

Wellmann, Holger

Working Paper

Einsatz der Balanced Scorecard in der betrieblichen Gesundheitspolitik

Arbeitspapier, No. 266

Provided in Cooperation with:

The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Wellmann, Holger (2012) : Einsatz der Balanced Scorecard in der betrieblichen Gesundheitspolitik, Arbeitspapier, No. 266, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/116726>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

Arbeitspapier **266**

266

Holger Wellmann

**Einsatz der Balanced Scorecard
in der betrieblichen
Gesundheitspolitik**

Arbeitspapier 266

Holger Wellmann

**Einsatz der Balanced Scorecard in der
betrieblichen Gesundheitspolitik**

Wellmann, Holger, Dr. rer. pol., Systemische Beratung, Forschung und Mediation für gesunde Arbeit, Freiberufler. Zahlreiche Veröffentlichungen zu verschiedenen Themengebieten der betrieblichen Gesundheitspolitik, z.B. zur Umsetzung von gesundheitspolitischen Gesetzesvorhaben, zur ökonomischen Evaluation des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und zur Rolle der Mitbestimmung.

Impressum

Herausgeber: Hans-Böckler-Stiftung
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon (02 11) 77 78-194
Fax (02 11) 77 78-4194
E-Mail: Dorothea-Voss@boeckler.de
Redaktion: Dorothea Voss, Leiterin Referat 4, Forschungsförderung
Best.-Nr.: 11266
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, Juli 2012
€ 18,00

Kurzfassung

In dieser Literaturstudie wird der Frage nachgegangen, welchen anwendungsorientierten Nutzen die Balanced Scorecard (BSC) leisten kann, um die Herausforderungen der betrieblichen Gesundheitspolitik und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) besser bewältigen zu können. Die Resultate der Untersuchung weisen dabei auf eine Reihe von Potenzialen einer Gesundheits-BSC für die verschiedenen Unternehmensakteure, aber auch für die überbetrieblichen Akteure hin (z. B. die stärkere Integration der betrieblichen Gesundheitspolitik in die Unternehmensstrategie, ein verbesserter Steuerungsprozess des BGM und ein höheres Maß an Partizipation in der betrieblichen Gesundheitspolitik). Den bisher noch nicht empirisch ableitbaren Plausibilitätsüberlegungen stehen allerdings Risiken gegenüber, z. B. die Umsetzung einer „falschen“ Gesundheitsstrategie oder ein inadäquater Umgang mit Gesundheitsdaten. Momentan muss darüber hinaus konstatiert werden, dass es zwar mehrere konzeptionelle Ansätze einer BGM-BSC gibt, Berichte aus deren Umsetzungspraxis jedoch nur vereinzelt zu finden sind.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	7
Zusammenfassung	9
1 Einleitung.....	13
2 Herausforderungen der betrieblichen Gesundheitspolitik	17
3 Balanced Scorecard.....	25
3.1 Grundkonzeption	25
3.2 Weiterentwicklungen.....	34
3.3 Implementierungserfahrungen.....	41
3.4 Verbreitung.....	45
3.5 Mitbestimmung.....	47
3.6 Balanced Scorecard aus systemtheoretischer Sicht.....	50
3.7 Zwischen-Fazit	51
4 Balanced Scorecard im Kontext der betrieblichen Gesundheitspolitik..	53
4.1 Anregungen zur gesundheitsorientierten Balanced Scorecard	53
4.2 Konzeptionelle Ansätze	55
4.3 Erfahrungen aus der Praxis.....	66
4.4 Implementierungsempfehlungen.....	71
5 Diskussion.....	75
5.1 Platzierung der betrieblichen Prävention auf der Unternehmensagenda	76
5.2 Etablierung der betrieblichen Gesundheitspolitik in die Unternehmens- strategie	77
5.3 Verbesserung der Steuerungsprozesse des BGM.....	79
5.4 Transparenz des Beitrags des BGM für den Unternehmenserfolg	80
5.5 Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik als partizipativer OE-Prozess.....	81
5.6 Restriktionen.....	83
6 Ausblick	85
Literaturverzeichnis	89
Über die Hans-Böckler-Stiftung	98

Abkürzungsverzeichnis

AGS	Arbeits- und Gesundheitsschutz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSC	Balanced Scorecard
BSK	Beteiligungs-Strategie-Karte
EK	Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“
INQA	Initiative Qualität der Arbeit
KMU	Kleine und mittlere Unternehmen
OE	Organisationsentwicklung
PBSC	Personal Balanced Scorecard
QS	Qualitätssicherung

Zusammenfassung

In dieser Literaturstudie wird der Frage nachgegangen, welchen anwendungsorientierten Nutzen die Balanced Scorecard (BSC) leisten kann, um die Herausforderungen der betrieblichen Gesundheitspolitik und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) besser bewältigen zu können. Die Resultate der Untersuchung weisen dabei auf eine Reihe von Potenzialen einer Gesundheits-BSC für die verschiedenen Unternehmensakteure (Belegschaftsvertretung, Experten der betrieblichen Gesundheitsarbeit, Management und Personalabteilung), aber auch für die überbetriebliche Akteure (Gewerkschaften, Sozialversicherungsträger) hin.

Die erste positive Wirkung einer Gesundheits-BSC kann sich hinsichtlich der Platzierung der betrieblichen Gesundheitspolitik auf der Unternehmensagenda ergeben. Dabei dürfte es maßgeblich von der Art und Weise der Implementierung und Nutzung abhängen, ob die Gesundheits-BSC eher gute oder eher schlechte Resonanz erhält. Als Managementsystem besteht mit einer Gesundheits-BSC zweitens die Möglichkeit, die betriebliche Gesundheitspolitik besser in der Unternehmensstrategie zu platzieren und das BGM somit unabhängiger von kurzfristigen Unternehmensentscheidungen zu machen. Durch die im Detail unterschiedlichen, aber im Wesentlichen ähnlichen Schritte der Erstellung einer (Gesundheits-)BSC kann drittens der Steuerungsprozess des BGM verbessert werden. Der Gewinn ist hier eher in der Koordination und Kooperation der Beteiligten zu sehen, als dass erwartet werden kann, dass die vermuteten Ursache-Wirkungs-Beziehungen gänzlich verwirklicht werden. Immerhin kann viertens durch die Annahme solcher Konstellationen der Beitrag des BGM für den Unternehmenserfolg transparenter als bisher herausgestellt werden. Fünftens bietet die Erstellung einer Gesundheits-BSC die Gelegenheit, die partizipative Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik durch intensivierete Kommunikation und Information im Unternehmen zu fördern.

Einschränkend muss zum einen ergänzt werden, dass sich diese Nutzenpotenziale bisher noch nicht empirischen ableiten lassen, sondern eher auf Plausibilitätsüberlegungen beruhen. Zum anderen sollte nicht verkannt werden, dass mit der Implementierung einer Gesundheits-BSC auch Risiken verbunden sind. Die Umsetzung einer „falschen“ Gesundheitsstrategie wird nicht zur Etablierung der Gesundheitsthematik beitragen. Was „falsch“ bedeutet, wird dem Einzelfall überlassen bleiben. Allgemein dürfte aber der Wunsch einer zu schnellen Einführung – und damit die Verwerfung eines partizipativen Erstellungsprozesses – nicht von Erfolg gekrönt sein. Ein anderer neuralgischer Punkt dürfte der Umgang mit Gesundheitsdaten sein. Auch wenn die BSC ausdrücklich kein Kennzahlensystem ist, wird die Erhebung neuer Daten und Kennzahlen oftmals mit einer Gesundheits-BSC einhergehen. Wenn an dieser Stelle keine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Akteuren entsteht, wird die Umsetzung der Gesundheits-BSC bzw. der Gesundheitsstrategie vermutlich scheitern.

Dennoch erscheinen die Chancen einer Gesundheits-BSC zu überwiegen. Sie bietet ihrem Ansatz nach den Betriebsräten Wege der Mitgestaltung in der betrieblichen Gesundheitspolitik auf. Die BSC erscheint dabei zunächst als ein Managementsystem, das jenseits klassischer Mitbestimmungsmöglichkeiten. Bei genauerer Analyse zeigt sich jedoch, dass an die Arbeit an und mit der BSC weitreichende Mitbestimmungsrechte geknüpft sind bzw. sein können. Die vielfältigen Sichtweisen auf das Thema Gesundheit können integriert und der Prozess der Erstellung durch externe Experten unterstützt werden. Strittige Diskussionen dürfen erwartet, sollten aber nicht befürchtet werden. Die Gewinnung von arbeitsplatz-, -organisations- und -umgebungsbezogenen Daten kann zur Verbesserung der gesundheitsförderlichen Situation am Arbeitsplatz führen. Beachtet und genutzt werden sollten auch die weite Verbreitung der BSC und damit ihre Anschlussmöglichkeiten an gesundheitliche Themen. Erste Anzeichen sprechen immerhin dafür, dass zumindest große Unternehmen in Deutschland die BSC für ihr BGM-Controlling verwenden.

Der Wandel in der Arbeitswelt mit ihren neuen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen wird als eine zentrale gesellschaftliche Entwicklung ausgemacht und stellt den Ausgangspunkt dieser Literaturstudie dar. Für die betriebliche Gesundheitspolitik – gestützt durch die aufkommende Debatte um „Gute Arbeit“ – erweist sich in diesem Zusammenhang der neue Interventionstyp als ein Handlungsansatz, der insbesondere die betriebliche Expertise beim Thema Gesundheit hervorhebt. Gleichfalls wird auf den noch nicht ausreichenden Umsetzungsstand einer zukunftsorientierten betrieblichen Gesundheitspolitik verwiesen und ein Mangel an Strategie- bzw. Steuerungsansätzen identifiziert, anhand derer das BGM seinen Wertebeitrag für den Unternehmenserfolg anschaulich abbilden könnte.

Die BSC ist als ein Managementsystem entworfen worden, mit dem den Problemen der mangelnden Strategieentwicklung und -umsetzung entgegengetreten werden soll. In dieser Studie wird zunächst die von Kaplan und Norton (1997) erarbeitete Grundkonzeption der BSC beschrieben. Weiterhin werden Ansätze zur Weiterentwicklung und einige Implementierungserfahrungen der BSC dargelegt. Zudem werden Hinweise auf die Verbreitung bzw. den Einsatz der BSC ergänzt, ohne jedoch repräsentative Ergebnisse bieten zu können. Von grundsätzlicher Bedeutung – gerade wenn die BSC im gesundheitlichen Kontext genutzt werden soll – erweisen sich die Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Gestaltung und Anwendung der BSC. Ergänzend wird die BSC aus systemtheoretischer Sicht betrachtet, um der Kritik ihrer mangelnden theoretischen Fundierung zu begegnen.

Im Anschluss an die Aufarbeitung der BSC-Grundlagen wird sie in den Kontext der betrieblichen Gesundheitspolitik gestellt. Präsentiert werden konzeptionelle Ansätze und Erfahrungen aus der Praxis. Daraus abgeleitet werden Implementierungsempfehlungen. Die wenigen Ansätze und Praxiserfahrungen zielen auf ein ganzheitliches BGM-Verständnis. Wie bei der herkömmlichen BSC wird die Chance betont, mit der Gesundheits-BSC die Ursache-Wirkungs-Beziehungen transparenter darstellen zu

können. Großer Wert wird darauf gelegt, die Gesundheits-BSC mit anderen Managementansätzen zu verbinden.

1 Einleitung

Fragen des Schutzes, der Förderung und der Wiederherstellung der Gesundheit in der Arbeitswelt und ihrer menschengerechten Gestaltung, also der betrieblichen Gesundheitspolitik, haben in den letzten Jahren sowohl in der Wissenschaft als auch in der Praxis vieler Unternehmen einen deutlichen Entwicklungsschub erfahren. Zeitlich befristete und voneinander unabhängige gesundheitliche Einzelmaßnahmen haben sich letztlich als wenig erfolgreich herausgestellt. Vielversprechender erscheint der Ansatz, das Thema Gesundheit ganzheitlich und als Daueraufgabe in Strategie und Management eines Unternehmens zu integrieren. Dieser Anspruch dürfte in den wenigsten Fällen der ohnehin noch nicht flächendeckenden Verbreitung zielführender betrieblicher Gesundheitspolitik verwirklicht sein. Wenn jedoch Unternehmensstrategien und Managementziele die betriebliche Prävention nicht hinreichend verankern, kann es nicht weiter überraschen, dass oft sogar die für den Arbeitgeber gesetzlich verpflichtenden Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitspolitik nicht erfüllt werden. Hingewiesen sei an dieser Stelle nur auf die in ihrer Bedeutung grundlegenden, aber immer noch nicht annähernd flächendeckend und nur wenig partizipativ erstellten Gefährdungsbeurteilungen (z.B. Ahlers & Brussig 2005, Beck & Lenhardt 2009). Und selbst dort, wo das Thema Gesundheit in der Unternehmensstrategie eine Rolle spielt, kann nicht von einer hinreichenden Voraussetzung für deren Realisierung ausgegangen werden. In vielen Fällen scheitert die Umsetzung der Strategie, z.B. weil sie nicht hinreichend operationalisiert wurde. Oder die Umsetzung wird erst gar nicht ernsthaft in Erwägung gezogen, weil die Strategie nur den Zweck der positiven Außendarstellung des Unternehmens erfüllen soll („Unsere Mitarbeiter¹ sind unsere wichtigste Ressource“).

Mit der BSC ist in den letzten 15 Jahren in vielen Unternehmen ein Managementsystem eingeführt worden, mit dem den Problemen der mangelnden Strategieentwicklung und insbesondere deren Umsetzung entgegengetreten werden soll. Eine kaum mehr zu überblickende Anzahl von Publikationen beschäftigt sich mit der Einführung einer BSC in unterschiedlichen Branchen bei variierenden Unternehmensgrößen und -typen. Den Verwendungsmöglichkeiten der BSC im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik wird dabei erst seit kurzer Zeit nachgegangen. Dabei bietet der Einbezug von BGM-Themen in die BSC mehrere Ansatzpunkte, die Etablierung betrieblicher Gesundheitspolitik voranzutreiben.

Ein erster Punkt betrifft die Diskussion über strategierelevante Themen, die durch die BSC im Unternehmen eingeleitet werden sollen. Dies bietet den Akteuren der betrieblichen Prävention die Möglichkeit, ihren Beitrag hierzu darzustellen und mit den Entscheidungsträgern des Unternehmens in eine Debatte über Ziele, Verfahren und Indikatoren der betrieblichen Prävention einzutreten. Über die BSC könnte demnach

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Sprachform verwendet. Grundsätzlich sind immer beide Geschlechter gemeint.

eine bessere Platzierung der betrieblichen Prävention auf der Unternehmensagenda gelingen.

Mit der Implementierung von Managementsystemen und Verfahrensregeln wird zweitens die Chance gesehen, die betriebliche Prävention „von den Neigungen einzelner Personen relativ unabhängig zu machen und gegen entsprechende Wechselfälle abzusichern“ (Lenhardt & Rosenbrock 2006: 126). Damit ist der Aspekt der langfristigen strategischen Etablierung der betrieblichen Prävention angesprochen, der durch die BSC unterstützt werden könnte.

Einzelne, zeitlich befristete und nicht aufeinander abgestimmte Gesundheitsaktionen erfüllen drittens nicht den Anspruch des neuen Interventionstyps (siehe Kapitel 2). Wird betriebliche Prävention als eine Managementaufgabe begriffen, bei der unterschiedlichste Maßnahmen der humanen Gestaltung der Arbeitswelt miteinander verzahnt und koordiniert werden müssen, ergibt sich automatisch die Notwendigkeit der Steuerung der betrieblichen Prävention. Wenn ein Mangel an Steuerung und an Bewertungsinstrumenten für die betriebliche Gesundheitspolitik konstatiert wird, könnte die Nutzung der BSC, die bereits in anderen Bereichen etabliert und erprobt wurde, Ressourcen schonende und unternehmensdienliche Lösungen identifizieren und den Steuerungsprozess der betrieblichen Gesundheitspolitik verbessern.

Während die bisherigen Punkte auf die Förderung der Struktur- und Prozessqualität abzielen, könnte viertens durch die in der BSC vorgenommene Verknüpfung der einzelnen Perspektiven darüber hinaus ein Beitrag zur Verbesserung der Messung und Darstellung der Ergebnisqualität geleistet werden. Zusammenhänge zwischen den Investitionen in die betriebliche Prävention und Indikatoren wie Produktivität, Leistungsfähigkeit und Motivation werden transparenter. Zwar wird auch auf diese Weise ein Return on Invest des BGM ohne weiteres nicht monetär berechnet werden können. Jedoch kann der Stellenwert der Gesundheit für die Gesamtstrategie eines Unternehmens prägnanter als bisher hervortreten.

Schließlich findet die BSC bisher überwiegend im Controlling oder der Organisationsentwicklung (OE), aber offensichtlich weniger in der Qualitätssicherung (QS) Verwendung (Horváth & Partners 2004). Ob sie einen Beitrag zur QS im Sinne der vorangegangenen Punkte leisten kann, ist im Wesentlichen auch eine Frage der Implementierung der BSC. Werden das Wissen und das Engagement der Belegschaft nicht einbezogen, verzichtet man auf Informationen und Commitment, was oftmals zum Scheitern von innovativen Maßnahmen führt. Partizipations- und Mitbestimmungsmöglichkeiten der Beschäftigten erscheinen daher für den BSC-Prozess als wichtige Voraussetzung. Partizipation und Mitbestimmung bauen wiederum auf einer funktionierenden internen Kommunikation und Information auf. Diese beiden Elemente erweisen sich jedoch noch oft als ein Hemmfaktor für die Umsetzung betrieblicher Prävention (Stummer et al. 2008). Die Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik als ein partizipativer OE-Prozess könnte folglich durch die BSC unterstützt werden.

Der hier angedeutete Nutzen der BSC wird in dieser Literaturstudie kritisch hinterfragt. Schließlich ist die BSC als ein Top down-orientierter Ansatz entwickelt worden und hebt per se weder die im Unternehmen vorhandenen Machtkonstellationen noch die möglicherweise existierenden konträren Einstellungen gegenüber der betrieblichen Gesundheitspolitik auf. Die Existenz der BSC ist darüber hinaus keine Garantie dafür, dass die entworfenen Strategien umgesetzt werden – gerade in unvorhergesehenen unternehmerischen Krisenzeiten – bzw. das entworfene Zukunftsszenario sich als passend und damit erfolgreich herausstellt.

Dennoch liegt diesem Bericht die These zugrunde, dass die BSC einen positiv Beitrag bei der Bewältigung der Herausforderungen der betrieblichen Gesundheitspolitik, auf die in Kapitel 2 näher eingegangen wird, leisten kann. In Kapitel 3 wird anschließend die BSC in ihrer Grundkonzeption vorgestellt. Beispielhaft berücksichtigt werden Weiterentwicklungen und Implementierungserfahrungen mit der BSC. Hinweise für ihre Verbreitung werden ebenso angeführt wie wichtige Eckpfeiler hinsichtlich der Mitbestimmungsmöglichkeiten für die Betriebsräte bei der Einführung einer BSC. Das Kapitel 4 fokussiert die Erfahrungen, die mit der BSC im Kontext der betrieblichen Gesundheitspolitik gesammelt wurden. Darauf aufbauend erfolgt in Kapitel 5 eine Diskussion hinsichtlich der Chancen und des Nutzens einer gesundheitsorientierten BSC. Kapitel 6 bietet einen abschließenden Ausblick auf die Einsatzmöglichkeiten der BSC im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik.

Mit diesem Vorgehen wird berücksichtigt, dass es bereits viele Erfahrungen mit der Implementierung einer BSC gibt – wenige allerdings in Bezug auf das BGM.

Das Vorhaben basiert auf einer Dokumenten- und Literaturanalyse. Ergänzend werden Aussagen von Personen berücksichtigt, die Unternehmen bei der Einführung einer BSC beraten bzw. Schulungen über die BSC für Betriebsräte durchführen und die sich wissenschaftlich bzw. als Vertreter der Sozialpartner mit der BSC auseinandersetzen.

2 Herausforderungen der betrieblichen Gesundheitspolitik

Durch die betriebliche Gesundheitspolitik soll festgelegt werden, „wie das Thema Gesundheit in einer Organisation behandelt werden soll: mit welchen Grundsätzen und Zielen. Sie legt die Entscheidungswege, Zuständigkeiten und den Ressourcenverbrauch fest sowie den erforderlichen Qualifikationsbedarf“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004: 113). Handlungsfelder sind dabei der Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS), das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) – jeweils rechtlich verpflichtend – und die freiwilligen, aber nicht weniger bedeutsamen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) (Kohte 2008, Wellmann 2007). Die Aufgabe des BGM ist hingegen „das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004: 113).

An eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik werden hohe Erwartungen geknüpft. Sie soll nicht nur die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und fördern, sondern auch deren Leistungsfähigkeit, Arbeitsmotivation und Commitment steigern und somit den Unternehmen einen Wettbewerbsvorteil auf zunehmend internationalen Märkten sichern. Schließlich sollen auch die sozialen Sicherungssysteme durch die Verhinderung von krankheitsbedingten Fehlzeiten, Unfällen und Berufskrankheiten sowie Erwerbsminderungsrenten entlastet werden.

Gesellschaftliche Entwicklungen

Die Erfüllung dieser Erwartungen hängt von der Bewältigung einer Vielzahl von gesellschaftlichen Entwicklungen ab. Hierzu gehört z.B. der Wandel in der Arbeitswelt, der u.a. durch zunehmend dienstleistungsintensive und prekäre Beschäftigungsverhältnisse, weniger eindeutige lebenslange berufliche Identitäten sowie durch steigende Anforderungen an die Flexibilisierung geprägt ist. Ein weiteres prägendes Kennzeichen ist das veränderte Krankheitspanorama. Stellvertretend hierfür seien die Zunahme chronischer – insbesondere psychischer – Erkrankungen und die Multimorbidität vieler Betroffener angeführt. Häufige Begleiterscheinungen (nicht nur) im Arbeitsalltag stellen Mobbing, Burnout und der scheinbar allgegenwärtige und negativ empfundene Stress dar. Die demografische Entwicklung in Verbindung mit der Heraufsetzung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre ist eine weitere Herausforderung bzw. politische Vorgabe. Konsequenzen können sich z.B. ergeben hinsichtlich personalpolitischer Strategien für die alters- und altersgerechte Gestaltung von Laufbahnen und Arbeitsplätzen sowie das Reagieren von Unternehmen auf den heute schon in einigen Branchen zu beobachtenden Fachkräftemangel.

Neuer Interventionstyp

Ein Konsens über die Vision, das Leitbild und die Ziele betrieblicher Gesundheitspolitik ist von der Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ (EK) formuliert worden (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004). Die von der EK erarbeiteten Empfehlungen an die inner- und überbetrieblichen Akteure bauen auf einem neuen Interventionstyp betrieblicher Gesundheitspolitik auf. Danach sollen Aktivitäten der betrieblichen Prävention weitaus intensiver als bisher innerhalb der Unternehmen geplant, umgesetzt und kontrolliert werden, während die überbetrieblichen Präventionsakteure eine initiierende, unterstützende, beratende und begleitende Funktion übernehmen. Die damit verbundene Notwendigkeit einer grundlegenden Neuausrichtung der betrieblichen Prävention erscheint jedoch als ein schwieriges Unterfangen. Desinteresse oder sogar Widerstand der beteiligten betrieblichen Akteure werden z.B. vordergründig mit einem ungerechtfertigt hohen Ausmaß an Bürokratisierung ohne konkreten Nutzen einer solchen Neuausrichtung gerechtfertigt: Es besteht „das Vorurteil (...), dass die Einführung des BGM mit starren Richtlinien, engen Kontrollen und der Einführung neuer Institutionen einhergeht“ (Frey et al. 2004: 23).

Neue wirtschaftliche Rahmenbedingungen

Desinteresse oder Widerstand beschränken sich jedoch nicht nur auf angeblich bürokratische Umständlichkeiten. Sie müssen vielmehr mit den häufig auftretenden Rahmenbedingungen eines neuen Finanzkapitalismus in Verbindung gebracht werden. Hierzu gehört, dass Führungskräfte und Manager oftmals nur anhand der Rendite gemessen werden, die sie für die Anleger erzielen. Forcierend wirkt sich dabei aus, dass die weltweite Mobilität und Flexibilität des Kapitals der Großaktionäre wie auch der Kleinanleger offensichtlich immer weniger zeitlichen Spielraum lässt, um einem maßgeblichen ursprünglichen Unternehmensziel – der langfristigen Gewinnmaximierung – nachzukommen. Stattdessen geht es um immer höhere Gewinnmargen in immer kürzeren Zeiträumen. Dabei erfolgt quasi eine Umkehr der ökonomischen Denkweise: Nicht mehr der Gewinn wird als eine flexible, sich am Ende eines Geschäftsjahres (oder gar nur Quartals) ergebende Größe betrachtet – er wird vielmehr festgesetzt. Um dieses festgesetzte Ziel zu erreichen, werden umgekehrt die (Personal)Kosten zu einer minimierenden Größe erklärt. Investitionen in die Gesundheit der Belegschaft vorzunehmen, scheint in Zeiten des Shareholder Value-Prinzips und der Profitmaximierung ein schwieriges Unterfangen und weniger eine strategische Entscheidung zum Aufbau von Potenzialen zu sein. Erschwerend kommt hinzu, dass entsprechende Investitionen in vielen Fällen erst langfristig positive Wirkungen nach sich ziehen, die darüber hinaus häufig nicht exakt monetär zu berechnen sind.

Demnach ist es keine Überraschung, wenn von einer hinreichenden Etablierung betrieblicher Gesundheitspolitik derzeit nicht ausgegangen werden kann. Im Gegenteil

wird für das Arbeitsschutzrecht festgestellt, dass „das gesamte Regelwerk zunehmend unter dem Konflikt zwischen neuen Anforderungen an Prävention und starken wirtschaftlichen Interessen an Kostensenkung und Wettbewerbsfähigkeit [leidet]“ (Reusch 2008: 149). Sowohl für das europäische, als auch für das deutsche Arbeitsschutzrecht lassen sich Deregulierungstendenzen nachzeichnen. So kann die Zeit des Fordismus von der Nachkriegszeit bis in die 1980er Jahre noch als neuer Deal zwischen dem AGS und der Vernutzung von Arbeit eingestuft werden, nämlich in der „Akzeptanz belastender Arbeitsbedingungen gegen materielle Vergütung“ (Becker, Brinkmann, Engel 2007: 385). Seither findet aber nach Ansicht der Autoren „eine schleichende Aufkündigung des tradierten fordistischen Deals um den AGS statt“ (ebenda: 386-387).

Auch für die BGF als ein für den Arbeitgeber nicht gesetzlich verpflichtendes Handlungsfeld der betrieblichen Gesundheitspolitik – wenngleich seit April 2007 eine gesetzliche Pflichtleistung der Krankenkassen – lassen sich ambivalente Entwicklungen darlegen. Auf der einen Seite erfreut sich die BGF einer steigenden Präsenz in der (Fach)Öffentlichkeit. Parallel dazu steigt ihre Umsetzung in die Praxis, allerdings sehr moderat und ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau, darüber hinaus überwiegend in Großbetrieben (Hollederer 2007).

Joseph Kuhn (2003) stellt im Rückblick fest, dass die tayloristische Arbeitsorganisation und die damit verbundene Unterdrückung von Autonomiebestrebungen gegen elementare Kriterien verstoßen hat, die heute zur Beschreibung der gesundheitsförderlichen Arbeitssituation (Rosenbrock et al. 2003) verwendet werden. Die Abkehr vom Taylorismus ist für Kuhn (2003) aber als solches noch nicht die Lösung, vielmehr sei die inhaltliche Ausformung von solch zentralen Begriffen der BGF wie Autonomie, Handlungsspielraum und Verantwortung notwendig. Sie dürfen sich seiner Meinung nach nicht nur nach den betriebswirtschaftlichen Zielen des Unternehmens richten, sondern sollten vielmehr den persönlichen Lebensinteressen des Menschen folgen. Allerdings zieht derselbe Autor (Kuhn 2000) bereits vor Jahren ein kritisches Zwischenfazit der BGF. Bei allen Verdiensten sei ihre emanzipatorische Stimme leiser geworden. Die BGF „erklärt als gesundheitsförderlich, was der Produktionseffizienz dient – zum anderen verlagert sie allen Reden von der Bedeutung der Verhältnisprävention zum Trotz die Verantwortung der gesundheitlichen Folgen der modernen Arbeitsformen zurück auf das Individuum“ (Kuhn 2000: 96).

Es mag kein Zufall sein, dass seit dieser Kritik neben der BGF der Begriff BGM eine steile Karriere gemacht hat. Oft genug erstreckt sich die betriebliche Realität hinter diesem Begriff jedoch ebenfalls auf rein verhaltensorientierte Maßnahmen. Damit wird die Tendenz der Individualisierung von Gesundheitsrisiken nur noch verstärkt. BGM umfasst jedoch – die obige Definition zugrunde gelegt – wesentlich mehr. Für Faller (2008) liegt die Ambivalenz des Top down-orientierten BGM-Konzepts darin, dass es „zwar Raum für die Beteiligungs- und Entwicklungsprozesse öffnet, gleichzeitig aber die Grenzen dieser Empowermentprozesse definiert“ (Faller 2008: 73). Es stehe der BGF als betrieblicher Bottom up-Strategie dann entgegen, wenn dem Empower-

mentgedanken so enge Grenzen gesetzt werden bzw. dieser so umfunktioniert wird, dass er letztlich primär der Durchsetzung unternehmerischer Interessen dient. Hier werden Parallelen zur BSC erkennbar. Sie wird als ein Top/down-System aufgefasst (siehe Kapitel 3) und reproduziert damit die Diskussion der Begrifflichkeiten von BGF und BGM.

Gute Arbeit

Betriebliche Gesundheitspolitik ist darüber hinaus eng mit der Diskussion über die inhaltliche Ausgestaltung „Guter Arbeit“ verbunden. Dieses Thema konnte sich in den letzten Jahren wieder verstärkt auf der (politischen) Agenda etablieren. Im Rahmen der Initiative Qualität der Arbeit (INQA) – eine Gemeinschaftsinitiative aus Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Stiftungen und Unternehmen – wurde nach den Vorstellungen von Beschäftigten über „Gute Arbeit“ gefragt. Die drei maßgeblich sich herauskristallisierenden Faktoren umfassen erstens ein hohes Niveau von Entwicklungs-, Einfluss- und Lernmöglichkeiten, zweitens die Vermeidung von Über- bzw. Fehlbeanspruchungen und drittens ein die Existenz sicherndes und als gerecht empfundenes Einkommen aus der Arbeit (Fuchs et al. 2006). INQA greift die oben beschriebenen Herausforderungen auf und geht u.a. der Fragestellung nach, wie sich betriebswirtschaftliche Interessen mit den Vorstellungen der Beschäftigten an positiven, gesundheits- und persönlichkeitsförderlichen Arbeitsbedingungen in Einklang bringen lassen.

Auch die Gewerkschaften nehmen das Thema „Gute Arbeit“ verstärkt auf, wie z.B. die Initiativen und Kampagnen „Gute Arbeit“ der IG Metall, „Faire Arbeit“ von ver.di oder „Modell Deutschland... zuerst der Mensch“ der IG BCE zeigen. Die verschiedenen Aktivitäten können z.B. hinsichtlich ihres Adressatenkreises, dem zugrunde gelegten Gesundheitsverständnis und der Übersetzung auf die betriebliche Ebene, der Ausgestaltung der Unterstützung und der Ausprägung an Kooperationen differenziert werden (Blume et al. 2011). Sie „finden einen gemeinsamen Nenner im DGB-Index Gute Arbeit, der für die öffentliche Wirksamkeit der Gewerkschaften eine integrierende und Impuls gebende Rolle spielen kann“ (gute Arbeit 2007: 21). Die Ergebnisse der seit dem Jahr 2007 jährlich unter den Beschäftigten aller Branchen in Deutschland durchgeführten Befragung werden zu einem Index „Gute Arbeit“ gebündelt. Ziel ist die Ermittlung der Arbeitsbedingungen der abhängig Beschäftigten. Darauf aufbauend soll die Befragung eine Grundlage bilden, um berufs- und arbeitspolitische Initiativen zu begleiten und betriebliche Arbeitsbedingungen zu analysieren sowie Verbesserungen vorzunehmen. Die bisherigen Ergebnisse von regelmäßig unter 60 von 100 möglichen Punkten lassen die Institutionalisierung eines solchen Indexes als gerechtfertigt erscheinen. Allerdings werden dem Index Konstruktionsmängel vorgeworfen und kritisiert, dass der Nachweis über die Erfüllung wissenschaftlicher Gütekriterien nicht erbracht worden sei und er sich nicht für den Einsatz auf betrieblicher Ebene eigne (Prümper & Richenhagen 2009).

Neben der Politik und den Gewerkschaften wird die Thematik „Gute Arbeit“ auch von wissenschaftlicher Seite aufgenommen. Schumann sieht die Aufgabe in einer „Re-Vitalisierung der Arbeitspolitik“ (Schumann 2008: 379), bleibt aber skeptisch, was ihre Einlösung betrifft. Er ist der Auffassung, dass überall dort, wo Low-Cost-Strategien – unter Einbezug der Re-Taylorisierung – möglich erscheinen, diese auch eingeführt werden. Das ändere aber nichts daran, dass das deutsche Produktionsmodell nur dann weiter wettbewerbsfähig sein kann, wenn gleichzeitig die High-Road-Strategie – verstanden als ein „post-fordistischer Klassenkompromiss, der seine besondere Stütze in der Verbindung von Produktivitäts- und Innovationspotenzialen mit hoch entwickelten Humanressourcen hatte“ (ebenda: 381), Bestand haben wird. Die Redaktion der Zeitschrift Prokla (2008: 2) geht sogar soweit, dass sie von „umkämpfter Arbeit“ spricht und die These aufstellt, dass „Arbeit (...) in Deutschland wieder ins Zentrum gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen (...) rückt“. Herausgearbeitet wird in diesem Themenheft u. a., dass sich die in der Vergangenheit scheinbar gegenläufigen Strategien der Arbeitsorganisation – des Neo-Taylorismus einerseits und der „Subjektivierung von Arbeit“ (z.B. Baethge 1991, Moldaschl & Voß 2002) andererseits – kombinieren lassen (Matuschek, Kleemann, Voß 2008). Dies könne nicht verwundern, weil schon „der durch Foucault inspirierte Begriff der Subjektivierung von Arbeit (...) darauf [verweist], dass es hier nicht nur bzw. nicht vorrangig um mehr Autonomie der Arbeitenden geht. Im Französischen bedeutet subjectivation auch Unterwerfung, ist also ein herrschaftskritischer Begriff“ (Prokla-Redaktion 2008: 5). Damit ist jedoch nur eine Facette der Subjektivierung von Arbeit ausgeleuchtet, mit der ansonsten sehr unterschiedliche Diskussionsschwerpunkte verbunden werden. Konsens besteht offenbar darüber, dass die Arbeit einerseits weniger stark standardisiert ist als zu Zeiten der tayloristischen Arbeitsorganisation. Dies bedingt andererseits, dass die Arbeit stärker als früher individuell organisiert werden kann bzw. muss.

Subjektivierung der Arbeit kann daher nicht ohne grundlegende Partizipationsmöglichkeiten im positiven Sinne verwirklicht werden. Aber wie weit geht diese Partizipation? Welche Entscheidungsfreiheiten, -möglichkeiten und -fähigkeiten hat das arbeitende Subjekt? Moldaschl (2004) geht auf diese Fragen ein, indem er das Ausmaß der Partizipation an der „Messlatte“ der Demokratie beurteilen möchte. Unter Demokratie versteht er eine gesetzlich und vertraglich abgestimmte Mitbestimmung, eine geregelte Aushandlung der Regeln, eine generalisierte Gültigkeit sowie die Gleichheit aller ihrer Mitglieder. Demgegenüber verbindet er mit Partizipation lediglich ein freiwilliges Zugeständnis der Eigner oder ihrer Vertreter, also managementbestimmte Regeln, eine kontextuelle Gültigkeit sowie eine gruppenspezifische Geltung. Folglich sieht er nach wie vor in der „Gesellschaftsverfassung eine Differenz zwischen den Rechtssubjekten »Bürger« und »Arbeitskraft«; genauer: eine Statusdiskrepanz“ (Moldaschl 2004: 216). Seiner Auffassung nach ist es „eine der zentralen arbeitspolitischen Fragen, ob man sich mit dem Begriff der Partizipation zufrieden gibt, wie er sich im hegemonialen Managementdiskurs etabliert hat, und ob man damit die »halbierte Demokratie« als Gegebenheit grundsätzlich akzeptiert“ (ebenda: 216). Wenn diese „halbierte Demokra-

tie“ (Aron 1981) akzeptiert wird, bliebe „die Gestaltung der eigenen Arbeitstätigkeit lediglich im Rahmen einer vom Management gewährten Partizipation möglich“ (Moldaschl 2004: 216).

Konsequenzen

Die bisherigen Ausführungen bleiben nicht folgenlos für die betriebliche Gesundheitspolitik und das BGM. Reduziert sich die Unternehmensführung auf vorgegebene Angebote individueller Verhaltensprävention ohne Partizipationsmöglichkeiten – oder werden betriebliche Gesundheitspolitik und BGM als ein von allen Beteiligten mit gestalteteter kontinuierlicher OE-Prozess gelebt? Eine wichtige Frage wird somit die nach der Anreizsetzung für die Ein- und Durchführung eines auch die Arbeitnehmerinteressen berücksichtigendes BGM.

Unternehmensextern geschieht dies gegenwärtig auf mehreren Ebenen. Erstens kann der Staat durch Gesetzgebung (z.B. Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz) Vorgaben zur Ausgestaltung der betrieblichen Prävention machen und deren Einhaltung kontrollieren bzw. deren Nichteinhaltung sanktionieren. Weiterhin erlaubt das SGB VII den Unfallversicherungsträgern das Erlassen von für die Unternehmen verpflichtenden Unfallverhütungsvorschriften (§ 15 SGB VII). Die Umsetzung dieser Gesetze und Vorschriften ist jedoch unbefriedigend – beispielhaft wurden oben bereits die Defizite bei der Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz erwähnt. Häufig werden Gesetze und Vorschriften zur Bekräftigung des Bürokratisierungsvorwurfs verwendet, wie Forderungen zur Deregulierung von Arbeitsschutzvorschriften zeigen.

Auf einer zweiten Ebene der externen Anreize für die Einführung von BGM können Bonus- bzw. Prämien-Systeme der Sozialversicherungsträger angesiedelt werden. Sowohl Krankenkassen (z.B. Drupp & Osterholz 1998) als auch Berufsgenossenschaften bieten solche Bonus- bzw. Prämien-Systeme an, die im Vergleich zur ersten Ebene durch ihren freiwilligen Charakter gekennzeichnet sind. Unternehmen erhalten, sofern sie die Qualitätskriterien des jeweiligen Systems erfüllen, einen bestimmten Benefit für ihr Engagement in der betrieblichen Prävention. Jedoch sind – insbesondere trägerübergreifende – Bonus- bzw. Prämien-Systeme bisher nur vereinzelt über den Projektstatus hinausgekommen. Entsprechend gering ist ihr Impact auf die stärkere Verbreitung zukunftsfähiger betrieblicher Gesundheitspolitik. Auch Gesetze können einen monetären Benefit entfalten, z.B. hat das Jahressteuergesetz 2009 eine steuerliche Änderung bei der BGF-Förderung mit sich gebracht. Bietet der Arbeitgeber seiner Belegschaft die Teilnahme an Maßnahmen der BGF entsprechend der Qualitätskriterien der Krankenkassen an, ist diese Sachleistung bis zu einer Höhe von 500,- Euro im Jahr und pro Mitarbeiter steuer- und sozialabgabenfrei.

Auf einer dritten Ebene wird für die Zukunft zu untersuchen sein, welchen Einfluss die Bindung der Kreditgewährung an die Kriterien nach „Basel II“ auf das BGM nehmen

kann (AOK-Bundesverband et al. 2007). Nur bei weitreichender und verbindlicher Berücksichtigung von BGM-Indikatoren erscheint es allerdings als realistisch, „Basel II“ als ein Anzeilelement für betriebliche Gesundheitspolitik einzustufen.

Neben den insgesamt schwachen Anreizwirkungen dieser unternehmensexternen Regelungen fehlt es unternehmensintern offensichtlich häufig an intrinsischer Motivation bzw. an ethischer Grundüberzeugung, die Gesundheitserhaltung oder gar -förderung der Beschäftigten bzw. die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren als ein immanentes und notwendiges Ziel im Zuge der betrieblichen Wertschöpfung zu berücksichtigen – obwohl die soziale Verantwortung laut einer aktuellen Umfrage der Hauptgrund für die Einführung von BGM ist (Bechmann et al. 2010). Entscheidungsträger in Unternehmen müssen stattdessen davon überzeugt werden, dass sich Investitionen in die betriebliche Prävention lohnen und sie nicht als reiner Kostenfaktor betrachtet wird. Die EK kam aber im Jahr 2004 zu dem Urteil, dass bisher „kaum Instrumente oder Indikatoren entwickelt [wurden], mit denen der Erfolg von Gesundheitspolitik auf die Effizienz des Betriebes bezogen werden kann“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004: 43). Wenngleich es mittlerweile auch in Deutschland Arbeiten gibt, die den positiven Zusammenhang zwischen betrieblicher Gesundheitspolitik und Unternehmenserfolg aufzeigen (z.B. Badura et al. 2008), fehlt es weiterhin an etablierten Instrumenten bzw. Systemen, die eine unternehmensinterne Initialzündung für die betriebliche Gesundheitspolitik auslösen können und darüber hinaus zu deren Steuerung in der Lage wären. U.a. die Arbeitsgruppe 4 der EK (Frey et al. 2004) sieht daher in einer Weiterentwicklung der BSC eine Möglichkeit, das Thema Wohlbefinden und Gesundheit in den Unternehmen aufzuwerten.

Ein Nutzen für die betriebliche Gesundheitspolitik wird sich vor allem dann ergeben können, wenn die BSC nicht gleichzeitig die oben angeführten externen Anreize aushebelt. Zu verlangen wäre stattdessen, dass sie in die BSC eingehen bzw. die BSC ihre Umsetzung fördert. Beispielsweise ist nicht danach zu fragen, ob es eine gesundheitsorientierte BSC oder einen Gesundheitszirkel geben soll, sondern wie dieser Gesundheitszirkel in der durch die BSC vorgegebenen Gesundheitsstrategie eingebettet ist. Ein anderes Beispiel betrifft die Erstellung der Gefährdungsbeurteilung. Sie könnte mit Hilfe der BSC nicht mehr als ein vom Gesetzgeber auferlegter Bürokratismus empfunden werden, sondern als ein nicht zu vernachlässigender Baustein in der Unternehmensstrategie.

3 Balanced Scorecard

Dieses Kapitel dient der Einführung in das Managementsystem BSC. Hierzu werden in Kapitel 3.1 ihre wesentlichen Merkmale beschrieben und um einige kritische Anmerkungen ergänzt. Das Kapitel 3.2 bietet eine Auswahl an Weiterentwicklungen des ursprünglichen BSC-Konzepts. Diese Weiterentwicklungen beziehen sich auf die BSC als solche, ihre Kombination mit anderen Managementansätzen und ihren Zuschnitt für einzelne Akteure. Nicht immer scharf von der Weiterentwicklung abzugrenzen, aber gesondert in Kapitel 3.3 beschrieben, sind einige Implementierungserfahrungen mit der BSC. Die Verbreitung des BSC-Ansatzes wird in Kapitel 3.4 beleuchtet. Den Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der BSC-Erstellung und während ihrer weiteren Verwendung wird in Kapitel 3.5 nachgegangen. Kapitel 3.6 betrachtet die BSC aus Sicht der Systemtheorie. Das Kapitel schließt mit einem kurzen Zwischen-Fazit (siehe Kapitel 3.7).

3.1 Grundkonzeption

Die Ursprünge der BSC gehen zurück auf ein Forschungsprojekt des Nolan Norton Instituts, dem Forschungszweig der KPMG-Beratungsgesellschaft. Das Anliegen dieser Studie war es, das bisher durch Finanzkennzahlen dominierte Performance-Measurement von Unternehmen auf eine breitere Basis zu stellen. An der Studie nahmen zwölf Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen teil. Das Ergebnis stellte die BSC dar. Der ausgewogene Charakter soll durch eine Balance von kurz- und langfristigen Zielen, von monetären und nicht-monetären Kennzahlen, von Spät- und Frühindikatoren sowie von externen und internen Performance-Perspektiven erreicht werden. Die Autoren und BSC-Erfinder Kaplan und Norton kommen zu dem Schluss: „Die Kollision zwischen dem Zwang zur Schaffung von Wettbewerbsvorteilen und dem unverrückbaren Ziel eines an historischen Werten orientierten Rechnungswesenmodells hat eine neue Synthese hervorgebracht: die Balanced Scorecard“ (Kaplan & Norton 1997: 7). Ihrer Meinung nach dient die BSC als ein strategischer Handlungsrahmen, nämlich zur

- Klärung und Konsensbildung hinsichtlich der Vision und der Strategie,
- unternehmensweiten Kommunikation der Strategie,
- Verknüpfung von strategischen Zielen und Maßnahmen für strategische Geschäftseinheiten, Abteilungen und Mitarbeiter sowie mit Jahresbudgets,
- Identifizierung und Verknüpfung von strategischen Initiativen und
- Verbesserung des strategischen Feedbacks und Lernens durch systematische Strategie-Reviews.

Die Idee der BSC basiert somit auf einem Umdenken amerikanischer Unternehmen Ende der achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts hinsichtlich ihrer Leistungsmes-

sung und Steuerung sowie der Erkenntnis, dass die Umsetzung von Strategien häufig misslang. Kaplan und Norton setzten bei der unternehmerischen Erfolgskontrolle an, die ihrer Ansicht nach zu sehr auf monetäre Kennziffern ausgelegt war. Sie würden außerdem nur das Resultat vergangener unternehmerischer Aktivitäten abbilden und keine direkten Anhaltspunkte für zukünftiges Handeln beinhalten. Selbst wenn das Kennzahlensystem auch auf nichtmonetären Steuerungsgrößen basiert, bestehe aufgrund der großen Unternehmens- und Umweltkomplexität die Gefahr, dass einzelne und lediglich nebeneinander existierende und ungewichtete Steuerungsgrößen den Gesamtzusammenhang nicht abbilden.

Neben der Kritik an den klassischen Kennzahlensystemen werden weitere Gründe für die Einführung der BSC von Kaplan und Norton angeführt. Postuliert wird das Klaffen einer Lücke zwischen strategischer Planung und operativer Umsetzung in Form von Barrieren. Nach der „Vision Barrier“ lassen sich Strategien nicht in konkrete Steuerungsgrößen übersetzen und bleiben deshalb unverstanden. Die „People Barrier“ drückt aus, dass sich Strategien nicht mit den Zielvorgaben und Anreizsystemen einzelner Mitarbeiter bzw. Abteilungen verknüpfen lassen. Mit der „Resource Barrier“ wird das Phänomen beschrieben, dass es zwischen der Strategie und der operativen Planung und Budgetierung keine Verbindung bzw. Abstimmung gibt. Anhand der „Management Barrier“ schließlich wird kritisiert, dass es nur rein operative, jedoch keine strategischen Kontrollen gibt.

Ein weiterer Zweck der BSC ist für die BSC-Entwickler die Verbesserung des Berichtswesens. Kritisiert wird die in vielen Unternehmen anzutreffende Dominanz der Zahlen aus dem internen Rechnungswesen bzw. dem operativen Controlling. Damit sei das Management nicht in der Lage, Entscheidungen für die Unternehmenssteuerung zu treffen oder ein Feedback zu bekommen, das führungsrelevante Informationen enthält.

Des Weiteren wird die Gefahr gesehen, dass Planungsprozesse zu stark formalisiert und detailliert werden, anstatt sie auf die Vorgabe von Schlüsselindikatoren zu reduzieren. Damit verbunden ist die Beobachtung, dass insbesondere die dezentralen Führungskräfte häufig nicht angemessen in die Prozesse der strategischen Planung eingebunden werden. Daraus resultierten wenig produktive unterschiedliche Auffassungen über die Interpretation der Strategie. Die Folge hiervon ist letztlich, dass es keine ausreichende inhaltliche Basis für eine Strategieumsetzung gibt.

Diesen Kritikpunkten begegnen Kaplan und Norton mit einer Erweiterung des Sichtfelds auf das Unternehmen. Um dessen Leistung besser abbilden und prognostizieren zu können, haben sie neben der klassischen Finanzperspektive drei weitere Perspektiven ergänzt.

Die Finanzperspektive beinhaltet die langfristigen Ziele des Unternehmens hinsichtlich der Erwartungen der Eigentümer. Zum Einsatz kommen bekannte Finanzkennzahlen und Maßgrößen, mit deren Hilfe Produktivitätsverbesserungen abgebildet wer-

den können. Die finanzwirtschaftliche Perspektive bietet somit „einen Überblick über die wirtschaftlichen Konsequenzen früherer Aktionen“ und „Finanzkennzahlen zeigen an, ob die Unternehmensstrategie, ihre Umsetzung und Durchführung überhaupt eine grundsätzliche Ergebnisverbesserung bewirken“ (Kaplan & Norton 1997: 24).

Mit der Kundenperspektive werden Zielmärkte bzw. -kunden beschrieben und strategische Ziele festgelegt. Das Management soll mit dieser Perspektive „Kunden- und Marktsegmente, in denen das Unternehmen konkurrieren soll, sowie Kennzahlen zur Leistung der Geschäftseinheit in diesen Marktsegmenten“ identifizieren (ebenda: 24).

Die Prozessperspektive beleuchtet die internen Geschäftsabläufe, die für die Erreichung der finanziellen Ziele und der Kundenperspektive relevant sind. Je nach Branche werden Aspekte der Innovations-, Fertigungs-, Betriebs- und Kundenprozesse berücksichtigt. Ziel ist es einerseits, „die Wertvorgaben zu liefern, die von den Kunden der Zielmarktsegmente gewünscht werden“ und andererseits „die Erwartungen der Anteilseigner in bezug auf hervorragende finanzielle Gewinne zu befriedigen“ (ebenda: 25). Der Fortschritt der BSC wird darin gesehen, dass nicht nur auf Kosten, Qualität und Zeit der herkömmlichen Prozesse geachtet wird, sondern dass die BSC es möglich macht, „die Anforderungen an die interne Prozeßleistung aus den Erwartungen von spezifischen externen Faktoren abzuleiten“ (ebenda: 111). Hier fehlt aus gesundheitspolitischer Sicht der Ertrag der internen Prozessverbesserung für die Gesunderhaltung der Belegschaft.

Als vierte Perspektive dient die Potenzialperspektive (auch Lern- und Entwicklungsperspektive genannt) dazu, die Voraussetzungen für die Weiterentwicklung des Unternehmens abzubilden. Damit wird diese Perspektive zur Basis, um die Zielerreichung in den anderen Perspektiven zu ermöglichen. Durch diese Perspektive soll der Aufbau der Infrastruktur gewährleistet werden, „welche die Organisation schaffen muß, um langfristig Wachstum und Verbesserung zu sichern“ (ebenda: 27). Als Hauptkategorien der Perspektive werden Mitarbeiterpotenziale, Potenziale von Informationssystemen sowie Motivation, Empowerment und Zielausrichtung genannt. Hervorgehoben wird die im Vergleich zum Industriezeitalter völlig neue Rolle der Mitarbeiter im Informationszeitalter. So sollten Ideen zur kontinuierlichen Verbesserung der internen Potenziale viel intensiver von der Belegschaft eingebracht werden, weil sie im direkten Kundenkontakt stehen und nicht wie früher standardisierte und sich ständig wiederholende Tätigkeiten ausüben. „Diese Verlagerung erfordert Weiterbildungsmöglichkeiten für Mitarbeiter, damit ihr Denken und ihre kreativen Fähigkeiten zur Erreichung von Unternehmenszielen mobilisiert werden können“ (ebenda: 122). Aus gesundheitlicher Sicht ist zu ergänzen, dass die individuellen Ziele mit den Unternehmenszielen möglichst übereinstimmen sowie Unter-, Über- und Fehlbeanspruchungen vermieden werden. Als eine wichtige personenbezogene Kennzahl wird von Kaplan und Norton die Mitarbeiterzufriedenheit angeführt, weil sie „eine Bedingung für Produktivitätssteigerung, Reaktionsfähigkeit, Qualität und Kundenservice“ (ebenda: 124) ist. Weiterhin werden fast schon Bezüge zu gesundheitlichen Erkenntnissen hergestellt, wenn es

heißt: „Arbeitsmoral ist vor allem dort besonders wichtig, wo Mitarbeiter mit wenig Gehalt und geringer Ausbildung in direktem Kontakt mit den Kunden stehen“ (Kaplan & Norton 1997: 124). Gleichzeitig werden Kennzahlen zur Mitarbeitertreue und zur Mitarbeiterproduktivität in ihrer Wichtigkeit betont und herausgestellt, dass es sich bei diesen drei Kennzahlengruppen um Ergebniskennzahlen handelt, nicht um Leistungstreiber. Leistungstreiber sind nach Ansicht von Kaplan und Norton für die Innovationsperspektive noch unterentwickelt. Um die Innovationsziele der Potenzialperspektive zu erreichen wird die Freiheit betont „eigene Entscheidungen zu treffen und selbständig zu handeln“ (ebenda: 131).

Diese vier Perspektiven sind idealtypisch und nach Auffassung von Kaplan und Norton grundsätzlich auf jedes Unternehmen anwendbar. Sie sprechen sich jedoch dafür aus, die Perspektiven im Bedarfsfall anzupassen und die Grundform nicht als unumstößlich hinzunehmen. Entscheidend sind die spezifischen Bedingungen des einzelnen Unternehmens.

Ein prägendes Merkmal der BSC ist es, dass die vier Perspektiven in einen thematischen, mitunter sogar ursächlichen Zusammenhang gestellt werden. Damit geht sie weit über die Ansammlung von Kennzahlen hinaus. Vielmehr soll die BSC die Kohärenz zwischen den einzelnen Perspektiven stärker in den Fokus rücken. Dies geschieht durch die Verknüpfung der Perspektiven mittels Ursache-Wirkungs-Ketten. Beispielsweise sollen sich Qualifizierungsmaßnahmen für die Mitarbeiter (Potenzialperspektive) positiv auf die Abläufe im Unternehmen auswirken (Prozessperspektive). Daraus resultiert eine höhere Kundenzufriedenheit (Kundenperspektive) und schließlich ein verbessertes Betriebsergebnis (Finanzperspektive). Die Bedeutung der Ursache-Wirkungs-Ketten wird unmittelbar einleuchtend, wenn man sich die Definition von Strategie durch die beiden BSC-Erfinder betrachtet: „Eine Strategie ist ein Bündel von Hypothesen über Ursache und Wirkung“ (ebenda: 28). Damit verbunden ist auch der Gedanke, bei den Kennzahlen einen grundsätzlichen Unterschied zwischen Ergebniskennzahlen und Leistungstreibern zu machen. „Die Kennzahlen für die Leistungstreiber sind Frühindikatoren, die allen Mitgliedern der Organisation signalisieren, was sie jeden Tag tun sollten, um in der Zukunft Wertschöpfung zu erzielen“ (ebenda: 160). An dieser Stelle sei angemerkt, dass Kennzahlen im Zeitverlauf sowohl die eine als auch die andere Funktion einnehmen können.

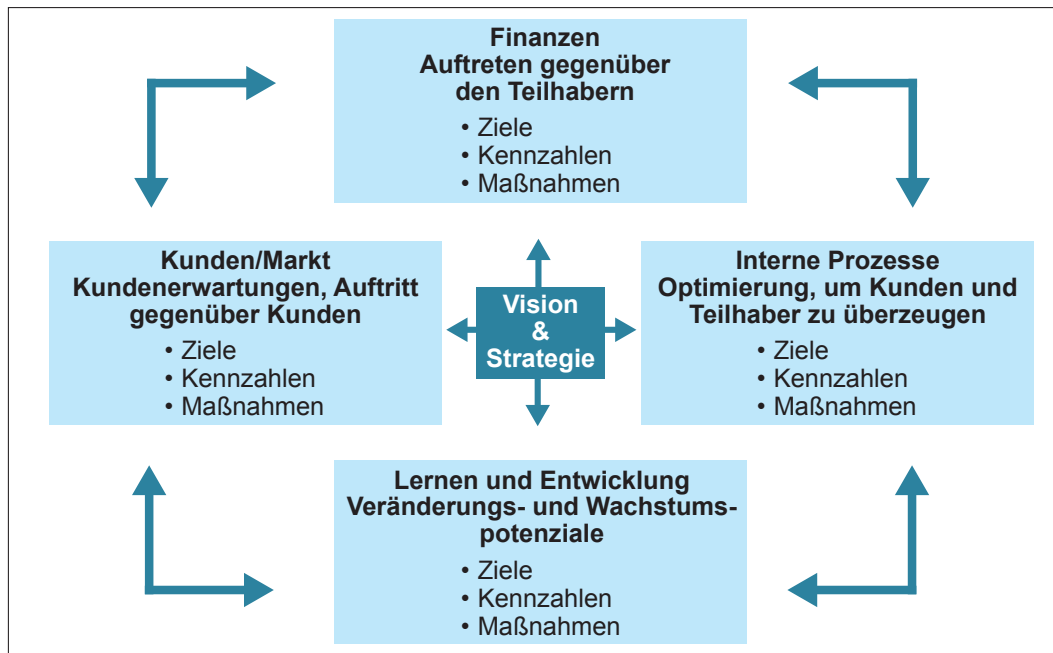
Kaplan und Norton sahen in der BSC zunächst „in erster Linie ein[en] Mechanismus zur Strategieumsetzung, nicht zur Strategieformulierung“ (ebenda: 36). In ihrer Weiterentwicklung wird die BSC jedoch nicht mehr nur zur Planung, Steuerung und Bewertung genutzt. Vielmehr sollen unter Anwendung sogenannter Strategy Maps (Strategie-Landkarten) die wichtigsten Kernprozesse in einem Unternehmen, die für den (wirtschaftlichen) Erfolg maßgeblich sind, identifiziert werden. Auf diese Weise soll die BSC nicht nur einen Beitrag zur Umsetzung, sondern auch zur Entwicklung der Unternehmensstrategie leisten (Kaplan & Norton 2004). Die Relevanz der Strategy Maps basiert auf – letztlich gescheiterten – Versuchen aus der früheren Entwicklungs-

phase des BSC-Konzepts, die relevanten Ursache-Wirkungs-Ketten eines Geschäftsmodells in mathematischer Form abzubilden. Strategy Maps sollen mitunter helfen, den Mitarbeitern eine Vorstellung darüber zu geben, wie sich ihre Aktivitäten auf die übergeordneten Unternehmensziele auswirken sollen. Weiterhin sollen die verschiedenen Organisationseinheiten auf die strategischen Herausforderungen des Unternehmens ausgerichtet und die Aktivitäten in den Führungsprozessen gebündelt werden. Allerdings erheben auch die Strategy Maps keinen Anspruch auf die Validität ihrer Kausalbeziehungen. Ob die BSC in erster Linie ein Managementsystem zur Strategieentwicklung oder zu deren Umsetzung ist, halten andere Autoren für irrelevant. „Wer eine Strategie umsetzen will, muss eine Strategie haben. Der Streit, ob die Erarbeitung der Strategie nun innerhalb oder außerhalb eines BSC-Projektes erfolgt, ist dabei vollkommen nebensächlich. Praktisch hat sich aber bewährt, beides miteinander zu verbinden. Das gilt für das erste Entstehen ebenso wie für die periodischen Aktualisierungen“ (Friedag 2005: 437).

Bereits in früheren Veröffentlichungen vertreten Kaplan und Norton die Meinung, dass es sich bei der BSC nicht nur um ein verbessertes Kennzahlensystem zur Kommunikation der Unternehmensstrategie handelt, sondern dass sie ein wichtiges Führungssystem darstellt und sich somit auch zum Strategiemanagement eignet (Kaplan & Norton 1993). Die Bedeutung der BSC liege in der strategischen Ausrichtung der Organisation begründet, die nicht bottom-up bzw. ad-hoc orientiert sein sollte. Ein kritisches Kriterium der BSC sei ihre Transparenz. Mit 15 bis 20 Kennzahlen sollte ein Beobachter die individuelle Unternehmensstrategie erkennen können. Kaplan und Norton stellten hier auch die Frage, inwieweit die BSC für das externe Reporting genutzt werden kann. Sie blieben aber noch skeptisch, weil die Nutzer ihrer Auffassung nach (noch) eher das finanzielle als das strategische Reporting bevorzugen. Jedoch haben sich mittlerweile die Ansprüche geändert. Erwähnt sei beispielsweise das Bemühen vieler Unternehmen, sich im Sinne der gesellschaftlichen Mitverantwortung nicht nur bei direkten Kunden positiv darzustellen und eine Reputation aufzubauen.

In der Gesamtschau kann die Grundform der BSC wie in Abbildung 1 dargestellt werden. Für die vier Perspektiven werden nicht nur Kennzahlen kreiert, sondern auch Zielwerte vorgegeben. Ebenfalls soll in der BSC hinterlegt sein, mit welchen Maßnahmen diese Ziele erreicht werden sollen. Alle vier Perspektiven basieren auf einer der Gründungsidee des Unternehmens inhärenten Vision und der daraus abgeleiteten Unternehmensstrategie.

Abbildung 1: Grundform einer BSC (aus Wellmann 2008: 151 in Anlehnung an Kaplan & Norton 1997: 9)



Dass es sich bei der BSC um kein Kennzahlen-, sondern ein ganzheitliches Managementsystem handelt, welches die strategie- und gewinnorientierte Führung von Unternehmen unterstützt, wird von zahlreichen Autoren unterstrichen (z.B. Baust 2008, Horváth & Partners 2004, Würzl 2005). Kaplan und Norton (1997) gehen folglich davon aus, dass die Umsetzung einer formulierten und unternehmensintern kommunizierten Strategie Voraussetzung für den Unternehmenserfolg ist. Letztlich sind es finanzielle Kennzahlen, die den Unternehmenserfolg ausmachen. Ihre alleinige Betrachtung führt jedoch zur Vernachlässigung mittel- und langfristiger Erfolgsfragen. Den Kennzahlen kommt im Rahmen der BSC eine wichtige Position zu – einhergehend mit hohen Anforderungen an ihre Erhebung und Messbarkeit. Dies folgt aus dem Leitspruch, dass nur die Bereiche zu managen sind, die auch gemessen werden können. Verlangt wird die Konzentration auf ausreichend wenige, aber entscheidende, weil steuerungsrelevante Kennzahlen. An dieser Stelle hilft das Aufstellen von Ursache-Wirkungs-Ketten (Kausalketten) zwischen den einzelnen Perspektiven bzw. zwischen einzelnen Kennzahlen und Zielen. Neben ergebnisrelevanten Kennzahlen werden dabei auch leistungsrelevante Treiberfaktoren verwendet. So ergibt sich eine auf das Wesentliche reduzierte strategiebedeutsame Systematik, deren oberstes Ziel das Erreichen wichtiger Finanzkenngrößen bleibt. Weitere Planungsprozesse, Feedback- und Lernprozesse sowie Regeln der Kommunikation und Verantwortung werden mit der BSC keinesfalls obsolet, sondern sind weiteren Bearbeitungsschritten – außerhalb der BSC-Systematik – vorbehalten.

Den Erfolg versprechenden BSC-Postulaten stehen einige kritische Anmerkungen gegenüber. Diensberg (2001) führt zunächst den Erfolgsmythos strategischer Planung an.

Ein Wesensmerkmal strategischer Orientierung ist demnach das Auseinanderfallen von Handlung und Erfolg. „Die Muster erfolgreichen strategischen Handelns lassen sich nicht einfach wiederholen, weil die Situationen sich laufend verändern. (...) Allenfalls sind die Voraussetzungen strategischen Erfolgs verbesserbar, soweit man sie beeinflussen kann“ (Diensberg 2001: 26). Folglich sei das zentrale Postulat der BSC – die strategische Planung – normativ. Zweitens werden die Risiken eines nur auf die Strategie ausgerichteten Handelns erwähnt. Sie bestehen darin, dass innovationsfördernde Nonkonformitäten zurückgedrängt werden könnten. „An einem Strang zu ziehen und den gemeinsamen Erfolg zu wollen muss nicht gleichbedeutend damit sein, auch an einer Strategie zu ziehen“ (ebenda: 27). Damit in enger Verbindung steht die Frage nach dem der BSC zugrunde liegenden Menschenbild. Handelt es sich um „gehorsame Knappen oder lernfähige Akteure“ (ebenda: 27)? Die BSC-Potenzialperspektive unterstreicht einerseits die Bedeutung von Lernen und Entwicklung sowie die Notwendigkeit von Mitarbeiterkreativität. „Andererseits sollen zur Unterstützung eines vorgegebenen Ziels Lernfähigkeit und Kreativität ausgerichtet und gezähmt werden“ (ebenda: 27). Dies läuft auf die Frage hinaus, inwieweit Unternehmen neue Ideen und von der Strategie abweichende Variationen zulassen. Der BSC werden letztlich eine strenge Verhaltensausrichtung und damit restringierte Lernmöglichkeiten und ein mechanisches Menschenbild angeheftet. Kritisch hinterfragt wird zudem das Organisationsbild der BSC. Unternehmensentwicklung kann als rational geplante Konstruktion oder als Evolution aufgefasst werden. Für beide Seiten finden sich in der Managementliteratur entsprechende Vertreter. Mintzberg (1995) benennt die Irrtümer und Probleme strategischer Planung, wonach im Sinne der Evolution der Erfolg eines Unternehmens lediglich zu ermöglichen, nicht aber determinierbar ist. Hingegen hält Ansoff (1979) eine strategische, rationale Planung und damit den Erfolg für möglich bzw. determinierbar. „Der BSC-Ansatz verstrickt sich hier in einen Widerspruch, gerade weil er die fundamentale Bedeutung von Lernen betont. Der BSC Ansatz haftet trotz der Betonung von Lernen und Entwicklung weitgehend an der Vorstellung der Möglichkeit rationaler Planungs- und Umsetzungslogik auf der Basis eines mechanistischen Organisationsansatzes“ (Diensberg 2001: 28). Dies werde durch die Annahme von nicht beweisbaren Kausalbeziehungen in der BSC unterstrichen. Ein weiterer kritischer Punkt ist die mit der BSC einhergehende Kultur der Veränderung. Ausgegangen wird von der Annahme, dass die mit der BSC formulierten Ziele, Kenngrößen und Maßnahmen Änderungen notwendig machen, die sich auch auf die handlungsorientierenden Werte und Normen beziehen können. „Also entsteht die Frage, ob und inwieweit es gelingt, die Alltagskultur zu verändern. (...) Solche Werte sind nicht von heute auf morgen zu verändern – Kultur tradiert sich und ist veränderungsträge. Es ist deshalb eine praktische Frage, ob und wie es gelingt, die in den Scorecards explizierten neuartigen Werte auch in eine gelebte Kultur zu übersetzen bzw. auch umgekehrt bisher schon gelebte Normen in die Scorecards zu tragen“ (ebenda: 28). Keineswegs garantiert sei auch die Richtigkeit der mit Hilfe der BSC umgesetzten Strategie. „Wenn man vermutet, dass mittels BSC auch sich später als falsch erweisende Strategien umgesetzt werden, käme

man wohl zu dem Schluss, in die falsche Richtung, aber ganz besonders weit gelaufen zu sein. Hoffentlich reichen Kräfte und Proviant dann noch zur Richtungsänderung“ (Diensberg 2001: 29). Damit rückt die Frage in den Mittelpunkt, ob sich mit der Verwendung der BSC Möglichkeiten des strategischen Lernens auf tun oder ob sogar der von Weber und Schäffer (2000a) beschriebene Effekt eintritt. „Die Mehrzahl der Unternehmen wird mit der BSC nicht lernen, wie Strategien umgesetzt werden, sondern wie man Strategien findet und formuliert“ (Weber & Schäffer 2000a: 51). Diensberg (2001) hinterfragt auch die theoretische Fundierung, die Wissenschaftlichkeit und das Wissenschafts-Praxis-Verständnis im BSC-Ansatz. Er kann lediglich ein Bemühen der BSC-Erfinder um empirische Fundierung und Ansätze der Aktionsforschung erkennen. „Gegenüber der Aktionsforschung wird jedoch auf die Offenlegung eines theoretischen Fundaments (etwa fundierte Grundannahmen) und der dazu gehörenden wissenschaftlichen Methoden weitestgehend verzichtet“ (Diensberg 2001: 29). Die mangelnde theoretische Fundierung wird auch an anderer Stelle untermauert. So wird behauptet: „Das Konzept wird in der Praxis vielfach implementiert. In der Literatur dominiert die Propagierung und Verbreitung des Konzepts, eine tiefergehende Diskussion und eine darauf aufbauende konzeptionelle Würdigung des Konzepts stehen noch in den Anfängen“ (Weber & Schäffer 2000b: 2). Körnert (2006) greift diese Kritik auf und resümiert: „Leider erhält man von den Begründern des Konzepts in der wissenschaftlichen Diskussion nur wenig Unterstützung. Obwohl Kaplan/Norton einen beachtlichen Siegeszug der Balanced Scorecard einleiteten, der nicht zuletzt der großen Flexibilität des Instrumentes geschuldet ist, kann das doch nicht darüber hinwegtäuschen, daß eine tiefergehende konzeptionelle oder theoretische Verankerungen weitgehend unterblieb. Zum Beispiel sind die von Kaplan/Norton gewählten vier Balanced Scorecard-Perspektiven zwar ausgesprochen eingängig, fallen aber ohne weitere Herleitung gleichsam vom Himmel“ (Körnert 2006: 1). Er versucht folglich aufzuzeigen, „daß das Shareholder Value-Konzept, das Stakeholder-Konzept und die Systemtheorie in der Lage sind, ausschlaggebende Impulse für das Design der Balanced Scorecard zu liefern. Darüber hinaus wurde deutlich, daß die Balanced Scorecard unter der Voraussetzung einer konsequenten Umsetzung der Ansätze als instrumentelles Pendant zu jedem der drei Ansätze fungieren kann. Somit ist sie theoretisch-konzeptionell in jedem Ansatz verankerbar, und es müssen alle Versuche fehlschlagen, die Balanced Scorecard von vornherein als Instrument zur Durchsetzung eines bestimmten Ansatzes zu interpretieren. Die Möglichkeit, mit der Balanced Scorecard sowohl systemtheoretisches als auch anspruchgruppen- und wertorientiertes Gedankengut bei der Unternehmensführung umsetzen zu können, verleiht ihr die eingangs genannte Flexibilität und ist gleichzeitig ein Grund für ihre beeindruckende Resonanz“ (ebenda: 15-16). Schließlich kritisiert Diensberg (2001) die Nützlichkeit des BSC-Ansatzes unter Heranziehung folgender unbeantworteter Fragestellungen:

- „Gab es dort, wo über positive Erfahrungen der BSC-Implementierung berichtet wird, auch negative Erfahrungen? Welche ungewollten Nebeneffekte traten auf?“

- Wie werden die längerfristigen Erfahrungen aussehen? (Dies ist gerade deshalb von Interesse, weil es hier um Strategieverfolgung geht.)
- Wie bewerten die sehr verschiedenen Beteiligengruppen in Unternehmen die Implementierung und die Erfolge?
- Fördert oder hemmt die Umsetzung von BSC notwendige Lernprozesse? Behindert die BSC-Implementierung Strategiewechsel angesichts des Bestrebens, alles strategiekonform auszurichten? Besteht die Gefahr, dass in der Folge eines BSC-Einsatzes Schwerfälligkeit die Flexibilität behindert?
- Welche positiven und negativen Effekte der BSC-Umsetzung treten unter welchen Bedingungen auf? Lassen sich hierbei Regelmäßigkeiten erkennen? Welche Schlussfolgerungen lassen sich ziehen“ (Diensberg 2001: 30)?

