

Gesundheitskompetenzentwicklung in der Finanzverwaltung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung

Rainer Wieland & Peter Görg¹

1 Einleitung

Betriebliche Projekte zur Förderung der Gesundheit durch Arbeitsgestaltungsmaßnahmen (Verhältnisprävention) sind nach wie vor selten im Vergleich zu personbezogenen Interventionen (Verhaltensprävention). Nachhaltige Wirkungen für die Unternehmung lassen sich jedoch nur dann erzielen, wenn auch die Arbeitsbedingungen mit einbezogen werden. Einen hohen Wirkungsgrad haben Maßnahmen aus einer Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention (vgl. Ulich/Wülser 2005; Wieland 2006).

Dieser Beitrag berichtet von einem Interventionsprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung, das über einen Zeitraum von fast zwei Jahren im Rahmen des Verbundprojekts INOPE² von der Bergischen Universität Wuppertal (BUW) in einem Finanzamt der Oberfinanzdirektion Rheinland durchgeführt wurde. Entwickelt wurde dazu das arbeitspsychologisch fundierte Interventionskonzept bzw. Modul „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung“, das verhältnisorientierte (Arbeitsgestaltung), verhaltensorientierte (Wissensvermittlung, Teamentwicklung) und Maßnahmen der kulturellen Intervention (Austausch, Kommunikation) verbindet. Ziel ist, durch den Einsatz dieses Moduls sowohl die personale, individuelle als auch die organisationale Gesundheitskompetenz zu steigern. Das Modul ist Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems von INOPE, d.h. eines ganzheitlichen Gesundheitsförderungssystems der Integrierten Netzwerk-, Organisations- und Personalentwicklung (vgl. Elke 2007, Zimolong/Elke/Trimpop 2006).

Die gegenwärtige Situation im Finanzamt ist, wie in vielen Teilen der öffentlichen Verwaltung, durch eine zunehmende Arbeitsverdichtung, den Einsatz neuer Technologie (Softwareprogramme, Call Center), sich häufig ändernde Gesetzeslagen, Personalabbau und alternde Belegschaften gekennzeichnet. Ein wesentliches Ziel des Projektes bestand darin, mit den Beschäftigten (Führungskräften und MitarbeiterInnen) ein Konzept zu entwickeln, das es ihnen ermöglicht, diese Anforderungen effizienter zu bewältigen, die damit verbundenen psychischen Beanspruchungen zu reduzieren bzw. zu optimieren und insgesamt die Arbeitszufriedenheit zu steigern. Von besonderer Bedeutung waren in diesem Kontext die Fragen, welche Handlungs- und Gestaltungsspielräume es überhaupt für eine (Neu-) Gestal-

¹ Wieland, R. & Görg, P. (2009). Gesundheitskompetenzentwicklung in der Finanzverwaltung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung. In K. Henning, I. Leisten & F. Hees (Hrsg.), Aachener Reihe Mensch und Technik, Band 60 Innovationsfähigkeit stärken - Wettbewerbsfähigkeit erhalten. Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz als Treiber (S. 207-225). Aachen: Wissenschaftsverlag Mainz.

² INOPE (Integrierte Netzwerk-, Organisations- und Personalentwicklung), gefördert vom BMBF, Projektträger im DLR, Förderschwerpunkt Präventiver Arbeits- und Gesundheitsschutz

tung der Arbeitsaufgaben gibt und wie sich Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe mit einer von allen Beteiligten getragenen gemeinsamen Ziel- und Aufgabenorientierung etablieren lässt.

In Abschnitt 2 wird das Interventionskonzept „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung“ beschrieben. Abschnitt 3 beinhaltet die konkreten Schritte zur Umsetzung und Evaluation des Konzeptes sowie die Diskussion der Ergebnisse.

2 Gesundheitskompetenzentwicklung durch Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung

Ziel des Moduls „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung“ ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz auf drei Ebenen: (a) Individuelle Ebene: Fordern und fördern von Eigenverantwortung und Stärkung der Fähigkeiten für gesundheitsförderliches Verhalten; (b) organisationale Ebene: Verbesserung der organisationalen Gesundheitskompetenz durch Arbeitsgestaltung, sowie (c) Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Führungs- und Unternehmenskultur.

Grundlage des Teilmoduls „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ ist ein arbeitspsychologisches Wirkungsmodell, das über fünf Haupt-Wirkungspfade den Zusammenhang zwischen drei Merkmalsbereichen (Arbeitsaufgaben/-bedingungen, Führung, MitarbeiterInnen) als Einwirkungsgrößen und zwei Merkmalsklassen (Beanspruchung/Erleben, Folgen/Ergebnisse) als Auswirkungsgrößen beschreibt. Das Teilmodul „Gesundheitsförderung durch Teamentwicklung“ besteht aus mehreren systematisch miteinander verbundenen Workshops, an denen in wechselnder Besetzung Mitglieder unterschiedlicher Ebenen teilnehmen: Unternehmensleitung, Führungskräfte und MitarbeiterInnen. Beide Teilmodule sind eng miteinander verknüpft.

2.1 Teilmodul: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung

Das Teilmodul „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung“ orientiert sich an dem allgemeinen arbeitspsychologischen Analyse- und Wirkungsmodell von Wieland (2006, 2007) und dessen Konkretisierung zum „Fünf x Fünf-Wirkungsmodell“ zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit (s. Abbildung 1).

Für die betriebliche Anwendung hat das Fünf x Fünf Wirkungsmodell (vgl. Wieland 2007, 2008a, Wieland/Hammes 2008) eine dreifache Funktion: Erstens dient es dazu, der Unternehmensleitung die Auswahl der eingesetzten Analyseinstrumente zu begründen. Zweitens kommt es in den Workshops zur gesundheitsbezogenen Teamentwicklung (s.u) als didaktisches Instrument zur Wissensvermittlung über Ziele und Inhalte betrieblicher Gesundheitsförderung sowie zur Entwicklung einer gemeinsamen Ziel- und Aufgabenorientierung (vgl. dazu auch Abbildung 2) zur Anwendung. Drittens dient es als Grundlage zur Interpretation der Analyseergebnisse sowie der systematischen Auswahl der Interventionsmaßnahmen.

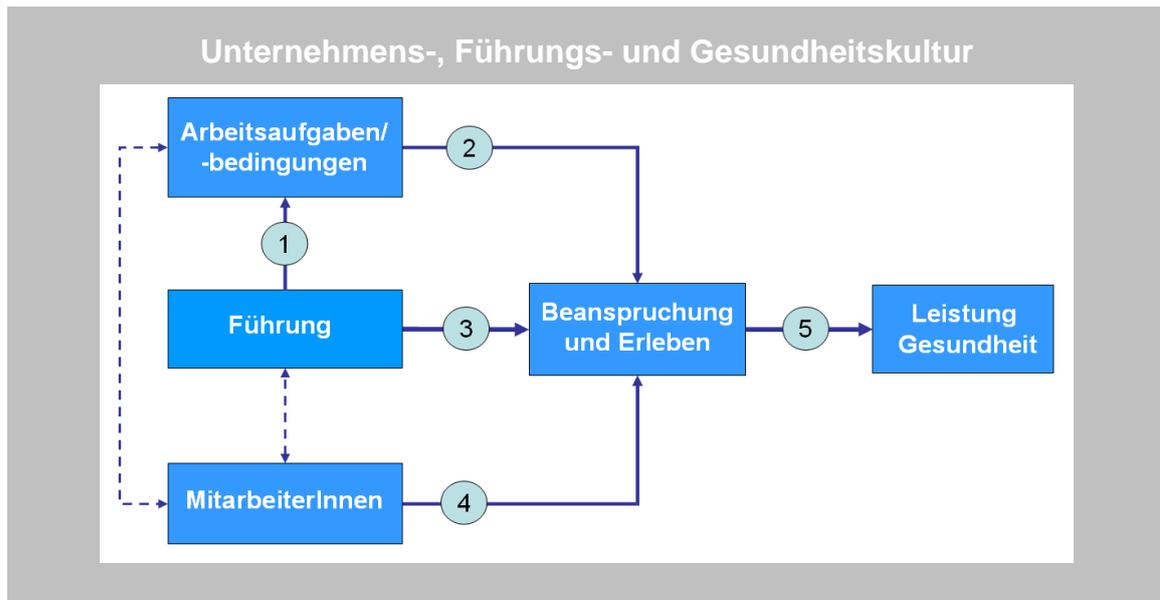


Abbildung 1: Fünf x Fünf Wirkungsmodell zur Gestaltung gesunder und effektiver Arbeit.

Das Wirkungsmodell macht Aussagen über fünf Haupt-Wirkungspfade zwischen fünf wesentlichen Merkmalsbereichen der Arbeit. Es stützt sich auf eine Vielzahl gesicherter Erkenntnisse über den Einfluss der Arbeitsgestaltung auf die Gesundheit der Beschäftigten (vgl. Zapf/Semmer 2004, Ulich/Wülser 2005, Wieland 2006). Eine Reihe von Studien zu Arbeit und Gesundheit haben dabei insbesondere gezeigt, dass Arbeitstätigkeiten und ihre Ausführungsbedingungen dann ein hohes gesundheitsförderliches Potential haben, wenn vielfältige, anspruchsvolle Arbeitsaufgaben mit Entscheidungs- und Handlungsspielräumen (vollständige Tätigkeiten) und geringen Arbeits- und Regulationsbehinderungen vorliegen (Leitner 1999) und eine Balance zwischen investierter Anstrengung und erlebter Belohnung (Siegrist 2004) besteht.

Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die auf diesem Modell beruhen, belegen substantielle (statistisch bedeutsame) Zusammenhänge für die fünf Haupt-Wirkungspfade bzw. die sie repräsentierenden Merkmale (vgl. Wieland 2007, 2008a, b; Wieland/Hammes 2008).

Im Einzelnen zeigt sich:

1. Führungskräfte sind (Mit-)Gestalter von Arbeitsbedingungen: Ein mitarbeiter-orientierter Führungsstil reduziert gegenüber einem autoritären Führungsstil Störungen und Behinderungen im Arbeitsprozess (sog. Regulationsbehinderungen) deutlich (Wirkungspfad 1).
2. Führungskräfte können durch ihren Führungsstil die Beanspruchungsbilanz (Verhältnis von positiver zu negativer Beanspruchung; vgl. dazu auch Abbildung 2) ihrer MitarbeiterInnen positiv beeinflussen (Wirkungspfad 3). Dies trifft ebenso zu für die emotionale Befindlichkeit. Ein mitarbeiterInnen-orientierter Führungsstil beeinflusst diese positiv (Stadler/Spieß 2003, Wieland/Klemens, Scherrer/Timm/Krajewski 200, Wilde/Hinrichs/Schüpbach 2008); dies trifft insbesondere für Frauen zu (vgl. dazu Wieland et al. 2004).

3. Arbeitstätigkeiten mit vielfältigen Aufgaben, Handlungs- und Entscheidungsspielräumen und vergleichsweise wenigen Regulationsbehinderungen (Arbeitsstörungen) sind mit einer positiven Beanspruchungsbilanz und positiven Emotionen verbunden (Wirkungspfad 2).

Dabei bildet die Arbeitsaufgabe als wichtigste Schnittstelle zwischen Person und Organisation eine zentrale Ansatzstelle gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Die aus den Arbeitsaufgaben resultierenden psychischen Anforderungen und Beanspruchungen können sich sowohl als Stressfaktor oder Krankheitsrisiko als auch als Ressource bzw. gesundheitsförderlicher Faktor erweisen (vgl. Hacker/Schroda/Riemer/Ishig 2000).

4. Die individuelle Gesundheitskompetenz der Beschäftigten hat einen bedeutsamen Einfluss auf den Gesundheitszustand bzw. die Entstehung von Krankheiten (Wirkungspfad 4).

Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie mit ihrer Gesundheit umgehen, wie viel Vorsorge sie betreiben sowie darin, welche Strategien sie zur Bewältigung körperlicher Beschwerden oder Erkrankungen haben. Dementsprechend definieren Wieland & Scherrer (2007) Gesundheitskompetenz als die Erwartung, gesundheitlichen Beschwerden und Erkrankungen aktiv und wirksam begegnen zu können bzw. die Gesundheit durch geeignete Maßnahmen zu erhalten. Befunde mit dem entsprechenden Fragebogen zur Messung der Gesundheitskompetenz (GKF) belegen dabei, dass mit geringer Gesundheitskompetenz auch ein schlechterer Gesundheitszustand einhergeht (vgl. dazu Wieland/Hammes 2008).

5. Die psychische Beanspruchung und das Erleben im Arbeitsprozess beeinflussen nicht nur die Leistung, sondern auch die Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. MitarbeiterInnen mit einer positiven Beanspruchungsbilanz haben weniger körperliche Beschwerden und weniger Fehlzeiten (Wirkungspfad 5).

Die hier dargestellten Wirkzusammenhänge sind in den Kontext der jeweiligen Unternehmens-, Führungs- und Gesundheitskultur eingebettet. Die Gesundheitskultur eines Unternehmens hat wesentlichen Einfluss auf die Qualität und damit auch Wirksamkeit von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Wilde/Hinrichs/Schüpbach 2008). Maßnahmen der kulturellen Prävention, wie z.B. gesundheitsbezogene Informations- und Kommunikationssysteme, sollten deshalb als flankierende Maßnahmen eingesetzt werden. Im Teilmodul „Gesundheitsförderung durch Teamentwicklung“, das nachfolgend beschrieben wird, bilden diese Aspekte implizite Bestandteile.

2.2 Teilmodul: Gesundheitsförderung durch Teamentwicklung

Mit diesem Teilmodul wird das Ziel verfolgt, die **organisationale** und **individuelle Gesundheitskompetenz** dadurch zu stärken, dass Gesundheit bei den Beteiligten zu einer Aufgabe wird, die nicht nur aus individueller, persönlicher Perspektive, sondern auch als Gemeinschaftsaufgabe betrachtet werden kann.

Ziele, Bedürfnisse und Aufgaben von MitarbeiterInnen, Führungskräften und Unternehmensleitung weisen „naturgemäß“ mehr oder weniger große Unterschiede auf. Die Erhaltung und Förderung der Gesundheit ist dagegen ein Ziel, das jede Person auf jeder Ebene betrifft. Gesundheit bietet somit ein Ziel, dessen Erreichung trotz sonst unterschiedlicher Ziele, Bedürfnisse und Aufgaben für alle erstrebenswert ist und dessen Verfolgung deshalb als gemeinsame Aufgabe begriffen werden kann (s. Abbildung 2).

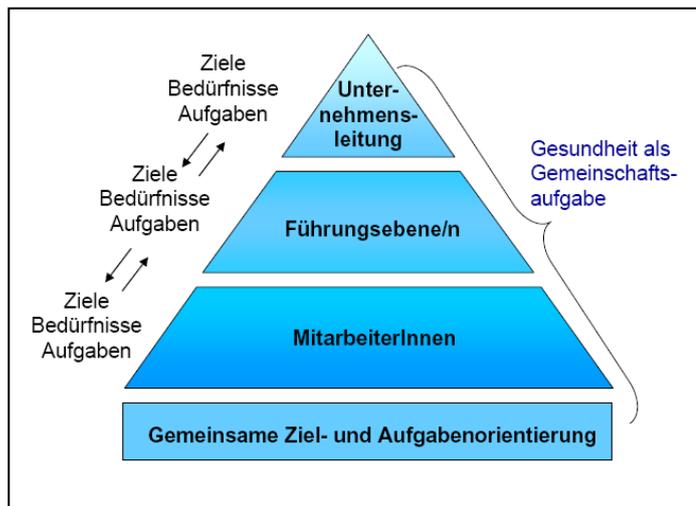


Abbildung 2: Gesundheitsförderung durch Teamentwicklung und Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe.

Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe zu etablieren ist ein Prozess, der sich über einen längeren Zeitraum (ein bis 1½ Jahre) erstreckt und durch zehn Schritte gekennzeichnet ist: (1) Gespräche mit der Unternehmensleitung zur Erläuterung des Konzeptes, (2) alternierende Workshops mit jeder der drei Ebenen, wobei die Ebene Unternehmensleitung und Führungsebene häufig zusammengefasst werden; (3) Kombi-Workshops mit Führungskräften und MitarbeiterInnen, (4) zeitnahe Rückmeldung der wesentlichen Workshopergebnisse an alle Beteiligten, (5) Festlegung des Interventionsbereiches, (6) Tätigkeits- bzw. Arbeitsanalyse für den von den Workshopmitgliedern gemeinsam ausgewählten Interventionsbereich, (7) Durchführung der Arbeitsgestaltungsmaßnahme, (8) Bewertung der Maßnahme, (9) Rückmeldung der Ergebnisse, sowie (10) Projektabschlussworkshop.

Durch die Teamentwicklungsmaßnahmen, die durch die gemeinsamen Erfahrungen in den Workshops und im Projekt „Arbeitsgestaltung“ geprägt sind, soll den Beteiligten eine gemeinsame Wissensbasis und ein gemeinsam erarbeitetes Problemlöseverständnis vermittelt werden.

Zur **Evaluation der Maßnahmen** sollte eine formative und eine summative Evaluation durchgeführt werden. Für die summative Evaluation sollten mindestens Daten zu zwei Messzeitpunkten, d.h. vor und nach Arbeitsschritt (7) „Durchführung der Arbeitsgestaltungsmaßnahme“ erhoben werden; darüber hin-

aus sollte während der Implementierungsphase der Arbeitsgestaltungsmaßnahmen eine prozessbegleitende, formative Evaluation erfolgen.

3 Das Projekt „Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung im Finanzamt“

3.1 Ausgangslage

Gesundheitsbefragungen in der Finanzverwaltung NRW in den Jahren 2006 und 2007 hatten für einige Finanzämter sinkende Zufriedenheitswerte der Beschäftigten offenbart. Das Finanzamt, indem das Modul „Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung“ umgesetzt wurde, wies dabei deutlich geringere Zufriedenheitswerte im Vergleich zu anderen Finanzämtern auf, die im Jahr 2007 an der Befragung teilgenommen hatten. Dies wurde von der Finanzamtsleitung zum Anlass genommen, das Projekt „Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung“ durchzuführen. Umfangreiche Umstrukturierungsmaßnahmen im Personalbereich hatten zudem zu Unruhe und einer insgesamt negativen Stimmungslage im Finanzamt geführt.

Kenntnis von dem in Abschnitt 2 beschriebenen Modul hatte das Finanzamt durch Veranstaltungen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement, die im INOPE Projekt (s. www.inope.de) zur strukturellen Absicherung gesundheitsförderlicher Netzwerkstrukturen in der Finanzverwaltung NRW durchgeführt wurden. Dabei handelte es sich zum einen um Veranstaltungen zum „System- und Netzwerkmanagement in der Verwaltung“, die von der Ruhr-Universität Bochum (RUB, Prof. Elke, Prof. Zimolong) als Leitung des Gesamtprojektes organisiert (vgl. dazu Elke 2007) und in denen das Konzept der Bergischen Universität Wuppertal (BUW) präsentiert wurde. Zum anderen war das Konzept „Gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung“ Gegenstand in den Sitzungen des Gesundheitskompetenz-Centers (GKC), die vom Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung (KomFor) der Bergischen Universität (s. www.komfor.uni-wuppertal.de) im Rahmen des INOPE Projektes durchgeführt wurden. Das GKC dient dem Aufbau eines netzwerkbasierten Systems zur Vermittlung und Qualitätssicherung von gesundheitsbezogenen Präventionsdienstleistungen und trägt dazu bei, dass die Nachhaltigkeit der im INOPE-Projekt erarbeiteten Ergebnisse und Produkte auch über dessen Projektlaufzeit hinaus gesichert sind. Weitere Informationen zum INOPE Projekt finden sich bei Görg & Wieland (2007), Gurt (2007), Schwennen (2007) und Zimolong (2007).

Die zuletzt geschilderten Aktivitäten haben in nicht unerheblichem Maße dazu beigetragen, dass sich das Finanzamt für die Durchführung des Projektes entschieden hat. Deutlich wird dadurch auch, dass es (a) vielfältiger Aktivitäten auf verschiedenen Ebenen bedarf, um Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung umzusetzen, und (b) die Integration des Gesundheitsschutzes in das Managementsystem einer Organisation und die Bildung von ressourcenorientierten Netzwerken und Kooperationen eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg solcher Projekte darstellt.

3.2 Gesundheitskompetenzentwicklung durch Teamentwicklung

Um die Unternehmensleitung (Finanzamtsvorsteher und Stellvertreter), die Führungskräfte (SachgebietsleiterInnen) und die MitarbeiterInnen für das Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) zu sensibilisieren und eine erste Bestandsaufnahme zur Situation im Finanzamt zu erhalten, wurden von März bis November 2007 die ersten vier Workshops von uns durchgeführt.

Ergebnis des **ersten MitarbeiterInnen-Workshop** (MA-Workshop) im März mit einem repräsentativen Kreis von Vertretern aus allen Abteilungen des Finanzamts ohne Führungskräfte war die Identifizierung von drei Problembereichen: (1) Arbeitsgestaltung und Aufgabenverteilung (2) Führung, Kommunikation, Vertrauens- bzw. Misstrauenskultur sowie (3) Umgang mit Stress und Belastungen (Stressbewältigung). Allgemein zeigte sich, dass die Unzufriedenheit der Beschäftigten, die u.a. ausschlaggebend für die Initiierung des Interventionsprojektes war (s. dazu weiter oben) im Wesentlichen auf Verschlechterungen der allgemeinen Rahmenbedingungen (Arbeitsverdichtung, Abbau von Privilegien, etc.) und die Umstrukturierung im Personalbereich zurückzuführen war. Die Unzufriedenheit äußerte sich darüber hinaus in Form von Ängsten vor einem Missbrauch der Informationen aus den früheren Gesundheitsbefragungen (trotz Anonymisierung) und einem Misstrauen gegenüber den Absichten der Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Es wurde unterstellt, dass deren Ziel in erster Linie das Abpuffern weiterer Arbeitsverdichtung sei. Diese Problembereiche wurden anschließend mit der Unternehmensleitung diskutiert und hinsichtlich ihrer Relevanz mit dem Ergebnis bewertet, dass diese Themen in einem Führungsworkshop bearbeitet werden sollten.

Im **ersten Führungsworkshop** (FK-Workshop) im Mai wurden die Themen des ersten MA-Workshop aufgegriffen und mit den SachgebietsleiterInnen diskutiert und bewertet. Von Seiten der Führungskräfte wurden zusätzlich die Themen „Belohnungs- und Anreizsysteme“, „Werte- und Kommunikationskultur“ sowie „Verbesserungspotentiale für die nächsten drei Jahre“ angesprochen. Der erste Themenkomplex „Belohnungs- und Anreizsysteme“ hatte eine zentrale Bedeutung im Verlauf des gesamten Projektes, da in der öffentlichen Verwaltung nur wenige Anreize durch finanziell wirksame Belohnungen (z.B. in Form von Beförderungen) gesetzt werden können. Deshalb – und hier boten sich gute Anknüpfungspunkte zur Arbeitsgestaltung – war ein Ziel, intrinsische Anreiz- bzw. Belohnungssysteme zu etablieren.

Im **zweiten Führungsworkshop** im August war das Hauptthema der Umgang mit Anreizen und Belohnungen, die sich grundsätzlich in einem Spannungsfeld zwischen starrer oder flexibler Handhabung von Anreizen für die Belohnung von herausragenden Einzelleistungen einerseits oder guter Teamarbeit andererseits bewegen. Um hier den Handlungs- und Entscheidungsspielraum der Führungskräfte zu erweitern, wurde beschlossen Anreize und Belohnungen flexibel zu handhaben, um den unterschiedlichen Bedingungen in den verschiedenen Sachgebieten des Finanzamtes und den Anforderungen der jeweils aktuellen Situation gerecht werden zu können. Das bedeutete, dass sowohl für die Bewältigung

anstehender Herausforderungen Anreize für das ganze Team gesetzt, als auch Eigeninitiative und überdurchschnittliche Leistung Einzelner im Nachhinein belohnt werden können. Darüber hinaus war ein für den weiteren Fortgang des Projektes wesentliches Ergebnis die Identifikation der Veranlagungsstelle (VST 2000) als eine besonders belastete Abteilung, die in früheren Befragungen auch sehr geringe Zufriedenheitswerte aufwies.

Daraufhin wurde der zweite **MitarbeiterInnen-Workshop** im September mit acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Sachgebiet VST 2000 durchgeführt. Der Workshop hatte das Ziel, die Gründe für die gesunkenen Zufriedenheitswerte zu analysieren sowie konkrete Ansatzpunkte für die Ableitung von Maßnahmen zu eruieren. Es wurden positive und negative Aspekte der Arbeitssituation der Beschäftigten im Sachgebiet VST 2000 gesammelt, diskutiert und gemeinsam bewertet. Eine für den weiteren Fortgang wichtige Bewertung bestand darin, dass die Beschäftigten sich auf die Veränderung der tatsächlich gestaltbaren bzw. veränderbaren Arbeitsbedingungen konzentrieren wollen. Lange Zeit war bei den Beschäftigten das Gefühl vorherrschend, dass man aufgrund der nicht-veränderbaren, gesetzlichen und strukturellen Rahmenbedingungen sowieso nichts ändern kann, d.h. keine nennenswerten Gestaltungsspielräume bestehen: „Maßnahmen haben nur Alibifunktion, die Jahre schleichen dahin und es ändert sich nichts“; „Die Umsetzung wird nicht funktionieren“; „Wir glauben nicht, dass etwas in unserem Sinne umgesetzt wird.“ „Es wird eine neue Stelle gegründet. Sitzungen werden abgehalten, Arbeitsgruppen eingerichtet, die Mitarbeiter werden gefragt und dann wird doch von oben entschieden.“

Der **dritte Führungskräfteworkshop** im Oktober 2007 hatte zum Ziel, von Seiten der Führungskräfte die Spielräume für Arbeitsgestaltungsmaßnahmen in der Veranlagungsstelle auszuloten und erste Lösungsansätze zu überlegen. Diese konzentrierten sich dann insbesondere auf die Mensch-Maschine-Schnittstelle (Workflow Management System). Der **vierte FK-Workshop** im Januar 2008 diente dazu, zusammen mit der Leitung des Finanzamtes die konkrete Durchführung der Maßnahme zu planen.

3.3 Arbeitsgestaltung durch „Mitbestimmung am Workflow Management System“

Zum Auftakt der Arbeitsgestaltungsmaßnahme „Mitbestimmung am Workflow Management System (WfMS)“ wurde im Februar 2008 der **erste Kombi-Workshop** (Leitung, Führungskräfte und Beschäftigte) durchgeführt. Da die höchsten Belastungen von den Veranlagungstätigkeiten ausgingen – die wesentliche Problematik bestand hier darin, dass die Arbeit in der Veranlagungsstelle durch Änderung der Arbeitsabläufe als wesentlich stärker fremdbestimmt erlebt wurde – stellte die Arbeitsgestaltung durch Beteiligung der Beschäftigten den Kern der Interventionen dar.

Die Arbeit mit dem WfMS kennzeichnet eine Arbeitssituation, die in prototypischer Weise eine im Demand-Control Modell (Karasek & Theorell, 1990) beschriebene Anforderungscharakteristik aufweist: hohe Arbeitsintensität, gekoppelt mit wenig Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsprozesses an

der Mensch-Maschine-Schnittstelle und geringer Kontrolle. Diese Konstellation, so zeigt eine Vielzahl von Studien, ist eng verbunden mit dysfunktionalen bzw. negativen Beanspruchungszuständen, die ein hohes Gesundheitsrisiko darstellen (vgl. dazu Wieland, 2008). Im konkreten Fall äußerte sich dies in emotionalen Widerständen gegen den vorgegebenen Workflow sowie in einer relativ hohen dysfunktionalen Beanspruchung (s. dazu weiter unten).

3.3.1 Ziele

Die in den vorangegangenen Workshops ermittelten Anliegen der Beschäftigten (mehr Transparenz bzgl. des Workflow Management Systems, Balance zwischen Aufgaben und Steuergerechtigkeit, mehr Arbeitszufriedenheit) wurden mit den Führungskräften in dem **vierten FK-Workshop** diskutiert und mit deren Zielen (Bewältigung der Aufgaben, bessere Akzeptanz des WfMS durch die Beschäftigten, Verbesserung der Beanspruchungsbilanz) in Beziehung gesetzt. Ziel dieser Vorgehensweise war es, im Sinne des o.g. Ansatzes der teamorientierten Gesundheitsförderung (s. Abbildung 2) eine gemeinsame Ziel- und Aufgabenorientierung für die anstehende Durchführung der Arbeitsgestaltungsmaßnahme zu schaffen. Ziel der Arbeitsgestaltung am Workflow ist demnach, (1) den Beschäftigten eine größere Einflussnahme auf das Workflow Management System bzw. an der Mensch-Maschine-Schnittstelle zu ermöglichen (Partizipation), um dadurch (2) die Akzeptanz und Transparenz des WfMS zu verbessern, sowie (3) das Kontrollerleben der Beschäftigten zu erhöhen und ihre Beanspruchungsbilanz positiv zu beeinflussen.

3.3.2 Interventionsschritte

Die von den Beschäftigten und Führungskräften gemeinsam geplanten Interventionsschritte bestanden darin, Änderungen am Workflow Management System vorzunehmen, eine Zeit lang auszuprobieren, gemeinsam zu bewerten (formative Evaluation) und diesen Zyklus so lange zu wiederholen, bis eine zufrieden stellende und konsensfähige Lösung gefunden wurde. Die ersten Änderungen wurden mit allen Beschäftigten der Abteilung im Rahmen des o.g. Kombi-Workshops diskutiert und beschlossen. Für die weiteren Schritte wurde eine Projektgruppe aus mehreren VertreterInnen der Beschäftigten einer IT-Expertin und einem Moderator der Bergischen Universität Wuppertal (BUW) gebildet. Für die Maßnahme wurde ein Zeitraum von sechs Monaten angesetzt. Die Treffen der Projektgruppe fanden im Abstand von ca. 4-6 Wochen statt. Den Abschluss der Intervention bildete wiederum ein Kombi-Workshop, auf dem die Ergebnisse der Evaluation vorgestellt und diskutiert wurden.

3.3.3 Stichprobe und Datenerhebung

An der Maßnahme haben alle Beschäftigten der Veranlagungsstelle 2000 (N = 29) teilgenommen. Der Anteil der Frauen betrug 77,3%, der Anteil der Männer 18,2%; 4,5% machten keine Angabe zum Geschlecht.

Für die Bewertung der Intervention wurden zusätzlich zu der oben beschriebenen formativen Evaluation an drei Messzeitpunkten Daten erhoben:

t₀ (Feb. 2008): Schriftliche Befragung aller Beschäftigten der Veranlagungsstelle 2000 im Rahmen des Kombi-Workshops (N = 22, Rücklaufquote: 75,9 %). Verwendet wurden Finanzamt-spezifische Fragen, die Synthetische Belastungs- und Arbeitsanalyse (SynBA; Wieland-Eckelmann et al., 1999) und die Eigenschaftswörterliste zur Erfassung von Emotionen und Beanspruchungserleben während der Arbeit (EEB); (Wieland, 2005).

t₁ (Juni 2008): Telefonische Befragung der Finanzamts-Leitung und der Führungskräfte der Veranlagungsstelle 2000 (N = 6) sowie Befragung der Projektgruppe (N = 5) im Workshop zu ihrer Einschätzung bzgl. der Erreichung der Projektziele.

t₂ (Sept. 2008): Schriftliche Befragung aller Beschäftigten der VST 2000 zum Ende der Projektlaufzeit. (N = 21, Rücklaufquote: 72,4 %). Eingesetzte Verfahren siehe t₀. Darüber hinaus wurde die Einschätzung der Verbesserung bzgl. der Projektziele abgefragt.

3.3.4 Arbeitsaufgaben

Den größten Teil (79,3%) der Arbeitszeit verbringen die Beschäftigten mit Aufgaben am Computer. Dabei ist zu berücksichtigen, dass von den Beschäftigten 54,5% vollzeit- und 36,4% teilzeitbeschäftigt sind (9,1% machten keine Angabe). Der restliche Anteil an der Arbeitszeit entfällt auf sog. Nebentätigkeiten (Überwachungs- und Kontrollarbeiten, fachliche Nebenarbeiten am Fall, Aktenverwaltung, Zusammenarbeit mit anderen Stellen oder Änderung von Verfahrensabläufen).

Insgesamt zeigte sich aufgrund der Tätigkeitsbeobachtungen, dass Arbeits- bzw. Regulationshindernisse wie Unterbrechungen durch andere Personen, Funktionsstörungen, Überforderungen, Telefon etc. einen bedeutsamen Anteil an negativ bewerteten Arbeitsbedingungen hatten. Ähnliche Befunde zeigen sich auch für die Arbeitanalyse mit dem SynBA-Verfahren. Die Ergebnisse der Arbeitanalyse, die mit der Synthetischen Beanspruchungs- und Arbeitsanalyse (SynBA, Wieland-Eckelmann et al. 1999; Wieland 2007) durchgeführt wurde, verdeutlichen, dass die untersuchten Arbeitsplätze insgesamt wenig beanspruchungsoptimal gestaltet sind.

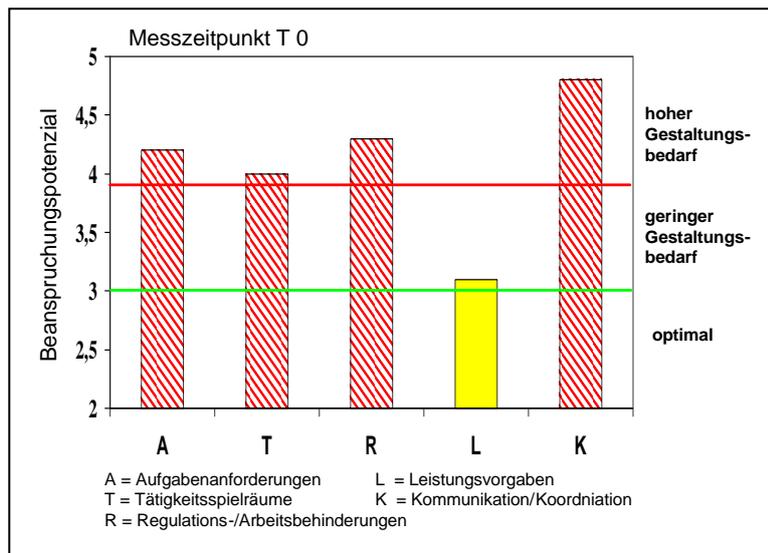


Abbildung 3: Beanspruchungspotenzial und Gestaltungsbedarf der Arbeitsplätze der Beschäftigten (N = 20), die an dem Projekt teilgenommen haben. Die Kriterien zur Bestimmung eines optimalen Beanspruchungspotenzials bzw. eines geringen oder hohen Gestaltungsbedarfs wurden in umfangreichen Validierungsstudien ermittelt (vgl. dazu Wieland-Eckelmann et al. 1999).

Die Arbeitsplätze der Beschäftigten, die an dem Interventionsprojekt direkt beteiligt waren, weisen ein hohes negatives Beanspruchungspotenzial auf. Dies betrifft vier Merkmalsbereiche der Arbeitsgestaltung, von denen hinreichend bekannt ist, dass sie negative Auswirkungen auf die Gesundheit der Beschäftigten haben (vgl. Ulich/Wülser 2005, Wieland 2008b): (1) die kognitiven Aufgabenanforderungen, (2) die vorhandenen Tätigkeitsspielräume, (3) das Ausmaß von Regulationsbehinderungen sowie (4) die Möglichkeiten zur Kooperation und Kommunikation. Die fünf Beschreibungskategorien werden jeweils für drei Schnittstellen bzw. Aufgabenbereiche am Arbeitsplatz erfasst: „Mensch-Arbeitsaufgabe/-inhalt“, „Mensch-Maschine“ und „Mensch-Organisation“. In der vorliegenden Stichprobe zeigte sich dabei erwartungsgemäß der stärkste Gestaltungsbedarf bei der Mensch-Maschine-Schnittstelle, gefolgt von den Schnittstellen Mensch-Organisation und Mensch-Arbeitsaufgabe.

3.4 Ergebnisse

3.4.1 Beanspruchung und Erleben während der Arbeit

Ein wesentliches Ziel der Intervention bestand darin, das negative, gesundheitsbeeinträchtigende Beanspruchungspotenzial zu reduzieren und das Kontrollerleben zu steigern. Die psychische Beanspruchung und das Erleben während der Arbeit wurden mit der Eigenschaftswörterliste zur Erfassung von Emotionen und Beanspruchungserleben während der Arbeit (EEB; Wieland, in Vorb.) erfasst, die bereits in vielen arbeitspsychologischen Studien von uns eingesetzt wurde (vgl. dazu z.B. Wieland/Krajewski/Memmou 2006). Die EEB-Analyse liefert u.a. einen Kennwert für die Beanspruchungsbilanz eines Arbeitsplatzes. Er wird gebildet aus dem Verhältnis funktionaler und dysfunktiona-

ler Beanspruchungszustände während der Arbeit. In der vorliegenden Erhebung zeigt sich eine Verbesserung der Beanspruchungsbilanz, die auf eine signifikante Verringerung der dysfunktionalen Beanspruchung zurückgeht. Darüber hinaus zeigen sich eine signifikante Verringerung des Kennwerts für „negatives Gefühl“ sowie eine signifikante Erhöhung der wahrgenommenen Kontrolle („Kontrollerleben“) über die Arbeitsbedingungen (s. Tabelle 1).

Tabelle 1: EEB-Kennwerte, Vergleich t_0 - t_2 , abhängige Stichproben

Messzeitpunkt N=16	t_0		t_2		Wilcoxon-Test	
	MW	SD	MW	SD	Z	p
Funktionale Beanspruchung	4,56	0,86	4,70	0,87	-,780	,436
Dysfunktionale Beanspruchung	2,98	1,07	2,66	0,90	-2,025	,043
Kontrollerleben	3,06	0,91	3,56	0,87	-2,116	,034
Monotonie	1,44	0,73	1,31	0,79	-,632	,527
Positives Gefühl	3,15	0,74	3,33	0,93	-,078	,938
Negatives Gefühl	2,38	0,66	1,99	0,52	-2,174	,030

(Skala: 0 = kaum bis 7 = außerordentlich)

Insbesondere die bedeutsame Verbesserung des Kontrollerlebens und die gleichzeitige Verminderung der dysfunktionalen Beanspruchung zeigen, dass die Möglichkeit der Beschäftigten, Einfluss auf die Gestaltung der Arbeitsaufgaben zu nehmen, einen hohen Wirkungsgrad besitzt. Die Gesundheit der Beschäftigten ist, wie Studien in anderen Unternehmen zeigen, u.a. davon abhängig, wie die Beanspruchungsbilanz und das Kontrollerleben während ihrer täglichen Arbeit ausgeprägt sind (vgl. dazu Wieland 2008b).

3.4.2 Bewertung der Zielerreichung durch die verschiedenen Statusgruppen

Die folgende Analyse konzentriert darauf, wie die unterschiedlichen Status- bzw. Funktionsgruppen den Erfolg des Projektes in Bezug auf die oben beschriebenen avisierten Ziele der Maßnahme „Mitbestimmung am Workflow Management System“ beurteilen.

Die größten Verbesserungen sahen die Befragten für die Ziele (Mit-)Gestaltung der Arbeitsbedingungen, Akzeptanz des WfMS und Transparenz des WfMS. Kaum Erfolge hatte das Projekt hinsichtlich der Verbesserung der Balance zwischen Aufgaben und Steuergerechtigkeit. Abbildung 4 gibt die Ergebnisse getrennt für die Ebenen bzw. beteiligten Gruppen wieder und setzt sie in Bezug zum Konzept der Teamorientierten Gesundheitsförderung.

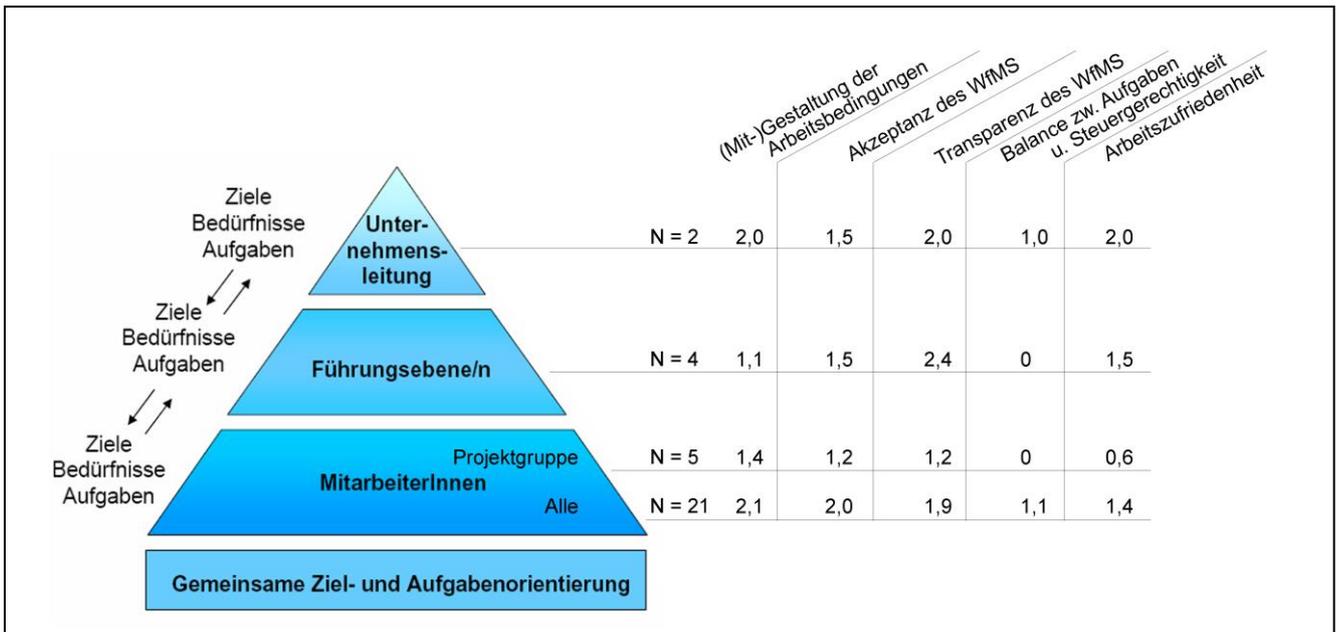


Abbildung 4: Gemittelte Einschätzung der Projektzielerreichung nach Ebenen³. Die Werte der Führungskräfte geben ihre Einschätzung der Veränderung der Situation der Beschäftigten wieder. Die Gruppen „Projektgruppe“ und „alle Beschäftigte“ überschneiden sich.

Es zeigen sich interessante Übereinstimmungen bzgl. der Einschätzungen des Projekterfolgs zwischen der Leitung und den Beschäftigten sowie zwischen der mittleren Führungsebene und den Mitgliedern der Projektgruppe. Bemerkenswert ist auch, dass die Gruppe aller Beschäftigten die Entwicklung bzgl. einiger Ziele positiver einschätzt, als die Führungskräfte und die Mitglieder der Projektgruppe.

3.4.3 Formative Evaluation des Arbeitsgestaltungsprozesses

Für die Anpassung des Workflow Management Systems an die Bedürfnisse der Beschäftigten wurden insgesamt drei Änderungs-Zyklen benötigt. Zum Auftakt der Maßnahmen waren auf Wunsch der Beschäftigten mehrere Arbeitsabläufe so verändert worden, dass in der Folge einige Arbeitsbereiche zeitintensiver und andere weniger zeitintensiv behandelt wurden. Obwohl beim Projektauftrag die Option benannt worden war, Änderungen ggf. wieder zurück zu nehmen, falls sie zu deutlichem Mehraufwand führen, plädierten die Beteiligten auch bei zwischenzeitlich auftretenden Mehrbelastungen für eine Weiterführung der geänderten Arbeitsabläufe, da sie diese als sinnvoll erachteten. Nicht der Arbeitsaufwand an sich, wie in zahlreichen Studien wiederholt belegt (vgl. Karasek/Theorell 1990, U-

³ Anmerkungen: Führungskräfte und Projektgruppe: 7-stufige Skala von -3 (deutlich verschlechtert) bis +3 (deutlich verbessert); der negative Bereich wurde nicht genutzt. Alle Beschäftigten: 5-stufige Skala von 0 (gar nicht) bis 4 (völlig). Zur besseren Vergleichbarkeit wurde die 7-stufige Skala der 5-stufigen über die verbalen Anker angeglichen (Wegfall des negativen Bereichs, „deutlich verbessert“ = 3,5). Die Daten der Projektgruppe und der Führungskräfte entstammen der Befragung zu t1, die Daten für alle Beschäftigten wurden zu t2 im Rahmen der schriftlichen Befragung erhoben.

lich/Wülser 2005, Wieland 2006) wurde, ist die für das Beanspruchungserleben relevante Größe, sondern die Frage, wie sinnvoll eine Tätigkeit erlebt wird.

Über den Gesamtprojektzeitraum betrachtet haben die Änderungen am Workflow keinen nennenswerten Einfluss auf die Controlling-Zahlen (im Vergleich zum Vorjahr) gehabt. Man kann also davon ausgehen, dass die Intervention „Mitbestimmung am Workflow Management System“ zwar einerseits nicht zu einer Reduktion der Arbeitsbelastung geführt hat (was auch nicht primäres Ziel der Intervention war), dass jedoch andererseits die intendierten Effekte ohne nennenswerten Mehraufwand gewissermaßen aufwandsneutral erreicht wurden. Darüber hinaus berichteten die Führungskräfte, dass sich die Kommunikation zwischen den Beteiligten im Verlauf der Maßnahme verbessert und die Unzufriedenheit der Beschäftigten nachgelassen habe.

3.5 Diskussion

Die erste empirische Überprüfung liefert viel versprechende Hinweise dafür, dass die mit dem hier vorgestellten Ansatz zur Gesundheitskompetenzentwicklung durch gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Teamentwicklung angestrebten Ziele in weiten Teilen erreicht werden konnten. Die Ergebnisse der summativen Evaluation (signifikante Verringerung der negativen emotionalen Beanspruchung und des negativen Gefühl sowie Erhöhung der wahrgenommenen Kontrolle über die Arbeit) lassen sich gut mit den Ergebnissen der formativen Evaluation (Verminderte Unzufriedenheit der Beschäftigten) in Zusammenhang bringen. Insgesamt haben die vergleichsweise wenigen Änderungen am Workflow Management System dazu geführt, dass (a) sich dessen Transparenz und Akzeptanz erhöht hat, (b) sich die Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen bezüglich des Gegenstandes „Arbeitsgestaltung“ deutlich verbesserte, und (d) sich schließlich bei den Beteiligten die Erfahrung durchgesetzt hat, dass die vorgegebenen Arbeitsabläufe insgesamt als sinnvoll anzusehen sind.

Die neuen Entscheidungs- und Handlungsspielräume beim Workflow haben somit zwar das Arbeitsaufkommen kurzfristig erhöht, gleichzeitig aber neue Beteiligungsmöglichkeiten eröffnet, die Beanspruchungsbilanz der Beschäftigten verbessert (durch Abbau dysfunktionaler Beanspruchung) und die Kommunikation in der Abteilung sowie zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen deutlich verbessert.

Literaturverzeichnis

Elke, G. (2007). INOPE - ein netzwerkbasierter Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit* - 14. Workshop 2007 (S. 343-346). Kröning: Asanger.

- Görg, P. & Wieland, R. (2007). Das Gesundheitskompetenz-Centrum (GKC) – Ressourcenorientierte Unterstützung betrieblichen Gesundheitsmanagements. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit – 14. Workshop 2007*. Kröning: Asanger.
- Gurt, J. (2007). Gesundheit als Thema der betrieblichen Kommunikation. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit - 14. Workshop 2007* (S. 351-354). Kröning: Asanger.
- Hacker, W., Schroda, F., Riemer, S. & Ishig, A. (2000). Forschungsprojekt Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung. Projektberichte, Heft 2, Dresden: Institut für Allgemeine Psychologie, Biopsychologie und Methoden der Psychologie der Technischen Universität Dresden.
- Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Leitner, K. (1999). Kriterien und Befunde zu gesundheitsgerechter Arbeit – Was schädigt, was fördert Gesundheit. In: R. Oesterreich & W. Volpert (Hrsg.). *Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen* (S. 63 – 140). Bern: Hans Huber.
- Schwennen, C. (2007). Netzwerkbasierte Gesundheitsförderung und Prävention in der Verwaltung: Interventionsgrundlage FAGS. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit - 14. Workshop 2007* (S. 355-362). Kröning: Asanger.
- Siegrist, J. (2004). Gesundheitliche Folgen und Herausforderungen. Bericht der Arbeitsgruppe 2, Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“. Ergebnisse der Arbeitsgruppen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Stadler, P. & Spieß, E. (2003). *Psychosoziale Gefährdung am Arbeitsplatz*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW GmbH.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2005). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. Wiesbaden: Gabler.
- Wieland, R. & Hammes, M. (2008). Gesundheitskompetenz als personale Ressource. In K. Mozygemba, S. Mümken, U. Krause et al. (Hrsg.). *Nutzerorientierung - ein Fremdwort in der Gesundheits-sicherung?* Bern: Huber-Verlag.
- Wieland, R. & Scherrer, K. (2007). *BARMER Gesundheitsreport 2007. Führung und Gesundheit*. Wuppertal: BARMER Ersatzkasse.
- Wieland, R. (2005). *Handbuch und Manual zum SynBA-Verfahren*. Bergische Universität Wuppertal: Kompetenzzentrum für Fortbildung und Arbeitsgestaltung (KomFor).
- Wieland, R. (2006). Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – Ziele, Konzepte und Maßnahmen. In R. Wieland (Hrsg.), *Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1*, (S. 2-43).

- Wieland, R. (2007). Stress erfolgreich managen. Grundlagen, Instrumente und Strategien für die betriebliche Praxis. Hamburg: Techniker Krankenkasse.
- Wieland, R. (2008a). Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Rückengesundheit. Beitrag zur Fachtagung Rückengesundheit fördern und Versorgung verbessern. Ein Gesundheitsziel im Land NRW. Düsseldorf, Haus der Ärzteschaft, 14. April 2008.
- Wieland, R. (2008b). Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeit. In U. Kleinbeck & K.H. Schmidt (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Arbeitspsychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Wieland, R., Klemens, S., Scherrer, K., Timm, E. & Krajewski, J. (2004). Moderne IT-Arbeitswelt gestalten. Anforderungen, Belastungen und Ressourcen in der IT-Branche (Bd. 4), Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der Techniker Krankenkasse (TK). Hamburg/Wuppertal: TK und Transfer- und Kooperationsstelle für Arbeitsgestaltung an der Bergischen Universität Wuppertal.
- Wieland, R., Krajewski, J. & Memmou, M. (2006). Arbeitsgestaltung, Persönlichkeit und Arbeitszufriedenheit. In L. Fischer (Hrsg.), Arbeitszufriedenheit. Göttingen: Hogrefe.
- Wieland-Eckelmann, R., Saßmannshausen, A., Rose, M. & Schwarz, R. (1999). Synthetische Beanspruchungsanalyse SynBA-GA. In H. Dunckel (Hrsg.), Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren (S. 421-463). Zürich: vdf.
- Wilde, B., Hinrichs, S. & Schüpbach, H. (2008). Der Einfluss von Führungskräften und Kollegen auf die Gesundheit der Beschäftigten – Zwei empirische Untersuchungen in einem Industrieunternehmen, *Wirtschaftspsychologie*, 10 (1), 100–106.
- Zapf, D. & Semmer, N.K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In H. Schuler (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie, Organisationspsychologie (Band D III, S. 1007-1053)*. Göttingen: Hogrefe.
- Zimolong, B. (2007). Prävention von Rückenerkrankungen am Arbeitsplatz - Überblick über evidenzbasierte Intervention. In P. Bärenz, A.-M. Metz & H.-J. Rothe (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit. Arbeitsschutz, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit - 14. Workshop 2007 (S. 359-362)*. Kröning: Asanger.
- Zimolong, B., Elke, G., & Trimpop, R. (2006). Gesundheitsmanagement. In B. Zimolong & U. Konradt (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts- Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 2 Ingenieurpsychologie (S. 633-668)*. Göttingen: Hogrefe.