

# Projekt „Gesundheitsfördernd Führen“

## Verlauf und Ergebnisse der Pilotstudie von 2004-2008

Stand Mai 2008

Hauptverwaltung  
Pappelallee 35/37  
22089 Hamburg

Gesetzliche Unfallversicherung  
Körperschaft des  
Öffentlichen Rechts

Telefon (040) 202 07 - 0  
Telefax (040) 202 07 – 24 95  
[www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)



**bgw**

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst  
und Wohlfahrtspflege

# Impressum

Projekt „Gesundheitsfördernd Führen“  
Verlauf und Ergebnisse der Pilotstudie von 2004-2008  
Stand 05/2008  
© 2008 Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst  
und Wohlfahrtspflege – BGW

## Autoren

Sabine Gregersen, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Gesundheitsschutz  
**Dr. Andreas Zimmer, Heidelberg (wissenschaftliche Begleitung)**

## Herausgeber

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst  
und Wohlfahrtspflege – BGW  
Hauptverwaltung  
Pappelallee 35/37  
22089 Hamburg

Telefon: (040) 202 07 - 0  
Telefax: (040) 202 07 - 24 95  
[www.bgw-online.de](http://www.bgw-online.de)

## Redaktion

Susanne Stamer, BGW, Grundlagen der Prävention und Rehabilitation, Gesundheitsschutz (Layout)



Grundlagen der Prävention  
und Rehabilitation  
Bereich Psychologie



**bGw**

Berufsgenossenschaft  
für Gesundheitsdienst  
und Wohlfahrtspflege

---

# Projekt „Gesundheitsfördernd Führen“

## Verlauf und Ergebnisse der Pilotstudie von 2004-2008

Stand: Mai 2008

Sabine Gregersen  
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege  
Bereich Psychologie der Abteilung Grundlagen der Prävention und Rehabilitation  
Pappelallee 35 - 37  
22089 Hamburg

Dr. Andreas Zimmer  
Personalentwicklung – Qualifizierung – Organisationsentwicklung  
Wissenschaftliche Begleitung  
Schlossberg 13  
69117 Heidelberg

## **Inhalt**

Inhalt.....	2
1. Einführung .....	3
2. Der Entwicklungsprozess .....	3
2.1 Ziele des Instrumentes.....	3
2.2 Das Instrument .....	3
2.3 Einsatz des Instrumentes .....	6
3. Verlauf und Ergebnisse der Pilotstudie .....	8
3.1 Ziele der Pilotstudie.....	8
3.2 Die teilnehmenden Betriebe .....	8
3.3 Projektablauf .....	9
3.4 Befragung und Ergebnisrückmeldung (Feedback) .....	11
3.5 Bedarf und durchgeführte Maßnahmen .....	13
3.6 Evaluation der Veränderungen mit dem Messinstrument .....	21
3.7 Projekterfahrungen .....	30
4. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen .....	33
5. Erfolgsfaktoren und weitere Perspektiven .....	37
Literatur .....	39

## 1. Einführung

Arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass Führungskräften bei der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung eine Schlüsselrolle zukommt. Allerdings existieren noch keine einschlägigen Instrumente zur Erfassung, wie Führungskräfte diese Aufgabe wahrnehmen. Ziel des von der BGW durchgeführten Projektes „Gesundheitsfördernd Führen“ war es, Personalverantwortliche für diese Aufgaben zu sensibilisieren. Dafür sollte den Betrieben ein wissenschaftlich fundiertes und praxiserprobtes Instrument zur Verfügung gestellt werden, das die gesundheitsschutzbezogene Führungsqualität zuverlässig erfasst und den betrieblichen Handlungsbedarf sichtbar macht. Das mehrgliedrige Instrument, bestehend aus einer Selbst- und Fremdeinschätzung, wurde konstruktorientiert entwickelt und – ebenso wie die Umsetzung der aus der Befragung abgeleiteten Maßnahmen – im Rahmen zweier Pilotphasen auf seine Praxistauglichkeit geprüft. In diesem Bericht werden, nach einem kurzen Überblick über Entwicklung des Instrumentes, die Details zum Ablauf und die Ergebnisse der Pilotstudie, die in insgesamt vier ausgewählten Mitgliedsbetrieben durchgeführt wurden, vorgestellt.

## 2. Der Entwicklungsprozess

Innerhalb dieses Abschnitts wird kurz auf den Entwicklungsprozess des Instrumentes eingegangen, um einige relevante Hintergrundinformationen zu liefern. Ausführliche Angaben sind im umfangreichen ersten Projektbericht (Zimmer & Gregersen 2007) zu finden.

### 2.1 Ziele des Instrumentes

Die mit dem Projekt bzw. dem Instrument verfolgten Kernziele waren:

- Zuverlässige Erfassung gesundheitsbezogener Führungsstrukturen und Verhaltensweisen des Leitungspersonals im Betrieb aus unterschiedlichen Perspektiven.
- Sichtbarmachung der Stärken und Schwächen, aus denen geeignete Gesundheitsförderungsmaßnahmen abgeleitet werden können.
- Einsatzmöglichkeit durch die Betriebe ohne externe Unterstützung.

### 2.2 Das Instrument

Um ein Instrument zur Erfassung gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens zu entwickeln, wurde zunächst eine Literaturanalyse durchgeführt. Ausgehend von den Erkenntnissen über die Aufgaben von Führungskräften und postulierte Zusammenhänge zur Gesundheit der Mitarbeiter, wurden Dimensionen gesundheitsförderlichen Führens abgeleitet und durch entsprechende Items in Form eines Fragebogens operationalisiert. Die erste Version dieses Fragebogens sah in der Mitarbeiterversion (s. nachfolgende Erläuterungen) dementsprechend wie folgt aus:

1. Gesundheit zum Ziel und Thema machen
  - a. Mitarbeiterorientierung im Unternehmen (5 Items)
  - b. Gesundheitsförderung als Unternehmensziel (3 Items)
  - c. Strukturen des Gesundheitswesens (1 Items)
2. Für Gesundheit und Sicherheit sorgen

- a. Gesundheitsfragen aktiv aufgreifen (5 Items)
  - b. Vorbildfunktion der Führungskräfte (2 Items)
  - c. Gesundheitsthemen bei Dienstbesprechungen (3 Items)
  - d. Betriebliche Angebote zum Gesundheitsschutz (5 Items)
  - e. Transfersicherung bei Gesundheitsthemen (3 Items)
3. Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten
- a. Zuweisung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten (3 Items)
  - b. Gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung (5 Items)
  - c. Effiziente Arbeitsorganisation (3 Items)
  - d. Mitarbeiterorientierung bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe (4 Items)
4. Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen
- a. Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen (2 Items)
  - b. Anerkennung und Wertschätzung (4 Items)
  - c. Umgang mit Kritik und Konflikten (3 Items)
  - d. Ansprache bei persönlichen Problemen (2 Items)

Mit dem vorliegenden Instrument wurde ein Feedback-Verfahren angestrebt, durch das gesundheitsförderndes Führen aus unterschiedlichen Perspektiven (Selbst- und Fremdeinschätzung) beleuchtet wird. Mögliche Diskrepanzen zwischen der Selbst- und Fremdeinschätzung können als Diskussionsgrundlage für Veränderungsbedarfe im Führungsverhalten dienen und sind vermutlich auch in gesundheitlicher Hinsicht von Bedeutung: So beobachteten zum Beispiel Offermann und Hellmann (1996), dass in den Abteilungen von Führungskräften, in denen sich die Selbst- und Fremdeinschätzungen weitgehend deckten, von den Mitarbeitern weniger Stress beklagt wurde.

Vor diesem Hintergrund wurden insgesamt vier inhaltlich weitgehend deckungsgleiche Fassungen entwickelt. Dementsprechend gab es je einen Fragebogen für:

- Führungskräfte der oberen Führungsebene (Selbsteinschätzung)
- Führungskräfte der mittleren Führungsebene (Selbsteinschätzung)
- Führungskräfte der mittleren Führungsebene (Fremdeinschätzung der oberen Führungsebene)
- Mitarbeiter (Fremdeinschätzung für den direkten Vorgesetzten)

Diese erste Fassung des Instrumentes wurde zunächst sieben Fachleuten aus dem Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Gesundheitsbranche zur Beurteilung vorgelegt und dann im Rahmen eines Prätests unter annähernd realistischen Bedingungen auf seine Praktikabilität getestet. Ziel war es, in den Fremdeinschätzungsbögen diejenigen Fragen zu modifizieren bzw. zu eliminieren,...

- die unverständlich oder unpräzise waren,

- die viele Fehlwerte oder eine ausgeprägte rechts- oder linksschiefe Verteilung mit geringer Varianzbreite aufwiesen,
- bei denen das Antwortspektrum nicht voll ausgeschöpft wurde,
- die ähnliche Sachverhalte erfassten bzw. nur einen geringen Erkenntniswert brachten,
- gesundheitliche Problemstellungen individualisierten und dem präventiven Charakter des Instrumentes nicht gerecht wurden.

Die Fragebogenversionen zur Selbsteinschätzung Führungskräfte blieben über den gesamten Projektverlauf identisch.

Im Rahmen der ersten Pilotphase (siehe Kapitel 3) wurde die überarbeitete Version des Instrumentes in zwei Betrieben eingesetzt und hinsichtlich seiner Güte überprüft. Folgende Ergebnisse brachte diese Prüfung hinsichtlich der Erfüllung der Gütekriterien:

- Praktikabilität: Zwölf Fragen genügten nicht den hier gestellten Anforderungen und wurden daher herausgenommen.
- Reliabilität: Diese konnte erst nach der Validitätsprüfung innerhalb der zweiten Pilotstudie untersucht werden. Dabei wiesen nur die beiden Handlungsfelder „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“ und „Gesundheitsbezogene Rahmenbedingungen im Betrieb“ eine zufriedenstellende interne Konsistenz auf.
- Validität: Zur Prüfung der Validität wurde als Außenkriterium der Arbeitsbeschreibungsbogens (ABB) von Neuberger & Allerbeck (1978) herangezogen. Nach der Prüfung der Items blieben noch 29 Items übrig, die einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit den Außenkriterien aufwiesen.

Nach Berücksichtigung dieser Erkenntnisse lag die vorläufige Endversion des Instrumentes (nur Fremdeinschätzungsversion) vor, die innerhalb der zweiten Pilotstudie erneut getestet und beurteilt wurde. Diese Endversion bestand aus folgenden Elementen:

1. Gesundheit zum Ziel und Thema machen
  - a. Mitarbeiterorientierung im Unternehmen (5 Items)
2. Für Gesundheit und Sicherheit sorgen
  - a. Gesundheitsfragen aktiv aufgreifen (6 Items)
  - c. Gesundheitsthemen bei Dienstbesprechungen (3 Items)
3. Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten
  - a. Zuweisung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten (3 Items)
  - d. Mitarbeiterorientierung bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe (3 Items)
4. Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen
  - b. Anerkennung und Wertschätzung (4 Items)
  - c. Umgang mit Kritik und Konflikten (3 Items)

d. Ansprache bei persönlichen Problemen (2 Items)

### 2.3 Einsatz des Instruments

Die Abwicklung und Umsetzung des Projektes sollte im Wesentlichen in der organisatorischen, inhaltlichen wie auch finanziellen Eigenverantwortung der Einrichtungen liegen. Ursprünglich sollten sich die Aufgaben der externen Berater aus dem BGW internen Projektteam (nach Häufigkeit ihrer Einsätze: Herr Dr. Zimmer aus Heidelberg, Frau Gregersen von der BGW in Hamburg, Herr Schumacher aus Heidelberg) daher auf folgendes beschränken: Die Organisatorische Unterstützung beim Aufbau der erforderlichen Strukturen zur Projektabwicklung sowie die fachliche Unterstützung bei der Ableitung geeigneter Maßnahmen aus den Analyseergebnissen.

Zur praktischen Umsetzung in den Betrieben wurde eine aktive Beteiligung der MitarbeiterInnen an den genannten Schritten zugrunde gelegt, wie sie für eine wirksame Implementierung betrieblicher Veränderungsmaßnahmen gefordert wird (vgl. z. B. Taubert & Prior 1997, Wunderer 1997). Darüber hinaus erforderte die erfolgreiche Umsetzung die Anwendung einschlägiger Methoden der Organisationsentwicklung und des Projektmanagements (siehe Nieder 2004).

Zur Umsetzung des partizipativen Ansatzes sollte ein *Leitungsgremium* gebildet werden, das idealerweise neben den Führungskräften verschiedener Hierarchieebenen auch die Sicherheitsbeauftragten und die Mitarbeitervertretung einbezog. Die Leitung des Gremiums sollte von externen Beratern aus dem BGW Projekt übernommen werden.

Aufgabe des Leitungsgremiums sollte es sein, das Projekt im Betrieb zu initiieren und zu begleiten, d. h.:

- die Projektziele gemeinsam zu definieren,
- die Durchführung der Befragungen zu koordinieren,
- die Ergebnisse der Befragungen auszuwerten und zu interpretieren,
- die Weitergabe der Befragungsergebnisse an die beteiligten Personen zu regeln und zu terminieren,
- zu den identifizierten Handlungsbedarfen geeignete Maßnahmen auszuwählen und zu planen,
- Zuständigkeiten für die Umsetzung der Maßnahmen zu klären,
- im Projektverlauf auftretende Probleme zu analysieren und nach Möglichkeit zu lösen,
- den Projektfortschritt und -erfolg gemeinsam zu bewerten.

Darüber hinaus sollte ein *Projektbeauftragte/r* mit der Aufgabe der internen Koordination des Projektes bestimmt werden. Folgende Tätigkeiten sollte dieser ursprünglich übernehmen:

- die Koordinierung der Sitzungen des Leitungsgremiums (z. B. Ergebnispräsentation; nur in der 1. Pilotphase),
- die Vorbereitung von Informationsveranstaltungen für die vom Projekt betroffenen Mitarbeiter und Führungskräfte (nur in der 1. Pilotphase),
- die Koordination der beiden anonymen Befragungen,

- die Koordination der Rückmeldungsgespräche mit den beteiligten Leitungskräften
- die Überprüfung des Standes der laufenden Maßnahmen und dessen Rückmeldung an den externen Berater.

Da sich bereits in der 1. Pilotphase zeigte, dass die Zuständigen aufgrund ihrer Verpflichtungen in den Einrichtungen stark ausgelastet waren; wurden ihre Aufgaben in der 2. Pilotphase in Umfang und Qualität reduziert. So wurden beispielsweise die Koordination der Sitzungen, die Organisation der Informationsveranstaltung und das Controlling im weiteren Verlauf vom externen Berater übernommen.

Da der praktische Einsatz des Instrumentes darauf abzielte, dass die Befragungen von den Mitgliedsbetrieben möglichst selbständig durchgeführt werden können, sollte die Auswertung und Interpretation der Befragungsergebnisse mit Hilfe mitgelieferter Unterlagen erleichtert werden. Hierzu wurden Auswertungsschablonen sowie einfache und verständliche Grafiken zur Visualisierung der Ergebnisse erstellt (Abb. 1).

