



Grundlagen

1 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Jörg Eikamp

„In der einen Hälfte des Lebens opfern wir die Gesundheit, um Geld zu erwerben; in der anderen opfern wir Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen. Und während dieser Zeit gehen Gesundheit und Leben von dannen.“ (Voltaire)

1.1 Was ist unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) und Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) zu verstehen?

Das Betriebliche Gesundheitsmanagement ist auf die Schaffung von gesundheitsgerechten und persönlichkeitsfördernden Arbeitsbedingungen ausgerichtet. Somit wird eine Verbesserung der Gesundheitssituation und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter angestrebt. Das wirtschaftliche Ziel dieser Maßnahmen besteht primär darin, die Leistungsbereitschaft und die Gesundheitsquote zu erhöhen, also Fehlzeiten zu vermeiden oder diese zu verringern (Wienemann u. Wattendorf 2004).

Das Bundesministerium für Gesundheit sieht die Betriebliche Gesundheitsförderung als ein zentrales Element des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Nach Auffassung der Behörde umfasst BGF die Bereiche des Gesundheits- und Arbeitsschutzes, des Betrieblichen Eingliederungsmanagements sowie der Personal- und Organisationspolitik und schließt alle im Betrieb durchgeführten Maßnahmen zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen ein (BMG 2011).

Ein großer Meilenstein, wenn nicht sogar der Ursprung des heutigen Denkens und Handelns sowie der Kern der Bemühungen um Gesundheitsförderung, geht auf die sogenannte Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO 1986 zurück. Dabei

handelt es sich um die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung, welche am 21. November 1986 in Ottawa stattfand. Hier wurde ein Grundsatz verabschiedet, der zum aktiven Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus aufrief. Im Kern verstand sich die Konferenz vor allem als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine öffentliche Gesundheitsbewegung (WHO 1986).

Als grundlegende Bedingungen und Voraussetzungen für bzw. konstituierende Momente von Gesundheit wurden innerhalb der Ottawa-Charta Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit benannt. An dieser Stelle wird darauf hingewiesen, dass jede Verbesserung des Gesundheitszustandes zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden ist (WHO 1986).

Laut INQA (Initiative für eine Neue Qualität in der Arbeit), einer Gemeinschaftsinitiative aus Bund, Ländern, Sozialversicherungsträgern, Gewerkschaften, Stiftungen und Unternehmen, kann für die Zielpopulation der Arbeitnehmer aktuell ein negativer Trend beobachtet werden, insofern als viele Erwerbstätige das Rentenalter nicht in Arbeit erreichen. Als Ursachen für das vorzeitige Ausscheiden wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aus dem Arbeitsleben gelten insbesondere Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, psychische Störungen sowie Krankheiten des Kreislaufsystems. Da der Verband der Rentenversicherungsträger aktuell 1.650.000 Personen zählt, die eine Erwerbsminderungs- oder Berufsunfähigkeitsrente beziehen, kann in diesem Zusammenhang nicht von Einzelfällen gesprochen werden (INQA 2011).

Betriebliches Gesundheitsmanagement setzt an dieser Stelle bei noch Gesunden mit primären und bei bereits chronisch erkrankten Mitarbeitern mit sekundären Präventionsmaßnahmen an.

Der Gesetzgeber hat zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Sozialgesetzbuch V (SGB V) die Regelung getroffen, dass die Krankenkassen Leistungen zur Gesundheitsförderung in Betrieben (Betriebliche Gesundheitsförderung) erbringen. Unter Beteiligung der Versicherten und der Verantwortlichen für den Betrieb sollen somit die gesundheitliche Situation einschließlich ihrer Risiken und Potenziale erhoben, Vorschläge zur Verbesserung entwickelt sowie die Umsetzung aktiv unterstützt werden (SGB V 2004).

Darüber hinaus gelten weitere Rechtsgrundlagen, die ebenfalls in die Betriebliche Gesundheitsförderung hineinwirken. Beispielhaft ist an dieser Stelle noch auf das SGB VII, die gesetzliche Unfallversicherung, das SGB IX, welches Maßnahmen der Rehabilitation und des Betrieblichen Eingliederungsmanagements festlegt, sowie das Arbeitsschutzgesetz und das Arbeitssicherheitsgesetz hinzuweisen, welche die Organisation des Arbeitsschutzes bzw. der Arbeitssicherheit im Betrieb regeln.

Bei betrieblichen Settings liegen zumeist klar geregelte Hierarchien, Zuständigkeiten und Befugnisse, aber auch informelle Beziehungen und spezifische Organisationskulturen vor. Ob und – wenn ja – inwieweit die Förderung von Potenzialen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie das Ausmaß bzw. die Qualität ihrer subjektiven Arbeitsbelastungen und Wünsche für den Betrieb entscheidungs- und handlungsrelevant sind oder werden, hängt maßgeblich davon ab, inwieweit diese „Logiken der Gesundheitsförderung“ eine Anschlussfähigkeit an bestehende betriebliche Prioritäten haben (Faller 2010).

Laut der **Luxemburger Deklaration** zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union umfasst „BGF“ alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

1.2 Verhaltens- und Verhältnisprävention

Grundsätzlich ist in diesem Zusammenhang zwischen der das Individuum unmittelbar betreffenden Verhaltensprävention und der durch den Staat und die Gesellschaft maßgeblich bestimmte Verhältnisprävention zu differenzieren. Die Verhaltensprävention zielt auf das Gesundheitsverhalten (Gewohnheiten, Einstellungen, Handlungsweisen) und deren Beeinflussung wie zum Beispiel Rauchen, Essgewohnheiten etc. von einzelnen Personen ab, um eine Vermeidung oder eine Früherkennung von Krankheiten zu erreichen. Die Verhältnisprävention hingegen hat den Ausschluss von negativen Einflüssen auf die Gesundheit durch Umwelt- und Lebensbedingungen zum zentralen Ziel, wozu auch das Betriebliche Gesundheitsmanagement bzw. die Betriebliche Gesundheitsförderung gehört. Somit wird deutlich, dass die Krankheitsprävention sowohl auf der Ebene des einzelnen Menschen selbst oder in seiner Umgebung, seinem Umfeld, ansetzen kann. Jedoch bedingen sich diese beiden Ansatzpunkte gegenseitig. Auf dieser Basis darf faktisch davon ausgegangen werden, dass in den meisten Fällen eine Kombination beider Intentionen am effektivsten ist, da beide Vorgehensweisen ineinandergreifen. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Kombination beider Strategien nicht nur „Programmpakete“ sein können, die beides enthalten, sondern dass durch die Modifikation von Verhältnissen versucht wird, Verhalten zu ändern und umgekehrt (von Lengerke u. Manz 2007). Lengerke und Manz beschreiben diesen Zusammenhang als dialektische Abhängigkeit, in der das Verhalten zu Verhältnissen beiträgt und Verhältnisse zu Verhalten beitragen, als einen Teil der *conditio humana* (ebd.).

Nach Faller ist jedoch eine klare Trennung zwischen menschlichem Verhalten und äußeren Strukturen nach heutiger Theoriebildung nicht möglich. Sie argumentiert damit, dass Menschen einerseits ihr Verhalten an – oftmals unausgesprochen und implizit wirksamen – Regeln ihrer sozialen Umgebung und die dort gültigen Regeln und Einstellungen übernehmen. Ebenso kann auch kollektives Verhalten Prozesse und Strukturen verändern (Faller 2010). Sie verweist in diesem Zusammenhang auf ein Zitat von Westermeyer und Stein, die darauf hinweisen, dass durch die Entscheidung für verhaltenspräventive oder verhältnispräventive Maßnahmen das eigentliche infrage stehende Problem, nämlich der Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Beanspruchungen und Krankheitsursachen, nicht untersucht, sondern bereits als gelöst betrachtet werden (Westermeyer u. Stein [2006] zitiert in Faller 2010). Nach ihrer Auffassung ist es insofern auch wenig hilfreich, mit dem Verweis auf die Notwendigkeit eines „ganzheitlichen Vorgehens“ Interventionen in beiden Bereichen zu fordern. An dieser Stelle besteht aus ihrer Sicht die Gefahr, dass durch Konzentration auf die Verhaltens-Verhältnis-Dialektik – mit Verweis auf die Erfüllung zentraler Qualitätsvorgaben – ausschließlich vordergründige Lösungen generiert werden, die an den eigentlichen Zielen der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorbeigehen.

Abschließend empfiehlt sie deshalb eine starke Anwendungsbegrenzung für die Begriffe Verhaltens- und Verhältnisprävention auf Bereiche, in denen eine am Präven-

tionsparadigma orientierte Kausalzuordnung von Krankheitseinflüssen möglich ist (Faller 2010).

Unternehmen aller Branchen mit unterschiedlicher Betriebsgröße und divergierenden Organisationsstrukturen haben trotz der bestehenden Unterschiede laut Experten in Bezug auf die Wettbewerbsfähigkeit in einer zunehmenden Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft eine gemeinsame Herausforderung zu bewältigen – die wachsende Bedeutung der Mitarbeiter. Sie weisen darauf hin, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen häufig noch eine zu geringe Priorität einnehmen. Darüber hinaus geben sie zu bedenken, dass das zunehmende Tempo der Globalisierung in Form des damit steigenden Kostendrucks, der wachsenden Kundenorientierung sowie den zunehmenden Gewinnerwartungen der Anteilseigner zu einer Vernachlässigung von Mitarbeiterorientierung und Mitarbeiterwohlbefinden führen (Badura et al. 2010).

Einen Ausweg aus diesem negativen Strudel sehen die Experten jedoch durch eine Flankierung der zuvor genannten Entwicklungen mit geeigneten Maßnahmen zur Reduzierung von Belastungen sowie der Förderung von Gesundheitspotenzialen bei den Mitarbeitern (Badura et al. 2010).

1.3 Betriebsbezogene Rahmenbedingungen und betriebspolitische Voraussetzungen

In einem ersten Schritt sollten vor einer von Aktionismus beflügelten Idee zur Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements die Zielvorstellungen und die Erwartungshaltungen der einzelnen involvierten Interessensgruppen definiert und dokumentiert werden.

Erfahrungen aus der Praxis zeigen nämlich, dass die Initiative zur Implementierung eines BGM-Ansatzes von unterschiedlichen Motiven geprägt sein kann. Die Vereinbarkeit der individuell avisierten Ziele und Interessen muss möglichst vorab diskutiert und überprüft werden.

Folgende Themenfelder stehen in diesem Zusammenhang häufig im Vordergrund (nach Walter 2010):

- Qualität verbessern,
- Innovationsbereitschaft erhöhen,
- Schnittstellengestaltung optimieren,
- Kommunikation und Kooperation verbessern,
- Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und Motivation erhöhen,
- Fehlzeiten und damit verbundene (Personal-)Kosten reduzieren,
- Innere Kündigung und Fluktuation vermindern und
- Attraktivität für potenzielle Bewerber (bspw. Fachkräfte) erhöhen.

Bei der Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement handelt es sich jedoch nicht um eine kurzweilige Aktion oder um eine nur Einzelbereiche betreffende Maßnahme (Insellösungen). Die erfolgreiche Etablierung von BGM gelingt nur dann, wenn eine intrinsische Überzeugung der Mitarbeiter erreicht wird und diese somit selbstmotiviert diese Unternehmensstrategie für ihre Person und in ihrem Wirkungsbereich mit unterstützen. Somit muss die Einführung von BGM in das

Unternehmen bidirektional sowohl von der Mitarbeiterbasis (*Bottom-up*) als auch vom Top-Management (*Top-down*) gewollt sein und verstanden und umgesetzt werden.

Auf Basis der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union wird darauf hingewiesen, dass das Gesamtziel von „gesunden Mitarbeitern in gesunden Unternehmen“ nur dann erfolgreich realisiert werden kann, wenn es gelingt, dass sich alle beteiligten Schlüsselpersonen an folgenden Leitlinien orientieren (ENWHP 2007):

- **Partizipation:** Einbeziehung der gesamten Belegschaft.
- **Integration:** BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden.
- **Projektmanagement:** Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Priorisierung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse.
- **Ganzheitlichkeit:** BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen.

Die gesamte Organisation muss in Form einer Unternehmenskultur ein glaubwürdiges dauerhaftes Interesse an den Zielen, Instrumenten und Ergebnissen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements entwickeln. Dies kann sich beispielsweise dadurch ausdrücken, dass Betriebliche Gesundheitsförderung Bestandteil des Firmenleitbildes oder Ankerpunkt von zentralen Führungsgrundsätzen wird. Darüber hinaus sollte eine Investitionsbereitschaft für BGM bestehen und das Thema Gesundheit eine zentrale Rolle in der Kommunikation zwischen Führung und Betriebsrat bzw. zwischen Personalrat und Beschäftigten einnehmen (Badura et al. 1999).

An dieser Stelle ist noch einmal deutlich hervorzuheben, dass alle Bestrebungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements primär der Gesundheit der Mitarbeiter dienen. Das bedeutet, dass die unmittelbare Einbeziehung und die aktive Mitarbeit der Belegschaft von Beginn an essenziell ist. Die Führungskräfte sollten die Mitarbeiter sogar motivieren und dazu befähigen, dieses Konzept als persönliche Chance zu sehen und daran aktiv mitzuwirken. Diese Beteiligung umfasst alle Konzeptstufen von der betrieblichen Diagnose, der Ziel- und Interventionsplanung, der Durchführung der geplanten Maßnahmen und der Evaluation der Umsetzung (Badura et al. 1999).

1.4 Organisatorische Methoden

Die Einführung des Gesundheitsmanagements wird in vielen Unternehmen initial in Form eines Projektes geplant und realisiert. Für dieses Vorgehen gibt es primär zwei zentrale Gründe. Erstens ist es aufgrund der themenspezifischen Komplexität sowie des hohen Innovationscharakters des Vorhabens essenziell, unterschiedliche interne und externe Kompetenzen zu bündeln. Denn für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement ist parallel zur abteilungs- und hierarchieübergreifenden Zusammenführung von relevanten innerbetrieblichen Akteuren auch das Fachwissen von überbetrieblichen Beratern und Experten notwendig. Der zweite Grund bezieht sich auf die Chance, durch eine projektspezifische Organisationsform den Implementierungsprozess abseits vom täglichen Routinegeschäft hoch effizient und zielorientiert zu entwickeln (Walter 2010).

Jedoch darf die Einführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement nicht als einmalige und ausschließlich auf die Projektlaufzeit bezogene Maßnahme angesehen werden. Vielmehr sollte sie als Einstieg in einen länger angelegten Lern- und Entwicklungsprozess verstanden werden. Wie diese nachhaltige Entwicklung im jeweiligen betrieblichen Setting erfolgreich umgesetzt werden kann, ist von einer ganzen Reihe von Faktoren, wie beispielsweise der Größe des Unternehmens, den Beziehungen zwischen Management, Arbeitnehmervertretung und der Belegschaft, der Unternehmenskultur, den Erfahrungen mit Projektmanagement, den im Unternehmen vorhandenen oder den von außen herangezogenen Kompetenzen usw., abhängig (Walter 2010).

Das Projektmanagementkonzept dient einer ablaufbezogenen, inhaltlichen und ressourcenorientierten Definition, Planung, Umsetzung und Evaluation von komplexen und zeitlich befristeten Vorhaben, die sich darüber hinaus durch den Aspekt der Einmaligkeit auszeichnen. Insofern unterstützt das Projektmanagement (PM) methodisch von der Vorbereitungsphase, also der Aufgabenstellung, bis zum Projektabschluss bzw. bis zur Überführung der weiteren themenspezifischen Bearbeitung innerhalb der Linienorganisation.

Dies bedeutet gleichzeitig, dass die eigentliche Projektbearbeitung, also die Bearbeitung einer bestimmten Aufgabe/die Realisierung eines bestimmten Vorhabens, außerhalb der Linienorganisation und innerhalb von sogenannten Projektgruppen organisiert ist. Die Projektgruppen können sich aus internen und/oder externen Experten zusammensetzen und haben das Ziel der stringenten und zielführenden Aufgabebearbeitung innerhalb des Settings.

Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass eine höhere Komplexität der Arbeits- und Lebenswelt sowie eine höhere Komplexität der zu durchlaufenden Entscheidungsprozesse zu einer Zunahme der Projektnotwendigkeit sowie der Projektdichte führen.

Die Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements stellt in der Praxis ein Kontinuum aus komplexer betrieblicher Arbeitswelt und Lebenswelt sowie komplexen Entscheidungsprozessen dar.

Denn erfolgreiches BGM setzt einen Organisationsentwicklungsprozess voraus, dessen Verlauf die Bedingungen der Arbeit und daran angrenzende Lebensbereiche gesundheitsfördernd verändert und die an diesem Prozess Beteiligten dazu befähigt, die eigene Gesundheit aktiv zu stärken. Im Kern geht es somit um die Weiterentwicklung betrieblicher Leitvorstellungen, die über den Kontext eines betrieblichen Qualitäts- und Kostenmanagements hinausgehen und ressourcen- und gesundheitsfördernde Arbeitsfaktoren in den Vordergrund stellen (Kuhn 2010).

Im Kontext der Nachhaltigkeit von BGM/BGF ist natürlich auch der aktuelle Grad der Verbreitung in den verschiedenen betrieblichen Settings von hohem Interesse. Ebenso steht die Frage nach der erfolgreichen Adaption von Maßnahmen und Strukturen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an bestehende unternehmensinterne Kulturen und Strategien im Fokus.

Um sowohl den „BGM-Ausgangsstatus“ unternehmensintern oder betriebsübergreifend bestimmen und entsprechende Ziele definieren als auch eine Art Fortschrittsmonitoring darstellen zu können, besteht großes Interesse an der Etablierung von einschlägigen Indikatoren, die als Messparameter zur Bestimmung der genannten Eckpunkte herangezogen werden können.

1.5 Bewertungsinstrumente und Kennzahlen für den Verbreitungs- und Umsetzungsgrad

Laut Bauer und Jenny wurde die Verbreitung von BGM bisher primär für gesundheitsorientierte BGM-Maßnahmen untersucht, wobei sie in diesem Zusammenhang auch auf enorme Unterschiede je nach wirtschafts- und sozialpolitischem Kontext zwischen verschiedenen Staaten hinweisen. Demnach sind nach ihren Recherchen beispielsweise in den USA verhaltensbezogene BGM-Maßnahmen besonders verbreitet, da sich die Unternehmen durch dieses Angebot eine Prämienreduktion der von ihnen finanzierten Kollektivkrankenversicherungen ihrer Belegschaft versprechen (Bauer u. Jenny 2007).

Ergebnisse einer Studie zeigen beispielsweise, dass gesundheitsorientierte, verhaltensbezogene Maßnahmen nur in 10–20% der Unternehmen etabliert sind, wohingegen arbeitsorientierte BGM-Maßnahmen bereits in ein bis zwei Drittel der Unternehmen zu finden sind (Bauer et al. 2002).

Laut Faller sind jedoch auch die Methoden, mit welchen bisweilen die Frage nach der Verbreitung von BGM und BGF gestellt wird, noch nicht optimal entwickelt. Ihrer Ansicht nach ist es nur wenig zielführend, nach Gesundheitsförderung allgemein und noch weniger nach gesundheitsfördernden Maßnahmen zu fragen, da diese Begriffe oft mit primärpräventiven Individualkonzepten in Verbindung gebracht werden. Es ist davon auszugehen, dass viele Respondenten, die sich nicht näher mit der Thematik auseinandergesetzt haben, auf Basis einer Vorstellung von BGM/BGF antworten, die primär verhaltenspräventive Angebote (z.B. entsprechende Kurse) impliziert. Hingegen können BGM-Maßnahmen, die als Bestandteil der Unternehmensstrategie verankert sind, häufig von Mitarbeitern nicht als solche identifiziert werden, obwohl sie ihnen ebenfalls zugutekommen (Faller 2011).

Das deutet darauf hin, dass zukünftig besser ermittelt werden sollte, was genau im Unternehmen getan wird, um eine gesunde Arbeitskultur zu erhalten und zu fördern. Laut Faller sind hierzu allerdings qualitative Studien notwendig, für die u.a. auch vorab eine eindeutige Festlegung von Qualitätsmerkmalen notwendig erscheint (Faller 2011).

Auch Bauer et al. weisen darauf hin, dass es für eine Analyse des BGF-Standes auf überbetrieblicher Ebene zentraler Indikatoren bedarf. Sie schlagen in Anlehnung an die BGF-Prinzipien der Luxemburger Deklaration drei Dimensionen zur Operationalisierung des BGF-Standes für überbetriebliche Studien vor:

1. **BGF-Optimierungsprozess (Prinzip Projektmanagement und Partizipation):** Erfassung, ob BGF-Maßnahmen systematisch aufgrund einer Analyse von Kennzahlen (z.B. Arbeitsunfähigkeitsdaten der Betriebskrankenkasse oder Absenzdaten der Betriebe) und unter Partizipation der Mitarbeitenden (z.B. Mitarbeitendenbefragung, Gesundheitszirkel) geplant und umgesetzt wurden.
2. **Breite der BGF-Umsetzungsmaßnahmen (Prinzip Ganzheitlichkeit):** Gruppierung der Umsetzungsmaßnahmen in einer 4-Felder-Tabelle, die wie üblich zwischen individueller (Verhalten) und organisationaler Ebene (Verhältnisse) unterscheidet. Zusätzlich wird in dieser Dimension zwischen gesundheits- und arbeitsbezogenen Maßnahmen differenziert: Während befragte Betriebsvertreter direkt gesundheitsbezogene Maßnahmen spontan der BGF zuordnen, umfasst die zweite Kategorie Maßnahmen aus den Bereichen Personalentwicklung und

Arbeitsgestaltung, die gesundheitswirksam sind, jedoch in Betrieben eher unter Personalmanagement zu finden sind.

3. **Strukturelle und strategische Verankerung (Prinzip Institutionalisierung):** Umfasst die Festschreibung im Leitbild, die Integration in die Unternehmensstrategie oder Einrichtung eines dauerhaften Arbeitskreises für Gesundheit (Bauer u. Jenny 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die einheitliche Bewertung des aktuellen BGF/BGM-Standes nicht trivial ist und zunächst entsprechende Kriterien erarbeitet, zusammengestellt und etabliert werden müssen. Anhand eines einheitlichen Bewertungsmaßstabes lassen sich sowohl Ist-Zustände auf unterschiedlichen spezifischen Entwicklungsstufen darstellen als auch Zielformulierungen definieren. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, die Wirksamkeit sowie den Erfolg/Misserfolg von einzelnen Maßnahmen, Strategien und Methoden offenzulegen. Auf dieser Basis ist dann eine adäquate Entscheidungsfindung möglich.

1.6 BGM/BGF im Gesundheitswesen – Schwerpunkt Krankenhaus

Krankenhäuser gehören aufgrund ihrer hochkomplexen innerbetrieblichen Organisation und wegen ihrer Stellung im Rahmen der Gesundheitsversorgung zu den kompliziertesten gesellschaftlichen Einrichtungen (Müller 2002).

Bereits im Zuge der Ottawa-Charta der WHO von 1986 sind für das Krankenhaus umfassende Rollen und Aufgaben im Sinne eines gesundheitsfördernden Krankenhauses beschrieben worden. Zur Umsetzung des fünften Prinzips der Ottawa-Charta, der „Reorientierung der Gesundheitsdienste“, folgten verschiedene initiativ Pilotprojekte auf nationaler und auch auf europäischer Ebene, welche maßgeblich durch die WHO beziehungsweise durch deren Gremien gefördert wurden.

Im Jahr 1995 wurde das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) gegründet, welches im Jahr 2009 70 ordentliche Mitglieder mit insgesamt mehr als 90 Einrichtungen umfasste. Wenn auch in den ersten Jahren vornehmlich Projekte zur Gesundheitsförderung für Patienten und zur Erschließung neuer gesundheitsfördernder Dienstleistungen durchgeführt wurden, konnte in den letzten Jahren in den Mitgliedseinrichtungen ein deutlicher Anstieg der Umsetzung von mitarbeiterbezogenen Projekten beobachtet werden (Müller 2010). Beispielhaft weist Müller in diesem Zusammenhang auf das im Jahr 2005 vom BMG in Auftrag gegebene Projekt zum „Aufbau eines Netzes rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“ hin, welches mittlerweile über 180 Mitglieder zählt (Müller 2010).

Seitens des österreichischen Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen wird explizit darauf hingewiesen, dass bei dem Netzwerk Gesundheitsfördernde Krankenhäuser nicht nur die Weiterentwicklung von Expertenlösungen (klinisch-medizinische und pflegerische Interventionen, Arbeitsmedizin etc.) im Vordergrund steht. Es geht ebenso um Empowerment der Betroffenen – d. h. in diesem Zusammenhang die Befähigung von Personen, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu verstärken – als eine zentrale Strategie der Gesundheitsförderung (Dietscher et al. 2002). Des Weiteren weisen die Autoren in ihrem Bericht darauf hin, dass ein gesundheitsförderndes Krankenhaus im umfassenden Sinn deutlich mehr ist als eine Reihe von Einzelmaßnahmen. Es handelt sich hierbei letztlich um eine umfassende und kontinuierliche Organisationsentwicklungsstrategie (Dietscher et al. 2002).