden Renteneintritts in zwei Jahren verlässt, müssen die Planungen für eine geeignete Nachfolge deutlich früher erfolgen.

- Wer kommt für Nachfolge dieser Position in Frage? (Personalsuche)
- Ist eine interne Lösung überhaupt möglich oder ist eine externe Ausschreibung notwendig? (Personalauswahl)
- Ist die vorgesehene Person dazu bereit ein Studium von bis zu drei Jahren aufzunehmen? (Personalentwicklung)
- Ist die dann qualifizierte Person sofort in der Lage komplexe Managementaufgaben zu übernehmen oder ist eine Einarbeitung notwendig? (Personaleinführung)
- Was muss getan werden, um die dann qualifizierte Person dauerhaft an das Unternehmen zu binden? (Personalbindung)

Ein strategisches Personalmanagement bildet die Grundlage für gesundheitsorientierte Führung. Erst wenn die Beschäftigten der Sozialwirtschaft dazu befähigt werden fachlich und kompetent zu führen, ist gesundheitsorientiertes Führen möglich, denn Kompetenzen wie die Übertragung von Eigenverantwortung, die Förderung von Selbständigkeit und die Schaffung eines Klimas, welches Beschäftigte dazu ermutigt kreativ, mutig und engagiert zu sein lassen sich letztlich auf das Feld der betrieblichen Gesundheit übertragen.

## **7. Fazit**

Der Autor betont, dass diese Handlungsempfehlungen das Ergebnis einer analytischen Betrachtung der Themenbereiche *Betriebliches Gesundheitsmanagement* und *Sozialwirtschaft* sind, indem existierende Konzepte auf die Sozialwirtschaft angewandt wurden. Es wurden keine empirischen Daten verwendet, da in diesem Feld bisher keine empirische Forschung erfolgt ist. Insofern besteht aus Sicht des Autors hier ein Forschungsbedarf. Es kann daher nur eine Annäherung durch die Herstellung von Kausalitäten zwischen den gewonnenen Erkenntnissen der Gegenüberstellung von Sozial- und Erwerbswirtschaft hergestellt werden. Diese wiederum werden unter dem Aspekt der Gesundheitsförderung betrachtet.

Entsprechend der in der Einleitung formulierten Forschungsfrage untersucht diese Arbeit Besonderheiten von Unternehmen der Sozialwirtschaft bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im ersten Teil dieser Arbeit wurden aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse der Thematik dargelegt. Wesentliche Aspekte für die Beantwortung der Frage wurden hervorgehoben. Dazu gehört insbesondere die Bedeutung der Beschäftigten bei der Umsetzung eines solchen Vorhabens. Zudem wurde auf die Notwendigkeit einer Differenzierung zwischen den Fach- und Führungskräften hingewiesen, die in der Folge wiederkehrend von zentraler Bedeutung waren. Der erste



Teil dieser Arbeit schloss mit der Vorstellung von vier Managementstrategien, die sich in Bezug auf Gesundheitsförderung als wirksam erwiesen haben (Partizipation, Mitarbeiterbindung, Organisationskultur und Sozialmanagement).