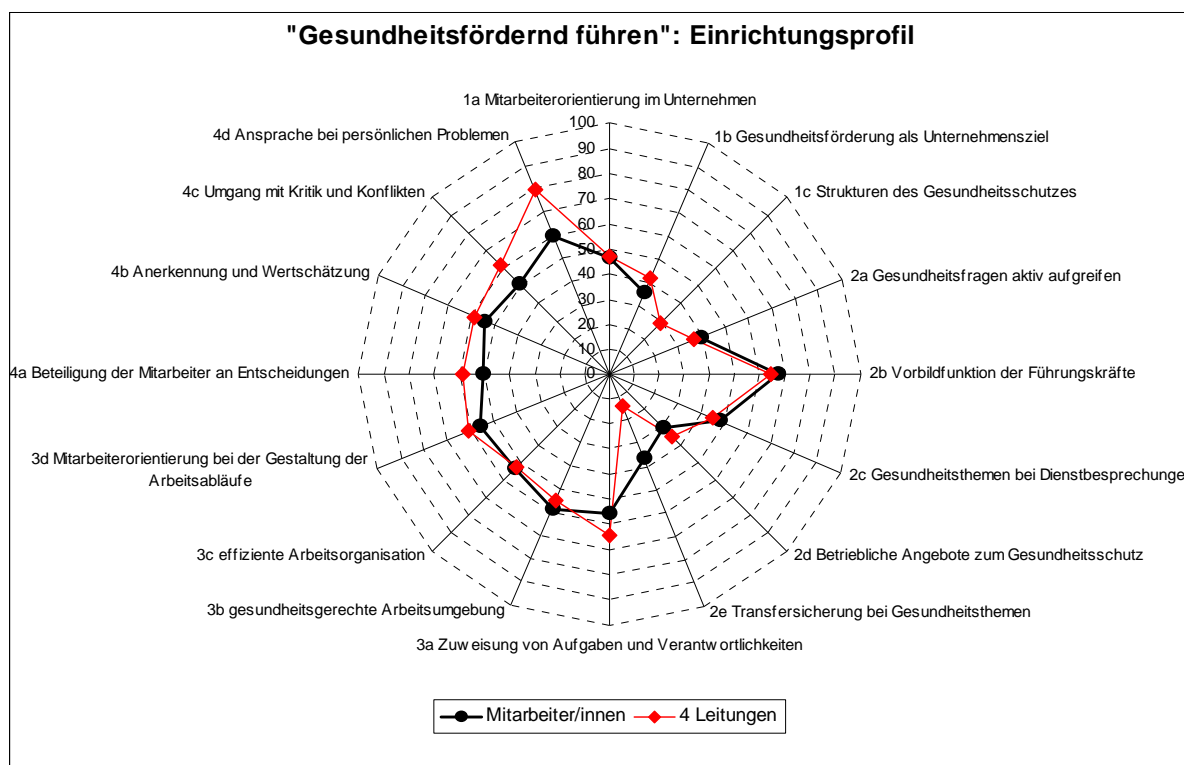


Abb. 3: Beispiel für ein Einrichtungsprofil (ursprüngliche Testversion mit 16 Dimensionen)

Abb. 3 gibt exemplarisch ein Einrichtungsprofil wieder, in dem die Einschätzungen der Leitungskräfte und der MitarbeiterInnen anhand der ursprünglichen Testversion (16 Dimensionen) einander gegenübergestellt sind.

Zur Optimierung erkannter Schwachstellen und Handlungsfelder, die sich aus dem Einsatz des Instrumentes ergeben, sollten mit Unterstützung der Externen bedarfsgerechte Maßnahmen abgeleitet werden. Wie dies im Einzelnen ablief und wie die konkrete, praktische Umsetzung aussah, ist dem nachfolgenden Kapitel (Kap. 3) zu entnehmen.

### **3. Verlauf und Ergebnisse der Pilotstudie**

In der hier vorgestellten Pilotstudie wurden in vier ausgewählten Mitgliedseinrichtungen die Methode der Selbst- und Fremdeinschätzung, der Einsatz der Fragebögen und die Umsetzung der aus der Befragung abgeleiteten Maßnahmen erprobt.

#### **3.1 Ziele der Pilotstudie**

Ziel der Praxiserprobung war es, die Erfahrungen und die Ergebnisse im Projekt zu dokumentieren und in einem Praxisleitfaden „Gesundheitsfördernd Führen“ zusammenzuführen. Dieser wird den Mitgliedsbetrieben der BGW nach erfolgreichem Abschluss der Pilotstudie zur Verfügung gestellt. Die Anwendung des Praxisleitfadens soll die Einrichtungen dazu befähigen, ihre Führungskräfte im vorliegenden Aufgabenfeld mit möglichst geringem Aufwand und soweit wie möglich aus eigenen Ressourcen zu professionalisieren.

#### **3.2 Die teilnehmenden Betriebe**

Die Entwicklung und Erprobung des Interventionsansatzes erfolgte in zwei Phasen mit insgesamt vier BGW Mitgliedsbetrieben, die unterschiedliche Betriebsgrößen und -strukturen aufwiesen und unterschiedliche Versorgungsformen des Gesundheitswesens repräsentierten. Die beiden Betriebe aus der ersten Pilotphase meldeten sich auf ein Anschreiben, das an etwa ein Dutzend Betriebe in der Rhein-Neckar-Region verschickt wurde. Die anderen beiden Betriebe (zweite Pilotphase) wurden proaktiv von zwei Trägern der stationären Altenhilfe, zu denen die Projektdurchführenden bereits zuvor Kontakt hatten, vorgeschlagen. Im Einzelnen handelte es sich um folgende Einrichtungen:

- Betrieb A: *Sozialstation/ambulanter Pflegedienst* in kirchlicher Trägerschaft in Heidelberg. An der Pilotstudie beteiligten sich sämtliche MitarbeiterInnen aus den Bereichen Pflege, Hauswirtschaft und Verwaltung, d. h. rund 30 Personen inkl. 3 Führungskräfte.
- Betrieb B: *Städtisches Krankenhaus* in kirchlicher Trägerschaft mit ca. 400 Betten und weit über 200 MitarbeiterInnen im Pflegedienst in Darmstadt. In die Pilotstudie wurden sieben Pflegestationen mit über 120 MitarbeiterInnen sowie die drei zuständigen Mitglieder der Pflegedirektion einbezogen. Alle Beschäftigten der vier Pflegestationen, der Hauswirtschaft und Verwaltung mit insgesamt rund 70 Personen einschließlich der Führungskräfte beteiligten sich an der Pilotstudie.
- Betrieb C: *Vollstationäre Pflegeeinrichtung* mit ca. 120 Betten in Wiesloch. In die Pilotstudie waren alle Beschäftigten der vier Pflegestationen, der Hauswirtschaft und Verwaltung mit insgesamt rund 70 Personen einschließlich der Führungskräfte involviert.
- Betrieb D: *Pflegeeinrichtung mit einem vollstationären Teil* (Alten- und Pflegeheim, Wachkomastation) mit insgesamt ca. 160 Betten und ca. 140 Beschäftigten sowie einem angegliederten *mobilen Dienst* mit etwa 30 Beschäftigten in Besigheim. Sämtliche PflegemitarbeiterInnen der fünf Wohn- und Pflegegruppen, der Wachkomastation und des mobilen Pflegedienstes sowie alle

Nachwachenmitarbeiter, Auszubildenden, Mitarbeiter der Küche, Hauswirtschaft, Haustechnik, Beschäftigungstherapie und Verwaltung nahmen an der Pilotstudie teil.

Die Einrichtungsvertreter wurden in einem Vorgespräch über das Projekt und das geplante methodische Vorgehen informiert und sagten nach Abstimmung mit ihrer Geschäftsführung ihre Teilnahme am Projekt zu.

Die Mitgliedsbetriebe, die sich an der Entwicklung und Erprobung des Praxisleitfadens beteiligten, konnten von dem vorliegenden Projekt in mehrerer Hinsicht profitieren. Sie erhielten:

- Rückmeldung über ihre Führungsstrukturen und das Führungsverhalten ihres Leitungspersonals.
- Unterstützung bei der Auswertung der Ergebnisse.
- Unterstützung bei der Planung und Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen.

### **3.3 Projektablauf**

Die beiden Pilotphasen wurden in einem Zeitraum von insgesamt über drei Jahren durchgeführt:

- Pilotphase 1: November 2004 bis Dezember 2005
- Pilotphase 2: August 2006 bis März 2008

Aufgrund der unterschiedlichen Betriebsgrößen, der erheblich differierenden Anzahl beteiligter Personen und äußerer Einflüsse (Planung von Neubauten in den Betrieben C und D) unterschied sich der für die Umsetzung benötigte Zeitrahmen erheblich. Vor allem die Abwicklung der Mitarbeiterbefragungen und die Ergebnisrückmeldungen nahmen mehr Zeit in Anspruch, als ursprünglich eingeplant war. Während das Projekt in der Sozialstation bereits im achten Monat ausgewertet werden konnte, erstreckte sich die Laufzeit im Krankenhaus über 13 Monate, in der vollstationären Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst gar über 17 Monate. In Betrieb C wurde das Projekt nach einer Laufzeit von etwa einem Jahr in gegenseitigem Einvernehmen abgebrochen, da die Einrichtung vollauf mit Umzugsvorbereitungen beschäftigt war und es erhebliche Probleme durch unbesetzte Führungspositionen gab.

Die Projektaktivitäten sind in ihrer zeitlichen Reihenfolge mit den benötigten Zeitintervallen in Tab. 1 aufgeführt.

Durchführung ab Monat ... in Betrieb				Projektaktivität	Projektphase
A	B	C	D		
1	1	1	1	Vorstellung des Projektes im erweiterten Leitungsgremium	Sensibilisierung
2	2	2	2	Informationsveranstaltung für die vom Projekt betroffenen Mitarbeiter und Führungskräfte	
-	-	3	3	Sensibilisierungs-Workshop (erst in 2. Pilotphase)	
2	4	3	3	Durchführung der 1. Befragung	Analyse
3	5	4	4	Präsentation und Diskussion der Gesamtergebnisse im erweiterten Leitungsgremium, Vorstellung der Maßnahmenempfehlungen, Auswahl und Planung geeigneter Maßnahmen; Ergebnisrückmeldung an die beteiligten Führungskräfte	
3	6	3	3	Präsentation und Diskussion der Ergebnisse mit den beteiligten Mitarbeitern, Vorstellung der geplanten Maßnahmen	Umsetzung
4	6	6	7	Umsetzung der Maßnahmen	
7	11	-	15	Durchführung der 2. Befragung	Erfolgskontrolle
8	13	-	17	Präsentation und Diskussion der Ergebnisse sowie Auswertung der Projekterfahrungen im erweiterten Leitungsgremium und mit den beteiligten Mitarbeitern; Ergebnisrückmeldung an die beteiligten Führungskräfte	

Tab. 1: Zeitliche Abfolge der Projektaktivitäten in den Betrieben A-D

Den Projektablauf mit seinen wichtigsten Ereignissen in den vier Betrieben fasst Abb. 2 zusammen. Dabei wird deutlich, dass die Durchführung der einzelnen Projektaktivitäten (siehe Tab. 1) nicht nur zeitlich, sondern auch zum Teil inhaltlich variiert werden musste:

- In Betrieb A wurden für die Führungskräfte u. a. zwei Workshops zu den Themen „Gesundheitsschutzaufgaben“ und „Mitarbeitergespräche und Dienstbesprechungen“ angeboten.
- In den Betrieben B und C wurden zur Information der MitarbeiterInnen über das Projekt und zum Datenfeedback jeweils zwei Veranstaltungen angeboten, um trotz Schichtdienst einen möglichst großen Teil der MitarbeiterInnen zu erreichen.
- In der zweiten Pilotphase wurde, um tiefer als in Pilotphase 1 in die Einflussmöglichkeiten der Führungskräfte auf die Mitarbeitergesundheit einzusteigen, zusätzlich ein halbtägiger Sensibilisierungs-Workshop durchgeführt.
- In Betrieb D wurde eine seitens der Einrichtung bereits anberaumte, zweitägige Klausurtagung mit Führungskräften dazu genutzt, aus den Befragungsergebnissen geeignete Maßnahmen abzuleiten und im Rahmen einer Open-Space<sup>1</sup>-Konferenz zu bearbeiten.

<sup>1</sup> Open Space = Großgruppenverfahren, bei dem 20 bis 1000 Menschen an einem Thema bzw. einer Problemlösung arbeiten. Festgelegt sind nur das Rahmenthema und die zeitliche Struktur der Open-Space-Konferenz. Im Verlauf wird jedes Thema, das von einem Teilnehmer im Kontext des Oberthemas für wichtig erachtet wird, behandelt, sofern dieser die Diskussion dafür in die Hand nimmt und sich weitere Interessenten zur Arbeit an der Thematik finden. Die Methode eröffnet viel Raum für kreative Prozesse. Die Teilnehmenden sind für das Ergebnis und für den Inhalt ebenso wie für den Lernprozess, die Kommunikation und die Kultur einer solchen Konferenz selbst verantwortlich. (Böttger 2001)

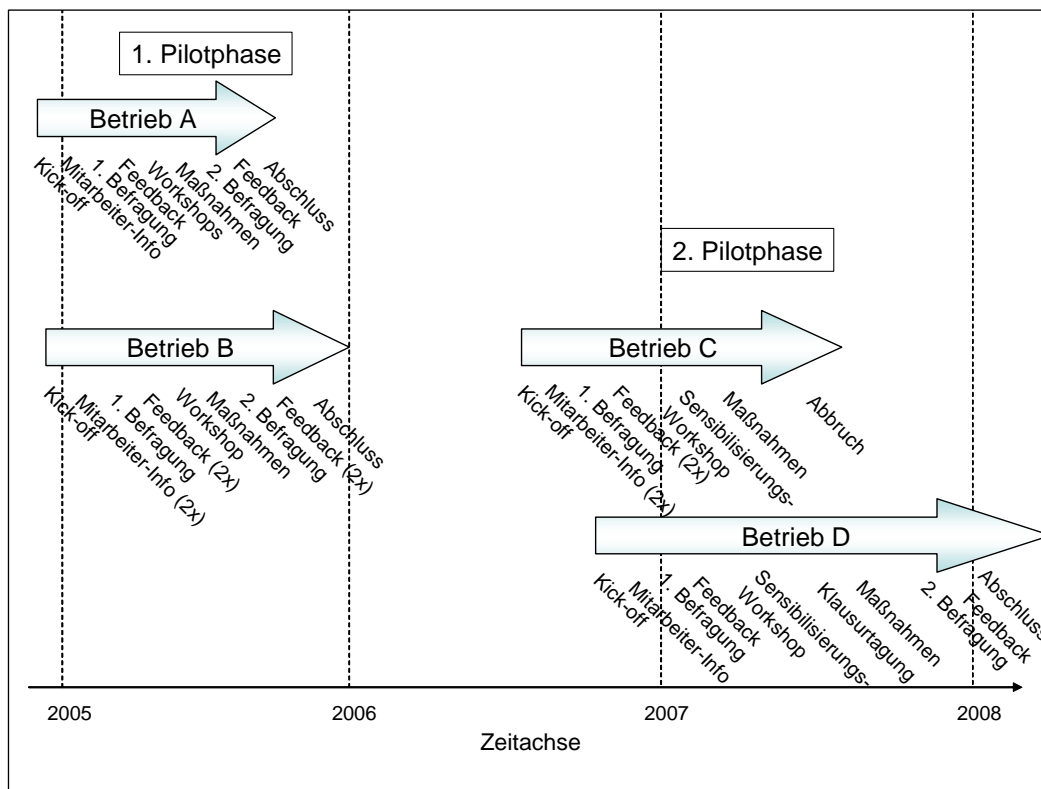


Abb. 2: Projektanlauf in den vier beteiligten Betrieben

Wie vom Konzept vorgesehen, wurden zur Abwicklung des Projektes in den einzelnen Einrichtungen Leitungsgremien gebildet. Das Leitungsgremium, das sich im Krankenhaus aus 13, in der Sozialstation aus sechs, in der vollstationären Pflegeeinrichtung aus sieben und in der vollstationären Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst aus 11 Personen zusammensetzte, wurde von einem bzw. mehreren externen Moderatoren geleitet.

In allen Betrieben wurde vom Leitungsgremium auch jeweils ein/e Projektbeauftragte/r vorgeschlagen. In drei Betrieben hatten die Beauftragten das Amt von Pflegedienstleitungen, in einem das des Qualitätsbeauftragten inne.

### 3.4 Befragung und Ergebnisrückmeldung (Feedback)

Die Erhebungen mit dem Instrument wurden als Befragung der Führungskräfte (Selbsteinschätzung) sowie ihrer MitarbeiterInnen (Fremdeinschätzung) durchgeführt. Hierbei wurden folgende Hierarchieebenen unterschieden:

- in der Sozialstation zwei Ebenen: (a) Geschäfts- und Pflegedienstleitungen sowie (b) MitarbeiterInnen;
- im Krankenhaus drei Ebenen: (a) Pflegedirektion, (b) Stationsleitungen und (c) MitarbeiterInnen;
- in den beiden vollstationären Pflegeeinrichtungen vier Ebenen: (a) Heimleitung, (b) Pflegedienstleitung und Hauswirtschaftsleitung, (c) Stationsleitungen und Küchenleitung sowie (d) MitarbeiterInnen.

