

Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns

M. Burnus¹, V. Benner^{1,2}, L. Becker³, D. Müller⁴, S. Stock⁴

Aus der ¹Gothaer Krankenversicherung AG, Gesundheit Betrieb und Leistung, Köln, der ²MediExpert Gesellschaft für betriebliches Gesundheitsmanagement mbH, der ³Gothaer Finanzholding AG, Konzernorganisation, dem ⁴Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE), Klinikum der Universität zu Köln

Zusammenfassung:

Um die gesundheitsrelevanten Effekte eines Change-Management-Projekts in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung nachhalten und Verbesserungspotential für Folgeaktivitäten zur Mitarbeitergesundheit identifizieren zu können, wurde ein unternehmensspezifisches Gesundheitscontrolling-Instrument mit Benchmarking entwickelt. Dieses orientiert sich an wissenschaftlichen Qualitätsstandards und bildet den organisationalen Gesundheitswert in Form eines Index (BGM-Systemindex) ab.

Das Instrument verdeutlicht in vier Teilindizes – Managementsystem, Maßnahmen, Gesundheit und Ausfall – Kausalzusammenhänge und ermöglicht so eine qualitative Betrachtung des betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems und seiner Effekte im Verlauf.

Die Ausgangslage für das Projekt bildet das Ergebnis einer Mitarbeiterbefragung, die bei der Arbeitszufriedenheit Handlungsbedarf aufzeigte. Dies nahm die Geschäftsleitung zum Anlass, ein ganzheitliches Change-Management-Projekt zu starten. Dieses wies etliche Schnittstellen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) auf, so dass hier konsequent und evaluierbar eingegriffen werden konnte. Das Ziel lautete, innerhalb von drei Jahren bis zur nächsten Mitarbeiterbefragung erste positive Ergebnisse zu erzielen.

Insgesamt kann das Projekt als Erfolg eingestuft werden, da das primäre Projektziel „Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit“

im Projektzeitraum deutlich erreicht wurde. Der BGM-Systemindex hat sich zudem beim umfassenden Monitoring von Mitarbeitergesundheit bewährt. So konnte eine Optimierung der gesundheitsrelevanten Rahmenbedingungen nachgewiesen werden, daneben die Verbesserung von Qualität, Akzeptanz und Effizienz der Interventionsmaßnahmen sowie auf der Ergebnisseite eine positive Entwicklung der gesundheitlichen Früh- und Spätindikatoren. Damit hebt das Projekt sich positiv von der Literatur ab, in der bei unzureichendem oder fehlerhaftem Change-Management von einer deutlichen Verschlechterung der im Fokus stehenden weichen und harten Kennzahlen berichtet wird. Das entwickelte Instrument soll zukünftig weiterhin zum Einsatz kommen.

Summary

Development of an instrument for the assessment of demand and monitoring of the health management in a health insurance

To identify and follow up the health relevant effects of change-management-projects and to determine improvements in activities following this change a specific health-controlling instrument with benchmarking options has been developed.

This instrument applies scientific quality standards and shows the organisational value in form of an index (BGM-Systemindex). It shows the correlation between the four indices management system, health-related

actions, health and absence rate and allows a qualitative view of corporate health promotion and its long term effects.

The initiator for the project was an employee survey, which showed a need for action to improve job satisfaction.

The survey was the reason that management initiated an integral change-management-project. The project showed many interfaces with the corporate health promotion (BGM), thus enabling consequent changes to be made and their effects to be evaluated. The aim of the project was to clearly increase employee satisfaction up to the next employee survey.

Overall the project can be considered a success as the main aim of the project to increase the employees job satisfaction in the given period of time was clearly accomplished.

The BGM-Systemindex also stood the test for comprehensive monitoring of the employees health.

The project was able to prove that the health relevant parameters could be optimised and that the quality, acceptance and efficiency of the intervention methods had improved. It also showed a positive development of the early and long term health indicators.

This is a positive contrast to available literature, which shows that an insufficient or incorrectly used change management results in a lower employee satisfaction. As a result it was decided to use the tool in future.

Stichworte: Mitarbeiterbetreuung, Prävention, Arbeitsmedizin

Einleitung

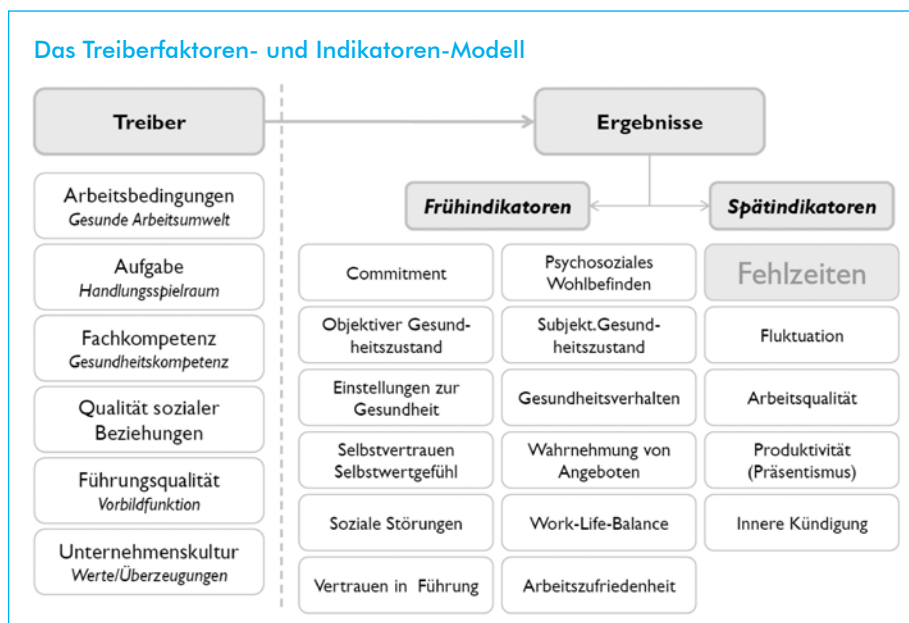
Die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert befindet sich in einer *Phase stetigen Wandels*. Die vom Markt vorgegebene Veränderungsgeschwindigkeit nimmt zu. Dies erfordert von Unternehmen, sich häufiger, schneller und umfassender zu restrukturieren als jemals zuvor (BCG 2012). Der Begriff „Restrukturierung“ wird in der Literatur insgesamt undifferenziert verwendet, stellen Köper und Richter (2012) in ihrem Review fest. Er bezeichnet als Oberbegriff alle Arten bedeutsamer Veränderungen in Unternehmen.

Restrukturierungsprozesse gehören heute zum alltäglichen Geschäft in Unternehmen.

Es handelt sich dabei in der Regel um komplexe Prozesse, die neben wirtschaftlichen Herausforderungen auch *umfassende organisatorische Veränderungen* und Auswirkungen auf das soziale Miteinander mit sich bringen. In Abhängigkeit von der Planung und Gestaltung des Veränderungsprozesses bieten Umstrukturierungen zum einen Chancen und bergen zum anderen Risiken für Betriebe und deren Beschäftigte (IGA 2012).

Das Review der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Köper und Richter 2012) kommt auf der Risikoseite zu dem Ergebnis, dass Restrukturierungen eine Quelle von *Arbeitsverdichtung* und *erhöhtem Stress* darstellen, was Motivation, Zufriedenheit und längerfristig auch die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen kann.

Abbildung 1 Das Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell nach Uhle und Treier (2011) als zentrale Ausgangsbasis zur Auswahl geeigneter Inhaltsfelder für den BGM-Systemindex



Auf der anderen Seite können optimierte Arbeitsprozesse durch positive Veränderungen von Arbeitsbedingungen und -aufgaben individuell als *bereichernde Chance* erlebt werden und so einen positiven Gesundheitseinfluss nach sich ziehen (IGA 2012). Es stellt demnach eine zentrale Herausforderung dar, Veränderungsprozesse so zu gestalten, dass *Gesundheit, Arbeitsfähigkeit* und *Leistungsbereitschaft* der Beschäftigten erhalten bleiben.

Um Reorganisationsprozesse gesundheitsförderlich oder zumindest gesundheitsschützend zu gestalten, empfiehlt die europäische Expertengruppe zu „*health in restructuring/HIRES*“ (Kieselbach et al. 2009) transparente und faire Entscheidungsprozesse sowie soziale Unterstützung der Beschäftigten. *HIRES* regt an, dem betrieblichen Gesundheitsschutz sowohl während als auch nach einer Restrukturierung eine größere Rolle einzuräumen und neben Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung eine Risikoabschätzung („*Monitoring und Evaluation*“) durchzuführen.

Daraus ergibt sich die Frage nach Qualitätsanforderungen an gesundheitsförderliche Veränderungsprozesse im Allgemeinen sowie Risikokriterien und Kennzahlen zur Prozesssteuerung und Erfolgskontrolle im Speziellen.

Gemäß Definition ist *Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)* die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sollen den Beschäftigten

und dem Unternehmen gleichermaßen zugutekommen (vgl. Weinreich und Weigl 2011, Malik 2007, Badura 1999).

Diesen ganzheitlichen BGM-Ansatz verfolgte bereits das *Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)*, als es in den Jahren 1997 bis 1999 Qualitätsanforderungen für betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen erarbeitete (BKK 1999). Die weitere Ausgestaltung der Qualitätskriterien mündete in einem Normungsverfahren, welches zur *DIN Spec 91020 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (DIN 2012)* führte.

Um für Unternehmen einen Quantensprung in der Steuerung und Qualitätssicherung im BGM zu erzielen, bedarf es laut Uhle und Treier (2011) einer erweiterten Strategie: *Das integrative Konzept der Gesundheitscores*, welches sich auf eine Kombination aus qualitativen und quantitativen, harten und weichen Kennzahlen stützt.

Durch die Auswahl geeigneter Themenfelder für die Gesundheitsanalyse und inhaltlich passender Zielkriterien resultieren aus Gesundheitscores direkte Gestaltungshinweise.

Diese Feldstudie stellt die Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im BGM der *Gothaer Krankenversicherung AG* dar. 2008 wurde in einem operativen Bereich im Rahmen einer umfassenden Mitarbeiterbefragung Handlungsbedarf bei der Arbeitszufriedenheit erkennbar.

Dies war der Anlass für die Geschäftsleitung, im Frühjahr 2009 ein ganzheitliches BGM-Projekt mit Change-Management-Charakter zu starten, das bis zur nächsten Mitarbeiterbefragung 2011 erste positive Ergebnisse erzielen sollte. Um die Effekte des Projekts nachhalten und gegebenenfalls Verbesserungsbedarf für Folgeaktivitäten identifizieren zu können, wurde in diesem Rahmen ein *unternehmensspezifisches Gesundheitscontrolling* entwickelt. Dieses sollte laut Vorgaben:

1. zum angestrebten Zweck die wichtigsten gesundheits- und systemrelevanten betrieblichen *Kennzahlen* auf einen Blick („one page only“) in Form eines Index abbilden.
2. sich an gängigen *Qualitätsstandards* orientieren.
3. möglichst Datensysteme verwenden, die *im Unternehmen* vorliegen, um keine großen Extraaufwände und Datenfriedhöfe zu produzieren.

Mit der umfassenden Darstellung und Evaluation des Restrukturierungsprozesses will diese Studie zudem einen Beitrag zur Beantwortung der aktuellen Forschungsfrage „*Was zeichnet gelungene Transition aus (Best-Practice-Begleitforschung) bzw. was sind die Faktoren für das Scheitern von Restrukturierungsbemühungen?*“ leisten, welche die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin formulierte (Köper und Richter 2012, 8).

Methodik bei der Entwicklung des Instruments

Gemäß Badura (2004) besteht zwischen *Total-Quality-Management (TQM)* und Betrieblichem Gesundheitsmanagement eine „*Wahlverwandtschaft*“. Diese liegt sowohl in konzeptionellen Gemeinsamkeiten, als auch in Gemeinsamkeiten in der Methodik bzw. dem Vorgehen begründet.

Aus diesem Grund empfiehlt sich das Ende der achtziger Jahre von der *European Foundation for Quality Management (EFQM)* entwickelte europäische TQM-Umsetzungsmodell „*EFQM-Modell*“ als *normative Rahmung* für das geplante Steuerungsinstrument.

Dieses Qualitätsmanagement-System ist ganzheitlich ausgerichtet und berücksichtigt neben Ergebniskriterien auch Befähigerkriterien (Voraussetzungen), die jeweils hälftig gewichtet zum Gesamtergebnis beitragen.

Es reflektiert damit die Mittel und Wege zum Erfolg bzw. zur anvisierten Exzellenz (Uhle und Treier 2011).

Die ersten Adaptionen des EFQM-Modells im Bereich BGM (vgl. Zink et al. 2008 und BKK 1999) beurteilt Walter (2007, 58) insgesamt positiv. Allerdings „bleibt anzumerken, dass es sich bei den von AOK und BKK vorgeschlagenen Modellen um *allgemeine Qualitätsmodelle* zur Organisationsentwicklung handelt, die *keine* klare Konzeption von Gesundheit und ihren Einflussgrößen erkennen lassen. Darüber hinaus weisen die Modelle eine relativ komplizierte Systematik auf, die in der Umsetzung und Bewertung für Unternehmen (und Krankenkassen) zeitlich und organisatorisch *aufwändig* erscheint, und sie bieten wenig Handwerkszeug für das *konkrete Vorgehen* in der betrieblichen Gesundheitsarbeit.“

Diese Kritikpunkte galt es bei der Entwicklung des Steuerungsinstruments der Gothaer zu beseitigen, sollen die in Abschnitt 1 aufgelisteten Vorgaben erfüllt werden.

Eine Konzeption von Gesundheit und ihren Einflussgrößen bietet das *Treiberfaktoren- und Indikatoren-Modell* (siehe Abbildung 1 nach Uhle und Treier 2011, 190, vgl. Badura et al. 2008). Die Kausalsequenz dieses Modells beschreiben Uhle und Treier (2011) in Anlehnung an Craes und Mezger (2001): Arbeits- und Organisationsbedingungen (Treiber) → Gesundheitszustand (Früh- und Spätindikatoren) → Arbeitsverhalten (Spätindikatoren).

Die im Modell dargestellten Themenfelder wurden in vielen Metaanalysen eindeutig als relevante Inhaltsfelder des BGM identifiziert; ihre Wechselwirkung ist empirisch fundiert (Uhle und Treier 2011). Aus diesem Grund wird das Modell als *zentrale Ausgangsbasis* zur Auswahl geeigneter Inhaltsfelder und Kennzahlen herangezogen.

Da sich inhaltliche Schwerpunkte sowie kulturelle Besonderheiten von Unternehmen stark unterscheiden, kann es für ein betriebliches Managementsystem laut Zink et al. (2008) kein standardisiertes Konzept geben.

Vielmehr muss ein solches Managementsystem auf die *individuellen* Bedürfnisse und Rahmenbedingungen einer Organisation und ihrer Mitarbeiter zugeschnitten werden.

Zur Erfassung des *organisationalen Gesundheitswerts* in Form eines *Index* empfehlen Uhle und Treier (2011), die Summe aus ausgewählten Gesundheitsscores zu bilden. Diese Scores müssen standardisiert erfasst und mit einem festen Algorithmus im Sinne des Controllings errechnet werden. Sie empfehlen, die Scores auf dem Wertebereich von 1 bis 100 zu transformieren, damit sie später in der Gesundheits-Scorecard optimal balanciert (Gewichtungen betreffend) und bilanziert werden können.

Um die Daten zu einem *Index* verrechnen zu können, bieten sich laut Zink et al. (2008) mehrere Möglichkeiten an: Hält man alle Variablen a priori für gleich bedeutsam für bestimmte Zielgrößen, wie z.B. die Gesundheit der Mitarbeiter, so kann man diese gleichgewichtig in den Index eingehen lassen. Ein alternatives Vorgehen besteht darin, die Gewichtung aus Expertensicht oder aus der Perspektive der Leitlinien zu bestimmen (vgl. Uhle und Treier 2011).

Als *Vorlage* für das zu entwickelnde Instrument wurde das von Weber (2011) vorgestellte *Modell der „Gesundheits-Scorecard aus vorhandenen Daten & Betriebsklimauntersuchungen“* herangezogen. Dieses Modell bildet gesundheitsrelevante Ergebnisse im Betrieb

in mehreren Teilindizes ab. Durch den Abgleich von Ist-Werten mit vorgegebenen Soll-Werten (Benchmarks) nimmt das Instrument verschiedene Funktionen wahr.

Zum einen lassen sich auf diese Weise kurz- bis mittelfristige Ziele für das BGM konkret fest- und fortschreiben sowie ihre Zielerreichung im Sinne eines Monitorings nachhalten (*Längsschnittanalysen*). Zum anderen führt es qualitätsrelevante Evaluationsdaten zusammen, die es den Gesundheitsverantwortlichen im Unternehmen ermöglichen, das Interventionsprogramm im Sinne eines *kontinuierlichen Verbesserungsprozesses (KVP)* zu optimieren.

Was im Modell nach Weber (2011) jedoch fehlt, sind die Befähigerkriterien zur Erfassung der gesundheitlichen Verhältnisse von Arbeit und Organisation im Betrieb. Um Qualität und Effektivität eines integrierten BGM-Managementsystems erfassen zu können, gilt es, das Modell in Anlehnung an das *EFQM-Modell* um die Befähigerkriterien zu erweitern und die Gewichtung anzupassen (siehe Abbildung 2).

Studiendesign zur Verbesserung von Mitarbeiterzufriedenheit und -gesundheit

In einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung mit 401 Mitarbeitern, davon 68,8% Frauen und 31,2% Männer mit einem Durchschnittsalter von 41,1 Jahren (Stand Projektstart), ließ eine *Mitarbeiterbefragung* Ende 2008 im Konzernvergleich (Kerngesellschaften mit 3.225 Mitarbeitern, Durchschnittsalter 44,4 Jahre) Handlungsbedarf bezüglich der *Arbeitszufriedenheit* erkennen. Vor dem Hintergrund, dass durch Einführung eines neuen Bestandsführungssystems eine zusätzliche Beanspruchung der Mitarbeiter unmittelbar bevorstand, war dies Anlass, im Frühjahr 2009 ein Projekt mit dem Primärziel *nachhaltiger Steigerung* der Mitarbeiterzufriedenheit zu starten.

In dem Bewusstsein, dass dies nur über eine Weiterentwicklung der Unternehmenskultur und der zielgerichteten Implementierung von BGM-Maßnahmen realisierbar sein würde, setzten die Verantwortlichen auf ein ganzheitlich orientiertes Change-Management. Ganz bewusst strebte man eine ganzheitliche Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Mitarbeiter/Innen an, stellt Becker (2011, 122) in ihrer ausführlichen Projektbeschreibung klar, und ergänzte dies mit Maßnahmen zum Stressmanagement und zur gesunden Führung. Es folgt eine komprimierte Kurzbeschreibung des Projekts mit Kernpunkten und Eckdaten.

Frühzeitig wurde neben den Führungskräften der Personalbereich in das Projekt eingebunden, der maßgeblich bei der Planung, Steuerung und Umsetzung unterstützte. Zudem waren Vertreter des Betriebsrats involviert, der Arbeitsmedizinische Dienst sowie der konzerninterne Gesundheitsdienstleister MediExpert.

Im ersten Schritt erfolgte die Ursachenforschung unter Einbeziehung aller Beschäftigten in Form von *Qualitäts-/Gesundheitszirkeln* auf Gruppenebene. Hierbei ergaben sich mehr als 260 Rückmeldungen, die nach Konsolidierung in 84 konkrete Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen mündeten. Weitere Ansätze, in erster Linie zur Verbesserung von Strukturen, Arbeitsabläufen und Prozessen, kamen aus einer eigens gebildeten „Taskforce“ der Konzernorganisation sowie dem Kreis der Führungskräfte.

„Anhand ihres Bezugsbereichs wurden die Vorschläge einzelnen Gruppen, Abteilungen oder dem gesamten Bereich zugeordnet und dorthin zur Bearbeitung delegiert. Das Gesamtprojekt konnte sich damit neben der Steuerung des Maßnahmenportfolios den *übergreifenden Vorschlägen* widmen, die mehrere Abteilungen oder den gesamten Bereich betrafen. Parallel hierzu wurden die *Handlungsbedarfe* inhaltlich geclustert, woraus sich fünf zentrale Handlungsfelder ergaben: Kommunikation, Organisation, Arbeitsmittel, Führung sowie Mitarbeiter/Innen.“ (Becker 2011)

Als eine der ersten Maßnahmen erfolgte die Gleichstellung der Mitarbeiterzufriedenheit mit den drei bisher für die strategische Steuerung relevanten ökonomischen Orientierungsgrößen Ertrag, Produktivität und Service.

Die Handlungsbedarfe in den zentralen Handlungsfeldern stellten sich wie folgt dar:

So beinhaltete das **Handlungsfeld Kommunikation** beispielsweise diverse Strategien und Maßnahmen zur Beseitigung der typischen Stressfaktoren: *Intransparenz* und *Informationsmangel*. Neben der Optimierung des Kommunikationsflusses mit Hilfe der bestehenden Instrumente (bspw. durch den Einsatz benutzerfreundlicher Grafiken und den bewussten Verzicht auf Fremdwörter) wurden neue etabliert. Exemplarisch sei an dieser Stelle die Schaffung eines neuen *Informationsmagazins* zur Vermittlung übergreifender Informationen genannt, das alle zwei bis drei Monate erscheint. Die Führung setzte dabei auf allen Ebenen auf mehr Offenheit,

Klarheit und Partizipation und strebte so eine neue Kommunikationskultur an.

Im **Handlungsfeld Organisation** wurden *Steuerungskreise* etabliert, die sich nach inhaltlichen Schwerpunkten untergliederten und während sowie über den Projektzeitraum hinaus mit der kontinuierlichen Weiterentwicklung der Strukturen und Prozesse (KVP) befassten. Hierbei standen *Prozessoptimierungen* zur Arbeitsentlastung im Fokus, die nach Abschluss der Analysephase angegangen wurden. Die Bearbeitung eines großen Anteils der im Rahmen der Qualitäts-/Gesundheitszirkel gesammelten Vorschläge erfolgte auf Ebene der Steuerungskreise.

Im **Handlungsfeld Arbeitsmittel** bestand ein wichtiges Ziel darin, die *Arbeitsbedingungen* zu optimieren. Hier wurde beispielsweise die Stabilität der genutzten Systeme (Drucker, Fax etc.) verbessert, modernere, ergonomische Arbeitsausstattung (Stühle, Bildschirme etc.) angeschafft und im Rahmen eines *Ergo-Coachings*, bei dem Fachkräfte von Büro zu Büro gingen, individuell nach ergonomischen Gesichtspunkten angepasst. Bei medizinischer Notwendigkeit erfolgte die Einbindung der *Arbeitsmedizin*.

Die Zielsetzung im **Handlungsfeld Führung** bestand darin, die Führungskräfte zur Unterstützung ihrer Mitarbeiter in belastenden Arbeitssituationen zu befähigen. Hierzu diente zum einen das verpflichtende Training „*Gesunde Führung*“, zum anderen ein Tagesseminar zur Identifikation von und zum Umgang mit stressbelasteten Mitarbeitern. Ein Projekt „*Wertschätzung*“ sollte einen Wandel der Führungskultur anstoßen.

Zum Ausbau der *Präventionsangebote* im Themengebiet Stress- und Gesundheitsmanagement kam es im **Handlungsfeld Mitarbeiter/Innen**. Die bereits vor dem Projekt etablierten Angebote, wie beispielsweise Rückenfitness- und Entspannungskurse im Unternehmen sowie Betriebssport, wurden dabei um mehrere Unterstützungsmaßnahmen zur Stressbewältigung erweitert. So auch ein Angebot „*Stress-Blitz*“, in dessen Rahmen ein Stress-Coach die Mitarbeiter in ihren Büros aufsuchte und einfache Übungen zum Innehalten und Auftanken vermittelte. Neben dieser Sofort-Hilfe fungierte der Coach als „*Türöffner*“ für intensivere Folgemaßnahmen, wie Stressbewältigungsseminare und individuelle Stress-Coachings.

Auch hier bestand eine Schnittstelle zur Arbeitsmedizin. Das speziell für dieses Projekt entwickelte Konzept und die mit seiner Hilfe erzielten Ergebnisse stellten Burnus et al. (2012) in einem separaten Fachartikel vor s.

VersMed 64 [2012] 17. Geschlossenen Gruppen stand bei Bedarf zur Verbesserung der Zusammenarbeit zudem die Teamentwicklungsmaßnahme „*Starkes Team – auch im Stress*“ offen.

Definition der wesentlichen Teilindizes im BGM-Systemindex

Allen Beteiligten war klar, dass die Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit nur durch langfristige und nachhaltige Anstrengung erreicht werden kann. Daher wurden *Steuerungsinstrumente* etabliert, um den Fortschritt zu messen und die Nachhaltigkeit des Projekts zu sichern (Becker 2011, 126).

Hierzu diente im Projektgeschäft zum einen ein *monatlicher Statusbericht*, der sämtliche Maßnahmen beinhaltete und sowohl Führungskräften als auch der Mitarbeitervertretung offen stand. Zum anderen wurde quartalsweise mit Hilfe einer *Online-Mitarbeiterbefragung* (Voting) die Wirkung der umgesetzten Maßnahmen gemessen. Des Weiteren erfolgte jeweils im Anschluss an einzelne Maßnahmen eine *Qualitätsbewertung* durch die Teilnehmer.

Um die übergeordnete Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems in seiner Gesamtheit, den damit verbundenen Zusammenhängen und letztendlich des Projekterfolges nachhalten zu können, fiel der Entschluss zur Entwicklung des spezifischen Controlling-Instruments.

Nach Abschluss der in Abschnitt 2 dargestellten Überlegungen auf der Modellebene galt es, diese theoretischen Ansätze in die *Praxis* zu übertragen und das Instrument an die Spezifika der Organisation zu adaptieren. Hierfür mussten geeignete Datensysteme und gesundheitsrelevante Kennzahlen im Unternehmen identifiziert werden. Gemäß Vorgaben (siehe Abschnitt 1) griff man hierbei soweit wie möglich auf vorliegende und bekannte Erhebungsverfahren zurück.

Abbildung 2 zeigt die *oberste Ebene* (Ebene 1) des Instruments mit seinen vier Teilindizes sowie der an das EFQM-Modell angelehnten Gewichtung. Welche Überlegungen, Fragestellungen und Zielwerte den einzelnen Kennzahlen zugrunde gelegt wurden, wird im Folgenden für jeden Teilindex einzeln dargestellt.

Teilindex Managementsystem

Die Beurteilung der im Teilindex Managementsystem dargestellten Befähigerkriterien

erfolgte über eine qualitative *Selbstbewertung* im Rahmen eines *internen Audits*. Dieser Prozess ist im Unternehmen bereits durch die regelmäßige Teilnahme an externen Zertifizierungen und Audits im BGM (Move Europe/BKK Bundesverband, Corporate Health Award/EuPD Research) etabliert. Um die Qualitätskriterien für die fünf Kennzahlen auf der obersten Ebene (Ebene 1) „Führung“, „Strategie und Planung“, „Ressourcen“, „Mitarbeiterorientierung“ und „Betriebliches Gesundheitssystem & Prozesse“ zu definieren, wurden die gängigen Qualitätsstandards im BGM (DIN 2012, EuPD 2012, Muylaert et al. 2007, BKK 1999) von den Autoren im Rahmen eines Review erhoben, die Kriterien mit den meisten Übereinstimmungen zusammengefasst und die dazugehörigen Fragestellungen auf der Ebene 2 formuliert.

Die Einschätzung der *Qualitätsausprägung* erfolgte mittels einer fünfstufigen Antwortskala (0-25-50-75-100%) in Anlehnung an den BKK Bundesverband (2011). Die Bewertungsaspekte gehen dabei stufenweise von „keine Maßnahmen“ (Erfüllungsgrad 0%) bis hin zu einer „vollständigen Umsetzung“ (100%), die sich durch uneingeschränkten Zugang und/oder Relevanz für alle Mitarbeiter sowie die kontinuierliche Umsetzung bei stetiger Verbesserung, unter Beteiligung der Beschäftigten, auszeichnet.

Am internen Audit waren Führungskräfte, Experten des Gesundheitsmanagements und Mitarbeiter beteiligt.

Als Ziel-/Sollwert wurde die anvisierte *Exzellenz* (100%) festgelegt.

Zur Bewertung des Zielerfüllungsgrads zum Zeitpunkt des Projektstarts, Anfang 2009 (t0) wurden die Zertifizierungsunterlagen der Kampagne „Move Europe“ („Best-Practice-Fragebogen“ des BKK Bundesverbands) aus dem betreffenden Jahr herangezogen und im Rahmen eines retrospektiven Audits vervollständigt. Zudem erfolgte die Festlegung, Begründung und Dokumentation der Zielerfüllungsgrade zum Zeitpunkt Projektende (t1), Ende 2011.

Die Gewichtung der Kennzahlen im Index auf Ebene 1 richtet sich nach dem *EFQM-Modell*. Auf Ebene 2 wurden die der Bewertung zugrunde liegenden Fragestellungen jeweils gleichgewichtet. So flossen beispielsweise die fünf Qualitätskriterien zur Kennzahl „Führung“ jeweils zu 20% in die Bewertung ein.

Teilindex Maßnahmen

Evaluationsdaten zu den in den fünf Handlungsfeldern durchgeführten Maßnahmen

Abbildung 2 Gothaer BGM-Systemindex als erweitertes Modell der Gesundheits-Scorecard mit unternehmensspezifischen Kennzahlen und Gewichtung in Anlehnung an das EFQM-Modell.

Modell-ebene		BGM-Systemindex	Kennzahlen (1. Ebene)
		Gewichtung Teilindizes in Anlehnung an EFQM-Modell	
Erweiterung gemäß EFQM-Modell	Befähigungskriterien (Voraussetzungen)	Managementsystem	Führung
		50%	Strategie und Planung
			Ressourcen
			Mitarbeiterorientierung
			Betr. G.-System & Prozesse
Modell Gesundheits-Scorecard (modifiziert nach Weber 2011)	Ergebniskriterien	BGF-Maßnahmen	Maßnahmenumsetzungsquote
		10%	Zertifizierungsquote Trainer
			Teilnahmequote
			Teilnehmerzufriedenheit
			Transferquote Berufsalltag
		Gesundheit	Mitarbeiterzufriedenheit
		25%	Führungsverhalten
			Entwicklungsmöglichkeiten
			Arbeitsplatzsicherheit
			Kommunikation
			Commitment
			Leistungsbereitschaft
		Ausfall	Fluktuationsquote
15%	Fehlzeitenquote		
	Produktivität		
	100%		

werden in diesem Teilindex zusammengeführt und erlauben eine qualitative und quantitative Bewertung der Intervention. Auf Ebene 1 wurden als Quantitäts- und Qualitätsmerkmale die Kennzahlen „Maßnahmenumsetzungsquote“, „Zertifizierungsquote Trainer“, „Teilnahmequote“, „Teilnehmerzufriedenheit“ und „Transferquote Berufsalltag“ festgelegt. Diese Kennzahlen sind relevant für den Erfolg von Interventionsmaßnahmen, wie Hüttscher (2012) in ihrem Review darlegt.

Die Gewinnung der Daten erfolgte zum einen aus der Projektmanagementstatistik, bspw. Anzahl geplanter und umgesetzter Maßnahmen, Anzahl der durch die GKV nach §20 SGB V zertifizierten Trainer sowie Teilnehmerzahlen, zum anderen aus Teilnehmerbefragungen (Zufriedenheit und Transfer).

Die Kennzahlen auf der obersten Ebene (Ebene 1) setzen sich gleich gewichtet aus den Zielerfüllungsgraden in den fünf genannten Handlungsfeldern (siehe Abschnitt 3) zusammen. Diese Kennzahlen wiederum ergeben sich für Teilnahmequote, Teilnehmerzufriedenheit und Transferquote Berufsalltag aus den Ziel-

erfüllungsgraden der jeweiligen Einzelmaßnahmen (Ebene 3). So werden beispielsweise die Teilnahmequoten von Einzelmaßnahmen (Stress-Coaching, Stressbewältigungsseminar etc.) auf Ebene 3 des Instruments mit spezifischen BGF-Benchmarks aus deutschen Unternehmen abgeglichen (EuPD 2011 und 2010) und auf Ebene 2 zu einer Teilnahmequote für jedes Handlungsfeld aggregiert (bspw. „Teilnahmequote Mitarbeiter/Innen“).

Die Zielwerte für Maßnahmenumsetzungsquote und Zertifizierungsquote Trainer wurden dabei auf 100% festgelegt. Für die Kennzahlen Teilnehmerzufriedenheit und Transferquote Berufsalltag wurde in Abstimmung mit den Projektverantwortlichen jeweils ein Zielwert von $\geq 90\%$ festgelegt.

Teilindex Gesundheit

Die Daten zum Thema Gesundheit und Wohlbefinden entstammen der umfassenden Mitarbeiterbefragung, die standardisiert alle drei Jahre im Gothaer Konzern durchgeführt wird.

Die Befragungen Ende 2008 (t0) sowie Ende 2011 (t1) bilden die Klammer für das dargestellte Projekt. Bei einer Beteiligungsquote im beobachteten Bereich von 55% (2008) und 72% (2011), gegenüber 67% (2008) und 74% (2011) im Konzern, kann von einem repräsentativen Ergebnis ausgegangen werden.

Die aus der rund 100 Items umfassenden Befragung ausgewählten bzw. verdichteten weichen Kennzahlen stellen *Frühindikatoren* dar, die in direktem Bezug zur Projektzielerreichung stehen. Hüttcher (2012) hat in ihrem Review die Wirkungszusammenhänge der ausgewählten Kennzahlen aufgezeigt. Als Benchmarks (Soll-Wert) zu den Befragungsergebnissen in besagtem operativem Bereich bieten sich die *Konzernergebnisse* an, wie in der Auswertung standardmäßig vorgesehen.

Bei der Gewichtung der Kennzahlen im Teilindex wurde der *Mitarbeiterzufriedenheit* von den Experten besondere Bedeutung beigemessen (siehe Tabelle 1). Dies liegt zum einen darin begründet, dass die nachhaltige Verbesserung der Mitarbeiterzufriedenheit das *primäre Projektziel* darstellt, zum anderen ist dies der nachgewiesenermaßen sehr starken Korrelation zwischen der Mitarbeiterzufriedenheit und mentaler sowie physischer Gesundheit geschuldet (Faragher et al. 2005).

Teilindex Ausfall

Die ökonomischen Kennzahlen und Spätindikatoren „*Fluktuation*“ (arbeitnehmergetrieben), „*Fehlzeiten*“ und „*Produktivität*“ werden im Ausfallindex dargestellt. Wie im Teilindex Maßnahmen bildet der Mittelwert der Jahreskennzahlen aus 2006 bis 2008 den Vergleichswert (t0) zum Mittelwert aus den Projektjahren 2009 bis 2011 (t1). Während so bei der Kennzahl Produktivität verfahren wurde, standen für Fehlzeiten und Fluktuation auf Grund einer IT-Systemumstellung im Personalcontrolling im Jahre 2007 nur vergleichbare Daten des Jahres 2008 ohne zusätzlichen Aufwand (siehe Vorgabe) zur Verfügung. Demnach wurde in diesen beiden Fällen der 2008er Wert zum Vergleich herangezogen.

Als Soll-Werte für Fehlzeiten und Fluktuation wurden die Benchmarks der *Gothaer Kerngesellschaften* (z.B. Sachversicherung, Lebensversicherung, Krankenversicherung) definiert. Dieses Vorgehen ermöglicht den Abgleich der Interventionsgruppe mit dem Gesamtergebnis der Kerngesellschaften als Vergleichswert. Da diese in der Gothaer ähnlichen Verhältnissen unterliegen und sich von den demografischen Strukturen und Arbeitsbedingungen her weitestgehend decken, kann dies Hinweise auf *Interventionseffekte* geben.

Die Kennzahl *Produktivität* ist hingegen auf Grund unterschiedlicher Tätigkeiten und systemischer Unterstützung über Gesellschaftsgrenzen hinaus nur schwer vergleichbar. Deshalb wurde der Sollwert sowohl für t0 als auch für t1 wie folgt definiert: Wenn der Zeitaufwand, der laut Personalbedarfsrechnung zur Erledigung der Geschäftsvorgänge notwendig ist, der eingesetzten (anwesenden) Kapazität entspricht, liegt die Produktivität bei 100%.

Bei der Gewichtung der Kennzahlen im Teilindex wurde der *Fehlzeitenentwicklung* von den Experten eine wichtigere Rolle zugewiesen als der Fluktuation (siehe Tabelle 1), die bei der Gothaer Krankenversicherung traditionell eher niedrig ist. Die Produktivität wurde dazwischen angesiedelt.

Ergebnisse

Das Gesamtergebnis weist im Projektverlauf eine deutliche Verbesserung auf.

Der BGM-Systemindex des operativen Bereichs steigt um 19 Prozentpunkte von 72,20% auf 91,35% an (siehe Tabelle 1). Dies liegt in der positiven Entwicklung in *allen vier Teilindizes* begründet.

BGM-Systemindex	Kennzahlen (1. Ebene)	Gewichtung im Index (1. Ebene) in %	Zielerreichungsgrad Projektbeginn (t=100%)	Ereichte Punktzahl "Index Projektbeginn" (t0)	Zielerreichungsgrad Projektende (t=100%)	Ereichte Punktzahl "Index Projektende" (t1)
Managementsystem Gewichtung Teilindizes in Anlehnung an EFQM-Modell 50%	Führung	10%	0,50	5,00	0,90	9,00
	Strategie und Planung	8%	0,65	5,20	0,95	7,60
	Ressourcen	9%	0,75	6,75	1,00	9,00
	Mitarbeiterorientierung	9%	0,70	6,30	0,90	8,10
	Betr. G -System & Prozesse	14%	0,83	11,67	0,96	13,42
		50%		34,92		47,12
Maßnahmenindex 10%	Maßnahmenumsetzungsquote	2%	0,93	1,86	0,93	1,87
	Teilnahmequote	3%	0,31	0,93	0,98	2,95
	Teilnehmerzufriedenheit	2%	0,67	1,33	0,96	1,92
	Transferquote Berufsalltag	2%	0,62	1,24	0,98	1,96
	Zertifizierungsquote Trainer	1%	0,60	0,60	0,79	0,79
		10%		5,96		9,49
Gesundheit 25%	Mitarbeiterzufriedenheit	7%	0,72	5,04	0,90	6,31
	Führungsverhalten	3%	0,85	2,55	0,92	2,75
	Entwicklungsmöglichkeiten	3%	0,74	2,21	0,74	2,22
	Arbeitsplatzsicherheit	3%	0,60	1,80	0,69	2,06
	Kommunikation	3%	0,68	2,05	0,84	2,52
	Commitment	3%	0,69	2,06	0,75	2,25
	Leistungsbereitschaft	3%	0,94	2,83	0,93	2,78
		25%		18,53		20,89
Ausfall 15%	Fluktuationsquote (AN-getr.)	4%	1,00	4,00	1,00	4,00
	Fehlzeitenquote	6%	0,82	4,92	0,83	5,00
	Produktivität	5%	0,77	3,87	0,97	4,87
		15%		12,79		13,86
Gesamt Index		100%		72,20		91,35

Tabelle 1 Zielerreichungsgrad BGM-Systemindex im Projektverlauf: Projektbeginn (t0) vs. Projektende (t1)

Beim **Teilindex Managementsystem** spiegelt sich diese deutliche Steigerung im Projektverlauf in allen Kennzahlen der Ebene 1 wider.

Bei der Kennzahl „*Führung*“ lässt sich dieser Qualitätsanstieg beispielsweise an dem nachhaltigen Bekenntnis der obersten Führung zu den Zielen des BGM festmachen, was sich zum einen in der Aufnahme der Mitarbeiterzufriedenheit in die operationalen Steuerungsgrößen darstellt und zum anderen in regelmäßigen mündlichen und schriftlichen Bekräftigungen ausdrückt.

Mitarbeiterzufriedenheit und *-gesundheit* wurden als förderungswerte Unternehmensressource in der Personalstrategie und als *Führungsaufgabe* verankert sowie in den Zielvereinbarungen aller Führungskräfte fixiert. Die Befähigung, ihre Zielerreichung aktiv angehen zu können, erhielten alle Führungskräfte durch die verpflichtenden Trainings- und Schulungsmaßnahmen.

Die strukturelle Verbesserung des *BGM-Managementsystems* setzt sich bei Strategie und Planung, der Bereitstellung von Ressourcen, Mitarbeiterorientierung sowie dem Betrieblichen Gesundheitssystem & Prozesse fort.

An der einen oder anderen Stelle bleibt jedoch zum Zeitpunkt t1 der letzte Schritt zur Exzellenz (100%) offen. So müsste beispielsweise zur Nachjustierung von Gesundheitsaspekten in Zielvereinbarungen im letzten Schritt ein systematischer KVP definiert und fixiert werden.

Der **Teilindex Maßnahmen** legte ebenfalls deutlich zu. Die höchste Steigerungsrate zeigte sich hier bei der „*Teilnahmequote*“, die von einem im Benchmark weit unterdurchschnittlichen Zielerreichungsgrad von 31% bei Projektbeginn (t0) im Verlauf bis auf einen Zielerreichungsgrad von annähernd 100% (99%) anstieg. Auffällig sind zudem die verbesserte Zertifizierungsquote von Trainern und die gestiegenen Transfermöglichkeiten der Interventionsinhalte in den Arbeitsalltag, bei hoher Teilnehmerzufriedenheit.

Im **Teilindex Gesundheit** basiert die Steigerung in erster Linie auf einer Verbesserung im zweistelligen Prozentbereich von *Mitarbeiterzufriedenheit* (+18%) und *Kommunikation* (+16%) in Relation zum Konzernergebnis. Einher gehen hiermit leichte Verbesserungen von Arbeitsplatzsicherheit (+9%), Führungsverhalten (+7%) und Commitment (+6%); während sich die Kennzahlen Entwicklungsmöglichkeiten und Leistungsbereitschaft nahezu unverändert darstellen.

Geringer fällt die Verbesserung im **Teilindex Ausfall** aus. Während die arbeitnehmerge-

triebene Fluktuationsquote bereits seit Jahren auf einem im Konzernvergleich unterdurchschnittlichen Stand liegt, zeigt sich die Fehlzeitenquote im Benchmark nahezu unverändert. Der Anstieg in diesem Teilindex wird durch die deutliche *Produktivitätssteigerung* (+20%) realisiert.

Diskussion

„*Ob eine Reorganisation erfolgreich war, ist an den Zielen zu bemessen, die zu Beginn des Prozesses definiert wurden.*“ (Köper und Richter 2012, 5). Mit Hilfe von geeigneten Messsystemen gelang es in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung eine Erfolgskontrolle im BGM durchzuführen.

Das primäre Projektziel „Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit“ wurde mit einem Plus von 18 Prozentpunkten erreicht.

Zum Einstieg in die Interpretation von Kennzahlen und deren Zusammenhängen im *BGM-Systemindex* bietet sich die genaue Betrachtung der Teilindizes an, die hier ausgeführt werden.

Im **Teilindex Managementsystem** wird eine positive Entwicklung dargestellt, welche die Vermutung nahelegt, dass die *gesundheitsgerechte Weiterentwicklung* von Strukturen, Systemen und Prozessen im Rahmen des Projekts als gelungen bezeichnet werden kann. Die Zielerreichungsgrade bei den einzelnen Kennzahlen von 90% und höher zum Zeitpunkt t1 weisen auf eine hohe Qualitätsausprägung hin, die sich dem Zielwert 100% („vollständige Umsetzung“) annähert (vgl. Abschnitt 4).

Da sich dieser durch die Kriterien „kontinuierliche Umsetzung bei stetiger Verbesserung, unter Beteiligung der Beschäftigten“ auszeichnet, kann davon ausgegangen werden, dass die umgesetzten Veränderungen von *nachhaltiger Natur* sind und über den Projektzeitraum hinaus ihre Wirkung entfalten. Zudem sollte bedacht werden, dass kulturelle Veränderungen in Organisationen einige Zeit benötigen, um sich zu etablieren und Effekte zu erzielen.

Gemäß dem zugrunde liegenden Modell (siehe Abbildung 1) stellt die Optimierung der Voraussetzungen (Treiber) nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung (Kausalität) die Grundlage für positive Veränderungen auf der Ergebnisseite dar.

Die Entwicklung der Ergebniskriterien im **Teilindex Maßnahmen** steht demnach in

direkter Abhängigkeit zu den im Teilindex Managementsystem abgebildeten Befähigungskriterien. Bei den hier dargestellten Kennzahlen handelt es sich um Indikatoren, die direkte Aussagen zu Quantität, Qualität, Akzeptanz und Nutzen der Intervention aus Sicht der Beschäftigten ermöglichen. Eine deutliche Verbesserung auf dieser Ebene ist in erster Linie durch ein *funktionierendes Qualitätsmanagement* zu erreichen, das sich auf eine kontinuierliche systematische Weiterentwicklung von Konzepten und Maßnahmen (KVP) auf Basis von Evaluationsdaten stützt.

Am eindrücklichsten lässt sich diese Entwicklung am Beispiel sozialer Unterstützungsangebote zum Stressmanagement darstellen.

Trotz systematischer Planung und Umsetzung wurde mit Einzelmaßnahmen im 3-Jahreszeitraum vor Projektbeginn (2006 bis 2008) nur ein Bruchteil der Mitarbeiter erreicht, da die Maßnahmen weder bei den Führungskräften noch bei den Mitarbeitern große Akzeptanz fanden, was der Indikator (niedrige) „*Teilnahmequote*“ belegt.

Im Projektzeitraum (2009 bis 2011) hingegen wählte das Projektteam einen *ganzheitlichen Ansatz*, der sowohl Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens miteinander verknüpfte. Aktive Unterstützung durch die Geschäftsführung, die Schulung aller Führungskräfte nebst Eingang von Gesundheitszielen in die Zielvereinbarungen sorgten für eine hohe Akzeptanz der Maßnahmen auf Führungsseite.

Durch das neu entwickelte Konzept „*Stress-Blitz*“ gelang es daneben, die Akzeptanz der Mitarbeiter zu gewinnen. Diese Optimierung der Voraussetzungen mündete auf der Ergebnisseite in beträchtlichen Teilnahmequoten, welche die Benchmarks aus anderen Unternehmen (vgl. EUPD Research 2011) deutlich übertrafen und mit hoher *Teilnehmerzufriedenheit* und *Sinnhaftigkeit* einhergingen (vgl. Burnus et al. 2012).

Das nächste Glied in der Kausalkette stellen die Frühindikatoren im **Teilindex Gesundheit** dar, welche Ergebnischarakter besitzen und in Wechselbeziehung zueinander stehen (vgl. Hüttscher 2012). Weiche Kennzahlen spiegeln den Entwicklungsstatus einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur wider, die sich für Unternehmen auch in ökonomischem Nutzen niederschlägt, wie im Rahmen eines Forschungsprojekts des Bundesministeriums

für Arbeit und Soziales empirisch belegt wurde (vgl. Hauser et al. 2007).

Frühindikatoren bilden die *biopsychosoziale Sichtweise* von Individuen ab und sind damit steuerungsrelevanter als die Spätindikatoren (Uhle und Treier 2011). Ihre Entwicklung gilt es in *Restrukturierungsprozessen* nachzuhalten, da es auf dieser Ebene bei unzureichendem oder fehlerhaftem Change-Management zu deutlichen Verschlechterungen kommen kann.

Die Übersicht in Tabelle 2, welche unter anderem auf den Ergebnissen eines Review (Köper und Richter 2012) zu Restrukturierung in Organisationen und möglichen Auswirkungen auf die Mitarbeiter basiert, stellt diese Zusammenhänge mit Gesundheit, Motivation und Arbeitsverhalten dar. Entgegen den negativen Ergebnissen aus der Literatur ergaben sich im Rahmen des Projekts zum Teil deutliche *Verbesserungen* der Indikatoren (vgl. Tabelle 2). Dies lässt im Umkehrschluss auf ein *erfolgreiches Change-Management* schließen.

Ergänzend zur positiven Einschätzung der Entwicklung im Teilindex Gesundheit muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die dargestellten Kennzahlen auch nach Projektende alle *unterhalb der internen Benchmarks* liegen. Demnach kann das Projekt nur als *erster Schritt* zu einer mitarbeiter- und gesundheitsorientierten Unternehmenskultur bewertet werden.

Eine Herausforderung stellt die Interpretation der Spätindikatoren im **Teilindex Ausfall** im Verlauf dar. Diese bilden laut Uhle und Treier hochverdichtete Informationen multikausaler Prozesse ab, sind deskriptiv und reaktiv. *„Die Wirkung von Treibern und Frühindikatoren auf Spätindikatoren ist vielfach nachgewiesen“* (Uhle und Treier 2011, 191).

Während die niedrige arbeitnehmergetriebene Fluktuationsquote in einem Unternehmen mit durchschnittlicher Betriebszugehörigkeit von mehr als 20 Jahren nicht überrascht, erfüllt die neutrale Entwicklung der Kennzahl Fehlzeitenquote die Erwartungshaltung nicht vollständig. Basierend auf dem in einer Metaanalyse von Faragher et al. (2005) mit annähernd 500 Studien empirisch belegten Zusammenhang zwischen Mitarbeiterzufriedenheit, mentaler und physischer Gesundheit legte der im Projektrahmen nachgewiesene deutliche Anstieg der *Zufriedenheit* auch die Vermutung einer Fehlzeitenreduzierung nahe.

Zumal weitere Studien, wie die zum Bielefelder Sozialkapital-Modell von Rixgens (2008), belegen, dass ein gestärktes Überzeugungs bzw. Wertekapital und eine positivere Bewertung der immateriellen Arbeitsbedingungen in Korrelation zu einer *positiven Gesundheitsentwicklung* der Beschäftigten stehen.

Sowohl eine Verbesserung des Wertekapitals, in anderen Zusammenhängen auch als *„Unternehmenskultur“* bezeichnet (Rixgens

2008, 34), lässt sich anhand der Entwicklung der entsprechenden Kennzahlen im Teilindex Gesundheit belegen, als auch die Optimierung der *immateriellen Arbeitsbedingungen* (bspw. „Klarheit und Eindeutigkeit der Arbeitsaufgaben“ auf Grundlage eines verbesserten Führungsverhaltens sowie einer verbesserten Kommunikation).

Gemäß Brandenburg und Nieder (2009) lassen sich Fehlzeiten grob differenzieren in *medizinisch bedingte Arbeitsunfähigkeit* und *motivationsbedingten Absentismus*. Die einen von den anderen zu unterscheiden stellt eine *Identifikationsproblematik* dar.

Zur Erklärung der Krankenstandsentwicklung im Fall der Projektgruppe könnten zwei von Brandenburg und Nieder genannte Theorien zutreffend sein, die auch als *„medizinisches Modell“* bezeichnet werden: Zum einen ist die *Belastungstheorie* naheliegend, die von einem Zusammenhang von Arbeitsbedingungen, Erkrankung und Arbeitsunfähigkeit ausgeht. Kieselbach et al. (2009) stellten im Rahmen des EU-Projekts Health in Restructuring (HIRE) bei Beschäftigten in restrukturierten Organisationen eine signifikant höhere Arbeitsintensität fest, welche sich wiederum in stärkeren psychosozialen Belastungen manifestierte.

Darüber hinaus wiesen Weber und Breucker (2009) auf Datengrundlage des BKK Gesundheitsreports 2008 auf eine auffällig hohe Zahl von psychischen Erkrankungen bei Beschäftigten hin, die durch ihre Arbeit ständig mit Problemen und Beschwerden von Kunden sowie mit menschlichem Leid konfrontiert werden.

Als Beispiele für entsprechende Profile nennen die Autoren *Krankenversicherungsexperten* sowie *Mitarbeiter in Call-Centern*.

Letztgenannte Tätigkeiten zeichnen sich zudem durch geringen Handlungsspielraum, wenig Kontrolle über die eigene Tätigkeit sowie geringe Selbstbestimmung aus, alles Faktoren, welche allgemein zu *psychischer Beanspruchung* führen.

In diesem Zusammenhang steht ein weiterer möglicher Grund für den Fehlzeitenverlauf, der in der Veränderung des *Tätigkeitsprofils* der Beschäftigten im Projektzeitraum liegt. So wurde im Rahmen der Maßnahmen im Handlungsfeld *„Organisation“* eine Verbesserung von Servicequalität und Erreichbarkeit durch systematische Intensivierung der Telefonie angeschoben. Dies spiegelt sich in einem deutlichen Anstieg der Telefonate im 3-jährigen Projektzeitraum um 16,6% wieder.

Indikator	Auswirkung von Restrukturierung* bei unzureichendem/fehlerhaftem Change-Management	Projektergebnis
Arbeitszufriedenheit	Verringerung der Arbeitszufriedenheit (Wanberg & Banas 2000, Richter et al. 2010)	Verbesserung Mitarbeiterzufriedenheit (+18%)
Commitment	Negative Auswirkungen auf die Bindung an die Organisation (Bennet & Durkin 2000)	Verbesserung Commitment (+7%)
Ehrliche und verbindliche Kommunikation	Steigende Unsicherheit führt zu einem Verlust an Vertrauenswürdigkeit und Aufrichtigkeit der Organisation (Schweiger & de Nisi 1991)	Verbesserung Kommunikation (+16%)
Arbeitsmotivation	Verringerung der erlebten Aufgabenvielfalt, Abnahme des Engagements und Zunahme von Resignationstendenzen (Richter et al. 2010)	Leistungsbereitschaft bleibt stabil
Arbeitsplatzunsicherheit	Zunahme subjektiv wahrgenommener Unsicherheit bezüglich des eigenen Arbeitsplatzes als einer der Hauptstressoren (Kieselbach et al. 2009)	Verbesserung Arbeitsplatzsicherheit (+9%)
Fluktuation	Nicht gewollter Anstieg der Fluktuation um durchschnittlich 11 Prozentpunkte (Cappgemini 2010, 80-83)	Kein ungewollter Anstieg der Fluktuation
Fehlzeiten	Negative Wirkung auf die Fehlzeiten (Kowalski 2012, 141)	Fehlzeiten entwickeln sich neutral
Produktivität	Im Durchschnitt 25% weniger Produktivität (Cappgemini 2010, 80-83)	Anstieg der Produktivität (+20%)

Tabelle 2 Zusammenhänge von Restrukturierung mit der Entwicklung gesundheitlicher Früh- und Spätindikatoren: Gegenüberstellung der Auswirkung bei unzureichendem Change-Management mit den Projektergebnissen. *Als Oberbegriff aller Arten bedeutsamer Veränderungen in einer Organisation (Greif et al. 2004).

Gemäß BKK Gesundheitsreport 2012 (BKK 2012) weisen „Telefonisten“ in Relation zu „Bürofachkräften“ einen um den Faktor 2,2 erhöhten Krankenstand auf.

Zum anderen bietet die *Coping-Theorie* eine weitere Erklärung für die Verringerung der Fehlzeiten im vorletzten und dem Anstieg der Fehlzeiten im letzten Projektjahr. Diese Theorie geht von *reduzierten Fehlzeiten in Krisenzeiten* aus.

So neigen Beschäftigte, die ihren Arbeitsplatz als unsicher einstufen dazu, diesen trotz Erkrankung aufzusuchen (*Präsentismus*). Lassen die Krisenzeiten nach, was sich im Projektzeitraum an einer Verbesserung der Indikatoren „Arbeitsplatzsicherheit“ (+9%) und „Mitarbeiterzufriedenheit“ (+18%) bei den Beschäftigten festmachen lässt, treten vermehrt Fehlzeiten auf. Brandenburg und Nieder (2009) liefern eine mögliche Erklärung hierfür, indem sie diese als Ausgleich für die Mehrbelastung interpretieren. Der Beschäftigte nehme so bewusst Erholungspausen zur Verbesserung seines Gesundheitszustands (*Verschiebungsproblem*).

Vor dem Hintergrund der Verschiebung im Tätigkeitsprofil der Beschäftigten im Projektzeitraum, der nachgewiesenen negativen Wirkung von Restrukturierungen auf die Fehlzeiten (siehe Tabelle 2) und der zusätzlichen Beanspruchung der Belegschaft durch florierendes Neugeschäft kann eine *neutrale* Fehlzeitenentwicklung im Verlauf durchaus als *positiv* bewertet werden.

Die Verbesserung der Produktivität lässt sich in erster Linie mit den vielfältigen KVP-Aktivitäten, der Optimierung der Ablauf- und Aufbaustruktur und dem deutlichen Mengenwachstum der Geschäftsvorgänge auf Grundlage der positiven Geschäftsentwicklung der Gothaer Krankenversicherung ab dem Jahr 2007 begründen. Dennoch ist eine so deutliche Steigerung nicht ohne ein *hohes Engagement der Beschäftigten* realisierbar, das wiederum in Abhängigkeit zu einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur steht (Hauser et al. 2007).

Als Haupt-Treiber für Engagement wurden Identifikation, Teamorientierung, Fairness sowie verschiedene Aspekte von Führung und Kommunikation ausgemacht.

Demnach kann gemutmaßt werden, dass die im *Teilindex Gesundheit* abgebildete Entwicklung der Unternehmenskultur einen Beitrag zum Erhalt des Engagements der Beschäftigten geleistet hat, was wiederum eine Grundvo-

oraussetzung für die Produktivitätssteigerung in diesem Ausmaß darstellt.

Abschließend muss an dieser Stelle angemerkt werden, dass Gesundheit ein *multifaktorielles* und *dynamisches System* ist, welches von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird und in starker Abhängigkeit zu den Rahmenbedingungen und der Persönlichkeit des Mitarbeiters steht (vgl. Uhle und Treier 2011). Daher kann der Versuch, das komplexe Geschehen „Gesundheit“ so weit zu vereinfachen, dass es mit einem auf Kennzahlen basierten Modell darstellbar ist, nur bis zu einem bestimmten Grad gelingen (vgl. Hüttcher 2012).

Andererseits sind Steuerung und Qualitätsmanagement von komplexen Prozessen nur über auf Kennzahlen basierte Modelle realisierbar, um so *kausale Zusammenhänge* und *Wirkungsketten* erschließen zu können.

Hierbei kann das von der Gothaer auf wissenschaftlicher Grundlage entwickelte Instrument Hilfestellung leisten.

Fazit und Ausblick

Im Rahmen eines *Change-Management-Projekts* wurde in einem operativen Bereich der Gothaer Krankenversicherung auf wissenschaftlicher Grundlage ein Instrument zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im *BGM* entwickelt. Dieses erfüllt die im Projektrahmen gestellten Vorgaben, indem es die wichtigsten gesundheits- und systemrelevanten betrieblichen Kennzahlen auf einen Blick in Form eines Index abbildet (siehe Tabelle 1), sich an gängigen Qualitätsstandards (vgl. *EFQM-Modell*) orientiert und größtenteils auf im Unternehmen vorhandene Datensysteme zurückgreift.

Durch den Abgleich von Ist-Werten (Benchmarks) mit Soll-/Ziel-Werten im Längsschnitt gibt das Ergebnis die Entwicklung des *BGM-Managementsystems* auf dem Weg zur *Exzellenz* wieder. So ergeben sich direkte Gestaltungshinweise für die Zuständigen im *BGM*.

Im „Tagesgeschäft“ des operativen Bereichs lässt sich das Instrument zukünftig zum einen durch Fortschreibung und Anpassen der Soll-/Ziel-Werte weiterentwickeln.

So wäre beispielsweise eine Anpassung (Anhebung) der Soll-/Ziel-Werte im *Teilindex* Maßnahmen an gesammelte Erfahrungswerte sinnvoll, anstatt weiterhin die deutlich niedriger angesiedelten Benchmarks aus der Lite-

ratur zu verwenden. Zum anderen kann das Instrument bei Bedarf auf der dargestellten methodischen Grundlage (siehe Abschnitt 2) durch Ergänzung/Modifikation des Kennzahlensystems verfeinert werden.

Um das Vorliegen und die Entwicklung von gesundheitlichen Beschwerden und der subjektiven Arbeitsbelastung nachhalten zu können, soll im beschriebenen Bereich zukünftig regelmäßig zusätzliches Datenmaterial im Rahmen eines anonymen *Online-Votings* erhoben werden. Hierzu zählen sowohl die Häufigkeit gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Mitarbeiter, wie Stress-Symptome und Rückenbeschwerden, als auch die „*Stimmungslage*“, welche durch Bewertung von Führung und Arbeitsbelastung abgebildet wird.

Diese Erweiterung ist der Tatsache geschuldet, dass vorhandene Beschwerden und Erkrankungen langfristig in *chronischen Krankheitsbildern* münden und so zu einer Erhöhung von *Fehlzeiten* und *Produktivitätsverlusten* führen können, wie das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.NRW 2012) warnt.

Durch kurze Analyseintervalle soll hier ein Frühwarnsystem zur Risikoüberwachung und -steuerung entstehen, das zukünftig kurze Reaktionszeiten bei Handlungsbedarf ermöglicht.

Eine Adaption des Instruments für andere Gesellschaften im Gothaer Konzern und in der *Branche Finanzdienstleistungen/Versicherungen* ist möglich.

(Literatur bei den Verfassern)

Anschrift für die Verfasser:
Marco Burnus,
Dr. Volkmar Benner,,
Gothaer Krankenversicherung AG,
Arnoldiplatz 1, 50969 Köln