Der zweite Teil befasste sich mit der Gegenüberstellung von Sozialwirtschaft und Erwerbswirtschaft. Anhand der Merkmale Finanzierung, Kundenbegriff, Demografie, Beschäftigungssituation und Lohnunterschiede wurden Unterschiede sichtbar. Die Merkmale Demografie, Beschäftigungssituation und Lohnunterschiede wurden gewählt, weil sie einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit von Beschäftigten haben. Die Ergebnisse der Gegenüberstellung zeigen, dass sich die beschäftigten Personen in einigen Branchen der Sozialwirtschaft mit Bedingungen konfrontiert sehen, die sich von der Situation in der Erwerbswirtschaft unterscheiden. Im Wesentlichen ist damit die überproportional häufige Beschäftigung in Teilzeit gemeint, die zur Folge ein erhöhtes Risiko von niedriger Entlohnung mit sich bringt. Besonders Frauen sind häufig in atypischen Beschäftigungsformen beschäftigt. Eine weiterführende Untersuchung der Auswirkungen der Beschäftigungssituation im sozialen Sektor auf die Gesundheit ist im Rahmen dieser Arbeit nicht erfolgt. Verwertbare Ergebnisse würden jedoch die Annahme verstärken, dass sich Niedriglohn, Teilzeit, befristete Arbeitsverträge etc. negativ auf die Gesundheit von Beschäftigten auswirken. Die vorliegende Arbeit hat sich jedoch in dieser Hinsicht auf die in der Einleitung formulierte Fragestellung der besonderen Anforderungen bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagement fokussiert und bleibt dabei beschreibend, wenngleich deutlich wurde, dass eine empirische Evidenz für ebendiese Besonderheiten der Sozialwirtschaft erbracht werden muss. Daher konnten im dritten Teil, auf Basis der im zweiten Teil erworbenen Kenntnisse, Handlungsempfehlungen formuliert werden, anhand derer deutlich wird, dass Maßnahmen bei der Einführung eines komplexen Managements-Systems, wie dem betrieblichen Gesundheitsmanagement, nicht allein stehen können, sondern einander bedingen und ineinander übergehen. Grundlage aller Maßnahmen ist der Umgang und die Einbeziehung der Beschäftigten. Sie stehen im Fokus aller Bemühungen bei der Einführung gesundheitsfördernder Maßnahmen, denn je höher die Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist, desto wahrscheinlicher ist eine erfolgreiche Umsetzung. Partizipation wiederum muss unter den besonderen Beschäftigungsgegebenheiten in den Unternehmen der Sozialwirtschaft erst hergestellt werden. Unterstellt wurde, dass Partizipation unter den aktuellen Bedingungen nur sehr erschwert möglich ist, da die Beschäftigten aufgrund befristeter Arbeitsverträge, atypischen Beschäftigungen etc. sich nicht mit ihrem Arbeitgeber identifizieren. Identifikation ist jedoch die Voraussetzung für Partizipation und sie entsteht, wenn die

Beschäftigten positiv an das Unternehmen gebunden sind. Die Herstellung von Mitarbeiterbindung ist für Unternehmen, die gesundheitsfördernde Maßnahmen etablieren möchten, ein wichtiges Element, denn verschiedene Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass Beschäftigte mit affektiver Bindung mehr Leistungsbereitschaft zeigen, gesünder sind und sich mit ihrem Arbeitgeber identifizieren. Die Entstehung von Mitarbeiterbindung steht in direktem Zusammenhang mit Organisationskultur. Verschiedene Autoren belegen, dass gelebte Kultur in Unternehmen zu einer positiven Bindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter führt. Führungskräften wird hierbei eine zentrale Aufgabe zugeordnet. Neben ihrer Vorbildfunktion und dem Anspruch gesundheitsorientiert zu führen, gehören sie aber auch zu der Zielgruppe, die von gesundheitsfördernden Maßnahmen profitieren sollten. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse über gesundheitsorientiertes Führen deuten jedoch auf Wissensdefizite im Gesundheitsmanagement hin. Häufig wissen Führungskräfte nicht, wie sie gesund führen können. Die Ursache dafür könnte am Qualifizierungshintergrund von Führungskräften liegen. Insbesondere in der Sozialwirtschaft eröffnet sich ein Bedarf, denn lediglich 15 Prozent der Beschäftigten im sozialen Sektor verfügen über einen Hoch- oder Fachhochschulabschluss. Der wissenschaftliche Diskurs über den Status des Sozialmanagement weist daraufhin, dass eine inhaltliche Auseinandersetzung mit spezifischen Inhalten, wie beispielsweise dem gesundheitsorientierten Führen, nicht flächendeckend geschieht.

In der Gesamtbetrachtung dieser Arbeit lassen sich zwei Perspektiven aufzeigen. Einerseits können Handlungsempfehlungen für die Sozialwirtschaft dargelegt werden. Andererseits haben die Analyse der Literatur und die Herstellung von Kausalitäten dazu geführt, dass Forschungsbedarfe aufgedeckt wurden. Auf Seiten der Empfehlungen wurde explizit erkennbar, dass Gesundheitsförderung ohne eine entsprechende Organisationskultur nicht möglich ist. Sie ist Voraussetzung für das Gelingen von Veränderungsvorhaben. Sie ermöglicht außerdem die Anwendung von Konzepten, wie beispielsweise der Partizipation und dem Bindungsmanagement, die ebenfalls dazu beitragen, dass die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements gelingen kann. Sowohl die Entwicklung von Kultur und Bindung, als auch das Partizipieren von Beschäftigten an Veränderungsvorhaben in Unternehmen ist maßgeblich vom Verhalten der Führungskräfte abhängig. Für das Feld der Sozialwirtschaft scheint es von besonderer Bedeutung zu sein zu hinterfragen, ob die Führungskräfte über die ausreichenden Kompetenzen verfügen, da Akademikerinnen und Akademiker innerhalb der Sozialwirtschaft deutlich unterrepräsentiert sind. Zudem existieren nach den Erkenntnissen des Autors bisher keine validen Zahlen hinsichtlich der Durchlässigkeit von

Studiengängen des Sozialmanagements in Führungspositionen in sozialwirtschaftliche Unternehmen. Insofern besteht hier ein Forschungsbedarf, denn Aussagen über die Qualität der Führung würden eine Diskussion über gesundheitsorientierte Führung speziell in der Sozialwirtschaft zulassen und dabei die Beschäftigungssituation in den Fokus stellen. Solange nicht definiert ist, dass Führung in sozialwirtschaftlichen Einrichtungen eine komplexe Managementaufgabe ist und Positionen nicht entsprechend besetzt werden, erscheint es nicht realistisch, dass Managementstrategien, die für die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wichtig sind (z. B. Bindungsmanagement), angewandt werden. Als Lösungsvorschlag schlägt diese Arbeit umfassende Qualifizierungsmaßnahmen für Führungskräfte durch Maßnahmen *off the job* vor. Weiterhin besteht ein Bedarf an Qualifizierungsmaßnahmen *on the job* von denen alle Beschäftigte im sozialwirtschaftlichen Unternehmen profitieren können. Die Unternehmen müssen die Potentiale ihrer Beschäftigten als Kapital begreifen, bereits vorhandenes und erworbenes Wissen nutzen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Multiplikatoren einsetzen.

Möglich werden diese Maßnahmen jedoch nur, wenn Sozialunternehmen über ein strategisches Personalmanagement verfügen, welches die Bedarfe an Fach- und Führungspersonal rechtzeitig erkennt und entsprechende Maßnahmen, wie Personalentwicklung, initiiert.

## 8. Literaturverzeichnis

- Ahlrichs, R.: Zwischen sozialer Verantwortung und ökonomischer Vernunft- Unternehmensethische Impulse für die Sozialwirtschaft, Wiesbaden, 2012: 53-57
- Altenhöner, T., Köhler, M., Philippi, M.: Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements-Prävention und Gesundheitsförderung, in: Ghadiri, A., Ternès, A., Peters, T. (Hrsg.): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Wiesbaden, 2016: 3-9
- Arnold, U., Grunwald, K., Maelicke, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden Baden, 2014: 36, 759, 872
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 81
- Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert- Mitarbeiterbindung durch -Kulturentwicklung, Berlin, 2017: 81, 203-212
- Bamberg, E., Duckie, A., Metz, A.: Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, Göttingen, 2011: 157-183
- Bamberg, E.: Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch, in: Struhs-Wehr, K., Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung, Wiesbaden, 2017: 16
- Boeßenecker; Zimmer; Halfar: 2013, 2009, 2013, in: Arnold/Grundewald/Maedicke, Baden Baden, 2014: 34
- Boeßnecker, K., Markert, A.: Übersicht der Studiengänge Sozialwirtschaft/Sozialmanagement an deutschen Hochschulen, in: Bassrack, H., Noll, S. (Hrsg.): Personal im Sozialmanagement- Neueste Entwicklungen in Forschung, Lehre und Praxis, Wiesbaden, 2012: 85-91
- Bassrack, H., Noll, S. (Hrsg.): Personal im Sozialmanagement- Neueste Entwicklungen in Forschung, Lehre und Praxis, Wiesbaden, 2012: 25-29, 91
- Beckmann, O., Meschede, M., Zok, K.: Unternehmenskultur und Gesundheit: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter Erwerbstätigen, in: Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert- Mitarbeiterbindung durch - Kulturentwicklung, Berlin, 2017: S. 43-68
- Bundesministerium für Gesundheit: Unternehmen unternehmen Gesundheit- betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Köln, 2011: 13
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Was erhält Menschen gesund – Antonovskys Modell der Salutogenese: Diskussionsstand und Stellenwert, Kön, 2009: 23