Quasi als Antwort auf einige dieser Fragen bzw. Kritikpunkte können die Thesen von Dietl (2001) verstanden werden, die er aufstellt, um die steigende Beliebtheit der strategieorientierten Steuerung durch die BSC im deutschsprachigen Raum zu erklären. Er argumentiert dabei aus einer praxisorientierten und weniger wissenschaftlichen Sichtweise. Seiner ersten These nach bestimmt die Qualität der Strategie die Qualität der BSC. Mit der Einführung einer BSC sei in der Regel auch eine inhaltliche Überarbeitung der Strategie selbst erforderlich, was wiederum zu einer qualitativ verbesserten Strategie führe. Zweitens wird die Bedeutung der Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge hervorgehoben. Wenn auch nicht im mathematischen Sinne beweisbar, bilden diese Kausalketten ein elementares Element des BSC-Konzepts. Postuliert wird weiterhin, dass erst eine konkrete und messbare Strategie realistische Chancen einer Umsetzung in sich birgt und Projekte mit Hilfe der BSC besser auf strategische Ziele ausgerichtet werden können. Als fünfte These thematisiert Dietl den Zusammenhang zwischen Zielvereinbarungen und einer BSC und kommt zu dem Schluss, dass es sich um zwei Seiten einer Medaille handelt. „Anders gesagt: Manager haben ein hohes Interesse an einem gewissen Ausmaß an Intransparenz nach oben (und zur Seite), was die Steuerung ihres eigenen Bereichs anlangt. Das ist nicht nur dysfunktional, sondern sichert eben auch die Spielräume eines Bereichs ab, um auf Unvorhergesehenes flexibel reagieren zu können. Wer völlig starr in ein Kaskadensystem eingebunden ist, muss auch starr, ‚halsstarrig‘, reagieren, wenn sich Veränderungen ergeben. Das kann nicht Ziel eines strategischen Steuerungssystems sein“ (Dietl 2001: 11). Daher plädiert er für eine deutliche Trennung von Zielvereinbarungen und der BSC. These 6 sieht BSC-Projekte als Anlass und Vehikel zur Kommunikation der Unternehmensstrategie. Mit dem Kaskadierungsprozess der BSC werde (fast) zwangsläufig die dahinter liegende Strategie mit kommuniziert. Als eine positive Folge werde jede Abteilung aufgefordert, für die BSC konkrete eigene Ziele zu erarbeiten, diese messbar zu machen und mit Aktionen zu hinterlegen. „Zweitens bleibt das in diesem Prozess erworbene Know-how zum Umgang mit der Methodik lange in Erinnerung – zumindest so lange, wie die Ergebnisse – die eigene BSC – in der Organisation relevant bleibt“ (ebenda: 13). Der siebten These zufolge unterstützt die BSC den Übergang von der Strategieentwicklung hin zum strategischen Management, „d.h. die Transformation der Strategie in das opera-

tive Geschäft und die laufende Vergewisserung, dass man auf dem richtigen Kurs ist“ (Dietl 2001: 15). Mit der letzten These wird auf den strategischen Ansatz der BSC hingewiesen. Demnach stellen die vier BSC-Dimensionen bereits ein kleines strategisches Modell für sich dar, indem die Vergangenheit (Finanz- und Kundenperspektive), die Gegenwart (Kunden- und Prozessperspektive) und die Zukunft (Potenzialperspektive) eines Unternehmens zusammenstellt werden.

Der zuletzt thematisierte Zeitaspekt kann zur Abgrenzung der Strategie vom operativen Geschäft genutzt werden. Friedag et al. (2005) sprechen von strategischem Handeln, wenn Potenziale entwickelt oder erworben werden (Zukunft). Werden aber vorhandene Potenziale genutzt, wird operativ (in der Gegenwart) gehandelt. Der Begriff der Potenziale lässt sich an dieser Stelle gut auf das Thema Gesundheit übertragen. Markant wird die Schwierigkeit, dass in die Entwicklung von Potenzialen erst investiert werden muss, um sie später operativ nutzen zu können. Bei der Gesundheit kommt die Diskussion hinzu, inwiefern diese Potenziale von den Mitarbeitern selbst gepflegt werden müssen und inwieweit der Arbeitgeber dafür verantwortlich ist. Die diesbezüglich unterschiedlichen Wirklichkeiten in Organisationen lassen darauf schließen, dass hier das Arbeitsschutzgesetz nicht immer eine hinreichende Definition bzw. Abgrenzung bietet.

Zusammengefasst kann die BSC nach Kaplan und Norton (1997) als ein strategischer Handlungsrahmen interpretiert werden. Mit ihm wird die Klärung und die Operationalisierung von Vision und Strategie gefördert, die Kommunikation und Verknüpfung von strategischen Zielen und Maßnahmen verbessert, die Planung und Festlegung von Zielen sowie die Abstimmung mit den strategischen Initiativen transparenter und das strategische Feedback und Lernen gefördert. Einer anderen Begriffsbestimmung nach handelt es sich bei der BSC vor allem um „ein effektives und universelles **Instrument für das Management** zur konsequenten **Ausrichtung der Aktionen** (Handlungen, Maßnahmen) einer Gruppe **von Menschen** (Organisationen, Unternehmen, Institutionen, Bereiche, Abteilungen, Projektgruppen...) auf ein gemeinsames Ziel“ (Friedag & Schmidt 2002: 12).

3.2 Weiterentwicklungen

Die vorangegangene Beschreibung der BSC-Grundform wird der Vielfältigkeit ihres Einsatzes nicht gerecht. Die verschiedenen Arten der Weiterentwicklung lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen:

- a. Weiterentwicklungen der klassischen BSC-Version
- b. Weiterentwicklungen in der Kombination mit Managementansätzen
- c. Weiterentwicklungen für einzelne Akteure

a) Weiterentwicklungen der klassischen BSC-Version

Die Grundkonzeption der BSC mit ihrer Vier-Felder-Struktur (Finanzen, Kunden, Prozesse und Potenziale) stellt kein Dogma dar. Dennoch hat sich diese Form in der Praxis schnell und häufig durchgesetzt, bevor erste Modifizierungen vorgenommen wurden. Zur besseren Bearbeitung strategischer Themen ging die Entwicklung in zwei Richtungen. „Zum einen wurde die Unterscheidung zwischen Entwickeln und Nutzen von Potenzialen immer mehr zu einer praktischen Notwendigkeit, weil Erfolge adäquate Erfolgspotenziale benötigen. Zum anderen wurden die Themen immer enger mit den internen Geschäftsprozessen verbunden, weil praktisch die Prozesse zur Entwicklung von Potenzialen im Rahmen der strategischen Themen ablaufen“ (Friedag & Schmidt 2005: 449). Als Konsequenz ist die Vier-Felder-Struktur in eine Matrix überführt worden. Sie kann als ein Handlungsrahmen interpretiert werden, mit dem im Unterschied zur Grundform der BSC strategische Themen explizit benannt werden (z.B. Produktions- oder Logistikprozesse). Mit Hilfe dieser Struktur „lassen sich die thematischen Fragen nach dem ‚Was ist zu tun?‘ verknüpfen mit den interessenbezogenen Fragen ‚Mit wem wollen wir es tun?‘. Was zum bewährten Erfahrungsschatz des modernen Projektmanagements gehört, kann für die Balanced Scorecard nicht falsch sein“ (ebenda: 450).

Friedag und Schmidt (2005) bevorzugen des Weiteren eine andere Lösung für die Verwendung der Strategie-Landkarten (siehe Kapitel 3.1), weil diese ihrer Meinung nach häufig die Erwartungen nicht erfüllen. Erstens sei die komplexe Erfassung der Ursache-Wirkungs-Ketten eher verwirrend als förderlich für die Kommunikation strategischer Grundgedanken. Die mit den Strategie-Landkarten häufig vorgenommene Kopplung von strategischen und operativen Erfolgsgrößen könne zweitens die Illusion unterstützen, durch strategisches Handeln unmittelbar den operativen Erfolg steuern zu können. Drittens seien die Versuche gescheitert, die mit den Strategie-Landkarten dargestellten Zusammenhänge mathematisch zu modellieren. Daher differenzieren die Autoren die BSC in ein strategisches Haus (bzw. eine Führungs-Scorecard) und eine Berichts-Scorecard. Das strategische Haus ergänzt den Handlungsrahmen um das Leitbild, Leitziele und Leitkennzahlen.

Die Berichts-Scorecard hingegen kombiniert die strategischen Zielgrößen mit ihren komplementären operativen Zielgrößen. „Es ist eine Auswahl der wesentlichen Kennzahlen für das Unternehmen bzw. für die mit der Balanced Scorecard betrachtete Ebene des Unternehmens. Dabei fungieren die strategischen Zielgrößen als Früh- und die operativen als Spätindikatoren“ (Friedag & Schmidt 2005: 452).

Die Führungs-Scorecard dient somit der Verhaltenssteuerung bei der Strategieentwicklung und -umsetzung. Die Berichts-Scorecard ist für die Steuerung der Wertentwicklung unter Nutzung finanzieller und nichtfinanzieller Kenngrößen verantwortlich. Durch diese Differenzierung und ausgehend vom strategischen Geschäftsmodell soll die Balanced Scorecard als ein universelles Management-Instrument die Ausrichtung

des Handelns aller Beteiligten auf ein gemeinsames Ziel bewerkstelligen (Friedtag et al. 2005).

b) Weiterentwicklungen in der Kombination mit Managementansätzen

Die Weiterentwicklung betrifft nicht nur die BSC als solche, sondern ihre Kombination mit anderen Managementansätzen. Michell-Auli und Schwemmler (2008) zeigen am Beispiel eines Sozialunternehmens auf, wie ein integriertes Management mit der BSC aufgezogen werden kann. Sie wollen damit den Brückenschlag von der Theorie zur Praxis vornehmen. Am Beginn des Managementprozesses erstellen sie Unternehmens- und Umweltanalysen, auf deren Basis das Leitbild und die Vision der Organisation entwickelt werden. Dabei soll eine Chancen- und Risikostrategie auch Zukunftsbilder entwerfen. Erst jetzt erfolgt die weitere Planung mit Hilfe der BSC, z.B. in Form der Operationalisierung der Chancen- und Risikostrategie. Verbunden wird die BSC zudem mit vorhandenen Führungs- und Steuerungsinstrumenten (z.B. Berücksichtigung finanzieller Ressourcen für strategische Aktionen im Wirtschaftsplan). Hierbei legen die Autoren großen Wert darauf, dass diese Instrumente ihre Eigenständigkeit bewahren und nicht an die BSC gekoppelt werden. Erforderlich wird anschließend das Heranziehen von strategischen Informationen zur Überprüfung, ob die Strategie greift. In diesem Zusammenhang kommt der BSC neben ihrer Planungs- eine Steuerungsfunktion zu. Berücksichtigt werden weiterhin spontane Elemente, um als komplexes System die Möglichkeit zur flexiblen Reaktionen zu bewahren. Zum integrierten Management gehören schließlich das Innovationsmanagement, mit dem die systematische Entwicklung von Ideen unterstützt werden soll, und die Berücksichtigung interner Rahmenbedingungen. Hierzu zählen die Aufbau- und Ablauforganisation einer Organisation und deren Kultur. Die einzelnen Bestandteile dieses integrierten Managementansatzes sind darüber hinaus mit Überarbeitungs- und Durchführungsrhythmen versehen.

Ein integratives BSC-Konzept ist auch für den Krankenhaussektor erarbeitet worden (Reisner 2003). Dabei wird zwischen der Strategieplanung, deren Umsetzung und Steuerung unterschieden. Auf der Planungsebene werden ähnlich wie bei Michell-Auli und Schwemmler (2008) Unternehmens- und Umfeldanalysen vorgenommen. Die verschiedenen Scorecards spielen auf der Umsetzungsebene eine Rolle, während auf der Steuerungsebene Anreizsysteme, personenbezogene Scorecards und das Berichtswesen zum Einsatz kommen. Eine Untersuchung aus dem Bereich der Pflegebranche kommt u.a. zu dem Ergebnis, dass „durch die BSC innovative Management-Ansätze umgesetzt werden (können). Zu nennen sind hier organisationales Lernen, Human Resources Management, Wissensmanagement und vieles mehr“ (Fischbach & Spitaler 2004: 68).

Eine andere Entwicklung stellt die Nähe des BSC-Ansatzes mit der DIN EN ISO 9001:2000 her. „Letztendlich wollen beide Managementsysteme messbare, wirksame

Ziele erreichen und den Unternehmenserfolg sichern. Daher ist es nahe liegend, beide Managementsysteme zu einem effektiven Ganzen zu verbinden“ (Scheibeler 2002: 1).

Eine theoretische Arbeit hat sich mit der Fragestellung auseinandergesetzt, ob die BSC die Nachteile des tayloristischen Steuerungsmodells strategischer Unternehmensplanung überwinden könnte (Kiunke 2005). Diese liegen nach Ansicht der Autorin einerseits in den Formalisierungstendenzen, die die Entwicklung von kreativen und zukunftsorientierten Strategien behindern. Andererseits wird kritisch geäußert, dass die mangelnde Verknüpfung von Strategieentwicklung und -umsetzung zu Inkonsistenzen führt. Das operative Handeln stünde oftmals nicht im Zusammenhang mit der übergeordneten Strategie. Obwohl auch Organisationsmitglieder der unteren Unternehmensebenen in die BSC-Planung mit einbezogen werden sollen, kommt die Autorin zu dem Schluss, „dass die Balanced Scorecard im Vergleich zwar einige Modifikationen bereithält, jedoch das tayloristische Steuerungsmodell im Grundsatz nicht überwindet (Kiunke 2005: 287).

Als fruchtbar hat sich hingegen die Verwendung der BSC im Rahmen der Kompetenzmessung und -förderung in Unternehmen erwiesen. „Wenn wir Kompetenz messen wollen, so ist es nach unserer Auffassung geboten, die Messverhältnisse und die ‚Messenden‘ in relationaler Verbindung zu der zu messenden Kompetenz zu halten. Dazu könne sich nach unserem Dafürhalten insbesondere die Methode der Balanced Scorecard (BSC) eignen“ (Bergmann, Daub, Meurer 2006: 87). Auch hier wird auf die Notwendigkeit der partizipativen Grundausrichtung der BSC hingewiesen. Sie biete ihre „Vorteile nur, wenn die Bewertungsgrößen und die Bewertung selbst interaktiv in Dialogen festgelegt und durchgeführt werden. Alle Akteure, die bewerten, werden auch von denen bewertet, die sie bewerten. Dann ist gewährleistet, dass alle Perspektiven und Geltungsansprüche integriert werden und keine einseitigen Sichtweisen auftauchen“ (ebenda: 93). Als Nutzenpotenziale werden u.a. die Erweiterung der Erkenntnisse, eine transparente strategische Orientierung, die Integration und Vermeidung von Egoismen, eine effektive Koordination, Komplexitätsreduktion und Transparenz, mehr Engagement und Selbstverantwortung sowie eine Steigerung der Attraktivität des Unternehmens insbesondere für Kunden angeführt.

Untersucht wurde auch die Übertragbarkeit der BSC auf ein zukunftsgerichtetes Personalmanagement in der öffentlichen Verwaltung (König & Rehling 2002). Herausgestellt wurden die Beiträge, die das Personalmanagement bei der BSC-Entwicklung leisten kann z.B. die Mitwirkung bei der Festlegung der Ziele, Kenngrößen und Aktionen (vor allem für die Potenzialperspektive), die Begleitung und Unterstützung der Unternehmensführung bei der BSC-Einführung, -Kommunikation und -Umsetzung, die Durchführung von Aktionsprogrammen und die Unterstützung von Vorgesetzten bei der Operationalisierung der BSC auf die Individualebene. „Darüber hinaus besteht für das Personalmanagement die Möglichkeit (...), eine eigene BSC zu entwickeln und damit die Aktivitäten an der unternehmensweiten Scorecard auszurichten. Das Personalmanagement kann damit den eigenen Beitrag zur Strategieverfüllung verdeutlichen

und die Stellung im Unternehmen verbessern. Allerdings hilft die BSC nicht bei dem Problem, dass die oftmals ‚weichen‘ Produkte der Personalarbeit schwer in Kennzahlen ausgedrückt werden können (König & Rehling 2002: 12).

Die ursprünglich für den privatwirtschaftlichen Bereich konzipierte BSC ist somit auch in der öffentlichen Verwaltung zum Einsatz gekommen. Die Besonderheiten dieses Bereichs liegen z.B. in der Interessenvielfalt bei der Entscheidungsfindung, der Priorität von Gemeinwohl- gegenüber Finanzzielen, der komplexen Beziehung zwischen Verwaltungsinstitutionen und Bürgern und den politischen Rahmenbedingungen. Daher haben sich Scherer und Alt (2002) die Frage gestellt, welche Modifikationsleistung beim Transfer der BSC vom privatwirtschaftlichen auf den öffentlichen Sektor erbracht werden müssen. Sie sprechen sich zunächst für eine breite Strategiedebatte mit einer anfänglich großen Anzahl von Zielen aus, die im weiteren Verlauf reduziert werden sollen. Betont wird der Bedarf eines offenen Dialogs, der mit der BSC unterstützt werden könne. „Hinsichtlich der Kommunikationserfordernisse der Balanced Scorecard in Öffentlichen Institutionen scheint es plausibel, die Kommunikation trotz oder gerade aufgrund des politischen Umfelds von Beginn an sehr intensiv zu suchen und zu steuern, um die Balanced Scorecard zu einem lebendigen Lern- und Entwicklungsprozess zu machen“ (Scherer & Alt 2002: 24). Geachtet werden sollte ferner „auf eine aktive, eigenmotivierte BSC-Erarbeitung der Beteiligten und zum anderen auf das Entfachen von Begeisterung und Motivation der Teilnehmer (ebenda: 24). Für den Umsetzungsprozess der BSC wird außerdem ein für die öffentliche Verwaltung nicht immer selbstverständliches leistungsfähiges Berichtswesen bzw. Controlling empfohlen. Plädiert wird für einen eher kurzen Einführungszeitraum, für verbindliche und klare Absprachen zwischen den Beteiligten sowie für ein Umfeld von Optimismus und Veränderungsbereitschaft. Unter diesen Voraussetzungen kommen die Autoren zu dem Urteil, dass sich die BSC „als Steuerungsinstrument für Öffentliche Institutionen grundsätzlich geeignet. Mit ihr lassen sich die bisherigen, eher statischen, strukturorientierten Controllinginstrumente in der Öffentlichen Verwaltung um ein dynamisches Lern- und Entwicklungskonzept ergänzen. (...) Bei Fortsetzung und Ausweitung der BSC-Umsetzungsbeispiele besteht die begründete Hoffnung, dass die Öffentlichen Institutionen zu strategischer Planung, zu Offenheit und Transparenz sowie zu Lernen und Entwicklung gerade durch die Balanced Scorecard finden kann“ (ebenda: 25-26).

Schließlich ist auch untersucht worden, inwieweit Anreizsysteme auf Basis der BSC Unternehmen bei einer erfolgreichen Strategieumsetzung unterstützen können (Schwertner, Becker, Seubert 2004). Offensichtlich belegen die Ergebnisse dieser Studie diese Hoffnung. „BSC-basierte Anreizsysteme schaffen Transparenz, wie die persönlichen Beiträge der Mitarbeiter auf dem Weg zu den strategischen Zielen des Unternehmens sind. Dadurch motivieren sie die Mitarbeiter, nachhaltig aktiv daran mitzuwirken, dass die strategischen Ziele erreicht werden. Dies bewirkt nachhaltige Verhaltensänderungen mit dem Ergebnis, dass die Unternehmen durchgängig und in der Regel besonders konsequent ihre Strategie ausrichten“ (Schwertner, Becker, Seubert 2004: 15).

c) Weiterentwicklungen für einzelne Akteure

Im Rahmen dieser Arbeit ist insbesondere die Weiterentwicklung der BSK für die Arbeit von Betriebs- und Personalräten erwähnenswert. Dabei sind zwei sich sehr ähnelnde Ansätze zu skizzieren, die als Beteiligungs-Strategie-Karte (BSK) für die Personal- (Abel 2003) bzw. für die Betriebsräte (Technologieberatungsstelle NRW 2002) entwickelt worden sind. „Hauptnutzen der BSK ist, dass infolge ihrer Entwicklung und Anwendung im Personalrat eine wirklich **strategisch orientierte Personalratsarbeit** möglich wird. Dadurch wird die Wirksamkeit der Personalratsarbeit erhöht und die **Qualität der Interessenvertretung** [Hervorhebungen im Original] langfristig gewährleistet“ (Abel 2003: 6). Die Vorgehensweise bei der BSK-Einführung ist vergleichbar mit der BSC-Einführung. Zu Beginn wird eine Vision für die Personalratsarbeit entworfen, um anschließend Strategien zu erarbeiten, mit deren Hilfe auf diese Vision hingewirkt wird. Auch in der BSK werden verschiedene Perspektiven genutzt, um wichtige strategische Arbeitsbereiche des Personalrats abbilden zu können. Hierzu gehören die Ergebnisse der Arbeit des Gremiums (gemäß der Finanzperspektive der BSC), die Kompetenzen und Ressourcen (gemäß der Potenzialperspektive der BSC), die Wertschätzung (z.B. Teilziel Steigerung der Wahlbeteiligung) und die Beschäftigten (z.B. Teilziel gesunde Arbeitswelt). Im Ansatz für die Betriebsratsarbeit wird diese Perspektive gegen Beteiligungsprozesse ausgetauscht (in welchen Gremien ist der Betriebsrat z.B. vertreten). Der Definition aufeinander abgestimmter Teilziele folgen das Heranziehen bzw. die Entwicklung geeigneter Kennzahlen und passender Maßnahmenpakete. „Im Unterschied zur Balanced Scorecard bezieht sich die BSK nicht auf eine gesamte Organisation, also etwa ein Unternehmen oder die gesamte Kommunalverwaltung, sondern lediglich auf den Einflussbereich des Personalrats selber – also vor allem auf seine eigene Arbeit und auf die Belange der Beschäftigten“ (Abel 2003: 7). Abel (2003) postuliert folglich nicht, dass die BSK-Einführung mit einem „Co-Management“ (Müller-Jentsch 1998) gleichgesetzt wird, denn der Einflussbereich auf die strategische Ausrichtung des Unternehmens wachse mit der BSK nicht per se. Dazu bedarf es entsprechender Zugeständnisse der Unternehmensleitung. Vielmehr sei für die Anwendung der BSK entscheidend, „dass nicht die mechanistische Auffassung herrscht, durch die Justierung der einen ‚Stellschraube‘ bzw. Kennzahl lasse sich automatisch eine Veränderung an anderer Stelle um X Prozent erwarten. Gerade weil es hier um soziale Prozesse geht, ist die der typischen Balanced Scorecard zugrunde gelegte penible *Ursache-Wirkungs-Analyse* bei der BSK wenig hilfreich [Hervorhebung im Original]“ (Abel 2003: 11).

Für den Einsatz der BSK werden mehrere Bereiche ausgemacht, die sich auf die Betriebsratsarbeit beschränken (einzelne Projekte des Betriebsrats oder die Beteiligungs politik des Betriebsrats während einer Wahlperiode) oder auf Einzelprojekte im Betrieb erstrecken. Angeführt werden ein abgestimmtes Set von Projekten oder einzelne bedeutende Umstrukturierungsprojekte (Technologieberatungsstelle NRW 2002).

Bei der Einführung einer BSK ist eine Reihe von Vorteilen, aber auch von Schwierigkeiten aufgetreten. Vor allem wird die hohe Motivation hervorgehoben, die mit der BSK-Erstellung und Nutzung einhergeht. Positiv sind weiterhin u.a. die verbesserte Transparenz, die Aktivierung von bisher eher stillen Vertretern in der Personalvertretung und rein pragmatische Aspekte wie die Verkürzung von Besprechungszeiten. Als Herausforderungen haben sich u.a. die Abwägung von neuen, durch die BSK initiierten Ideen und das Festhalten an alten Zielen herausgestellt. Damit verbunden ist eine neue Aufteilung der zeitlichen und personellen Ressourcen.

Die Bedeutung der BSK für die gewerkschaftliche Betreuungsarbeit besteht darin, „dass die Kooperation zwischen Personalrat und Gewerkschaft klarer und transparenter werden kann. Die Arbeit lässt sich auf gemeinsamer Basis besser strukturieren, verbindlicher verteilen und die Betreuungsarbeit ist besser planbar. (...) Kritisch ist allerdings zu hinterfragen, ob nicht aus dem Blickwinkel der gewerkschaftlichen Organisations- und Durchsetzungskraft mit der BSK-Anwendung ein Zielkonflikt zwischen den gewerkschaftlichen Interessen und den strategischen Zielen in der Personalratsarbeit entsteht“ (Herbing in: Abel 2004: 32).

Eine andere Form der Weiterentwicklung für einzelne Akteure stammt ebenso wie die ursprüngliche BSC aus den USA – die Personal Balanced Scorecard (PBSC). Die PBSC soll nach Rampersad (2006) den Weg zum individuellen Glück, zur persönlichen Integrität und zur organisationalen Effektivität weisen. Auch Manager sollen mit der PBSC in die Lage versetzt werden, ihre Mitarbeiter zur Unternehmensintegrität bei gleichzeitig ausgewogener Work-Life-Balance anzuleiten. Ansatzpunkt des Konzepts ist eine intensiviertere Innenansicht der eigenen Person, um auf diese Weise die emotionale und spirituelle Intelligenz zu verbessern. Das Resultat soll in einem tieferen Bekenntnis zur Selbstverantwortlichkeit und in einer Steigerung des sogenannten proaktiven Handelns bestehen. Gleichzeitig soll das extrinsisch motivierte Handeln – durch Angst oder Anreizsysteme – zurückgefahren und der kollegiale Umgang in Organisationen verbessert werden. Hervorgehoben wird die Bedeutung der durch die PBSC initiierten persönlichen Veränderung. Viele BSC-Projekte seien gerade daran gescheitert, dass sie nicht auf persönliche Veränderungsprozesse eingegangen sind und allein auf den Wandel der Organisation gesetzt haben. Rampersad (2006) bezieht sich explizit auf Stress in Organisationen und dessen gesundheitsrelevante negative Auswirkungen wie Burnout. Die PBSC ist Bestandteil seines Gesamtmodells der Total Performance Scorecard. Zu den weiteren, sich mit der PBSC überschneidenden Bestandteilen gehören die Organizational Balanced Scorecard, das Total Quality Management und das Talent Management.

3.3 Implementierungserfahrungen

Die im Folgenden dargestellten BSC-Implementierungserfahrungen beziehen sich auf

- a. den Ablauf
- b. mögliche Hindernisse
- c. sowie darüber hinaus gehende Erfahrungen

a) Ablauf der BSC-Implementierung

Eine erste Überlegung bei der Einführung einer BSC kann sich darauf beziehen, ob sie für das gesamte Unternehmen oder nur einzelne Bereiche Gültigkeit haben soll. Wird bedacht, dass die BSC letztlich die Ausrichtung und Steuerung des Unternehmens maßgeblich beeinflusst, könnte von der ersten Variante ausgegangen werden. Die Erfinder der BSC plädieren jedoch in der Frage der Organisationseinheit für eine BSC dafür, die Erstversion einer BSC zunächst für strategische Geschäftseinheiten zu entwerfen, in denen die gesamte Wertschöpfungskette integriert ist. Diese BSC soll dann als Ausgangspunkt für abteilungs- bzw. funktionspezifische BSCs verwendet werden. Hinsichtlich einer BSC auf der Unternehmensebene führen die BSC-Gründer aus: „Solch eine unternehmensweite Scorecard schafft einen gemeinsamen Rahmen, eine Unternehmensschablone über Themen und gemeinsame Visionen, die in den Scorecards der einzelnen SGEs [strategischen Geschäftseinheiten] verwirklicht werden müssen“ (Kaplan & Norton 1997: 35).

Davon abzugrenzen ist die Fragen nach den Schritten der Implementierung. Drei Varianten seien an dieser Stelle skizziert. Kaplan und Norton (1997) beginnen mit der Festlegung von Zielsetzungen für ein BSC-Programm und der Benennung der Akteure, die die BSC gestalten und das Implementierungsprojekt leiten sollen. Der Aufbau einer BSC wird in vier Schritte mit zehn damit verbundenen Aufgaben eingeteilt. In einem ersten Schritt wird die Definition der Kennzahlenarchitektur empfohlen. Erst in einem zweiten Schritt soll ein Konsens über die strategische Zielsetzung geschaffen werden. Daran schließt sich die Auswahl und die Gestaltung geeigneter Kennzahlen an. Dem vierten Schritt ist die Erstellung eines Umsetzungsplans vorbehalten. Die Erstellung einer ersten BSC – nicht deren Umsetzung – kann nach Erfahrungen der BSC-Erfinder innerhalb von 16 Wochen gelingen.

Kaplan und Norton (1993) berichten auch von konkreten Implementierungserfahrungen. Bei der Firma Rockwater wurde dem Management durch die BSC das Prozesshafte des operativen Geschäfts deutlich. Zudem konnten die Belegschaft motiviert und die Kundenrückmeldungen stärker berücksichtigt werden. Es wurde die Notwendigkeit erkannt, Partnerschaften mit Kernkunden aufzubauen. Bei Apple diente die BSC als Planungsratgeber und nicht als Kontrollinstrument. Mit der BSC wurde in

erster Linie die strategische Unternehmensausrichtung in den Blick genommen – nicht die operativen Änderungen. Darüber hinaus wurde mit der BSC eine Sprache messbarer Outputs gefunden, mit der man Programme besser aufsetzen konnte. Resümierend wird berichtet, dass die BSC sich dann als sehr erfolgreich herausstellt, wenn sie den Prozess des unternehmerischen Wandels antreibt.

Das Horváth & Partners-Modell zur Implementierung einer BSC ist in fünf Phasen eingeteilt (Horváth & Partners 2004). Es startet mit der Schaffung des organisatorischen Rahmens, der im Unterschied zu Kaplan und Norton z.B. bereits die Benennung der BSC-Architekten enthält. Die zweite Phase – die Klärung strategischer Grundlagen – ähnelt sich wiederum. Die BSC-Entwicklung erfolgt in der dritten Phase. Hier werden beispielsweise Ziele benannt, Strategie-Landkarten erstellt und Kenngrößen ausgewählt. Es folgt die Phase der unternehmensweiten Einführung der BSC bzw. die Abstimmung der verschiedenen BSCs – der Roll-out. Mit der fünften Phase soll der dauerhafte Einsatz der BSC gesichert werden. Im Mittelpunkt steht die Verzahnung mit anderen Managementansätzen.

Friedag und Schmidt (2002) benennen sieben Schritte für die BSC-Erstellung.

1. Leitbild und Leitziel formulieren
2. strategisches Koordinatensystem für die Führungs-Scorecard entwickeln
3. Auswahl strategiefokussierter Aktionen
4. Aktionen zu strategischen Projekten bündeln
5. strategische Projekte umsetzen und Verantwortung festschreiben für die Organisation der praktischen Arbeit
6. Berichts-Scorecard erstellen
7. Lernprozess organisieren

b) Hindernisse bei der BSC-Implementierung

Nagel und Dietl (2009) führen Fallstricke bei der Anwendung der BSC-Methode an. Ein erster Fallstrick besteht darin, dass die Strategie und die BSC von Stäben und Beratern erarbeitet und verwaltet werden. „Die Entwicklung einer Strategie lässt sich nicht delegieren. Das Top-Management hat selbst die Führung für diesen Managementprozess zu übernehmen (Nagel & Dietl 2009: 85). Nachteilig wirkt es sich des Weiteren aus, wenn keine tiefere Sinnverständigung des Geschäftsmodells erarbeitet wird. Abgezielt werden sollte auf eine einheitliche Ausrichtung und weniger auf Kontrollmechanismen. Damit verbunden ist der Fallstrick, den Schwerpunkt auf die Kennzahlenanstatt auf die Aktionsorientierung zu legen. „Wer mit der Strategieumsetzung wartet,

bis alle Kennzahlen einer BSC genügend quantifiziert sind, muss möglicherweise seine Strategie schon wieder überarbeiten, bevor begonnen wurde, sie umzusetzen“ (Nagel & Dietl: 85). Erschwert wird die Implementierung der BSC auch dann, wenn der Kommunikationsbedarf der Maßnahmen unterschätzt wird. Außerdem wird gerade in der Anfangsphase zur Bescheidenheit geraten. Die Überkomplexität der BSC, beispielsweise durch die verfrühte Kombination mit Zielvereinbarungen oder variablen Vergütungssystemen, gilt es zu verhindern. Ein letzter Fallstrick besteht nach Meinung der Autoren dann, wenn die BSC nicht als Managementprozess verstanden wird. Es sollte deutlich werden, wann und wie die Informationen der BSC verarbeitet und in Aktivitäten umgesetzt werden. Insgesamt wird der BSC zugesprochen, dass sie „trotz ihrer Einfachheit ein komplexes und anspruchsvolles Steuerungswerkzeug im Sinne eines Kompasses bei der Strategieimplementierung [ist]. (...) Auch mit einer Balanced Scorecard wird es nicht gelingen, die Unberechenbarkeit einer modernen Organisation, das Unvorhersehbare und Überraschende des Organisationslebens zu berechnen (ebenda: 85).

Auch Hahn und Kaufmann (2002) haben sich mit den praktischen Problemen bei der Einführung und Nutzung einer BSC auseinandergesetzt. Sie sind der Frage nachgegangen, warum die BSC trotz ihrer relativen Einfachheit, guten Verständlichkeit und Übersichtlichkeit in der Praxis oft scheitert. Sie benennen erstens Motivationsprobleme (alter Wein in neuen Schläuchen, Beratungsmüdigkeit, Perfektionsmentalität im BSC-Team, falsche Erwartungshaltung, dass mit der BSC ein deterministisches Rechenmodell erstellt wird). Aus dem relativ übersichtlichen Endergebnis einer BSC könne schnell der Eindruck entstehen, dass ihre Erstellung relativ simpel ist. Schwierig werde es, wenn es z.B. noch keine Strategie gibt oder das Unternehmen vielen Veränderungsprozessen ausgesetzt ist. Entscheidend sei dann die Unterstützung durch das Top-Management. Als zweiten Problembereich identifizieren die Autoren methodische Schwierigkeiten bei der BSC-Darstellung, wobei mehrere Ursachen in Frage kommen können. Z.B. lässt die Interpretation der Strategie zu viele Spielräume offen oder die Selektion und der Detaillierungsgrad der ca. 20 Kennzahlen der BSC stellt eine zu große Herausforderung dar. Als größtes Problem wird die Herstellung von Beziehungen zwischen den Zielen beschrieben. Die Strategie-Landkarten oder Ursache-Wirkungs-Ketten werden häufig nicht sorgfältig erarbeitet (als Gegenmittel wird u.a. empfohlen, eine Story of Strategy zu erzählen, die die BSC ergänzt). Weiterhin werden Fehler in der Zusammenstellung des BSC-Teams benannt (zu groß oder zu heterogen, keine Hinzuziehung von Personen aus dem Betriebsrat). Als letztes Problem wird die unzureichende Moderatorenqualität beschrieben. Der dritte Problembereich betrifft den BSC-Einsatz. Die Begeisterung für die BSC könne abebben, wenn a) die finanziellen Kennziffern schlecht werden, b) die BSC nicht entsprechend allgegenwärtig gemacht wird, c) die BSC zu wenig mit Finanzanalysten, Beiräten und Aufsichtsräten kommuniziert wird, d) die Strategie geändert wird ohne das gleichzeitig die BSC überarbeitet wird, e) die BSC nicht bei Managemententscheidungen Berücksichtigung findet, f) sich das Führungskräftever-

halten nicht mit der in der BSC veranlagten Strategiemsetzung deckt und g) die BSC ohne Softwareunterstützung angewendet wird.

c) Weitere Implementierungserfahrungen

Bacher (2004) berichtet vom Einsatz systemischer Interventionsformen bei der Einführung einer BSC. Resümierend wird festgehalten, dass das rationale Weltbild der BSC und der konstruktivistische Ansatz systemischer Interventionen auf den ersten Blick nicht gut zusammenpassen. Dennoch werden Vorteile darin gesehen, dass die „Systemtheorie und das Konzept der Balanced Scorecard einander nicht grundlegend widersprechen, sondern vielmehr in wesentlichen Bereichen anschlussfähig sind. Auf einer theoretischen Ebene lassen sich mehrere sinnvolle Anwendungsmöglichkeiten systemischer Interventionsformen erkennen. Die Fallstudie belegt, dass mit der Anwendung systemischer Interventionsformen ein nachhaltig erfolgreicher BSC-Prozess implementiert werden kann“ (Bacher 2004: 109-110). Angewendete Interventionsformen waren beispielsweise systemische Fragen, metaphorische Techniken (z.B. Skulpturarbeit und Aufstellungen) sowie Kommentare (z.B. Reframing).

Bauer (2003) entwickelte einen Leitfaden zur strategischen Verwaltungsführung mit der BSC. Er bestätigt – wie in Kapitel 3.2 dargelegt – die Übertragbarkeit des BSC-Konzepts und ihrer methodischen Ansätze auf Organisationen des öffentlichen Dienstes. „Allerdings ist der Weg weit, Lernprozesse auf vielen Ebenen werden ausgelöst, viele Selbstverständlichkeiten werden in Frage gestellt und es bedarf eines klaren Willens, guter Abstimmung und mutiger Entschiedenheit der verantwortlichen Führungskräfte. In diesem Sinne lässt sich die BSC nicht einführen, ohne dass viele gewohnte Haltungen und Verhaltensweisen verändert werden“ (Bauer 2003: 4). Bei der BSC-Einführung wird in zehn Schritten vorgegangen, wobei auffällt, dass die Einbindung der Mitarbeiter erst im letzten Schritt vorgesehen ist.

Nach Horváth, Gamm und Isensee (2009) kann die BSC dazu beitragen, folgende Schwierigkeiten zu überwinden. Statt einer unzureichenden Strategiediskussion fördert die BSC die Festlegung strategischer Ziele und die Beschäftigung mit grundlegenden Ursache-Wirkungs-Beziehungen. Der strategischen Unausgewogenheit stehen die Betrachtung von finanziellen und nicht finanziellen Zielen über die vier BSC-Perspektiven sowie die Berücksichtigung zentraler Einflussgrößen gegenüber. Die mangelnde Konkretisierung der Strategie soll durch die Benennung operativer Maßnahmen behoben werden. Dass Strategien den Mitarbeitern häufig zu wenig bekannt sind, soll durch die Visualisierung der Strategie und die Spezifizierung der Top-BSC in BSCs für untergeordnete Einheiten behoben werden. Schließlich bietet die Messung der Zielerreichung mittels Kennzahlen die Möglichkeit zur Verbesserung des Strategie-Controllings.

Zusammenfassend sollen einige Ergebnisse der Studie von Stöger (2007) mit ca. 650 Führungskräften aus allen Funktionsbereichen und Branchen vorgestellt werden, die die Einschätzung über die Motive der Einführung der BSC, ihren Nutzen, aber auch über verursachte Schäden wiedergeben. Hauptmotiv für die Einführung der BSC ist danach die Umsetzung von Strategien (38 %). Rund ein Viertel der Befragten gibt an, keine Strategie zu haben und darum ist die BSC eingeführt worden. Knapp 20 % wollen mit einer BSC unterschiedliche Berichtssysteme ihres Unternehmens zusammenfassen. Der Hauptnutzen der BSC besteht darin, dass sie ein gut nutzbares Kommunikationsinstrument ist (76 %). Rund zwei Drittel geben an, dass die BSC ein einfaches Management-Cockpit ist. Bezüglich der mit der BSC verursachten Schäden ist auffällig, dass 80 % das Vortäuschen von Ausgewogenheit bei Dominanz der Finanz-Scorecard benennen. Damit scheint ein Hauptanliegen der BSC konterkariert, das gerade in der ausgeglichenen Darstellung der verschiedenen BSC-Perspektiven liegt. Über zwei Drittel geben zudem an, dass es zu einer Verwechslung der BSC mit der Strategie gekommen ist. Knapp 60 % sprechen sich dafür aus, dass die mit der BSC verbundene Berichtsbürokratie wenig Bezug zur Realität hat. Stöger (2007) resümiert: „Eine BSC funktioniert nicht automatisch, sondern muss von Anfang an gesteuert werden. (...) Nach wie vor gilt aber, dass die BSC in vielen Organisationen zu einer Systematisierung von Management, zur Umsetzungsstärke und zu besseren Ergebnissen geführt hat“ (Stöger 2007: 33). Nach wie vor scheint es aber immer noch keine hinreichenden Erfahrungen zu geben, anhand derer erfolgreiche von weniger erfolgreichen Konstellationen für das Gelingen einer BSC-Implementierung gegeneinander abgegrenzt werden können (Friedag & Schmidt 2009).

3.4 Verbreitung

Die BSC ist in den letzten Jahren nicht nur im angloamerikanischen Raum, sondern auch in vielen deutschen Unternehmen eingeführt worden. Wenngleich repräsentative Zahlen zur Verbreitung der BSC fehlen, kann ihre Anwendung gerade in Großunternehmen vielfach vorausgesetzt werden. Wie weit die BSC weltweit oder in deutschen Unternehmen verbreitet ist, vermag allerdings niemand genau zu sagen. Der Teilnehmerkreis solcher Studien ist oftmals sehr eingeschränkt hinsichtlich der Branchenauswahl und der Größe. Stellvertretend sei eine Untersuchung von Abel (2001) herangezogen, in der er festhält: „Dabei zeichnet sich kein klares Bild darüber ab, ob die BSC in größeren Unternehmen anteilig grundsätzlich häufiger oder seltener als beispielsweise in KMU [kleine und mittlere Unternehmen] verwendet wird. Die insgesamt kleine Datenlage lässt diesbezüglich keine Rückschlüsse zu“ (Abel 2001: 7). Genauere Angaben liefern Friedag und Schmidt (2009). Sie berichten, dass sich die BSC bei etwa 24 % der börsennotierten und 35 % der mittelständischen Unternehmen im deutschsprachigen Raum etablieren konnte und halten dies für einen vergleichsweise hohen Durchdringungsgrad. In einer Untersuchung unter 174 börsennotierten Unternehmen im deutschsprachigen Raum geben 25 % der Befragten an, eine BSC implementiert zu

haben. Davon nutzen allerdings die Hälfte die BSC als ein reines Kennzahlensystem (Speckbacher, Bischof, Pfeiffer 2003). Einer weiteren Umfrage nach setzen 50 % der 50 umsatzstärksten deutschsprachigen Unternehmen die BSC zur Operationalisierung ihrer Strategie ein (Becker, Schwerdtner, Seubert 2005). Erhebungen unter den 800 umsatzstärksten Unternehmen Deutschlands haben ergeben, dass ca. 20 % der befragten Unternehmen die BSC im Rahmen ihrer BGM-Aktivitäten nutzen (EuPD Research 2007 und 2010). Dabei sind jedoch keine Ausgestaltungsformen der BSC und der Einbezug von BGM-Themen untersucht worden.

Eine Überblicksstudie (Karau & Bach 2005) kommt schließlich zu dem Ergebnis, dass der Einsatz der BSC in deutschsprachigen Unternehmen im Zeitverlauf zugenommen hat und die Studien zunehmend ausdifferenzierte Fragestellungen umfassen. Trotz dieser Entwicklung könne der von Kaplan und Norton postulierte positive Effekt auf den Unternehmenserfolg nach wie vor nicht empirisch bestätigt werden. In Ergänzung zu Kapitel 3.2 werden in der Überblicksstudie weitere Einzelfallbeispiele für die Weiterentwicklung der BSC erwähnt. Sie beziehen sich in erster Linie auf funktionale BSC, z.B. für den Einkauf oder den Vertrieb. Allerdings wird auch der Einsatz einer BSC zur Beurteilung eines Akquisitionsvorhabens beschrieben. Mit dieser hypothetischen BSC sollen die Prognosen für die Phase nach der Übernahme erleichtert werden. Tabelle 1 fasst die empirischen Studien zum BSC-Einsatz im deutschsprachigen Raum zusammen. Die jeweils geringen Stichprobengrößen veranlassen auch bei dieser Übersichtsstudie dazu, auf die begrenzte Aussagekraft hinsichtlich der Repräsentativität hinzuweisen.

Tabelle 1: Empirische Studien zum BSC-Einsatz im deutschsprachigen Raum

Autoren	Jahr	Stichprobe	Kernaussagen
IDS Scheer (Brabänder/ Hilcher 2001)	2001	159 zufällig ausgewählte deutschsprachige Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • 16 % der Befragten haben bereits eine BSC, 58 % planen eine Einführung • nichtfinanzielle Führungsinformationen, Umsetzung der Strategie in Aktionen und Verbesserung der Steuerung als Hauptgründe für die Einführung BSC • Verbesserung des strategischen Denkens (92 %) und des strategischen Handelns (88 %) als Hauptnutzen der BSC
Speckbacher et al.	2001	174 börsennotierte Unternehmen des deutschsprachigen Raums	<ul style="list-style-type: none"> • 25 % der Befragten haben eine BSC implementiert • 12,5 % (=50 % der Anwender) haben nur eine Minimal-BSC, d.h. Kennzahlensystem ohne Abbildung der Strategie • nur 7 % der Befragten haben eine ausgewogene BSC mit Strategiebezug und Ursache-Wirkungsbeziehungen • BSC wird überwiegend als Mittel zur Steigerung des Shareholder Value verstanden • Nutzer einer voll ausgebauten BSC sind zufriedener als die Minimalanwender

Bauer/Klenk	2002	41 der größten Kreditinstitute der BRD, Österreich und der Schweiz	<ul style="list-style-type: none"> • 38,1 % der Befragten setzen eine BSC ein • Erfolgskontrolle und Kommunikation als Hauptmotivation (jeweils 22 %) • Strategiekonforme Ausrichtung der Aktivitäten als Hauptnutzen (38,9 %)
Meißner (abgedruckt in Zdwomyslaw et al. 2003)	2002	40 der umsatzstärksten Unternehmen und 31 Mittelständler	<ul style="list-style-type: none"> • 39 % der Befragten setzen eine BSC ein • weitere 23 % planen eine Einführung • durchschnittlich insgesamt 22 Kennzahlen • interne Kennzahlen überproportional repräsentiert
Horváth & Partner	2003	100 Unternehmen, die BSC einsetzen	<ul style="list-style-type: none"> • die Befragten sehen sich erfolgreicher als ihre Konkurrenz • Hauptgründe für die Einführung waren Strategieumsetzung, Transparenz und Kommunikation • Hauptnutzen sind Verbesserungen der Qualität, Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit
Becker et al.	2004	50 der umsatzstärksten deutschsprachigen Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • 50 % der Teilnehmer setzen die BSC als Instrument zur Operationalisierung ihrer Strategie ein • die Kopplung der BSC an Anreizsysteme führt zu einer Verbesserung der Strategieumsetzung • Unternehmen mit BSC-basiertem Anreizsystem sind hinsichtlich Umsatz und Jahresüberschuss erfolgreicher als ihre Wettbewerber

Quelle: Karau & Bach 2005: 18

3.5 Mitbestimmung

Die BSC ist als ein Managementsystem konzipiert, mit der die Strategiefindung und deren Umsetzung erleichtert werden soll. Damit liegt die Ausgestaltung der BSC zunächst in den Händen der obersten Leitungsebenen eines Unternehmens. Immer wieder wird jedoch betont, dass die BSC nur dann erfolgreich eingesetzt werden kann, wenn die Belegschaft über die BSC umfassend informiert und in ihren Erstellungsprozess eingebunden wird. „Die Balanced Scorecard betont, daß finanzielle und nicht finanzielle Kennziffern ein Teil des Informationssystems für Mitarbeiter aller Organisationsebenen sein müssen“ (Kaplan & Norton 1997: 8).

Wie sieht es jedoch fernab dieser Forderungen mit der Einbeziehung beispielsweise der Arbeitnehmervertretungen aus? Abel (2001) kommt zu dem Ergebnis, dass die „Beteiligung des Betriebsrats an der Einführung und Gestaltung der BSC (...) deutlich geringer ausgeprägt [ist] als beispielsweise seine rechtzeitige Information über dieselbe“ (Abel 2001: 14). Weiterhin heißt es: „Im Lichte aller Kennzahlen lässt sich somit eindeutig feststellen, dass ohne Beteiligung des Betriebsrats bei der Mitarbeiterperspektive eher die Kennzahlen aufgenommen werden, mit denen die Beschäftigten tendenziell Nachteile verbinden; also diejenigen, die den Mitarbeiter weitgehend als Wertschöpfungsfaktor bewerten. Wenn der Betriebsrat allerdings beteiligt wird, sind

„mitarbeiterfreundliche“ Kennzahlen, die die Unternehmen gewissermaßen im Sinne ihrer Beschäftigten in die Pflicht nehmen, tendenziell eher Bestandteil der Mitarbeiterperspektive“ (Abel 2001: 17). Diesen Aussagen ist hinzuzufügen, dass sie auf einer schmalen Datenbasis von lediglich 19 Betriebsräten beruhen. Unterstützt die BSC die zunehmend wichtiger werdende Rolle der Betriebsräte als „Co-Manager“ (Müller-Jentsch 1998) und schafft sie – wie von Abel und Wannöffel (2002) behauptet – einen neuartigen Zugang für Betriebsräte in Unternehmensentscheidungen? Die Fallbeispiele scheinen dies zu bestätigen. Die Betriebsräte hätten sich „auf gleicher Augenhöhe“ mit der Geschäftsleitung befunden, die darüber hinaus durch die BSC zu einer größeren Verbindlichkeit hinsichtlich der vereinbarten Ziele, Strategien und Maßnahmen angehalten worden seien (Abel & Wannöffel 2002).

„Die Einführung der Balanced Scorecard bietet dem Betriebsrat die Möglichkeit, die Mitbestimmung bei unternehmerischen Entscheidungen auszuweiten – nicht juristisch, aber doch in der Praxis“ (Abel et al. 2003: 68). Welche Möglichkeiten der Mitbestimmung durch das Betriebsverfassungsgesetz gegeben sind, hat Däubler (2000) untersucht. Bezogen auf die Grundsatzentscheidung über die Einführung einer BSC kommt er hinsichtlich der Einbeziehung des Wirtschaftsausschusses zu dem Ergebnis, dass dieser „davon zu unterrichten ist, wenn die Unternehmensleitung die Einführung von BSC plant. Dies muß vor einem entsprechenden Grundsatzbeschluß des Leitungsorgans erfolgen, um so dem Wirtschaftsausschuß die Möglichkeit zu eröffnen, seine Auffassung noch vor einer definitiven Festlegung der Arbeitgeberseite darzulegen“ (Däubler 2000: 16). Für die BSC relevant sind der § 106 Abs. 3 Nr. 3 BetrVG (wenn mit der Einführung der BSC Investitionen verbunden sind), der § 106 Abs. 3 Nr. 5 BetrVG (wenn neue Arbeitsmethoden – die Art und Weise des Eingehens der Arbeitskraft betreffend – eingeführt werden) und der § 106 Abs. 3 Nr. 10 BetrVG (wenn sonstige Vorgänge und Vorhaben, welche die Interessen der Arbeitnehmer des Unternehmens wesentlich berühren können, vorliegen).

Bezüglich der Mitwirkung und Mitbestimmung des Betriebsrats nach §§ 111 ff. BetrVG fällt das grundsätzliche Fazit wie folgt aus: „Bezogen auf die hier interessierende Problematik, bedeutet dies, daß § 111 BetrVG weder im Vorfeld einer Entscheidung über die grundsätzliche Einführung noch im Zeitpunkt unmittelbar danach eingreift: So wie das Modell beschaffen ist, liegt in beiden Situationen noch kein ausreichender Bezug zu einer konkreten Betriebsänderung vor. (...) Wie die Ziele im einzelnen beschaffen sind, was man mit Rücksicht auf die vier Perspektiven an der vorhandenen betrieblichen Struktur ändert, ergibt sich erst aus den weiteren Umsetzungsschritten. (...) In einem späteren Stadium können die Voraussetzungen des § 111 BetrVG durchaus erfüllt sein. Dies läßt sich allerdings nur im Einzelfall beurteilen“ (ebenda: 19-20). Hinsichtlich der Unterrichtung und Beratung nach § 90 BetrVG wird hingegen festgehalten, „daß der Betriebsrat über die beabsichtigte Anwendung von BSC und die einzelnen Konkretisierungsschritte zu unterrichten ist. Entsprechend § 90 Abs. 2 BetrVG müssen die anschließenden Beratungen zeitlich jeweils so angelegt sein, daß die Po-

sition des Betriebsrats bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt werden kann. (...) Soweit der Betriebsrat nicht über die erforderliche eigene Sachkunde verfügt, kann er nicht nur an entsprechenden Schulungs- und Bildungsveranstaltungen nach § 37 Abs. 6 BetrVG teilnehmen. Vielmehr kann er sich durch einen Sachverständigen beraten lassen“ (Däubler 2000: 21-22).

Einzelne Mitbestimmungstatbestände können sich insbesondere durch Zielsetzungen und deren Messungen in der Kunden- (z.B. Ermittlung der Kundenzufriedenheit) und der Prozessperspektive (z.B. wenn das Verhalten der Arbeitnehmer überprüft werden soll, wenn stärker als bisher Kontrollmechanismen eingesetzt werden) ergeben. Bei Kundenbefragungen wird kein Mitbestimmungsrecht gesehen, wenn Kunden von dem Arbeitgeber oder einem Dritten befragt werden und kein Personenbezug besteht. Dies ändert sich, wenn die Kunden nach ihrer Meinung über die Beschäftigten befragt werden. Ggf. handelt es hier um einen Personalfragebogen nach § 94 BetrVG oder um Erhebungen, die zur Verhaltens- und Leistungskontrolle genutzt werden können und so nach § 87 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 6 BetrVG der Mitbestimmung unterliegen. Bei Mitarbeiterbefragungen greift § 94 BetrVG, wenn sie namentlich zu zeichnen sind. Gleiches gilt, wenn Arbeitnehmer nach ihrer Selbsteinschätzung gefragt werden. Sind die Fragebögen anonym auszufüllen, ist § 94 BetrVG nur dann relevant, wenn sich Möglichkeit zum Rückschluss auf bestimmte Personen oder überschaubare Gruppen ergeben.

Bei der Erfassung krankheitsbedingter Fehlzeiten greift § 87 Abs. 1 Nr. 6 BetrVG. Ggf. bietet sich die Prüfung einer vorhandenen Betriebsvereinbarung zur Datenverarbeitung an. Krankengespräche auf Grundlage solcher Daten sind mitbestimmungspflichtig. Die Erhebung von Daten zur Fluktuation gilt als reine Statistik der Zu- und Abgänge und ist nicht mitbestimmungspflichtig.

Beim Thema Weiterbildung existieren Mitbestimmungsrechte, wenn der Kenntnisstand von Beschäftigten abgefragt wird (§ 94 BetrVG) und bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Berufsbildung (§ 98 BetrVG).

Werden Zielgrößen für einzelne Mitarbeiter definiert, werden u.U. Zielvereinbarungen getroffen. Individuelle Abmachungen dieser Art sind im Prinzip mitbestimmungsfrei. Werden jedoch Mitarbeitergespräche im Verhältnis zu einer Gruppe oder Kategorie von Arbeitnehmern (und damit mit kollektivem Bezug) geführt, deren Gegenstand die in Aussicht genommenen Zielvereinbarungen sind, besteht ein Mitbestimmungsrecht. Kann die Höhe der zusätzlichen, an das Erreichen des vereinbarten Ziels gekoppelten Vergütung von den betreffenden Arbeitnehmern beeinflusst werden, liegt ein leistungsbezogenes Entgelt vor, das nach § 87 Abs. 1 Nr. 11 BetrVG der Mitbestimmung unterliegt.

Schließlich besteht nach § 87 Abs. 1 Nr. 12 BetrVG ein Mitbestimmungsrecht bezüglich der Grundsätze über das betriebliche Vorschlagswesen. Dessen Förderung dient nicht nur der Erhöhung der Produktivität, sondern es soll gleichzeitig einen Beitrag zur

Humanisierung des Arbeitslebens und zur Persönlichkeitsentwicklung leisten. Betriebliche Vorschläge müssen eine Zusatzleistung darstellen, die über das arbeitsvertraglich Geschuldete hinausgehen. Der Betriebsrat kann lediglich die Grundsätze mitbestimmen.

3.6 Balanced Scorecard aus systemtheoretischer Sicht

Mit diesem Kapitel wird die BSC aus systemtheoretischer Perspektive beleuchtet, um kurz die Theoriekritik aus Kapitel 3.1 (Weber & Schäffer 2000a und 2000b, Körnert 2006) aufzugreifen. Als zentrale Bausteine der Systemtheorie können die Kybernetik 2. Ordnung, das Autopoiesekonzept und der Radikale Konstruktivismus betrachtet werden.

Bei Hülsbeck (2007) findet der Aspekt Berücksichtigung, dass sich Organisationen als komplexe Systeme einer direkten Steuerung entziehen und daher keine einfachen Input-Output-Beziehungen vorausgesetzt werden können (Gouvernabilität). Es wird weiterhin auf die Gefahren hingewiesen, dass mit der BSC lineare und strikt gekoppelte Zusammenhänge unterstellt werden können (Linearität) und beabsichtigte Wirkungen auf nur wenige – und gleichzeitig bekannte – Ursachen zurückgeführt werden (Kausalität). Zudem wird darauf hingewiesen, dass die verschiedenen Organisationseinheiten eines Unternehmens keinem einheitlichen Regelwerk unterliegen (Homogenität).

Ein weiterer Beitrag (Körnert & Wolf 2008) kommt zu dem Ergebnis, dass die Konzeption der BSC mit wesentlichen Elementen der Systemtheorie in Einklang steht. Begründet wird die Auffassung damit, dass sich die Reduktion von Komplexität eines Systems mittels Steuerung und Regelung in der Architektur der BSC wieder findet. Durch Steuerung soll ein System zu einer bestimmten Art von Verhalten angeleitet werden, um Ziele zu erreichen. Mit der Vision wird eine solche Zielkonzeption in das Zentrum der BSC gestellt und in den verschiedenen BSC-Perspektiven zu Teilzielen weiterentwickelt. Gleichzeitig werden in den Perspektiven informationelle Anweisungen durch die geplanten Maßnahmen gegeben. Der Aspekt der Regelung – verstanden als eine Rückkopplung einer Abweichung von einem Ziel – wird im Sinne eines strategischen Feedbacks und Lernens aufgegriffen. Die BSC ist derart angelegt, dass sie durch mehrfache Rückkopplungsschleifen einen kontinuierlichen geschlossenen Kreislauf zur Regelung von Abweichungen sicherstellt. Schließlich wird mit der BSC auch das Management rekursiver Unternehmensstrukturen unterstützt. Im Unterschied zu hierarchischen Strukturen finden sich bei rekursiven Strukturen in den Subsystemen eines Unternehmens immer gleiche Muster, welche die Konsistenz des Unternehmens insgesamt erhalten sollen.

Zu einem positiven Fazit kommt auch eine Arbeit von Strohhecker (2003), in der die BSC als ein kybernetisches Steuerungsinstrument bezeichnet wird. Wenngleich Regelung und Steuerung in diesem Beitrag nicht wie bei Körnert und Wolf (2008) dif-

ferenziert werden, werden mit der BSC Vorteile für den kontinuierlichen Entscheidungs- und Handlungsprozess für Manager – die als Kybernetiker bezeichnet werden – ausgemacht. Im Vergleich zu Unzulänglichkeiten traditioneller Navigationssysteme mit dem Fokus auf Finanzkennziffern wird bei der BSC die Ausgewogenheit der vier BSC-Perspektiven und damit die Möglichkeit der holistischen Unternehmensdarstellung gelobt. Als fortschrittlich wird weiterhin die durch die Verknüpfung der vier Perspektiven gegebene frühzeitige Warnung vor Fehlentwicklungen eingeordnet. Hierdurch kann der Regelkreis der operativen Steuerung optimiert werden. Abschließend wird in der BSC der Nutzen gesehen, die operative und die strategische Planung besser zu integrieren. Um diese Vorteile zur Geltung zu bringen, wird die Notwendigkeit eines auf die jeweiligen Unternehmensbereiche angepassten Systems von mehreren BSCs betont.

Mehrere der bisherigen Punkte werden in einer Veröffentlichung (Würzl 2005) angesprochen, in der die BSC in den Kontext eines systemischen Managements gestellt wird. Mit Hilfe der BSC wird innerhalb der anerkannten Komplexität nach den entscheidenden Leistungstreibern für die Entwicklung des Unternehmens gesucht. Das regelmäßige Hinterfragen von strategischen Zielen und Maßnahmen impliziert die für die Systemtheorie wichtigen Aspekte der Selbst- und Fremdreferenz sowie die grundsätzliche Offenheit der Zukunft in Form der Kontingenzt. Die BSC wird gerade dort als lohnenswert erachtet, wo sich einzelne Abteilungen oder strategische Geschäftseinheiten als Subsysteme autopoietisch und durch selbstreferentielle Operationen weiterentwickeln und der Blick für das gesamte Unternehmen verloren geht. Eine weitere Stärke bzw. Möglichkeit – und gleichzeitig ein Bezug zur Systemtheorie – wird in der Vermittlung von Sinn durch die BSC an jeden einzelnen Arbeitsplatz innerhalb eines Unternehmens identifiziert. Der Verfasser betrachtet die Balanced Scorecard als „eine an einer Strategie orientierte, autopoietisch verfasste, in die Zukunft gerichtete Selbstbeschreibung eines Unternehmens oder einer Organisation im Allgemeinen“ (Würzl 2005: 109).

3.7 Zwischen-Fazit

Die BSC bietet eine Konzeption, mit deren Hilfe die strategische und die operative Unternehmensebene verbunden werden und Unternehmen ganzheitlich unter Einbeziehung der Stakeholder geführt werden können – unter Beachtung der Anwendungsgrenzen und in Kombination mit anderen Managementsystemen (Baust 2008). Etwas weniger positiv fällt die Zwischenbewertung des BSC-Ansatzes bei Diensberg aus: „Weil dem BSC-Ansatz zum heutigen Stand noch explizierte Evaluationsergebnisse und -grundlagen fehlen, ist die Frage nach Nützlichkeit des Konzeptes an sich kaum beantwortbar. Sie müsste ohnehin wohl situationsspezifisch gestellt werden. *Der Wert von Managementinstrumenten ist immer verhaltensabhängig.* Dies relativiert die generell gestellte Frage nach Nützlichkeit von BSC. (...) Das BSC-Konzept bietet einen

Lösungsvorschlag auf wichtige Probleme, die herkömmliche Controlling-Verfahren offensichtlich nicht ausreichend gelöst haben: Vorrang kurzatmigen Denkens, Koordinationsmängel, verbreitete Unkenntnis über Ziele und Wege, Kommunikationsprobleme, Lern- und Qualifikationsdefizite. Insbesondere stellt der BSC-Ansatz durch die Begründung eines mehrperspektivischen Ansatzes die Möglichkeiten eindimensionaler Steuerung herkömmlicher Controllingansätze erheblich in Frage. [Hervorhebung im Original]“ (Diensberg 2001: 30).

In Erinnerung gerufen werden sollten an dieser Stelle auch die Erkenntnisse von Abel (2001). In Form von Thesen formuliert er, dass die „frühzeitige Information des Betriebsrats und insbesondere seine umfassende Beteiligung (...) die Erfolgchancen der BSC und damit des Unternehmens [verbessern]. Die Beteiligung des Betriebsrats wirkt sich positiv für die Beschäftigten aus, sowohl in der Auswahl des Kennzahlensets als auch auf ihre Arbeitssituation. Die Gestaltung der Mitarbeiterperspektive beeinflusst entscheidend den BSC-Nutzwert“ (Abel 2001: 18-19).

Hinsichtlich der Betrachtung der BSC unter systemtheoretischen Gesichtspunkten lässt sich festhalten, dass diese in einer Reihe von Beiträgen bearbeitet wird. Eine umfassende Analyse steht jedoch noch aus, um die zahlreichen Verbindungen offen zu legen.

Schließlich gilt es zu ergänzen, dass die Gesundheitsthematik in aller Regel keine explizite Erwähnung in der herangezogenen Literatur findet – bzw. lediglich am Rande in Erscheinung tritt. Dies hat sicherlich mit dem Aufbau der Arbeit zu tun. Bisher bezog sich die Literaturlauswahl bewusst auf die Grundlagen der BSC. Damit war jedoch nicht ausgeschlossen, dass gesundheitliche Aspekte nicht doch in einer gewissen Ausprägung berücksichtigt werden würden – je nachdem, wie wichtig den einzelnen Verfassern das Thema Gesundheit im Rahmen der BSC ist. Die geringe Anzahl an diesbezüglichen Fundstellen unterstreicht die Neuigkeit einer solchen Integration und damit das Anliegen, expliziten Ansätzen in dieser Richtung gesondert nachzugehen.

4 Balanced Scorecard im Kontext der betrieblichen Gesundheitspolitik

Der Einsatz der BSC im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik ist bereits vor zehn Jahren angeregt worden. In Kapitel 4.1 wird auf einige dieser frühen Anregungen eingegangen. Kapitel 4.2 befasst sich mit konkreten konzeptionellen Ansätzen, wie die BSC mit der Gesundheitsthematik intensiver als bisher miteinander verknüpft werden könnte. Von den (wenigen) Erfahrungen aus der Praxis wird in Kapitel 4.3 berichtet, ehe Empfehlungen zur Implementierung einer gesundheitsorientierten BSC zusammengestellt werden (Kapitel 4.4).

4.1 Anregungen zur gesundheitsorientierten Balanced Scorecard

Das betriebliche Gesundheitsschutzmanagement wird von Thiehoff (2000) als ein Bestandteil zukünftiger Managementsysteme eingestuft. Er fordert die betrieblichen Gesundheitsakteure dazu auf, ihr Rollenverständnis als Außenseiter und Bedenken-träger zu verändern. Das Thema Gesundheit müsse aus der Ecke der Sozialromantik heraus und stattdessen als ein Bestandteil der Humanressourcenoptimierung betrachtet werden. Gleichzeitig seien die Unternehmen durch immer komplexer und dynamischer werdende Umwelten dazu angehalten, ihre Planungs- und Steuerungsprozesse z.B. unter Rückgriff auf die BSC zu gestalten. Den eigentlichen Engpassfaktor macht er jedoch beim Menschen und seinen Qualifikationen, Fähigkeiten und Erfahrungen aus. Folglich rücke das Management der Humanressourcen zusehends in den Mittelpunkt. Dem betrieblichen Gesundheitsschutzmanagement als Element des Humanressourcenmanagements werden zudem gewisse Parallelitäten mit dem Konzept der BSC zugeschrieben. „Ähnlich wie dieses ist es kein bloßes betriebswirtschaftliches Kennzahlensystem zur besseren Information, sondern ein *deduktiver Prozess*. Aus der Festlegung der Ziele werden die Steuerungsgrößen und die Maßnahmestruktur abgeleitet und regelmäßig steuernd verbessert“ (Thiehoff 2000: 130). In einem weiteren Beitrag berücksichtigt Thiehoff (2005) die systemtheoretischen Komponenten der BSC. Die aus den vier BSC-Perspektiven resultierenden Beobachtungsergebnisse werden als wichtige organisationale Lernanreize interpretiert, die ein besseres Urteil über die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen eines Unternehmens ermöglichen. Das organisationale Zweitlernen – das Lernen lernen – werde so durch das Verwerfen bisheriger handlungsleitender Theorien gefördert. Als Folge der Selbstreferenz eines sozialen Systems – wozu die Organisation gezählt wird – wird des Weiteren der Schluss gezogen, dass die in der BSC definierten Ursache-Wirkungs-Beziehungen keine uneingeschränkte Gültigkeit besitzen. Mit Hilfe der BSC könne jedoch das Denken und Handeln im Sinne einer gemeinsamen Wirklichkeitskonstruktion der an der BSC beteiligten Akteure verbessert werden. Schließlich werde mit der BSC die Komplexität und Dynamik verringert und die Entwicklung von Entscheidungsmodellen unterstützt.

Im Fazit wird der BSC bescheinigt, dass sie das Managementsystem der Zukunft sein wird. Der Bogen wird gespannt zu organisationspsychologischen, sicherheitstechnischen und gesundheitsförderlichen Maßnahmen und ihrer anhand von monetären Indikatoren kaum nachzuweisenden ökonomischen Vorteilhaftigkeit. Quantitative und qualitative Kennzahlen für das Humanressourcenmanagement ließen sich jedoch mit Hilfe der BSC besser bestimmen.

Weiterhin wird auf die Ähnlichkeit der Grundkonzepte des BGM und der BSC hingewiesen. Die Übereinstimmungen werden an folgenden Punkten ausgemacht (Ulich & Wülser 2005):

- Die BSC wie auch das BGM sollen sich an der Unternehmensstrategie orientieren.
- In beiden Konzepten sollen geeignete Indikatoren genutzt werden, um die Erarbeitung und Überprüfung von Maßnahmen systematisch betreiben zu können.
- Das in der BSC angelegte Vorgehen entlang von Zielen, Indikatoren und Maßnahmen entspricht den Umsetzungsschritten des BGM.
- Die Verwendung zukunftsweisender – auch qualitativer – Kennzahlen in der BSC unterstützt die Entwicklungsperspektiven des BGM.
- Zudem sollen in der BSC qualitative Indikatoren verankert werden, die Befindlichkeits- und Gesundheitsthemen zum Gegenstand haben.
- Die Auswahl an Anwendungsmöglichkeiten der BSC kommt dem Postulat einer unternehmensspezifischen Ausrichtung des BGM entgegen.

Die Anschlussfähigkeit des BGM an die BSC wirft nach Ansicht der Autoren zum einen die Frage auf, welche BGM-Indikatoren in die BSC aufgenommen werden sollen (siehe Kapitel 4.2). Zum anderen wird hinterfragt, „ob die Annahmen zu den Wirkungen, wie sie in der BSC postuliert werden, mit den Grundannahmen einer persönlichkeits- und gesundheitsförderlichen Gestaltung von Arbeitstätigkeiten überein[stimmen]“ (Ulich & Wülser 2005: 209). Damit wird ein mögliches Passungsproblem zwischen der für eine strategische Geschäftseinheit entwickelten BSC und den individuellen bzw. gesundheitlichen Bedürfnissen einzelner Mitarbeiter angesprochen. Hinzu kommt, dass sich menschliche Werte und Verhaltensweisen der unmittelbaren Messbarkeit und damit einer wesentlichen Forderung der BSC entziehen (Braun 2009a) bzw. dass das Management der Humanressourcen lediglich indirekte Wirkungen entfacht (Thiehoff 2005). Entgegen den oben genannten Vorteilen der BSC wird an anderer Stelle kritisiert, dass das BSC-Konzept die technische Sichtweise von Organisationen – im konkreten Fall von Krankenhäusern – fördert und sie als Maschinen betrachtet. Zudem wird das Fehlen qualitativer Daten im BGM-Konzept beklagt. Dennoch wird in der Potenzialperspektive der BSC eine Chance gesehen, um die Ressourcen von Organisationen hervorzuheben und die Ansätze des Human- und Sozialkapitals besser zu integrieren (Pfaff, Badura, Lütticke 2004).

Lösungsansätze für die nachhaltige Implementierung von Gesundheit in Unternehmen im Sinne einer gesundheitsorientierten Unternehmensführung werden durch Böhnisch,

Krennmair und Stummer (2006) erörtert. Geprägt wird der Begriff der Wertearbeit. Werte müssen bekannt sein, damit sie als Beurteilungsmaßstab dienen und das Verhalten beeinflussen können. Der Koordination über gemeinsame Wertvorstellungen wird dabei kein gänzlich neuer Ansatz zugesprochen. „Dennoch zeigt sich in einer Literaturanalyse über die Implementierung von komplexen Verhaltensweisen, insbesondere bei Gesundheit, dass der kulturelle Kontext, der Kontext der Werte bzw. des Sinnmachens in Organisationen eine der am wesentlichsten zu bearbeitenden Ebenen darstellt“ (Stummer 2006: 11).

Im Folgenden wird den Implementierungsmöglichkeiten des Werts Gesundheit durch OE nachgegangen. „Gesundheitsmanagement und OE gehen von den Grundannahmen aus, dass die Balance zwischen den technisch-ökonomischen und den menschenorientierten Bewertungskriterien in Unternehmen ausgewogen sein muss und der Mensch Maßstab für die Verhältnisse in einer Organisation bleibt. Weiters fühlen sich beide bestimmten Wertbegriffen wie Autonomie, Mündigkeit, Mitbeteiligung und Eigenverantwortlichkeit verpflichtet und orientieren sich an der Idee von Ganzheitlichkeit“ (Haefeli, Krenn, Maurer 2006: 65). Angesetzt werden muss nach Überzeugung der Autoren bei der Veränderung der Unternehmenskultur, um dem Erfolg des BGM den Weg zu ebnet. Dabei reiche es nicht aus, Kulturveränderungen allein über die Strategie und Strukturen bewerkstelligen zu wollen. Sie müsse sich ebenfalls in den Managementsystemen niederschlagen, weshalb auf deren Erfolgsfaktoren bei der Implementierung eingegangen wird. Bei der BSC könne beispielsweise der Wert Gesundheit in der Potenzialperspektive verankert werden. Wertorientierte Ziele können darüber hinaus für alle vier Perspektiven definiert werden. Der BSC-Ansatz sieht außerdem die Beteiligung von Mitarbeitern, Führungskräften und dem Top-Management und damit eine lebendige Kommunikation vor. Die Autoren kommen daher zu dem Schluss, dass die von ihnen vorgestellten Managementsysteme – unter ihnen die BSC – sich „fast zu hundert Prozent mit jenen Erfolgsfaktoren [decken], welche Badura/Hehlmann (2003) für ‚Gesunde Organisationen‘ anführen“ (ebenda: 101).

4.2 Konzeptionelle Ansätze

Dieses für die Arbeit zentrale Kapitel wirft einen Blick auf bisherige Versuche, die herkömmliche BSC explizit um Gesundheitsthemen zu erweitern bzw. sie auf diese zuzuschneiden. Wie bereits in den Kapitel 3.2 und 3.7 festgehalten, lassen sich unterschiedliche Weiterentwicklungen der BSC ausmachen, ohne jedoch dem Thema Gesundheit eine besondere Bedeutung beizumessen. Dies wird mit den hier näher beschriebenen Ansätzen getan, im Einzelnen durch

- a. die Berücksichtigung der Gesundheitsthematik in der Potenzial- und Prozessperspektive
- b. die Einführung des BGM mit dem Personal-Balanced Scorecard-Ansatz

- c. eine Strategie-Landkarte des BGM auf Basis des Sozialkapitalansatzes
 - d. die BSC als Bestandteil eines Modells zur ökonomischen Evaluation des BGM
 - e. den Ansatz einer wertorientierten Steuerung des BGM
- a) Berücksichtigung der Gesundheitsthematik in der Potenzial- und Prozessperspektive

Ulich und Wülser (2005) gehen von der Grundform der BSC aus und sehen zum einen bei der Potenzialperspektive Anknüpfungspunkte zum BGM verortet. Anhand von Beispielen für die Ausgestaltung dieser Perspektive wie Arbeitsatmosphäre, Mitarbeiterzufriedenheit oder Empowerment (Kaplan & Norton 2001) kommen sie zu dem Schluss, „dass (1) eine Vielzahl verschiedener Merkmale berücksichtigt wird, dass (2) an verschiedenen Stellen Konzepte thematisiert, Instrumente eingesetzt und Indikatoren erhoben werden, die im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements ebenfalls eine wesentliche Rolle spielen und dass (3) Konzepte bzw. Indikatoren, wie z.B. Teamarbeit, aufgegriffen werden, die Implikationen für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung haben können“ (Ulich & Wülser 2005: 211-212). Zudem machen sie deutlich, dass weitere Indikatoren zur Gesundheit und zum Befinden erhoben und neben diesen Indikatoren auch Arbeitsbedingungen, Belastungen und Ressourcen erhoben und integriert werden sollten. „Dies ist wiederum von zentraler Bedeutung, weil etwa die Erkenntnis, dass sich der Gesundheitszustand in der Abteilung A im letzten Jahr verschlechtert hat oder die Fehlzeitenquote gestiegen ist, wenig nutzt, wenn nicht auch Aussagen zu potenziellen Ursachen (...) verfügbar sind“ (ebenda. S. 212). Zum anderen ist nach Ansicht von Ulich & Wülser (2005) die Prozessperspektive hinsichtlich der Gesundheitsthematik von Bedeutung. Dies wird anhand der beispielhaft aufgelisteten Fragen offensichtlich. Inwieweit lassen z.B. die Prozessgestaltung individuelle Handlungsspielräume und Autonomie zu oder fördern die Teamstrukturen eine aufgabenbezogene Interaktion? Schließlich fragen die Autoren nach der geeigneten Organisationsebene der BSC. Die von Kaplan und Norton (1997) vorgeschlagene Ebene der strategischen Geschäftseinheiten halten sie für zu undifferenziert. „In der Realität ist davon auszugehen, dass sich die Belastungs- und Ressourcenmuster und die entsprechenden Beanspruchungsfolgen in Abhängigkeit von der jeweiligen Tätigkeit unterscheiden“ (Ulich & Wülser 2005: 214). Um diese Belastungs- und Ressourcenmuster handlungsanleitend nutzen zu können, wird folglich die Auswertung der Analyseergebnisse auf Abteilungs- bzw. Bereichsebene vorgeschlagen, was mit dem Konzept der BSC vereinbar sei.

Die Integration gesundheitlicher Aspekte in die Potenzialperspektive ist z.B. bei einem Zulieferer für die Automobilindustrie vorgenommen worden. „Dies löst Wirkungsketten bis hin zur Finanzperspektive aus. (...) Die Darstellung zeigt u.a. wie eng Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen und Wirkungen mit der betrieblichen Perso-

nal- und Bildungspolitik verknüpft sind (...). Erst die Kombination von Informations-, Motivations-, Gestaltungs- und Qualifizierungsmaßnahmen, die nicht alle zeitgleich, sondern sukzessive geplant und durchgeführt wurden, brachte den Erfolg“ (Langhoff 2002: 109). In die Potenzialperspektive einbezogen wurden u.a. die Aufklärung über betriebliche und kollegiale Folgen hoher Fehlzeiten, die engagierte soziale und betriebsärztliche Betreuung und die Schulung von Vorgesetzten. Als Kennzahlen wurde u.a. die Mitarbeiterzufriedenheit, die Fehlzeiten- und die Fluktuationsquote erhoben.

Dass die Inhalte der Potenzialperspektive Anschlussfähigkeit für die betriebliche Gesundheitspolitik besitzen, geht auch aus einer Auswertung der in den Strategie-Landkarten niedergelegten Ziele hervor. Kaplan und Norton (2004) teilen die Potenzialperspektive in die Kategorien Human-, Informations- und Organisationskapital ein. In 80 % der von ihnen untersuchten BSCs fanden sie in der Kategorie Humankapital strategische Kompetenzen wieder, z.B. die Verfügbarkeit von Fähigkeiten, Talent und Know-how für die Durchführung der strategierelevanten Aktivitäten. In der Kategorie Informationskapital waren ebenfalls zu 80 % strategische Informationen, z.B. in Form der Verfügbarkeit von Informationssystemen, die zur Unterstützung der Strategie notwendig sind, vorhanden. Die Ziele der Kategorie Organisationskapital beziehen sich auf Kultur (z.B. Bewusstsein und Internalisierung der gemeinsamen Mission, Vision und der Werte), Führung (z.B. Verfügbarkeit von qualifizierten Führungspersonen auf allen Ebenen), Ausrichtung (Ausrichtung der Ziele und Anreize an der Strategie auf allen organisatorischen Ebenen) und Teamwork (Teilung von Wissen und Personal mit strategischem Potential). Die in den Strategie-Landkarten formulierten Ziele der Potenzialperspektive beschreiben demnach grundlegende immaterielle Vermögenswerte, die einen ausgeprägten Bezug zur BGM-Thematik aufweisen.

Der Eingang in die Prozess- und die Potenzialperspektive und damit die Zusammenführung des BGM mit der allgemeinen Unternehmensstrategie wird auch von Kentner, Janssen und Rockholtz (2003) favorisiert. Beispielsweise werden für die Prozessperspektive die strategischen Ziele „Reduktion der Risiken durch Gefahrstoffe“ und „Sicherung der störungsfreien Produktion“ vorgegeben und mit den Kennziffern „Gefahrstoffkonzentration“ bzw. „Verhältnis von Soll- zu Ist-Arbeitsstunden“ quantifiziert. Als Maßnahmen werden u.a. Gefahrstoffmessungen und die Optimierung der Arbeitsplatzergonomie angeführt. Die Potenzialperspektive wird z.B. mit den strategischen Zielen „Prävention von und sachgerechter Umgang mit Mobbing“, „Verbesserung der Kommunikationsprozesse“ und „Optimierung der Mitarbeiterauswahl“ versehen. Als Kennzahlen dienen verschiedene Betriebsklimaanalysen, ein Kommunikationsindex bzw. Beurteilungs- und Förderkriterien. Maßnahmen sind u.a. die Schulung in Konflikt- und Deeskalationstechniken, das Coaching von Führungskräften und die Durchführung von Assessment-Centern. Der Argumentation nach wird durch die Integration in diese Perspektiven und die Verknüpfung mit den anderen Perspektiven sichtbar, welchen Beitrag das BGM zur allgemeinen Wertschöpfung im Unternehmen beitragen kann. Die Bedeutung der Finanz- und der Kundenperspektive bleibt ebenso erhalten,

wie die Gleichgewichtung der vier BSC-Perspektiven. Mit diesem Ansatz wird eine Reihe von Vorteilen verbunden:

- „Integration der im BGM aktiven Disziplinen (Medizin, Psychologie/Soziales, Sicherheitstechnik)
- Zusammenführung und Ergänzung interner und externer Ressourcen des BGM
- Identifikation der entscheidenden Stellhebel für das BGM
- Gezielte Ableitung und Einleitung von Maßnahmen des BGM zur effizienten Nutzung der Humanressourcen unter Einbeziehung der weichen Faktoren (...)
- Messbarkeit des Erfolges der durchgeführten Maßnahmen
- Einfache und klare Kommunikation gegenüber den Mitarbeitern
- Verbesserung der Unternehmenskultur durch Transparenz der Kommunikation und der Leitungsentscheidungen.

Zudem bietet das Konzept der BSC die Möglichkeit, das Betriebliche Gesundheitsmanagement langfristig in die Unternehmensplanung und das strategische Management zu integrieren“ (Kentner, Janssen, Rockholtz 2003: 473). Ein weiterer Vorteil liegt nach Auffassung der Autoren in der Chance, mit einer BGM-BSC zur Überwindung der Paragraphenperspektive beizutragen, die mit dem klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutz einhergeht. D.h. nicht, dass die Unternehmen ihren arbeitsschutzrechtlichen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen würden. Vielmehr könne durch die BGM-Maßnahmen ein mehr oder weniger großer Anteil der vorgeschriebenen Normen und Vorschriften mit abgedeckt werden.

b) Einführung des BGM mit dem Personal-Balanced Scorecard-Ansatz

Rüthemann (2005) hat sich mit der Einführung eines BGM mit dem Personal-Balanced Scorecard-Ansatz auseinandergesetzt. Dieser zielt nicht wie der PBSC-Ansatz von Rampersad (2006) auf die Einzelperson ab, sondern bringt zum Ausdruck, dass die BSC von der Personalabteilung ausgeht bzw. durch sie geprägt wird. Auch Rüthemann bleibt dem klassischen BSC-Ansatz treu, füllt das Ursache-Wirkungs-Gefüge jedoch mit BGM-spezifischen Inhalten aus. Konstrukte wie Mitarbeiterzufriedenheit und -motivation sowie Fehlzeiten, Fluktuation und Verbesserungsvorschläge werden als äußerst relevant für die Potenzialperspektive eingestuft. Aus dem theoretischen Beispiel für eine an das Gesundheitsmanagement orientierte Personal-BSC in Tabelle 2 wird weiterhin ersichtlich, wie gesundheitspezifisch die Aktionsprogramme ausgerichtet sind.

Tabelle 2: Beispiel für eine Gesundheitsmanagement-orientierte Personal-BSC (aus Rütthemann 2005: 49)

Perspektive	Strategisches Ziel	Kennzahl	Operatives Ziel	Spezifisches Aktionsprogramm
Finanzperspektive	Anteil Personal- und Führungskräfteentwicklungskosten an den Gesamtpersonalkosten erhöhen Kosten für Fluktuation und Fehlzeiten senken	Anteil der Personalentwicklungskosten an den Gesamtpersonalkosten Anteil der Führungskräfteentwicklungskosten an den Gesamtpersonalkosten Kosten für Fluktuation Kosten für Fehlzeiten	Anteil der Personalentwicklungskosten um 20% erhöhen Anteil der Führungskräfteentwicklungskosten um 10% erhöhen Fluktuationskosten um 25% senken Fehlzeitenkosten um 20% senken	Kostenkontrolle und Rentabilitätskontrolle der Entwicklungskosten Analyse der Kosten für Fluktuation und Fehlzeiten durch Aufteilung in verschiedene Kostenarten mit dem Ziel der Bewertung der entstandenen Kosten
Kundenperspektive	Interne Kundenzufriedenheit erhöhen	Kundenzufriedenheitsindex (KZI)	KZI > 75%	Zufriedenheitsmessungen und Analyse der Verbesserungsvorschläge
Prozessperspektive	Verbesserung des Personaleinsatzes durch Aufgabengestaltung Personal- und Führungskräfteentwicklungsmassnahmen erweitern	Zufriedenheitsindex der Aufgabengestaltung (ZLAG) Anteil der Mitarbeiter mit Mehrfachqualifikation Struktur der Weiterbildungsmaßnahmen Besetzungsquote von Vorträgen oder Kursen Zufriedenheitsindex der Entwicklungsmassnahme (ZLEM) Weiterbildungszeit je Mitarbeiter/Führungskraft	ZLAG > 75% Anteil der Mitarbeiter mit Mehrfachqualifikation = 70% Steigerung des Anteils von gesundheitsbezogenen Themen in der Weiterbildung (d.h. konkret jedes Jahr drei neue "Produkte") Besetzungsquote > 70% ZLEM > 75% 5 Weiterbildungstage pro Jahr für jeden Mitarbeiter und jede Führungskraft	Job rotation Job enrichment Job enlargement teilautonome Arbeitsgruppen Führungstraining Gesundheitscoaching Zufriedenheitsmessungen Weiterbildung
Lern- und Entwicklungsperspektive	Verbesserungsvorschläge etablieren Mitarbeitermotivation erhöhen Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen Fluktuation und Fehlzeiten reduzieren	Anzahl eingereicherter Verbesserungsvorschläge pro Mitarbeiter pro Jahr Realisierungsquote Zahl der in sozialen Projekten beteiligter Mitarbeiter Mitarbeiterzufriedenheitsindex (MZI) Fluktuationsrate Fehlzeitenquote	3 Verbesserungsvorschläge pro Mitarbeiter pro Jahr Realisierungsquote = 50% 20% aller Mitarbeiter in sozialen Projekten beteiligt MZI > 75% Fluktuationsrate = 5% Fehlzeitenquote < 5%	Gesundheitszirkel mit Verbesserungsvorschlägen soziale Projekte Mitarbeiterzufriedenheitsmessungen betriebliche Sozialeinrichtungen

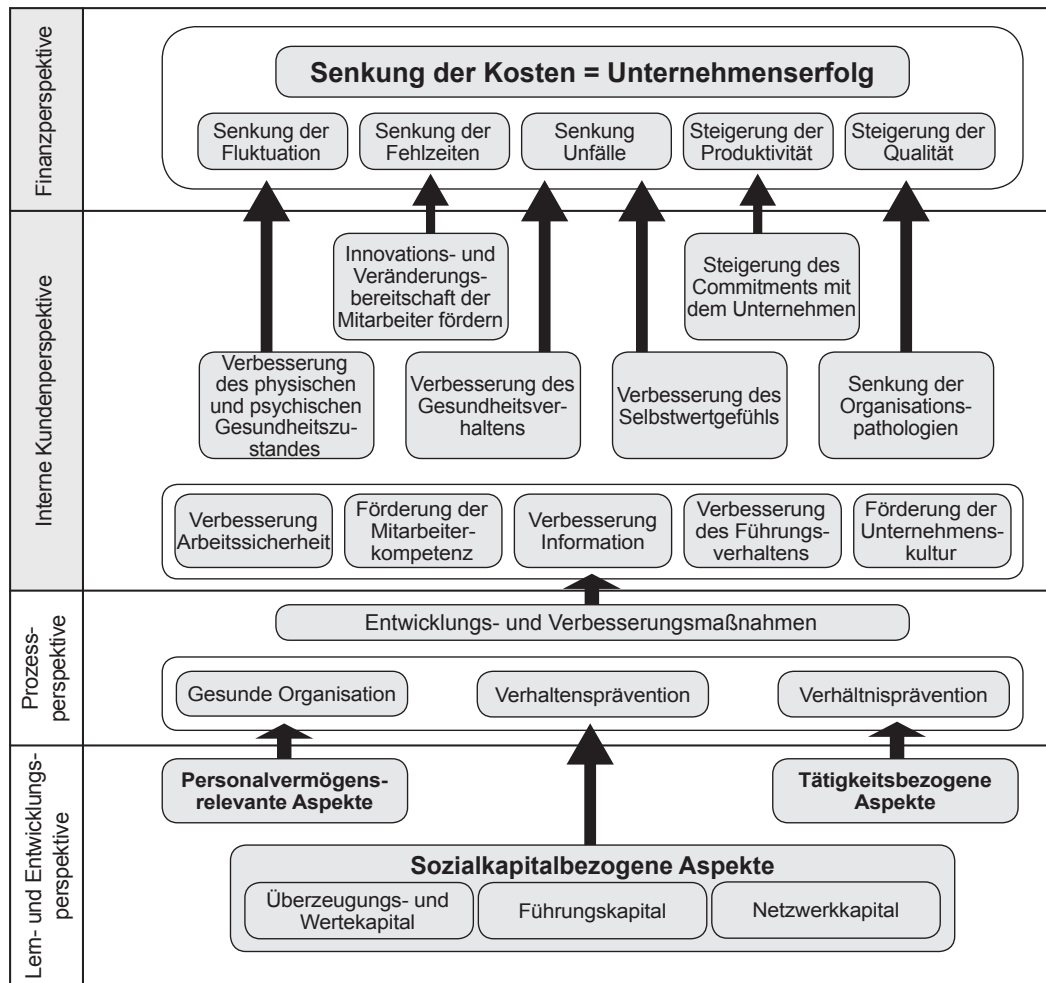
Der Personal-BSC wird das Potenzial zugeschrieben, die komplexen Zusammenhänge des BGM über die Ursache-Wirkungs-Beziehungen verständlicher als bisher beschreiben zu können. Weiterhin könne das Heranziehen externer Experten sich vorteilhaft auf die Gestaltung des BGM und auch der BSC auswirken. Die BSC als langfristiges und zyklisches Managementsystem könne des Weiteren dem Problem der Kurzfristigkeit vieler BGM-Programme entgegenwirken und die Maßnahmen zielgruppenspezi-

fischer werden lassen. Die Mitarbeiter könnten mit Hilfe der BSC bei der Entwicklung eigener Ziele und Leistungskriterien besser einbezogen werden, womit die Partizipations- und Motivationsmöglichkeiten der BSC angesprochen sind. Schließlich werden Vorteile hinsichtlich der Verhinderung einseitiger Ausrichtungen auf Maßnahmen der Verhaltensprävention und der Verbesserung der Evaluation der BGM-Maßnahmen sowie der Eindeutigkeit der BGM-Ziele ausgemacht. All diese Vorteile können sich durch die Anwendung der Personal-BSC ergeben – sie sind aber nicht per se in ihr angelegt. Daher wird „die Aufgabe des Personalmanagement [betont,] die Nähe zum Mitarbeiter zu suchen, Vertrauen zu schaffen und eine gute Feedback-Kultur aufzubauen“ (Rüthemann 2005: 56). Die Erfolgswahrscheinlichkeit der Personal-BSC werde darüber hinaus durch einen partizipativen Führungsstil gefördert, so dass ihr insgesamt bescheinigt wird: „Die Personal-BSC stellt sich somit aus theoretischer Optik als ein geeignetes Instrument zur Einführung von BGM dar. Bei vielen der genannten Einführungs-Probleme von BGM hilft die Personal-BSC weiter“ (ebenda: 59).

c) Strategie-Landkarte des BGM auf Basis des Sozialkapitalansatzes

Auch Baumanns (2009) geht von der Nützlichkeit des BSC-Ansatzes aus. In Fortführung einer ökonomischen Evaluation des BGM auf Basis des Sozialkapitalansatzes (Badura et al. 2008) entwickelt er eine an diesem Bezugsrahmen orientierte allgemeine Strategie-Landkarte des BGM (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Bezugsrahmen-orientierte Strategy Map für das BGM



Quelle: Baumanns 2009: 131

Die Potenzial- bzw. Lern- und Entwicklungsperspektive beinhaltet die dem Sozialkapitalansatz zugrunde liegenden Treiber des Überzeugungs-, Führungs- und Netzwerkkapitals. Die Prozessperspektive hat die klassischen BGM-Ansätze der Verhaltens- und der Verhältnisprävention und der gesunden Organisation zum Gegenstand. Die Kundenperspektive weicht insofern von der klassischen Kundenperspektive ab, als dass es hier um die internen Kunden – sprich die Mitarbeiter – geht. Neben individuellen und organisationalen Frühindikatoren werden Spätindikatoren (Innovations- und Veränderungsbereitschaft und Commitment) aufgeführt. Die Finanzperspektive enthält Spätindikatoren der Effizienz, die mit dem BGM in enger Verbindung stehen. Die auf Grundlage dieser Strategie-Landkarte erstellte BGM-BSC sollte aus der spezifischen BGM-Strategie jedes einzelnen Unternehmens abgeleitet und kaskadenartig für die verschiedenen Unternehmensbereiche und Abteilungen konkretisiert werden. „Durch eine solche BSC kann sich das BGM zu einem lernenden System entwickeln. Durch die Hinterlegung der strategischen Ziele mit Zielvorgaben, Messgrößen und konkreten

Maßnahmen vermittelt man den Mitarbeitern richtungsweisende Leitperspektiven für ihr eigenes Handeln. Dadurch kann der dauerhafte Bestand eines BGM mit einer kontinuierlichen Weiterentwicklung gesichert werden (Baumanns 2009: 132). Einschränkend werden Restriktionen und Grenzen des BSC-Ansatzes benannt. Grundvoraussetzung sei das Vorliegen einer Gesundheitsstrategie. Es müsse bedacht werden, dass es sich beim BGM um eine Querschnittsaufgabe handelt, bei der neben einer Reihe von unternehmensinternen auch externe Akteure (z.B. Krankenkassen) einzubinden sind. Damit werde im Vergleich zu vielen anderen Managementansätzen mit einer BGM-BSC kein funktionaler Bereich gesteuert, sondern ein unternehmensübergreifendes Steuerungsinstrument gebildet. Bedacht werden müssten des Weiteren der Zeithorizont von bis zu zwei Jahren für die Erarbeitung und Implementierung einer BSC sowie ihre Überarbeitung nach zwei bis fünf Jahren. Es stelle sich somit die Frage der Synchronisierung des BGM mit der BSC. Abschließend wird festgehalten: „Insgesamt muss konstatiert werden, dass es bislang weder in der Wissenschaft noch in der Praxis ausgereifte Anwendungen einer BSC im BGM gibt. Hier ist für die Zukunft, trotz oder gerade wegen der vielfältig prognostizierten Vorteile des Einsatzes des BSC für das BGM, noch Forschungs- und Entwicklungsbedarf zu attestieren“ (ebenda: 134-135).

d) BSC als Bestandteil eines Modells zur ökonomischen Evaluation des BGM

Konzeptionelle Überlegungen zur Integration des BGM in die BSC sind auch durch den Verfasser dieser Arbeit angestellt worden (Wellmann 2008). Dabei stellt die BSC die vierte Stufe innerhalb eines fünfstufigen Modells zur ökonomischen Evaluation des BGM dar. Im Rahmen der ersten Stufe können Unternehmen durch die Sichtung und Auswertung vorhandener Studien zum BGM für sich entscheiden, ob sich die Einführung eines BGM lohnen könnte. Stufe 2 sieht die Zusammenstellung von Kennzahlen vor. Den Unternehmen wird deutlich, durch welche quantitativen und qualitativen Größen die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen abgebildet werden können. Die dritte Stufe befasst sich mit Methoden zum Treffen von Investitionsentscheidungen, z.B. Kosten-Nutzen-Analysen oder die erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnung und überträgt diese auf das BGM. Mit Hilfe der letzten Stufe soll ein wesentlicher Bestandteil der BSC – die Analyse der Ursache-Wirkungs-Ketten – auf seine Plausibilität geprüft werden.

Als eine Möglichkeit der Integration von BGM-Themen in die BSC wird im Rahmen der vierten Stufe wie bei Ulich & Wülser (2005) zunächst die Potenzialperspektive ausgemacht. „Diese im Vergleich zu den anderen Möglichkeiten reduzierte Betrachtungsweise weist zwei Vorzüge auf. Erstens kann die Betriebliche Gesundheitsförderungs-Thematik mit relativ wenig Aufwand in die Gesamtstrategie eines Unternehmens integriert werden. Gerade bei einer schon vorhandenen Balanced Scorecard dürfte der Aufwand gering ausfallen. Zweitens kann die Fokussierung auf ein bis zwei prägnante

Kennziffern zum Thema Gesundheit helfen, sich über die Hauptziele der Betrieblichen Gesundheitsförderungs-Maßnahmen zu verständigen“ (Wellmann 2008: 161). Allerdings können auf diesem Weg nur wenige gesundheitsspezifische Ziele, Kennzahlen und Maßnahmen aufgenommen und das komplexe Wirkungsgefüge des BGM nicht abgebildet werden. Bewusstsein geschaffen werden sollte zudem über die Signalwirkung dieser wenigen Ziele. Welche Assoziationen können beispielsweise mit dem Ziel „Fehlzeiten minimieren“ bei der Belegschaft entstehen? Hier sollten mit der entsprechenden Umsicht die Hintergründe solcher Ziele kommuniziert werden, um z.B. den von Abel (2001) beschriebenen negativen Effekt zu verhindern: „Statistisch signifikant ist vor allem der Einfluss der Kennzahl Fehlzeitenquote auf das Betriebsklima, d.h., wenn die Fehlzeiten Teil der BSC sind, verschlechtert sich dadurch das Betriebsklima sichtlich. Ein Grund könnte darin liegen, dass die Beschäftigten aufgrund des hohen Anwesenheitsdrucks z.T. trotz Krankheiten etc. zur Arbeit kommen, was die Arbeitsatmosphäre offenbar verschlechtert. Hier bedarf es jedoch weiterer Untersuchungen“ (Abel 2001: 18). Einer zweiten Möglichkeit nach kann das BGM Gegenstand einer eigenen Perspektive im Rahmen einer (bestehenden) BSC werden. Dies kann sich z.B. anbieten, wenn das BGM Inhalt des Unternehmensleitbildes ist, aber keine explizite Gesundheitsstrategie vorliegt, was vor allen in kleinen und mittleren Unternehmen der Fall sein dürfte. „Im Vergleich zur ersten Variante finden somit mehrere Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung Beachtung. Darüber hinaus wird durch die Darstellung in Form einer eigenen Karte deutlicher, in welchem Wirkungsgefüge die Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit den übrigen Entwicklungsperspektiven stehen“ (Wellmann 2008: 163). Drittens könnte eine eigene BSC speziell für das BGM entwickelt werden. Lohnenswert erscheint der Aufwand dann, wenn dem Thema Gesundheit eine strategisch hohe Bedeutung beigemessen wird. Hergestellt werden sollte dabei allerdings der Bezug zu der allgemeinen Unternehmensstrategie. Diese Variante dürfte sich insbesondere für große Unternehmen anbieten.

e) Wertorientierter Steuerungs-Ansatz des BGM

Ausgangspunkt für ein umfangreiches Praxisprojekt zur Implementierung einer gesundheitsorientierten BSC in der Automobilindustrie war die Annahme, dass für eine wertorientierte und zielgerichtete Steuerung von BGM-Maßnahmen bisher keine adäquaten Instrumente und Bewertungsmaßstäbe vorliegen. Dies sei jedoch erforderlich, weil das BGM neben der Erfüllung rechtlicher Vorgaben immer mehr hinsichtlich seines Beitrags zur betrieblichen Wertschöpfung auf dem Prüfstand stehe. Im Zentrum des Projekts standen die Ermittlung von Einflussfaktoren bzw. Ursache-Wirkungs-Beziehungen für Gesundheit, Leistung und wirtschaftlichen Unternehmenserfolg und die daraus abgeleitete Konzeptionierung einer Gesundheits-BSC. Unterschieden wird zwischen den im Rahmen der BSC erstellten Ursache-Wirkungs-Beziehungen und den Strategy Maps. Letztere sind nicht mit dem Anspruch entwickelt worden, alle Beziehungskonstellationen aufzunehmen. Stattdessen fassen sie die wesentlichen Er-

folgsfaktoren dieser Beziehungen zusammen und bieten „einen geeigneten Ansatz für die wertorientierte Steuerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ (Braun, Kliesch, Iserloh 2007: 177).

Im Rahmen des Praxisprojekts kam man auch hier zu der Auffassung, dass die wirkungsvolle Gestaltung eines BGM die Entwicklung einer an die Unternehmensstrategie angelehnte Gesundheitsstrategie zur Voraussetzung hat. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, reiche es nicht aus, separate und stark aggregierte Gesundheitsziele in die Prozess- und Potenzialperspektive zu platzieren. Daher ist eine eigene Gesundheits-BSC entwickelt worden, mit der die Steuerungsfähigkeit des BGM durch den Koordinator des Gesundheitsbereichs – jemand aus dem medizinischen Dienst oder dem Personalbereich – hergestellt werden soll. Sie umfasst folgende im Vergleich zur Ursprungsform der BSC abgewandelte Perspektiven:

- Wertbeitrag des BGM (Perspektive 1: Kosten- und Nutzenziele des BGM, um zu den wirtschaftlichen Zielen des Unternehmens beizutragen)
- Gesundheit und Beschwerden (Perspektive 2: strategische Ziele hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens der Beschäftigten)
- Prozesse des BGM (Perspektive 3: Leistungs- und Prozessgestaltung der beiden ersten Perspektiven für eine optimale Gesundheitsförderung)
- Potenziale des BGM (Perspektive 4: Verbesserung der Entwicklungs- und Wandlungsfähigkeit der Gesundheitsakteure) (Horváth, Gamm, Isensee 2009).

Diesem Konzept sind drei elementare Zusammenhänge bzw. Wirkungen zugrunde gelegt worden. „1. Die Gesundheit der Mitarbeiter wirkt sich positiv auf den Unternehmenserfolg aus (...). 2. Effektive BGF-Prozesse und -Maßnahmen verbessern den Gesundheitszustand der Mitarbeiter, indem langfristig die physischen und psychischen Fehlbelastungen reduziert werden. (...) 3. Die optimale Umsetzung der BGM-Prozesse hängt von den Potenzialen der BGM-Akteure ab“ (ebenda: 132). Die Abbildung 3 zeigt eine beispielhafte Gesundheits-BSC. Enthalten ist die Gesundheitsstrategie in Form der Strategie-Landkarte. Verbessert werden sollen beispielsweise die Präventionskompetenz der Gesundheitsakteure (Perspektive 4) und die Vernetzung des BGM mit den operativen Bereichen (Perspektive 3). Strategisch sollen die psychischen und physischen Fehlbelastungen der Beschäftigten verringert werden (Perspektive 2). Somit soll insgesamt der Wertbeitrag erhöht werden (Perspektive 1). Hinterlegt sind weiterhin die Ziele und deren Konkretisierung über Kennzahlen und Soll-Werte sowie die darauf abzielenden Maßnahmen. Einbezogen ist schließlich das für die Umsetzung der Maßnahmen erforderliche bzw. zur Verfügung gestellte Budget.

Abbildung 3: Beispiel einer Gesundheits-BSC

Perspektive	Strategy Map	Ziele	Kennzahlen	Zielwerte	Maßnahmen	Budget
Wertbeitrag des BGM	Wertbeitrag erhöhen	<ul style="list-style-type: none"> Qualität steigern Produktivität steigern Kosteneinsparungen Fehlzeiten 	<ul style="list-style-type: none"> Ausschussrate (ppm) Produktivitätskennzahl ROI der BGF-Maßnahmen Anwesenheitsquote 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % + 5 % + 5 % + 1 % 		
Gesundheit und Beschwerden	<ul style="list-style-type: none"> Psychische Fehlbelastung verringern Physische Fehlbelastung verringern Gesundheitsverhalten verbessern 	<ul style="list-style-type: none"> Physische Fehlbelastungen vermeiden & minimieren Psychische Fehlbelastungen vermeiden & minimieren Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitsverhalten steigern (Führungskräfte & Mitarbeiter) 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der arbeitsplatzbezogenen Beschwerden Anzahl der arbeitsplatzbezogenen psychischen Erkrankungen Teilnehmerzahl an BGF-Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - 5 % - 5 % + 5 % 	<ul style="list-style-type: none"> Marketing-Maßnahmen für das BGF-Maßnahmenpaket 	xxx €
Prozesse des BGM	<ul style="list-style-type: none"> Ergonomie verbessern Arbeitsschutz verbessern Vernetzung BGM mit den operativen Bereichen implementieren 	<ul style="list-style-type: none"> Ergonomie verbessern Arbeitsschutz verbessern Vernetzung des BGM mit den operativen Bereichen implementieren 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der ergonomischen Arbeitsplätze Anzahl der Unfälle Vernetzungsprozess implementieren 	<ul style="list-style-type: none"> + 5 % - 5 % 	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des Maßnahmenpakets Analyse des Maßnahmenpakets Vorschlag zur Gestaltung eines Vernetzungsprozesses erarbeiten 	<ul style="list-style-type: none"> xxx € xxx € xxx €
Potenziale des BGM	<ul style="list-style-type: none"> neue Themengebiete erschliessen Kundenorientierung implementieren Präventionskompetenz steigern 	<ul style="list-style-type: none"> Neue Themengebiete erschliessen Kundenorientierung implementieren Präventionskompetenz steigern 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl neue Themen Index aus Mitarbeiterbefragung Fortbildungen pro Mitarbeiter und Jahr 	<ul style="list-style-type: none"> 2 pro Jahr 3 von 5 + 5 % 	<ul style="list-style-type: none"> Innovationsdiskussion Kulturleitlinien Mitarbeiter gezielter fordern und fördern 	<ul style="list-style-type: none"> xxx € xxx € xxx €

Quelle: Horváth, Gamm, Isensee 2009: 133

Horváth und Seiter (2009) kennzeichnen ihr BGM-Performance Measurement mit Hilfe der BSC anhand von drei zentralen Subsystemen. Das funktionale Subsystem bezieht sich auf die konkrete Funktion des BGM-Performance Measurement. Damit ist gemeint, dass das Handeln der Akteure des BGM auf die Gesundheitsstrategie ausgerichtet ist. Unterschieden werden können z.B. individuelle Leistung einzelner Gesundheitsakteure, aggregierte Leistungen von Abteilungen (z.B. des betriebsärztlichen Dienstes) und die Gesamtleistung des BGM. Hinzu kommt die Steigerung der Kooperation zwischen den Gesundheitsakteuren. Das institutionelle Subsystem umfasst mindestens zwei Akteursgruppen. Sie vollziehen die einzelnen Aufgaben im Rahmen des Performance Measurement. Hierzu zählen zum einen die inhaltliche Konzeption und die Implementierung des BGM-Performance Measurement, z.B. die Auswahl und Anpassung von strategischen Zielen. Zum anderen geht es um die Datengenerierung, -aufbereitung und -berichterstattung sowie IT-Unterstützung für das BGM-Performance Measurement. Kernelement des instrumentalen Subsystems sind die zur Messung der BGM-Leistung eingesetzten Kennzahlen. Bei der Gestaltung der Messinstrumente im BGM-Performance Measurement ist darauf zu achten, dass der Strategiebezug durch die Berücksichtigung von wesentlichen Ursache-Wirkungs-Beziehungen und einen strukturierten Kennzahlenaufbau sichergestellt wird. Die Kennzahlen sollen darüber hinaus das salutogene Gesundheitsverständnis widerspiegeln, was durch die Verwendung von Frühindikatoren erreicht werden kann.

Unabhängig von den hier vorgestellten Ansätzen, deren Trennschärfe im Zuge von empirischen Erkenntnissen sicherlich noch verbessert werden könnte, wird die Bedeutung von Managementinstrumente bezüglich ihrer Einsatzmöglichkeiten im Zusammen-

hang mit der Verhältnisprävention in KMU der Wissensökonomie unterstrichen. Evers, Hafkesbrink und Krause (2009) kommen auf Basis von 55 untersuchten Managementansätzen einerseits zu der Erkenntnis, dass „viele betriebswirtschaftliche Instrumente geeignet sind und Ansatzpunkte bieten, auch Aspekte der nachhaltigen Arbeitsqualität aufzunehmen (...). Die Anwendung geeigneter bzw. angepasster Managementinstrumente selbst ist dabei noch keine Maßnahme der Prävention. Die Instrumente können vielmehr – zusätzlich – Aufgaben zur Ansteuerung einer nachhaltigen Arbeitsqualität übernehmen, wenn sie z.B.

- Führungskräfte und Beschäftigte für das Thema Gesundheit sensibilisieren,
- im Sinne einer Frühwarnung dazu beitragen, gesundheitliche Risiken und damit verbundene Probleme zu identifizieren,
- dazu herangezogen werden, geeignete Interventionen zur Gestaltung der Arbeitsbedingungen abzuleiten oder
- eingesetzt werden, um die Wirkungen und Erfolge von Interventionen zu bewerten sowie den Nutzen von Prävention darzustellen“ (Evers, Hafkesbrink und Krause 2009: 55).

Allerdings bescheinigen die Autoren der BSC, dass sie für KMU zu aufwändig sei. Sie erfordere große zeitliche und personelle Ressourcen und sei bei Zuhilfenahme externer Berater auch kostenintensiv. Andererseits könne sie gut zur Sensibilisierung für Gesundheitsthemen, als Frühwarn- und Analysesystem, für die Ableitung von Interventionen sowie zur Erfolgsmessung der Interventionen eingesetzt werden.

4.3 Erfahrungen aus der Praxis

Praxiserfahrungen mit einer BGM-BSC sind bisher spärlich dokumentiert. An dieser Stelle wird von Erfahrungen

- a. aus dem Ausland,
- b. aus der Call Center-Branche und
- c. aus der Automobilbranche berichtet.

a) Erfahrungen aus dem Ausland

Beispiele zum Einbezug von BGM-Themen in die BSC finden sich jedoch vergleichsweise früh in Kanada wieder. Pratt (2001) entwickelte eine Healthy Scorecard unter Berücksichtigung zentraler Merkmale für eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur. Dazu gehören z.B. das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Bedeutung, Partizipations-, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Unterstützung, Arbeitsstolz, ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Arbeitsanforderungen und Handlungsspielräumen

sowie eine generelle Arbeitszufriedenheit. Darauf aufbauend wird die BSC-Potenzialperspektive mit der Gesundheitsthematik verbunden. In den Unternehmen wurden die Gesundheit und das Befinden der Belegschaft erörtert und anschließend Handlungsfelder benannt. Im Ergebnis wurde ein sogenannter betrieblicher Gesundheitsindex (Employee Capability/Wellbeing Index) gebildet und mit Hilfe einer Gesundheitsstrategie-Landkarte in die BSC integriert. Als Besonderheit kann die Benennung von Treiberfaktoren in die Potenzialperspektive gelten. „Perhaps more importantly, I advocate including not only *outcome* indicators (such as the Capability/Wellbeing Index). This does go against standard BSC practice to focus on outcome measures. But I believe this departure is vital for us to really tell the story of human capital *cause-and-effect* in our Enterprise Strategy Maps [Hervorhebungen im Original]” (Pratt 2001: 137).

b) Call Center-Branche

Kohstall, Lauterbach und Lüdeke (2002) haben die BSC als ein Steuerungsinstrument für Call Center angepasst und dabei das Thema Gesundheit berücksichtigt. „Der These folgend, dass gesunde Mitarbeiter wesentlich für ein ‚gesundes‘ Unternehmen sind, wurden Aspekte des Krankenstandes und der Gesundheit der Mitarbeiter in das Steuerungsinstrument implementiert“ (Kohstall, Lauterbach, Lüdeke 2002: 5). Zwar wird von keinem konkreten Fallbeispiel berichtet. Aufgrund der spezifischen BSC-Ausgestaltung für die Praxisanwendung in Call Centern sei jedoch die Konzeption an dieser Stelle vorgestellt. Durch die Anwendung der BSC soll die Informationsbasis im Unternehmen verbreitert und qualitativ verbessert werden. Auf diese Weise sollen der Erfolg der Unternehmensstrategie überprüft und diese bei Bedarf verändert werden. Hierzu wurden für Call Center typische Kennzahlen zusammengestellt und den klassischen BSC-Perspektiven zugeordnet, wobei die Potenzial- in die Mitarbeiterperspektive umbenannt wurde. Im Einzelnen wurden die in Tabelle 3 aufgeführten Kennzahlen erarbeitet.

Tabelle 3: BSC-Kennzahlen für Call-Center

Prozessperspektive	Mitarbeiterperspektive
<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Telefonarbeitsplätze - Calls pro Monat - Telefonieranteil - Kennzahlen der Servicelevel-Statistik (eingehende Anrufe) - Kennzahlen der Servicelevel-Statistik (ausgehende Anrufe) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Beschäftigten - Schulung und Weiterbildung der Mitarbeiter - Krankenstand und Fluktuation - Gründe für Fluktuation - Gesundheitliche Probleme der Mitarbeiter
Kundenperspektive	Finanzperspektive
<ul style="list-style-type: none"> - Anzahl der Auftraggeber - Beitrag der drei größten Auftraggeber zum Gesamtumsatz - Wiederholte Auftragsvergabe 	<ul style="list-style-type: none"> - Mitarbeiterproduktivität - Verhältnis der unterschiedlichen Kosten zum Gesamtumsatz - Return on Investment - Cash Flow

Quelle: eigene Darstellung, Inhalt aus Kohstall, Lauterbach, Lüdeke 2002

Damit wird „eine Vorlage [geboten], mit deren Hilfe eine Definition, Umsetzung und Kontrolle der unternehmerischen Zielsetzungen erfolgen kann“ (ebenda: 6). Zu den gesundheitlich relevanten Kennzahlen der Mitarbeiterperspektive wird ausgeführt: „Krankenstand und Fluktuation sind Spätindikatoren der Qualität der Mitarbeiterführung. Um Fehlentwicklungen frühzeitig zu erkennen, sind weitere Informationen erforderlich. Auch die Erhebung der Gründe für ein Ausscheiden von Mitarbeitern aus dem Unternehmen kann hier wertvolle Hinweise liefern. Weiterhin kann auch die Erhebung der gesundheitlichen Probleme der Mitarbeiter dazu beitragen, durch geeignete Maßnahmen dem Entstehen von Arbeitsunfähigkeiten frühzeitig entgegenzuwirken“ (Kohstall, Lauterbach, Lüdeke 2002: 21). Für eine genauere Erfassung der Kennzahlen werden Differenzierungen vorgenommen. Beispielsweise wird nach der Häufigkeit arbeitsbedingter gesundheitlicher Probleme im Zeitverlauf gefragt (Stimmbeschwerden, Rückenschmerzen, allgemeine Erschöpfung, Kopfschmerzen, Augenprobleme, sonstige).

c) Automobilbranche

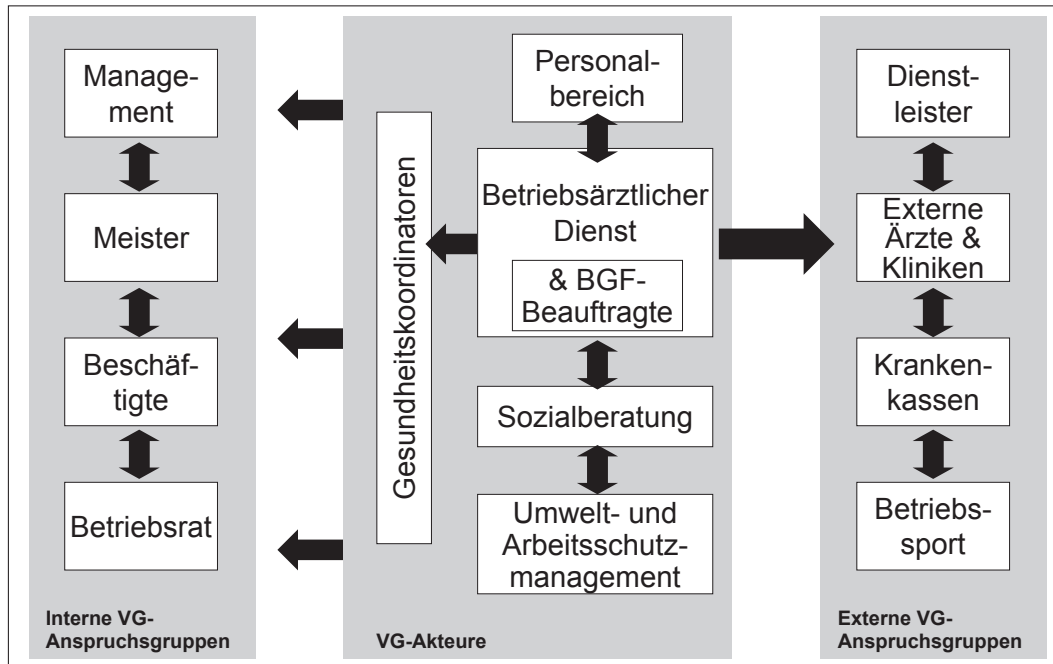
In dem bereits in Kapitel 4.2 erwähnten Praxisprojekt in der Automobilindustrie wurde die Gesundheits-BSC ausschließlich als ein Steuerungsinstrument für den betriebsärztlichen Dienst entwickelt. Mit der Gesundheits-BSC sollte dessen Kommunikation über gesundheitsrelevante Themen mit den operativen Führungskräften aus der Produktion verbessert und hierfür eine Regelkommunikation implementiert werden. U.a. stellte sich „heraus, dass eine umfassende und tiefgreifende Diskussion des Stellenwertes, der Form und des Verständnisses von Gesundheit im Unternehmen, ein wichtiger Erfolgsfaktor für die Entwicklung und Implementierung einer BSC ist“ (Horváth et al. 2009: 118). Der ursprüngliche Absatz, die Gesundheits-BSC weitgehend auf einer empirischen Basis zu entwickeln, wurde durch die Veränderung gesundheitsstrategischer Schwerpunkte im Fallstudienunternehmen erschwert. Weiterhin wurden auf Wunsch des Unternehmens keine neuen Kennzahlen erhoben und in der Gesundheits-BSC berücksichtigt. Eine wohl in diesem Zusammenhang gezogene Schlussfolgerung des Projekts lautet: „Betrachtet man die Datenverfügbarkeit und die damit verbundenen Herausforderungen, ist es sinnvoll, sich frühzeitig um die vorhandenen Daten und deren Qualität zu kümmern. Bei fehlender Datenverfügbarkeit müssen die *Möglichkeiten zur Generierung neuer oder tiefer gehender Daten* sowohl im Erfolgs- als auch Gesundheitsbereich geklärt werden [Hervorhebung im Original]“ (ebenda: 119). Weiterhin wird bezüglich der Kennzahlthematik angemahnt, „dass diese erst ausführlich bzgl. ihrer Auswirkungen und Beeinflussbarkeit analysiert werden. Besteht wenig Kenntnis über die Wirkungsweisen der Kennzahlen sollten sie zunächst als Informationsinstrument und nicht zur Leistungsbeurteilung genutzt werden“ (ebenda: 146). Fehlzeiten beispielsweise unterliegen verschiedenen Einflussfaktoren bzw. Treibern, deren Veränderbarkeit mehreren Akteuren zugeschrieben werden kann. „Damit ist eine Nutzung der Kennzahl ‚Fehlzeiten‘ als Leistungsmessungsinstrument – zumindest auf unteren

Hierarchiestufen – nicht angebracht. Eine Beeinflussung der Fehlzeiten kann eher durch das obere Management erfolgen, das die entsprechenden Strukturen schaffen muss“ (Horváth et al. 2009: 146). Die Nutzung von Kennzahlen für die Leistungsmessung soll demnach erst dann erfolgen, wenn diese durch die Mitarbeiter beeinflussbar sind.

Die Gesundheits-BSC wurde im Anschluss des Projekts um neue strategische Ziele und Kennzahlen ergänzt sowie als Parallelsystem genutzt. „Durch eine solche Implementierungsstrategie sollen zudem sowohl die Mitarbeiter des Betriebsärztlichen Dienstes als auch die Führungskräfte in der Produktion an das neue Instrument herangeführt werden“ (ebenda: 114). Hinsichtlich der eingesetzten empirischen Methoden (Faktor- und Regressionsanalysen) wird kritisch reflektiert, dass sie „für den praktischen Einsatz als zu *komplex und kompliziert* für die Praxisanwendung erachtet werden. Diese Sichtweise bezieht sich *nicht* auf die in der *empirischen Analyse* gefundenen Erkenntnisse, *sondern* vielmehr auf die *Darstellung* in der Gesundheits-BSC, die operativ eingesetzt wird. Für den erfolgreichen Einsatz sollte eine sehr aggregierte Darstellung von Ursache-Wirkungsbeziehungen gefunden werden. Nur dann kann die Gesundheitsstrategie mit der BSC einfach kommuniziert werden [Hervorhebungen im Original]“ (ebenda: 146). Die Kommunikation der Gesundheits-BSC ist der Projekterfahrung nach durch deren Darstellung bzw. Umsetzung durch ein im Rahmen des Projekts entwickeltes Software-Tool gefördert worden. „Es bietet die Möglichkeit einer kompakten Darstellung der Gesundheitsstrategie und deren Umsetzung und trägt somit dazu bei mit dem Management des Fallstudienunternehmens in einer gleichen ‚Sprache‘ zu kommunizieren“ (ebenda: 147). Dabei habe es allerdings nicht ausgereicht, die Gesundheits-BSC lediglich als Kommunikationsinstrument für den betriebsärztlichen Dienst zu nutzen. „Für eine umfassende Steuerung des BGM muss die BSC von allen beteiligten Akteuren entwickelt und die gesundheitsbezogenen Ziele in deren Zielsystem integriert werden“ (ebenda: 147). Diese Erkenntnis wird noch an anderer Stelle des Projektberichts hervorgehoben. Es ist nicht die BSC-Methode als solche, die einen Mehrwert quasi allein durch ihre Anwendung entwickelt. Der Mehrwert generiere sich nur, „wenn es gelingt, mit allen Beteiligten und Verantwortlichen eine klare und verbindliche strategische Ausrichtung des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu erarbeiten und zu definieren. Die Gesundheits-BSC ist ein Instrument, das diesen Prozess unterstützen und leiten kann“ (ebenda: 163). Geprägt wird in diesem Zusammenhang der Begriff des „virtuellen Gesundheitsbereichs“, in dem sich die relevanten Organisationseinheiten und Gesundheitsakteure eines Unternehmens vernetzen sollen. „Zu den zentralen Aufgaben einer solchen Klärungsinstanz zählen die Erarbeitung und Implementierung einer gesundheitsbezogenen Strategie sowie die Klärung von Zielkonflikten“ (ebenda: 163). Beteiligt werden sollten zumindest der betriebsärztliche Dienst, der Personalbereich und das Management – die Interessenvertretung der Arbeitnehmer wird nicht explizit erwähnt. Betriebsräte zählen – wie Abbildung 4 verdeutlicht – zu den internen Anspruchsgruppen eines solchen virtuellen Gesundheitsbereichs. Die Zieldefinition der Perspektive „Wertbeitrag des BGM“ obliegt nach

Vorstellungen der Projektbearbeiter allein dem Management. Die Zielerarbeitung für die anderen Perspektiven könne hingegen von allen Akteuren des virtuellen Gesundheitsbereichs geleistet werden.

Abbildung 4: Akteure und Anspruchsgruppen des virtuellen Gesundheitsbereichs



Quelle: Horváth et al. 2009: 40

Insgesamt haben sich bei der Erarbeitung einer Gesundheits-BSC im Verlauf des Projekts folgende Restriktionen ergeben:

- „Das Gesundheitsverständnis der Führungspersonen ist unzureichend ausgebildet und beschränkt sich vornehmlich auf die Erwartung einer optimalen körperlichen Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen.
- Die strategischen Gesundheitsziele orientieren sich an vordergründigen wirtschaftlichen Idealvorstellungen, wie z. B. der Fehlzeitenreduktion, jedoch nicht an tiefer gehenden Notwendigkeiten der Entwicklungsfähigkeit eines »gesunden Unternehmens«.
- Da nur vage Vorstellungen der betrieblichen Erfolgstreiber vorliegen, werden in internen Meinungsbildungsprozessen erhebliche Ressourcen verzehrt, die nur geringe gesundheitsförderliche Wirkungen entfalten.
- Gesundheits- und leistungsorientierte Daten sind – auch aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen – nicht oder nur in unzureichender Qualität verfügbar. Überdies lassen sich die vorliegenden Gesundheitsdaten nur eingeschränkt spezifischen Kostenstellen, Prozessen bzw. Leistungen zuordnen. Dies erschwert eine durchgängige finanzielle Bewertung von BGM-Maßnahmen“ (Braun 2009b: 5-6).

Die Gesundheits-BSC ist im Anschluss an das Praxisprojekt weiterentwickelt worden. Für das Performance Measurement im BGM in einem Unternehmen aus der Energiebranche werden verschiedene Vorteile des BSC-Einsatzes genannt (Gamm et al. 2010). Ihr hoher Bekanntheits- und Verbreitungsgrad bietet eine gute Anschlussfähigkeit bzw. die verstärkte Berücksichtigung von Gesundheitsthemen bei Managemententscheidungen. Die Gesundheitsstrategie-Landkarte eignet sich zudem als ein (unternehmensweites) Kommunikationsinstrument. Schließlich könne mit der Gesundheits-BSC die Erreichung von Zielen konkret einzelnen Verantwortlichen zugewiesen und gleichzeitig die gesamte Zielausrichtung im Auge behalten werden. Wiederum erwies sich die Verfügbarkeit von Kennzahlen zu Gesundheitsaspekten als ein kritischer Erfolgsfaktor. Um verbessert auf salutogen ausgerichtete Gesundheitsstrategien eingehen zu können, seien Messungen von individuellen Wahrnehmungen und Einstellungen notwendig. Empfohlen werden der Einsatz und die kritische Reflexion von Mitarbeiterbefragungen, z.B. im Hinblick auf die Validierung bzw. Anpassung von angenommenen Ursache-Wirkungs-Beziehungen und darauf aufbauenden Gesundheitsstrategie-Landkarten.

Horváth, Isensee und Gamm (2010) kommen zu dem Erkenntnis, dass zwar die Einrichtung eines BGM-Controllings ein Erfolgsfaktor für die Umsetzung von Strategien im BGM sein kann. Planung und Einsatz von entsprechend komplexen Kennzahlensystemen im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Zusammenhangs weisen jedoch einen niedrigen Ausbaustand auf. Es dominieren klassische Kennzahlen wie Fehlzeiten und Arbeitsunfälle, die als Spätindikatoren einzustufen sind und für sich genommen keinen Strategiebezug herstellen können. Vermutet werden Probleme bei der Datengenerierung und wenig weitreichende integrierte Planungsprozesse des BGM. Ein hoher Ausbaustand des strategieorientierten BGM-Controllings konnte hingegen eine bessere Umsetzung der Gesundheitsstrategien bewirken. Zur Unterstützung des Ausbaustands wird die Nutzung der Gesundheits-BSC empfohlen.

4.4 Implementierungsempfehlungen

In dem Gesundheits-BSC-Praxisprojekt in der Automobilindustrie wurde in drei Schritten vorgegangen (Horváth et al. 2009). Der erste Schritt sah die Vorbereitung und Planung im Sinne einer Projektorganisation vor. Über die Linienorganisation hinaus wurden ein operativ arbeitendes Projektteam und ein Steuerungsgremium mit oberen Führungskräften gebildet. Das Projektteam widmete sich zunächst der aktuellen Situation der BGF (Zielsetzungen, Problemstellungen, Handlungsfelder, Stärken und Schwächen, Integration spezifischer Perspektiven und Einschätzungen der verschiedenen Anspruchsgruppen). In Workshops wurden anschließend unter Beteiligung möglichst aller Anspruchsgruppen zentrale Eckpfeiler des BGM festgelegt (inklusive einer ersten Beschreibung der zukünftigen Gesundheitsstrategie) sowie das weitere Vorgehen zur Entwicklung und Implementierung des kennzahlengestützten BGM-

Steuerungssysteme diskutiert. Der zweite Schritt war durch die empirische Analyse geprägt. Das bisher qualitative Bild des BGM sollte durch „harte“ Daten untermauert werden. Konkret wurden die Entwicklung oder Optimierung von Erhebungsinstrumenten vorangetrieben, die Erhebung bzw. Zusammenstellung und Auswertung (deskriptiv und korrelativ) von Daten vorgenommen und die Ergebnisse dokumentiert. Im dritten Schritt ging es um die Konkretisierung der Gesundheitsstrategie, die Festlegung der Kennzahlen und Zielwerte für die Gesundheits-BSC, die Ableitung von Handlungsfeldern und Maßnahmen der BGF sowie die Überführung der Gesundheits-BSC in die Alltagsorganisation. Dies erfolgte u.a. mit Unterstützung eines Softwaretools.

Mit einem etwas anderen Zuschnitt wird die Implementierung der Gesundheits-BSC in einer weiteren Projektpublikation beschrieben (Horváth, Gamm, Isensee 2009). Es beginnt mit der Schaffung des organisatorischen Rahmens. Das BGM soll in seiner inhaltlichen und organisatorischen Reichweite bestimmt werden. Einbezogen werden sollen Vertreter aller Bereiche, in die das BGM implementiert werden soll. Dadurch sollen Akzeptanz und ein gemeinsames Verständnis hergestellt werden. „Ergebnis dieses ersten Schrittes ist die Projektaufbau- und -ablauforganisation (Aufgaben, Kompetenzen, Verantwortlichkeiten, Meilensteine)“ (Horváth, Gamm, Isensee 2009: 134). Mit der zweiten Phase ist die Klärung der strategischen Grundlagen des BGM verbunden. Es muss deutlich werden, „welche Ziele mit dem BGM verfolgt werden sollen und welcher Beitrag sich daraus für den Unternehmenswert ergeben soll. Davon ausgehend sind konkrete Stoßrichtungen für das Gesundheitsmanagement herzuleiten“ (ebenda: 134). Ebenfalls sollte bei der Einpassung der Gesundheitsstrategie in die Gesamtstrategie des Unternehmens darauf geachtet werden, „welche der Unternehmensziele, bspw. im Bereich Qualität oder Produktivität durch die Verfolgung von gesundheitsbezogenen Zielen beeinflusst werden und welche betrieblichen Ziele möglicherweise mit den Gesundheitszielen in Widerspruch stehen“ (ebenda: 134). Erst die dritte Phase umfasst die eigentliche Erarbeitung der Gesundheits-BSC. Die allgemeine strategische Stoßrichtung wird für jede einzelne Gesundheits-BSC-Perspektive in konkrete strategische und priorisierte Ziele übersetzt. Anschließend werden die ca. 20 strategischen Ziele durch eine Strategie-Landkarte strukturiert, über wesentliche Ursache-Wirkungs-Beziehungen verbunden und in Form einer „Story of Strategy“ ausformuliert. Es folgt die Definition von möglichst objektiv messbaren Kennzahlen inklusive der Festsetzung von Ist- und Soll-Werten. Auf die damit verbundenen Schwierigkeiten wurde bereits an anderer Stelle verwiesen. „Im dritten Teilschritt ist mit den Beteiligten festzulegen, welche Aktivitäten, Maßnahmen und Veränderungen ergriffen werden müssen, um die Zielwerte zu erreichen. Analog zu den Perspektiven der Gesundheits-BSC sind die primären Handlungsfelder im Bereich der Potenziale (bspw. Personalentwicklung für BGF-Akteure) und der Prozesse (bspw. Optimierung und Standardisierung von Abläufen und Kooperationsprozessen, Ergänzung des Maßnahmen-Portfolios in der Kuration und Prävention) zu sehen, da diese sich jeweils direkt steuern lassen“ (ebenda: 135). Aufgabe des letzten Schritts ist die Sicherstellung des kontinuierlichen

Einsatzes der Gesundheits-BSC. „Von erheblicher Bedeutung ist die Integration der Gesundheits-BSC in bestehende Managementsysteme“ (ebenda: 136). Relevanz wird dabei insbesondere dem empfängerorientierten Berichtswesen für die Akteure des Querschnittsbereichs und das Top-Management zugeschrieben, weil es deren Verhalten maßgeblich beeinflussen kann (Horváth, Seiter, Isensee 2009). Für die Umsetzung der Gesundheitsstrategie geht es demnach darum, dass „die Ziele der Gesundheits-BSC (...) zusätzlich mit den bestehenden Systemen der Leistungsmessung (z.B. BSC, Zielvereinbarungen) sowie den Anreizsystemen verknüpft werden“ (Horváth, Gamm, Isensee 2009: 136). Für den gesamten Prozess gilt es darüber hinaus zu bedenken, dass unternehmensexterne Gesundheitsakteure wichtige Funktionen für das BGM einnehmen und in der Gesundheits-BSC Berücksichtigung finden (Horváth, Gamm, Isensee 2009). Ein weiteres Fazit des Projektteams besteht in der Erkenntnis, dass „[d]ie Entwicklung und Implementierung einer Gesundheits-BSC (...) aufgrund ihrer sozialen und verhaltensorientierten Dimension ein längerfristiges Unterfangen dar[stellt]. Ein solches Unterfangen benötigt sowohl Ressourcen als auch ein langfristiges Commitment aller Beteiligten, da der BGF aufgrund bisher fehlender Aufmerksamkeit im betrieblichen Alltag umfassende Gesundheitsstrategien und Datengrundquellen fehlen“ (Horváth et al. 2009: 191).

Ähnliche Vorgehensweisen finden sich in anderen Veröffentlichungen. Rüthemann (2005) startet bei der Erarbeitung einer BGM-orientierten BSC im Humanressourcenmanagement mit der Erarbeitung einer Vision und Strategie. Anschließend werden strategische Ziele für die vier Perspektiven der BSC abgeleitet. Es folgen die Verbindung der BSC-Kennzahlen mit der Unternehmensstrategie (Ursache-Wirkungs-Beziehungen, Kennzahlen und Zielwerte festlegen, Verknüpfung mit der finanziellen Perspektive) und die Erstellung von Aktionsprogrammen (Gesundheitszirkel, gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsaufgaben, Personalentwicklung und Führungskräfteentwicklung).

Janssen, Kentner und Rockholtz (2004) empfehlen das systematische Abarbeiten eines standardisierten Vier-Stufen-Plans in Workshops mit relevanten Führungskräften und Mitarbeitern. Sie setzen eine Unternehmensstrategie voraus, aus der in einem ersten Schritt das BGM-BSC-Zielsystem entwickelt werden soll. Sie plädieren dabei für lediglich 12-15 strategische Ziele unter dem Leitsatz: „Zunächst alle Ideen gelten lassen, Diskussionen zulassen und sich abschließend auf die wesentlichen Ziele konzentrieren (Janssen, Kentner, Rockholtz 2004: 48-49). Der erste Schritt umfasst des Weiteren die Verbindung „der vier Perspektiven über inhaltlich-logische Ursache/Wirkungszusammenhänge (...) [als] eines der zentralen Elemente einer Balanced Scorecard“ (ebenda: 49). Der Identifikation zielkompatibler Kennzahlen im zweiten Schritt folgt die Ableitung von anspruchsvollen, aber realistischen Zielvorgaben. Empfohlen wird die Verwendung von maximal zwei Kennzahlen pro strategische Zielgröße. Der vierte Schritt besteht in der Erstellung eines Maßnahmeplans, mit dem die strategischen Ziele durch

konkrete Aktionen erreicht werden sollen. Abschließend soll eine Messung des Zielerreichungsgrads vorgenommen werden.

Wellmann (2008) differenziert zwischen den Voraussetzungen für die Implementierung einer Gesundheits-BSC und der eigentlichen Implementierung. Zu den Voraussetzungen gehört danach das Vorliegen einer Gesundheitsvision bzw. eines Gesundheitsleitbilds, woraus die Gesundheitsstrategie abgeleitet werden kann. Ebenfalls nicht zum Implementierungsprozess gezählt wird die Analyse der unternehmensinternen und -externen Rahmenbedingungen (z.B. anhand von traditionellen Unternehmens- und Umweltanalysen, einer Branchen- und Wettbewerbsanalyse, der Gap-Analyse zur Aufdeckung von strategischen Lücken und der SWOT-Analyse zur Identifizierung von Stärken, Schwächen, Chancen und Bedrohungen). Schließlich gilt es frühzeitig die Strukturen und Prozesse für die Information und Kommunikation zu garantieren und alle wichtigen Akteure im Unternehmen einzubinden (aufgelistet werden Vertreter der Unternehmensleitung und der einzelnen Managementebenen, der Betriebs- bzw. Personalrat und die Schwerbehindertenvertretung, Gesundheitsexperten wie Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. Gesundheitsbeauftragte und ggf. externe Experten wie Vertreter von Krankenkassen und Berufsgenossenschaften). Dabei wird klargestellt, dass die Gesundheits-BSC trotz weitreichender Beteiligung top down zu implementieren ist. Das Vorgehen bei der Erstellung und Einführung der BSC (strategische Ziele ableiten, Strategie-Landkarten aufbauen, Kennzahlen wählen, Zielwerte festlegen, strategische Aktionen bestimmen) ist von Horváth & Partners (2004) übernommen.

5 Diskussion

Das vorangegangene Kapitel 4 hat gezeigt, dass die Verknüpfung von BGM und BSC befürwortet wird. Auffällig ist, dass kaum Einwände oder Überlegungen systemtheoretischer Art einfließen, in denen die Problematik der direkten Intervention bzw. Steuerbarkeit durch die BSC kritisch gewürdigt wird. Vielmehr wird immer wieder die Bedeutung der Ursache-Wirkungs-Beziehungen herausgestellt – offensichtlich um den positiven Zusammenhang von Investitionen in die Gesundheit und dem späteren wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens herzustellen.

Bezüglich der konzeptionellen Ansätze hat sich noch keine Grundform einer gesundheitsorientierten BSC etabliert. Alle Ansätze gehen jedoch von der Annahme aus, dass sie für sich genommen ohne die Verknüpfung zu anderen Managementansätzen ihr Ziel verfehlen werden. Es wird demnach keine positive Wirkung entfalten, wenn eine einzelne Abteilung einer großen strategischen Geschäftseinheit oder eines großen Unternehmens für sich allein eine nicht weiter vernetzte Gesundheits-BSC implementiert.

Weitgehende Einigkeit hinsichtlich der Nutzung der BSC für Gesundheitsthemen besteht darin, das BGM nicht auf das traditionelle Arbeits- und Gesundheitsschutzverständnis zu reduzieren. Vielmehr orientiert man sich an dem Modell der Salutogenese (Antonovsky 1979). Ein ganzheitliches BGM sollte demnach die Förderung und Gestaltung von persönlichen und organisationalen Gesundheitspotenzialen umfassen. Wichtig für die Unternehmenskultur sind dabei die Prozesse vertrauensbildender Maßnahmen, die Einbeziehung der Beschäftigten, die Herstellung und Pflege gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln sowie Informationen zum Thema Gesundheit.

Da es unter den Akteuren eines salutogen ausgerichteten BGM immer wieder zu Divergenzen zwischen BGM-Zielen und akteurspezifischen Zielsetzungen kommt, werden zwei Anforderungen an eine strategieorientierte Steuerung formuliert (Horváth, Gamm, Isensee 2009). Erstens sollten die gesundheitsbezogenen Ziele zu der übergeordneten Unternehmensstrategie und weiteren möglichen Teilstrategien passen. Dafür sei beispielsweise grundlegend zu klären, was mit einem BGM erwartet wird. Zweitens wird von den Autoren die Schaffung eines virtuellen Gesundheitsbereichs empfohlen, in dem die verschiedenen BGM-Akteure ihre Interessen bündeln sowie die Ziele und Maßnahmen koordinieren können.

Praxiserfahrungen, bei denen die Kombination von Themen der betrieblichen Gesundheitspolitik und des BGM mit der BSC explizit im Vordergrund stehen, sind noch selten. Das schließt nicht aus, dass nicht auch bisher gesundheitliche Themen in die BSC Eingang gefunden haben. Um dies herauszufinden, könnten beispielsweise bereits etablierte, aber nicht im Kontext von Gesundheitsdiskussionen implementierte BSCs analysiert werden. Weiterhin ist nicht ausgeschlossen, dass es in den Unternehmen Praxiserfahrungen mit dem Einsatz von Gesundheits-BSC gibt. Diese Vermutung stützt sich

auf die Ergebnisse der EuPD Research-Umfragen (2007, 2010), nach denen ca. 20% der Unternehmen die BSC im Rahmen des Controllings ihres BGM einsetzen.

Hinsichtlich der Implementierung einer Gesundheits-BSC kann resümiert werden, dass sich die einzelnen Schritte nicht von denen einer herkömmlichen BSC-Einführung unterscheiden. Die Änderung der Reihenfolge wird nicht empfohlen.

Die folgende Diskussion strukturiert sich entlang der in Kapitel 1 aufgezeigten möglichen Nutzenpotenziale, die der Einbezug von BGM-Themen in die BSC bietet: Platzierung des Gesundheitsthemas auf der Unternehmensagenda (Kapitel 5.1), strategische Etablierung der betrieblichen Gesundheitspolitik (Kapitel 5.2), Steuerung des BGM (Kapitel 5.3), transparente Erfolgsmessung betrieblicher Präventionsaktivitäten (Kapitel 5.4) und partizipative Ausrichtung der betrieblichen Gesundheitspolitik (Kapitel 5.5). Abschließend gilt es einige Restriktionen des BSC-Einsatzes auch im Rahmen des BGM anzuführen (Kapitel 5.6).

5.1 Platzierung der betrieblichen Prävention auf der Unternehmensagenda

Unternehmen haben nicht nur mit immer komplexer und dynamischer werdenden Umwelten zu tun. Beide Phänomene übertragen sich auch auf das Innenleben einer Organisation. Und zwar nicht nur in dem Sinne, dass sie sich einem konstruktivistischen Verständnis nach nicht einer objektiv gegebenen Umwelt ausgesetzt fühlen. Vielmehr entwickeln Organisationen durch verschiedene Formen der Wirklichkeitskonstruktion eigene Bilder dieser Umwelt. Erst in einem weiteren Schritt wird der Herausforderung begegnet, die internen Strukturen und Prozesse möglichst passend zur Umwelt bzw. zu den geschaffenen Bildern zu gestalten. Wenn aber, wie oftmals konstatiert und prinzipiell akzeptiert sowie allein durch die voranschreitende Globalisierung und Technologisierung leicht ableitbar, die gesamte Unternehmens(um)welt immer schnelllebiger und unüberschaubarer wird, warum sollten sich Organisationen ausgerechnet mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen? Diese bewusst provokativ gestellte Frage soll an dieser Stelle mit einem Hinweis auf Kapitel 2 nicht erneut beantwortet werden. Deutlich werden soll nur, dass Unternehmen genügend Anlass haben, sich eben nicht mit Gesundheitsthemen zu beschäftigen, weil es andere wichtige Handlungsfelder gibt. Damit wird die Dringlichkeit unterstrichen, die betriebliche Prävention auf der Unternehmensagenda zu platzieren. Gemeint ist an dieser Stelle wohlgerne nicht die systematische Beschäftigung, sondern eine wie auch immer stark ausgeprägte, aber zumindest nicht strukturierte Platzierung in den formellen und informellen Kommunikationsprozessen und -strukturen einer Organisation. Die dort platzierten Themen haben die Chance, dass sie zukünftig stärker beachtet werden. Sie können aber ebenso gut wieder aus dem Aufmerksamkeitsfokus verschwinden.

Welchen Beitrag kann nun eine BSC leisten, um die betriebliche Prävention auf der Unternehmensagenda zu platzieren? Und dies vielleicht sogar mit der wohlbegründeten Hoffnung, dass das Thema dort nicht „geparkt“ wird, sondern sich weiter etablieren kann? Die Erfahrungsberichte und konzeptionellen Ansätze zur (Gesundheits-)BSC geben hier keine substanziellen Hinweise. Sie setzen in der Regel später an, nämlich bei der Überführung von Themen der Unternehmensagenda hin zur systematischen Auseinandersetzung. D.h., dass der Prozess der Themenplatzierung – wenigstens in den Köpfen von Unternehmensakteuren mit Entscheidungskompetenzen – bereits abgeschlossen ist, bevor überhaupt der Einsatz der BSC diskutiert wird. Daraus jedoch abzuleiten, dass die BSC keinen Beitrag bei der Platzierung von Gesundheitsthemen leisten kann, wäre verfrüht. Denn es ist sicherlich eine verkürzte Sichtweise, allein über die Platzierung von Themen auf deren Etablierung zu schauen. Dieses serielle Verständnis bedarf der Ergänzung einer rekursiven Sichtweise. Damit ist gemeint, dass die Etablierung von Themen wiederum dazu führen kann, dass sie auf der Unternehmensagenda besser platziert oder sogar fixiert werden können. Dabei geht es nicht um die Frage, wie über die Themen gesprochen wird, sondern dass sich die Organisation überhaupt mit ihnen beschäftigt. Unter der Annahme von Rückkopplungsprozessen vermag die BSC demnach sehr wohl einen Beitrag zur Etablierung von Gesundheitsthemen zu leisten. Dies setzt allerdings die unternehmensweite Kommunikation der BSC voraus. Wird sie „im stillen Kämmerlein“ erörtert und beschlossen, ohne dass überhaupt Informationen in das Unternehmen vordringen, wird sie erstens ihre eigentlichen Funktionen und zweitens auch nicht die Funktion der Platzierung von Gesundheitsthemen auf der Unternehmensagenda erfüllen können. Nicht unerheblich dürfte auch die Frage sein, wie über eine Gesundheits-BSC gesprochen wird. Wenn eine BSC lediglich als ein Benchmark-System empfunden wird, mit dem das eigene Unternehmen mit anderen Konkurrenzunternehmen verglichen wird, deutet dies auf eher negative Folgen für die BSC-Kommunikation hin. Die Wichtigkeit eines sensiblen und sorgfältigen Einführungsprozesses der BSC kann somit gerade für gesundheitliche Themen nur noch einmal hervorgehoben werden. Ansonsten könnte z.B. ein informeller Austausch über das neue „Fehlzeitenkontrollinstrument“ schnell zum Scheitern eines eigentlich wohlgemeinten Gesundheits-BSC-Ansatzes bzw. dessen negative Besetzung im Rahmen der Unternehmensagenda führen.

5.2 Etablierung der betrieblichen Gesundheitspolitik in die Unternehmensstrategie

Mit der Implementierung des Managementsystems BSC kann die Chance verbunden werden, die betriebliche Gesundheitspolitik unabhängiger von dem (Nicht-)Engagement einzelner Akteure zu machen. Nicht selten gibt es eine einzelne Person oder eine gut überschaubare Gruppe im Unternehmen, die sich für das Thema Gesundheit einsetzt – es vorantreibt, gestaltend tätig ist und durch die lange Beschäftigung zudem über die notwendige Fachexpertise verfügt. Problematisch wird es dann, wenn die-

se Akteure – aus welchen Gründen auch immer – dem Unternehmen nicht mehr zur Verfügung stehen. Umgekehrt kann es sich als förderlich herausstellen, wenn passive oder aktive Blockierer von Gesundheitsthemen die Organisation verlassen. Andere Konstellationen sind denkbar. Welchen Einfluss haben beispielsweise wirtschaftliche Krisenzeiten für die Konjunktur von Gesundheitsdiskussionen in Unternehmen? Oder wie wirkt es sich aus, wenn Einzelthemen der Gesundheit (z.B. Grippewelle, Burnout, Stress) stark im Rampenlicht öffentlicher und medialer Aufmerksamkeit stehen – und auch schnell wieder verschwinden? All dies kann sich nicht nur auf die Platzierung, sondern auch auf die Etablierung von Gesundheitsthemen auswirken.

Der Theorie der BSC nach lässt sich relativ einfach klären, ob mit Hilfe der BSC die betriebliche Gesundheitspolitik in die Unternehmensstrategie verankert werden kann. Schließlich dient die BSC – unabhängig davon, dass sie zunehmend zur Strategieformulierung genutzt wird – der Strategieoperationalisierung und der Umsetzung der Strategie. Gegenstand der BSC können somit nur Sachverhalte werden, die auch strategierelevant sind. Finden Themen der betrieblichen Gesundheitspolitik Zugang in die BSC, so nur deswegen, weil Gesundheit als ein Baustein der Unternehmensstrategie definiert wurde. Gerade in den Publikationen, die sich mit der Gesundheits-BSC beschäftigen, wird stets auf die Notwendigkeit verwiesen, eine Gesundheitsstrategie – vor der BSC-Implementierung – zu entwickeln bzw. im Rahmen der allgemeinen Unternehmensstrategie zu berücksichtigen oder wenigstens die Gesundheits- mit der Unternehmensstrategie miteinander zu verkoppeln. Die Unterschiede bezüglich der konzeptionellen Gestaltung der Gesundheits-BSC repräsentieren die dabei bevorzugten Varianten. Zum jetzigen Zeitpunkt dürften noch keine hinreichenden Erkenntnisse vorliegen, die hinsichtlich der Etablierung der betrieblichen Gesundheitspolitik in die Unternehmensstrategie eine der Varianten als besonders vorteilhaft erscheinen lässt. In bisherigen BSCs ist das klassische Ziel aus Mitarbeitersicht oft die Nachhaltigkeit des Arbeitsplatzes. Gesundheit wird relativ selten als strategisches Ziel thematisiert und taucht eher auf der Projektebene bzw. den strategischen Aktionen auf. Gesundheit läuft eher als ein Teilaspekt mit, auch wenn Einzelthemen wie Work Life Balance stärkeren Eingang in die BSC finden. Gerade Führungskräfte sind häufig stark belastet. Diese Annahmen können das Anliegen unterstreichen, das Thema Gesundheit verstärkt aus der strategischen Sicht wahrzunehmen.

Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass eine Strategieänderung nicht allein durch den Einsatz von Managementsystemen erreicht werden kann, wie nur an einem Beispiel aus dem Gesundheitswesen gezeigt werden soll. „Der Einsatz von modernen Controlling-Instrumenten wie der BSC scheint ohne negative Auswirkungen auf die Wertesysteme und Qualität im Gesundheitswesen möglich. Eine erfolgreiche Strategieänderung im Rahmen des BSC-Einsatzes bedarf einer Anpassung der Unternehmenskultur“ (Elmer & Stummer 2011: 79). Diese Aussage deutet darauf hin, dass der Einsatz einer Gesundheits-BSC zwar positives Irritationspotenzial für die Ände-

rung der Unternehmensstrategie mit sich bringt, diese aber nicht allein bewerkstelligen kann.

5.3 Verbesserung der Steuerungsprozesse des BGM

Eine erfolgreiche BSC zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass einzelne Mitarbeiter sich darüber bewusst sind, durch welche maßgeblichen Tätigkeiten sie täglich zur Umsetzung der Unternehmensstrategie beitragen. Dies soll hier nicht in einen negativen Kontext im Sinne einer überbordenden und eher Misstrauen verursachenden Kontrolle gestellt werden. Stattdessen ist damit die positive Transparenz über Verantwortlichkeiten, Ziele und Abläufe im Unternehmen angesprochen, die zu einer gesundheitsförderlichen Arbeitsplatzsituation beitragen kann.

Die Betrachtung des Implementierungsprozesses einer BSC deutet ein gewisses Potenzial an, die Steuerung der BGM-Prozesse tatsächlich verbessern zu können. Es geht in einem ersten Schritt um die Ableitung strategischer Gesundheitsziele. Dieser erste Schritt dürfte sich von vermutlich nicht wenigen immer noch vorzufindenden Praxisfällen unterscheiden, nach denen einzelne Gesundheitsaktionen zusammenhangslos ohne Bedarfsanalyse und strategisches Ziel geplant, durchgeführt und ohne Maßnahmenkontrolle wider eingestellt werden. Der zweite Schritt der BSC-Erstellung umfasst die Definition geeigneter Kennzahlen. Hier haben gerade die Praxisprojekte mit der Gesundheits-BSC die Problematik aufgezeigt, geeignete Gesundheitskennzahlen mit einem vertretbaren Aufwand zu generieren und einzusetzen. Die Frage des Einsatzes bezieht sich z.B. auf die Beeinflussbarkeit von Kennzahlen durch einzelne Mitarbeiter und mithin die Entscheidung, ob eine Kennzahl als Früh- oder Spätindikator bzw. Leistungstreiber oder Ergebniskennzahl interpretiert wird. Eine darüber hinausweisende Herausforderung besteht neben der Generierung und dem Einsatz solcher Kennzahlen in dem vertrauensvollen Umgang mit den möglicherweise sogar personenbezogenen Daten. Unabhängig davon, wie diese Aspekte – unter Berücksichtigung mitbestimmungsrelevanter Sachverhalte – gelöst werden, dürfte sich die strikte Orientierung an messbaren Kennzahlen vielfach von der aktuellen BGM-Praxis unterscheiden. Ob dies wünschenswert ist, ist eine andere Frage. Der beliebte BSC-Anspruch „If you can't measure it, you can't manage it“ provoziert insbesondere beim Thema Gesundheit. Es ist mehr als fraglich, ob alle damit zusammenhängenden Aspekte in einen umfassenden messbaren Rahmen gebracht werden können bzw. gebracht werden sollten. Viel wichtiger scheint bei gesundheitlichen Belangen die Frage der unterschiedlichen Deutungsschemata der Beteiligten zu sein, z.B. im Anschluss nach Mitarbeiterbefragungen. Der Anspruch der BSC geht aber – erinnert sei an die Verknüpfung der strategischen Ziele anhand von Ursache-Wirkungs-Beziehungen und die Erstellung von Strategie-Landkarten – noch weiter. Bei aller Kritik, die aus systemischer Sicht an den klassischen Ursache-Wirkungs-Schemata berechtigt ist, kann deren Diskussion einen fruchtbaren Austausch über Ziele und Steuerungsnotwendigkeiten des BGM bewir-

ken. Im Übrigen bleibt es den Gestaltern der Gesundheits-BSC unbelassen, zirkuläre Prozesse in Ursache-Wirkungs-Beziehungen und Strategie-Landkarten zu integrieren. Als letzter Schritt der BSC-Gestaltung ist die Ableitung von strategischen Aktionen vorgesehen. Wohlgedenkt sollen nicht alle Handlungen in einer beispielsweise für eine strategische Geschäftseinheit geltenden BSC dokumentiert werden. Dies kann den an dieser Stelle wesentlich differenzierteren Qualitätsmanagement-Systemen überlassen bleiben. Gemeint sind vielmehr strategische Gesundheitsprojekte, aus denen sich weitere Maßnahmen ergeben können. Mit dieser Vorgehensweise kann gewissermaßen die historische Entwicklung des BGM umgedreht werden. Der traditionelle AGS mit seinen Akteuren hat lange Zeit das betriebliche Gesundheitsgeschehen dominiert. Auch durch die entsprechenden Gesetzesinitiativen sind anschließend die Bereiche der BGF und des BEM hinzugekommen – mit den entsprechenden unternehmensinternen und -externen Fachleuten. Die jeweiligen Ziele ergeben sich aus den Sozialgesetzbüchern. Die Folgen sind mitunter im Unternehmen voneinander abgegrenzte Professionen und Zuständigkeiten. Die aus den einzelnen Bereichen resultierenden Maßnahmen stehen bei der Erstellung der Gesundheits-BSC am Ende. Hier ist die fachspezifische – wie auch die disziplinübergreifende Maßnahmeumsetzung erwünscht. Vorher jedoch kann unter Beteiligung aller wesentlichen Gesundheitsakteure der strategische Zielfindungsprozess eine bessere Steuerung des BGM ermöglichen.

5.4 Transparenz des Beitrags des BGM für den Unternehmenserfolg

Durch die BSC kann im Unternehmen ein Diskussionsprozess eingeleitet werden, mit dem maßgebliche Ursache-Wirkungs-Beziehungen für den wirtschaftlichen Unternehmenserfolg identifiziert werden sollen. Dies bietet den Akteuren der betrieblichen Prävention die Möglichkeit, ihren Beitrag hierzu darzustellen. Hervorgehoben werden können die unmittelbare Zugänglichkeit des BSC-Ansatzes und ihre guten Visualisierungsmöglichkeiten. Am Ende des BSC-Prozesses steht bei den Entscheidungsträgern womöglich gar nicht mehr die viel zitierte Frage, wann sich Gesundheitsinvestitionen amortisieren und mit welchem Faktor. Aus der gesichteten Literatur geht bisher jedenfalls keine unmittelbare Evidenz hervor, dass mit dem Einsatz einer Gesundheits-BSC ein exakter Return on Investment errechnet werden könnte. Wie bei vielen anderen Investitionsentscheidungen kann sich die Vorteilhaftigkeit daher vielmehr aus Plausibilitätsüberlegungen ergeben, die durch den BSC-Prozess maßgeblich mitgetragen werden. Letztlich gehe es dann nicht mehr um den mathematischen Nachweis, dass die aufgestellten Ursache-Wirkungs-Beziehungen korrekt sind.

Die Einhaltung des Datenschutzes ist im Kontext der Wertschöpfungstransparenz ein wichtiger und sensibler Aspekt. Dies gilt nicht nur für die Erfassung personenbezogener Gesundheitsdaten, sondern auch hinsichtlich des persönlichen Beitrags zum wirtschaftlichen Unternehmenserfolg. Es gilt somit unbedingt zu vermeiden, dass eine Gesundheits-BSC das Einfallstor für den „gläsernen Mitarbeiter“ darstellt – bzw. dazu

beiträgt, dass diese Tür weiter aufgestoßen wird. Vielmehr sind die Schaffung einer gemeinsamen Fakten- bzw. Diskussionsbasis und das Aufbrechen einer rein monetären Sichtweise durch die BSC als ihr qualitativer Mehrwert zu bezeichnen.

5.5 Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik als partizipativer OE-Prozess

Erfolgt die Implementierung der Gesundheits-BSC allein durch das Management im Sinne einer Top down-Planung, besteht die Gefahr, dass sie auf Seiten der Belegschaft als ein diktiertter Kontrollmechanismus erlebt wird, mit dem unter Vorgabe von Interesse an den gesundheitlichen Belangen der Beschäftigten lediglich ein weiterer Mechanismus zur Effizienz- und Profitmaximierung in Gang gesetzt wird. Stattdessen ist anzustreben, dass Belegschaft und Unternehmensleitung die Entwicklung der Gesundheits-BSC als einen gemeinsamen Startpunkt betrachten, um Gesundheit und Produktivität sinnvoll miteinander zu verknüpfen. Bei voller Bewusstheit, dass gerade die Definition dieses Verhältnisses ein gewaltiges Konfliktpotenzial in sich birgt und zahlreiche Publikationen nicht nur kritischer industriesoziologischer Literatur nach sich gezogen hat, ist zu konstatieren, dass die BSC gerade dann „mit Leben gefüllt werden kann“, wenn sie mit einem partizipativen Ansatz versehen wird und die Belegschaft „mitgenommen wird“. Das Fehlen solcher Einbeziehungsprozesse darf nicht der BSC, sondern muss denjenigen zugeschrieben werden, die den Implementierungsprozess verantwortlich gestalten. Ein zentraler Erfolgsfaktor einer Gesundheits-BSC wird somit das ausgewogene Verhältnis zwischen Top down-Planung und Bottom up-Einflussmöglichkeiten bei der BSC-Ausgestaltung und Weiterentwicklung sein.

Die Gesundheits-BSC kann aber nicht nur auf dem Weg ihrer Erstellung die Partizipation fördern. Gleichfalls kann der Umsetzung der strategischen Aktionen eine diesbezüglich wichtige Rolle zugeschrieben werden. Beispielsweise wird sich eine strategische Aktion „Partizipative Erstellung und Bewertung einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung“ massiv unterscheiden von einer in der aktuellen Praxis häufig vorzufindenden Erfassung von lediglich physischen Faktoren in Form von Checklisten allein durch Betriebsmediziner oder Fachkräfte für Arbeitssicherheit.

Für die Betriebsratsarbeit lassen sich daraus folgende Schlussfolgerungen ziehen, die Abel (2001) anführt. Zu achten ist erstens auf eine frühzeitige Einbindung der Betriebsräte bei der BSC-Erstellung (Mitgliedschaft im Leitungsteam und ggf. Abschluss einer Betriebsvereinbarung zur BSC), um auf die Zielgestaltung Einfluss nehmen zu können und für die Ausgewogenheit der BSC zu sorgen. Grundlage hierfür ist eine sorgfältige Qualifizierung für die BSC-Arbeit. Weiterhin wird empfohlen, die im Rahmen der BSC genutzten Kennzahlen auch für den Wirtschaftsausschuss zu verwenden. Schließlich sollte sich der Betriebsrat regelmäßig über die BSC-Ergebnisse informieren, die Mitbestimmung einfordern und die Zusammenarbeit mit der Geschäftsleitung suchen. Ebenso sieht Däubler (2000) Rationalitätsgewinne mit der BSC u.a. in der

Form, dass „die Diskussion über die Ziele und ihre Revision zum Teil einer demokratischen Unternehmenskultur werden“ (Däubler 2000: 10). Andererseits besteht für ihn „aus Arbeitnehmersicht die Gefahr, daß die Anforderungen an den einzelnen in einem unzumutbaren Ausmaß steigen“ (ebenda: 11). Die Einbeziehung der Betriebsräte ist als unabdingbar anzusehen. Dadurch können zudem die Perspektiven der Mitarbeiter eingebunden werden. Eine bedeutende Voraussetzung ist jedoch die Bereitschaft der Betriebsräte, sich auf Veränderungen im Unternehmen einlassen zu können und zu wollen. Wenn Betriebsräte diese Veränderungsperspektive verinnerlichen, können ihrerseits auch weniger Probleme mit den Visionen einer BSC erwartet werden. Bedenken seitens der Betriebsräte erscheinen jedoch dann berechtigt, wenn offensichtlich durch das BGM nur noch mehr Leistung abgefordert werden soll. Damit richten sich die Beschwerden aber gegen das BGM – und nicht gegen die BSC. Weiterhin ist zu verhindern, dass die Betriebsräte zu spät in den BSC-Prozess einbezogen werden. Dann können höchstens auf der Maßnahmeebene noch Einflüsse geltend gemacht werden, was aber aufgrund der bereits abgeschlossenen strategischen Zieldefinition und Kennzahlengenerierung nicht der BSC-Idee entspricht.

Es spricht somit viel dafür, der Kommunikation von strategischen Zielen im Unternehmen sehr viel mehr Raum und Zeit zu geben. Hingewiesen sei auf die mitunter langwierigen Bemühungen, alle Beteiligte „in das Boot zu holen“ und die für erforderlich gehaltenen Kennzahlen zu diskutieren, festzulegen und zu erheben. Es sollte bei allen Beteiligten nicht der Eindruck entstehen, dass eine BSC „mal eben schnell“ eingeführt werden könne. Insbesondere die Konkretisierung der strategischen Ziele durch die Abteilungen – wenn sie denn bis dort kommuniziert werden – kann problematisch werden – u.a., weil es den Mitarbeitern eher fremd ist, dass sie auch selbst entscheiden können. Es ist zu vermuten, dass ähnliche Phänomene bei der Diskussion um die strategischen Gesundheitsziele entstehen können. Das sollte jedoch kein Grund sein, neue Formen der Beteiligungsprozesse zu unterlassen. Es wird vielmehr darauf ankommen, dass mit einer stärkeren Beteiligung auch Veränderungen im erwünschten Ausmaß eingeleitet werden können. Es dürfte nicht zum Ziel führen, wenn aufwändige Diskussions- und Abstimmungsprozesse mit der nüchternen Erkenntnis enden, dass für die gefundenen Lösungen keine Ressourcen vorhanden sind bzw. nicht zur Verfügung gestellt werden. Spätestens an dieser Stelle werden die neuen Kommunikationswege in einer Sackgasse enden und Erfolg sowie Nachhaltigkeit der Gesundheits-BSC gefährdet sein. An die Arbeitgeberseite kann appelliert werden, dass sie eine Offenheit für die Felder mitbringen sollten, die nicht zwingend mitbestimmungspflichtig sind. Schließlich kommt bei dem Erfolg einer Gesundheits-BSC gerade auf die Bereitschaft an, jenseits gewohnter Pfade restriktiver Mitbestimmungsgrenzen in einen breiten Dialog und einen ergebnisoffenen Prozess einzusteigen.

5.6 Restriktionen

Die angedeuteten Nutzenpotenziale einer Gesundheits-BSC können zwar im Rahmen einer solchen Literaturarbeit nicht eindeutig bestätigt werden. Zumindest lassen sich aber Hinweise dafür finden, dass sich der Einsatz einer Gesundheits-BSC positiv auf die Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitspolitik auswirken kann. Nicht vergessen werden dürfen dabei jedoch einige wichtige Restriktionen, die sich teilweise bei der Erörterung der einzelnen Thesen bereits angedeutet haben. Ausgegangen wird dabei von der Frage, was eine BSC nicht leisten kann.

„Eine Balanced Scorecard kann nur so gut sein wie die Strategie, die dahinter steht (selbst dann, wenn die Strategie mit Hilfe der Balanced Scorecard strukturiert wurde). Wenn die Strategie sich als nicht markttauglich erweisen sollte, kann daran auch die Balanced Scorecard nichts ändern. Sie kann allerdings gegebenenfalls frühzeitig Hinweise und Indizien dafür liefern, dass der eingeschlagene Weg nicht zum anvisierten Ergebnis führt. Eine Balanced Scorecard ersetzt nicht den Kommunikationsprozess zwischen der Führungsetage und den Mitarbeitern, sondern unterstützt diesen und kann ihn auch lenken. Das heißt, dass eine Balanced Scorecard als solche noch nicht funktioniert, sondern im Dialog mit allen Unternehmensebenen entwickelt und gelebt werden muss. Eine Balanced Scorecard kann keine Veränderungen vorhersagen, die sich zum Beispiel im Marktumfeld eines Unternehmens ergeben. In solchen Fällen ist eine modifizierte oder gar neue Strategie notwendig und damit auch eine Aktualisierung der Balanced Scorecard“ (Wellmann 2008: 157).

Was also ist zu tun, wenn sich die Gesundheitsstrategie als falsch erweisen sollte? Die vorgestellten Instrumente der Gesundheitsstrategiefindung – sofern nicht über die BSC selbst mitgestaltet – unterscheiden sich nicht von den üblichen Instrumenten (z.B. SWOT-Analyse) und auch bei den Ansätzen zur Gesundheits-BSC sind keine neuen Strategiefindungsansätze vorgestellt worden, die nicht bereits im Zusammenhang mit dem BGM diskutiert werden (z.B. Mitarbeiterbefragungen). Die Zukunft wird natürlich auch mit einer BSC unsicher sein, aber die BSC kann – als Unterstützung bei der Strategiefindung – dazu anregen, sich intensiver mit für die Zukunft wichtigen Potenzialen zu beschäftigen. Insbesondere diese Zukunftsorientierung zeichnet die BSC im Vergleich zu anderen Managementsystemen aus. Es geht u.a. darum, allen Stakeholdern des Unternehmens eine mit Kennzahlen versehene Vision zu unterbreiten, wie z.B. die nächsten zehn Jahre des Unternehmens aussehen können. Viele Unternehmen begeistern sich deshalb für die BSC, weil sie mit ihr die Entwicklung neuer Ideen vorantreiben können. Dem kann hinzugefügt werden, dass hierbei auch das Thema Gesundheit zukünftig eine größere Rolle spielen könnte.

6 Ausblick

Die Gründe dafür, dass sich Unternehmen in Zukunft intensiver mit dem Thema Gesundheit beschäftigen, sind vielfältig. In vielen Organisationen wird vermutlich die Erkenntnis reifen, dass der Faktor Mensch ein ganz zentraler für den Unternehmenserfolg ist und ihm attraktive Arbeitsbedingungen und ein ansprechendes Umfeld geboten werden müssen. Auch dürfte die Erfolgsformel „Mehr Leistung durch gesunde und motivierte Mitarbeiter“ eine wesentliche Rolle spielen. Betriebsräte könnten über die Frage motiviert werden, was sie für die Gesundheit ihrer Kollegen tun können. Selbst wenn das BGM nicht immer eine moralische Entscheidung für Unternehmen ist, sondern aus reinen Marketinggedanken im Wettbewerb um die besten Talente auf dem Arbeitsmarkt betrieben wird, kann auch dies positive Folgen für die Gesundheit der Mitarbeiter haben und zu einer gesunden Organisation beitragen.

Für die Frage, wie betriebliche Gesundheitspolitik und BGM zu gestalten sind, gibt es keinen Königsweg. Die vorliegende Arbeit hat sich diesbezüglich mit den Möglichkeiten des Managementsystems BSC auseinandergesetzt. Sie gilt als weit verbreitet in der (deutschen) Unternehmenspraxis und ist bei Managern äußerst beliebt, sofern die Unternehmensleitung hinter der BSC steht und sie nicht lediglich als ein neues Modethema durch das Unternehmen treibt. Die BSC besticht weiterhin durch ihre Prägnanz und Einfachheit in der Darstellung – nicht Erstellung. In der gesundheitswissenschaftlichen Literatur wird zudem über einen Mangel an strategischen Steuerungsinstrumenten geklagt, mit deren Hilfe sich außerdem noch der wirtschaftliche Erfolg des BGM ableiten lässt. Dies sind hinreichende Gründe, die BSC in den Kontext der betrieblichen Gesundheitspolitik zu stellen.

Die im ersten Kapitel thesenhaft formulierten Nutzenpotenziale einer Gesundheits-BSC beziehen sich auf eine bessere Positionierung von BGM-Themen auf der Unternehmensagenda, die Etablierung der betrieblichen Gesundheitspolitik in die Unternehmensstrategie, eine Optimierung der Steuerungsprozesse des BGM, eine höhere Transparenz des Beitrags des BGM für den Unternehmenserfolg und die Ausgestaltung der betrieblichen Gesundheitspolitik als partizipativer OE-Prozess. Im Rahmen dieser Studie konnten viele Argumente angeführt werden, die für den Einsatz einer gesundheitsorientierten BSC sprechen. Verifiziert werden konnten die einzelnen Nutzenpotenziale jedoch nicht. Dies kann sicherlich mit den noch nicht ausreichend vorhandenen Erfahrungswerten und den begrenzten Möglichkeiten dieses Untersuchungsansatzes begründet werden.

Forschungsbedarf wird auch bei anderen Autoren gesehen, die sich in einem wesentlich größeren Rahmen mit der Gesundheits-BSC wissenschaftlich beschäftigt haben. Dabei werden fünf Schwerpunkte ausgemacht. Erstens wird dafür plädiert, dass Möglichkeiten und Wirkungen der erforderlichen organisatorischen Einbettung der

Gesundheits-BSC untersucht werden. Gefragt wird z.B. nach der Integration von Zielen der Gesundheits-BSC in die Zielvereinbarungen der Gesundheitsakteure (u.a. der Führungskräfte) und der Gestaltung von funktionsübergreifenden BGF-Prozessen sowie der Festlegung hierfür geeigneter Kennzahlen. Zentraler Forschungsbedarf wird zweitens in der Entwicklung von Normstrategien für das BGM ausgemacht. Solche Normen sind in der Betriebswirtschaftslehre etabliert (z.B. die Kostenführerschaft) und können zur Ableitung unternehmenseigener Strategien genutzt werden. Drittens bestehe Bedarf an einer weiteren Validierung der Gesundheits-BSC und der ermittelten Ursache-Wirkungs-Beziehungen. Dabei sollte die Gesundheitsthematik spezifiziert werden (z.B. alternde Belegschaften, Burnout) und diese Spezialthemen über die vier Perspektiven des Konzepts untersucht werden. Dies spare einerseits Ressourcen bei teilnehmenden Unternehmen und führe zu tiefergehenden Erkenntnissen bei den Einzelthemen. Viertens werden Längsschnittstudien gefordert, um Langzeiteffekte betrieblicher Präventionsaktivitäten besser nachweisen zu können (Horváth et al. 2009). Postuliert wird fünftens die wichtiger werdende Rolle externer Gesundheitsdienstleister wie Kranken-, Renten- und Unfallversicherungen. „Diese Akteure erweitern die mit der Durchführung des BGM verbundenen Zielbeziehungen, was einen unternehmensübergreifenden Einsatz von Steuerungsinstrumenten im Gesundheitsmanagement erfordert. Die Integration von Krankenkassen und Rentenversicherungen als Lieferanten (anonymisierter) Daten für Kennzahlen bzgl. der Diagnosehäufigkeit einzelner Krankheiten im Betrieb etc. ist daher als weiterer Forschungsansatz zu prüfen“ (Horváth, Gamm, Isensee 2009: 136).

Es darf ergänzt werden, dass sich insbesondere die Untersuchung der Praxiserfahrungen derjenigen Unternehmen lohnen dürfte, die laut der EuPD Research-Studien zum BGM (2007, 2010) die BSC für das BGM-Controlling nutzen. Ansonsten ist diesen Forschungsempfehlungen grundsätzlich zuzustimmen. Entsprechende Studien und Erkenntnisse werden allerdings auch nicht dazu führen, dass die oben beschriebenen Nutzenpotenziale stets mit der Einführung einer Gesundheits-BSC einhergehen. Dies liegt in der Tatsache begründet, dass es immer auf die Art und Weise ankommt, wie eine BSC „gelebt wird“. So lapidar diese Erkenntnis ist, so wird sie auch für eine Gesundheits-BSC zutreffen – wie anhand von zwei Zitaten noch einmal besonders hervorgehoben: „Kennzahlen allein reichen eben nicht aus, um ein Unternehmen erfolgreich zu steuern; das können die Menschen nur selber tun. Wir brauchen eine Strategie, die das Verhalten der Menschen auf ein gemeinsames Ziel ausrichtet. Und wir brauchen eine Balanced Scorecard, deren Aufgabe darin besteht, die Umsetzung dieser Strategie in praktisches Handeln zu befördern. Dazu bedarf es vor allem strategieorientierter Menschenführung; Kennzahlen können das unterstützen, indem sie Ziele konkretisieren und messbar machen – Menschenführung ersetzen können sie nicht. Wohl deshalb beginnt sich allmählich ein kolportierter Spruch auszubreiten: Nicht überall, wo Balanced Scorecard draufsteht, ist auch Balanced Scorecard drin“ (Friedag et al. 2005: 18). Und weiter heißt es: „Die BSC erlöst niemanden von Führungsaufgaben und Vorbildfunktion. Nur Führungskräfte, die ihre deklarierten Grundsätze selber leben, die ihre

Mitarbeitenden kennen, schätzen und unterstützen, wo nötig aber auch unangenehme Entscheide durchsetzen, werden mit der BSC wie mit allen andern Management-Instrumenten Erfolg haben“ (Friedag et al. 2005: 36).

Abschließend seien daher noch einmal einige Kernelemente wiedergegeben, die sich als günstig für die Erstellung und Nutzung eine Gesundheits-BSC erweisen können.

- Die frühzeitige Einberufung eines BSC-Steuerungskreises kann helfen, die vielfältigen Sichtweisen auf das Thema Gesundheit zu sammeln und ein gemeinsames Verständnis im Sinne der Salutogenese zu entwickeln. Die Besetzung kann sich an den BGM-üblichen Akteuren für einen solchen Steuerungskreis bzw. an den in Kapitel 4.4 genannten Gruppen orientieren. Die Einbeziehung von Mitarbeitern aus der Controllingabteilung kann die Arbeit im Hinblick auf die Kennzahlengenerierung und deren Nutzung (siehe unten) erleichtern.
- Die Erarbeitung von strategischen Landkarten für das Thema Gesundheit sollte in erster Linie eine Angelegenheit der internen Gesundheitsakteure sein. Um jedoch spezifisches Fachwissen zur BSC und zu arbeits- und gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen besser nutzen zu können, empfiehlt sich die Einbindung von externen Experten.
- Zur besonderen Sensibilität wird bei dem Thema Datengenerierung und deren Nutzung geraten. Eine Gesundheits-BSC verfehlt ihren Zweck, wenn sie nur als Instrument zur Datenakkumulation genutzt wird, um mögliche individuelle Ursachen krankheitsbedingter Fehlzeiten ausfindig zu machen. Es sollte kritisch erörtert werden, welche Gesundheits- und Diagnosedaten zu welchem Zweck gesammelt werden. Mit Diskussionen, in denen diesbezügliche Zielkonflikte ausgetragen werden, ist zu rechnen. Sie sind eine wünschenswerte Begleiterscheinung bei der BSC-Erstellung und kein Grund für vorzeitiges Resignieren. Klargestellt werden sollte, dass in einem allgemeinen Managementsystem wie der BSC kein Raum für personenbezogene Kennzahlen ist, sondern der Schwerpunkt auf arbeitsplatz-, -organisations- und -umgebungsbezogenen Faktoren liegt. Allgemeine Gesundheitskennzahlen sollten allerdings über die Gesundheits-BSC verstärkt Eingang in den Standard-Reportings von Organisationen finden. Vorstellbar ist weiterhin die Koppelung von Daten aus der Gesundheits-BSC mit anderen allgemeinen Erhebungen und Index-Erstellungen im Kontext von Arbeit und Gesundheit.
- Eine Gesundheits-BSC ist grundsätzlich für jede Unternehmensgröße vorstellbar – schließlich kann jedes Unternehmen unabhängig von seiner Größe eine Strategie entwickeln. Unabhängig von den sich immer stellenden Ressourcenfragen dürfte es eine wesentliche Voraussetzung sein, wenn die Gesundheits-BSC an anderen Managementsystemen – im Idealfall an eine BSC – anknüpfen kann. Als ein sehr ehrgeiziges Anliegen kann es hingegen gelten, wenn in einem Unternehmen eine Gesundheits-BSC implementiert werden soll, in der es bisher noch gar keine Erfahrungswerte mit Strategieentwicklungen gegeben hat.

Trotz dieser eher motivierenden Hinweise sollte bedacht werden, dass das Managen von Gesundheit ein schwieriges Unterfangen ist und ebenso mit einer Gesundheits-BSC bleiben wird. Das Managen von Gesundheit bedeutet noch nicht die Herstellung von Gesundheit, sondern soll die Wahrscheinlichkeit erhöhen, gesundheitsfördernde Strukturen und Prozesse in Organisationen einzurichten. Schon vor 15 Jahren wurde kritisch angemerkt: „Bislang fehlen in der betrieblichen Gesundheitsförderung also Entwürfe, die nicht mehr auf der Ebene von (technischen, ökonomischen, psychologischen) Rezepten stehenbleiben, sondern auch den Konstitutionszusammenhang von Arbeit in den Blick nehmen. Und die somit eine praktische Vision von humaner Arbeit entwerfen: eine Vision, die vom ganzen Menschen ausgeht; und die zudem nicht als Utopie angelegt ist; sondern die es – quasi wie eine Landkarte, die wir immer genauer zeichnen können, je tiefer wir in die Landschaft eindringen – gestattet, langsam, Schritt für Schritt neue, gesunde und humane Arbeitswelten zu erproben und zu schaffen [Hervorhebungen im Original]“ (Friczewski 1996: 4). Es bleibt abzuwarten, ob mit der Gesundheits-BSC dieser Vision ein Stück näher gekommen werden kann.

Literaturverzeichnis

Abel, R. (2001): Die Balanced Scorecard im Arbeitsfeld von Betriebsräten. Expertise im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Bochum, Düsseldorf.

Abel, R. (2003): Handlungsleitfaden zur Erarbeitung einer „Beteiligungs-Strategie-Karte“. Bochum.

Abel, R. (2004): Handlungsleitfaden Personalratsarbeit mit der Beteiligungs-Strategie-Karte. Bochum.

Abel, R. et al. (2003): Endlich „faire“ Zahlen. In: Mitbestimmung, Heft 11, S. 66-69.

Abel, R.; Wannöffel, M. (2002): Die Balanced Scorecard als Bestandteil der Betriebsratsarbeit. Arbeitspapier 62 der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Ahlers, E.; Brussig, M. (2005): Gefährdungsbeurteilungen in der betrieblichen Praxis. In: WSI-Mitteilungen, Heft 9, S. 517-523.

Ansoff, H. I. (1979): Strategic Management. London: McMillan.

Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass.

AOK-Bundesverband et al. (Hrsg.) (2007): Kann betriebliches Gesundheitsmanagement die Kreditwürdigkeit von Unternehmen steigern? Initiative Gesundheit & Arbeit, i-Punkt 18.

Aron, R. (1981): Über die Freiheiten. Stuttgart: Klett-Cotta.

Bacher, R. (2004): Systemische Interventionen und ihre Anwendungsmöglichkeit bei der Implementierung einer Balanced Scorecard. Berlin: dissertation.de – Verlag im Internet.

Badura et al. (2008): Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin: Springer.

Badura, B.; Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Heidelberg: Springer.

Baethge, M. (1991): Arbeit, Vergesellschaftung, Identität – Zur zunehmenden normativen Subjektivierung der Arbeit. In: Soziale Welt (42), S. 6-19.

Bauer, V. (2003): Strategische Verwaltungsführung mit der Balanced ScoreCard – Ein Leitfaden. Hamburg. http://www.osb-i.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/VBa_Strategische_Verwaltungsfuehrung_mit_der_BSC_01.pdf.

Baumanns, R. (2009): Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Nutzen für Unternehmen und Mitarbeiter. Eine Evaluation. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Baust, A. (2008): Messbarkeit integrierter Dienstleistungsprozesse. Konzeption eines Regelsystems zur Evaluierung unscharfer Variablen. Saarbrücken: VDM Verlag.

Bechmann: et al. (2010): Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). In: iga-Report 20, Initiative Gesundheit und Arbeit, Berlin, Essen.

Beck, D. ; Lenhardt, U. (2009): Verbreitung der Gefährdungsbeurteilung in Deutschland. In: Prävention und Gesundheitsförderung (4), Heft 1, S. 71-76.

Becker, K.; Brinkmann, U.; Engel, T. (2007): Die Haut auf dem Markte. Betrieblicher Gesundheitsschutz im Marktkapitalismus. In: Prokla (37), Heft 3, S. 383-401.

Becker, W.; Schwerdtner, K.; Seubert, C.-M. (2005): Strategieumsetzung mit BSC-basierten Anreizsystemen. Ergebnisse einer empirischen Studie. In: Controlling, Heft 1, S. 33-39.

Bergmann, G.; Daub, J.; Meurer, G. (2006): Metakompetenzen und Kompetenzentwicklung. QUEM-report Schriften zur beruflichen Weiterbildung Heft 95/Teil II Berlin.

Bertelsmann Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik – Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Blume, A. ; Walter, U.; Bellmann, R.; Wellmann, H. (2011): Betriebliche Gesundheitspolitik – eine Chance für die Mitbestimmung. Potentiale, Hemmnisse und Unterstützungsmöglichkeiten. Berlin: edition sigma.

Böhnisch, W. R.; Krennmair, N.; Stummer, H. (Hrsg.) (2006): Gesundheitsorientierte Unternehmensführung: Eine Werteperspektive. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.

Braun, M. (2009a): Entwicklung einer Balanced Scorecard für das betriebliche Gesundheitsmanagement. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin 2009 (44), Heft 5, S. 284–292.

Braun, M. (2009b): Balanced Scorecard für das »gesunde Unternehmen«. <http://wiki.iao.fraunhofer.de/images/studien/balanced-scorecard-fuer-das-gesunde-unternehmen.pdf>.

Braun, M.; Kliesch, G.; Iserloh, B. (2007): Wertorientierte Steuerung des betrieblichen Gesundheitsmanagements mittels Balanced Scorecard, in: Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie (57), Heft 7, S. 174-182.

Däubler, W. (2000): Beteiligungsrechte des Betriebsrats/ Wirtschaftsausschusses bei Einführung und Anwendung neuer mitarbeiterorientierter Controlling-Instrumente am Beispiel der Balanced Scorecard. Expertise im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf.

Diensberg, C. (2001): Balanced Scorecard – kritische Anregungen für die Bildungs- und Personalarbeit, für Evaluation und die Weiterentwicklung des Ansatzes. In: Diensberg, C.; Kreckel, E. M.; Schobert, B. (Hrsg.): Balanced Scorecard und House of Quality – Impulse für die Evaluation in Weiterbildung und Personalentwicklung. Schriftenreihe des Bundesinstituts für Berufsbildung, Heft 53, Bonn, S. 21-38.

Dietl, W. (2001): Strategieorientierung mit der Balanced Scorecard. http://www.osb-i.com/fileadmin/user_upload/Forschungsfelder/FF_Dietl_Strategieorientierung_mit_der_BSC.pdf.

Drupp, M.; Osterholz, U. (1998): "Prospektiver Beitragsbonus" – Ein Projekt der AOK Niedersachsen zur Förderung von integrativen Gesundheitsmaßnahmen in der Arbeitswelt. In: Müller, R.; Rosenbrock, R. (Hrsg.) (1998): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. Sankt Augustin: Asgard, S. 349-371.

Elmer, A., Stummer, H. (2011): Quality- and Value-Oriented Controlling with the Balanced Scorecard – a Literature Analysis and Survey in an Out-Patient Care Facility. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement (16), Heft 2, S. 79-84.

EuPD Research (Hrsg.) (2007): Gesundheitsmanagement 2007/08 – Strukturen, Strategien und Potenziale deutscher Großunternehmen, Management Summary, November Bonn.

EuPD Research (Hrsg.) (2010): Gesundheitsmanagement 2010 – Strukturen, Strategien und Potenziale deutscher Unternehmen. Berichtsband, Januar 2010, Bonn.

Evers, J.; Hafkesbrink, J.; Krause, M. (2009): Managementinstrumente in kleinen und mittleren Unternehmen der Wissensökonomie – Einsatzmöglichkeiten, Grenzen und Perspektiven. In: Evers, J.; Hafkesbrink, J.; Krause, M.; Schmidt: Instrumente für nachhaltige Arbeitsqualität in der Wissensökonomie: Bestandsaufnahme und Bewertung. artec-paper Nr. 159, März 2009, S. 49-74.

Faller, G. (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung oder Betriebliches Gesundheitsmanagement? In: Prävention Heft 3, S. 71-74.

Fischbach, P.; Spitaler, G. (2004): Balanced Scorecard in der Pflege: Eine Untersuchung im stationären Krankenhaus- und ambulanten Pflegebereich. Stuttgart: Kohlhammer.

Frey, D. et al. (2004): Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in Klein-, Mittel- und Großunternehmen. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 4 der Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung, Gütersloh.

Friczewski, F. (1996): Gesundheit und Motivation der Mitarbeiter als Produkt betrieblicher Organisation. Ein systemischer Ansatz. Discussion Paper P96-211 Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH, Berlin.

Friedag, H.; Güntensperger, M.; Kehl, T.; Schmidt, W. (2005): Strategieentwicklung und ihre Umsetzung mit der Balanced Scorecard – das Praxis-Beispiel der Zürcher Höhenkliniken. In: Der Controlling-Berater, Heft 4, S. 521-554.

Friedag, H.; Schmidt, W. (2002): Balanced Scorecard. Freiburg i. Br.: Rudolf Haufe Verlag.

Friedag, H.; Schmidt, W. (2005): Balanced Scorecard – Der aktuelle Stand nach 15 Jahren. In: Der Controlling-Berater, Heft 7, S. 431-458.

Friedag, H.; Schmidt, W. (2009): Balanced Scorecard in der Praxis. In: Controller Magazin, (34) Heft 2, S. 76-84.

Fuchs, T. (2006): Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen – Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung. INQA-Bericht Nr. 19.

Gamm, N., Hahn, K., Isensee, J., Seiter, M. (2010), Performance Measurement im betrieblichen Gesundheitsmanagement – Entwicklung und Anwendung einer Gesundheits-BSC bei der MVV Energie AG. In: Controlling (22), Heft 12, S. 698-705.

gute Arbeit (2007): Gute Arbeit – Es zählen Taten. In: gute Arbeit, Heft 2, S. 21.

Haefeli, B.; Krenn, J.; Mauer, J. (2006): Implementierung von Gesundheit als Wert im Unternehmen. In: Böhnisch, W. R.; Krennmair, N.; Stummer, H. (Hrsg.): Gesundheitsorientierte Unternehmensführung: Eine Werteperspektive. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, S. 17-109.

Hahn, D., Kaufmann, L. (2002): Praktische Probleme bei der Einführung und Nutzung von Balanced Scorecards. In: Albach, H.; Kaluza, B.; Kersten, W. (Hrsg.): Wertschöpfungsmanagement als Kernkompetenz. Wiesbaden: Gabler, S. 527-542.

Holleder, A. (2007): Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebpanels 2002 und 2004. In: Das Gesundheitswesen (69), Heft 2, S. 63-76.

Horváth & Partners (Hrsg.) (2004): Balanced Scorecard umsetzen. Stuttgart: Schäffer Poeschel.

Horváth P., N. Gamm, K. Möller, M. Kastner, B. Schmidt, B. Iserloh, G. Kliesch, R. Otte, M. Braun, M. Matter, St. Pennig, J. Vogt, B. Köper (2009): Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Hilfe der Balanced Scorecard. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Projektnummer F 2126, Dortmund.

Horváth, P., Gamm, N., Isensee, J. (2009): Einsatz der Balanced Scorecard bei der Strategieumsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: Badura, B.; Schröder, H.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Berlin: Springer, S. 127-137.

Horváth, P., Isensee, J., Gamm, N. (2010): Strategieorientiertes Controlling im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Stand der Praxis und Lösungsansatz. In: Kastner, M. (Hrsg.), Leistungs- und Gesundheitsmanagement. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 50-72.

Horváth, P., Seiter, M. (2009): Performance Measurement. In: Die Betriebswirtschaft (69), Heft 3, S. 393-413.

Horváth, P., Seiter, M., Isensee, J. (2009): Empfängerorientiertes Reporting für KMU – Stand, Anforderungen, Gestaltungsempfehlungen. In: Mussnig, W. Mödritscher, G., Heidenbauer, M. (Hrsg.): Erfolgsstrategien mittelständischer Unternehmen. Festschrift für Dietrich Kropfberger. Wien: Linde-Verlag, S. 99-130.

Hülsbeck, M. (2007): Lost in translation? – Systemische Perspektiven auf die Balanced Scorecard, in: Tomaschek, N. (Hrsg.): Perspektiven systemischer Entwicklung und Beratung von Organisationen, Heidelberg: Carl-Auer Verlag, S. 251-259.

Janssen, P.; Kentner, M.; Rockholtz, C. (2004): Balanced Scorecard und betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Meifert, M. T., Kesting, M. (Hrsg.) Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, S. 41–56.

Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1993): Putting the Balanced Scorecard to work. In: Harvard Business Review (71), Heft 5, S. 134-147.

Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1997): Balanced Scorecard. Aus dem Amerikanischen von P. Hórvath. Stuttgart: Schäfer Poeschel.

Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (2001): Die strategiefokussierte Organisation: Führen mit der Balanced Scorecard. Aus dem Amerikanischen von P. Hórvath und D. Kralj. Stuttgart: Schäfer Poeschel.

Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (2004): Strategy Maps: Der Weg von immateriellen Werten zum materiellen Erfolg. Aus dem Amerikanischen von P. Hórvath und B. Gaiser. Stuttgart: Schäfer Poeschel.

Karau, I.; Bach, N. (2005): Balanced Scorecard – historische Entwicklung und Verbreitungsgrad in Deutschland. In: soFid Organisations- und Verwaltungsforschung, Heft 1, S. 11-21.

Kentner, M., Janssen, R., Rockholtz, C. (2003): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Balanced Scorecard – Die Verknüpfung von Prävention und Produktivität bei der Arbeit. In: Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin (38), Heft 9, S. 470–476.

Kiunke: (2005): Strategische Unternehmensplanung und Balanced Scorecard. München, Mehring: Rainer Hampp Verlag.

Kohstall, T.; Lauterbach, D.; Lüdeke A. (2002): Die Balanced Scorecard als ein Steuerungsinstrument für Call Center. <http://www.dguv.de/iag/de/forschung/pdfs/bsc.pdf>.

Kohte, W. (2008): Drei Säulen betrieblicher Gesundheitspolitik. In: gute Arbeit, Heft 10, S. 15-19.

König, S.; Rehling, M. (2002): Zur Übertragbarkeit der Balanced Scorecard auf ein zukunftsgerichtetes Personalmanagement der öffentlichen Verwaltung. PerMit-Diskussionspapier 01-02, Oldenburg. http://tvoed.info/bsc_diskussionspapier-01-02.pdf.

Körnert, J.; Wolf, C. (2006): Theoretisch-konzeptionelle Grundlagen zur Balanced Scorecard. <http://econstor.eu/dspace/bitstream/10419/32361/1/511152566.pdf>.

Körnert, J.; Wolf, C. (2008): Die Balanced Scorecard im Licht der Systemtheorie. In: SEM|Radars (7) Heft 1, S. 59-71.

Kuhn, J. (2000): Die betriebliche Gesundheitsförderung am Scheideweg: zur Dialektik einer Erfolgsgeschichte. In: Prävention (23), Heft 3, S. 95-96.

Kuhn, J. (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung im modernen Kapitalismus. In: Kuhn, J.; Göbel, E. (Hrsg.) (2003): Gesundheit als Preis der Arbeit? Gesundheitliche und wirtschaftliche Interessen im historischen Wandel. Erweiterte Dokumentation eines Workshops an der Hochschule Magdeburg-Stendal (FH) am 11. und 12. Dezember 2001. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 163-170.

Langhoff, T. (2002): Ergebnisorientierter Arbeitsschutz – Bilanzierung und Perspektiven eines innovativen Ansatzes zur betrieblichen Arbeitsschutzökonomie. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht 955. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH.

Lenhardt, U.; Rosenbrock, R. (2006): Wegen Umbau geschlossen? Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz. Berlin: edition sigma.

Matuschek, I.; Kleemann, F.; Voß, G. G. (2008): Subjektivierete Taylorisierung als Beherrschung der Arbeitsperson. In: Prokla (38), Heft 1, S. 49-64.

Michell-Auli, P.; Schwemmler, M. (2008): Integriertes Management mit der Balanced Scorecard. Ein Praxis-Leitfaden für Sozialunternehmen. Stuttgart: Kohlhammer.

Mintzberg, H. (1995): Die strategische Planung: Aufstieg, Niedergang und Neubestimmung. München: Hanser.

Moldaschl, M. (2004): Partizipation und/als/statt Demokratie – Zum Entwicklungsverhältnis von gesellschaftlicher Demokratisierung und organisationaler Partizipation. In: Weber, W. G.; Pasqualoni, P-P.; Burtscher, C. (Hrsg.): Wirtschaft, Demokratie und soziale Verantwortung. Reihe Psychologie und Beruf, Band 2. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 216-245.

Moldaschl, M.; Voß, G. G. (Hrsg.) (2002): Subjektivierung von Arbeit. München, Mering: Rainer Hampp Verlag.

Müller-Jentsch, W. (1998): Wandel der Unternehmens- und Arbeitsorganisation und ihre Auswirkungen auf die Interessenvertretungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern. In: Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (31), Heft 3, S. 575-584.

Nagel, R.; Dietl, W. (2009): Werkzeugkiste 18 – Balanced Scorecard. In: Organisationsentwicklung (28), Heft 1, S. 80-85.

Pfaff, H.; Badura, B.; Lütticke, J. (2004): Balanced Scorecard. In: Public Health Forum (12), Heft 44, S. 17-18.

Pratt, D. (2001): The Healthy Scorecard: Delivering Breakthrough Results that Employees and Investors will Love. Victoria B.C.: Trafford Publishing.

Prokla-Redaktion (2008): Editorial. In: Prokla (38), Heft 1, S. 2-10.

Prümper, J.; Richenhagen, G. (2009): Der DGB-Index „Gute Arbeit“ – eine arbeitswissenschaftliche Bewertung. In: GfA (Hrsg.): Arbeit, Beschäftigungsfähigkeit und Produktivität im 21. Jahrhundert. 55. Kongress der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft. Dortmund: GfA Press, S. 341-344.

Rampersad, H. K. (2006): Personal Balanced Scorecard. The Way to Individual Happiness, Personal Integrity, and Organizational Effectiveness. Greenwich: Information Age Publishing.

Reisner: (2003): Das integrative Balanced-Scorecard-Konzept. Stuttgart: Kohlhammer.

Reusch, J. (2008): Das Arbeitsschutzrecht in der EU und in Deutschland zwischen Prävention und dem Druck einer maßlosen Ökonomie. In: Giesert, M. (Hrsg.): Prävention: Pflicht & Kür – Gesundheitsförderung und Prävention in der betrieblichen Praxis. Hamburg: VSA-Verlag, S. 149-165.

Rosenbrock, R. et al. (2003): Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure. Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 3 der Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung.

Rüthemann, I. (2005): Einführung von betrieblichem Gesundheitsmanagement mit dem Personal-Balanced Scorecard-Ansatz. www.hrm.uzh.ch/static/fdb/uploads/sa_isabelle_ruethemann.pdf.

Scheibeler, A. W. (2002): Balanced Scorecard für KMU – Kennzahlenermittlung mit ISO 9001:2000 leicht gemacht. Heidelberg: Springer.

Scherer, A., G.; Alt, J., M. (2002): Strategische Steuerung und Balanced Scorecard. Bundesverwaltungsamt (Hrsg.), INFO 1694, Juli 2002.

Schumann, M. (2008): Kampf um Rationalisierung – Suche nach neuer Übersichtlichkeit. In: WSI Mitteilungen, Heft 7, S. 379-386.

Schwertner, K.; Becker, W.; Seubert, C.-M. (2004): Erfolgsgarant Balanced Scorecard. In: Personal, Heft 12, S. 12-15.

Speckbacher, G.; Bischof, J.; Pfeiffer, T. (2003): A descriptive analysis on the implementation of Balanced Scorecards in German-speaking countries. In: Management Accounting Research (14), Heft 4, S. 361-387.

Stöger, R. (2007): Balanced Scorecard – Eine Bilanz: In: OrganisationsEntwicklung (26), Heft 4, S. 25-33.

Strohhecker, J. (2003): Die Balanced Scorecard als kybernetisches Managementinstrument. In: SEM|Radars (2), Heft 1, S. 69-99.

Stummer, H. (2006): Gesundheit im Unternehmen: Ein Plädoyer für eine Werteperspektive. In: Böhnisch, W. R.; Krennmair, N.; Stummer, H. (Hrsg.): Gesundheitsorientierte Unternehmensführung: Eine Werteperspektive. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag, S. 1-15.

Stummer, H. et al. (2008): Interne Kommunikation und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Heft 4, S. 235-240.

Technologieberatungsstelle NRW (Hrsg.) (2002): Betriebsräte als Beteiligungsstrategen? Projektcontrolling nach BSC (Balanced Scorecard). Reihe Arbeit, Gesundheit, Umwelt, Technik, Heft 55.

Thiehoff, R. (2000): Betriebliches Gesundheitsschutzmanagement – Möglichkeiten einer Interessenbalance. Berlin: Erich Schmidt.

Thiehoff, R. (2005): Ökonomische Evaluation mit der Balanced Scorecard. In: Human Resource Management, 55. Ergänzungslieferung, S. 1-56. http://www.symposium.de/?cmslesen/q7001006_24430101#%D6konomische_Evaluation_mit_der_BSC.

Ulich, E.; Wülser, M. (2005): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Gabler.

Weber, J.; Schäffer, U. (2000a): Balanced Scorecard und Controlling: Implementierung – Nutzen für Manager und Controller – Erfahrungen in deutschen Unternehmen. Wiesbaden: Gabler.

Weber, J.; Schäffer, U. (2000b): Entwicklung von Kennzahlensystemen. In: Betriebswirtschaftliche Forschung und Praxis (52), Heft 1, S. 1-16.

Wellmann, H. (2007): Qualitätssicherung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation GmbH an der Deutschen Sporthochschule Köln (Hrsg.): Teilhabe am Arbeitsleben durch Betriebliche Gesundheitsförderung. iqpr-Forschungsbericht Nr. 3/2007. Köln, S. 74-90.

Wellmann, H. (2008): Das 5-Stufen-Modell zur ökonomischen Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Froböse, I.; Wellmann, H.; Weber, A. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung – Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung. Wiesbaden: Universum, S. 65-199.

Würzl, A. (2005): Systemisches Management in Theorie und Praxis. Strategieentwicklung und zielorientierte Organisationsentwicklung mit der Balanced Scorecard. Bern: Haupt-Verlag.

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, zu Aus- und Weiterbildung oder neuen Techniken an die Stiftung wenden.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Institut für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK)

Das Ziel des Instituts für Makroökonomie und Konjunkturforschung (IMK) in der Hans-Böckler-Stiftung ist es, gesamtwirtschaftliche Zusammenhänge zu erforschen und für die wirtschaftspolitische Beratung einzusetzen. Daneben stellt das IMK auf der Basis seiner Forschungs- und Beratungsarbeiten regelmäßig Konjunkturprognosen vor.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Mitbestimmung, Strukturpolitik, Arbeitsgesellschaft, Öffentlicher Sektor und Sozialstaat. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Mit dem 14tägig erscheinenden Infodienst „Böckler Impuls“ begleitet die Stiftung die aktuellen politischen Debatten in den Themenfeldern Arbeit, Wirtschaft und Soziales. Das Magazin „Mitbestimmung“ und die „WSI-Mitteilungen“ informieren monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft.

Mit der Homepage www.boeckler.de bietet die Stiftung einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung

Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf

Telefon: 02 11/77 78-0
Telefax: 02 11/77 78-225