Mit den unterschiedlichen Versionen des Instruments schätzten die MitarbeiterInnen ihre direkten Linienvorgesetzten (z. B. die Stationsleitung) und diese wiederum ihre jeweiligen Vorgesetzten (z. B. Geschäfts- und Pflegedienstleitungen) ein. In der Sozialstation konnten somit eine Vergleichsebene, im Krankenhaus zwei, in den vollstationären Pflegeeinrichtungen drei Vergleichsebenen untersucht werden (siehe Abb. 3).



Abb. 3: Zielgruppen und Vergleichsebenen der Befragungen

Ein Rückschluss auf die beteiligten Personen sollte ausgeschlossen werden, um sozial erwünschte Antworten und negative Konsequenzen für die Befragten zu vermeiden. Zur Gewährleistung dieses geschützten Rahmens wurden mit der Durchführung der Befragung nicht die jeweiligen Vorgesetzten, sondern die Projektbeauftragten betraut. Diese händigten die Bögen mit einem Umschlag aus und sammelten sie verschlossen an einer zentralen Stelle ein. Die Zuordnung der Fremd- zu den Selbsteinschätzungen gewährleistete eine Kodierung der jeweiligen Organisationseinheit (z. B. der Pflegestation) auf den jeweiligen Fragebögen.

Stellenweise gestaltete sich die Wahrung der Anonymität jedoch schwierig. Waren einer Pflegedienstleitung zum Beispiel mehrere Stationsleitungen zugeordnet, so konnten deren Angaben als Mittelwerte zusammengefasst werden. Bei einer 1:1-Zuordnung war dies jedoch nicht mehr möglich. Die Daten ließen sich dann nicht anonymisieren. In diesem Fall wurden Linienvorgesetzte/r und Mitarbeiter/in im Vorfeld der Befragung um ihr Einverständnis gebeten, die Ergebnisse offen zu legen. Ebenso wurde bei kleinen Gruppen und Teams von bis zu drei MitarbeiterInnen mit den Beteiligten abgestimmt, ob diese mit der Offenlegung der Ergebnisse einverstanden sind.

Die selbständige Auswertung der Ergebnisse anhand der mitgelieferten Schablonen und Grafiken wurde in einer der beiden Pileteinrichtungen (Sozialstation) erfolgreich erprobt. Das Vorgehen erwies sich zwar als machbar, jedoch in der ursprünglich recht umfangreichen Testversion als aufwändig. Zur Entlastung der Projektbeauftragten wurden die weiteren Befragungen daher vom externen Berater statistisch ausgewertet und mit einem Grafikprogramm visualisiert.

Die grafisch aufbereiteten Ergebnisse wurden nun den beteiligten Personen rückgemeldet und mit ihnen diskutiert:

- Das erweiterte Leitungsgremium erhielt eine Rückmeldung in anonymisierter Form (d. h. die Ergebnisse wurden, getrennt nach Hierarchieebene, als Mittelwerte präsentiert).
- Den MitarbeiterInnen wurden die gleichen Ergebnisse in Informationsveranstaltungen präsentiert.
- Die beteiligten Führungskräfte erhielten eine individuelle Rückmeldung der Ergebnisse ihres Verantwortungsbereichs, d. h. ihre Selbsteinschätzung wurde den (gemittelten) Fremdeinschätzungen ihrer MitarbeiterInnen gegenübergestellt. Bei diesem ca. halb- bis einstündigen Feedbackgespräch konnte die Führungskraft wählen zwischen einem Vier-Augen-Gespräch mit dem externen Berater oder dem Projektbeauftragten oder auch einem Sechs-Augen-Gespräch mit dem externen Berater und dem Linienvorgesetzten oder dem Projektbeauftragten. Die Mehrheit der beteiligten Führungskräfte entschied sich für ein Vier-Augen-Gespräch mit dem externen Berater. Von dem Vier-Augen-Gespräch mit dem Projektbeauftragten, wie es ursprünglich als Standard geplant war, wurde nur in wenigen Fällen Gebrauch gemacht. Dies zeigt, dass sich ein Feedback im Kontext bestehender Hierarchien in der Praxis als nicht realistisch erwies. Vielmehr macht die hohe Sensibilität des Themas eine externe Moderation unabdingbar.

### **3.5 Bedarf und durchgeführte Maßnahmen**

#### ***Befragungsergebnisse und festgestellter Handlungsbedarf***

Die Grundlage zur Ermittlung des Handlungsbedarfs in den Einrichtungen sind die Befragungsergebnisse (Selbst- und Fremdeinschätzungen). Zur Interpretation der mit diesem Instrument (siehe 2.3) erzielten Ergebnisse wurden folgende Kriterien herangezogen: die Ergebnisse im Vergleich zu den anderen Piloteinrichtungen und zu 28 Weiterbildungsteilnehmer/innen sowie die Höhe der Diskrepanzen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen (als gering wurden Abweichungen unter 20, als stark Abweichungen von 30 und mehr Prozentpunkten bezeichnet).

Die Vorstellung der Ergebnisse der ersten Befragung, deren Diskussion und Interpretation, die Ableitung des Bedarfs und möglicher Maßnahmen erfolgte jeweils im Rahmen einer Sitzung des Leitungsgremiums. In der folgenden Tabelle (Tab. 2a/b) sind die wichtigsten Stärken und Schwächen sowie die durch eine Mehrpunktfrage gewichteten Handlungsbedarfe überblicksartig dargestellt.

<b>Betrieb</b>	<b>Stärken</b>	<b>Schwächen</b>	<b>Gewichtete Handlungsbedarfe</b>
Betrieb A: Sozialstation	- Hohe Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen	- Eher negative Bewertung der Führungskräfte bei der Zuweisung von Aufgaben, der Beteiligung der MA <sup>2</sup> , dem Umgang mit Kritik und Konflikten und der Ansprache - Engpässe bei der Gestaltung der Arbeitsumgebung	1. Professionalisierung des Führungsverständnisses, verstärkte Wahrnehmung von Führungsaufgaben (z. B. Pflegevisite, Mitarbeitergespräch) 2. Gemeinsame Analyse und Verbesserung der Arbeitsbedingungen (z. B. Informationsweitergabe, Tourenplanung, Dienstbesprechungen)
Betrieb B: Krankenhaus	- Relativ gut ausgebaute Strukturen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes - Relativ viele betriebliche Gesundheitsangebote	- Eher wenig Mitarbeiterorientierung im Unternehmen, wenig Transparenz und Beteiligung an Entscheidungen - Starke Diskrepanzen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen, wenig Anerkennung und Ansprache aus MA-Sicht - Wenig Informationen über gesundheitsrelevante Angebote - Nichteinhaltung der Richtlinien des Arbeitszeitgesetzes bei der Dienstplanung - Wenig Rückzugsmöglichkeiten in den Pausen	1. Stärkere Beteiligung der MA an Unternehmensentscheidungen, mehr Transparenz in der Informationsweitergabe 2. Klärung von Führungsverständnis und Führungsrollen, Stärkung der Psychohygiene der Führungskräfte 3. Ausbau der Gesundheitskompetenz der MA 4. Berücksichtigung der Richtlinien des Arbeitszeitgesetzes bei der Dienst- und Personaleinsatzplanung 5. Bereitstellung räumlicher Rahmenbedingungen für Rückzug und Erholung in Arbeitspausen

Tab. 2a: Ergebnisse der ersten Befragung und abgeleitete Handlungsbedarfe (Betrieb A und B)

<sup>2</sup> MA = Mitarbeiter

Betrieb	Stärken	Schwächen	Gewichtete Handlungsbedarfe
Betrieb C: Vollstationäre Pflegeeinrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hohe Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen (obere Führungsebene)</li> <li>- Positive Einschätzung des Unternehmens durch die mittlere Ebene</li> <li>- Aus Sicht der MA hohe Anerkennung und Wertschätzung durch die mittlere Ebene</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ungeklärte Führungssituation auf einer Station</li> <li>- Wenige Gesundheitsangebote für die MA</li> <li>- Negative Einschätzung des Unternehmens durch die MA</li> <li>- Konfliktvermeidendes Verhalten der Führungskräfte</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klärung der Führungssituation auf einer Station</li> <li>2. Unterstützung des führunglosen Teams durch ein Supervisionsangebot</li> <li>3. besserer Austausch und Informationsfluss zwischen den Stationsleitungen</li> <li>4. Teambesprechungen zur Arbeits- und Gesundheitsituation (als Grundlage für eine Gefährdungsermittlung)</li> <li>5. Gesundheitsangebote für die MA</li> </ol>
Betrieb D: Vollstationäre Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Überwiegend hohe Übereinstimmungen zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen (alle Ebenen)</li> <li>- Positive Fremdeinschätzung der mittleren Ebene bzgl. Organisation, Anerkennung, Kritik und Ansprache</li> <li>- Gutes Arbeitsklima</li> <li>- Positive Gesundheits- und Lebenssituation der MA<sup>3</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mangelnde Mitarbeiterbeteiligung an betrieblichen Entscheidungen</li> <li>- Wenig Strukturen im Gesundheitsschutz</li> <li>- Organisationsmängel (obere Führungsebene)</li> <li>- Wenig Transfersicherung</li> <li>- Mitarbeitergesundheit kaum Thema bei mittleren Führungskräften</li> <li>- Wenig gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung</li> <li>- Eher negatives Bild des Unternehmens und der Vergütung bei den MA</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Individuelle Standortbestimmung und Klärung des Entwicklungsbedarfs durch Feedback-Gespräche zur Selbst- und Fremdeinschätzung</li> <li>2. Entwicklung strategischer Ziele auf der Führungsebene (Klausurtaugung)</li> <li>3. Implementieren von Methoden zur Entlastung in schwierigen Führungssituationen (kollegiale Beratung)</li> <li>4. Schaffung von Anreizen und Entscheidungsspielräumen für Führungskräfte zur Etablierung notwendiger Führungsstrukturen</li> </ol>

Tab. 2b: Ergebnisse der ersten Befragung und abgeleitete Handlungsbedarfe (Betrieb C und D)

Die Ergebnisdiskussionen und -interpretationen sowie die Ableitung der Bedarfe und Maßnahmen in den Sitzungen der Leitungsgremien lassen sich hier aus Platzgründen nicht vollständig wiedergeben. Es wird daher nur auf einige grobe Linien im Diskussionsverlauf eingegangen:

- Betrieb A: In der Sozialstation wurden die hohe Übereinstimmungen bei den Fremd- und Selbsteinschätzungen sehr günstig aufgenommen und als gute Grundlage für die Fortsetzung des Projektes bewertet. Die zum Teil kritische Haltung gegenüber den Führungsstrukturen und -verhaltensweisen wurde überwiegend als berechtigt angesehen. Dies trug dazu bei, dass die Professionalisierung des Führungsverständnisses als wichtigster Bedarf abgeleitet und auf konkrete

<sup>3</sup> Zur Einschätzung wurden hierbei Vergleichswerte aus 16 Altenpflegeheimen in Nordrhein-Westfalen herangezogen, die mit dem zusätzlich eingesetzten Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB) erfasst worden waren (Hollmann, S., Kylian, H., Klimmer, F., Neubach, B., Brünger, R., Schmidt, K.-H. & Heuer, H. (1999). Auswirkungen der 2. Stufe der Pflegeversicherung auf die Beschäftigten in der stationären Altenhilfe. Eine Längsschnittstudie in 16 Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Institut für Arbeitsphysiologie an der Universität Dortmund.)

Führungsaufgaben wie die Einführung der Pflegevisite und des Mitarbeitergesprächs, Teambesprechungen zur Arbeits- und Gesundheitssituation, Verbesserung der Dienstbesprechungen etc. angewandt wurde.

- Betrieb B: Die Ergebnisse wurden im Krankenhaus der kritischen Arbeitssituation zugeschrieben. So interpretierten die Diskutanten die erheblichen Abweichungen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen (ca. 30 bis 50 Prozentpunkte) „nicht als objektive Einschätzung, sondern als ein Spiegel der aktuell schlechten Stimmung im Haus“. Die MitarbeiterInnen seien nach vielen unangenehmen Veränderungen (z. B. Umzüge, Personalabbau) ausgebrannt, frustriert und resigniert. In den Ergebnissen schlage sich die allgemeine Umbruchsituation nieder, in der sich das Haus derzeit befinde („größter Umbruch seit 20 Jahren“). Auch spiegelten sich darin die Veränderungen in den Leitungsstrukturen wieder, die im vergangenen Jahr stattgefunden hatten. Viele MitarbeiterInnen könnten ihre (neuen) Vorgesetzten noch nicht zuverlässig einschätzen. Bei den Rückmeldungen wurde nach Einschätzung der Autoren nicht mehr differenziert zwischen einer Einschätzung des/r direkten Vorgesetzten und der Einschätzung zur allgemeinen Arbeitssituation.
- Betrieb C: In der vollstationären Pflegeeinrichtung wurden die hohen Übereinstimmungen zwischen den Selbst- und Fremdeinschätzungen auf der oberen Führungsebene, die positive Einschätzung des Unternehmens durch die mittlere Ebene und die hohe, seitens der MitarbeiterInnen wahrgenommene Anerkennung und Wertschätzung durch die mittlere Ebene sehr positiv aufgenommen. Die aufgedeckten Schwächen wurden insbesondere auf die ungeklärte Führungssituation auf einer Station, den häufigen Leitungswechsel in den vergangenen Jahren und den hohen Krankenstand in Teilen der Mitarbeiterschaft zurückgeführt. Eine selbstkritische Diskussion des Führungsverhaltens war hingegen kaum zu erkennen.
- Betrieb D: In der vollstationären Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst wurden die Reaktionen der Führungskräfte in einer offenen Moderationsmethode („Kreativ-Markt“<sup>4</sup>) gesammelt. Positiv aufgenommen wurde die hohe Beteiligung der MitarbeiterInnen und die insgesamt positive Einschätzung des Führungsverhaltens seitens der mittleren Ebene. Überrascht waren die Mitglieder des Leitungsgremiums hingegen über die selbstkritische Selbsteinschätzung der oberen Leitungsebene und die Fluktuationsneigung, die von den Beschäftigten in der Befragung genannt worden waren.

## **Vereinbarte Maßnahmen**

Aus den Ergebnissen der Befragungen und ihrer Interpretation wurden im erweiterten Steuerkreis geeignete Maßnahmen abgeleitet. Gemäß den Projektzielen sollten sich diese in erster Linie an die Führungskräfte richten und darüber einen gesundheitsfördernden Effekt auf die Mitarbeiter haben.

## **Betrieb A: Sozialstation**

Das Leitungsgremium erarbeitete auf der Grundlage der Befragungsergebnisse folgende neun Maßnahmen:

---

<sup>4</sup> **Kreativ-Markt** = Verschiedene Fragen oder Aspekte werden auf je ein Plakat geschrieben. Jede/r Teilnehmer/in hat 15-20 Minuten Zeit, von Plakat zu Plakat zu gehen und zu den einzelnen Elementen Idee zu schreiben (vgl. Rabenstein, R., Reichel, R. & Thanhoffe, M. (1998): Das Methoden-Set. 5 Bücher für Referenten und Seminarleiterinnen. Band 3: Gruppen erleben (3.B11). Wien: GAGB).

- *Vermittlung des Führungsverständnisses* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): Hierzu wurde von dem externen Berater ein halbtägiger Workshop durchgeführt, an dem die Führungskräfte, die Mitarbeitervertreterin und der Sicherheitsbeauftragte teilnahmen. Folgende Themen wurden im Workshop behandelt: Umgang mit der Sandwich-Position auf der mittleren Führungsebene, das Mitarbeitergespräch, die kollegiale Beratung.
- *Vermittlung der Führungsaufgaben im Gesundheitsschutz* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): Die in das Projekt eingebundene Vertreterin der BGW führte mit dem oben beschriebenen Personenkreis einen halbtägigen Workshop durch, in dem es um Gesundheitsschutzaufgaben von Vorgesetzten – schwerpunktmäßig die Initiierung der Gefährdungsanalyse – ging.
- *Durchführung der Gefährdungsanalyse im Team* (siehe Handlungsbedarf 2 in Tab. 2): Die im Workshop vermittelte Methode wurde von der Mitarbeitervertreterin und den Sicherheitsbeauftragten im Rahmen einer Dienstbesprechung umgesetzt. Im Zuge dessen wurden mit dem Pflegeteam geeignete Maßnahmen festgelegt (z. B. Reduzierung der Belastungen resultierend aus mangelnder bzw. unzureichender Informationsweitergabe, Änderung der Heizungen in den PKWs).
- *Entwicklung eines Leitfadens für die Pflegevisite* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): Die gesetzlich geforderte Pflegevisite war in der Sozialstation bisher noch nicht verbindlich umgesetzt worden. Es wurde daher die Entwicklung eines Leitfadens vereinbart, in den auch Aspekte des Gesundheitsschutzes (z. B. Hautschutz, rückengerechtes Arbeiten) aufgenommen wurden. Mit der vierten Überarbeitung des Leitfadens, in dessen Entwicklung neben der Pflegedienstleiterin und ihrer Stellvertreterin auch Technische Aufsichtspersonen der BGW Bezirksstellen eingebunden wurden, trat die Pflegevisite in Kraft.
- *Durchführung der Pflegevisite und eines anschließenden Mitarbeitergespräches* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): Die Pflegedienstleiterin sollte anhand des Leitfadens mit jedem/jeder Mitarbeiter/in pro Jahr eine Visite der Grund- und Behandlungspflege und anschließend ein Mitarbeitergespräch durchführen, in dem die Ergebnisse besprochen und ggf. Maßnahmen vereinbart werden. Erste Erfahrungen mit der Umsetzung während der Projektlaufzeit zeigten, dass diese Maßnahme von den MitarbeiterInnen weithin begrüßt wurde, die Mitarbeitergespräche aber noch einer professionelleren Gestaltung bedurften. Daher wurde die Teilnahme der Pflegedienstleiterin an einem Seminar anvisiert.
- *Entwicklung von Führungsgrundsätzen* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): Im Rahmen des zuerst genannten Workshops wurden Handlungsrichtlinien gesundheitsfördernden Führens entwickelt, die in betriebsweit gültige Führungsgrundsätze einfließen werden. Die Umsetzung ist für einen späteren Zeitpunkt geplant.
- *Einführung der Kollegialen Beratung* (siehe Handlungsbedarf 2 in Tab. 2): Die Führungskräfte vereinbarten, sich kontinuierlich im Abstand von ca. sechs Wochen gegenseitig zu aktuellen Führungsthemen zu beraten. Statt dieser regelmäßig anberaumten Sitzungen fanden jedoch aus Zeitgründen nur spontane, anlassbezogene Zusammenkünfte zwischen einzelnen Führungspersonen statt, bei denen die erlernte Methode teilweise zum Einsatz kam.
- *Bestellung eines kompetenten Betriebsarztes*: Da mit den Leistungen des bisherigen Betriebsarztes keine günstigen Erfahrungen gesammelt worden waren, wurde ein neuer Betriebsarzt bestellt, der eine qualifiziertere Beratung leistet.

- *Entwicklung eines Pflegeleitbilds mit integriertem Gesundheitsschutz:* Da der Pflegedienst bisher über kein Pflegeleitbild verfügte, wurde die Entwicklung eines derartigen Leitbildes im Rahmen eines Vorstandstreffens vereinbart. Die Vorlage des Vorstands sollte anschließend mit den MitarbeiterInnen besprochen und gemeinsam verabschiedet werden. Diese Maßnahme wurde bis zum Projektende noch nicht umgesetzt.
- *Einführung eines Entspannungsangebots:* Den MitarbeiterInnen wurde angeboten, sich im Anschluss an die Dienstbesprechungen auf freiwilliger Basis an fernöstlichen Meditationsverfahren zu beteiligen. Diese Möglichkeit wurde auch gut angenommen.

### **Betrieb B: Krankenhaus**

Das Leitungsgremium erarbeitete auf der Grundlage der Befragungsergebnisse folgende fünf priorisierte Maßnahmen:

- *Stärkere Einbindung der MitarbeiterInnen in betriebliche Entscheidungen, Verbesserung der Informationspolitik* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): Ziel dieser Maßnahme war es, die Interessen der Pflegeabteilungen stärker in bestehende Entscheidungsgremien durch die dort vertretenen Leitungskräfte einzubringen. Darüber hinaus wurde der Geschäftsführer zu den einmal pro Monat stattfindenden Stationsleitertreffen eingeladen. Dieser Einladung kam er mehrmals nach.
- *Vermittlung von Führungsverständnis und Führungsaufgaben im Gesundheitsschutz* (siehe Handlungsbedarf 2 in Tab. 2): Hierzu wurde von dem externen Berater ein einmaliger, halbtägiger Workshop durchgeführt, zu dem sämtliche Führungskräfte eingeladen waren. Sieben von insgesamt zehn Führungspersonen nahmen an der Veranstaltung, in der folgende Themen vorgestellt und diskutiert wurden, teil: Gesundheitsschutzaufgaben von Vorgesetzten, Gefährdungen im Team analysieren und bewerten, Umgang mit der Sandwich-Position auf der mittleren Führungsebene, Methode der kollegialen Beratung.
- *Einführung der Kollegialen Beratung* (siehe Handlungsbedarf 2 in Tab. 2): Hierbei konnte auf das monatliche, etwa zweistündige Supervisionsangebot des Krankenhausseelsorgers zurückgegriffen werden, das anlässlich dieses Projektes auch für Stationsleitungen geöffnet wurde. Die Supervision wurde allerdings nur von wenigen Stationsleitungen regelmäßig besucht.
- *Zusammenstellung der Gesundheitsangebote für die MitarbeiterInnen* (siehe Handlungsbedarf 3 in Tab. 2): Um die bereits im Unternehmen vorhandenen Angebote (z. B. Krankengymnastik, Gesundheitstage, Kommunikationsseminare) zu sammeln und noch stärker publik zu machen, wurde eine Arbeitsgruppe, bestehend aus einer Pflegedienstleiterin, der Qualitätsbeauftragten und zwei Stationsleiter/innen, eingerichtet. Die gesammelten Angebote wurden in einer Ausgabe der Hauszeitschrift veröffentlicht. Darüber hinaus wurde geplant, die Wahrnehmung dieser Angebote am Ende des Jahres auszuwerten. Die Arbeitsgruppe traf sich im Verlauf des Projektes insgesamt zweimal ca. 2 Stunden. Die Auswertung steht noch aus.
- *Anpassung der Dienstplanung an das Arbeitszeitgesetz* (siehe Handlungsbedarf 4 in Tab. 2): Die unzureichende Einhaltung der Arbeitszeiten wurde vom Pflegedirektor beim Stationsleitertreffen problematisiert. Im Zuge dessen erarbeitete er mit seinen Führungskräften folgende Maßnahmen: die Einrichtung eines „späten Spätdienstes“ und eines „Bereitschaftsdienstes“, mit denen zu lange Arbeitszeiten vermieden werden sollten. Zu den beiden geplanten Maßnahmen fand auf jeweils einer Pflegestation ein erfolgreicher Probelauf statt, wonach beide Ansätze auf sämtliche Stationen übertragen werden konnten. Im Laufe des Projekts wurde die vertragliche

Arbeitszeit auf 40 Wochenstunden angehoben, so dass die Dienstzeiten erneut angepasst werden mussten. Zusätzlich wurde, um die individuelle Einhaltung der Arbeitszeiten zu überwachen, ein Frühwarnsystem in der EDV-Dienstplanung eingeführt.

### **Betrieb C: Vollstationäre Pflegeeinrichtung**

Das Leitungsgremium erarbeitete auf der Grundlage der Befragungsergebnisse folgende sechs priorisierte Maßnahmen:

- *Besetzung der vakanten Führungspositionen* (siehe Handlungsbedarf 1 in Tab. 2): In den vergangenen Jahren erwies es sich zunehmend als schwierig, Führungskräfte zu halten und vakante Führungspositionen neu zu besetzen. Insbesondere eine der Pflegestationen hatte mehrere Leitungswechsel erlebt und war schon seit über einem Jahr „verwaist“, was zu Konkurrenzkämpfen innerhalb des Pflegeteams und zu nachlassendem Verantwortungsgefühl führte. Durch die organisatorische Zusammenlegung mit der benachbarten Pflegestation unter einer Leitung wurde zumindest vorübergehend eine Beruhigung dieser Situation angestrebt. Im Projektverlauf traten jedoch zwei weitere Führungskräfte aus ihrer Position zurück, was maßgeblich zum Abbruch des Projektes beitrug.
- *Supervision einer Pflegestation* (siehe Handlungsbedarf 2 in Tab. 2): Die bereits oben erwähnte, „verwaiste“ Station sollte bis zur Neubesetzung der Leitungsposition externe Unterstützung bei der Bewältigung der bestehenden Teamprobleme erhalten. Die vorhandenen Schwierigkeiten wurden im Rahmen einer zweistündigen Supervisionsitzung aufgenommen und analysiert, erste Lösungsvorschläge gemeinsam mit den MitarbeiterInnen gesammelt und deren Umsetzung geplant. Es wurde vereinbart, die Begleitung des Pflegeteams unter der Leitung der neuen Stationsleitung fortzusetzen. Inwieweit dies geschah, lässt sich wegen des Projektabbruchs leider nicht mehr rekonstruieren.
- *Regelmäßiger Austausch / Beratung unter Pflegedienst- und Stationsleitungen* (siehe Handlungsbedarf 3 in Tab. 2): Um einen konstanten Informationsfluss u.a. über kurzfristige Personalausfälle und Absprachen zur Arbeitsverteilung unter den Stationen zu gewährleisten, wurde eine tägliche Leitungsrunde von ca. 10-20 Minuten zu Dienstbeginn vereinbart. Darüber hinaus sollte je nach Bedarf ein Austausch zu schwierigen Führungssituationen (kollegiale Beratung) anberaunt werden, was innerhalb des Projektzeitraumes jedoch nicht wirklich genutzt wurde.
- *Durchführung von Teambesprechungen zur Arbeits- und Gesundheitssituation* (siehe Handlungsbedarf 4 in Tab. 2): Um mögliches Unzufriedenheitspotenzial der PflegeMitarbeiterInnen rechtzeitig zu sichten und aufzufangen, wurden die Stationsleitungen mit externer Unterstützung angeleitet, eine Teambesprechung zu moderieren und die Ergebnisse schriftlich festzuhalten. Diese sollten auch als Grundlage für eine Gefährdungsermittlung genutzt werden können. Die Teambesprechungen wurden allerdings nicht selbständig fortgeführt, da der Nutzen für die Stationsleitungen nicht ersichtlich war und auch die zur Durchführung erforderlichen Moderationskenntnisse nicht in jedem Fall gegeben waren.
- *Erweiterung der Gesundheitsangebote für die MitarbeiterInnen* (siehe Handlungsbedarf 5 in Tab. 2): Im Rahmen der Mitarbeiterveranstaltungen wurden körperliche und psychische Belastungen der MitarbeiterInnen gesammelt. Danach standen Rückenbelastungen durch schwere Bewohner/innen und die Nichtnutzung entsprechender Hilfsmittel im Mittelpunkt der Belastungen. Der Heimleiter bahnte daraufhin eine Kooperation mit der AOK zum Thema „Rückenge-rechtes Arbeiten“ an.

- *Mehr Verbindlichkeit durch Aufgabendelegation und -kontrolle:* Im weiteren Verlauf des Projektes wurde deutlich, dass ein Teil der Stationsleitungen ihre Führungsposition nur begrenzt ausfüllten. Sie erhielten daher im Leitungsgremium Unterstützung dabei, wie sie mit ihren MitarbeiterInnen Arbeitsaufgaben möglichst konkret vereinbaren und deren Umsetzung kontrollieren sowie aus nicht umgesetzten Maßnahmen ggf. Konsequenzen ziehen können.

### **Betrieb D: Vollstationäre Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst**

In dieser Einrichtung wurde eine unabhängig geplante Klausurtagung dazu genutzt, aus den Ergebnissen der Befragung im Projekt geeignete Maßnahmen abzuleiten. Der mehrmonatige Zeitabstand zwischen der Befragung und der Klausurtagung sowie die Bearbeitungsmethode „Open Space“ führten dazu, dass die Maßnahmenschwerpunkte sich vereinzelt gegenüber den ursprünglich gewichteten Handlungsbedarfen verschoben. Folgende drei Maßnahmen wurden daher bei der Klausurtagung abgeleitet:

- *Erstellung einer/s Entscheidungsmatrix/Funktionendiagramm* (siehe Handlungsbedarf 4 in Tab. 2): Um die Entscheidungsspielräume der MitarbeiterInnen zu erhöhen und die Zuständigkeiten der Führungskräfte und der MitarbeiterInnen klarer voneinander abzugrenzen, wurde die Erstellung eines Funktionendiagramms vereinbart. Dieses sollte den formalen Weg aufzeigen, welche zentralen Tätigkeiten und Prozesse von welchen Personen und Ebenen entschieden, bearbeitet und ausgeführt werden. Eine hierzu gegründete Arbeitsgruppe tat sich jedoch trotz mehrmaliger Behandlung dieses Themas im Leitungsgremium eher schwer damit, eine geeignete Auflösungsebene der Tätigkeiten und Prozesse zu finden, so dass bislang kein befriedigendes Ergebnis vorliegt.
- *Bestimmung eines Zeitbudgets für Führungs- und Verwaltungsaufgaben der Wohn- und Pflegegruppenleitungen* (siehe Handlungsbedarf 4 in Tab. 2): Die Bereichsleitungen beklagten eine Mehrfachbelastung durch Pflege-, Führungs- und Verwaltungstätigkeiten. Um sie mehr als bisher von ihren Pfl egetätigkeiten zu entlasten, wurde in einer Arbeitsgruppe mit der Pflegedienstleitung der Umfang der Führungs- und Verwaltungstätigkeiten gemeinsam erfasst und das hierfür notwendige Zeitbudget abgeschätzt. Dadurch wurde eine bessere Einteilung der zeitlichen Ressourcen möglich.
- *Jahresplanung für das kommende Jahr:* Die in der Vergangenheit häufig entstandenen Reibungsverluste bei der Planung fester Aktivitäten (z. B. Weihnachtsfest, Mitarbeiterversammlungen) sollten durch langfristige Planung und Standardisierung erprobter Abläufe reduziert werden. Ein weiterer Nebeneffekt einer effizienteren Organisation sollte darin bestehen, einmal festgelegte Zeitpläne einhalten zu können und damit eine höhere Planungssicherheit aller Abteilungen zu erreichen. In einer vom Heimleiter initiierten Arbeitsgruppe sollten wiederkehrende Aktivitäten gesammelt und mit den erforderlichen Ressourcen und Informationen in ein EDV-Programm eingespeist werden. Die Umsetzung dieses Schrittes steht noch aus.

Um bei auftretenden Umsetzungsproblemen rechtzeitig gegensteuern zu können, wurde in allen Einrichtungen der Stand der Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen in den Sitzungen der Leitungsgremien besprochen. Ein Beispiel für die Projektsteuerung im Krankenhaus ist in Abb. 4 wiedergegeben:

Ziele (1. Befragung)	Maßnahmen	Stand der Umsetzung
* Beteiligung der MA & Transparenz der Information	* Beteiligung GF an SL-Runden * BASIS in Gremien besser vertreten * Infos gegenzeichnen	✓ Lauf kontinuierlich weiter ✓ Regelung: Pin-Wand abzeichnen & Wachen
* Führungsverständnis und -rollen Psychohygiene	* Führungsworkshop * Supervision Pf. Ulrich	Angebot für alle "Profil zeigen" → für alle Stl.
* Gesundheitskompetenz d. MA ausbauen	* AG "Gesundheitsangebote"	Arbeitszeit 50% <del>oder</del> Freizeit 50% Liste erstellt & vorgestellt effizientere Nutzung angestrebt ↳ stärkere Nutzung umsatz- ↳ Praxisberichte von MA
Richtlinien Arbeitszeitgesetz umsetzen	* Anpassung der Arbeitszeiten "später Spätdienst" * EDK-Programm Anzeigen von Überschreitung	Lauft gut → gibt Umsetzungsprobleme → Kontrolle → schafft Transparenz aber manchmal keinen Effekt
räumliche Rahmenbdg. des Personals verbessern	2 Stl haben ein Büro bekommen	

Abb. 4: Statusbericht zu den im Krankenhaus vereinbarten Maßnahmen

### 3.6 Evaluation der Veränderungen mit dem Messinstrument

Um mögliche Veränderungen durch die in 3.5 beschriebenen Maßnahmen bewerten zu können, sprachen sich alle Pileteinrichtungen für die Durchführung von zwei Erhebungen aus. Aufgrund des vorzeitigen Projektabbruchs in Betrieb C liegen nur in drei der vier beteiligten Betriebe Ergebnisse zu zwei Messzeitpunkten vor.

Die Ergebnisse der Maßnahmenevaluation werden hier in folgender Reihenfolge vorgestellt:

- Rücklaufstatistiken zu den beiden Erhebungen.

- Veränderungen in den Selbsteinschätzungen der Führungskräfte.
- Veränderungen in den Fremdeinschätzungen der MitarbeiterInnen auf Skalen- und Itemebene.
- Veränderungen bei den Fremd- und Selbsteinschätzungen im Vergleich.

### **Rücklaufstatistiken zu den beiden Erhebungen**

An den Befragungen beteiligten sich in den Betrieben A, C (nur in der 1. Pilotphase) und D Beschäftigte aller Abteilungen, in Betrieb B (Krankenhaus) die MitarbeiterInnen auf sieben Pflegestationen (siehe Tab. 3a/b). Der Gesamtrücklauf lag bei der ersten Erhebung mit Anteilen zwischen gut 50 (Krankenhaus) und über 90 Prozent (Sozialstation) auf einem mittleren bis hohen Niveau. Die Ergebnisse sind somit mit Ausnahme des Krankenhauses repräsentativ für die Belegschaft der beteiligten Betriebe. Als besonders günstig ist die starke Beteiligung der Führungskräfte in allen vier Einrichtungen anzusehen. Bei der zweiten Erhebung lagen die Rücklaufquoten insgesamt niedriger. Dieser Rückgang ging weniger zu Lasten der Führungskräfte als zu jenen der MitarbeiterInnen. So lagen die Quoten bei den PflegeMitarbeiterInnen des Krankenhauses sowie den Hauswirtschafts- und sonstigen MitarbeiterInnen in der vollstationären Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst zum Teil deutlich unter 50 Prozent, was die Aussagekraft dieser Ergebnisse einschränkt.

<b>Betrieb/Ebene</b>	<b>1. Erhebung (T1)</b>			<b>2. Erhebung (T2)</b>		
	Befragte	ausgewertete Bögen	Rücklauf (%)	Befragte	ausgewertete Bögen	Rücklauf (%)
<b>Betrieb A: Sozialstation</b>						
Geschäftsleitung, Pflegedienstleitungen, Hauswirtschaftsleitung	4	4	100	3	3	100
Pflege-MA	15	13*	87	23	18*	78
MA in der Hauswirtschaft	6	6	100	6	5	83
Verwaltungs-MA	2	2	100	1	1	100
<b>Betrieb B: Krankenhaus</b>						
Pflegedienstleitungen	3	3	100	3	3	100
Stationsleitungen (Selbstbewertung)	7	7	100	7	4	57
Stationsleitungen (Fremdbewertung)	7	7	100	7	6	86
Pflege-MA (7 Stationen)	127	68	53	122	51	42

Tab. 3a: Rücklaufstatistik zu den Erhebungen in den Betrieben A und B

\* Von diesen Befragten lagen jeweils zwei Beurteilungen (der PDL und der stv. PDL) vor.

Betrieb/Ebene	1. Erhebung (T1)			2. Erhebung (T2)		
	Befragte	ausgewertete Bögen	Rücklauf (%)	Befragte	ausgewertete Bögen	Rücklauf (%)
<b>Betrieb C: Vollstationäre Pflegeeinrichtung</b>						
Obere Leitungsebene	1	1	100	-	-	-
Mittlere Leitungsebene (Selbstbewertung)	5	5	100	-	-	-
Mittlere Leitungsebene (Fremdbewertung)	5	5	100	-	-	-
Pflege-MA	41	26	63	-	-	-
MA in Küche & Hauswirtschaft	13	9	69	-	-	-
Sonstige MA (Verwaltung, Beschäftigung etc.)	6	5	83	-	-	-
<b>Betrieb D: Vollstationäre Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst</b>						
Obere Leitungsebene	4	4	100	4	4	100
Mittlere Leitungsebene (Selbstbewertung)	10	10	100	8	8	100
Mittlere Leitungsebene (Fremdbewertung)	10	10	100	8	7	88
Pflege-MA	138	81	59	114	57	50
MA. in Küche, Technik & Hauswirtschaft	24	12	50	20	3	15
Sonstige MA (Verwaltung, Beschäftigung etc.)	12	12	100	12	5	42

Tab. 3b: Rücklaufstatistik zu den Erhebungen in den Betrieben C und D

### **Veränderungen in den Selbsteinschätzungen der Führungskräfte**

Im Gegensatz zu den Fremdeinschätzungen ihrer MitarbeiterInnen (siehe nachfolgender Abschnitt) erwiesen sich die Selbsteinschätzungen der 21 Führungskräfte, die an beiden Erhebungen teilnahmen, als weitgehend stabil. Bei der zweiten Erhebung günstiger schätzten die Führungskräfte Gesundheitsförderung als Unternehmensziel<sup>5</sup>, tendenziell ungünstiger ihren „Umgang mit Kritik und Konflikten“ sowie ihre „Ansprache bei persönlichen Problemen“ ein. Diese hohe Stabilität wird nicht nur an den kaum abweichenden Mittelwerten (siehe Abb. 5), sondern auch an überwiegend signifikanten bis hochsignifikanten Korrelationen zwischen den beiden Messzeitpunkten deutlich.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Die engen Zusammenhänge können als Hinweis für eine hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) des Messinstrumentes interpretiert werden.

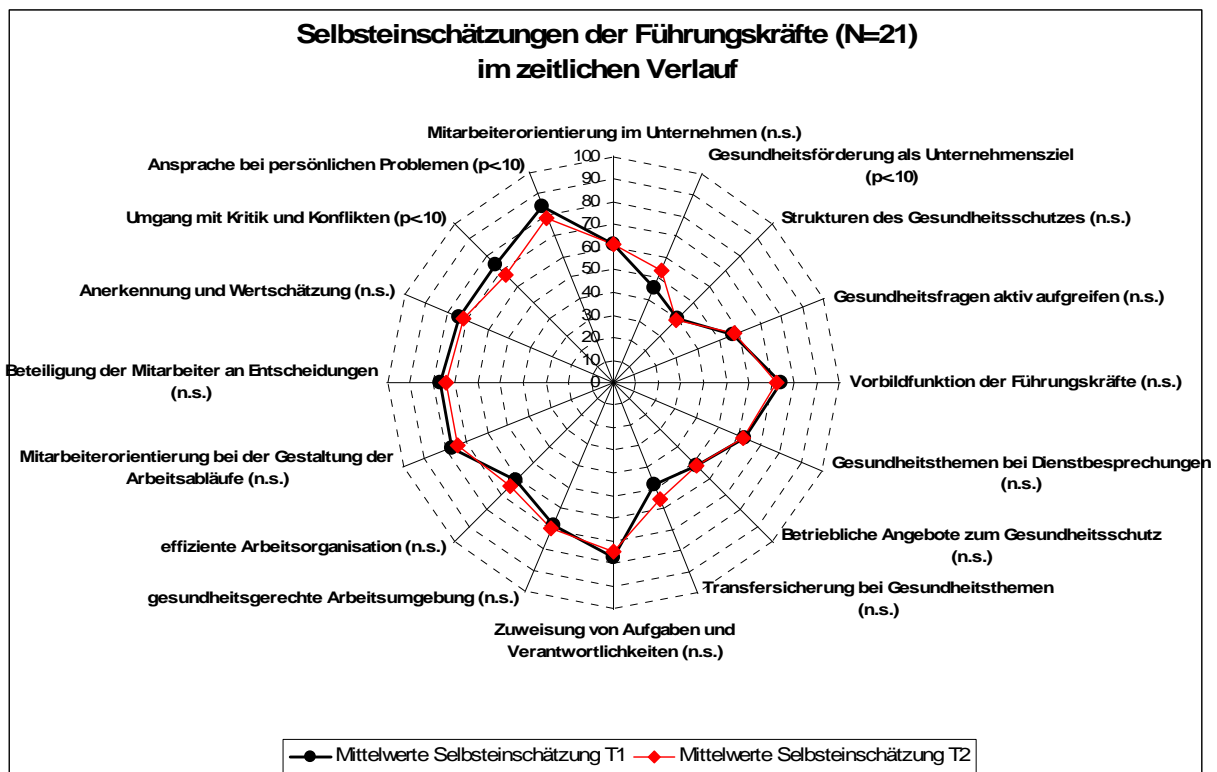


Abb. 5: Selbsteinschätzungen der 21 an beiden Erhebungen beteiligten Führungskräfte<sup>6</sup>

### **Veränderungen in den Fremdeinschätzungen durch die MitarbeiterInnen**

Veränderungen bei den Ergebnissen der Mitarbeiterbefragungen wurden zunächst auf der Skalenebene untersucht, wobei alle 16 Dimensionen der ursprünglichen Version des Instruments einbezogen wurden. Zur besseren Veranschaulichung wurden die Rohwerte auch hier in Prozentwerte (0-100%) umgerechnet. In die Analyse flossen Daten aus jenen drei Einrichtungen ein, bei denen zwei Erhebungen durchgeführt werden konnten. Insgesamt 201 (T1) bzw. 180 MitarbeiterInnen (T2) schätzten dort ihre 24 unmittelbaren Vorgesetzten ein. Um Verzerrungen durch die stark variierende Anzahl von Fremdeinschätzungen (zwischen drei und 18 Personen pro Führungskraft) zu bereinigen, wurden gemittelte Fremdeinschätzungen zugrunde gelegt.

Auch die Fremdeinschätzungen korrelierten zwischen den beiden Messzeitpunkten hoch bis sehr hoch, was als Hinweis auf eine hohe Zuverlässigkeit des Instruments gewertet werden kann. Im Gegensatz zu den Selbsteinschätzungen zeigten sich jedoch in der *absoluten Höhe* der Mittelwerte zum Teil auffällige Veränderungen zwischen den beiden Messzeitpunkten:

<sup>6</sup> Bei drei Führungskräften lagen zum zweiten Erhebungszeitpunkt keine Selbsteinschätzungen vor.

Skala	Mittelwert T1	Mittelwert T2	statistischer Unterschied
Mitarbeiterorientierung im Unternehmen	44,2	50,9	p<.10
Gesundheitsförderung als Unternehmensziel	46,2	53,8	p<.01
Strukturen des Gesundheitsschutzes	30,2	36,8	n.s.
Gesundheitsfragen aktiv aufgreifen	47,6	55,5	p<.05
Vorbildfunktion der Führungskräfte	67,0	69,6	n.s.
Gesundheitsthemen bei Dienstbesprechungen	57,6	63,6	p<.05
Betriebliche Angebote zum Gesundheitsschutz	38,1	44,2	p<.10
Transfersicherung bei Gesundheitsthemen	37,2	45,6	p<.10
Zuweisung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten	64,8	68,5	n.s.
Gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung	68,2	70,0	n.s.
Effiziente Arbeitsorganisation	48,9	52,5	n.s.
Mitarbeiterorientierung bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe	60,8	64,7	n.s.
Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen	54,2	60,9	n.s.
Anerkennung und Wertschätzung	60,6	65,8	p<.10
Umgang mit Kritik und Konflikten	59,4	67,0	p<.05
Ansprache bei persönlichen Problemen	67,0	72,6	p<.10

Tab. 4: Mittelwertsunterschiede (T-Tests) bei den gemittelten Fremdeinschätzungen von 24 Führungskräften (3 Einrichtungen mit zwei Erhebungszeitpunkten)

In der Gesamttendenz ließ sich eine Verbesserung in sämtlichen untersuchten Führungsbereichen beobachten (Tab. 4). Statistisch bedeutsam fallen die Mittelwertsunterschiede in vier Bereichen aus: „Gesundheitsförderung als Unternehmensziel“, „Gesundheitsfragen aktiv aufgreifen“, „Gesundheitsthemen bei Dienstbesprechungen“ sowie „Umgang mit Kritik und Konflikten“. Darüber hinaus liegen tendenzielle Unterschiede ( $p < .10$ ) bei folgenden Skalen vor: „Mitarbeiterorientierung im Unternehmen“, „Betriebliche Angebote zum Gesundheitsschutz“, „Transfersicherung bei Gesundheitsthemen“, „Anerkennung und Wertschätzung“ sowie „Ansprache bei persönlichen Problemen“.

Vom Projekt besonders stark profitiert zu haben scheinen demnach Führungsaktivitäten in den Handlungsfeldern „Gesundheit zum Ziel und Thema machen“, „Für Gesundheit und Sicherheit sorgen“ und „Mitarbeiter motivierend und partizipativ führen“.<sup>7</sup> Im Handlungsfeld „Arbeitstätigkeiten gesundheitsfördernd gestalten“ haben sich dagegen keine statistisch bedeutsamen Veränderungen ergeben.

Die statistisch bedeutsamen Veränderungen ( $p < .01$  oder  $p < .05$ ) gehen allerdings ausschließlich auf die Mitarbeiterbefragungen im Krankenhaus zurück (Tab. 5). In der Sozialstation traten nur einzelne Tendenzen in Richtung einer Verbesserung, in der vollstationären Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst keine bedeutsamen Veränderungen auf. Allerdings sind die unterschiedlichen statistischen Effekte nicht nur auf divergierende absolute Mittelwertsunterschiede, sondern auch auf die unterschiedlich hohen Fallzahlen zurückzuführen.

<sup>7</sup> Für einen Teil der beobachteten Effekte gilt allerdings die Einschränkung, dass die Messqualität zu wünschen übrig ließ. Die betreffenden Skalen mussten bei der Validitätsprüfung herausgenommen werden.

	Statistische Unterschiede in der/im...		
	Sozialstation	Krankenhaus	vollstationären Pflegeeinrichtung
Mitarbeiterorientierung im Unternehmen	p < .10	n.s.	n.s.
Gesundheitsförderung als Unternehmensziel	n.s.	p < .01	-
Gesundheitsfragen aktiv aufgreifen	p < .10	n.s.	n.s.
Vorbildfunktion der Führungskräfte	n.s.	n.s.	-
Gesundheitsthemen bei Dienstbesprechungen	n.s.	n.s.	n.s.
Betriebliche Angebote zum Gesundheitsschutz	n.s.	p < .01	-
Transfersicherung bei Gesundheitsthemen	n.s.	p < .01	-
Zuweisung von Aufgaben und Verantwortlichkeiten	n.s.	n.s.	n.s.
Gesundheitsgerechte Arbeitsumgebung	n.s.	n.s.	-
Effiziente Arbeitsorganisation	n.s.	n.s.	-
Mitarbeiterorientierung bei der Gestaltung der Arbeitsabläufe	n.s.	n.s.	n.s.
Beteiligung der Mitarbeiter an Entscheidungen	n.s.	p < .01	-
Anerkennung und Wertschätzung	n.s.	n.s.	n.s.
Umgang mit Kritik und Konflikten	n.s.	p < .05	n.s.
Ansprache bei persönlichen Problemen	n.s.	p < .10	n.s.

Tab. 5: Mittelwertsunterschiede (T-Tests) bei den Mitarbeiterbefragungen getrennt nach Einrichtung

Differenzierter als die Mittelwertsunterschiede in den 16 Dimensionen geben die Unterschiede bei den einzelnen Items Aufschluss über die spezifischen Effekte der Maßnahmen.

In der **Sozialstation** haben sich folgende fünf Bereiche aus Mitarbeitersicht signifikant positiv verändert:

- Das Unternehmen arbeitet mit der gewählten Mitarbeitervertretung konstruktiv zusammen.
- Der Vorgesetzte überzeugt die MitarbeiterInnen vom Sinn und Nutzen neuer Aufgaben.
- Der Vorgesetzte zeigt den MitarbeiterInnen, wie sie gesundheitsgerecht(er) arbeiten können.
- Der Vorgesetzte motiviert die MitarbeiterInnen zur Beteiligung an gesundheitsfördernden Fortbildungsangeboten.
- Der Vorgesetzte sorgt dafür, dass die Handhabung der Arbeitsmittel klar ist.

Im **Krankenhaus** wurden statistisch bedeutsame Veränderungen bei einem Drittel der erfragten Sachverhalte gefunden, und zwar:

- Die MitarbeiterInnen werden über aktuelle Unternehmensentscheidungen informiert.
- Gesundheitsthemen werden als Fort- und Weiterbildungen angeboten.
- Der Vorgesetzte motiviert die MitarbeiterInnen zur Beteiligung an diesen Angeboten.
- Der Vorgesetzte fragt danach, was die MitarbeiterInnen bei den Fortbildungen gelernt haben.

- Es ist üblich, bei Dienstbesprechungen über teilgenommene Fortbildungen zu berichten.
- Der Vorgesetzte vereinbart mit den MitarbeiterInnen, wie das Gelernte in der Arbeit umgesetzt werden kann.
- Der Vorgesetzte berücksichtigt bei der Verteilung neuer Aufgaben die Stärken und Schwächen seiner MitarbeiterInnen.
- Der Vorgesetzte sorgt für die notwendigen Arbeitsmittel.
- Arbeitsbesprechungen werden regelmäßig in einer festgelegten Form durchgeführt.
- Der Vorgesetzte hat im letzten Jahr MitarbeiterInnen an Arbeitsgruppen beteiligt.
- Der Vorgesetzte informiert die MitarbeiterInnen regelmäßig über abteilungsbezogene Entscheidungen.
- Der Vorgesetzte holt bei anstehenden Entscheidungen die Meinung der MitarbeiterInnen ein.
- Der Vorgesetzte erteilt den MitarbeiterInnen Lob und Anerkennung für ihre Leistungen.
- Der Vorgesetzte äußert Kritik am Mitarbeiterverhalten sachlich und angemessen.
- Bei Konflikten im Team schaltet sich der Vorgesetzte ein.

In der **Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst** hat sich aus der Mitarbeitersicht nur ein Aspekt (von 29 Fragen in der überarbeiteten Fragebogen-Fassung) signifikant positiv verändert:

- Das Unternehmen holt bei den MitarbeiterInnen Informationen zur Arbeits- und Gesundheitssituation ein (z. B. durch Mitarbeiterbefragungen).

Die statistisch nachgewiesenen Veränderungen lassen sich weitgehend den inhaltlichen Schwerpunkten der in den Einrichtungen durchgeführten Maßnahmen (siehe 3.4) zuordnen. Eine hohe inhaltliche Deckung mit den Maßnahmen zeigte sich insbesondere in der Sozialstation. Im Krankenhaus wurden – z. T. entgegen dem subjektiven Eindruck während der Projektaktivitäten – positive Veränderungen bei der Transfersicherung, der Arbeitsorganisation sowie beim Thema Anerkennung und Kritik festgestellt. In der vollstationären Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst können die insgesamt ausbleibenden Veränderungen mit dem Umstand erklärt werden, dass die Einrichtung die Maßnahmenumsetzung nicht in Gänze gelang.

### **Veränderungen in den Selbst- und Fremdeinschätzungen im Vergleich**

Ziel des Projektes war es ja, die Führungskräfte für das eigene gesundheitsfördernde Führungsverhalten zu sensibilisieren und sie dazu zu ermutigen, bisher nicht genutzte Handlungsmöglichkeiten wahrzunehmen. Um zu überprüfen, ob dieses Ziel realisiert werden konnte, wurden die zeitlichen Veränderungen im Selbst- und Fremdbild der Leitungskräfte untersucht. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu beachten, dass sich ein Erfolg nicht zwingend in einer günstigeren, sondern vielmehr in einer „realistischeren“ Selbsteinschätzung der Führungskräfte niederschlägt. Eine möglichst weitgehende Deckung oder zumindest eine Annäherung von Selbst- und Fremdbild kann somit als *ein* Erfolgskriterium neben anderen, z. B. der absoluten Höhe des Urteils, definiert werden.

Die (gemittelten) Selbst- und Fremdeinschätzungen zu den beiden Erhebungszeitpunkten sind im Folgenden grafisch dargestellt. Insgesamt fielen die Selbsteinschätzungen zum ersten Erhebungszeitpunkt deutlich günstiger aus als die Fremdeinschätzungen. Sie unterschieden sich voneinander in zwölf der 16 untersuchten Bereiche signifikant, in weiteren zwei tendenziell (Abb. 6). Nur bei zwei Dimensionen waren keine statistischen Unterschiede erkennbar: „Strukturen des Gesundheitsschutzes“ und „Vorbildfunktion der Führungskräfte“.

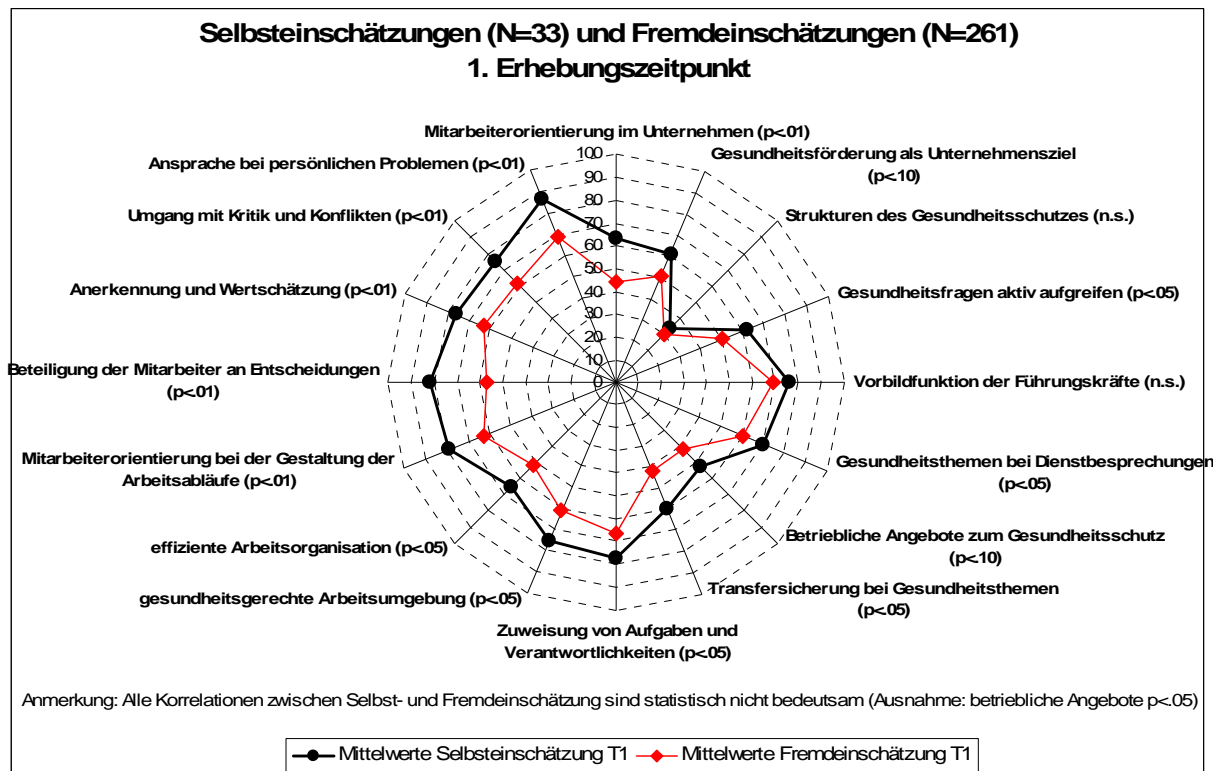


Abb. 6: Fremd- und Selbsteinschätzungen der MitarbeiterInnen und Leitungskräfte zum 1. Erhebungszeitpunkt

Diese auffälligen Diskrepanzen gingen bei der zweiten Befragung deutlich zurück (siehe Abb. 7): Nur noch in einem Aspekt – der gesundheitsgerechten Arbeitsumgebung – fiel die Selbsteinschätzung der Führungskräfte signifikant günstiger aus als die Einschätzung ihrer MitarbeiterInnen. In allen anderen Bereichen haben sich die beiden Einschätzungen einander angenähert. Diese Veränderungen waren nicht nur einer günstigeren Fremdeinschätzung (siehe oben), sondern zum Teil auch einer vorsichtigeren Selbsteinschätzung der Führungskräfte geschuldet.

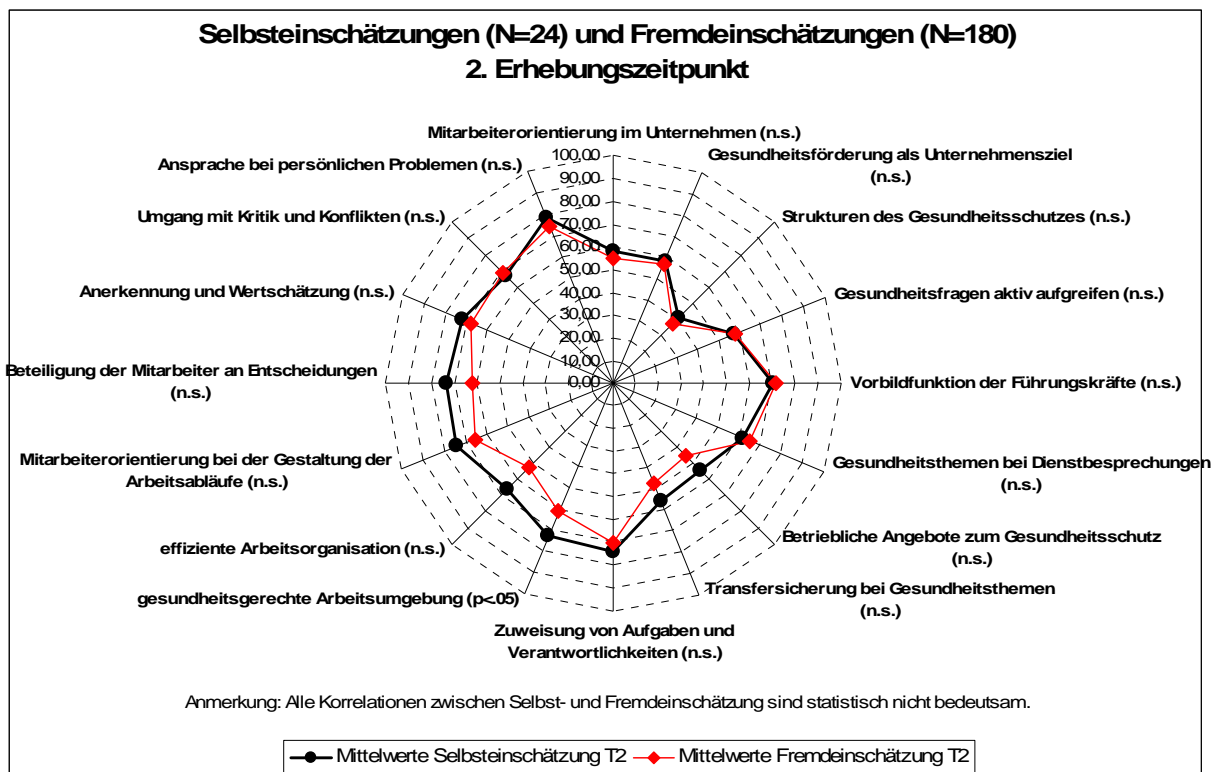


Abb. 7: Fremd- und Selbsteinschätzungen der MitarbeiterInnen und Leitungskräfte zum 2. Erhebungszeitpunkt

Besonders eindrucksvoll fiel diese „Annäherung“ im Krankenhaus aus: Klafften die Beurteilungen bei der ersten Erhebung hier noch um ca. 30 bis 50 Prozentpunkte auseinander, so gingen die Diskrepanzen bei der zweiten Erhebung auf 10 bis 30 Prozentpunkte zurück. Im Gegensatz hierzu lagen die Fremd- und Selbsteinschätzungen in der Sozialstation und in der Pflegeeinrichtung mit mobilem Dienst von Anfang an näher beieinander. Bei der zweiten Erhebung verschwanden diese Diskrepanzen zum Teil fast vollständig, so dass von einer weitgehenden Deckung der Selbst- und Fremdeinschätzungen gesprochen werden kann.

Neben der zeitlichen Entwicklung wurde auch die inhaltliche Struktur der Selbst- und Fremdeinschätzungen untersucht. In Korrelationsanalysen zeigte sich, dass:

- *sich die Selbsteinschätzungen wie auch die Fremdeinschätzungen zu den beiden Zeitpunkten recht ähnlich waren (hohe Korrelationen); dies kann als Hinweis für eine hohe Zuverlässigkeit (Reliabilität) des Messinstruments interpretiert werden.*
- *die Selbst- mit den Fremdeinschätzungen und umgekehrt dagegen nur geringe Ähnlichkeiten aufwiesen (geringe Korrelationen); dies gilt für beide Erhebungszeitpunkte. Selbst- und Fremdeinschätzungen repräsentieren offensichtlich sehr unterschiedliche Sichtweisen zum gleichen Sachverhalt. Dieser Effekt bleibt auch bei einer wiederholten Befragung erhalten.*

### 3.7 Projekterfahrungen

In den letzten Sitzungen der Leitungsgremien wurden die Erfahrungen, welche die Mitglieder mit der Pilotstudie sammeln konnten, in einer strukturierten Erfolgskontrolle ausgewertet. Die in Themengruppen zusammengefassten Ergebnisse finden sich in Tab. 6:

Aspekt	Positive Erfahrungen	Negative Erfahrungen
Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fokussierung und Aufwertung der Gesundheitsthemen</li> <li>- Sensibilisierung der MitarbeiterInnen für Gesundheitsangebote</li> <li>- Bestätigung, dass doch bereits einige Gesundheitsangebote vorhanden sind</li> <li>- Verbesserung der Arbeitsabläufe und Organisationsstrukturen</li> <li>- Start weiterer Gesundheitsangebote</li> </ul>	
Führung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilisierung der beiden Seiten für die Bedürfnisse der jeweils anderen Seite</li> <li>- Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins</li> <li>- Persönlicher Nutzen durch Thematisierung der Gesundheit von Führungskräften</li> <li>- Sensibilisierung für Gesundheitsschutz als Führungsaufgabe</li> <li>- Verdeutlichung des Einflusses der Führungskräfte auf die Mitarbeitergesundheit</li> <li>- Beleuchtung anderer Gesundheitsaspekte als nur von Fitnessangeboten</li> <li>- Sichtbarmachung der Führungskräfteentwicklung als langfristigen Prozess</li> <li>- Stärkere Sensibilisierung der Stationsleitungen für Leitungsaufgaben und die Vertretung von Unternehmensinteressen</li> <li>- Persönliches Einbringen der Führungskräfte</li> <li>- Stärkung der Leitungen und ihrer Kompetenzen</li> <li>- Gelegenheit zur Selbstreflexion des Führungshandelns</li> <li>- Besseres Bild der Leitungen bei den MA</li> <li>- Erwerb nützlicher Informationen im Führungsworkshop</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu wenig differenzierte Rückmeldung an Führungskräfte</li> <li>- Überbetonung der organisatorischen Fragen, wodurch das Führungshandeln aus den Augen verloren wurde</li> <li>- Verdeutlichung der engen Spielräume</li> </ul>
Betriebsklima, Unternehmenskultur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Annäherung von MA und Führungskräften</li> <li>- Beteiligung und Engagement der MA</li> <li>- Aufdecken von Missständen</li> <li>- Verdeutlichung des Zusammenhangs zwischen Arbeitsklima und Arbeitsleistung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kritische Grundhaltung der MitarbeiterInnen ist zu hinterfragen</li> <li>- Nervenaufreibende Zeit: viele Konflikte und Probleme in der Zusammenarbeit</li> </ul>

Tab 6a: Ergebnisse der Erfolgskontrolle in den beiden Leitungsgremien

Aspekt	Positive Erfahrungen	Negative Erfahrungen
Projektdurchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Positive Bewertung des grundsätzlichen Interesses an der Projektdurchführung (Zitat: „...dass das Projekt überhaupt bei uns durchgeführt und Gesundheit zum Thema gemacht wurde“)</li> <li>- Sichtbarmachung von Problemen und Handlungsbedarfen</li> <li>- Bildung einer guten Grundlage für gesundheitsbezogene Strukturveränderungen</li> <li>- Überraschend positives Ergebnis aus der 2. Befragung: unbewusste Verhaltensveränderungen bei Führungskräften?</li> <li>- Bestätigung des Projektnutzens durch das Ergebnis der 2. Befragung</li> <li>- Schaffung von Transparenz, was man alles zur Gesundheitserhaltung anbieten kann und Erkenntnis, dass die Einrichtung schon viel dafür tun</li> <li>- Strukturiertes Vorgehen</li> <li>- Zeit für eine gründliche Problemanalyse</li> <li>- Produktive Arbeit im Leitungsgremium</li> <li>- Repräsentanz der Geschäftsführung durch Vorgesetzte</li> <li>- Kompetente (interne) Projektleitung</li> <li>- Identifikation der Projektkoordinatorin mit Thema und Projekt</li> <li>- Gute externe Unterstützung</li> <li>- Angemessener Zeitrahmen</li> <li>- Gute Passung des Projekts zum Betrieb</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zu kurzer Zeitraum zur Messung von Veränderungen</li> <li>- Geringer Rücklauf bei den Befragungen</li> <li>- Fraglicher Nutzen für die Beteiligten und deren Alltag</li> <li>- Begrenzte Resonanz bei den MA trotz großem zeitlichen Aufwand</li> <li>- Fragliche Nachhaltigkeit der Sensibilisierung</li> <li>- Mangelnder Einbezug der Qualitätsbeauftragten</li> <li>- Fehlende verbindliche interne Terminvereinbarungen, daher verliefen Maßnahmen z. T. im Sande</li> <li>- z. T. ungeklärte interne Verantwortlichkeiten</li> <li>- Unzureichende Problemlösung, weil das Projekt „steckenblieb“</li> <li>- Verlust der Anfangseuphorie</li> <li>- Zu hoch gesteckte Projektziele</li> <li>- Hoher Zeitaufwand für Koordination</li> </ul>

Tab 6b: Ergebnisse der Erfolgskontrolle in den beiden Leitungsgremien (Fortsetzung)

Wie die Ergebnisse der Erfolgskontrolle (Tab. 6a/b) zeigen, fällt die Bilanz des Projektes aus der Sicht der Beteiligten überwiegend positiv aus, doch wird an den kritischen Anmerkungen auch Verbesserungsbedarf sichtbar. Inhaltlich beziehen sich die Rückmeldungen vor allem auf Fragen der Führung und auf die beteiligten Führungskräfte sowie auf Aspekte der Projektdurchführung. Auswirkungen des Projektes auf die Mitarbeiter sowie auf Betriebsklima und Unternehmenskultur wurden dagegen seltener erwähnt. Einhellig positiv wurden die gesundheits- und führungsbezogenen Projektinhalte bewertet. Die kritischen Äußerungen bezogen sich hauptsächlich auf die Projektdurchführung und die Nachhaltigkeit der im Projekt erzielten Ergebnisse.

Auf folgende Rückmeldungen sollte zukünftig besonderes Augenmerk gerichtet werden:

- Erlebter *Nutzen* des Projektes: Von den am Projekt beteiligten Führungskräften konnte ein erheblicher Anteil nur begrenzt von dem Nutzen des Projektes überzeugt werden. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn sich Führungskräfte im Vorfeld kaum reflektierend mit ihrer Führungstätigkeit auseinandergesetzt hatten. Vermutlich liegen die Ursachen hierfür nicht nur in der

beruflichen und persönlichen Qualifikation der Führungskräfte, sondern auch in der Kultur der Unternehmen: Spielen eine mitarbeiterorientierte und persönlichkeitsfördernde Führung dort nur eine nachgeordnete Rolle, so wird die Reflexion der Führungsaufgaben und die Thematisierung gesundheitsrelevanter Bedingungen vermutlich nicht gefördert. Diese Führungskräfte scheinen gelernt zu haben, einfach nur „gut funktionieren“ zu müssen, und geben diese Erwartungshaltung auch an ihre MitarbeiterInnen weiter.

- *Durchdringungsgrad* des Projektes: Zwar liegt sein Schwerpunkt bei der Sensibilisierung der Führungskräfte, doch hängt sein Erfolg auch davon ab, inwieweit die Mitarbeiter-Basis für die Projektziele erreicht werden konnte. So hatte das Projekt in mindestens zwei der vier Pilotseinrichtungen (Krankenhaus und vollstationäre Pflegeeinrichtung) nur eine eher geringe Reichweite, was den langfristigen Nutzen in Frage stellt.
- *Handhabbarkeit* der Maßnahmen: Die selbständige Initiierung und Umsetzung der Maßnahmen in internen Arbeits- und Projektgruppen erwies sich in drei der vier teilnehmenden Betriebe als weitaus schwieriger als erwartet. Ließ sich der Zeitplan in der Sensibilisierungs- und Analysephase noch weitgehend einhalten, so verzögerten sich die Projektaktivitäten in der Phase der Maßnahmenumsetzung gerade in der zweiten Pilotphase erheblich (siehe hierzu Tab. 1 und Abb. 1). Durch die schleppenden Fortschritte auf der operativen Ebene ging auch ein guter Teil der anfänglich spürbaren Projektenergie verloren. Die Schwierigkeiten der selbständigen Umsetzung können zum einen auf knappe Zeitressourcen, u.a. durch konkurrierende Projekte, zurückgeführt werden: Zum einen bereiteten die Betriebe C und D innerhalb des Projektzeitraums umfangreiche Bau- und Umzugsmaßnahmen vor, welche die Maßnahmen im vorliegenden Projekt in den Hintergrund rückten. Zum anderen waren die Arbeitsgruppen, die zur Maßnahmenbearbeitung gegründet worden waren, mit der Umsetzung der zum Teil anspruchsvollen Themenstellungen (z. B. Erstellung eines Funktionendiagramms in Betrieb D) methodisch überfordert. Dies galt auch dann noch, wenn die Betriebe in den Sitzungen der Leitungsgremien wiederholt einen inhaltlichen und methodischen Input hierzu erhielten. Daraus ergibt sich die Konsequenz, dass die vereinbarten Maßnahmen in stärkerem Umfang als bisher über die Projektsitzungen hinaus einer externen Begleitung im konkreten Arbeitsalltag bedürfen.
- *Nachhaltigkeit* der Maßnahmen: Um die gewonnenen Impulse über den Projektzeitraum hinaus zu erhalten, müssen die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die beschlossenen Maßnahmen auf lange Sicht geklärt und verbindlich von den Akteuren übernommen werden (Bemerkungen einzelner Mitglieder: „Die Baustellen bleiben offen.“; „Die entscheidenden Schritte kommen erst noch.“). Um mehr Verbindlichkeit bei der Maßnahmenumsetzung zu gewährleisten, muss der externe Berater stärker als bisher Kontrollaufgaben und eine noch engere Bindung an die Einrichtung wahrnehmen.
- *Evaluation* der Maßnahmenwirkungen: Insbesondere in der ersten Pilotphase erwies sich der Zeitraum für die Veränderungsmessung als zu knapp, um Aussagen über mittel- bis langfristige Effekte treffen zu können. Die Wirkung der Veränderungen entfaltet sich vermutlich erst nach einigen Monaten bis wenigen Jahren. Dieses Problem sahen z. T. auch die Einrichtungen selbst. So beschloss z. B. die Sozialstation auf Anregung ihrer MitarbeiterInnen, nach Ablauf eines Jahres eine weitere Mitarbeiterbefragung durchzuführen. Dieses Vorgehen sollte – um konkrete Aussagen zur Wirksamkeit der Maßnahmen zu erhalten – zukünftig grundsätzlich innerhalb des Interventionsansatzes vorgesehen sein.

#### **4. Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen**

Ziel der vorgestellten Pilotstudie war es, (a) Merkmale einer gesundheitsfördernden Führung in einem standardisierten Messinstrument aus unterschiedlichen Perspektiven zuverlässig zu erfassen, diese (b) anhand eines Führungs-Feedbacks rückzukoppeln, (c) den betrieblichen Handlungsbedarf abzubilden und (d) daraus geeignete Maßnahmen zur Verbesserung gesundheitsbezogener Führungsstrukturen und Verhaltensweisen abzuleiten. Das entwickelte Verfahren sollte (e) von den Mitgliedsbetrieben möglichst selbständig, d. h. ohne externe Unterstützung eingesetzt werden können, wofür (f) ausreichende Ressourcen einzuplanen sind.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse und Erfahrungen zu diesen zentralen Projektzielen zusammengefasst und Empfehlungen für die Weiterentwicklung dieses BGW Projekts gegeben.

##### **(a) Messung gesundheitsfördernder Führung**

Das im Rahmen dieses Projektes entwickelte Fragebogeninstrument wurde neben den Ergebnissen der ersten Pilotphase in einem Expertengespräch im November 2007 vorgestellt. Beteiligt waren neben den Projektvertretern sieben einschlägige Experten aus den Arbeits- und Gesundheitswissenschaften. Die kritischen Anmerkungen der Expert/innen zum vorliegenden Instrument bezogen sich auf folgende Aspekte:

- *Theoretisches Konstrukt:* Das zugrunde liegende Konzept „Gesundheitsfördernd Führen“ ist bisher unsystematisch und zu wenig auf die Ergebnisse der Führungsforschung bezogen. Zudem ist der Bezug zum Führungsverhalten bei einigen Skalen nicht ausreichend gegeben. Auch die Abgrenzung zwischen dem allgemeinen und dem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten ist noch nicht trennscharf formuliert.
- *Testkonstruktion:* Bestehende Befragungsinstrumente wurden zur Entwicklung des Instruments nicht umfassend genug ausgeschöpft. Ferner ist die Ableitung der Items aus dem theoretischen Konzept nicht immer eindeutig nachvollziehbar. Die Frageninhalte greifen darüber hinaus für die vorliegende Fragestellung zu kurz und sind u.a. zu erweitern um Fragen zum Umgang der Führungskräfte mit der eigenen Gesundheit, der Einstellung zum Arbeits- und Gesundheitsschutz und Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen, zum Selbstverständnis als Führungskraft sowie um Fragen zur Führungs- und Wertekultur. Die Formulierungen einzelner Items sind zudem vieldeutig und die Antwortkategorien noch nicht optimal auf die Itemformulierungen abgestimmt.
- *Validitätsprüfung:* Die Validierungskriterien, zum Beispiel der Nachweis von Zusammenhängen einzelner untersuchter Aspekte mit der Mitarbeitergesundheit, wurden nicht eindeutig definiert und nachvollziehbar umgesetzt. So wurden als Außenkriterien für die Validitätsprüfung bisher nur Angaben zur Arbeitszufriedenheit, jedoch keine Gesundheitsmaße aus standardisierten Befragungsinstrumenten herangezogen. Außerdem beschränken sich die Methoden der Güteprüfung auf die Kriteriumsvalidität. Darüber hinaus ist die vorgelegte Datengrundlage für eine Validitätsprüfung zu gering, so dass dem Instrument zum aktuellen Zeitpunkt keine ausreichende Validität bescheinigt werden kann.

Diese Kritik an der Wissenschaftlichkeit des Ansatzes und dem entwickelten Instrument bestätigte sich auch bei der Einreichung eines Fachartikels bei der Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. Die Gutachter des Artikels äußerten ähnliche Kritikpunkte wie die Teilnehmer des Expertenworkshops.

Vor dem Hintergrund dieser Kritik wurde beschlossen, das Fragebogeninstrument noch einmal grundlegend zu überarbeiten. Auf der Grundlage einer umfassenden Literaturanalyse sollen zusätzliche theoretische Konzepte, inhaltliche Aspekte und einschlägige Testverfahren in das Messkonzept aufgenommen werden. Die zu entwickelnde Testbatterie soll an einer ausreichenden Stichprobe getestet und anhand angemessener statistischer Verfahren auf ihre Güte geprüft werden.

- Da die meisten einschlägigen Testverfahren nur als Fremdeinschätzungen vorliegen, ist bislang offen, ob mit dem neuen Instrument an dem Vergleich von Selbst- und Fremdeinschätzungen festgehalten werden kann. Sofern dies möglich ist, gilt es auch abzuwägen, ob mit dem Instrument nicht auch die MitarbeiterInnen von ihren Leitungskräften oder von ihren Kolleg/innen eingeschätzt werden können, so wie es zum Beispiel die Führungskräfte der Sozialstation forderten. Auch über eine Einschätzung der Führungskräfte durch ihre Leitungskolleg/innen sollte nachgedacht werden. Denn wie Erfahrungen mit dem 360°-Feedback zeigen, ist die Betrachtung aus mehreren Blickwinkeln mit einem größeren Informationsgewinn verbunden (vgl. Harss et al. 1999, Metzger 2004).

### **(b) Rückkoppelung durch Führungs-Feedback**

Das Führungsfeedback, praktiziert als Gegenüberstellung der Ergebnisse der Selbst- und Fremdeinschätzung, erwies sich in den Piloteinrichtungen als ein lohnender, aber auch als ein sehr sensibler Zugang, mit dem behutsam umzugehen ist. Er erfordert von allen Beteiligten Mut, Kritikwürdiges ansprechen und aufdecken zu wollen sowie darüber hinaus die Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion sowohl als Vorgesetzte/r als auch als Mitarbeiter/in. Die anonyme Befragung und die ebenfalls anonymisierte Ergebnisdarstellung können die mit der Methode verbundenen Risiken zwar reduzieren, jedoch nicht gänzlich aufheben. In einer der beiden Einrichtungen wurde die anonyme Befragung nach Aussagen der Führungskräfte von einem Teil der Belegschaft als Gelegenheit genutzt, um mit der Betriebsleitung „abzurechnen“. Sie gaben an, die Ergebnisse im Feedback deckten sich nur teilweise mit den Rückmeldungen, die sie von ihren Teams im Alltag erhalten würden. Diese Rückmeldung lässt allerdings unterschiedliche Interpretationsmöglichkeiten offen. Die Resultate des Führungsfeedbacks sind daher auch vor dem Hintergrund des aktuellen Betriebsklimas und der Zufriedenheit der Belegschaft mit dem Unternehmen insgesamt zu diskutieren und zu interpretieren.

Die Vorzüge einer individuellen Rückmeldung an die Beteiligten werden in der Literatur vielfach betont (z. B. Backhaus 2004). Viele Unternehmen bereiten die Ergebnisse von Vorgesetztenbeurteilungen oder „Management-Audits“ in kennzahlengestützter Form auf und melden sie den Betroffenen nur schriftlich zurück. Häufig werden diese Informationen für die Leistungsbeurteilung oder die Potenzialanalyse herangezogen und stehen somit überwiegend in einem unternehmerischen Verwertungszusammenhang, der die Bedürfnisse der Betroffenen nur wenig berücksichtigt. Dagegen findet die individuelle Rückmeldung in einem angstfreien und geschützten Rahmen, d. h. ohne zu erwartende negative Konsequenzen, statt: Die persönliche Form des Feedbacks erhöht nicht nur die Compliance und die Akzeptanz der Ergebnisse, sie ermöglicht auch eine gemeinsame Problemidentifikation sowie Zielfindung und trägt, wie sich im Projekt gezeigt hat, auch zur Persönlichkeits- und Personalentwicklung bei. Der persönliche Nutzen für die beteiligten Führungskräfte erwies sich allerdings nur unter bestimmten Bedingungen als hoch. Dies ist der Fall, wenn statt einer konfrontativen, eine offene Form der Ergebnisdarstellung gewählt wurde, mit der eine gemeinsame Sicht auf die Verhältnisse angestrebt und nicht die Korrektur, sondern die gezielte Förderung des Führungsverhaltens in den Vordergrund gestellt wird. Diese Gesprächsstrategie setzt jedoch nicht nur eine hohe kommunikative Kompetenz, sondern auch ein profundes Führungswissen und eine gewisse Distanz zum jeweiligen

Unternehmen voraus, was eine unabhängige Moderation erforderlich macht. Das beim Feedback-Nehmer notwendige Vertrauen wird einem externen Berater weit eher entgegen gebracht als einem Projektbeauftragten, der Teil des betrieblichen Systems ist. Eine Durchführung des Feedbacks ohne externe Unterstützung, wie sie ursprünglich beabsichtigt war, erscheint daher nicht realistisch.

Wie sich in der Pilotstudie zeigte, hängen Sinn und Nutzen dieser Methode auch davon ab, ob der Feedback-Nehmer bereit ist, die Fremdeinschätzung als ehrliche Rückmeldung zur eigenen Person anzunehmen. Bei den Feedback-Gesprächen in einer der beiden Piloteinrichtungen wurde mehrfach der Verdacht geäußert, die MitarbeiterInnen hätten die Befragung als Gelegenheit genutzt, ihre Unzufriedenheit mit der Arbeitssituation rückzumelden und Druck abzulassen. In diesen Befragungen wird die Einschätzung der Führungsstrukturen und des Führungsverhaltens von der Arbeitssituation insgesamt „überschattet“, die Einschätzungen fallen somit wenig differenziert aus. Eine zentrale Bedingung für das Feedback-Verfahren besteht somit in dem Bestehen einer Vertrauenskultur. Diese sollte vor der Durchführung eines Feedbacks im Gespräch mit Einrichtungsvertretern global abgeschätzt werden, um Aufwand und Nutzen eines Feedbacks gegeneinander abwägen zu können.

Ein kritischer Erfolgsfaktor für das individuelle Feedback liegt ferner darin, ob die im Gespräch erarbeiteten Erkenntnisse systematisch weiterverfolgt werden. Zwar sind bereits einzelne Impulse zur Selbstreflexion des Führungsverhaltens positiv zu bewerten. Doch wenn die gewonnenen Erkenntnisse auch praktisch genutzt werden sollen, empfiehlt sich eine gezielte Weiterbearbeitung zum Beispiel im Rahmen eines persönlichen Coachings oder auch einer institutionalisierten Form der kollegialen Beratung z. B. im Leitungskreis.

### **(c) Abbildung des betrieblichen Handlungsbedarfs**

Die mit den Befragungen gesammelten Informationen wurden von den Projektbeteiligten als eine gute Grundlage zur Situationsanalyse und zur Ermittlung des betrieblichen Handlungsbedarfs angesehen. Wie die Projekterfahrungen aber ebenfalls zeigen, dienen sie lediglich als Diskussionsgrundlage, da sie in hohem Maße interpretationsbedürftig und abhängig vom jeweiligen Unternehmenskontext sind. So wurde zum Beispiel das Ausmaß der Übereinstimmung der Selbst- und Fremdeinschätzungen innerhalb des Oberen Managements kontrovers diskutiert. So gelingt es einer Führungskraft, die von ihrem Team gut akzeptiert wird (geringe Diskrepanz), nicht immer, auch kritische Unternehmensentscheidungen zu transportieren, was aber von einer Führungskraft ebenso gefordert wird. Die Höhe der Differenz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung allein erweist sich somit nicht als tauglicher Beurteilungsmaßstab für die Qualität der Führung. Stattdessen müssen die Ergebnisse unter Berücksichtigung anderer Größen – vor allem der absoluten Höhe der Einschätzung und im Vergleich mit Referenzwerten aus anderen Einrichtungen – interpretiert werden.

Wie die bisher gemachten Erfahrungen zeigen, lassen sich mithilfe des Instrumentes die Stärken und Schwächen einer Einrichtung im Bezug auf eine gesundheitsgerechte Führung nachvollziehbar abbilden. Aus den Ergebnissen lassen sich jedoch nur mit externer, methodisch qualifizierter Unterstützung konkrete Umsetzungsziele und Maßnahmen ableiten. Über die Einschätzung der Führungsqualität hinaus kann das Instrument auch als „Türöffner“ für einen betrieblichen Veränderungsprozess herangezogen werden. Ergebnisse einer Veränderungsmessung, wie sie in dieser Pilotstudie vorgelegt wurden, können sich hierbei als fruchtbar für die Unternehmensentwicklung erweisen.

#### (d) Ableitung von Verbesserungsmaßnahmen

Das streng am betrieblichen Bedarf orientierte Vorgehen hat sich in der Pilotstudie bewährt: Wie die Befragungsergebnisse zu den beiden Messzeitpunkten zeigen, haben sich die Führungsstrukturen und das Führungsverhalten vor allem in den Bereichen verbessert, in welchen Maßnahmen vereinbart und auch tatsächlich umgesetzt wurden.

Zur Verbesserung gesundheitsgerechter Führung kann auf ein breites Spektrum von Maßnahmen zurückgegriffen werden (vgl. Badura et al. 1999, Brinkmann 1993, Taubert & Piorr 1997, Ulich & Wülser 2005), das in der vorliegenden Pilotstudie – auch aufgrund der Tatsache, dass es sich nicht um eine klassische Form des Betrieblichen Gesundheitsmanagements handelt – jedoch nur zum Teil ausgeschöpft werden konnte. Erfahrungen mit weiteren Maßnahmen wie z. B. der Entwicklung gesundheitsbezogener Führungsgrundsätze, Teambesprechungen zu belastenden Arbeitsbedingungen, Unterweisung in gesundheitsrelevanten Arbeitsmethoden, Einbeziehung von Gesundheitsthemen in Mitarbeitergespräche, Beratung von Mitarbeitern bei gesundheitlichen Problemen und gesundheitsbezogene Fortbildungsangebote, sind in weiteren Praxiserprobungen zu sammeln.

#### (e) Selbständige Anwendung des Verfahrens

Eine selbständige Auswertung der Ergebnisse durch den Projektbeauftragten anhand mitgelieferter Schablonen und Grafiken erscheint prinzipiell möglich, jedoch nach den Erfahrungen in der Sozialstation recht aufwändig. Dieses Vorgehen wurde dort bei der ersten Erhebung gewählt, doch wegen des hohen Bearbeitungsaufwandes von mehreren Stunden bei der Folgerhebung aufgegeben. Danach erfolgte eine standardisierte (PC-) Auswertung durch den externen Berater.

Wie bereits oben ausgeführt wurde, musste die BGW von dem ursprünglichen Ziel, ein Instrument zur Selbst- und Fremdeinschätzung zu entwickeln, das die Mitgliedsbetriebe in Eigenregie einsetzen können, aus den erwähnten Gründen abrücken. Die konkreten Anforderungen, die an den externen Berater zu stellen sind (z. B. sehr gute Moderations- und Gesprächsführungskompetenzen, ein profundes Führungs- und Gesundheitswissen), werden bei der weiteren Praxiserprobung geprüft.

#### (f) Einplanung von Ressourcen

Nach bisherigen Erfahrungen in den vier Piloteinrichtungen sind für das vorliegende Projekt bei zwei Messzeitpunkten etwa folgende personelle und finanzielle Ressourcen einzuplanen:

Leistungen	Zeitaufwand (intern)	Zeitaufwand (extern)
Sitzungen des Leitungsgremiums	ca. 5 x 3h pro Teilnehmer	ca. 5 x 1 Tag
Auswertung der Befragungen und Aufbereitung der Ergebnisse	-	ca. 2 Tage
Ergebnisrückmeldung an Mitarbeiter	2 x ca. 2h	2 x 0,5 Tage
Ergebnisrückmeldung an Führungskräfte	mind. 2 x 1h pro Teilnehmer	ca. 2 Tage
Durchführung der Maßnahmen	abh. vom Umfang der Maßnahmen, ca. 1 Tag pro Workshop (pro Teilnehmer)	abh. vom Umfang der Maßnahmen, ca. 1 Tag pro Workshop
Projektkoordination	ca. 2 Tage (Projektbeauftragter)	ca. 1 Tag
<b>Gesamtaufwand:</b>		<b>mind. 12-15 Tage</b>

Tab. 7: Grobkalkulation des Arbeitsaufwandes und der Kosten für das Projekt

Der in Tab. 7 aufgeführte Gesamtaufwand ist ein Durchschnittswert und u.a. abhängig von der Größe der Einrichtung und dem Umfang der geplanten Maßnahmen. In Betrieb A lag er bei unter 10, in den Betrieben B und D bei jeweils 14-15 Tagen. Nicht eingerechnet wurde hierbei die Weiterbearbeitung der Erkenntnisse aus den persönlichen Feedbackgesprächen z. B. im Rahmen eines Coachings oder einer regelmäßigen Kollegialen Beratung.

## **5. Erfolgsfaktoren und weitere Perspektiven**

Nach den bisher gesammelten Erfahrungen beeinflussen diverse betriebliche Rahmenbedingungen den Projekterfolg. Daher sollten in einem Vorgespräch mit interessierten Einrichtungen folgende Fragen thematisiert werden:

### **1. Fragen zu Unternehmens- und Führungsstrukturen:**

- Gibt es ein Organigramm, ist die Führungshierarchie geklärt?
- Sind die Zuständigkeiten für den Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb klar geregelt? Welche Position hat dieser im Unternehmen?
- Sind im Unternehmen Führungs- und/oder Gesundheitsleitlinien, -ziele und -strategien vorhanden?
- Wird das Thema Führung in laufenden Maßnahmen aufgenommen (z. B. in Führungskräfte- trainings, Coachings, Leitbildentwicklung etc.)?

### **2. Fragen zu Betriebsklima, Führungs- und Unternehmenskultur:**

- Wird mit Problemen und kritischen Aspekten im Unternehmen offen und ehrlich umgegangen, müssen die Beschäftigten bei offener Kritik keine Angst vor negativen Konsequenzen haben?
- Gab es in der letzten Zeit Unternehmensentscheidungen, die das Betriebsklima nachhaltig beeinträchtigen?
- Befindet sich das Unternehmen akut in einem Veränderungsprozess, der Strukturen und Prozesse wie auch das Betriebsklima beeinflusst?
- Sind die Führungskräfte bereit, von ihren MitarbeiterInnen Kritik an den Führungsstrukturen und ihrem eigenen Führungsverhalten anzunehmen?

### **3. Projektbezogene Fragen:**

- Stehen die für das Projekt erforderlichen zeitlichen und finanziellen Ressourcen zur Verfügung?
- Steht ein/e Projektbeauftragte/r mit ausreichenden zeitlichen Kapazitäten und Moderationsfähigkeiten zur Verfügung, der/die für den reibungslosen Ablauf des Projektes vor Ort sorgen kann?
- Gibt es parallel laufende Projekte (z. B. Einführung von Qualitätsmanagement, Neubau oder Umzug), die viele Ressourcen binden?
- Besteht ein regelmäßig tagender Leitungskreis oder sind die Verantwortlichen bereit, ein entsprechendes Gremium einzurichten, das für die Steuerung des Projektes verantwortlich ist

und in dem auch die Mitarbeitervertretung und das Qualitätsmanagement fest eingebunden sind?

- Sind die Verantwortlichen bereit, die Befragungen anonym durchzuführen und die Ergebnisse des Führungs-Feedbacks diskret, d. h. in einem geschützten Rahmen zu behandeln?
- Sehen die Führungskräfte die erhaltene Rückmeldung als Chance für eine kritische Selbstreflexion, die das Unternehmen wie auch die eigene Person weiterbringt?
- Wird die Geschäftsleitung in das Projekt eingebunden oder zumindest über die Projektaktivitäten informiert (insbesondere dann, wenn das Projekt nur in einem Teil des Unternehmens umgesetzt wird)?

Welche weiteren betrieblichen Rahmenbedingungen (z. B. Betriebsgröße, Aufbauorganisation, Unternehmenskultur) den Erfolg des Projektes beeinflussen, wäre innerhalb weiterer Praxiserprobungen zu prüfen.

Nach Abschluss des Projektes in 4 Einrichtungen sehen wir von der Erstellung eines Praxisleitfadens zunächst ab. Der entwickelte Ansatz wird fortgesetzt und überarbeitet entsprechend den Rückmeldungen aus den Fachgesprächen mit Wissenschaft und Praxis. Es wird zunächst eine erneute Literaturrecherche durchgeführt, um das Konzept auf eine breitere theoretische Basis zu gründen. Ausgehend von diesen Erkenntnissen und unter Rückgriff auf bestehende, validierte Untersuchungsinstrumente soll im Anschluss ein neues wissenschaftlich abgesicherteres Erhebungsinstrumentarium entwickelt werden. Dieses muss dann durch einen weiteren Praxiseinsatz auf seine Tauglichkeit und Güte geprüft werden. Die Erfahrungen aus dieser erneuten Erprobung sollen dann langfristig in einen entsprechenden Praxisleitfaden überführt werden. Dessen Nutzen wird darin bestehen, dass die Betriebe ihre Führungsstrukturen und das Führungsverhalten ihres Leitungspersonals einschätzen und mit externer Unterstützung geeignete Maßnahmen ableiten können. Er soll neben dem Messinstrument auch eine Anleitung, wie aus den Ergebnissen ein möglicher Verbesserungsbedarf abgeleitet werden kann, sowie einen Maßnahmenkatalog mit konkreten Hinweisen zur praktischen Umsetzung enthalten.

## Literatur

- Backhaus, K. (2004). 360-Grad-Feedback. Chancen und Risiken der Rundum-Beurteilung. Download im Internet unter: [www.psyreon.de](http://www.psyreon.de).
- Badura, B., Ritter, W., Scherf, M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Edition Sigma.
- Böttger, I. (2001). Open-Space. Auszug aus dem sowi-online-methodenlexikon unter: <http://www.sowi-online.de/methoden/lexikon/open-space-boettger.htm>, 02.06.2008
- Brinkmann, R. D. (1993). Personalpflege. Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit als strategische Größen im Personalmanagement. Heidelberg: Sauer-Verlag.
- Harss, C., Maier, K. & Weill, P. (1999). Empfehlungen für ein 360°-Feedback. Personalwirtschaft 9/99, S. 85-87.
- Metzger, J.-A. (2004). Organisation & Person. Ein integrierter Veränderungsprozess mittels Feedback. Organisationsentwicklung, 4/04, 14-25.
- Neuberger, O. & Allerbeck, M. (1978). Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit – Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen (ABB). Bern: Huber Verlag.
- Nieder, P. (2004). Organisationsentwicklung und Betriebliches Gesundheitsmanagement. Organisationsentwicklung, 4/04, 44-57.
- Offermann, L.R. & Hellman, P.S. (1996). Leadership behavior and subordinate stress: a 360° view. Journal of Occupational Health Psychology 1 (4), 382-390.
- Taubert, R. & Piorr, R. (1997). Gesundheitsgerechtes Management. Ein langfristig effektiver Ansatz. Personalführung 12/97, 1190-1197.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2005). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven (2. Auflage). Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Wunderer, R. (1997). Führung des Chefs. „Führung von unten“ durch sachliche Begründung und Freundlichkeit. Personalführung 2/97, 148-157.
- Zimber, A. & Gregersen, S. (2007). „Gesundheitsfördernd führen“: eine Pilotstudie in ausgewählten BGW Mitgliedsbetrieben. Hamburg: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW).