

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist Chefsache!? – Management in der Unsicherheitszone Eine qualitative Untersuchung der Perspektive von Top- Führungskräften aus der deutschsprachigen Schweiz

Gian-Claudio Gentile* & Claudia Meier Magistretti**

* Hochschule Luzern, Soziale Arbeit / Wirtschaft

** Hochschule Luzern, Soziale Arbeit

ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl Führungskräfte für ein funktionierendes Gesundheitsmanagement als zentral gelten, wurden subjektive Gesundheitsbegriffe und subjektiv wahrgenommene Handlungsfelder von Verantwortlichen im strategischen Management bislang wenig untersucht. Mittels teil-narrativer Interviews mit 29 Führungskräften von deutschschweizerischen Unternehmen konnten vier Profile herausgearbeitet werden (Patrons, Risikomanager, Förderer sowie Gesundheitsmanager), welche sich entlang zweier Handlungsdimensionen (technisch-funktional / konzeptionell-wertbasiert) ordnen lassen. Nebst den Profilunterschieden zeigt sich eine gemeinsame Herausforderung: Das Management in der „Unsicherheitszone“, d. h. den Umgang mit Intimität in der Führung, die Abgrenzung von Privatheit und Arbeit sowie Wertekonflikte. Der Beitrag schliesst mit einer Diskussion der Profile, deren Handlungsmöglichkeiten sowie einer Einordnung der Erkenntnisse in die Fachdiskussion.

Schlüsselwörter

Betriebliches Gesundheitsmanagement – Führung – Leadership – Dilemma – Prävention

ABSTRACT

Although leadership is considered being crucial for a functioning health management in organizations, little research has been undertaken to investigate managers' subjective health concepts and their perceived options for action. In this study, 29 semi-narrative interviews with members of the strategic management in enterprises of the German speaking part of Switzerland were conducted. Four management profiles have been revealed (bosses, risk-managers, promoters and health managers) and are localised on a continuum of actions (ranging from technical-functional to conceptual and value based forms of management). Differences among the profiles are discussed and the common challenge of all profiles is described: the management in the area of uncertainty, i. e. the management of conflicting values, intimacy and privacy in leadership. Profiles' implications for practical health management are discussed and underpinned by the topic's current scientific discussion.

Keywords

occupational health management – management – leadership – dilemma – prevention

1. Ausgangslage, Fragestellung und Methode

Entlang der Kurzformel „BGM ist Chefsache!“¹ fokussiert die vorliegende Studie eine selten untersuchte Gruppe von Unternehmensvertretern im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) – die strategische Geschäftsleitung. Verantwortlich für die Erreichung von unternehmerischen Zielen hat diese Führungsebene eine erhöhte Entscheidungs- und Definitionskompetenz, das Thema BGM im Betrieb zu fördern. Doch wie genau verstehen, verantworten und verwirklichen Führungskräfte das Thema Gesundheit tatsächlich?

1.1 Stand der Forschung

Aus der Praxis wissen wir, dass Führung einen besonderen Stellenwert hat und in der Regel von allen Beteiligten als existenziell erlebt wird. Gleichzeitig ist bekannt, dass Führungskräfte ihren Einfluss auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten unterschätzen (Matyssek, 2012; Zimmer & Gregersen, 2007). Schliesslich wird auch in der aktuellen fachlichen Diskussion zum Thema Führung und Gesundheit(-smanagement) ersichtlich, dass der Führung eine entscheidende Rolle beim Management der Gesundheit im Betrieb zugeschrieben wird (z. B. Ducki & Felfe, 2011; Sanders & Lampe, 2011; Gregersen et al., 2010).

Diese zentrale Rolle kann, in Abhängigkeit der jeweiligen Funktion und Hierarchieebene der Führungskräfte, weitestgehend auch in empirischen Arbeiten nachgewiesen werden. So zeigen Gregersen et al. (2011) sowie Skakon et al. (2010) in ihren Überblicksarbeiten, dass positives Führungsverhalten (z. B. soziale Unterstützung oder Beteiligungsmöglichkeiten) sowie positive Führungsstile (z. B. Wertschätzung, Mitarbeiterorientierung) mit einer besseren Gesundheit, weniger Stresserleben und weniger Beschwerden einhergehen (siehe auch Franke & Felfe, 2011 sowie Jenny et al., 2011). Dies lässt sich für den transformationellen Führungsstil, teils für die transaktionale Führung sowie die Führung mit Fokus auf die Mitarbeitenden-Orientierung nachweisen. Ein besonders starker Einfluss von Führung wird auf die psychische Gesundheit der Beschäftigten vermutet (z. B. Nieder, 2000). Andere Studienergebnisse (Nielsen et al., 2008; Van Dierendonck et al., 2004) weisen auf einen sogenannten „Feedback Loop“ hin: „Mitarbeitende, welche sich besser fühlen, nehmen auch die Führungsleistung positiver wahr und umgekehrt“ (Gregarson et al., 2011, S. 9). Führung wird in diesen Studien hin-

sichtlich ihrer kausalen Wirkmächtigkeit relativiert. Solche multifaktoriellen Zusammenhänge stehen hinsichtlich ihrer Erforschung jedoch erst am Anfang, so dass insgesamt festzuhalten ist, dass die bestehenden Erkenntnisse durch weitere Studien systematisch empirisch bestätigt werden müssten.

Wie auch immer Führung verstanden und praktiziert wird, sie impliziert stets eine Beziehung mit einer bestimmten Thematik und einer spezifischen Dynamik (Gregarson et al., 2011). Der Aufbau vertrauensvoller sozialer Nähe und gleichzeitiger notwendiger Distanz und das Treffen von Entscheidungen, teilweise auf unsicherer Grundlage stellen dabei wichtige Herausforderungen an Führungskräfte dar (INQA, 2008). Dies trifft auch für das Management der Gesundheit zu, in welchem soziale Beziehungen zwischen den Beschäftigten und den Führungskräften sowie kollektiv gelebte Werte innerhalb der Unternehmenskultur von besonderer Bedeutung sind (Badura et al., 2011; Rixgens & Badura, 2011). Soziale Beziehungen in Bezug auf das Thema Gesundheit zu verstehen und zu gestalten stellt Führungskräfte vor Herausforderungen, welche bisher nur punktuell untersucht wurden. Insbesondere die Subjektivität der Führungskräfte selber stellt ein weisser Fleck in der bisherigen Forschung dar. Fragen wie z. B. „Was verbinden Führungskräfte mit dem Thema Gesundheit und dessen Management, wer trägt aus ihrer Perspektive die Verantwortung für das Thema und wo erleben sie sich wirkmächtig?“ wurden bisher weitgehend ausgeklammert. Antworten auf einige Teilaspekte dieser Fragen liefern die Untersuchungen von Echterhoff (2011) zum Verantwortungsbewusstsein von Führungskräften gegenüber dem Thema Gesundheit, Baer et al. (2011) zur Wahrnehmung von psychisch belasteten Mitarbeitenden durch die Führungskräfte sowie die Arbeit von Osterspey (2012), welche die Rolle der Führungskräfte bei der Entwicklung und Verankerung einer Gesundheitskultur behandelt.

Der skizzierten Ausgangslage folgend, hat die vorliegende Studie zum Ziel, ein vertieftes Verständnis der subjektiven Sichtweise von Führungskräften zu erarbeiten. Sie verfolgt eine umfassende Sicht auf die subjektiven Konzepte der Führungskräfte im Zusammenhang mit Führung und Gesundheit und orientiert sich konsequent an der subjektiven Perspektive der Führungspersonen. Sie gründet mit dem teilnarrativen Interviewzugang (in Anlehnung an Flick, 1996) auf einem für das Forschungsfeld innovativen Verfahren, welches nicht abstraktes Expertenwissen abfragt, sondern auf der Erzählung von erlebtem, episodischem und handlungsrelevantem Wissen aufbaut.

¹ Der im Titel gestellten Frage ging eine aktuelle Studie der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management (SGO) – (<http://www.sgo.ch/weiterbildung/sgo-verein/netzwerkgefuesse/cop-communities-of-practice/>) – in Kooperation mit der Hochschule Luzern Wirtschaft und Soziale Arbeit (HSLU) nach. Im Rahmen der Community of Practice „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ gehen die Partner aktuellen Fragen des praktischen Managements von Gesundheit in Betrieben nach.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Perspektive der obersten Führungsstufe in Bezug auf das Thema BGM besser zu verstehen. Obwohl das Bewusstsein über die Bedeutung von gesunden und leistungsfähigen Mitarbeitenden für die Unternehmenspraxis wächst, ist der Umgang mit Gesundheit in den Betrieben nach wie vor ambivalent (z. B. Moldaschl, 2007). Eine Weiterentwicklung des Themas erfordert betriebsinterne Legitimation, welche nicht zuletzt von der obersten Führungsstufe, d. h. der strategischen Geschäftsleitung signalisiert und getragen werden muss (Ulich & Wülser, 2012; Ducki & Felfe, 2011). Daher erscheint der Schluss, diese Führungskräfte für BGM zu „sensibilisieren“ plausibel. Sie wird allerdings gestellt, ohne dass bekannt wäre, wie Führungspersonen des strategischen Managements BGM in der Praxis wahrnehmen und wie sie Schlüsselbegriffe wie Gesundheit subjektiv verstehen. Für die Studie „BGM-Chefsache!“ wurden deshalb folgende Hauptziele formuliert:

- Die Erfassung der je individuellen Sichtweise der Führungskräfte im Hinblick auf die Themen Gesundheit und deren Gesundheitsmanagement.
- Aufzeigen von Herausforderungen bei der Gestaltung und Umsetzung von BGM-Maßnahmen aus der Sicht der Führungskräfte.
- Herausarbeitung von Elementen einer guten Praxis, welche die erfolgskritischen Faktoren für die Umsetzung von BGM in Betrieben aufzeigt.

1.3 Methodisches Vorgehen

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

Für die Datenerhebung wurden 29 episodische Interviews mit Top-Führungskräften aus der Verwaltung, aus Non-Profit-Organisationen und privatwirtschaftlichen Unternehmen in der Deutschschweiz geführt. Das Ziel war es zu erforschen, wie sich die subjektiven Bedeutungs- und Relevanzstrukturen von BGM bei den interviewten Personen darstellen. Mit dem gewählten Erhebungsverfahren des episodischen Interviews (Flick, 2010) wird narrativ-episodisches Wissen über Erzählungen erfasst sowie semantisches Wissen über konkrete und zielgerichtete Fragen erhoben. Dabei wird eine Spontanerzählung durch eine Erzählaufforderung vom Interviewer stimuliert, wobei allerdings der Interviewte das hauptsächliche Rederecht besitzt (Helfferich, 2005). Primär sollen Episoden und Situationen erfasst werden, in denen der Interviewpartner Erfahrungen zum untersuchten For-

schungsgegenstand gemacht hat (Flick, 2010). Erst zu einem späteren Zeitpunkt im Interview werden zuvor nicht thematisierte Aspekte vervollständigt und konkrete Fragen nach subjektiven Definitionen und abstrakteren Zusammenhängen gestellt.

Bei der Datenanalyse geht es darum, die Wahrnehmungsmuster der interviewten Person zu extrahieren. Die Auswertung der Interviews erfolgte in drei Schritten (siehe Abbildung 1):

1. Formalsprachliche Analyse durch Interaktionskontrolle und Textsortenbestimmung.
2. Vertikale textsequenzvergleichende Einzelfallanalyse, Exzerpt (Zusammenfassung der zentralen Inhalte) mit Fallbeschreibung und Fallbild.
3. Vergleich Einzelfallanalysen hinsichtlich struktureller und thematischer Ähnlichkeiten, Horizontale Fallvergleichsanalyse, Fallvergleiche und Typisierung.

Beim ersten Schritt handelt es sich um eine formalsprachliche Analyse. Es geht darum anhand von thematischen Interviewpassagen zu bestimmen, von wem die Interaktionen kontrolliert oder geführt werden. Ausserdem werden Themen, welche im Interview vorkommen, erfasst und Textsorten bestimmt.

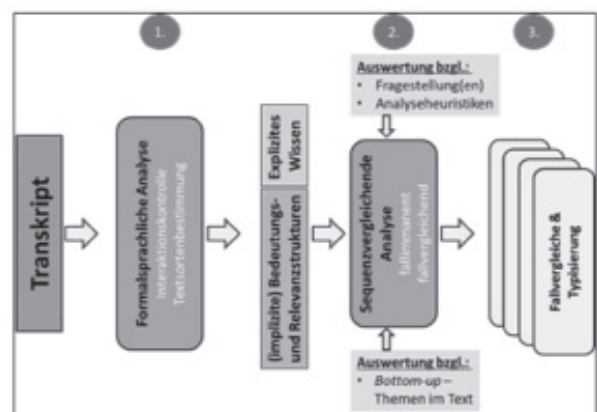


Abbildung 1: Auswertungssystematik im Projekt „BGM ist Chefsache!“ (eigene Darstellung).

Im zweiten Schritt geht es darum, den Text inhaltlich auszuwerten und zu klären, um welche Themen es geht, welche Akteure welche Rolle spielen und zu welchem Zweck welche Aspekte erläutert werden. In Form eines Exzerpts, bestehend aus einer Fallbeschreibung und einem Fallbild, wird dargestellt, was den Fall ausmacht, welche Themen relevant sind und wie diese Themen zusammenhängen.

Als dritter und abschliessender Schritt werden die Einzelfallanalysen bezüglich struktureller und thematischer Ähnlichkeiten verglichen. Es soll festgestellt werden, ob Muster und Themen auftreten, welche sich ähneln oder wiederholen.

2 Ergebnisse: Handlungsdimensionen, Managementprofile und Herausforderungen

2.1 Handlungsdimensionen des Gesundheitsmanagements

Aus den Interviews lassen sich vier Managementprofile herausarbeiten, die sich in Bezug auf die Systematik und die Handlungsorientierung idealtypisch entlang von zwei Dimensionen beschreiben lassen (siehe Abbildung 2).

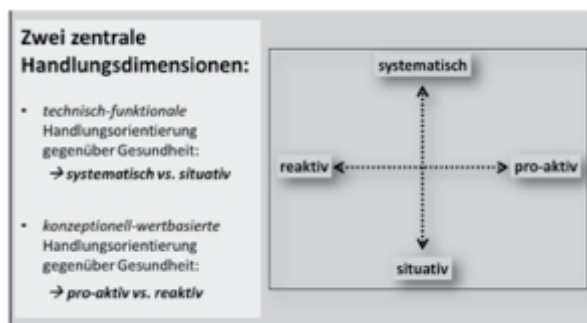


Abbildung 2: Handlungsdimensionen des Managements der Gesundheit (eigene Darstellung).

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

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

Die Dimension „konzeptionell-wertbasiert“ beschreibt das Verständnis und die Werthaltung gegenüber dem Thema Gesundheit und umfasst die Pole „pro-aktiv“ und „reaktiv“. Eine pro-aktive Haltung kennzeichnet sich dadurch, dass Gesundheit explizit thematisiert wird und für sich selbst genommen einen positiven Wert erhält („Förderer“ und „Gesundheitsmanager“). Dem entsprechend wird das Thema Gesundheit vorausschauend bewirtschaftet. In diesem Sinne handeln „Förderer“ und „Gesundheitsmanager“ präventiv, in dem sie Gesundheitsthemen angehen, bevor Störungen oder Krankheiten auftreten und in-

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

2.2 Management der Gesundheit: 4 Profile

Die Abbildung 3 zeigt die Einordnung der Profile entlang der Handlungsdimensionen. Die darin wiedergegebenen Managementprofile sind deskriptiv und idealtypisch zu verstehen. Sie stellen weder Entwicklungsstufen (z. B. vom Krankheitsmanagement hin zum betrieblichen Gesundheitsmanagement) dar, noch sind sie als „bessere“ oder „schlechtere“ Formen des Managements von Gesundheit zu bewerten.

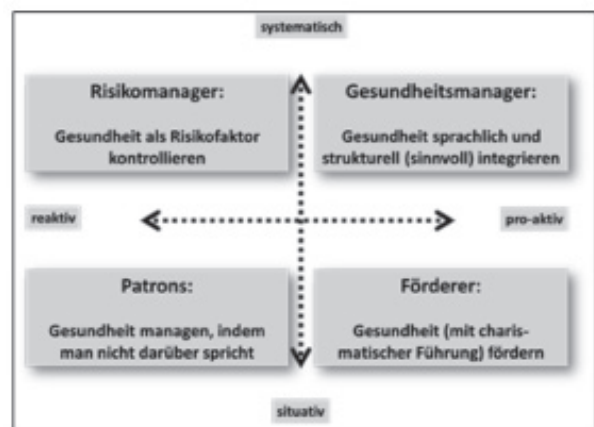


Abbildung 3: Handlungsdimensionen und Managementprofile (eigene Darstellung).

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

2.2.1 Profil klassisches Management: „Die Patrons“

Die „Patrons“

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

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

„No news is good news“: Gesundheit ist der Normalfall. Gesundheit wird als Teil der professionellen Managementaufgabe angesehen, hat aber keinen spezifischen Status. Die „Patrons“ vertreten die Auffassung, dass gutes Management eine notwendige, aber auch eine ausreichende Bedingung für die Mitarbeitergesundheit ist. Aufmerksamkeit und Sorge für die Gesundheit der Mitarbeitenden wird als Teil und Aufgabe der Führungskultur verstanden. Damit wird Gesundheit der „Normalfall“ und Krankheiten stellen ein Ausnahmeereignis dar. Ein explizites Gesundheitsverständnis wird nicht formuliert.

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

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

Die Nähe zu den Mitarbeitenden macht es möglich (und einfach), Befindlichkeiten der Mitarbeitenden zu spüren:

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

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

- Ein wirtschaftlich gut geführter Betrieb schafft Arbeitsplatzsicherheit und ermöglicht über nachhaltige Perspektiven Arbeitsfreude und individuelle Gesundheit. Darin wird Management als funktional-technische Aufgabe dargestellt, welche in Hinblick auf das Thema Gesundheit *nichts* mit spirituell-ideologischen Haltungen zu tun hat.

- Aktiv angegangen werden aber berufliche Belastungen, indem Massnahmen zur Stressreduktion entweder über strukturelle Interventionen (institutionalisierte Gefässe zum Stressmonitoring, Aufstocken der Personalressourcen) oder über charismatisch-normative Appelle („fitte Mitarbeitende in einem fitten Unternehmen“) ergriffen werden.
- Der Betriebs- und Interaktionskultur wird ein hoher Stellenwert zugemessen: Anerkennung, Dank, Wertschätzung, Offenheit, Hilfsbereitschaft und Mitbestimmung sind wichtige Werte.

Führung und Klima sind Chefsache, Gesundheit verantworten die Mitarbeitenden

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

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

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

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

Gute Praxis

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

2.2.2 Profil Krankheits-Management: Die „Risikomanager“

Die „Risikomanager“

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

„Keine schlafenden Hunde wecken“: Krankheitsmanagement zur Legitimationssicherung!

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

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

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

Die reaktive Haltung gegenüber dem Thema Gesundheit jenseits des Krankheitsmanagements gründet zum einen in einer grundsätzlichen Verunsicherung hinsichtlich der möglichen Ursachen und Wirkzusammenhänge von gesundheitlichen Themenfeldern und deren Handhabung in der Führungsrolle:

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

Zum anderen wird Gesundheit als weitestgehend privates Thema angesehen, welches höchstens über die Vorbildfunktion des Chefs indirekt angegangen werden kann:

Ich glaube der Lebensstil multipliziert sich ein wenig, wenn man sieht, was der Chef macht. (Int. 24)

Gesundheit ist für die Risikomanager, so könnte man abschliessend festhalten, relevant als Abwesenheit von Krankheit, Krankheit ist relevant über die Abwesenheit von Mitarbeitenden.

Führung zwischen (Risiko-)Controlling und Vorbildfunktion

Dem Risikofokus folgend, sehen die Führungskräfte eine grundsätzliche Verantwortung für eine sichere Arbeitsumgebung (z. B. gesetzliche Vorgaben) sowie die Sicherung der Leistungserbringung des Betriebes (z. B. Absenzencontrolling), womit das Krankheitsmanagement „Chefsache“ ist:

(...) wir haben für unsere Mitarbeitenden in erster Linie Verantwortung für die 8.4 Stunden, wo sie im Tag da sind. Dort sollten wir das Möglichste tun, dass keine Gesundheitsschädigungen eintreten können. Aber nachher

ist für mich ganz klar, dort kommt nachher die Verantwortung auch vom Einzelnen. (Int. 17)

Weiterführende Verantwortung für das Gesundheitsverständnis und -verhalten der Mitarbeitenden wird negiert. Dies aufgrund der Wahrnehmung einer als Privatheit gekennzeichneten Grenze sowie der Zuschreibung von Eigenverantwortung an die Mitarbeitenden.

Krankheitsmanagement und Kontrollverlust

Als Herausforderung kann hier das Erleben von Kontrollverlust hervorgehoben werden. Im Rahmen einer auf Sicherheit und Risikomanagement ausgerichteten Handlungsorientierung, stellt der Kontrollverlust über Risiken eine grosse Herausforderung dar:

„Wenn jemand frisch bei uns anfängt und wir in der Probezeit feststellen, dass ein Impfstatus nicht stimmt und man in einem Bereich arbeitet, wo das sensibel ist, dann können wir die Zusammenarbeit beenden, weil die Person sich nicht anpasst. (...) Aber wenn jemand langjährig hier ist, können wir nicht einfach so rechtlich sagen, du musst dich jetzt impfen.“ (Int. 22)

Mit dem Kontrollverlust wird eine fehlende Handlungsmächtigkeit sichtbar. Diese wird von den einzelnen nicht nur als lähmend empfunden, sondern kann auch in Bezug auf die Leistungsbewertung des betroffenen Managers durch seine Kollegen von Relevanz sein:

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

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

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

Bei den „Risikomanagern“ liegt der Fokus auf der Absicherung des Betriebes im Hinblick auf gesetzliche Vorgaben sowie der Sicherung der nachhaltigen Leis-

tungserbringung des Betriebes. Soweit möglich, liefern Controllinginstrumente (z. B. Absenzenstatistiken oder Zufriedenheitsumfragen) Anhaltspunkte für die Steuerung des Krankheitsmanagements.

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

2.3.2 Profil Gesundheitsförderung: Die „Förderer“

Die „Förderer“

Im Profil der (Gesundheits-)„Förderer“ hat nun Gesundheit einen Wert an sich. Dies wird sichtbar als Palette von Gesundheitsangeboten im Betrieb oder in oft charismatischen Führungspersonen, die eine gesunde Lebensführung vorleben und eine – manchmal anreizgesteuerte – Gesundheitskultur unter ihren Mitarbeitenden fördern. Die Manager in diesem Profil berichten vom Spannungsfeld einer gut gemeinten Gesundheitsförderung einerseits und einem Reputationsrisiko andererseits, indem das Eintreten für Gesundheitsförderung als „Missionieren“ oder als „Benachteiligung“ (z. B. von unsportlichen Mitarbeitenden) bewertet wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Gesundheitsförderung nicht strukturell verankert sondern lediglich als individuelle normativ-moralische Haltung legitimiert ist und daher auch Gefahr läuft, überbetont zu werden und Widerstände hervorzurufen.

Gesundheit ist relevant, aber nicht prioritär

Im Unterschied zu den bisher beschriebenen Formen des Managements von Gesundheit zeigen sich im Profil der „Förderer“ explizite Konzeptualisierungen von Gesundheit. Gesundheit hat aber nicht oberste Priorität, sondern steht im Spannungsfeld zu Leistungsanforderungen und wirtschaftlichen Betriebsinteressen:

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

Gesundheit wird konjunkturabhängig unterschiedlich stark gewichtet oder grundsätzlich in den Dienst der

Leistungserbringung gestellt und allenfalls dort priorisiert, wo ein Imagegewinn für den Betrieb resultiert. Zudem wird betont, dass Gesundheit nicht fundamentalistisch oder missionarisch betrieben werden soll:

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

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

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

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

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

Gesundheit als geteilte Verantwortung von Führung und Mitarbeitenden

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

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

Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung als Herausforderung

Gesundheitsförderung hat nicht oberste Priorität. Führungskräfte agieren deshalb im Bereich des jeweils Möglichen und gehen das Thema im Rahmen der individuellen Einsicht freiwillig an. Es wird ein praktikables „Gesundheits-Mainstreaming“ in der Organisation angestrebt:

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

Diese Entwicklung hat sich jedoch pragmatisch zu orientieren. Eine Überforderung der Akteure und damit verbundene Widerstände sollen vermieden werden. Gesundheit von einem betrieblichen Randthema in ein verankertes betriebliches Management überzuführen ist daher aus der Sicht der Führungskräfte eine kontinuierliche Herausforderung, die über Sensibilisierung und Pragmatismus, aber auch über Mobilisierung schrittweise zu erreichen versucht wird. Potentiell können mobilisierende Aktionen aber Mitarbeitende, welche beispielsweise keinen Sport treiben, ausschliessen. Der „sanfte Zwang zum Glück“ durch Mobilisierung wird insbesondere von charismatischen Führungspersonen durchgehend positiv bewertet,

mögliche Ausgrenzungsmechanismen scheinen nicht wahrgenommen zu werden.

Gute Praxis im Übergang

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

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

Die „Gesundheitsmanager“

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

Gesundheit verstehen und pro-aktiv managen

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

wahrgenommene Unentscheidbarkeit eines ‚richtigen‘ Managements des Themas Gesundheit führt zu Auseinandersetzungen hinsichtlich der Deutungshoheit durch die Verantwortlichen:

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

„In die Unsicherheitszone schreiten“: Gesundheit als gemeinsame Verantwortung

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

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

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

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

Gesundheitstugend und -kultur im Angesicht täglichen Leistungsdrucks

In der bewussten Stärkung und Pflege gesundheitsrelevanter Aspekte in der Führung und der Arbeitsbeziehungsgestaltung eröffnen sich neben den bereits beschriebenen Aufgaben (z. B. Unsicherheitsreduktion oder Beziehungsgestaltung) weitere Herausforderungen. Diese werden vor allem dann sichtbar, wenn die moralische Pflicht zum Schutz der Gesundheit auf die vorherrschende Realität der kurzfristigen Leistungsorientierung trifft:

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

Diese Herausforderungen werden oft dilemmatisch erlebt – zum einen im Hinblick auf die eigene Integrität in der Führung gegenüber den Mitarbeitenden, zum anderen in der Interessensvertretung gegenüber externen Stakeholdern, wie beispielsweise Investoren. Die Fürsprache für das Thema Gesundheit und dessen systematisches Management birgt das (unternehmenspolitische) Risiko, Vorhaltungen gegenüber zu stehen, welche dieses Engagement als ‚dogmatisch‘ und nicht rational begründbar (ab-)werten:

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

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

Gute Praxis: Gesundheit mit ganzheitlichem Management begegnen

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

- *Systematisches Wissen zusammentragen:* Fakten, d. h. Evidenzen und Kennzahlen werden systematisch zusammengestellt, um Wirkzusammenhänge von Gesundheitsförderung und Mitarbei-

tendengesundheit aufzuzeigen. Hierzu wird auch auf professionelle, externe Hilfe gesetzt, welche Fachwissen und Best-Practice ins Unternehmen einbringen kann (z. B. Psychiater, Ärzte oder Berater).

- *Mikropolitik:* Vertraute Unternehmensmitglieder werden für das Anliegen eines systematischen Gesundheitsmanagements zu gewinnen versucht, um so die Definitionsmacht in Bezug auf die Gestaltungsdimensionen zu erlangen.
- *Unternehmenskultur:* Die Belegschaft wird in der Eigenverantwortung gestärkt und respektiert, damit diese in der alltäglichen Auseinandersetzung mit dem Thema handlungsfähig bleiben kann (z. B. eine Kultur des „Straight Talks“ entwickeln).

Schließlich werden diese Bemühungen bewusst durch eine breite Palette von gesundheitsförderlichen Maßnahmen (Essen, Bewegung, Gesundheitscheck etc.) gestützt sowie durch strategische, strukturelle und personelle Entwicklungsmaßnahmen (z. B. Verankerung der Leistungsfähigkeit / Gesundheit der Mitarbeitenden in der Vision / Strategie, Schulung von Führungskräften und Personalentwicklung, Kulturentwicklung, Diversity-Management) flankiert.

3 Diskussion und Ausblick

3.1 Denkanstöße für die Praxis: Ressourcen und Potentiale der Managementprofile

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

3.1.1 Patrons: Vertrauen ist gut, Kontrolle auch

Die Stärke des Managementprofils der „Patrons“ zeigt sich in der Nähe zu den Mitarbeitenden, die in den hier vorwiegend als kleine und mittlere Betriebe beschriebenen Unternehmen durch die überschaubare Grösse, eine Kultur der Offenheit und eine hohe Teamkohäsion hergestellt wird. Der „Care“-Gedanke gilt als selbstverständlich, d. h. gegenseitige Aufmerksamkeit, (Für-)Sorge und Hilfestellung werden als Teil der Betriebskultur vorausgesetzt. Veränderungen werden im Vertrauen auf die eigene Betriebskultur nicht antizipiert, sondern abgewartet und erst dann angegangen, wenn sie (unmittelbar) aktuell sind.

Das Vertrauen in die Firmenkultur kann in der negativen Konsequenz bewirken, dass spezifische gesundheitsrelevante Phänomene wie z. B. Präsentismus nicht frühzeitig genug wahrgenommen werden. Weiter zeigen Beispiele, dass der personalisierte Führungsstil mit der Betonung von Vertrauen und Nähe in Einzelfällen dazu führen kann, dass Mitarbeitende mit Gesundheitsproblemen auch dann im Arbeitsprozess bleiben, wenn dies für Führungskräfte, für das Team und für die betroffenen Mitarbeitenden selbst bereits zur Überforderung geworden ist.

Im Managementprofil der „Patrons“ machen daher einfache und handhabbare Monitoring-Systeme Sinn, die ermöglichen, „blinde Flecken“ der Betriebskultur zu verhindern, Veränderungen frühzeitig zu erkennen und Prozesse des Case-Managements minimal zu standardisieren.

3.1.2 Risikomanager: agieren statt reagieren

Der „Risikomanager“ hält sich an Fakten, Störungen im Gesundheitsbereich werden technisch gemanagt und betriebswirtschaftlich effektiv gelöst. Damit können betroffenen Mitarbeitenden im Krankheitsfall klare und verbindliche Hilfestellungen angeboten werden. Die Stärke dieses Profils liegt demnach darin, dass das Thema Gesundheit „vom Tisch“ bzw. in dem Sinn gelöst ist, dass für auftretende gesundheitsbedingte Probleme Prozesse und Instrumente zu deren Bewältigung (vor-)definiert sind.

Dennoch birgt dieses Management Risiken. Abwesenzenstatistiken allein können Phänomene wie Präsentismus oder psychische Befindlichkeitsstörungen nicht erfassen. Diese treten erst dann zu Tage, wenn sie sich als leistungsbeeinträchtigende Krankheiten manifestieren und entsprechende Kosten verursachen. Die „Risikomanager“ könnten demnach Sicherheit gewinnen und grössere Risiken besser vermeiden, wenn sie sich auch um die Gesundheit der Mitarbeitenden oder zumindest um die Früherkennung von gesundheitlichen Störungen kümmern würden. Agieren statt reagieren, Prävention zusätzlich zur Intervention, wären hier mögliche optimierende Strategien.

3.1.3 Förderer: Vielfalt integrieren

Die Förderer zeichnen sich durch eine explizite Gesundheitsorientierung aus. Mit zahlreichen, oft auch unkoordinierten Gesundheitsförderungsangeboten sollen Ressourcen gestärkt und Mitarbeitende veranlasst werden, für sich selbst und für die eigene Gesundheit zu sorgen. Führungskräfte in diesem Profil balancieren ohne Netz, d. h. sie agieren als Individuen ohne konzeptionellen oder strukturellen betrieblichen Rückhalt, wenn es darum geht zu entscheiden, ob Gesundheitsprobleme im Interesse der Leistungs-

anforderung angesprochen werden dürfen oder ob Leistungsanforderungen im Interesse der Mitarbeitendengesundheit herabgesetzt werden sollen und sie entscheiden selber, wie Gesundheit gefördert werden kann ohne Widerstände bei den Mitarbeitenden auszulösen.

Die Förderer selbst erleben sich mehrheitlich als Teil einer „Übergangsphase“ zu einer integrierte(re)n Form des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Vor diesem Hintergrund sind auch die erwähnten mehrfachen Unsicherheiten zu verstehen, die aufzeigen, dass Entscheidungen (noch) offen sind, die letztlich wertebasiert gefällt werden müssen. In dieser Übergangssituation zeigt sich auch die Stärke des Profils: „der Förderer“ ist hoch adaptiv und kann aktuelle Themen und Entwicklungen wie die bereits erwähnten sich entgrenzenden Arbeitsformen oder neue Problemfelder wie die Zunahme psychischer Krankheiten gut integrieren.

3.1.4 Gesundheitsmanager: Auf dem Weg zum integrierten Management

Im Profil der Gesundheitsmanager wird Gesundheit zu einem proaktiv und systematisch bearbeiteten Feld, das abhängig von der jeweiligen Managementkultur als technisch-funktionale Aufgabe (z. B. mittels balanced scorecard) oder über eine kontinuierliche explizite Verständigung (z. B. als fixes Traktandum an Geschäftsleitungssitzungen) gemanagt wird. Dass Gesundheitsmanagement bis zu einem gewissen Grad zum „courant normal“ wird, zeigt sich auch (aber nicht nur) darin, dass Gesundheit kaum mehr als „Gesundheit“ benannt, sondern in einer eigenen Begrifflichkeit zu einem Teil der betriebsinternen (Kommunikations-)kultur wird (z. B. als „blue culture“). Funktion und Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden ausgehandelt. Dadurch besteht die Möglichkeit, dass der Care-Gedanke in- und teilweise auch ausserhalb des Betriebs integriert werden kann: Mitarbeitende werden aufgefordert, ihre Velohelme auch in der Freizeit zu tragen oder die Familien der Mitarbeitenden werden zu gesundheitsbezogenen Betriebsanlässen mit eingeladen.

Das integrierte Gesundheitsmanagement birgt auch Risiken. Diese bestehen einerseits in der Gefahr der Stagnation bzw. in der fehlenden oder verspäteten Reaktion auf Veränderungen in- oder ausserhalb der Organisation. Andererseits basiert das integrierte Gesundheitsmanagement auch auf einem hohen commitment der Mitarbeitenden mit den (gesundheitsbezogenen) Werten und Praktiken des Unternehmens. Die Gefahr besteht, dass der „Zugriff“ auf die Subjektivität der Mitarbeitenden zu groß wird.

3.2 Herausforderungen im Management der Gesundheit

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

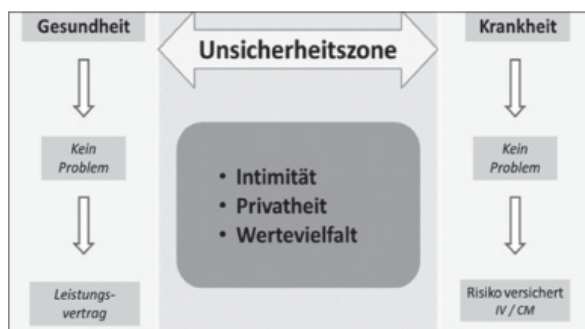


Abbildung 4: Führung in der Unsicherheitszone (eigene Darstellung).

Wie in Abbildung 4 dargestellt, ist Gesundheit in der Wahrnehmung der Befragten dann kein Problem, wenn Gesundheit klar gegeben ist oder Krankheit eindeutig festgestellt werden kann. Sind die Mitarbeitenden gesund, besteht der Idealfall, d. h. Arbeitgebende und Arbeitnehmende begegnen sich im formell definierten Leistungsvertrag: Für geleistete Arbeit wird ein Entgelt ausgezahlt. Weiter stellt das Management der Gesundheit auch dann kein Problem dar, wenn Krankheit über Faktenlage (z. B. gebrochener Arm) oder fachliche Begutachtung (z. B. Arztzeugnis) eindeutig festgestellt werden kann. Leistungsausfälle und daran anschliessende Folgekosten werden in diesen Situationen über institutionalisierte Prozesse gemanagt (z. B. IV-Stellen oder Case-Management).

Problematisch wird das Thema Gesundheit dann, wenn weder Gesundheit noch Krankheit klar feststellbar sind. Zwischen den beiden Polen „gesund“ und „krank“ eröffnet sich eine Unsicherheitszone des Gesundheitsmanagements, in welcher die Befragten kaum über Handlungsorientierung verfügen. Dementsprechend nähern sie sich dieser Unsicherheitszone auch nur zögerlich an. Beschreibt man diese „Unsicherheitszone“ inhaltlich, zeigen sich drei Aspekte, welche im Rahmen der Gespräche wiederholt beschrieben wurden: Der Umgang mit Intimität in der Führungsbeziehung, die Ab- und Eingrenzung von

Privatheit und Arbeit sowie die Inklusion von Gesundheitsthemen im Kontext der ökonomischen Leistungserbringung.

3.2.1 Intimität in der Führungsbeziehung

Den Nennungen der Gesprächspartner folgend meint Intimität hier einen Zustand von Nähe und Vertrautheit, welcher für die Mitarbeitendenführung in bestimmten Situationen und Problemlagen von zentraler Bedeutung ist. So kann es beispielsweise wichtig sein, dass man als Führungskraft nahe genug bei den Mitarbeitenden ist, um zu erfahren ob (nebst der Arbeitsbelastung) zuhause persönliche Beanspruchungen vorliegen, welche die Gesundheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen könnten. Dies setzt eine Form von und einen Grad an Nähe und beidseitigem Vertrauen voraus, welche für die Befragten ungewohnt ist und eine grosse Herausforderung darstellt. Dies gilt insbesondere dann, wenn es um psychische Beschwerden geht:

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

Nebst der persönlichen Herausforderung, sich solch schwierigen Situationen zu stellen, gilt es immer auch die Perspektive des Gegenübers einzubeziehen. So ist es z. B. nicht klar, inwiefern der Mitarbeitende sich seiner Eigenverantwortung bewusst ist:

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

Schließlich ist es dann auch unklar, inwiefern der Mitarbeitende die Bereitschaft hat, im Rahmen der Arbeitsbeziehung seine Intimsphäre gegenüber dem Vorgesetzten zu öffnen bzw. eine gemeinsame Sphäre zu entwickeln:

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

Dass dies von den Vorgesetzten als Herausforderung und Problemfeld auch so wahrgenommen wird, zeigt der zweite Aspekt der genannten Unsicherheitszone – die Privatsphäre.

3.2.2 Privatheit und Arbeit

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

Ich habe mich für diese Person verantwortlich gefühlt. Ich wollte das Problem mit ihr zum Thema machen und Wege finden aus dieser Situation heraus. Als sie dann fand: „(...) ja das sind meine privaten Probleme“, der Vater war am Sterben und mit dem Freund gab es viel hin und her ... Da habe ich halt gesagt: „Ja gut, wenn du das so siehst, dann müssen wir schauen, wie es weitergeht. Wir sehen uns dann in einem Monat noch einmal“. Vielleicht hätte ich dort auch nein sagen müssen. Vielleicht hätte ich viel klarer sein und schon dort sagen müssen, dass es nicht nur familiäre Probleme sind, sondern dass es eben auch bei der Arbeit zu viel für sie ist. (Int. 17)

Dass das Ausloten der Grenze zwischen Privatheit und Arbeit nicht immer einfach ist, hinsichtlich der Grenzziehung kontrovers diskutiert wird und deshalb auch als „Chefsache“ entschieden werden kann, thematisiert das abschliessende Zitat:

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

3.2.3 Wertekonflikte annehmen

Als dritter Aspekt der Unsicherheitszone zeigt sich der Umgang mit Wertkonflikten. Wertevielfalt fasst im Rahmen dieser Studie unterschiedliche Aspekte des Gesundheitsmanagements zusammen. Im Kern geht es um den (Werte-) Konflikt zwischen ökonomischer Leistungserbringung und Mitarbeitergesundheit, der – wie das folgende Zitat illustriert – sehr unterschiedlich wahrgenommen wird:

Ich sage es mal so: die Old-School-Hardliner in der Geschäftsleitung immer noch mit der Tendenz: „Wenn sie (die Mitarbeiterin; a. d. A.) es nicht packt – das Leben wird nun mal härter, so be it.“ Bis hin zu: „Wir müssen so ein Caring-Programm sein, wir müssen zärtlicher mit den Leuten umgehen und im Prinzip ein bisschen mehr in Watte hüllen,“ (...) daraus ergeben sich Konflikte, weil alle Leute die Situation unterschiedlich gedeutet haben. Beispielsweise haben manche gesagt, dass das genau richtig war; sie nach Hause zu schicken. Andere: „Nein das kannst du nicht machen weil ...“ Das ist natürlich solide Hobbypsychologie, welche in der Regel (lacht) von Ingenieuren, Betriebswirten oder auch Psychologen eingebracht wird. Da hat jeder eine

eigene Meinung. Gerade bei solchen Themen projiziert man ja ganz gerne so eine eigene Wahrheit, als die General-Wahrheit. Und so gab es auch Konflikte, dass man gesagt hat, wir können das nicht, wir können uns jetzt nicht hinstellen und jeden Mitarbeitenden die ganze Zeit nur schonen. Und wir müssen uns jetzt vor allen Dingen auch dem Urkonflikt (Leistungsdruck vs. Gesundheit; a. d. A.) stellen! (Int. 30)

Diese Vieldeutigkeit und die damit verbundene, relative Unentscheidbarkeit was richtiges Gesundheitsmanagement sein könnte, sind konfliktträchtig. Führung in der Unsicherheitszone erfordert daher auch ein bewusstes Abwägen der Argumentation:

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

Dem Thema Gesundheit wird oft noch eine quasi religiöse oder dogmatische Konnotation zugeschrieben, von welcher sich die Führungskräfte bewusst distanzieren müssen, um nicht als „Gesundheitsapostel“ wahrgenommen zu werden. Ein konstruktiver Umgang mit Druck und mikro-politisches Geschick sind dabei aber nicht nur in der Kommunikation mit der Geschäftsleitung zentral. Auch in Bezug auf die operative Mitarbeiterführung gilt es dem Spannungsfeld von Leistungsdruck und Gesundheitsmanagement aufmerksam zu begegnen:

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

Die Integration von reduzierter Leistungsfähigkeit im Betrieb löst Gesprächs- und Handlungsbedarf aus, dem die einzelne Führungskraft nur begrenzt Herr werden kann. Es bedarf weiterer Unterstützung durch entsprechende Strukturen sowie Legitimation durch andere Betriebsangehörige, welche mögliche Konsequenzen einer Integration von verminderter Leistungsfähigkeit im Alltag mittragen. Partizipative Prozesse spielen hier eine zunehmend wichtige Rolle, wie im Ausblick erläutert.

3.3 Einordnung und Ausblick: partizipative Verantwortungsübernahme für Gesundheit

Definierendes Merkmal von Führung in Organisationen ist deren Funktion, Unternehmensziele vorzugeben und diese hinsichtlich deren Erreichung zu kontrollieren. Dies stattet Führung mit einer Handlungs- und Deutungsmacht gegenüber anderen Organisationsmitgliedern aus, welche im Vergleich zu anderen Kontexten (z. B. Familie oder Vereine) bemerkenswert ist. Im Zuge der beschriebenen Aspekte der „Unsicherheitszone“ erodiert diese Machtposition, indem der geschützte Bereich der Organisation verlassen (bei Intimität und Privatheit) oder hinsichtlich der Inklusion von Wertevielfalt zur Diskussion gestellt wird. So gilt es einerseits einen Weg zu finden, intime und sich im Bereich des Privaten befindende Themen aufzugreifen und ansprechbar zu machen. Andererseits werden durch diese Entwicklungen aktuell gültige Grundwerte wirtschaftlichen und organisationalen Handelns, wie z. B. Leistungsorientierung oder Autorität, unterminiert.

3.3.1 Ist BGM Chefsache? Kein heroisches, aber ein integrierendes Management ist gefragt

Wie aus der Literaturübersicht zu Beginn dieses Beitrages aufgezeigt, kann Führung als Gesundheitsressource verstanden werden (Ducki & Felfe, 2011; Lampe, 2011; Gregersen et al., 2010). Die Ergebnisse bestehender Studien, welche die kausale Wirkung von Führung auf die Mitarbeitergesundheit fokussieren und die Rationalität sowie den betriebswirtschaftlichen Zweck entsprechender Führungsstile (z. B. transformationale oder transaktionale Führung) hervorheben, müssen vor dem Hintergrund der vorliegenden Studienergebnisse kritisch diskutiert werden:

Als besonders vielversprechend gilt der sog. Transformationale Führungsstil. Ein wesentlicher Bestandteil des Konzeptes wird mit dem Aspekt der „charismatischen“ Führung umschrieben. Über diesen Aspekt sollen zentrale, unternehmerische Inhalte und Motive auf die Mitarbeitenden übertragen werden (Stippler, Moore, Rosenthal & Dörffer, 2010). Mit Blick

auf die vorliegenden Studienergebnisse gilt es diesbezüglich Vorsicht walten zu lassen. Zum einen, weil Führungspersonen Gesundheit als weitestgehend privates und intimes Thema konnotieren, in welchem für charismatische Führung noch wenig Handlungskompetenz und Legitimation wahrgenommen wird. Zum anderen ist Gesundheit als Thema nicht wertneutral zu managen und stellt die interviewten Führungskräfte vor dilemmatische Entscheidungssituationen. Dies gilt in Bezug auf die Thematisierung gegenüber den betroffenen Mitarbeitenden, sowie im Hinblick auf die Aufgabe der strategischen Unternehmensführung: im kollegialen Austausch, der gemeinsamen Entscheidungsfindung sowie in der Umsetzung. Hinsichtlich der strategischen Führung stellt eine zu starke, charismatische Vertretung des Themas Gesundheit ein mikro-politisches Risiko dar. Die Frage nach dem ‚richtigen‘ Management stellt vor dem Hintergrund divergierender Vorstellungen über die unternehmerische Verantwortungsspanne einen zentralen Diskussions- und Konfliktpunkt in Entscheidungssituationen dar. Charismatisches Management scheint unter diesen Umständen wenig zielführend, vernachlässigt es doch wichtige (in-)formelle Abstimmungsprozesse, um das Thema Gesundheit nachhaltig gestalten zu können.

Diese Abstimmungsprozesse sind von besonderer Wichtigkeit, wenn Gesundheit vor dem Hintergrund des aktuellen Leistungsdruckes diskutiert wird. Die Gleichzeitigkeit von Leistungs- und Gesundheitsmanagement wurde von den befragten Führungskräften als dilemmatisch und schwierig handhabbar beschrieben. Es fehlt an Erfahrungswissen und legitimierenden strategischen Vorgaben, welche Wertedimension im konkreten Fall Priorität genießt und wie (betriebswirtschaftlich-rational, nicht „charismatisch“, „emotional“ oder „esoterisch“) zu entscheiden ist.

3.3.2 Kein „one-best-way“

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

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

3.3.3 Mitarbeitendenbeteiligung wird wichtiger

Mit Blick auf die Schilderungen der Interviewpartner sowie die aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt (z. B. Flexibilisierung oder Entgrenzung), kann davon ausgegangen werden, dass das Management der Gesundheit keine abschliessende Aufgabe darstellt. Sie ist wenig plan- und steuerbar, was sie in der direkten Mitarbeitendenführung zu einer hoch individualisierten Aufgabe macht. Ent-Hierarchisierung und somit eine stärker partizipative Ausrichtung der Führung erhält vor diesem Hintergrund ein stärkeres Gewicht.

Da sich Arbeit aktuell, wie auch künftig in die unterschiedlichen Lebenssphären der Menschen verlagert, dürfte das Management der Gesundheit bzw. gesundheitsrelevanter Themen in dieser Entwicklung neue Handlungsfelder finden und sich somit weiter in die „Unsicherheitszone“ begeben müssen.

Literatur

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (2011). *Fehlzeiten-Report 2011 – Führung und Gesundheit*. Berlin: Springer-Verlag.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T. & Wiedermann, W. (2011). „Schwierige“ Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Eine Pilotstudie in Basel-Stadt und Basellandschaft. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit*, Berichtnummer 1/11.
- Ducki, A. & Felfe, J. (2011). Führung und Gesundheit: Überblick. *Fehlzeiten-Report* (S. 7-12). Berlin: Springer-Verlag.
- Echterhoff, M. (2011). Führungskräfte tragen Verantwortung – auch für die Gesundheit der Beschäftigten?!. In *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 89-95). Springer: Berlin Heidelberg.
- Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (3. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Flick, U. (1996). *Psychologie des technisierten Alltags: soziale Konstruktion und Repräsentation technischen Wandels in verschiedenen kulturellen Kontexten* (Vol. 28). Westdeutscher Verlag.

- Franke, F. & Felfe, J. (2011). Diagnose gesundheitsförderlicher Führung – Das Instrument „Health-oriented Leadership“. In *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 3-13). Springer: Berlin Heidelberg.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A. & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit-Zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 73 (1), 3-12.
- Helfferrich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- INQA (2008). *Gute Beschäftigtenführung – Psychische Fehlbelastungen vermeiden*. Wirtschaftsverband NW – Verlag für neue Wissenschaft GmbH: Bremerhaven.
- Jenny, G., Inauen, A., Brauchli, R., Füllemann, D., Müller, F. & Bauer, G. (2011). *SWiNG Project – Final Report of the Evaluation*. Zürich: Institute of Social and Preventive Medicine, University of Zurich & Center for Organizational and Occupational Sciences, ETH Zurich.
- Matyssek, A. K. (2012). *Fehlzeitenreduzierung durch Anwesenheitserhöhung der (psycho-)logische Weg zu mehr Produktivität* (2. Aufl.). Norderstedt: Books on Demand.
- Moldaschl, M. (2007). *Immaterielle Ressourcen: Nachhaltigkeit von Unternehmensführung und Arbeit I* (Vol. 3). Rainer Hampp Verlag: Mering.
- Nieder, P. (2000). Führung und Gesundheit – Die Rolle der Vorgesetzten im Gesundheitsmanagement. In U. Brandenburg, P. Nieder, B. Susen (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen – Grundlagen, Konzepte und Evaluation*. (S. 149-161). Juventa Verlag: Weinheim, München.
- Nielsen, K., Randall, R., Yarker, J. & Brenner, S.-O. (2008). The effects of transformational leadership on followers' perceived work characteristics and psychological well-being: A longitudinal study. *Work Stress*, 22 (1), 16-32.
- Rixgens, P. & Badura, B. (2011). Arbeitsbedingungen, Sozialkapital und gesundheitliches Wohlbefinden – Differenzen in den Einschätzungen von Führungskräften und Mitarbeitern. In *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 61-70). Springer: Berlin Heidelberg.
- Osterspey, A. (2012). *Gesundheitskultur: Entwicklung und Verankerung durch Personalmanagement*. Kölner Wiss.-Verlag.
- Sanders, F. & Lampe, A. (2011). Gesundheitsmanagement bei Volkswagen Nutzfahrzeuge. In *Fehlzeiten-Report 2011* (S. 209-219). Springer Berlin Heidelberg.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V. & Guzman J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work and Stress*, 24 (2), 107-139.
- Stippler, M., Moore, S., Rosenthal, S. & Dörffler, T. (2010). Führung. Ansätze – Entwicklungen – Trends. Teil 3: Führung als Beziehungssphänomen, Transformationale Führung, Werte und Ethik. *Leadership Series*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2012). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven*. Springer: Gabler, Wiesbaden.
- Van Dierendonck, D., Haynes, C., Borrill, C. & Stride, C. (2004). Leadership behaviour and subordinate well-being. *Journal of occupational health psychology*, 9 (2), 165-175.
- Zimmer, A. & Gregersen, S. (2007). *Gesundheitsfördernd Führen: Eine Pilotstudie in ausgewählten BGW-Mitgliedsbetrieben*. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheit und Wohlfahrtspflege (BGW).

Korrespondenz-Adresse
 Dr. sc. ETH Gian-Claudio Gentile
 Hochschule Luzern
 Soziale Arbeit
 Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik
 und Prävention
 Werftstrasse 1, Postfach 2945
 CH-6002 Luzern
 gian-claudio.gentile@hslu.ch