- Christa, H.: Grundwissen Sozio-Marketing- Konzeptionelle und strategische Grundlagen für soziale Organisationen, Wiesbaden, 2010: 29, 299
- Eurich, J.: Leadership in sozialen Organisationen, in: Ahlrichs, R.: Zwischen sozialer Verantwortung und ökonomischer Vernunft- Unternehmensethische Impulse für die Sozialwirtschaft, Wiesbaden, 2012: 63
- Fasching, H.: Sozial managen – Grundlagen und Positionen des Sozialmanagements zwischen Bewahren und radikalem Verändern, in: Ahlrichs, R.: Zwischen sozialer Verantwortung und ökonomischer Vernunft- Unternehmensethische Impulse für die Sozialwirtschaft, Wiesbaden, 2012: 64
- Felfe, J., Wombacher, J.: Mitarbeiterbindung und Gesundheit, 2016, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 56
- Flüter-Hoffmann, C.: Vertrauen-Ergebnisorientierung-Eigenverantwortung: Unternehmenskultur aus Sicht der Arbeitgeber, in: Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 33-39
- Franke, A., Broda, M. (Hrsg.): Psychosomatische Gesundheit- Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept, Tübingen, 1993: 3-14
- Franke, A.: Modelle von Gesundheit und Krankheit, in: Struhs-Wehr, K., Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung: 20
- Ghadiri, A., Ternès, A., Peters, T. (Hrsg.): Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Wiesbaden, 2016: 7-10
- Grillitsch, W., Brandl, P., Schuller, S. 8 (Hrsg.): Gegenwart und Zukunft des Sozialmanagements- Aktuelle Herausforderungen, strategische Ansätze und fachliche Perspektiven, Wiesbaden, 2017: 473-484
- Halbe-Haenschke, B., Reck Hog, U.: Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM- Methoden und Umsetzung für ein effektives betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden, 2017: 26, 27, 35-36, 39-40
- Hammermann, A., Settes, O.: Qualität der Arbeit- zum Einfluss der Arbeitsplatzmerkmale auf die Arbeitszufriedenheit, in: Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert- Mitarbeiterbindung durch -Kulturentwicklung, Berlin, 2017: 34
- Holdenrieder, J. (Hrsg.): Betriebswirtschaftliche Grundlagen Sozialer Arbeit- eine praxisorientierte Einführung, Stuttgart, 2013: 33-36
- ipp Bremen; Universität Bremen: Imagekampagne für Pflegeberufe auf der Grundlage empirisch gesicherter Daten, Bremen, 2010: 26

- Kaminski, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis, Wiesbaden, 2013: 16, 17, 23, 26, 49, 68, 84-90
- Krampritz, J.: Führungskräfte- Einfluss auf den betrieblichen Status auf die Gesundheit, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 97-99
- Martins, E.: Beteiligungsorientierte Unternehmenskultur: Konzept und Messung, in: Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert- Mitarbeiterbindung durch -Kulturentwicklung, Berlin, 2017: 44
- Merchel, J.: Organisationsgestaltung in der Sozialen Arbeit, Weinheim und München, 2005: 84
- Panoke, E.: Solidarwirtschaft, in: Arnold, U., Grunwald, K., Maelicke, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden Baden, 2014: 34-35
- Paul, C.: Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 100
- Rump, J., Schiedhelm, M.: Gesundes Arbeiten- Schlüsselfaktor für eine zukunftsorientierte Personalarbeit, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 99-101
- Sackmann, SA.: Betriebsvergleich Unternehmenskultur, in Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert- Mitarbeiterbindung durch - Kulturentwicklung, Berlin, 2017: 45
- Schramm, M.: Der Sozialmarkt im normativen Konflikt, in: Ahlrichs, R.: Zwischen sozialer Verantwortung und ökonomischer Vernunft- Unternehmensethische Impulse für die Sozialwirtschaft, Wiesbaden, 2012: 64
- Schreyögg, G: Grundlagen der Organisation-Basiswissen für Studium und Praxis, Wiesbaden, 2012: 204
- Schwarz, G.: Sozialmanagement, in: Ahlrichs, R.: Zwischen sozialer Verantwortung und ökonomischer Vernunft- Unternehmensethische Impulse für die Sozialwirtschaft, Wiesbaden, 2012: 61
- Schwenker, B., Wittig, M.: Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine Investition mit mehrfacher Rendite, in: Ghadiri, A., Ternès, A., Peters, Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Wiesbaden, 2016:3-9
- Siemund, S., Arbeitszufriedenheit in der Zeitarbeit- eine pädagogische Analyse, Wiesbaden, 2013: 4, 9, 83, 85

- Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt- Situation von Älteren, Nürnberg, 2017: 15
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt- Fachkräfteengpassanalyse, Nürnberg, 2017: 14
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt- Akademikerinnen und Akademiker, Nürnberg, 2017: 14, 19, 20, 96, 98
- Statistik der Bundesagentur für Arbeit: Berichte Blickpunkt Arbeitsmarkt- Fachkräfte in der Kindererziehung- und Betreuung, Nürnberg, 2016: 5, 8
- Statistisches Bundesamt: Verdienste auf eine Blick, 2017: 19-22
- Struhs-Wehr, K., Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung, Wiesbaden, 2017: 6, 16, 18, 178, 179, 186-189, 191, 200-201
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport 2016- Gesundheit zwischen Beruf und Familie, Hamburg, 2016: 9
- Ternès, A., Klenke, B., Jerusel, M., Schmidtbleicher B.: Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement, Wiesbaden, 2017: 5, 20, 181
- Unterreitmeier, A.: Die Messung kultureller Differenzen bei Mergers&Acquisitions, in Badura, B. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert- Mitarbeiterbindung durch -Kulturentwicklung, Berlin, 2017: 45
- Wendt, W.R.: Sozialwirtschaftslehre, in: Arnold, U., Grunwald, K., Maelicke, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden Baden, 2014: 35
- Zimmer, A., Hentrich, S.: Führen und gesund bleibe, in: Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., Meyer, M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2016- Unternehmenskultur und Gesundheit- Herausforderungen und Chancen, Heidelberg, 2016: 99-101
- Zimmer, A.: Zur volkswirtschaftlichen Bedeutung der Sozialwirtschaft, in: Arnold, U., Maelicke, B. (Hrsg.): Lehrbuch der Sozialwirtschaft, Baden Baden, 3. Aufl. 2009,: 117-133

#### Internetquellen:

- <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberichterstattung.html>, Zugriff: 01.11.2017
- [https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2013-1318306.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf). Zugriff: 07.09.2017
- [http://www.igainfo.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_20\\_Umfrage\\_BGM\\_KMU\\_final\\_2011.pdf](http://www.igainfo.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf). Zugegriffen: 21.09.2017
- [https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger\\_bundesweiter\\_Gesundheitsreport\\_2013-1318306.pdf](https://www.dak.de/dak/download/Vollstaendiger_bundesweiter_Gesundheitsreport_2013-1318306.pdf). Zugegriffen: 7. Sept. 2017
- <https://www.perwiss.de/betriebliches-gesundheitsmanagement.html#Vorteile>, Zugriff: 01.11.2017
- <https://www.leitbegriffe.bzga.de/systematisches-verzeichnis/kernkonzepte-und-entwicklungen-der-gesundheitsfoerderung/gesundheitsfoerderung-i-definition-ziele-prinzipien-handlungsebenen-und-strategien>, Zugriff am 25.10.2017
- [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf). Zugegriffen: 12. Aug. 2016
- <http://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsschutz/Gesundheit-am-Arbeitsplatz/betriebliches-eingliederungsmanagement>, Zugriff am 10.10.2017
- [http://www.igainfo.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/igaReporte\\_Projektberichte/iga\\_report\\_20\\_Umfrage\\_BGM\\_KMU\\_final\\_2011.pdf](http://www.igainfo.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/igaReporte_Projektberichte/iga_report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf). Zugegriffen: 6. Sept. 2017
- [http://www.who.int/occupational\\_health/healthy\\_workplace\\_framework.pdf](http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf). Zugegriffen: 22.10.2017
- <https://de.slideshare.net/stephenquestback/hr-survey-monitor-2015-eng>, Zugegriffen: 10.11.2017
- <https://www.perwiss.de/systematische-mitarbeiterbefragung.html>, Zugegriffen: 10.11.2017
- <https://ilep.de/Programmbereich/pcmx53f32432ba033/mp-Publikationen/rp-cmx53f32432ba033/cmx53f32432ba033>
- <http://www.baua.de/Publikationen/Fachbeitraege/F2199.html.de>, Zugegriffen: 21.12.2017
- [https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15\\_301\\_132.html](https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2015/08/PD15_301_132.html), Zugegriffen: 04.12.2017
- <https://statistik.arbeitsagen-tur.de/Statischer-Content/Grundlagen/Methodenberichte/Uebergreifend/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Berufssektoren-und-Berufssegmente>, Zugegriffen: 29.11.2017



## Erklärung

Hiermit versichere ich gemäß § 17 Absatz 10 der ‚Rahmenstudien- und –prüfungsordnung (RSPO) der ‚Alice-Salomon‘ - Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin‘, dass ich diese Masterarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Textstellen als solche kenntlich gemacht habe.

Die Masterarbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift)