

Brigitte Müller

Betriebliches Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus - Bestandsaufnahme und Ausblick

Abschlussbericht

Auf einen Blick...

- Krankenhäuser sind für die Beschäftigten keine "Horte der Gesundheit": Einige der überbetrieblichen Akteure haben das durch Forschungen untermauert und als Unterstützer erlebt.
- Krankenhäuser sind hochkomplex: Betriebliches Gesundheitsmanagement ist daher häufig nur mit hohem Aufwand realisierbar. In anderen Branchen wird außerdem mehr Veränderungsbereitschaft wahrgenommen.
- Im Krankenhaus binden langwierige Entscheidungsprozesse viel Zeit. Hierarchische Strukturen, eine Fülle von Schnittstellen und vielfältige Interessenkonflikte machen Prozesse schwerfälliger und verhindern zum Teil die Umsetzung beschlossener Maßnahmen. Die vorherrschende Kultur und Gratifikationsmechanismen führten die Thematisierung der Mitarbeitergesundheit schnell ad absurdum. Außerdem sei der "return on investment" im Krankenhaus schwer zu belegen.
- Nicht zuletzt tritt ein Teil der überbetrieblichen Akteure im BGM als Berater auf, ist gleichzeitig aber Vertragspartner (z.B. bei Pflegesatzverhandlungen). Auch das trägt dazu bei, dass zwar mehr BGF- / BGM Projekte und Anfragen zu verzeichnen sind, überbetriebliche Akteure bezogen auf Krankenhäuser aber eher eine reagierende Haltung einnehmen.

Brigitte Müller
mediCONcept
Wuppertal

Betriebliches Gesundheitsmanagement
im System Krankenhaus –
Bestandsaufnahme und Ausblick
Expertise

Hans **Böckler**
Stiftung 

Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Brigitte Müller, M.A.

*med*CONcept

Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen

Heinrich – Janssen – Str. 22

42289 Wuppertal

info@mediconcept.org

www.mediconcept.org

Vorwort

Die vorliegende Arbeit wurde durch die Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Dabei gilt Dr. Erika Mezger besonderer Dank für ihre gleichermaßen innovative wie nachhaltige Unterstützung.

Forschungs- und Interventionsstudien zum Krankenhaus, einem der quantitativ und qualitativ bedeutendsten Beschäftigungsbereiche, waren seit Beginn der 1990er Jahre wiederholt Gegenstand von Forschungs- und Interventionsprojekten, die durch die HBS gefördert wurden.

Gegenstand der Expertise ist die betriebliche Gesundheitspolitik in Krankenhäusern in Deutschland, unter besonderer Berücksichtigung der überbetrieblichen Akteure.

Sehr herzlich danke ich auch den Expertinnen und Experten aus den Krankenkassen und ihren Instituten für Gesundheitsförderung, der BGW und der Gewerkschaft ver.di, insbesondere Dr. Michael Drupp, Dr. Dagmar Johannes, Siegrid Küfner, Thomas Konnopka, Günther Pauli, Dr. Heike Schambortski und Herbert Weisbrod-Frey. Mein Dank gilt auch den Kolleginnen und Kollegen aus Hochschulen, Forschungsinstituten, Stiftungen, Netzwerken, aus dem Berater/innenkreis und nicht zuletzt aus den Krankenhäusern selbst, die gesundheitsfördernde Aktivitäten unterstützen und durchführen, und die bereit sind, ihre Erfahrungen mit mir zu teilen.

Wuppertal, im Mai 2009

Brigitte Müller

Abstract

Nach Einschätzung der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung (2004) gilt das Gesundheitswesen, einer der bedeutendsten Beschäftigungsbereiche insgesamt, als „Hochrisikobereich“ für die Gesundheit und das Wohlbefinden der dort Beschäftigten. Sie wies darauf hin, dass die Entwicklung in den einzelnen Berufsgruppen und Branchen sehr uneinheitlich sei; hier bestehe ein besonderer Bedarf an Forschung und Berichterstattung. Dennoch begannen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung hier später als in anderen Branchen und auch heute ist ein systematisches Vorgehen im Sinne eines betrieblichen Gesundheitsmanagements eher selten.

Dafür gab und gibt es auf der Mesoebene, Makro- und Mikroebene vielfältige Gründe. Dazu gehören beispielsweise die Stellung des Krankenhauses im Rahmen unserer gesundheitlichen Versorgung insgesamt sowie umfassende gesetzliche Änderungen, die seit den 1990er Jahren unter anderem mit einer erheblichen, zusätzlichen Anpassungsdynamik und Umstrukturierungen in der Krankenhauslandschaft einhergingen. Gründe dafür liegen unter vielem anderen auch in nicht ausreichend aufeinander abgestimmten Organisations- und Arbeits(ablauf)strukturen sowie im Selbstverständnis und in der beruflichen Sozialisation zentraler Berufsgruppen.

Die Expertenkommission befasste sich auch mit der zentralen Rolle der überbetrieblichen Akteure und beschrieb, dass und warum die Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik auch sie in mehrfacher Hinsicht vor hohe und vielfach neue Aufgaben stellt. Die Kommission formulierte ebenfalls Anforderungen an einen neuen Interventionstypus. Diese Ausführungen bildeten weitere eine Grundlage für die Expertise.

In der Expertise werden Rahmenbedingungen für und Entwicklungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und im betrieblichen Gesundheitsmanagement im System Krankenhaus sowie die Praxis ausgewählter überbetrieblicher Akteure in diesem Handlungsfeld beschrieben. So werden Spannungsfelder und Umsetzungshemmnisse einer betrieblichen Gesundheitspolitik im Sinne eines Mehrebenenansatzes exemplarisch reflektiert.

Inhalt

Vorwort.....	III
Abstract.....	IV
Inhalt	V
1 Gegenstand, Fragestellung und Zielsetzung	1
1.1 BGF, BGM und Betriebliche Gesundheitspolitik.....	2
1.2 Die Rolle überbetrieblicher Akteure.....	4
1.3 Ein ganz besonderes Setting: Das Krankenhaus.....	6
1.4 Forschungsstand.....	9
2 Methodisches Vorgehen	11
3 BGF und BGM im Krankenhaus	13
3.1 Entwicklungen und Trends	13
3.2 Forschung und Dokumentation	16
3.3 Zwischenfazit.....	17
4 (Überbetriebliche) Akteure im Krankenhaus.....	20
4.1 Die WHO und das Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK)	22
4.2 Hans-Böckler-Stiftung, DGB und Einzelgewerkschaften.....	27
4.3 Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)	31
4.4 Die Krankenkassen und ihre Institute.....	35
4.4.1 Die AOK.....	36
4.4.1.1.AOK Rheinland/Hamburg und das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF-GmbH Köln	37
4.4.1.2 Die AOK Niedersachsen und das Institut für Gesundheitsconsulting	38
4.4.2 Die Barmer Ersatzkasse (BARMER)	40
4.4.3 Der BKK-Bundesverband	42
4.5 Zusammenfassung.....	44
5 BGF und BGM im System Krankenhaus und die Rolle überbetrieblicher Akteure – Ausblick	50
6 Literatur.....	53

1 Gegenstand, Fragestellung und Zielsetzung

Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie ist die betriebliche Gesundheitsförderung in Krankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung ihrer Unterstützung durch ausgewählte, überbetriebliche Akteure.

In diesem Zusammenhang werden zunächst Ansatz und Entwicklungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) skizziert und die besonderen Rahmenbedingungen des Systems Krankenhaus für die Entwicklungen im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements eingeführt. Dazu gehören auch die speziellen Anforderungen, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bezogen auf die Aufgaben und Rolle der Krankenhäuser in der Gesundheitsförderung insgesamt formuliert hatte.

In Weiteren werden Entwicklungen und Trends zur Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung im Krankenhaus dargestellt. Die Frage, welchen Stellenwert dieser Thematik im Setting Krankenhaus zugeordnet wird, und welche Strategien und Vorgehensweisen unterstützt werden, wird besonders aus Sicht zentraler überbetrieblicher Akteure beschrieben. Das gilt auch hinsichtlich der Reflexion von Erfahrungen, die mit Interventionen im System Krankenhaus gesammelt wurden und bezogen auf Einschätzungen, was getan werden kann und sollte, um ggf. im Krankenhaus einen Bedeutungszuwachs für BGF/BGM zu erreichen und das Lernen aus Erfahrungen institutionsübergreifend zu befördern.

Dafür wurden erstmalig Vertreter/innen unterschiedlicher überbetrieblicher Akteursgruppen hinsichtlich der Gestaltung der betrieblichen Gesundheitsförderung im System Krankenhaus vergleichend befragt. Dabei geht es um Motive, Strategien und Instrumente, aber auch um Nachhaltigkeit, Transfer und Rückkopplungsprozesse bezogen auf die Krankenhäuser selbst und bei den überbetrieblichen Akteuren.

Ziel ist es zum einen nach bald 20 Jahren BGF/BGM im Krankenhaus eine weitere branchenspezifische Reflexion anzustoßen und das komplexe Beziehungsgeflecht zu den überbetrieblichen Akteuren exemplarisch zu beleuchten und somit organisationsspezifische hemmende und fördernde Potentiale für ein betriebliches Gesundheitsmanagement herauszuarbeiten.

1.1 BGF, BGM und Betriebliche Gesundheitspolitik

1991 veröffentlichte die Hans - Böckler - Stiftung (HBS) das Gutachten „Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ (Feuerstein, Badura 1991). Hier sowie in dem von 1992 – 1995 durchgeführten und ebenfalls durch die HBS geförderten Forschungs- und Interventionsprojekt „Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus“ (Müller, Münch, Badura 1997) wurde vor dem Hintergrund eines systemischen Ansatzes geforscht, wurden Veränderungsprozesse begleitet und evaluiert.¹

Zur deutlicheren Abgrenzung dieser organisationsbezogenen Ansätze und Vorgehensweisen gegenüber punktuellen, überwiegend verhaltensbezogenen, gesundheitsfördernden Maßnahmen und zur Professionalisierung und Institutionalisierung des BGF veröffentlichten Badura, Ritter, Scherf 1999 den „Leitfaden Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Darin heißt es:

„Betriebliche Gesundheitsförderung erschöpft sich bisher – hier dem traditionellen Arbeitsschutz durchaus ähnlich – zumeist in einzelnen Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation (z.B. Ernährung, Bewegung, Genussmittelkonsum, Stressbewältigung) oder in zeitlich befristeten Interventionen in das Betriebsgeschehen (z.B. zeitlich befristete Durchführung von Gesundheitszirkeln).

Im Unterschied dazu verstehen wir unter *betrieblichem Gesundheitsmanagement* die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement muß professionell betrieben und kontinuierlich verbessert werden.“ (Badura et al. 1999, 17)

Das zweijährige Entwicklungsprojekt zum Leitfaden war von der HBS gefördert und den Spitzenverbänden der AOK, der BKK und IKK unterstützt worden. Zwei Konsensusworkshops dienten im Projektverlauf dazu, die Vorlagen mit zentralen Akteuren und Promotoren zu diskutieren. Die Leitfadenvolidierung erfolgte in zwölf Unternehmen – darunter ein Krankenhaus – und im Mai 2000 fand der

¹ Dieses Modellprojekt wird Im Folgenden nach dem Projekt Krankenhaus, dem Städtischen Klinikum Solingen, häufig kurz als „Solinger Projekt“ bezeichnet.

dritte Workshop zur „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ statt.

Zehn Jahre nach der Veröffentlichung des Leitfadens stellt sich die Situation noch immer folgendermaßen dar: „In Wissenschaft und Praxis hierzulande werden häufig Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement noch nicht klar genug unterschieden.“ (Badura, Steinke 2009, 8)

1997 erschien die von der Bertelsmann Stiftung geförderte Publikation „Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Betriebliche Gesundheitspolitik“ (vgl. Badura et al. 1997). Die Anforderung einer „betrieblichen Gesundheitspolitik“ wurde seit der Jahrtausendwende häufiger formuliert (vgl. HBS 2002, Badura 2000, Badura, Hehlmann 2003, HBS 2008) und seit 2001 durch die gleichnamige Expertenkommission der HBS als Konzept entwickelt und wissenschaftlich sowie praktisch begründet. Als Vision beschrieb die Expertenkommission die „gesunde Arbeit in gesunden Organisationen“. Gesunde Organisationen sollten gleichermaßen das Wohlbefinden und die Produktivität ihrer Mitglieder fördern. Als Bestandteile des Leitbildes wurde benannt, dass gesundheitliche Probleme an ihrer Quelle bekämpft werden müssen, und die Arbeitswelt auch wegen der Rückwirkung auf das Privatleben und Freizeitverhalten eine herausragende Bedeutung habe. Dabei solle das Hauptgewicht bei der Verhütung gesundheitlicher Probleme liegen, und Gesundheitsförderung und Prävention als Führungsaufgabe unter Einbeziehung der Betroffenen praktiziert werden. Die operative Planung, Durchführung und Evaluation einzelner Interventionen obliege dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (vgl. Badura, Steinke 2009, 3f).

Rolf Rosenbrock führte unter Bezugnahme auf eigene Forschungen und auf Diskussionsergebnisse der Expertenkommission ‚Betriebliche Gesundheitspolitik‘ 2003 aus:

„Betriebliche Gesundheitspolitik – so der sich immer mehr durchsetzende Konsens – setzt bei der Organisation, der Arbeitsumwelt, der Arbeitsgestaltung und dem Verhalten von Führung und Belegschaft an. Darin liegt ihr großes präventives Potenzial.“

Betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich nur in enger Zusammenarbeit zwischen den Betriebsparteien entwickeln. Darin liegt ihre ordnungspolitische Bedeutung.

Betriebliche Gesundheitspolitik fördert die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen. Darin liegt ihre wirtschaftspolitische Bedeutung.

Betriebliche Gesundheitspolitik entlastet die Kranken-, Renten- und Unfallversicherung. Darin liegt ihr Beitrag zur Modernisierung der Sozialpolitik.

Die Defizite der betrieblichen Gesundheitspolitik führen also nicht nur zu vermeidbarem Leid, sondern auch zu verringerter Arbeitsleistung, suboptimaler Arbeitsqualität und zu hohen direkten und indirekten Kosten.“ (Rosenbrock 2003, 2)

1.2 Die Rolle überbetrieblicher Akteure

Eine der vier Arbeitsgruppen in der Expertenkommission ‚Betriebliche Gesundheitspolitik‘ befasste sich mit der ‚Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure‘. Rolf Rosenbrock, der Leiter dieser Arbeitsgruppe konstatierte eine hohe Übereinstimmung zu grundlegenden Einschätzungen:

„Mehr Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten sind deshalb eine Voraussetzung für Wohlstand und Wachstum. Darüber sind sich im Grundsatz die meisten Akteure ebenso einig wie über die Feststellung, dass hier ein immer noch stark vernachlässigtes Feld der Gesundheits- und Arbeitspolitik liegt. Und wenn ich hier von den ‚meisten Akteuren‘ spreche, so beziehe ich mich auf eine ganze Reihe im Grund gleichsinniger Dokumente aus jüngster Zeit sowohl der Europäischen Union, als auch der Weltgesundheitsorganisation WHO, des Internationalen Arbeitsamtes ILO sowie im Landesinneren des BMGS, des BMWA und des BMBF, der GMK, der Sozialversicherungsträger und der Sozialparteien.“ (Rosenbrock 2003, 2)

Das Leitbild einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik bilde den Ausgangspunkt „aller Überlegungen für die Weiterentwicklung der überbetrieblichen

Akteure und ihrer Interventionen“, dabei gehe es im Kern darum, „dass die überbetrieblichen Akteure ihre Problemwahrnehmung, ihre Programmatik, ihre Interventionsinstrumente und Aktivitäten an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Betriebe ausrichten.“ (Rosenbrock 2004, 5)

Die Akteure im Betrieb benötigten zwar die Unterstützung der überbetrieblichen Akteure. Der Antrieb und die Motivation im Betrieb, sich für die Herstellung gesundheitsförderlicher Arbeitssituationen einzusetzen und entsprechende Projekte oder Kampagnen zu starten, könne allerdings nicht erzwungen werden und der traditionelle Handlungstyp ‚Anordnung – Vollzug – Kontrolle‘ nicht weit tragen. Hinsichtlich der Strategien ergibt sich daraus die Notwendigkeit zur

- Weiterentwicklung und Erweiterung des (verpflichtenden) Arbeitsschutzes
- Durchführung und Verstetigung von Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung
- Integration von Kriterien gesundheitsfördernder Arbeitsgestaltung in moderne Managementsysteme.

Die verfügbaren oder zu entwickelnden Instrumente der überbetrieblichen Akteure müssten sich auf folgende Aufgaben beziehen:

- Aufklärung über den Nutzen: Motivation stiften bei betrieblichen Akteuren
- Vermittlung von Prozessverständnis und Instrumentenkenntnis
- Qualifizierung innerbetrieblicher Akteure: Unternehmer/Management, Belegschaftsvertretung, Arbeitsschutz, Beschäftigte
- Beratung
- Vernetzung
- Begleitung, Moderation, Evaluation ⇔ praktische Unterstützung von Maßnahmen
- Schaffung und Pflege geeigneter Anreize.

Notwendig sei auch ein neuer Interventionstyp,

„dessen Entwicklung und Verallgemeinerung die Expertenkommission als die zentrale Aufgabe der überbetrieblichen Akteure ansieht: Der Arbeitsschutz ist ja traditionell überwiegend reaktiv, er ist staatlich-hoheitlich ausgerichtet, zentralistisch und expertenzentriert. Dem Anspruch nach ist er darüber hinaus überbetrieblich flächendeckend, obwohl dieser Anspruch mit den gegebenen Kapazitäten längst nicht mehr einzulösen ist.

Nun hat die wirtschaftliche Entwicklung und haben die betrieblichen Auswirkungen der Globalisierung längst zu unterschiedlichen betrieblichen Motivlagen und Bedürfnissen geführt, haben sich die Strukturen der Arbeit gewandelt, haben wir es immer mehr mit nicht über Normen zu regulierenden Gesundheitsbelastungen zu tun, v.a. mit mehr Stress und psychosozialen Belastungen.

Dieser neuen Lage muss auch ein neues Verständnis sozialstaatlicher Aufgaben entsprechen, das zwar die Mindeststandards notfalls erzwingt, aber im Übrigen von der Vorstellung des alles verantwortenden und bewirkenden Sozialstaats abrückt.“ (Rosenbrock 2003, 10)

1.3 Ein ganz besonderes Setting: Das Krankenhaus

Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland ist einer der bedeutendsten Beschäftigungsbereiche: Mit rund 4,4 Millionen Beschäftigten auf 3,3 Millionen Vollzeitstellen arbeitet hier fast jeder zehnte Arbeitnehmer – die Tendenz ist weiterhin steigend. Der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen war 2006 mit 64 Mrd. bzw. 26% der Krankenhausesektor (vgl. Augurzky et al. 2009, 20).

Private Klinikkonzerne und private sowie gesetzliche Krankenkassen führen nach einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung inzwischen die Liste der größten Arbeitgeber im Gesundheitswesen an. Neben den Großunternehmen, zu denen traditionell bspw. auch Universitätsklinken gehören, gibt es im Bereich der stationären Versorgung – trotz der Fusionen der vergangenen Jahre – viele mittlere Unternehmen. Im ambulanten Bereich dominiert die kleinbetriebliche Struktur in Form von Einzelpraxen niedergelassener Ärzte und nichtärztlicher therapeutischer Gesundheitsberufe.

Krankenhäuser zählen unter anderem auf Grund ihrer Stellung im Rahmen der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung sowie wegen der vielfältigen Aufgaben und der hochkomplexen innerbetrieblichen Organisation traditionell zu den kompliziertesten gesellschaftlichen Einrichtungen. Sie unterliegen einem permanenten Anpassungsdruck an demographische, medizinische und gesellschaftliche Entwicklungen und sind mit einer Vielzahl unterschiedlicher Erwartungen konfrontiert. Der ausgeprägte Dienstleistungscharakter macht das Gesundheitswesen zu einem personalintensiven Wirtschaftszweig, und die Beschäftigten-

struktur ist durch einen hohen Anteil weiblicher Beschäftigter und einen herausragenden Anteil von Teilzeitbeschäftigung geprägt (Weinmann 2005, 5).

Anfang 1991 wurde im Zuge des deutschen Einigungsprozesses in den neuen Bundesländern und in Berlin-Ost das in der Bundesrepublik Deutschland geltende Krankenhaus-Finanzierungs- und Pflegesatzrecht in Kraft gesetzt und durch Übergangsregelungen modifiziert (vgl. Baugut 1999, 94).

Das Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 bildete den Auftakt zu weiteren umfassenden Veränderungen und konfrontierte die Krankenhäuser mit einer hohen Anpassungsdynamik, die unter anderem zu neuartigen Belastungen und Beanspruchungen führte. Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang nur auf die Deckelung der Budgets seit 1993, die Umstellung der Kostenerstattung auf ein Fallpauschalensystem, die Einführung des DRG-Systems (DRG - Diagnosis Related Groups) und dessen Modifizierungen, auf einen weiterhin geplanten Abbau von Krankenhauskapazitäten, auf umfassende Anforderungen im Bereich des Qualitätsmanagements und vieles andere mehr.

Die Veränderungen dieser und weiterer Leistungsgesetze im Gesundheitswesen und im Bereich Soziales haben unter anderem auch zu einem Perspektivenwechsel hin zur „Gesundheitswirtschaft“ beigetragen.

Zu den traditionell hohen Belastungen und Beanspruchungen für die Beschäftigten (vgl. Feuerstein, Badura 1991, Müller 2000b, Arnold et al. 2002) kamen neue hinzu. Als zentrale Stichpunkte für veränderte Rahmen- und Arbeitsbedingungen sowie Effekte auf die Qualität der Arbeit und Versorgung seien in diesem Zusammenhang erwähnt:

- eine zunehmende Ökonomisierung des Krankenhauswesens, verbunden mit dem (vermeintlichen) Wegbrechen bisheriger Werte und Orientierungen
- Verschiebungen im Machtgefüge der Krankenhäuser
- eine weit reichende Arbeitsverdichtung durch kürzere Liegezeiten und einen gestiegenen administrativen Aufwand
- die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen
- starker Personalabbau im pflegerischen Bereich
- Outsourcing von Unternehmensbereichen und andere Rationalisierungs- und Einsparmaßnahmen
- Differenzierungen von Leistungen, neue (einrichtungsübergreifende) Versorgungsformen (z.B. durch Integrierte Versorgung)

- Privatisierungen, Fusionen und Trägerwechsel, Angst vor Einkommens- und Arbeitsplatzverlust
- in Teilbereichen überdurchschnittlich hohe Krankheitsquote, Zunahme psychischer Erkrankungen
- vorzeitiger Ausstieg aus dem Pflegeberuf und Abwanderungen im Ärztlichen Dienst.

All das hat erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Gesundheitswesen und führt zu einer Vielzahl neuer Formen von Kooperationen und Konkurrenzen innerhalb und zwischen den Einrichtungen sowie mit neuen Partnern (vgl. Klauber et al. 2007). Die Entwicklungen wurden z. T. auch in der Ausgabe 6/2008 der Zeitschrift „Die Mitbestimmung“ im Themenschwerpunkt „Arbeiten in der Gesundheitsbranche – Wo bleibt die Menschlichkeit?“ aufgegriffen und differenzierter beschrieben.

Mitarbeiter/innen, Führungskräfte und Unternehmer/innen im Gesundheitswesen verstehen sich außerdem auf Grund ihrer Ausbildung und ihrer beruflichen Erfahrungen überwiegend als Expertinnen und Experten für Krankheit und Gesundheit. Ihr Umgang mit der eigenen Gesundheit ist aber aus vielerlei Gründen häufig problematisch (vgl. Müller, 2000b).

In diesem Zusammenhang stellt sich nach wie vor oft grundsätzlich die Frage, welche Chancen „gute Arbeit“ im System Krankenhaus hat. Gensch spricht in diesem Zusammenhang von einer im Vergleich zu anderen Betriebsarten „höherwertigen“ und „quasi naturrechtlichen Legitimation“, die aus der Frage abgeleitet wird:

„Was ist schon die Produktion eines Autos im Vergleich zur Rettung eines Menschenlebens? (...)

Weit über das hinaus, was andere Organisationen ihren Mitgliedern abverlangen, erwartet das Krankenhaus von seinen Beschäftigten Selbstlosigkeit, Aufopferung und „ethisch-moralische“ Orientierung. Insofern greift die Organisation die Einstellung auf, die ihre Mitglieder bereits mitbringen, bekräftigt sie und gibt sie als Erwartungen der Organisation an den Einzelnen zurück. (...) Weder die Rolle des „Wohltäters“ noch die des „Helden der Arbeit“ stellen Skripte für gesundheitsgerechtes Verhalten zur Verfügung. Mehr noch: Sie fordern

im Grunde, dass das eigene Gesundheitsinteresse zurückzustehen hat.“
(Gensch 2008, S. 44f)

Nicht zuletzt muss die Reflexion über Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus auch die weit reichenden Anforderungen berücksichtigen, die die WHO bezogen auf die Aufgaben und Rolle der Krankenhäuser in der Gesundheitsförderung insgesamt formuliert hatte, und die unter anderem in der Entwicklungen des Internationalen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und ab 1995 des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) einen Ausdruck fanden (vgl. Kapitel 4.1).

Und dass sich viele Krankenhäusern in den vergangenen 15 Jahren zu „Gesundheitszentren“ entwickelten, ist nicht unbedingt Ausdruck dafür, dass sie gleichermaßen zu gesünderen Organisationen geworden sind.

1.4 Forschungsstand

Bezogen auf den allgemeinen Forschungsstand zum Thema Arbeit, Organisation, Gesundheit und betriebliche Gesundheitspolitik verweise ich unter anderem auf die 2004 veröffentlichten Ergebnisse der Expertenkommission betriebliche Gesundheitspolitik, auf die Beiträge von Badura und Rosenbrock beim 15. Gesundheitspolitischen Kolloquium der Fakultät der Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld am 10. und 11. April 2008 (www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kolloquim/presentationen.html) und die Dissertation von Uta Walter zur Qualitätsentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (Walter 2007). Zur Frage, wie Betriebliches Gesundheitsmanagement implementiert werden kann und sollte, und welche förderlichen und hemmenden Bedingungen zum Erfolg bzw. Misserfolg von Gesundheitsförderungsprojekten beitragen, bieten die Arbeiten von Badura, Hehlmann 2002 und Rosenbrock 2003 gute Grundlagen für die Expertise.

Außerdem liegen unter anderem Studien zur Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in bestimmten Branchen vor (z.B. Metallverarbeitende Betriebe; Handel, Banken, Versicherungen, Kernverwaltungen von Kommunen), bezogen auf Unternehmensgrößen (z.B. KMU) und orientiert an Anbietern (z.B. Gesundheitsförderung durch Krankenkassen). Auch gibt es Metastudien zur Evaluation einzelner Maßnahmentypen (z.B. Rückenschulen).

Bezogen auf Literatur zur Arbeit im Krankenhaus und zur Qualität und Evaluation von Gesundheitsförderung im Krankenhaus verweise ich auf Badura, Siegrist 1999; Pelikan, Wolff, 1999 und Arnold et al. 2002. Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bildete auch den Themenschwerpunkt des Fehlzeitenreports 2004 (Badura et al. 2005). Insgesamt bieten der seit 1999 jährlich vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) zusammen mit der Universität Bielefeld herausgegebene ‚Fehlzeitenreport‘ (Badura et al. 2000 – 2008) und der seit 1993 ebenfalls vom WidO herausgegebene ‚Krankenhaus-Report‘ eine wichtige Grundlage zu den Themen Arbeit und Organisation sowie über Hintergründe und Entwicklungen im Krankenhaus-Bereich (Arnold et al. 1993 – 2002, Klauber et al. 2003 – 2008/2009).

Im 2009 abgeschlossenen und von der HBS geförderten Forschungsprojekt „Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Patientenversorgung – Eine Befragung von Ärztinnen und Mitarbeitervertretungen in Krankenhäusern“ wurde im Rahmen eines Projektmoduls speziell das Thema „Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement im Krankenhaus“ auf einer Mikro- und Mesoebene untersucht (von dem Knesebeck et al. 2009).

2 Methodisches Vorgehen

Ziel der Expertise ist es, einerseits den Umfang und Entwicklungsstand der Institutionalisierung und Durchführung von BGF und BGM in Krankenhäusern aufzuzeigen. Andererseits soll die Rolle zentraler überbetrieblicher Akteure bei der Entwicklung im Setting Krankenhaus beschrieben werden.

Die Mehrebenenanalyse bedient sich dabei der Methodik der Dokumentenanalyse (Literatur-, Datenbankrecherchen) und der Experteninterviews. Durch die Interviews wird besonders die Meso-Ebene in Bezug auf die Rolle, Strategien und Interventionen besonders profilierter Berufgenossenschaften und Krankenkassen untersucht. Die Bedeutung der Makro-Ebene wird unter anderem in Zusammenhang mit den Sozialpartnern (Gewerkschaften) und bezogen auf Normsetzungen durch die WHO reflektiert. Auf der Mikroebene wird vornehmlich auf Krankenhäuser verwiesen, in denen durch BGF- und BGM-Projekte eine Weiterentwicklung der Präventionsarbeit mit Hilfe überbetrieblicher Akteure praktiziert wurde.

Durch die Experteninterviews wurde die Bedeutung von BGF und BGM im System Krankenhaus aus Sicht überbetrieblicher Akteure sowie ihr auf dieses Themenfeld bezogene Engagement mit einem teilstandardisierten Fragebogen erfasst. Es wurde auch gefragt, ob es eine (branchenbezogene) Reflexion der Maßnahmen bei den überbetrieblichen Akteuren selbst gibt, und wie sie organisiert ist, um Lernprozesse und Strategieentwicklungen nach innen und außen zu initiieren.

Kriterium für die Auswahl der Interviewpartner/innen war:

1. eine Streuung über die verschiedenen Akteursgruppen herzustellen
2. einen fortgeschrittenen Entwicklungsstand bei der Unterstützung von Krankenhäusern im BGF und BGM abzubilden.

Die Gesprächspartner/innen sollten Expert/innen für die Durchführung von BGF und BGM sein und/oder Einfluss auf die Programmatik und die Gestaltung von Maßnahmen in ihren eigenen Organisationen haben. Ausgewählt wurden Personen aus dem Bereich der Sozialversicherungsträger (Unfallversicherungsträger, Krankenkassen) und aus den Tarifvertragsparteien (Gewerkschaften).

So wurden förderliche und hemmende Rahmenbedingungen bezogen auf Gesundheitsförderungsprojekte aus einer Metaperspektive erfasst, die im System Krankenhaus ihren Ursprung haben, aber möglicherweise auch durch Rollen- und Interessenskonflikte zwischen den verschiedenen Akteursebenen beeinflusst sind.

Die Äußerungen der Gesprächsteilnehmer/innen zum Zeitpunkt, zur Dauer, zu Umfang und Zielgruppen von BGF und BGM Projekten in Krankenhäusern fließen in die Darstellungen in Kapitel 4 ein. Einschätzungen und Reflexionen über hemmende und förderliche Bedingungen in Bezug auf Interventionen in Krankenhäusern aus Sicht der überbetrieblichen Akteure und Konsequenzen in Bezug auf die eigene strategische Ausrichtung werden auch in Kapitel 5 aufgegriffen.

Eine weitere Grundlage der Expertise bilden eigene Forschungsergebnisse, Projektberichte und Erfahrungen aus Umsetzungsbegleitungen in BGF- und BGM-Projekten in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens im In- und Ausland. Seit Anfang der 1990 Jahre bestehen außerdem vielfältige Kooperationsbeziehungen mit überbetrieblichen Akteuren und Mitgliedschaften in Netzwerken, die sich mit der (betrieblichen) Gesundheitsförderung in und durch Einrichtungen des Gesundheitswesens und in anderen Branchen befassen.

3 BGF und BGM im Krankenhaus

3.1 Entwicklungen und Trends

Mit Beginn der 1990er Jahre geriet das Krankenhaus in vielfältiger Weise in den Blick. So wurden in Anknüpfung an die Ottawa-Charta der WHO (1986) und deren „Setting-Ansatz“ für das System Krankenhaus vielfältige Rollen und Aufgaben in der Gesundheitsförderung beschrieben. Die Umsetzung des fünften Prinzips der Ottawa-Charta, die „Reorientierung der Gesundheitsdienste“ wurde seit 1988 auch für das Setting Krankenhaus durch das Europa Büro der WHO in Kopenhagen unterstützt und gleichzeitig in Wien mit dem WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ begonnen (Pelikan, Wolff 1999, 7). Ab 1993 fanden im Rahmen des Europäischen Modellprojekts auch Gesundheitsförderungsprojekte in fünf deutschen Krankenhäusern statt (vgl. Kap. 4.1).

Orientiert am Gutachten „Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ (Feuerstein, Badura 1991) fand von 1992 - 1995 das bundesweit erste systembezogene Forschungs- und Interventionsprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus statt; es wurde durch die Hans-Böckler-Stiftung gefördert. Ansätze und Vorgehensweisen betrieblicher Gesundheitsförderung in der Industrie sollten hier vor dem Hintergrund der Systembedingungen im Krankenhaus modifiziert werden. Im Rahmen einer umfangreichen Organisationsanalyse galt es auch, verschiedene Analyseinstrumente hinsichtlich ihres Beitrags zur Generierung von „Daten für Taten“ und somit auch zur Auswahl prioritärer Interventionsbereiche zu testen.

Im Projektverlauf wurden im Städtischen Klinikum Solingen, einem Krankenhaus der Maximalversorgung mit seinerzeit 1540 Beschäftigten „Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung“ zusammengebracht, der traditionelle Arbeits- und Gesundheitsschutz einbezogen und neue Formen der Partizipation von Mitarbeiter/innen praktiziert. Bereits im Rahmen dieses Projektes konnte der Zusammenhang zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und der Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung nachgewiesen werden. Außerdem wurden Kriterien für eine Erfolg versprechende Implementierung Betrieblicher Gesundheitsförderung im System Krankenhaus abgeleitet (vgl. Müller, Münch 1994; Müller, Münch, Badura 1997).

Das Solinger Modellprojekt zeichnete sich durch eine hohe Transferqualität nach innen und außen aus. So wurden die im Projekt implementierten Strukturen und Prozesse zum einen auch nach dem Auslaufen des Förderzeitraums im Städtischen Klinikum Solingen genutzt, weiter entwickelt und Mitarbeiter/innen für die Übernahme neuer Aufgaben qualifiziert (Müller 2000a). Zum anderen knüpften mehrere in Deutschland und im internationalen Kontext durchgeführte Projekte zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus an das Modellprojekt an und bauten es aus, wie z.B. das von 1999 – 2001 ebenfalls von der HBS geförderte Projekt „Effiziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives wissenschaftliches Begleitprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Sektor“ (vgl. u.a. Badura, Münch, Walter 2002, Müller 2002, Müller, Hagenmeyer 2000, Universitätsklinikum Freiburg 2005).

Außerdem führten frühe Promotoren der Betrieblichen Gesundheitsförderung (besonders BKK-Bundesvorstand, AOK-Niedersachsen) einzelne mitarbeiterbezogene Gesundheitsförderungsprojekte in Krankenhäusern durch.

Inhaltliche und strategische Anknüpfungspunkte in Bezug auf eine partizipative Organisationsgestaltung in Krankenhäusern gab es z.B. auch in Zusammenhang mit in der ersten Hälfte der 1990er Jahre durchgeführten Qualitätszirkelprojekten. So hatte beispielsweise das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen am Städtischen Krankenhaus Leverkusen eine Projektgruppe zur „Umsetzung der Empfehlungen der 3. Landespflegekonferenz vom 17. April 1991“ mit dem Ziel eingesetzt, die Arbeitszufriedenheit des Pflegepersonals zu erhöhen und die Versorgung der Patienten im Krankenhaus zu verbessern.

Seit Mitte der 1990er Jahre positionierten und profilierten sich weitere Institutionen, Akteure und Akteursgruppen als Unterstützer, Berater und Qualifizierer für BGF/BGM (auch) im Krankenhaus und in anderen Pflegeeinrichtungen. Zunächst gehörten dazu vornehmlich die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (bgw), verschiedene Hochschulen und Institute (z.B. Uni Bielefeld/Prof. Badura, Uni Köln/Prof. Pfaff; Uni Hannover/Prof. Schwarz, WZB/Prof. Rosenbrock, Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung der AOK, Köln) und Gewerkschaften (ötv/ver.di). Befördert durch gesetzliche Änderungen und den wachsenden Druck auf das Gesundheitswesen treten seit der Jahrtausendwende

weitere Krankenkassen, Unfallversicherer und Berufsgenossenschaften als Promotoren und Unterstützer auf.

Auch Berufsgruppen, wie bspw. Arbeitsmediziner im Gesundheitsdienst, die der Thematik zunächst oft skeptisch gegenüberstanden, greifen das Thema Gesundheitsförderung inzwischen häufiger auf (Müller, Stößel 1998). Wie breit das Spektrum der von ihnen unterstützten Analyse und Interventionen inzwischen ist, lässt sich in der aktuellen Veröffentlichung zum jährlich stattfindenden Freiburger Symposium „Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst“ nachlesen (vgl. Hofmann et al. 2009).

Besondere Aufmerksamkeit verdienen auch weitere Netzwerke, die sich mit der Gesundheit von Beschäftigten im Gesundheitswesen befassen. Dazu gehört besonders das Deutsche Netz betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) mit seinem Forum ‚Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege‘.

Bei der Auftaktveranstaltung, die am 28.10.2003 im Rahmen des Kongresses Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (A+A) in Düsseldorf stattfand, gehörten Vertreter/innen des BKK-BV, des DNGfK und der BGW zum Koordinatorenteam. Später kamen Koordinator/innen von Trägerorganisationen, aus dem Bereich der Unfallversicherer und aus Krankenhäusern hinzu.

Der thematische Initiativkreis (TIK) „Gesund Pflegen“ ist Teil der 2002 vom BMAS ins Leben gerufenen Initiative Neue Qualität der Arbeit – INQA. Um die Pflege als wichtiger Branchenschwerpunkt zu unterstützen, wurde der TIK „Gesund Pflegen“ im Juni 2004 konstituiert. Ihm gehören Vertreter/innen von Berufsverbänden, Krankenversicherungen, Unfallversicherungsträgern, Universitäten und Forschungsinstituten, Pflegeeinrichtungen, Gewerkschaften, Bund und Ländern, Unternehmensberatungen sowie Vereinen und Netzwerken an. Zur allgemeinen Entwicklung der beiden Netzwerke verweise ich auf die Beiträge von Breucker, Fischer sowie auf den Beitrag von Lenhardt, die in wenigen Monaten im „Lehrbuch betrieblicher Gesundheitsförderung“ erscheinen werden (vgl. Faller 2009).

Auch im Rahmen dieser Netzwerke wird in Diskussionen deutlich, dass sich einzelne Krankenhäuser und Trägerorganisationen selbst als Anbieter betrieblicher Gesundheitsförderung profilieren wollen.

Begleitet und befördert durch einen rasanten Auf- und Ausbau der Public Health - und Gesundheitswissenschaftlichen (Aufbau-)Studiengänge, gab und gibt es außerdem eine Vielzahl privater Anbieter und von Institutsneugründungen.

Durch die alternden Belegschaften und in Zusammenhang mit (regional sehr unterschiedlich ausgeprägten) Problemen, ärztliches und pflegerisches Personal zu rekrutieren, erweist sich das Thema „Alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung“ zunehmend als Impuls und Anknüpfungspunkt für BGF und BGM im Krankenhaus.

3.2 Forschung und Dokumentation

Die rein quantitative Ausweitung einer Anbieterstruktur lässt allerdings keine Rückschlüsse darauf zu, inwieweit, mit welcher Ausrichtung und Qualität BGF und BGM inzwischen Einzug in Krankenhäuser genommen haben, und inwieweit das Wissen über Vorgehensweisen, Ergebnisse und Effekte systematisch bei den überbetrieblichen Akteuren selbst und einrichtungsübergreifend genutzt werden kann und genutzt wird.

Und obwohl eine gesundheitsfördernde Arbeits- und Organisationsgestaltung mit Hinweis auf einschlägige Publikationen schon 1997 in das Instrumentarium des Klinikmanagements aufgenommen wurde (vgl. Borsi 1997), gibt es vergleichsweise wenige Veröffentlichungen im Sinne von Projektberichten, Evaluationsstudien oder Metastudien. Wissenschaftlich begleitete Interventionen fanden neben dem Solinger Projekt (Müller et al. 1997) beispielsweise in Gesundheitsförderungsprojekten mit Reinigungskräften in Hamburger Krankenhäusern statt (Dannfeld, Huth 2000). Eine Übersicht über Ansätze und Vorgehensweisen in Krankenhäusern finden sich auch bei Pelikan, Wolff (1999), Münch, Walter, Badura (2003), im Projektbericht des Universitätsklinikums Freiburg (2005), bei Neuhaus und Metz (2005) sowie im Bericht eines von der BAuA geförderten Projektes, das in drei Krankenhäusern durchgeführt wurde (vgl. Bartholomeyczik et al. 2008).

In der Metastudie zu Gesundheitszirkeln, die vom BKK-BV durchgeführt wurde, stellt Sochert fest: „Das Dienstleistungsgewerbe mit Projekten in einem Handelsunternehmen, zwei Krankenhäusern und einer Verwaltung ist mit einem Anteil von 13 % leicht unterrepräsentiert.“ (Sochert 2000, 84).

Eine an der Universität Konstanz erstellte Diplomarbeit, in deren Rahmen eine vergleichende Untersuchung der Gesundheitsförderungsprojekte im Städtischen Klinikum Solingen und am Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen, Hamburg auch in Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Interventionsansätze durchgeführt wurde (vgl.

Lux 1998), macht ebenso wie die an der Universität Bielefeld von Oliver Gröne eingereichte Diplomarbeit „Das Krankenhaus als lernende Organisation? Möglichkeiten und Grenzen einer patientenorientierten Organisationsgestaltung“ (vgl. Gröne 1999) deutlich, dass eine systematische Auswertung entsprechender Arbeiten noch aussteht.

Mit den Publikationen „Gute Lösungen in der Pflege“ I und II dokumentierten die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) in Kooperation mit dem DNBGF Gemeinsamkeiten erfolgreicher Projekte in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege. Ein Auswahlkriterium dieser unter sehr unterschiedlichen Themenstellungen gestarteten Projekte war, dass Prinzipien der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Strukturen, Prozessen und Ergebnissen der Projekte erkennbar waren (vgl. Müller, 2005b und 2008).

Die INQA-Datenbank Gute Praxis wählt aus den aktuell 300 Praxisbeispielen unter dem Stichwort „Krankenhäuser“ 21 Projekte aus. Die darin enthaltenen 14 Praxisprojekte zur Gesundheitsförderung in deutschen Krankenhäusern finden überwiegend in Mitgliedshäusern des DNGfK statt.

Auch die 2009 abgeschlossene Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) in Kooperation mit den Universitäten Hamburg und Düsseldorf verdeutlicht, dass es Fortschritte gibt, um die Verbreitung von BGF und BGM im Krankenhaus aber noch immer nicht besonders gut bestellt ist und die Qualität der Strukturen, Prozesse und Ergebnisse nur auf Grundlage weiterer Studien beschrieben werden kann.

3.3 Zwischenfazit

Beschäftigte in Einrichtungen des Gesundheitswesens sind theoretisch und praktisch längst in den Focus geraten, wenn es um Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement geht. Und wie in anderen Branchen auch gibt es eine Fülle von punktuellen Angeboten und Maßnahmen, die von der Unterstützung für die Nutzung von Fitnessstudios, über Gesundheitstage, einzelne Gewichtsreduktions- und Nichtraucherurse bis hin zu Lauftreffs und Rückenschulen reichen.

Folgende Trends lassen sich nachzeichnen:

- Es gibt inzwischen viele Erkenntnisse über Problemlagen und Interventionen auch im Gesundheitswesen; dabei erhält die Berufsgruppe der Pflegenden die meiste Aufmerksamkeit.
- Berufsgruppenübergreifende Ansätze und ein umfassendes betriebliches Gesundheitsmanagement sind nach wie vor selten. Das gilt erst recht für die Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten. Somit ist noch immer wenig über die Nachhaltigkeit und den Transfer in andere Organisationsbereiche bekannt.
- Bezogen auf einzelne Interventionstypen, z.B. Rückenschulen, liegen inzwischen sowohl Langzeituntersuchungen als auch Metastudien vor.
- Die Anzahl der externen und internen Akteure und Unterstützer wurde deutlich ausgeweitet, ebenso institutionenübergreifende Kampagnen durch neue Netzwerke. Diese quantitative Veränderung der Anbieterstruktur lässt allerdings keine Rückschlüsse darauf zu, inwieweit, mit welcher Ausrichtung und Qualität BGF und BGM inzwischen Einzug in Krankenhäuser genommen haben, und inwieweit das Wissen über Vorgehensweisen, Ergebnisse und Effekte systematisch und einrichtungsübergreifend genutzt werden kann.
- Durch die Publikation von Beispielen guter Praxis, Wettbewerbe und den Aufbau von Datenbanken wird eine Grundlage ausgebaut, Erfahrungen zu teilen und voneinander zu lernen.
- In Zusammenhang mit Veränderungsprozessen in Krankenhäusern wird häufig darauf hingewiesen, dass diese sich „aufgrund der Resistenz der professionellen Mitarbeiter gegen organisationale Strategien häufig als Makulatur erwiesen“ (Gröne 1999, 2). Dieser Erklärungsansatz reicht für die mangelnde Verbreitung und Nachhaltigkeit oder das Scheitern von BGF und BGM im Krankenhaus bei Weitem nicht aus.

Im System Krankenhaus erweist sich zunehmend als förderlich, wenn über die Einführung von Qualitätsmanagementsystemen systematische Strukturen und Prozesse bereits in eine Organisation Einzug gehalten haben (vgl. Ferber et al. 2009). Dieser Zusammenhang war unter anderem Untersuchungsgegenstand im bereits benannten Forschungsprojekt „Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Patientenversorgung – Eine Befragung von Ärztinnen und Mitarbeitervertretungen in Krankenhäusern“ (von dem Knesebeck et al. 2009). Im Rahmen eines Projektmoduls wurde hier speziell das Thema „Gesundheitsförderung und Qua-

litätsmanagement im Krankenhaus“ auf einer Mikro- und Mesoebene untersucht. Der Abschlussbericht wird 2009 veröffentlicht.

In der Studie „Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation“, wies die Robert-Bosch-Stiftung 2007 auf weitere Trends hin, die betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in Einrichtungen des Gesundheitswesens weiter befördern können. Hierzu zählen beispielsweise der zunehmende Konkurrenzkampf um qualifiziertes Personal vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung einerseits und Abwanderungstendenzen andererseits, die zunehmende Feminisierung des Arztberufs und die wachsende Bedeutung der Beschäftigten als Gestalter von Veränderungsprozessen.

Vor dem Hintergrund weiterer aktueller Problematiken in Zusammenhang mit der Entwicklung der Krankenhauslandschaft allgemein und der Bedeutung der „Resource Personal“ sowie deren Gesundheitszustand im Besonderen, nehmen gleichzeitig die Hinweise darauf zu, dass Fachkräftemangel und schlechte Arbeitsbedingungen sich als Achillesferse der Gesundheitsbranche erweisen könnten (vgl. Hilbert/Evans 2008). In diesem Zusammenhang setzt auch das Krankenhausmanagement auf positive Impulse durch BGF/BGM.

4 (Überbetriebliche) Akteure im Krankenhaus

Bei der Fachtagung „Krankenhaus der Zukunft“ (13.10.1994 in Hohensyburg) wies Heinz Lohmann, seinerzeit stellvertretender Vorsitzender der Geschäftsführung des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK), Hamburg in seinem „Grundsatzreferat“ auf die „Qualitätsverantwortung als zentrale Aufgabe“ hin und führte aus:

„Krankenhäuser sind, so erschreckend das zunächst klingt, gegenüber anderen Betrieben aus meiner Sicht sehr unverantwortliche Betriebe. Die Verantwortungsstrukturen in Krankenhäusern sind viel unklarer als in vielen anderen Betrieben, wenn man ganz genau hinguckt. Wir haben an vielen Stellen keine bürokratischen Strukturen oder Hierarchien, wie viele denken. Wenn wir Hierarchien hätten, hätten wir ja genau festgelegte Verantwortungsstrukturen, sondern wir haben an vielen Stellen noch autoritäre Strukturen. Also eigentlich sehr archaische, sehr unstrukturierte Verhältnisse. Dieses versuchen wir, mühselig genug, aufzubrechen, zu durchbrechen und wirklich Qualitätsverantwortung als eine Aufgabe für jeden einzelnen, für jede einzelne Mitarbeiterin und jeden einzelnen Mitarbeiter zu definieren. (...)

Krankenhäuser sind personalintensive Dienstleistungsunternehmen. Sie haben aber in Wahrheit häufig eine Personalstruktur, eine Personalverantwortung, die vorsintflutlich ist, die bestenfalls eine Personalverwaltung ist, also modernen Anforderungen von Personalentwicklung, Personalförderung, Karriereförderung nicht gerecht wird. Das ist ein Feld, auf dem die Krankenhäuser, glaube ich, in der Zukunft sehr viele Erfolge erzielen können, auch gerade wenn es um die Frage geht, wo in den Krankenhäusern Ressourcen bisher nicht genutzt werden.“ (Lohmann 1995, 32f)

Mit dieser Einschätzung verwies Lohmann auf zwei zentrale Rahmenbedingungen, die die Einführung und Verstetigung eines BGM in Krankenhäusern stark beeinflussen: unklare Verantwortlichkeiten und Führungsstrukturen sowie eine rudimentäre Zuständigkeit des Personalwesens. Zwischenzeitlich hat es auf der Managementebene vielfältige Entwicklungen gegeben.

Dennoch verhindern Strukturen und Kulturen im Krankenhaus immer wieder, dass interne Fach- und Machtpromotoren „identifizierbar“ sind, und für BGF und BGM gewonnen werden können. Das ist umso bedeutender, wenn Interventionen in Großunternehmen wie beispielsweise Universitätskliniken mit mehreren Tausend Beschäftigten und einer Vielzahl von Kliniken, Instituten und Abteilungen geplant sind, die jeweils wiederum komplexe interne Strukturen und vielfältige Kooperations- Konkurrenz- und Abhängigkeitsstrukturen nach innen und außen aufweisen (vgl. Universitätsklinikum Freiburg 2005).

Bezogen auf die Rekrutierung von Führungspersonal konstatierte Badura in seinem Vortrag bei der 1. Fachtagung „Gesundheitsförderung in Universitätskliniken“ am 23. Juni 2006 in Bonn: „In den Krankenhäusern kommen immer noch Experten in Führungspositionen ausschließlich wegen ihrer fachlichen Kompetenz – nicht wegen ihrer besonderen Fähigkeiten in Sachen Menschenführung.“ Darüber hinaus wurden vielfältige weitere, sich zum Teil widersprechende Anforderungen und Möglichkeiten einer Realisierung von Gesundheitsförderung im medizinischen Hochschulsektor diskutiert und Strategien und Interventionsmöglichkeiten erörtert. Die Veranstalter dieser Tagung waren die Landesunfallkasse (LUK) NRW, das Universitätsklinikum Bonn (dort fand seinerzeit ein Gesundheitsförderungsprojekt im Transportdienst statt), das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser und der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschulen der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen (vgl. http://www.luk-nrw.de/intern/projekte/2006/dl_projekte_2006.asp).

Das Beziehungsgeflecht zwischen betrieblichen und überbetrieblichen Akteuren der betrieblichen Gesundheitspolitik stellt sich insgesamt als sehr komplex dar, und weist darüber hinaus weitergehende Kooperationserfordernisse auf (vgl. Rosenbrock 2004, 11ff). In Bezug auf die Kooperation zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen beispielsweise kommen zusätzliche Aspekte hinzu, denn beide sind bezogen auf das Leistungsgeschehen (z.B. über Pflegesatzverhandlungen) auch unmittelbar Vertragspartner. In der Frühphase von BGF im Krankenhaus hatte das vereinzelt Auswirkungen auf die Projektgestaltung. Ob es derzeit Effekte hat, ist unklar.

Insgesamt agieren (über-)betriebliche Akteure „nicht unabhängig im ‚luftleeren Raum‘: die staatlichen Arbeitsschutzbehörden und auch die Berufsgenossenschaften hängen in ihren Aktivitätsprofilen von formellen und informellen Impul-

sen und Anforderungen übergeordneter Normgeber (v.a. Landes- und Bundesregierung, Europäische Union etc.) ab. Zum Teil wirken diese Institutionen auch direkt in den betrieblichen Raum hinein.“ (Rosenbrock 2004, 14)

Die folgende Abbildung gibt einen Überblick über überbetriebliche Akteure, die sich in der BGF und im BGM im Krankenhaus identifizieren lassen. Einige davon werden im Folgenden exemplarisch vorgestellt; dabei können die oben ange deuteten Wechselwirkungen nur punktuell berücksichtigt werden.



Abb. 1: Zentrale Akteure für BGF und BGM im Krankenhaus
(Quelle: eigene Darstellung)

4.1 Die WHO und das Deutsche Netz gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK)

Es war bereits darauf hingewiesen worden, dass die Rollen und Aufgaben der Krankenhäuser in der Gesundheitsförderung sehr vielschichtig sind. In Anknüpfung an die Ottawa-Charta der WHO (1986) sollten Krankenhäuser als so genannte “soziale Settings“

- eine stärkere Beachtung und gezielte Förderung von Gesundheitsprozessen im Rahmen der üblichen kurativen und pflegerischen Patientenversorgung sicherstellen
- zusätzliche, gesundheitsfördernde Dienstleistungsangebote als Aufgabenfel-

der erschließen

- sich zu einer gesünderen Lebensumwelt für Patienten und Besucher entwickeln und eine gesündere Arbeitsumwelt für die dort Beschäftigten bieten sowie
- gegenüber anderen Institutionen und der Bevölkerung in einer Region gleichermaßen Vorbild und Anwalt für Gesundheitsförderung sein.

Gesundheitliche Aspekte müssten dementsprechend bei allen operativen Aufgaben der Organisation Berücksichtigung finden.

Ab 1988 unterstützte das Europa Büro der WHO in Kopenhagen zunächst das Subprojekt für das Setting Krankenhaus. In diesem Zusammenhang startete auch das extern begleitete, umfassend dokumentierte und evaluierte WHO-Modellprojekt „Gesundheit und Krankenhaus“ in Wien.

Die Entwicklungen sollten durch „models of good practice“ und Diskussionsforen befördert werden. Und so initiierte das Europabüro der WHO 1990 das „International Network of Health Promoting Hospitals“. 1991 wurde die „Budapest Declaration on Health Promoting Hospitals“ verabschiedet und 1993 traf man sich in Warschau zur „1st International Conference on Health Promoting Hospitals“.

Im europäischen Pilotprojekt, für das 20 Krankenhäuser aus elf europäischen Ländern ausgewählt worden waren, davon fünf aus Deutschland, wurden von 1993 bis 1997 beispielhaft gesundheitsfördernde Projekte, Werte und Standards entwickelt und in die medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Strukturen der Krankenhäuser und ihr jeweiliges kommunales Umfeld eingebracht. Die Erfahrungen dieses Pilotprojektes flossen in die „Wiener Empfehlungen für gesundheitsfördernde Krankenhäuser“ (1997) ein. Die BGW unterstützte die Begleitforschung zu den mitarbeiterbezogenen Aspekten der Entwicklungen im Diakonieklinikum Krankenhaus Alten Eichen in Hamburg (vgl. Opolzer 1997).

1995 wurde das Deutsche Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (DNGfK) gegründet. Es umfasst derzeit neun assoziierte und 70 ordentliche Mitglieder mit insgesamt mehr als 90 Einrichtungen (Stand: März 2009). Während in den ersten Jahren vornehmlich Projekte zur Gesundheitsförderung für Patienten und zur Erschließung neuer gesundheitsfördernder Dienstleistungen durchgeführt wur-

den (vgl. Müller, 2002), ist in den Mitgliedseinrichtungen die Umsetzung mitarbeiterbezogener Projekte in den letzten Jahren deutlich angestiegen.

Eine 2003 durchgeführte Auswertung der DNGfK Projekte ergab, dass von 288 Projekten 122 patientenorientiert und 107 mitarbeiterorientiert waren; 41 bezogen sich auf die Region und 18 waren Umweltprojekte.

Die folgende Abbildung zeigt, in welchen thematischen Bereichen die mitarbeiterorientierten Projekte durchgeführt wurden. Christa Rustler, damals Koordinatorin des Deutschen Netzes, wies einschränkend darauf hin, dass die Zuordnung zum Teil nicht eindeutig aus den Beschreibungen zu ersehen war. Außerdem wurden für die Berichterstattung lediglich Einzelprojekte abgefragt und keine Systematik in der Vorgehensweise. (vgl. Müller 2005a)

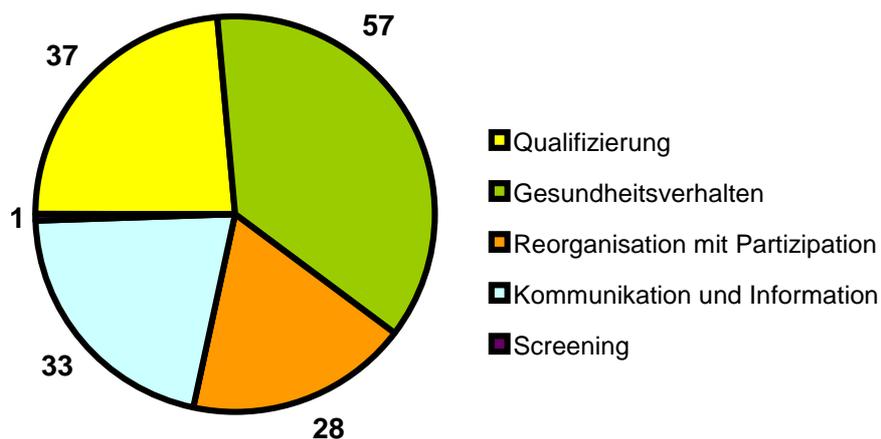


Abb. 2: Verteilung mitarbeiterorientierten Projekte auf Themenbereiche (Mehrfachzuordnungen, Quelle: DNGfK, Christa Rustler, 2003)

Auch bislang wird die interne Projektdatenbank noch nicht systematisch ausgewertet und als Grundlage weiterer Strategiediskussionen genutzt.

In den letzten Jahren ist im DNGfK jedoch insgesamt eine stärkere Professionalisierung und Vernetzung nachzuweisen. Hierzu einige Blitzlichter:

- Die personelle Ausstattung hat sich deutlich verändert: 2005 wurde Felix Bruder als erster hauptamtlichen Geschäftsführer eingestellt, seit Anfang 2009 gibt es in der Geschäftsstelle eine weitere Mitarbeiterin, die bereits

bei der TAUNUS BKK im Bereich Gesundheitsförderung und Projektmanagement gearbeitet hat. Die Geschäftsstelle zog nach Berlin, um sich besser als Partner von Politik und Verbänden zu etablieren. Die Öffentlichkeitsarbeit und der interne Erfahrungsaustausch wurden ausgebaut.

- Es wurde eine „Standard-Arbeitsgruppe“ des DNGfK gegründet, die das von Oliver Gröne für das Europäische WHO-Büro erarbeitete „Handbuch und Selbstbewertungsformulare“ zur Einführung von Gesundheitsförderung in Krankenhäusern bearbeitete und einen Kommentar verfasste. Mit Frau Dr. Kurscheid-Reich war in der Standard-AG eine Mitarbeiterin vertreten, die bereits Mitglied im Lenkungsausschuss des Solinger Modellprojekts gewesen war. Das Städtische Klinikum Solingen gehörte dann auch zu den Pilotkrankenhäusern, in denen die Standards erprobt wurden.
- Der damalige Vorsitzende des DNGfK, Elimar Brandt war einer der Autoren des 2001 veröffentlichten Buches: „Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM – Einführung“ und wurde Jahre später von der BGW für die BGF Aktivitäten in dem von ihm geleiteten Krankenhaus ausgezeichnet.
- Das DNGfK ist unter anderem in den nationalen Netzwerken INQA (TiK Gesund pflegen) und im Koordinatorenkreis der Sektion Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege im Deutschen Netz betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF) vertreten. Aktuell ist die Beteiligung an einem Projekt des DNBGF zur Förderung der psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt geplant (vgl. DNGfK Netz Nachrichten, 02/07, 2f und 01/09).
- Nachdem Qualifizierung und Empowerment für die internen Akteure im DNGfK und die Koordinatoren in den Mitgliedshäusern schon einige Zeit Thema gewesen war, fand im März 2009 das erste Grundlagenseminar des DNGfK zu Hintergründen und Entwicklungen der Gesundheitsförderung in Krankenhäusern statt (vgl. Ehrke-Schön, Müller 2004, Müller, Bruder 2009). Ihm folgt im Herbst 2009 ein Vertiefungsseminar, in dem es vor allem um Umsetzungsstrategien und -instrumente geht.

Nach der erfolgreichen Umsetzung eines 2005 durch das BMGS in Auftrag gegebenen Projekts zum „Aufbau eines Netzes rauchfreier Krankenhäuser“ wird das „Deutsche Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen“

mit inzwischen mehr als 180 Mitgliedern durch das Projektbüro Rauchfreie Krankenhäuser ebenfalls unter dem Dach der Geschäftsstelle in Berlin mit drei Vollzeitkräften weiter entwickelt.

Der Erfolg dieser Arbeit ist ein Grund dafür, dass zukünftig die Idee der Gesundheitsförderung verstärkt über bestimmte Themen und Kampagnen befördert werden soll. Mit der Entwicklung einer entsprechenden Strategie, mit Überlegungen hinsichtlich der Qualitätsentwicklung innerhalb des DNGfK und mit der Diskussion über eine – auf internationaler Ebene bereits erfolgte – Öffnung für andere Gesundheitseinrichtungen soll sich zukünftig eine Arbeitsgruppe unter dem Titel „Wachstum und Qualität“ befassen.

In den regionalen Arbeitsgemeinschaften, in den Publikationen und bei den jährlich stattfindenden nationalen Konferenzen des DNGfK ist insgesamt eine stärkere Hinwendung zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erkennbar.

Die bereits erwähnte Repräsentativbefragung des Deutschen Krankenhaus Instituts in Kooperation mit den Universitäten Hamburg und Düsseldorf (vgl. von dem Knesebeck et al. 2009) kommt auch zu dem Ergebnis:

„..., dass in fast allen Befragungsbereichen die Mitglieder im Deutschen Netz Gesundheitsfördernder Krankenhäuser besser abschneiden, als der Durchschnitt. So finden sich in den Einrichtungen wesentlich häufiger festgelegte Strategien zur Gesundheitsförderung. Die Angebote in den Bereichen Verhaltens- und Verhältnisprävention sind besser und die Personalentwicklung wird konsequenter betrieben. Die Ergebnisse zeigen insofern, dass bei den DNGfK – Mitgliedern in der Tendenz ein umfassender Ansatz des betrieblichen Gesundheitsmanagements bzw. eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur insgesamt angestrebt wird.“
(Gerecke 2009, 4)

In der Ausgabe 01/09 der ‚DNGfK Netz-Nachrichten‘ weist Dr. Svenja Hennigs – seit 2008 neu gewähltes Mitglied im Vorstand des DNGfK – auf die steigende Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der zunehmenden Arbeitsdichte hin.

Der DNGfK-Preis 2009 wird folgerichtig unter dem Motto ausgelobt: ‚Betriebliche Gesundheitsförderung dauerhaft umsetzen – Ideen für die Zukunft‘.

4.2 Hans-Böckler-Stiftung, DGB und Einzelgewerkschaften

Mit dem 1991 durch die Hans-Böckler-Stiftung (HBS) publizierten Gutachten „Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ (vgl. Feuerstein, Badura 1991) und dem von 1992 – 1995 unterstützten Forschungs- und Interventionsprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus (Müller et al. 1997) hatte die Forschungsförderung der HBS zu einem sehr frühen Zeitpunkt Innovationen in einer Branche und bezogen auf Konzepte ermöglicht, die innerhalb der Gewerkschaften zu dem Zeitpunkt nur bedingt als originäre Themen- und Handlungsfelder galten. Das Selbstverständnis gewerkschaftlicher Interessenvertretung war damals in weiten Teilen eher auf die Industrien, auf die Stärkung der Mitbestimmung und des Arbeitsschutzes gerichtet.

„Arbeit macht krank!“ war lange die Grundüberzeugung und Richtschnur gewerkschaftlicher Interessensvertretungspolitik gewesen. Der Gedanke, dass Arbeit auch gesund erhalten kann, galt häufig noch als Tabubruch, trotz der ersten Ansätze zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die seit Mitte der 1980er Jahre im Rahmen des Programms 'Humanisierung der Arbeit' erprobt wurden, und die auch neue Impulse für die Mitgestaltung durch Mitarbeiter/innen eröffneten.

Umso anerkennenswerter ist auch die in den folgenden Jahren konsequent fortgesetzte Förderpolitik der HBS. Sie ermöglichte unter anderem in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung vielfältige Projekte und Forschungen im Bereich der Gesundheitssystemforschung, der Krankenhausforschung und bezogen auf BGF, BGM und eine betriebliche Gesundheitspolitik, und initiierte den Diskurs zwischen Wissenschaft und Praxis in vielfältigen Akteurskonstellationen.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang an die bereits mehrfach zitierte ‚Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik‘, die die Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung 2001 einberufen hatte. Ihr gehörten 50 namhafte Unternehmer, Politiker, Verbandsvertreter, Repräsentanten der Sozialversicherungsträger und Wissenschaftler an. Die Kommission wurde vom früheren Vorsitzenden der IG Chemie, Papier, Keramik (IGCPK) Dr. Hermann Rappe und von Prof. Dr. Bernhard Badura, Universität Bielefeld geleitet. Die Arbeitsgruppe 3 unter der Leitung von Prof. Rolf Rosenbrock, WZB Berlin, befasste sich mit „Auftrag, Problemverständnis und Handlungsschwerpunkte überbetrieblicher Akteure“.

Die Ergebnisse und Empfehlungen der Expertenkommission wurden 2004 von der Bertelsmann und Hans-Böckler-Stiftung in der Denkschrift „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ veröffentlicht (vgl. Bertelsmann/HBS, 2004).

Die Expertenkommission hatte den beiden Stiftungen außerdem die „Gründung eines 'Initiativkreises Betriebliche Gesundheitspolitik' – zur Mediation der Sozialpartner, zur Rekonstruktion des Akteursgeflechts, zur Qualitätsentwicklung und Lösung der Transferprobleme“ empfohlen. Sie befasste sich in den Folgejahren vor allem auf der Ebene der Gesetzgebung mit den jeweils aktuellen Entwicklungen zum ‚Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention‘ (Präventionsgesetz), die Novellierung der gesetzlichen Bestimmungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen im § 20a und § 20b SGB V durch das GKV – Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) und mit der Reform der Gesetzlichen Unfallversicherung durch das Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz (UVMG) (vgl. Bertelsmann/HBS 2008, 1f, Mezger 2009).

Die Gewerkschaft ötv hatte die Mitarbeiter/innen des Solinger Modellprojektes mehrfach zu Vorträgen und Expertenrunden eingeladen. Mit dem von HBS und ötv/ver.di² unterstützten Projekt „Effiziente Organisations- und Führungsformen – ein integratives wissenschaftliches Begleitprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Sektor“ setzte sie sich aktiv als Promotor für BGF und BGM ein.

In Anlehnung an die Tarifrunde im Öffentlichen Dienst 1996, in der der damalige Bundesarbeitsminister Manfred Kanther (CDU) die Reduzierung von Fehlzeiten der Beschäftigten im Öffentlichen Dienst durch Karenztage und Hausbesuche in die Diskussion brachte, hatte der ötv-Hauptvorstand das Projekt 1997 beschlossen, 1999 gestartet und die Projektleitung übernommen. Zu den Modellbetrieben gehörten aus dem Gesundheitswesen das Klinikum Lippe-Lemgo, das Westfälische Zentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Dortmund sowie das Seniorenzentrum der AWO, Landesverband Hamburg e.V..

Durch das Projekt sollten unter anderem in den Modellbetrieben geeignete Strukturen und Prozesse implementiert und interne Akteure für die Übernahme neuer Rollen und Aufgaben qualifiziert werden. (vgl. Badura et al. 2002, HBS 2002).

² Die ÖTV fusionierte 2001 mit der Deutschen Angestelltengewerkschaft (DAG), der IG Medien, der Deutschen Postgewerkschaft (DPG) und der Gewerkschaft Handel, Banken und Versicherungen (HBV) zur Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di).

Ver.di veröffentlichte 2002 auch ein „Drehbuch für erfolgreiche Projekte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ und unterstützte über verschiedene Ressorts auch in den Folgejahren Projekte zur BGF im Krankenhaus.

Darüber hinaus gab und gibt es auf der Ebene der Untergliederungen entsprechende Anfragen oder Projekte in Eigenregie, wie z.B. das seinerzeit vom Personalrat des Universitätsklinikums Freiburg initiierte Interventionsprojekt (vgl. Universitätsklinikum Freiburg 2005). Eine systematische Berichterstattung und ressortübergreifende Dokumentation entsprechender Berichte steht noch aus.

Und so wird auf der Homepage zur Kampagne „Gute Arbeit“ (<http://www.verdi-gute-arbeit.de>) zwar auf die beabsichtigte Verbreitung guter Praxis hingewiesen und ein Krankenhausprojekt beschrieben. Die eigene Expertise und Historie scheint aber mit den früheren Akteuren und Initiatoren inzwischen über verschiedene Ressorts verstreut und/oder durch das Ausscheiden von Mitarbeiter/innen nicht mehr verfügbar zu sein.

1997 startete das Projekt ‚Präventionsnetzwerk PräNet‘, das vom DGB Bildungswerk e.V. und dem BAD Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH durchgeführt wurde. Es wurde im Rahmen des Programms „Modellvorhaben zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gefördert.

Im Projekt sollte die „adressatenspezifische Aufbereitung des Grundlagen- und Querschnittswissens (Basiswissen) und eine Vermittlungskonzeption zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen“ unterstützt werden:

„Übergreifende Zielsetzung von PräNet war in diesem Sinne die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen und der Abbau von Arbeitsbelastungen durch die adressatenspezifische Weiterbildung des Dienstleistungsangebotes von DGB Bildungswerk und BAD für die genannten Hauptadressatengruppen. (...)

Zum Vermeiden von Belastungen und Beschwerden und Verändern der Arbeitssituation brachte PräNet Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz zusammen zur Handlungskompetenz“ (Teske, Witte 2000, 10f).

Zu den Arbeitsbereichen, die im Projekt PräNet thematisiert wurden, gehörte auch das Krankenhaus (vgl. Müller 2000b).

Das DGB-Bildungswerk veranstaltet im Juni 2009 den 13. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung unter dem Motto „Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts!“ Im 11. Workshop „Lebenslanges Lernen: Hält gesund und fördert die Beschäftigungsfähigkeit“ wurden auch Rahmenbedingungen und Interventionsansätze in der Pflege thematisiert. (vgl. Gehltomholt, 2007).

BGF und BGM sind beim DGB und bei ver.di auf Tagungen, in Weiterbildungen, in Publikationen und Kampagnen und über die Beteiligung an Netzwerken ein Thema, das mit besetzt und befördert wird. Mit welchen Konsequenzen bezogen auf eine quantitative und qualitative Ausweitung in Krankenhäusern kann auf Grund der Datenlage nicht beurteilt werden.

Die Arbeit der Gewerkschaften hat sich für die und in den Gewerkschaften in den letzten Jahren massiv gewandelt. Sinkende Mitgliederzahlen und Fusionen der Einzelgewerkschaften hatten wohl auch erhebliche Veränderungen bezogen auf das Selbstverständnis und die Kultur in den Gewerkschaften und im DGB zur Folge.

In der Öffentlichkeit wurden zwischenzeitlich durch Tarifverträge der IGM (2006) und der IG BCE (2008) neue gesundheitsbezogene Weichenstellungen besonders vor dem Hintergrund des demographischen Wandels erkennbar, und die aktuellen Tarifverhandlungen der Gewerkschaft ver.di im Erzieherinnenbereich stellen auch das Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Mittelpunkt. Verschiedene Kampagnen des DGB und der Einzelgewerkschaften, wie bspw. der ‚DGB-Index Gute Arbeit‘ verdeutlichen eine Perspektivenausweitung.

Gleichzeitig wird eine Schwächung der Verhandlungsposition in der betrieblichen Praxis beschrieben, die einerseits aus den rasanten betriebsinternen Entwicklungen resultiert, andererseits durch Defizite bezogen auf die Strategie gewerkschaftlicher Interessenvertretung und die Qualifizierung der mitbestimmungspolitischen Akteure begünstigt wird. Dieses Spannungsfeld wird in einer seit 2008 durch die HBS geförderten Studie zur „Untersuchung des Kompetenz- und Strategiebedarfs von Betriebs- und Personalräten im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik“ aufgegriffen (FID 1/2009, 40f).

4.3 Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)

Die BGW ist die gesetzliche Unfallversicherung für nichtstaatliche Einrichtungen im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege. Sie ist Deutschlands zweitgrößte Berufsgenossenschaft und für rund sechs Millionen Versicherte in über 565.000 Unternehmen zuständig. Zu den beitragspflichtigen Unternehmen zählen unter anderem die Wohlfahrtsverbände, frei gemeinnützige und private Krankenhäuser, Altenheime, ambulante Pflegedienste, Arzt-, Tierarzt- und Zahnarztpraxen, Hebammen, Apotheken und Friseursalons.

Auf eine BGW-Krise in der Mitte der 1970er Jahre folgten zwei umfassende Modernisierungsphasen, die unter anderem durch eine Dezentralisierung der Behörde, durch einen starken Personalausbau, Personalentwicklung und die Professionalisierung der Geschäftsfelder sowie eine Neuordnung der Verwaltungsspitze gekennzeichnet waren. Das 1998 beschlossene Gesamtprojekt „BGW 2001“ bildete die Voraussetzung für die Neuausrichtung der BGW, die auch durch Projekte zum Unternehmensleitbild und zur -kultur, zur Unternehmensentwicklung und zur Kundenorientierung befördert wurde.³

Die BGW unterstützte verschiedene Forschungs- und Entwicklungsprojekte. So veröffentlichte sie beispielsweise 2003 zusammen mit der DAK und AOK eine Gemeinschaftsstudie zur gesundheitlichen Situation in der stationären Altenpflege und 2000 sowie 2005 zusammen mit der DAK zur Situation in der Krankenpflege. Der BGW-Pflegereport 2007 erschien unter der Fragestellung „Sieht die Pflege bald alt aus?“.

Mit der Initiative „Aufbruch Pflege“ engagiert sich die BGW seit 2006 für eine moderne Prävention in der Altenpflege. Sie gab viele Impulse, brachte insbesondere zahlreiche Akteure im Bereich der Pflege zusammen und initiierte konzertierte Aktionen.

Seit 1992 förderte die BGW die Begleitforschung zum WHO-Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ im Diakonie-Krankenhaus Alten Eichen, Hamburg. In der zweiten Hälfte der 1990er Jahre baute sie ein umfassendes Schulungskonzept zur Gesundheitsförderung, zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement,

³ Vgl. dazu ausführlich: BGW 2004 und Remé 2008

zur Organisationsentwicklung und Qualitätsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens auf, und ergänzte das Angebot über viele Jahre durch kostenfreie Beratertage zur Konzeptentwicklung in den Unternehmen. So sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der stationären und ambulanten Pflege für die Durchführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements qualifiziert und bei dessen Anpassung auf die spezifischen Bedingungen unterstützt werden.

Hartmut Genz, der diese Entwicklungen über viele Jahre hinweg im BGW-HV maßgeblich beeinflusste, wies in seinem Beitrag beim Workshop zum Projekt „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ im Mai 2000 in Düsseldorf auf die bis dahin entwickelten Instrumente zur Analyse von Belastungsfaktoren, auf Materialien und Veranstaltungen zur „Sicherheitswerbung“ und auf den seit 2000 ausgelobten und im Rahmen des jährlich stattfindenden BGW-Forums vergebenen BGW-Gesundheitspreis „für eine vorbildliche Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ hin.

Er führte weiter aus:

„Die BGW hat als grundsätzliche Vorgehensweise der erweiterten Prävention die Organisationsentwicklung zur Gesundheitsförderung adaptiert. Um die wichtigsten Teile eines solchen Projektes zu vermitteln, werden sieben verschiedene Seminare angeboten. Sie sollen geeignete VertreterInnen der Betriebe in die Lage versetzen, eigenständig ein Gesundheitsmanagement aufzubauen“: (Genz, 20)

Zwischenzeitlich differenzierte die BGW ihre Analyseinstrumente zum BGM orientiert an den Bedarfen der sehr unterschiedlichen Betriebstypen, Betriebsgrößen und zielgruppenspezifisch. Zur Zeit wird ein Analyseinstrument zur Erfassung der psychischen Belastungen bei Krankenhausärzten entwickelt.

Das Seminarprogramm weist eine beachtliche Themenvielfalt und mehrstufige Seminarprogramme aus. Zu den erstmalig ins Seminarprogramm 2009 aufgenommenen Seminaren gehört eines zur „Methodenkompetenz für betriebliches Gesundheitsmanagement“, das sich an Unternehmer, Führungskräfte, Personalverantwortliche, Qualitätsmanagement-Beauftragte, Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte wendet. Dieses Training ist ausschließlich für Personen

buchbar, die an der „Qualifizierung betriebliches Gesundheitsmanagement“ teilnehmen. Als Ziel wird formuliert:

„Die Teilnehmer sind in der Lage, Projektgruppen und Gesundheitszirkel so zu leiten, dass sich alle Gruppenmitglieder ergebnisorientiert einbringen können. Sie können Projekte managen und mit Widerständen im Betrieb umgehen.“ (BGW 2008, 59).

Zu den Themen gehören neben Moderations- und Präsentationstechniken und Gruppendynamik unter anderem auch Projektreflexion und Veränderungsmanagement.

Als Ergänzung der Seminare „Betriebliches Gesundheitsmanagement durch Organisationsentwicklung“ und „Unternehmensleitbild – Orientierung für den gesunden Betrieb“ wird für die Umsetzung im Betrieb die Unterstützung durch erfahrene Berater angeboten (vgl. BGW 2008, 56f).

Multiplikator/innen und Berater/innen der BGW werden – bezogen auf die Durchführung spezieller Programme – geschult und regelmäßig zu Beratertreffen eingeladen.

Der Anspruch, in und mit den Unternehmen nachhaltige Prozesse anzustoßen, zeigt sich unter anderem auch im Programm „Qualitätsmanagement mit integriertem Arbeitsschutz“, das ebenfalls einrichtungsspezifisch ausgerichtet ist.

Darüber hinaus gibt es Seminar- und Workshopreihen, die sich ausschließlich an das obere Management von Krankenhäusern richten, um dadurch Weichenstellungen für eine Verknüpfung von Gesundheits- und Qualitätsmanagement zu unterstützen.

Das ‚bgw forum 2009‘ befasst sich mit dem Gesundheitsschutz für Krankenhaus- und Klinikpersonal, dabei geht es in den Vorträgen und Workshops um alle Aspekte der Mitarbeitergesundheit einschließlich Arbeitsorganisation und Qualitätsmanagement. Einen besonderen Schwerpunkt bildet das Thema „Kommunikation und soziale Beziehungen“. Vorgestellt werden innovative Lösungen und Modellprojekte, die sich direkt in die Praxis übertragen lassen. Im Eröffnungsplenum spricht der amtierende Bundesarbeitsminister Olaf Scholz über „Arbeits- und Gesundheitsschutz als Wettbewerbsvorteil im Krankenhauswesen.“ Die BGW erwartet rund 800 Führungskräfte, Beschäftigte, Arbeitnehmervertreter und Arbeitsschutzexperten aus dem Bereich Krankenhaus und Klinik. (vgl. BGW 2009)

Das ehemalige „Projektbüro Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ in ‚Gesundheits- und Mobilitätsmanagement‘ (GuM) war 2001 umbenannt und in die Linienorganisation überführt worden. Einer der ersten Themenschwerpunkte war die Prävention von Rückenbeschwerden in der stationären Krankenpflege. Gründe für das Engagement in diesem Bereich waren die hohen Arbeitsbelastungen, außerdem bildeten die Pflegekräfte die zahlenmäßig größte Gruppe. Führungskräfte wurden gezielt als potentielle Multiplikatoren und Entscheider angesprochen.

Die ersten Pilotseminare zu BGF und BGM Ende der 1990er Jahre wurden in den Folgejahren durch einschlägige Publikationen und Materialien ergänzt.

Die Nachfrage nach dem zunächst kostenfreien Angebot von bis zu fünf Bera-
tertagen zur Anpassung der Konzepte auf die jeweiligen Bedingungen vor Ort
stieg enorm an, und es entstand der Eindruck, dass nach der Inanspruchnahme
viele Prozesse wieder abgebrochen wurden.

Die Fülle der Nachfragen führte auch dazu, dass nicht einmal die Protokolle der
Berater systematisch ausgewertet werden konnten. Im Rahmen eines Praktikums
wurde 2004 eine Auswertung der Maßnahmen begonnen; die Ergebnisse bilde-
ten die Grundlage für eine neue Seminarkonzeption.

Im Krankenhausbereich wurden aus der Hauptverwaltung der BGW heraus meh-
rere BGF und BGM Projekten angestoßen und begleitet.⁴ In der Regel erreichten
die zuständigen Mitarbeiter/innen Informationen über deren Nachhaltigkeit eher
zufällig. Vereinzelt wurde ein längerfristiger Erfahrungsaustausch organisiert, so
z.B. im Rahmen des norddeutschen Netzwerkes betriebliches Gesundheitsma-
nagement.⁵

Die quantitative Erfassung und qualitative Auswertung der von Hamburg aus
angestoßenen Projekte steht aber ebenso aus, wie die Dokumentation von BGF
und BGM Projekten, die durch die Bezirksgeschäftsstellen initiiert wurden.

Eine systematische Erfassung müsste darüber hinaus berücksichtigen, dass Ak-
tivitäten in den verschiedenen Vorstandsbereichen zunächst häufig unabge-
stimmt stattfanden. Das galt bezogen auf die Entwicklung von Instrumenten und
auch bezogen auf Seminare und Workshops. Inzwischen werden der interne

⁴ vgl. Müller 2008

⁵ vgl. Krampitz, Venzke 2007

Informationsaustausch und die Kommunikations- und Abstimmungsprozesse aber im Zuge der eigenen Organisationsentwicklung verbessert.

4.4 Die Krankenkassen und ihre Institute

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist seit dem 1. April 2007 als eigenständige Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung in § 20a SGB V verankert. Bis dahin haben Krankenkassen, im Rahmen ihrer Satzung Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung als den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen auf freiwilliger Basis durchgeführt.⁶

Zu den Pionieren für BGF in Krankenhäusern gehörten in den 1990er Jahren der Bundesverband der Betriebskrankenkassen und die AOK Niedersachsen.

Seit der Jahrtausendwende engagierten sich weitere Krankenkassen verstärkt in der betrieblichen Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Krankenhaus oder in anderen Einrichtungen des Gesundheitssektors, so z.B. die Barmer Ersatzkasse (BARMER), die Deutsche Angestellten Kasse (DAK), und die Techniker Krankenkasse (TK).

Im Folgenden können die Aktivitäten ausgewählter Krankenkassen nur sehr verkürzt dargestellt und um die Informationen aus den Experteninterviews zu Zeitpunkt, Umfang und Evaluation von BGF und BGM in Krankenhäusern ergänzt werden. Die spezifischen Merkmale von Interventionen im System Krankenhaus aus Sicht der Gesprächspartner/innen werden in Kapitel 4.5 zusammengefasst.

Zu allgemeinen Rahmenbedingungen, Motivlagen und zur quantitativen und qualitativen Entwicklung von BGF und BGM durch Krankenkassen verweise ich auf die Untersuchung von Uwe Lehnhardt (1999) und den Vortrag von Michael Drupp „Betriebliche Gesundheitsförderung als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb“ (vgl. Drupp 2007).

⁶ Auf den Einfluss, den die wechselvolle Geschichte des § 20 auf das Engagement der Kassen hatte, kann hier nicht eingegangen werden. Das gilt ebenso für Effekte, die es in den Krankenkassen selbst durch die erheblichen Umstrukturierungen und Konzentrationsprozesse in den vergangenen Jahren gab.

4.4.1 Die AOK

Die AOK betreut fast ein Drittel der Bevölkerung in Deutschland und beschäftigt rund 56.800 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in über 1.250 Geschäftsstellen. Mit rund 35 Prozent Marktanteil ist sie Marktführer in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die AOK durchlief seit Anfang der 90er einen umfassenden Wandlungsprozess. So gab es 1991 noch 276 Ortskrankenkassen, im April 2009 waren es 15 AOKs.

Auch im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung hat die AOK eine bedeutende Rolle. Von den im Jahre 2005 dokumentierten 2.531 Betrieben mit BGF waren nach eigenen Angaben allein 1.353 Kooperationspartner einer AOK.

Der AOK-Service Gesunde Unternehmen zielt auf die Förderung des persönlichen Gesundheitsverhaltens der Mitarbeiter und die Förderung gesundheitsgerechter Bedingungen im Unternehmen. Sie bietet sich als Berater und als Partner in der Prozessbegleitung und Steuerung eines betrieblichen Gesundheitsprogramms an, erstellt betriebspezifische Analysen, moderiert Gesundheitszirkel und andere Gruppendiskussionen. Aufbauend auf die betriebsbezogenen Analysen werden Interventionen zur Verringerung arbeitsbedingter körperlicher Belastungen, zum Stressmanagement, zur gesundheitsgerechten Mitarbeiterführung, Suchtprävention und Optimierung der Betriebs- und Gemeinschaftsverpflegung angeboten. Die AOK unterstützt auch bei der Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle. (vgl. <http://www.aok-bv.de/gesundheit/vorsorge/betriebe/>).

Inzwischen wurde ein wissenschaftliches Konzept zur Evaluation der eigenen Aktivitäten entwickelt, das – so die ehemalige, langjährige Leiterin der Abteilung Prävention, Dr. Gudrun Eberle in einem Telefongespräch am 25.07.2008 – auch im GKV-Spitzenverband zur Anwendung kommen soll.⁷

Die Homepage des AOK-Bundesverbandes benennt die Ansprechpartner in den Landes-AOKs. Neben den Einzelpersonen findet sich hier auch der Hinweis auf das ‚Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung‘ (AOK Rheinland/Hamburg) sowie auf das ‚Institut für Gesundheitsconsulting‘ der AOK Niedersachsen.

Die AOK veröffentlichte 2007 die Ergebnisse einer Managementumfrage aus insgesamt 212 Unternehmen verschiedener Branchen und Größen zu Erfahrungen mit betrieblicher Gesundheitsförderung. In den Unternehmen hatten Projekte

⁷ Das geplante Procedere ist im Präventionsbericht 2008 beschrieben, vgl. MDS 2008.

stattgefunden, die von der AOK fachlich begleitet wurden. Die Ergebnisse verdeutlichen, welche Themenstellungen in den Projekten bearbeitet wurden, und worin die Verantwortlichen den hauptsächlichen Nutzen der Projekte sahen. 117 Unternehmen des produzierendes Gewerbe und 95 Handels- und Dienstleistungsunternehmen nahmen an der Umfrage teil.

Unter den 20 Unternehmen aus Branche 85: Gesundheits-, Veterinär- und Sozialwesen waren circa fünf Krankenhäuser. (vgl. AOK-Bundesverband, 2007)

4.4.1.1.AOK Rheinland/Hamburg und das Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung BGF-GmbH Köln

Das ‚Institut für Betriebliche Gesundheitsförderung‘ war ursprünglich Teil der AOK Rheinland und wurde 1998 in eine GmbH ausgegliedert. Gesellschafterin ist weiterhin die AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse. Nach der Fusion der AOK Rheinland und der AOK Hamburg im Jahr 2006, eröffnete man im Januar 2007 eine Niederlassung des Instituts in Hamburg.

Geschäftsführer des Instituts ist Heinz Kowalski. In seinem Team arbeiten heute mehr als 30 Ergonomieberater, Sportwissenschaftler, Oecotrophologinnen, Diät-Küchenleiterinnen, Arbeits- und Organisationspsychologen, Gesundheitspädagogen, Sozialwissenschaftler und Betriebswirte, viele mit Zusatzqualifikationen für Nichtraucherberatung, Mediation, Rehabilitationssport u.a.m..

Der Internet-Auftritt weist auf umfassende Kooperationen des Instituts in Netzwerken hin, durch die praktische Erfahrungen und wissenschaftliche Expertise mit Partnern aus der Wirtschaft, Vertretern von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie Experten aus Wissenschaft und Forschung gebündelt werden sollen. Dadurch soll unter anderem die kontinuierliche Anpassung an die aktuellen Bedarfe der Arbeitswelt sichergestellt werden.

Über Projekte finden Kooperationen mit verschiedenen Berufsgenossenschaften statt. Außerdem werden vor allem in der professionellen Altenpflege und bezogen auf die Nachhaltigkeit von Maßnahmen mehrere Förderprojekte von Bundesministerien und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin durchgeführt (vgl. <http://www.bgf-institut.de/>).

Seit 1998 vergibt die AOK/BGF jährlich ein Gesundheitspreis an Unternehmen, deren Projekte zum Gesundheitsmanagement vorbildlich sind. Bei den Preisträgern der letzten drei Jahre finden sich keine Krankenhäuser.⁸

Dennoch: die Anfragen aus Krankenhäusern haben in den vergangenen Jahren zugenommen und sich auch qualitativ verändert. Ging es zunächst vornehmlich um punktuelle Angebote, wie beispielsweise Rückenschulen, würden jetzt auch umfassendere Maßnahmen und eine stärkere institutionelle Einbindung angefragt.

Das sei eine Konsequenz aus der umfassenderen Problemwahrnehmung innerhalb der Krankenhäuser, zu der Qualitätsmanagementprozesse beigetragen hätten. Als hilfreich für die Implementierung von BGF und BGM erwiesen sich auch Strukturen und Prozesse des Qualitätsmanagements. Nicht zuletzt werde das Thema Personalentwicklung heute viel deutlicher als Motiv für BGF und BGM erkennbar.

Die Interventionen im Krankenhausbereich werden von Mitarbeiter/innen begleitet, die bereits Erfahrungen in diesem Bereich haben. Kooperationen bestehen eher zu kleineren Krankenhäusern und bei den Interventionsbereichen und Zielgruppen dominierten die Hauswirtschaft und die Pflege.

Inzwischen werden die BGF - Projekte über einen anonymen Erhebungsbogen des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen jährlich erhoben und für die gesamte gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ausgewertet.⁹

4.4.1.2 Die AOK Niedersachsen und das Institut für Gesundheitsconsulting

Auch die AOK Niedersachsen hatte bereits in den 1990er Jahren Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt.

Am 19. Mai 2000 wurde das Institut für Gesundheitsconsulting gegründet, Träger des Instituts ist die AOK Niedersachsen. Das Institut hat seinen Hauptsitz in

⁸ Zuvor hatte die AOK Rheinland einen entsprechenden Preis ausgelobt. Preisträger des Jahres 1995 war das Städtische Klinikum Solingen.

⁹ Nach Auskunft von Dieter Bonitz vom AOK-Bundesverband ist es nicht ohne weiteres möglich, über diese Daten Quantität und Qualität von BGF und BGM in Krankenhäusern abzubilden.

Hannover und Regionalbüros in Braunschweig, Göttingen, Hannover, Hildesheim, Oldenburg, Osnabrück und Stade.

Institutsleiter ist Dr. Michael Drupp. Zum Team gehören inzwischen 31 Mitarbeiter/innen aus den Bereichen Arbeitswissenschaft, Betriebswirtschaft, Gesundheitswissenschaft, Pädagogik, Psychologie, Sozialwissenschaft und Sportwissenschaft; es wurde gezielt multiprofessionell ausgerichtet.

In den letzten Jahren hat das AOK-Institut für Gesundheitsconsulting mehr als 350 Unternehmen mit ca. 50.000 Beschäftigten bei der Durchführung von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements unterstützt, dazu gehörten auch Unternehmen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen.

Die AOK Niedersachsen engagierte sich umfassend in der Qualitätssicherung der betrieblichen Gesundheitsförderung, und das von ihr entwickelte, an den Europäischen Qualitätspreis (European Quality Award) angelehnte Bonusmodell wurde von der WHO ausgezeichnet.¹⁰

Aus Sicht der Unternehmen sind das Engagement der Führungskräfte, die Beteiligung aller Hierarchieebenen, eine aktive Mitarbeiterbeteiligung, die Einrichtung von Gesundheitszirkeln, die zügige Umsetzung der geplanten Maßnahmen sowie die Kontrolle der Nachhaltigkeit Erfolgsfaktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Und – so die im Internet-Auftritt vertretene Überzeugung:

„Ein erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement muss die lebendige Unternehmenskultur aufnehmen und zielorientiert weiterentwickeln. Das AOK-Institut geht dabei systematisch vor, ausgerichtet auf einen längerfristigen Erfolg. Um dies sicherzustellen, sind folgende Bausteine jeweils angepasst an den betrieblichen Rahmen unentbehrlich:

- Klare, immer wieder überprüfte Ziele.
- Eine angemessene Analysephase.
- Die konsequente Einbindung und Weiterentwicklung der Mitarbeiter und Führungskräfte.
- Eine gleichgewichtige Entwicklung der persönlichen Ressourcen und Verhaltensweisen, der Strukturen, Prozesse und betrieblichen Bedingungen.
- Die Schaffung eines an Größe und Komplexität des Unternehmens angepassten Gesundheitscontrollings.

¹⁰ Zu Zielen und Entwicklung des Bonusprojektes vgl. Drupp, Osterholz 2001

- Die Übertragung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vor dem Projektabschluss.“
(vgl.: <http://www.aok-business.de/niedersachsen/institut-gesundheitsconsulting/gesundheitsmanagement.php?id=0>=aok07&si=AOK71244988842695356>, 20.05.09)

Unter den ca. 40 Betrieben, die derzeit vom Institut für Gesundheitsconsulting betreut werden, gehören auch drei Krankenhäuser (Stand Februar 2009), darunter ein Universitätsklinikum.

Bereits im Juli 2002 wurde mit dem Präsidium der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) ein Kooperationsvertrag mit dem Ziel abgeschlossen, den Ansatz des BGM längerfristig flächendeckend an der MHH zu implementieren. Die fünf Teilprojekte fanden im Geschäftsbereich I / Kennzahlensystem, in der Zentralküche, in der Knochenmarktransplantationsstation, in der Rheumatologie und in der Aufbereitung statt. Nach einer erfolgreichen Zwischenbilanz im Dezember 2004 wurden weitere Teilprojekte in der Materialwirtschaft und in der Transportlogistik gestartet. Die Projekte wurden durch das niedersächsische Innenministerium gefördert.¹¹

Bezogen auf BGF und BGM könnten Prozessabfolgen in Krankenhäusern wie in anderen Unternehmen auch berücksichtigt werden. Bezogen auf die Auswahl von Pilotbereichen und bei der Durchführung der Interventionen müsse aber sehr spezifisch vorgegangen werden.

Neben den organisationsspezifischen und kulturellen Besonderheiten des Systems Krankenhaus, resultiere das vergleichsweise geringe Engagement für BGM im Krankenhaus auch aus einem potentiellen Rollenkonflikt: Krankenkassen treten in Krankenhäusern gleichzeitig als Verhandlungspartner und als Berater auf.

4.4.2 Die Barmer Ersatzkasse (BARMER)

Die BARMER offeriert ihren Partnerunternehmen mit mindestens 100 bei der BARMER Versicherten als kostenlosen Service einen individuellen "Unternehmensreport Gesundheit". Sie bietet gezielte Maßnahmen in Unternehmen und

¹¹ Weitere Informationen unter: <http://www.mh-hannover.de/6289.html>, 01.03.09

Betrieben nach § 20 Absatz 2 SGB V und bezieht sich dabei auf den Leitfadens Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen (Stand 2006). Die im Internetauftritt dargestellte Angebotspalette enthält darüber hinaus Kurse, Schulungen und Seminare zu den Themenfeldern: Demografischer Wandel und Gesundheit, Führung und Gesundheit, Work-Life-Balance, Burn-Out-Prävention, Beratung zu Diversity/Gender und betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheits-Workshop für Auszubildende (AZUBIAKTIV). Als „leichte Einstiegsmöglichkeit zur Gesundheitsförderung“ gibt es spezielle Angebote zur Firmenfitness.

Die BARMER berät bei der Erstellung einer Gesamtkonzeption und bei deren Umsetzung und Anpassung an die spezifischen Belange der Unternehmen. Dafür stehen speziell zum Thema Betriebliches Gesundheitsmanagement bundesweit über 100 Expertinnen und Experten zur Verfügung. Seit Januar 2008 wird ein umfassender Qualifizierungsprozess durchgeführt, um eine einheitliche und qualitätsgestützte Vorgehensweise sicherzustellen.

Im Jahre 2005 veröffentlichte die BARMER erstmalig einen Gesundheitsreport; er erscheint seither jährlich zu einem bestimmten Themenschwerpunkt: Der Gesundheitsreport 2009 befasst sich ausführlich mit dem Thema „Psychische Gesundheit und psychische Belastungen“.

Seit mehreren Jahren werden BGF und BGM auch in Kooperation mit Krankenhäusern durchgeführt, so z.B. mit dem Universitätsklinikum Aachen und dem Kemperhof in Koblenz. In den letzten Jahren habe es eine deutliche Zunahme von Nachfragen aus diesem Bereich gegeben, so dass derzeit von der Hauptverwaltung und den Geschäftsstellen ca. 20 Häuser betreut würden (Stand: Oktober 2008). Die Dokumentation der Prozesse erfolge über Protokolle und der interne Austausch wird unter anderem über regelmäßige Reflexionsrunden sichergestellt.

Die Unterschiede zwischen Krankenhäusern und anderen Branchen seien nicht mehr so deutlich spürbar wie früher, und Krankenhausleitungen seien inzwischen eher bereit, externe Expertise einzubeziehen. In Zusammenhang mit einer zunehmenden Bedeutung des BGM für eine Profilierung als „attraktiver Arbeitgeber“, würden die Anforderungen an die Kassen, Prozesse zu begleiten wohl noch

zunehmen. Auch hätten die Themen „work life balance“ und demographischer Wandel inzwischen in den Krankenhäusern an Bedeutung gewonnen.

Quantitativ und qualitativ gebe es somit eine sehr dynamische Entwicklung, die eher zu meistern sei, wenn verschiedene Kassen und auch andere überbetriebliche Akteure im Themenfeld BGF und BGM kooperieren.

4.4.3 Der BKK-Bundesverband¹²

Der BKK-Bundesverband hatte schon früh eine führende Rolle in der deutschen und internationalen Betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier war ein ‚WHO-Collaborating-Centre‘ angesiedelt und wurde eine internationale Datenbank aufgebaut.

Die BKK organisierte unter dem Motto ‚Wettbewerbsvorteil Gesundheit‘ Fachtagungen mit jährlich wechselnden Themenschwerpunkten, und das ‚Team Gesundheit‘¹³ übernahm zentrale Aufgaben in der Durchführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

Ende der 1980er Jahre hatte der BKK-Bundesverband ein Gesundheitszirkelkonzept, das so genannte ‚Düsseldorfer Modell‘¹⁴ als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung übernommen. Dieser Ansatz wurde weiter entwickelt und seit Beginn der 1990er den Mitgliedsunternehmen mit großem Erfolg angeboten.

Die Diskussion über der Übertragbarkeit der Gesundheitszirkelidee in das Sozial- und Gesundheitswesen war eines der Themen beim Expertenworkshop „Auf dem Weg zum gesundheitsfördernden Krankenhaus“, der am 07. Dezember 1994 in Essen stattfand. Vertreter/innen aus Umsetzungsprojekten in deutschen und österreichischen Krankenhäusern diskutierten unter anderem auch über Abgrenzungen zu und Gemeinsamkeiten mit Qualitätszirkelprojekten, die zeitgleich zu Gesundheitszirkeln im Krankenhausbereich erprobt wurden.

¹² Durch die gesetzliche Etablierung des GKV-Spitzenverbandes haben sich Aufgaben, Funktion und Rechtsform des BKK-Bundesverbandes 2008/2009 geändert.

¹³ Auch auf die Geschichte des ‚Team Gesundheit‘, auf Rechtsform- und Trägerwechsel kann hier nicht eingegangen werden.

¹⁴ Es wurde am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf unter der Leitung von Prof. von Ferber und Prof. Slesina entwickelt. Im Solinger Modellprojekt wurde dieser Gesundheitszirkelansatz vor dem Hintergrund der Anwendbarkeit im System Krankenhaus modifiziert.

In seiner Einführung führte Dr. Alfons Schröer aus:

„Sie haben sich vielleicht gefragt, warum gerade der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, also die Krankenversicherungen, sich mit dem Thema „Gesundheitsförderung im Krankenhaus“ beschäftigt. Beide Themen, sowohl die „Krankenversicherungen“ als auch die „Gesundheitsförderung“ stehen momentan in einer heftigen Debatte, wobei die Verknüpfung beider Themen oder vielmehr die Verknüpfung der drei Bereiche „Gesundheitsförderung“, „Krankenhaus“ und „Krankenversicherung“ defizitär ist. Das Thema „Gesundheitsförderung“ wird in einem internen Zirkel diskutiert, das Thema „Krankenhaus“ wird vor allem unter den Aspekten der Perspektive der GKV diskutiert, was nicht überrascht, da ca. 33% der Gesamtausgaben der GKV auf diesen Sektor entfallen. Dieses riesige Volumen erklärt, warum die Diskussion unter diesem Aspekt geführt wird. Die Beschränkung der Diskussion stellt auf der anderen Seite aber eine Reduzierung der Gesamthematik dar.

(...) Resümiert ergeben sich für uns folgende zwei Perspektiven, die uns veranlaßt haben, diesen Workshop durchzuführen:

1. Verbesserung der Qualität der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten unter der speziellen Berücksichtigung der Auswirkungen auf die Patienten.
2. Wie kann die Gesundheitsförderung eine stärkere Berücksichtigung in den Krankenhäusern in Hinsicht auf eine positive Verhaltensänderung der Patienten gewinnen?“ (BKK-BV 1995, 6f)

Dass das Engagement der Krankenkassen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Krankenhaus quantitativ auch in den nächsten Jahren keine herausragende Bedeutung hatte, mag auch in dem skizzierten Spannungsfeld begründet sein. Ein weiterer Grund:

„Nach den lebhaft diskutierten Erfahrungen der Workshop-TeilnehmerInnen setzt erfolgreiche Gesundheitsförderung im Krankenhaus stets systematische, sorgfältige und sensible Organisations- und Personalentwicklung voraus.“ (BKK-BV 1995, 3)

Im Rahmen des Workshops stellte Dagmar Johannes von der BKK unterstützte Gesundheitszirkel in einer Heilpädagogischen Einrichtung und in einem Kran-

kenhaus vor, die ein Jahr zuvor stattgefunden hatten. Und sie wies auf ein laufendes Projekt in einem psychiatrischen Krankenhaus hin.

Obwohl der BKK-Bundesverband bis 1999 ca. 80 Gesundheitszirkel in Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größen durchführte (vgl. Sochert 2000¹⁵), gibt es bis Oktober 2008 wohl insgesamt keine zehn Krankenhäuser, in denen das Gesundheitszirkelkonzept mit Unterstützung des BKK-BV umgesetzt wurde. Das wird auch darauf zurückgeführt, dass es nur wenige BKKn mit eigenem Krankenhaus gab, zu den Ausnahmen gehörten die BKK Krupp und die BKK Hoesch.

Zu allen Gesundheitszirkelprojekten wurden Berichte erstellt, bezogen auf den Krankenhausbereich wurden sie bisher nicht ausgewertet.

4.5 Zusammenfassung

Ein Blick zurück macht oft erst deutlich, wie viel zwischenzeitlich erreicht wurde. So zweifelten beispielsweise einige Vertreter aus der Wissenschaft beim 3. Workshop „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ am 05.05.2000 in Düsseldorf noch grundsätzlich die Vereinbarkeit des konzeptuellen Ansatzes des vorgestellten Praxis-Leitfadens mit dem GKV-Leitfaden an. Auch etwas „Ottawa-Belletristik“ könne nichts daran ändern, dass der GKV-Leitfaden stark auf die verhaltenspräventive Ebene fixiert wäre:

(...). „Die besten Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung würden bei einer konsequenten Umsetzung des GKV-Leitfadens in Zukunft von den Krankenkassen nicht mehr gefördert werden.

Die Vertreterin der AOK sah keine ausschließliche Orientierung der Krankenkassen auf Verhaltensprävention. Bei der Abfassung des Papiers sei nicht beabsichtigt gewesen, den bei den Wissenschaftlern entstandenen Eindruck zu erzeugen. Die Krankenkassen würden hinter dem BGM stehen, so wie es auf S. 17 des Leitfadens definiert worden sei. Das gegenwärtige Angebot der Krankenkassen umfasse auch nicht nur verhaltenspräventive Maßnahmen. Es müsse allerdings berücksichtigt werden, daß

¹⁵ Zur Entwicklung des Gesundheitszirkelansatzes auch über die BKK hinaus vgl. Slesina 2001

die gesetzlichen Krankenkassen nicht die einzigen Akteure und Finanziers der betrieblichen Gesundheitsförderung seien. So könnten die Krankenkassen nicht die Aufgaben der Unternehmen finanzieren. Die Kernaufgabe der Kassen im Bereich der BGF sei die Diagnose, Beratung, Entwicklung, Dokumentation und Evaluation. Aber auch in diesem Bereich gebe es Überschneidungen mit dem Arbeitsschutz und Aufgaben der Unternehmen (z. B. Bildschirmarbeit). Tendenziell würden gegenwärtig Aufgaben von den Krankenkassen übernommen, die nach Einschätzung der Krankenkassenvertreter eher in der Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften lägen.

Einigkeit herrschte darüber, daß eine engere Abstimmung zwischen den BGs und den Krankenkassen erforderlich sei. Dabei müsse berücksichtigt werden, daß die BGs nicht wie die Krankenkassen an die im § 20 vorgesehenen 5 DM je Versichertem gebunden seien. Die Einbindung von Unternehmen in die Finanzierung der Evaluation und Diagnostik von Maßnahmen sei schwierig, da BGF bzw. BGM in der Regel zur Zeit noch als Randaspekt in den Unternehmensführungen betrachtet wird.

Mit allgemeiner Zustimmung wurde festgestellt, daß bei der Vielzahl der Akteure ein Grundkonsens über die Arbeitsteilung in der betrieblichen Gesundheitsförderung notwendig sei. Die Verständigung auf eine gemeinsame Grundkonzeption sei zudem wichtig für die Außenvertretung.“ (Universität Bielefeld 2000, 35)

Die in den 1990er Jahren heftig geführten Auseinandersetzungen um Verhaltens- vs Verhältnisorientierung scheinen überwunden, bzw. durch mehr Pragmatismus abgelöst worden zu sein. Denn auch in dem, was unter dem Etikett Gesundheitsförderung daher kommt, steckt u.U. der Anspruch auf BGM, und was sich als BGM deklariert, hält deshalb noch lange nicht einer entsprechenden Überprüfung stand.

Die Erfolgskriterien eines BGM, ein systematisches Vorgehen nach einem QM-Zyklus und somit auch der Anspruch, Erreichtes zu evaluieren und als Grundlage für Lernprozesse zu nutzen, bilden sich weitgehend in den Grundlagenpapieren, in Publikationen und im Internet-Auftritt der Krankenkassen und der BGW ab.

Die folgende Abbildung des Instituts für Betriebliche Gesundheitsförderung verdeutlicht die angestrebte Systematik und Methodenvielfalt:

BGM – der Prozess



Abb. 3: BGM – der Prozess

(Quelle: http://www.bgf-institut.de/ganzheitliches_gesundheitsmanagement.php)

Die Kooperation mit den Wissenschaftlern ist selbstverständlicher geworden. Das wird unter anderem in der hochkarätigen Besetzung der wissenschaftlichen Beiräte der Kassen und ihrer Institute deutlich. Es zeigte sich auch in den verschiedenen Tagungen, Kongressen und anderen Austauschforen, die die HBS zusammen mit der Bertelsmann Stiftung ermöglichte, und die auch durch viele andere überbetriebliche Akteure organisiert wurden und werden.

Die starke Konzentration auf „Fehlzeiten“ als dem zentralen „Einfallstor“ für BGF und BGM, hat weitgehend einem sehr viel umfassenderen Verständnis über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wohlbefinden und Qualität der Arbeit Platz gemacht. Bezogen auf die Berichterstattung und die Zusammenführung von Daten wurden kassenübergreifend wichtige Schritte gegangen.

Konsens ist bei allen vorgestellten Krankenkassen und der BGW ist, dass das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) das Mittel der Wahl ist und eine gesundheitsförderliche Arbeitsplatzgestaltung, eine gesundheitsorientierte Arbeitsplatzorganisation, eine mitarbeiterorientierte Führung und die Stärkung der persönlichen Gesundheitspotenziale der Beschäftigten umfasst. Alle bieten an, bei der Planung, Einführung und Umsetzung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) interessierte Unternehmen umfassend und nachhaltig zu un-

terstützen und verweisen auf dafür qualifizierte Mitarbeiter und/oder externe Kooperationspartner.

Eine weitere Gemeinsamkeit zeigt sich in der Einbeziehung von und Verknüpfung mit weiteren aktuellen Themenstellungen (z.B. Betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, Gefährdungsanalysen, demographischer Wandel). In diesen Zusammenhang werden Module und Publikationen angeboten und/oder Projekte, Veranstaltungen, Kampagnen und Aktionen initiiert.

Alle der benannten überbetrieblichen Akteure waren Initiatoren und/oder sind Mitglieder in den seit der Jahrtausendwende entstandenen Netzwerken. Darüber hinaus gibt es umfassende Kooperationen und Netzwerke auf regionale Ebene. Einige beeinflussten durch innovative Projekte und Lobbyarbeit auch die Gesetzgebung.

Nicht zuletzt besteht Konsens über den umfassenden Entwicklungsbedarf im Bereich KMU. Soweit – so gut!

Und – so verbesserungswürdig! Denn obwohl die wissenschaftlichen Befunde eindeutig sind und aus vielerlei anderen Gründen in Krankenhäusern massiver Handlungsbedarf besteht, wird bezogen auf den Krankenhausbereich nach wie vor eher re-agiert. Trotz der quantitativen und qualitativen Bedeutung von Krankenhäusern als Arbeitgeber werden sie offenbar kaum gezielt angesprochen. Da auch die Effekte, die über BGM auf die Qualität der Patientenversorgung zu erzielen sind, belegt wurden, wird somit ein zentrales Interventionsfeld in mehrfacher Hinsicht vernachlässigt.

Aus Sicht der überbetrieblichen Akteure wurden dafür viele Gründe genannt, die sich folgendermaßen verdichten lassen:

- Dass Krankenhäuser keine Horte der Gesundheit sind, sei bekannt. Daher haben sich immer wieder Überlegungen ergeben zu intervenieren. Wegen des Konflikts einerseits als Vertragspartner, andererseits als Berater aufzutreten, sei man in der praktischen Umsetzung aber eher verhalten gewesen.¹⁶
- Die Veränderungsbereitschaft sei in anderen Bereichen höher und im Krankenhaus benötigten schon die Entscheidungsprozesse oft sehr viel mehr

¹⁶ Auch aus Sicht des Managements in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen wird die Politik der Krankenkassen häufig als widersprüchlich erlebt und beschrieben. Darüber hinaus werden Vertreter aus dem GKV-Bereich im Spannungsfeld zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit manchmal als „Problemverursacher“ wahrgenommen. Auch deshalb wollte man sich von ihnen nicht „in die Karten gucken lassen“. B.M.

Zeit. („Entscheidungen sind langwieriger und Prozesse wirken schwerfälliger.“)

- Krankenhäuser würden zwar viel für externe Beratung zahlen, geben ihr Geld aber lieber an anderer Stelle aus. Man könne schlecht an Externe abgeben, obwohl nicht die Ressourcen vorhanden seien, die Prozesse selbst zu steuern. („Im Krankenhaus wird eher geguckt, wer es selbst macht, egal ob es funktioniert oder Sinn macht, das scheint sich aber jetzt zu wandeln.“)
- Die Hierarchien im Krankenhaus sind ungeheuer komplex und haben vielfältige Effekte. Außerdem hätten die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus „eine andere Qualität“, z.B. durch die zentrale Rolle der Chefärzte, „an denen niemand vorbei kommt“. Chefärzte bildeten eine eigene Spitze neben der Verwaltung, und Projekte würden auch infolge eines Chefarztwechsels abgebrochen.
- Die besonders im Ärztlichen Dienst vorherrschende Kultur und die Gratifikationsmechanismen, führten die Thematisierung der Mitarbeitergesundheit schnell ad absurdum. Manchmal scheue man sich wohl auch, „diesen etwas schwierigen Bereich anzusprechen.“
- Aufgrund der hohen Komplexität des Systems Krankenhaus insgesamt, müssten immer eine Fülle von Schnittstellen berücksichtigt werden und seien Maßnahmen schlechter durch- und umzusetzen.
- Auch einzelne Problemlagen werden aufgrund der Vielzahl der Berufsgruppen und deren Interessenkonflikte als wesentlich schwieriger wahrgenommen.
- Die Expertise der zentralen Berufsgruppen bedeute nicht, dass sie sich mit dem Thema BGF und BGM leichter auseinandersetzen.
- Ansprechpartner, die Machtpromotoren für BGF und BGM sein könnten, werden oft erst ansprechbar, wenn in Teilprojekten bereits Erfolge auch bezogen auf die Qualität der Versorgung erreicht wurden. Als hilfreich erweise sich, wenn die Managementstrukturen im Krankenhaus professioneller würden.
- Der ‚return on investment‘ ist im Krankenhaus besonders schwer zu messen, denn viele Patienten haben aufgrund ihres Zustandes überhaupt keine Möglichkeit, sich als „Kunden“ zu verhalten.
- Neben der Versichertenstruktur sei ein Kriterium der Entscheidung für eine Zielgruppe: Wen erreichen wir am leichtesten und effektivsten? („Die Pflege

ist hoch belastet und dankbar.“)

Auch technische Bereiche des Krankenhauses seien „überschaubarer“ und würden daher als Interventionsbereiche eher gewählt.

Nach der bereits erwähnten AOK-Studie (2007) hat sich im Handel- und Dienstleistungsbereich zwar insgesamt eine „Steigerung der Kundenzufriedenheit“ als Hauptziel im BGM heraus kristallisiert, und sind Ablaufoptimierung, Fehlervermeidung, sowie Qualitätssteigerung und Innovation deutlich relevanter als im produzierenden Gewerbe.

Eine Besonderheit des Krankenhauses ist aber über die genannten Aspekte hinaus, dass die Auseinandersetzungen um die Definitionsmacht darüber, wer und was „Kunden- bzw. Patientenzufriedenheit“ bedingt, nichts selten schon ein Ausdruck des komplizierten internen Beziehungsgeflechts und einer vorherrschenden Konfliktkultur sind.

Umfang und strategische Ausrichtung der BGF und BGM-Maßnahmen sind über die gesetzlichen Rahmenbedingungen und über die Hauptvorstände mit beeinflusst. Vermutlich sind die bei den überbetrieblichen Akteuren vorgesehenen und zur Verfügung gestellten Ressourcen für die externe Begleitung in Krankenhäusern oft schlicht nicht ausreichend. Die Einwerbung von Drittmitteln, die auf Seiten der Kranken häufig ebenfalls von den überbetrieblichen Akteuren erwartet wird, macht die Vorbereitung von BGF und BGM zusätzlich kompliziert und langwierig.

5 BGF und BGM im System Krankenhaus und die Rolle überbetrieblicher Akteure – Ausblick

Das Wissen über Gesundheitsförderung allgemein und BGF und BGM im besonderen ist heute in Krankenhäusern sehr viel weiter verbreitet als noch vor 10 Jahren. Auch ist für die Beschäftigten die Chance gewachsen, BGF und BGM am Arbeitsplatz Krankenhaus mit zu erleben und mit zu gestalten.

Dazu haben die vorgestellten und andere überbetriebliche Akteure ihren Beitrag geleistet. Sie übernahmen und übernehmen in diesem Zusammenhang in unterschiedlicher Ausprägung und Kontinuität alle Rollen, die Grossmann und Scala als professionelle Rollen der Gesundheitsförderung beschrieben haben (vgl. Grossmann, Scala 1994, 44f).

Im 2008 veröffentlichten Statement des ‚Initiativkreises‘ der HBS und Bertelsmann Stiftung war den überbetrieblichen Akteuren eine zentrale Rolle bei der Implementierung und in Bezug auf die Nachhaltigkeit von BGF und BGM zugeordnet worden. Gleichzeitig wurden aber viele „Entwicklungsnotwendigkeiten“ eingefordert. Dazu abschließend einige Positionierungen:

- Krankenhäuser sind hochkomplexe Organisationen und werden von den überbetrieblichen Akteuren auch so wahrgenommen: In ihrer Komplexität liegt ein Grund dafür, dass es in Bezug auf BGF und BGM generell sehr viel mehr Analyse als Intervention, aber immer noch mehr Intervention als Evaluation gibt. Eine Form der (vermeintlichen) Reduktion von Komplexität ist, dass BGF in Krankenhäusern häufig in technischen Bereichen, oder in Anknüpfung an Teilprobleme und „kampagnenfähige“ Befunde in einzelnen Berufsgruppen stattfindet.

Ein umfassendes und über die Projektdauer hinaus anhaltendes BGM zu erreichen, bleibt ein ambitioniertes, aber in vieler Hinsicht lohnendes Unterfangen. Dass und wie es gelingen kann, und auch die Gründe für ein (partielles) Scheitern sollten gut dokumentiert und als Basis für Reflexionsprozesse genutzt werden.

- Die Expertenkommission hatte von den überbetrieblichen Akteuren einen „neuen Interventionstyp“ gefordert, der dezentral, betriebs-individuell und di-

alogisch angelegt sein sollte, auf Partizipation der Betroffenen bezogen und darauf zielend, Probleme aus Bereich ‚Arbeit und Gesundheit‘ als integrierte Aufgabe der Unternehmensstrategie zu etablieren.

Dieser Anspruch deckt sich mit dem Selbstverständnis und Vorgehen einiger überbetrieblicher Akteure. Ob oder wie häufig er sich auch im BGM in Krankenhäusern umsetzen lässt, kann nicht abschließend beantwortet werden. Ein differenzierter Austausch über die Möglichkeiten und Grenzen sowie über notwendige Modifizierungen der Strukturen und Prozesse im BGM im Krankenhaus steht noch aus - auch bei den meisten überbetrieblichen Akteuren.

- Der Bedarf für eine gesundheitsförderliche Arbeits- und Organisationsgestaltung am Arbeitsplatz Krankenhaus wird unter anderem durch den demographischen Wandel steigen.

Zunehmend wird es aber auch notwendig werden, BGF und BGM nicht nur bezogen auf Arbeitsplätze, sondern auch orientiert an Prozessen, gesundheitsförderlichen Arbeitssituationen und einrichtungen-übergreifend zu organisieren.

- Überbetriebliche Akteure aus dem Bereich der GKV sind hilfreiche Begleiter für BGF und BGM in Krankenhäusern und in anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Sie sind aber gleichzeitig Verhandlungspartner, wie beispielsweise in Pflege-satzverhandlungen. Darüber hinaus werden sie nicht selten als Problemverursacher und „krankmachend“ erlebt, z.B. wenn ein als unsinnig erlebter, administrativer Aufwand für die Begründung einer bestimmten Leistung für den Patienten, Zeit und Kraft kostet, die dringend an anderer Stelle benötigt werden.

In diesen Spannungsfeldern zwischen Qualität und Wirtschaftlichkeit sollten bewusst aktorsgruppenübergreifende Gesundheitsförderungsprojekte angesiedelt werden.

- Krankenhäuser profilieren sich zum einen zunehmend als Anbieter von Gesundheitsförderung und Prävention und knüpfen dabei an ihre Expertise in der Medizin und Pflege, in der Prävention und Rehabilitation an. Sie erschließen sich so neue Geschäftsfelder. Darüber hinaus werden sie zunehmend als Unterstützer für BGF und BGM in Unternehmen aus der Region angefragt. In diesem Zusammenhang bleibt die Ausbildung professioneller Rollen und/oder die Kooperation verschiedener überbetrieblicher Akteursgruppen im

BGM und in der Betrieblichen Gesundheitspolitik Thema.

In einer „guten Praxis“ liegen auch heute schon weitgehend ungenutzte Potenziale für das System Krankenhaus, für die dort Beschäftigten und für die Diskussion über die Gesundheitsversorgung insgesamt. Eine Voraussetzung für entsprechende Impulse und Interventionen bleibt dabei die Aufarbeitung der Gründe für die bisherige „Zurückhaltung“ bezogen auf BGF/BGM im System Krankenhaus unter Einbeziehung verschiedener interner und externer Akteurs-ebenen.

6 Literatur

Arnold, Michael; Klauber, Jürgen; Schellschmidt, Henner (2002): Krankenhausreport 2001, Schwerpunkt: Personal. Stuttgart, New York

AOK-Bundesverband (Hrsg.) (2007): Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen. Ergebnisse einer Managementbefragung. Redaktion: Dr. Dieter Bonitz, Dr. Gudrun Eberle, Patricia Lück. http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/vorsorge/betriebe/bgfstudies_2007.pdf, 23.04.2009

Augurzky Boris; Tauchmann, Harald; Werblow Andreas (2009). Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI: Materialien Heft 49. Essen

Bademer von, Stephan (2005): Verbesserung von Qualität, Wirtschaftlichkeit und Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. In: Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2004, Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg, S. 125 – 139

Badura, Bernhard (2000): Von der Gesundheitsförderung zur betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Schröer, Alfons (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Bremerhaven, S. 13-26

Badura, Bernhard; Heilmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin, Heidelberg, New York

Badura, Bernhard; Münch, Eckhard; Ritter, Wolfgang (1997): Partnerschaftliche Unternehmenskultur und Betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh

Badura, Bernhard; Ritter, Wolfgang; Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin

Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.:) (2005): Fehlzeitenreport 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg

Badura, Bernhard; Siegrist, Johannes (Hrsg.) (1999): Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim

Badura, Bernhard; Steinke, Mika (2009): Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation. [http://www.dnbqf.de/index.php?id=5&no_cache=1&sword_list\[\]=Fallstudie&word_list\[\]=2009](http://www.dnbqf.de/index.php?id=5&no_cache=1&sword_list[]=Fallstudie&word_list[]=2009) (02.05.2009)

BARMER Ersatzkasse (Hrsg.) (2009): Gesundheitsreport 2009. Psychische Gesundheit und psychische Belastungen. Wuppertal

Bartholomeyczik, Sabine; Donath, Elke; Schmidt, Sascha; Rieger, Monika A.; Berger, Elisabeth; Wittich, Andrea; Dieterle, Wilfried, E. (2008): Arbeits-

bedingungen im Krankenhaus, BAuA, Forschung Projekt F 2032. Dortmund, Berlin, Dresden

Baugut, Gunar (1999): Krankenhauslandschaft im Wandel Deutschlands. In: Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Weinheim

BAuA Schriftenreihe, Tb 142: Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor. Frühjahrstagung der BAuA 07. und 08. Juni 2004. Dortmund, Berlin, Dresden

Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2000a): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement – Beispiele aus der Arbeitswelt. Gütersloh, S. 239-254

Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004a): Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh, Düsseldorf

Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004b): Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh, Düsseldorf

Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2008): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Statement zum Abschluss des Initiativkreises. Gütersloh, Düsseldorf

BGW (Hrsg.) (2004): Für ein gesundes Berufsleben - Seit 75 Jahren Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. Hamburg

BGW (Hrsg.) (2008): Seminare zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Programm 2009. Hamburg

BGW (Hrsg.) (2009): bgw forum 2009. Gesundheitsschutz in Krankenhaus und Klinik. 8. – 10. September 2009 in Hamburg. Programm

BKK-BV, Abteilung Gesundheit (Hrsg.): (1995): Auf dem Weg zum gesundheitsfördernden Krankenhaus. Dokumentation eines Experten-Workshops am 07.12.1994 in Essen beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Borsi, Gabriele (1997): Arbeits- und Organisationsgestaltung durch das Konzept „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“. In: Zwierlein, Eduard: Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore, S. 613 - 625

Brandt, Elimar (Hrsg.) (2001): Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Handbuch zur EFQM-Einführung. Neuwied

Breucker, Georg (2009): Das Deutsche und das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern (Erscheint im Jahr 2009)

Dannfeld, Astrid; Huth, Elke (2000): Gesundheitsförderung im Krankenhausbetrieb – Bereich Reinigung. In: Schröer, Alfons (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Bremerhaven, S. 309 - 330

Die Mitbestimmung, 6/2008. Arbeiten in der Gesundheitsbranche

DNGfK (Hrsg.) (2004): 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. , 22.-24. Oktober 2003 in Aachen. Konferenzdokumentation. Essen

DGB Bildungswerk e.V. (Hrsg.) (2007): 11. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung. Lebenslanges Lernen: Hält gesund und fördert die Beschäftigungsfähigkeit. Düsseldorf

Drews, Thomas; Müller, Brigitte; Steudel, Henrike (2008): Zwischen Theorie und Praxis – Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Hofmann, Friedrich; Reschauer, Georg; Stöbel, Ulrich (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 21. Freiburg im Breisgau, S. 52-64

Drupp, Michael (2007): „Betriebliche Gesundheitsförderung als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb“. Vortrag im Rahmen des „Praxisworkshop 'Gesetzliche Krankenversicherung' am 21.11.07 in Hannover
http://www.edicos.de/20071121_drupp_praxisworkshop.pdf, 06.02.2009

Drupp, Michael; Osterholz, Uwe (2001): Das Bonusprojekt der AOK Niedersachsen. Kontext, Grundzüge, Möglichkeiten und Grenzen. In: Pfaff, Holger; Slesina, Wolfgang (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim und München, S. 145 - 160

Ehrke-Schön, Anette; Müller, Brigitte (2004): Empowerment für Gesundheitsförder/innen im Krankenhaus. In: DNGfK (Hrsg.): 8. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. – Dokumentation, S. 82-83

Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern (Erscheint im Jahr 2009)

Ferber, Jörg; Schwarzkopf von, Hubertus (2009): Qualitätsmanagement und Zertifizierungen im Gesundheitswesen – Chancen für den Arbeitsschutz. In: Hofmann, Friedrich; Reschauer, Georg; Stöbel, Ulrich (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 22. Freiburg im Breisgau, S. 55 - 65

Fischer, Cornelia (2009): Ist eine neue Qualität von Arbeit möglich? Die INQA Initiative. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern (Erscheint im Jahr 2009)

Feuerstein, Günter; Badura, Bernhard (1991): Patientenorientierung durch Gesundheitsförderung im Krankenhaus. Zur Technisierung, Organisationsentwicklung, Arbeitsbelastung und Humanität im modernen Medizinbetrieb. Gutachten im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf

Gehltholt, Eva (2007): Lernfähigkeit und Innovationskraft stabilisieren die Gesundheit am Arbeitsplatz Pflege. In: DGB Bildungswerk e.V. (Hrsg.): 11. Workshop Betriebliche Gesundheitsförderung. Lebenslanges Lernen: Hält gesund und fördert die Beschäftigungsfähigkeit. Düsseldorf, S. 10 - 15

- Gensch, Rainer W.** (2008): Welche Chancen hat gute Arbeit im Krankenhaus?
In: Hofmann, Friedrich; Reschauer, Georg; Stößel, Ulrich (Hrsg.). Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 21. Freiburg im Breisgau, edition FFAS, S. 39-51
- Genz, Hartmut O.** (2000): Integratives Gesundheitsmanagement durch die BGW. In: Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften: Dokumentation des dritten Workshops zum Projekt „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ am 05.05.2000 in Düsseldorf., S. 14 - 23
- Gereke, Stephanie** (2009): DKI-Studie zur betrieblichen Gesundheitsförderung: DNGfK-Mitglieder erzielen bei der Krankenhausbefragung gute bis sehr gute Ergebnisse. In: DNGfK Netz Nachrichten 01/09, S. 3-4
- Gröne, Oliver** (1999): Das Krankenhaus als lernende Organisation? Möglichkeiten und Grenzen einer patientenorientierten Organisationsgestaltung. Bielefeld: Univ., Diplomarbeit
- Grossmann, Ralph; Scala, Klaus** (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim
- Hilbert, Josef; Evans, Michaela** (2008): Achillesferse einer Zukunftsbranche. In: Die Mitbestimmung, 6/2008, S. 19 - 23
- Hofmann, Friedrich; Reschauer, Georg; Stößel, Ulrich** (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Bd. 21. Freiburg im Breisgau
- Johannes, Dagmar** (1994): Gesundheitszirkel – ein Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Evaluation eines Gesundheitszirkels in einer heilpädagogischen Einrichtung. Diplomarbeit. Universität Bremen
- Klauber, Jürgen; Robra, Bernt-Peter; Schellschmidt, Henner** (2007): Krankenhaus-Report 2006. Schwerpunktthema: Krankenhausmarkt im Umbruch. Stuttgart
- Knesebeck von dem, Olaf; Grosse Frie, Kirstin; Klein, Jens; Blum, Karl; Siegrist, Johannes** (2009): Psychosoziale Arbeitsbelastungen, Patientenversorgung und betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus – Eine Befragung von Ärzten und Krankenhäusern – Projekt der Hans-Böckler-Stiftung. Projektbericht. Düsseldorf
- Krampitz, Heidi; Venzke, Doris** (2007): Gut vernetzt zum Erfolg. In: BGW mitteilungen 2/2007, S. 17
- Lenhardt, Uwe** (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin
- Lenhardt, Uwe** (2009): Von Begeisterung bis Skepsis: Die Akteure Betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag, Bern (Erscheint im Jahr 2009)
- Lux, Uta-Maria** (1998): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz Krankenhaus. Darstellung und Auswertung von Krankenhausprojekten in Hamburg und Solingen. Konstanz: Univ., Diplomarbeit

MDS (Hrsg.) (2008): Präventionsbericht 2008. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2007, Essen

Mezger, Erika (2009): Der Beitrag der großen deutschen Stiftungen zur öffentlichen Gesundheit. In: Schott, Thomas (Hrsg.): 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick (in Vorbereitung)

Müller, Brigitte (2000a): Gesundheitsförderung durch Partizipation - Städtisches Klinikum Solingen In: Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement – Beispiele aus der Arbeitswelt. Gütersloh, S. 239-254

Müller, Brigitte (2000b): Arbeitsbedingungen und Belastungen im Krankenhaus. In: Teske, Ulrike; Witte, Bernd (Hrsg.): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Bd. 1. Hamburg, S. 109-161

Müller, Brigitte (2002): Das Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und das Beispiel Solingen. In: Schroer, Alfons (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement im öffentlichen Dienst und in der Verwaltung. Erfahrungen und Perspektiven. Bremerhaven, S. 125-145

Müller, Brigitte (2005a): Betriebliche Gesundheitsförderung im Krankenhaus. In: Schriftenreihe der BAuA, Tb 142: Qualität der Arbeit im Gesundheitssektor. Frühjahrstagung der BAuA 07. und 08. Juni 2004. Dortmund, Berlin, Dresden, S. 71-80

Müller, Brigitte (2005b): Gute Lösungen in der Pflege. Beispiele guter Praxis einer gesundheitsgerechten und qualitätsfördernden Arbeitsgestaltung von Pflegearbeitsplätzen in Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten. Inqa-pflege, Bd. 14. Hrsg. BAuA in Kooperation mit dem DNBGF.

Müller, Brigitte (2008): Gute Lösungen in der Pflege (II). Inqa-pflege, Bd. 35. Hrsg. BAuA in Kooperation mit dem DNBGF

Müller, Brigitte (2009): *...und wer denkt an uns?* Gesundheitsförderung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Faller, Gudrun (Hrsg.): Lehrbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hans Huber Verlag. Bern (Erscheint im Jahr 2009)

Müller, Brigitte; Bruder, Felix (2009): „Wann, wenn nicht jetzt?!“ Erstes Intensivseminar des DNGfK zu Hintergründen und Entwicklung der Gesundheitsförderung im Krankenhaus war ein Erfolg. In: DNGfK Netz Nachrichten 01/09, 2-3

Müller, Brigitte; Hagenmeyer, Ernst-Günther (2000): Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz in Russland. In: Public Health Forum, 8.Jg., Nr. 28 - August 2000, S. 20

Müller, Brigitte; Münch, Eckhard (1994): Gesundheitszirkel als interdisziplinäres Modell zur Arbeits- und Organisationsgestaltung. In: Management & Krankenhaus, Zeitung für Führungskräfte im Gesundheitswesen. Darmstadt, 11/94

Müller, Brigitte; Münch, Eckhard., Badura, Bernhard. (1997): Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Gestaltungsmodell. Weinheim

Müller, Brigitte; Stößel, Ulrich (1998): Gesundheitsförderung im Krankenhaus - Ansätze, Erfahrungen und Handlungsbedarf. In: Hofmann, Friedrich; Reschauer, Georg; Stößel, Ulrich (Hrsg.): Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst Bd. 11. Freiburg im Breisgau, S.131-151

Münch, Eckhard, Walter, Uta, Badura, Bernhard (2002): Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin

Neuhaus, Kathrin; Metz, Anna - Marie (2005): Reduzierung psychischer Fehlbelastungen bei Krankenpflegekräften durch Gesundheitsförderung. In: Badura, Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.) Fehlzeitenreport 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg, S. 141 - 155

Oppolzer, Alfred (2007): Begleitforschung zur Dokumentation und Evaluation der Organisationsentwicklung im Diakonie Krankenhaus Alten Eichen (Hamburg) unter dem Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. 2. Teil. Projektbericht. Hamburg

Pelikan, Jürgen M.; Wolff, Stephan (Hrsg.) (1999): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Weinheim

Pfaff, Holger; Slesina, Wolfgang (Hrsg.) Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim und München

Remé, Thomas (2008): Die BGW – von der Behörde zum Präventionsdienstleister. Vortrag im Rahmen des Transferworkshops: „Die GUV im Wandel“ der Hans-Böckler-Stiftung und Bertelsmann Stiftung am 03.12.2008 in Berlin. Handout zur Präsentation

Robert-Bosch-Stiftung (Hrsg.) (2007): Zukunft für das Krankenhaus. Szenarien zur mittelfristigen Entwicklung der Krankenhausorganisation. <http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/html/16931.asp>, (14.04.2009)

Rosenbrock, Rolf (2003): Gesundheit und Arbeit – Erfolgsfaktoren der Zukunft Vortrag auf der Tagung der Spitzenverbände der GUV und der GKV am 6. 11. 03 in Berlin. Manuskript.

Rosenbrock, Rolf (2004a): Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 3 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung. In: Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh und Düsseldorf

Rosenbrock, Rolf (2008): Primäre Prävention – Zur Ausreifung eines Politikfeldes. Vortrag vom 10.04.2008. (www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kolloquim/presentationen.html), 02.07.2008

Schroer, Alfons (2000): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Bremerhaven

Schroer, Alfons (Hrsg.) (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement im öffentlichen Dienst und in der Verwaltung. Erfahrungen und Perspektiven. Bremerhaven

Slesina, Wolfgang (2001): Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In: Pfaff, Holger; Slesina, Wolfgang (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim und München, S. 75 - 95

Sochert, Reinhold (2000): Gesundheitszirkel: Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Schröer, Alfons (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Strategische Investitionen in die Gesundheit des Unternehmens und der Mitarbeiter. Bremerhaven, S. 79 – 94

Teske, Ulrike; Witte, Bernd (Hrsg.) (2000): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen, Bd. 1. Hamburg

Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften (2000): Dokumentation des dritten Workshops zum Projekt „Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung“ am 05.05.2000 in Düsseldorf. Ein Projekt der Hans-Böckler-Stiftung in Kooperation mit dem Bundesverband der AOK, dem Bundesverband der BKK, dem Bundesverband der IKK, und der Universität Bielefeld. Bearbeitung: Brigitte Müller.

Universitätsklinikum Freiburg (Hrsg.) (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung – Transfusionsmedizin. Projektbericht. Externe Begleitung und Redaktion: Brigitte Müller

Walter, Uta (2007): Qualitätsentwicklung durch Standards – am Beispiel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Bielefeld: Univ., Dissertation.

Weinmann, Julia (2005) Personalstrukturen und Beschäftigungsstrukturen im Gesundheitssektor. In: Badura Bernhard; Schellschmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2004 – Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Berlin, Heidelberg, S. 5 - 20

Zwierlein, Eduard (1997): Klinikmanagement. Erfolgsstrategien für die Zukunft. München, Wien, Baltimore

Websites, Links

http://www.aok-bv.de/imperia/md/aokbv/gesundheit/vorsorge/betriebe/aok_nutzenstudie_2007_betriebe.pdf, 02.03.2009

<http://www.aok-business.de/niedersachsen/institut-gesundheits-consulting/gesundheitsmanagement.php?id=0>=aok07&si=AOK71244988842695356>,

20.05.09

<http://www.bgf-institut.de>

<http://www.bgw-online.de>

<http://www.bkk.de>

http://www.luk-nrw.de/intern/projekte/2006/dl_projekte_2006.asp;14.04.2009

<http://www.mh-hannover.de/6289.html>, 01.03.09

<http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/kolloquim/presentationen.html>,
02.07.2008