



Erfolgsfaktor Gesundheit

Health @ University: Wie Gesundheitsförderung in der Praxis funktionieren kann und welche Faktoren für ein gesundes Arbeitsumfeld wichtig sind.

Katharina Mallich-Pötz & Karin Gutiérrez-Lobos (Hrsg.)

Impressum

Medizinische Universität Wien
Stabstelle Personalentwicklung
www.meduniwien.ac.at/pe

Gestaltung:
Medizinische Universität Wien
Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit

Coverfoto: Shutterstock

Lektorat: Katharina Mallich-Pötz & Lydia Taus
2015 Facultas Verlags- und Buchhandels AG

ISBN 978-3-7089-1311-7

© MedUni Wien, 2015

Die inhaltliche Richtigkeit der Beiträge verantworten die AutorInnen selbst. Sie geben ausschließlich deren Meinungen wieder, die sich nicht zwangsläufig mit jenen der Herausgeberinnen decken.

Katharina Mallich-Pötz & Karin Gutiérrez-Lobos (Hrsg.)

Erfolgsfaktor Gesundheit

Health @ University: Wie Gesundheitsförderung in der Praxis funktionieren kann und welche Faktoren für ein gesundes Arbeitsumfeld wichtig sind.

Erfolgsfaktor Gesundheit

Gesunde, motivierte und gut ausgebildete MitarbeiterInnen sind wesentliche Voraussetzung für den Erfolg von Universitäten und Organisationen. Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) ist daher laut Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU, Gesundheit und Wohlbefinden von MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz zu stärken. Dies erfordert eine strategische Umsetzung auf mehreren Ebenen. Wie Gesundheitsförderung an Universitäten und Organisationen strategisch und praktisch implementiert werden kann sowie welche Faktoren wie etwa Arbeitsklima, Konfliktkultur, interne Kommunikationsprozesse und Führungsprinzipien einen Beitrag zu einem gesunden Arbeitsumfeld leisten, wird in den folgenden Beiträgen diskutiert.

Bernhard Badura, emeritierter Professor der Universität Bielefeld, postuliert, dass Organisationen, die in die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen investieren, in den längerfristigen Erfolg der Organisation investieren. Er plädiert für eine mitarbeiterInnenorientierte Organisationspolitik, die Verantwortung für das Betriebsklima und das Verhalten von Vorgesetzten übernimmt. Voraussetzung dafür ist ein Wandel in der Führungskultur.

Der Mediator, Berater und Gesellschafter der Trialogis Organisationsberatung Stephan Proksch gibt zu bedenken, dass dauerhaft ungelöste Konflikte MitarbeiterInnen krank machen. Er stellt Möglichkeiten vor, wie in Organisationen mit Programmen zur Förderung der Zusammenarbeitskultur neue Formen des Umgangs mit Konflikten gefunden werden und erläutert Vor- und Nachteile bei der Einbettung in die betriebliche Gesundheitsförderung.

Die Personalentwicklerin Angelika Werth und der Professor für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Wien, Christian Korunka, greifen die am 1. Jänner 2013 in Österreich in Kraft getretene ASchG – Novelle auf, in welcher neben den physischen Belastungen in Organisationen die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz stärker betont werden. In diesem Zusammenhang sind Unternehmen in Österreich gesetzlich dazu verpflichtet, psychische Belastungen am Arbeitsplatz zu evaluieren. In ihrem Beitrag werden die Erfahrungen mit der Umsetzung von Evaluierungsprojekten diskutiert sowie kritische Erfolgsfaktoren vorgestellt.

Unter dem Titel „Modediagnose Burnout – kritische Überlegungen zu einem populären Begriff“ unterzieht Katrin Skala (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien) den Begriff Burnout einer kritischen Betrachtung und

unterscheidet dabei zwischen personenbezogenen und organisationsbezogenen Interventionen, wobei letztere sich etwa auf die Umstrukturierung von Arbeitsabläufen, transparente Leistungsbewertungen und die Unterstützung bei der Karriereplanung beziehen.

Eva Höttl, die Leiterin des Gesundheitszentrums der Erste Bank, stellt Ansätze vor, wie die Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen, die nach einer psychischen Erkrankung zurück an den Arbeitsplatz kommen, erfolgen kann. Der Wunsch der Betroffenen, besser als bisher auf sich und die eigenen Bedürfnisse zu achten, steht allerdings häufig im Widerspruch zum Wunsch, den Leistungserwartungen von Führungskräften und KollegInnen zu entsprechen.

Einen Blick an die MedUni Wien und ihren Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung gewähren die Personalentwicklerinnen Lydia Taus und Katharina Mallich-Pötz. An der MedUni Wien ist die Gesundheitsförderung als eine wichtige Säule im Rahmen der Personalentwicklung verortet und umfasst zahlreiche Maßnahmen wie Bewegungsangebote, Stressmanagement, Ernährungsberatung, Wiedereinstiegsplanung und vieles mehr.

Im den folgenden Beiträgen finden sich Anregungen, wie die Gesundheitskompetenzen von MitarbeiterInnen gestärkt werden können und welche arbeitsplatzbezogene Maßnahmen neben Aufklärung, Prävention und Wissenstransfer zur Verfügung stehen.

Karin Gutiérrez-Lobos

Seite

4 Vorwort

Karin Gutiérrez-Lobos

8 Auf die Bindung kommt es an – Zum Einfluss der Organisationskultur auf Gesundheit und Betriebsergebnis

Bernhard Badura

**14 Kranke Konflikte – Gesunde Lösungen
Produktiver Umgang mit Spannungen am Arbeitsplatz**

Stephan Proksch

24 Kritische Erfolgsfaktoren für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen

Angelika Werth und Christian Korunka

Seite

43 Modediagnose Burnout? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff

Katrin Skala

53 Umsetzung von BGF - Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung

Eva Höttl

60 Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht der Personalentwicklung der MedUni Wien

Lydia Taus und Katharina Mallich-Pötz

74 Curricula vitae

Auf die Bindung kommt es an – Zum Einfluss der Organisationskultur auf Gesundheit und Betriebsergebnis

Bernhard Badura

Abstract

Organizations that invest in the health of their members, invest in their own long-term success. Employees who believe in themselves and their leadership capacities perform better and are quite open to changes. They develop a strong connection to the organization and value their organization as attractive employers. Even if the top management is open-minded to include health at work as a topic, leadership often still embodies outdated attitudes, with a preference for control of subordinates and the establishment of a hierarchy. Therefore, staff must increasingly work together in goal-oriented projects. Fundamental changes occur in the leadership behaviour of immediate supervisors: less control, but more support, empathy, enthusiasm and health awareness. "Staff-oriented" is an organization policy that accepts responsibility, not only for job security and fair payment, but also for the working conditions and superior's behavior.

All this requires a change in the management culture which is more often than not met by much resistance. This is due to old-fashioned and apparently deep-rooted beliefs, for example, that people can be controlled first by fear and money, that the health of employees is irrelevant for operational result; that the quality of the leadership, the working environment and corporate culture don't have any impact on health; that health is a private matter. None of these popular beliefs are true; just a carefully diagnosis allows a casual, not only symptoms defined, occupational health management.

Zusammenfassung

Organisationen, die in die Gesundheit ihrer Mitglieder investieren, investieren in ihren längerfristigen Erfolg. MitarbeiterInnen, die sich wohlfühlen und Vertrauen in ihre Führungskräfte haben, leisten bessere Arbeit und sind aufgeschlossen für Veränderungen. Sie entwickeln eine starke Bindung an die Organisation und schätzen ihre Organisation

als attraktiven Arbeitgeber. Auf der oberen Führungsebene besteht zwar mittlerweile eine größere Offenheit für das Thema Gesundheit. Führungskulturen verharren jedoch noch zu oft in „altem Denken“ und der Vorliebe für steile Hierarchien, Silostrukturen und ein Übermaß an Kontrolle. Dabei müssen MitarbeiterInnen immer öfter zielorientiert in Projekten zusammenarbeiten. Für die direkten Vorgesetzten ergeben sich daraus grundlegende Änderungen in ihrem Führungsverhalten: weniger Kontrolle, dafür mehr Unterstützung, Empathie, Begeisterungsfähigkeit und Gesundheitskompetenz.

MitarbeiterInnenorientiert ist eine Organisationspolitik, die Verantwortung übernimmt, nicht nur für sichere Arbeitsplätze und gute Bezahlung, sondern auch für das Betriebsklima und das Vorgesetztenverhalten. Voraussetzung dafür ist ein Wandel in der Führungskultur. Dieser stößt jedoch immer noch auf hartnäckigen Widerstand bedingt durch veraltete, aber offenbar tiefverwurzelte Überzeugungen: z.B. Menschen würden primär durch Angst und Geld gesteuert; der Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen sei irrelevant für das Betriebsergebnis; die Qualität der Führung, das Betriebsklima und die Unternehmenskultur hätten keinen Einfluss auf die Gesundheit; Gesundheit sei im Übrigen Privatsache. Keine dieser immer noch stark verbreiteten Überzeugungen trifft zu. Nur eine sorgfältige Diagnose ermöglicht ein kausales, nicht nur an Symptomen ansetzendes, Betriebliches Gesundheitsmanagement.

Grundvertrauen in die Organisation – Bindung durch Vertrauensbildung

Führung, Kultur und Beziehungsklima einer Organisation sind maßgeblich verantwortlich für die Qualität der Kommunikation und Kooperation, dafür wie Konflikte bewältigt, welche Wertschätzung die Beiträge jedes Einzelnen erfahren und wie belohnt und befördert wird. Sie sind ferner dafür verantwortlich, ob grundlegende Regeln der Fairness und der Gerechtigkeit und offiziell proklamierte Grundsätze der Unternehmensführung auch tatsächlich eingehalten werden und dadurch ein Grundvertrauen in die Organisation entsteht. Dieses Grundvertrauen wiederum entscheidet über die innere Bindung und damit über den Energieaufwand und das Qualitätsbewusstsein, mit dem die Mitglieder ihrer täglichen Arbeit nachgehen und Mitverantwortung übernehmen.

Durch den globalen Wettbewerb steigende Anforderungen treffen auf eine älter werdende Bevölkerung. Dies erzwingt mehr Aufmerksamkeit für den Schutz und die Förderung ihrer Gesundheit. Im Betrieblichen Gesundheitsmanagement geht es um Bindung durch

Vertrauensbildung und Potenzialentwicklung, keineswegs nur um Vermeidung von Risiken, Belastungen und Krankheiten. Auf dem Prüfstand steht das Menschenbild der Führung. Der Schritt von der „Arbeitskraft“ zur/ zum „Mitarbeitenden“ ist noch längst nicht überall vollzogen. Entscheidend für den Organisationserfolg ist heute in erster Linie das psychische Vermögen ihrer Mitglieder. Achtsamkeit für Gesundheit bedeutet daher besondere Achtsamkeit für die psychische Gesundheit (Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle & Behr, 2013).

Diese These findet Bestätigung in den Ergebnissen zahlreicher Disziplinen, angefangen mit der Neuro- und Evolutionsbiologie über die Ethnologie und die Psychologie bis hin zur Soziologie, Verhaltensökonomie und zu den Gesundheitswissenschaften. Nichts inspiriert offenbar so sehr wie der persönliche Austausch „von Angesicht zu Angesicht“. In der Kooperation mit ihresgleichen finden Menschen ihre Bestimmung und zugleich ein wirkungsmächtiges Instrument zur Daseinsbewältigung. Die evolutions- und neurobiologische Forschung korrigiert das heute verbreitete egozentrische Menschenbild. Das Bestreben des Menschen zielt auf Selbstentwicklung durch positiv erlebte Zwischenmenschlichkeit und gemeinsinnige Kooperation (Adolphs, 2003; Insel, 2004; Tomasello, 2006; Wilson, 2013). Menschen streben nach Wohlbefinden durch Bindung und Ansehen. Beide stiften Sinn und befriedigen das Bedürfnis, geachtet und gebraucht zu werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei unser biologisches Belohnungssystem als physischen Triebkraft menschlichen Handelns. Was die biologische Evolution der Menschheit „in die Wiege“ gelegt hat, wird durch die kulturelle Prägung von Kognition, Emotion und Motivation prägend auch für Verhalten und Kooperation. Menschen unterscheiden sich von ihren genetischen Vorfahren, weil ihr Denken, Fühlen und Verhalten nicht nur auf biologischer, sondern auch auf zwischenmenschlicher, „gesellschaftlicher“ Regulation beruht: zum einen durch Erwartungen „wichtiger Anderer“ (z. B. Eltern, Freunde, Vorgesetzte), zum anderen durch Erlernen „wichtiger Überzeugungen, Werte und Regeln“, mit anderen Worten durch „Kultur“. Menschen konnten sich besser behaupten, weil sie durch evolutionären Druck gezwungen waren, ihre biologischen Anlagen zur Kooperation durch erlerntes Verhalten weiter zu entwickeln (Wilson, 2013). Dies verschaffte homo sapiens einen evolutionären Vorteil und stabilisierte das Zusammenleben in der Gruppe. Möglich gemacht hat das die Entwicklung von Werten und Regeln zur

- Bildung von Grundvertrauen als Voraussetzung von Wir-Gefühl, von Gemeinsinn und Solidarität auch jenseits verwandtschaftlicher Bindungen,
- Verhaltensorientierung und konfliktarmen Kooperation,
- internen Kontrolle von Sexualität, Aggression und Eigennutz
- Abwehr äußerer Bedrohungen, z.B. durch Feinde oder Konkurrenten.

Kultur als Grundlage für die Entwicklung intrinsischer Motivation

Menschen brauchen Menschen, von denen sie lernen, bestimmte Nervenbahnen im Gehirn zu benutzen. Kultur bildet die Grundlage für die Entwicklung von moralischem Bewusstsein und intrinsischer Motivation. Bindungen an Menschen und Kommunikation mit ihnen bilden die Grundlage für persönliches Wachstum und psychische Gesundheit – ein Leben lang. Psychische Gesundheit bedarf der Verwurzelung in einem Geflecht vertrauensvoller Beziehungen sowie erlernter Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen. Für den Menschen ausschlaggebend ist – so die von Victor Frankl übernommene These –, ob eine Tätigkeit das Gefühl erweckt, für etwas da zu sein, „für etwas oder für jemand“ (Frankl, 1992, S. 57).

Die große Abhängigkeit des Kooperationsvirtuosens Mensch von Seinesgleichen begründet zugleich seine große Verwundbarkeit. Kaum etwas verletzt psychisch so sehr wie von Mitmenschen durch Missachtung oder Zurückweisung gekränkt zu werden. Nur der Verlust wichtiger Personen, Tätigkeiten, Überzeugungen und Werte wiegt noch schwerer. Eine Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit ist daher immer auch eine Beschäftigung mit den von Menschen als wichtig erachteten Personen, Tätigkeiten und Werten, als zentralen Quellen ihrer psychischen Energie. Auch das Streben nach materiellen Gütern erhält letztlich Sinn nur aus dem dadurch angestrebten Ansehen im persönlichen sozialen Netzwerk und darüber hinaus in Arbeitswelt und Gesellschaft. Überidentifikation mit der eigenen Arbeit allerdings kann krank machen ebenso wie eine suchtartige, d.h. unkontrollierbare Abhängigkeit von Substanzen, Überzeugungen und Mitmenschen.

Wir verstehen Gesundheit als ein biopsychosoziales Handlungspotenzial, das seine Energie aus der intrinsischen Motivation und der sozialen Verbundenheit speist. Auch Alleinsein ist wichtig für die psychische Regeneration – allerdings immer nur für begrenzte Zeit, nach einer selbstbestimmten Dosierung. Zur Entwicklung und Aktivierung ihrer Nervenbahnen sind Menschen angewiesen auf positiv empfundene soziale Kontakte und Interaktionen ebenso wie ihr Körper auf gesunde Luft, gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung angewiesen ist (Kandel 2009).

Den gegenwärtig vermutlich augenfälligsten Beleg für die hohe Kontakt- und Kommunikationsbedürftigkeit der Spezies Mensch liefert die rasante weltweite Verbreitung des Mobiltelefons.

Eine Theorie der Gesundheit sollte

- sich zur Erklärung salutogener wie auch zur Erklärung pathogener Einflüsse eignen,
- biologische, psychische und soziale Prozesse in den Blick nehmen,
- die Konsequenzen guter oder beeinträchtigter Gesundheit für die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft mitberücksichtigen.

Die Bedeutung von Gesundheit als Handlungspotenzial hat Hans-Georg Gadamer treffend wie folgt in Worte gefasst: „Gesundheit zeigt sich in einer Art Wohlgefühl... mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmensfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren“ (Gadamer, 1993, S. 143 f.).

Mit diesem neuen Verständnis von Gesundheit vollzieht sich die Abkehr von einer einseitig pathogenetischen Sichtweise („Arbeit erzeugt Stress und macht krank“). Und es entwickeln sich neue Konzepte, die sowohl die Licht- als auch die Schattenseiten der Arbeitswelt zu untersuchen erlauben und dabei ganze Organisationen in den Blick nehmen, nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen. Arbeit ist heute ganz überwiegend Kopfarbeit. Damit rückt das psychische Befinden in das Zentrum Betrieblicher Gesundheitspolitik, m.a.W. die psychische Energie der MitarbeiterInnen sowie die darauf Einfluss nehmenden Bedingungen. Leistungssteuerung durch Vorgaben aus der Hierarchie und durch Kontrolle, aber auch durch finanzielle Anreize, verlieren an Bedeutung. Immer wichtiger werden stattdessen die Mobilisierung intrinsischer Motivation durch überzeugende Werte, Ziele und Projekte. Immer wichtiger werden „weiche“ Faktoren wie Kultur, Beziehungsklima und Führung. Immer wichtiger wird schließlich die Qualität der horizontalen Kooperation in Form von vertrauensvoller Zusammenarbeit.

Organisationen können technisch sehr gut ausgestattet sein, hohe Gehälter zahlen, über ein hochqualifiziertes Personal verfügen und dennoch in Schwierigkeiten geraten. Schwinden Vertrauen, gegenseitiger Respekt und Gemeinsamkeiten im Denken, Fühlen und Handeln entsteht eine krankmachende und leistungsbeeinträchtigende moralische Ödnis.

Hochschulen wirken kulturprägend: Durch die Ausbildung zukünftiger Funktionseliten prägen Hochschulen die Führungskultur einer Gesellschaft wesentlich mit! Diese Tatsache sollte dem Management, den Rektoren bewusst sein und sich in Mission Statements, Leitbildern und Führungskräftelehrgängen widerspiegeln.

Literatur

- Adolphs, R. (2003). Cognitive Neuroscience of Human Social Behavior. *Neuroscience*, 4, 165 – 178.
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2013). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg* (2. erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer Gabler.
- Frankl, V.E. (1992). *Psychotherapie für den Alltag*. (6. Auflage). Freiburg: Herder.
- Gadamer, H.G. (1993). *Über die Verborgenheit der Gesundheit*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Insel, T.R., Fernald, R.D. (2004). How the brain processes information: Searching for the social brain. *Annual Reviews of Neuroscience*, 27, 697 – 722.
- Kandel, E. (2009). *Auf der Suche nach dem Gedächtnis. Die Entstehung einer neuen Wissenschaft des Geistes*. München: Goldmann.
- Tomasello, M. (2006). *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Wilson, E.O. (2013). *Die soziale Eroberung der Erde*. München: Beck.

Kranke Konflikte – Gesunde Lösungen. Produktiver Umgang mit Spannungen am Arbeitsplatz

Stephan Proksch

Abstract

“Too much conflict brings on war, too little conflict leads to stagnation”. Conflicts are commonly part of work place relationships. If they are destructive or repressed, then sickness, high staff turnover and loss of productivity can result. A constructive approach to the resolution of these conflicts should therefore be sought. Examples of such are meditation, coaching, supervision, group development. If conflicts are consensually overcome, they become resources for change and development. The Medical University of Vienna initiated the project “Conflict Culture” in order to promote the discussion of constructive conflict. After more than two years a positive impact has been noted in aspects such as the handling of conflicts and also organizational culture, and the promotion of the preservation and development of healthy labour relations.

Zusammenfassung

„Zu viel Konflikt führt zu Krieg, zu wenig Konflikt führt zu Stagnation“. Konflikte sind normaler Bestandteil lebendiger Arbeitsbeziehungen. Werden sie verdrängt oder destruktiv ausgetragen sind Krankheit, Fluktuation und Produktivitätseinbußen die Folge. Wir müssen daher Wege finden, konstruktiv mit Konflikten umzugehen. Dazu gibt es eine Reihe von Methoden, zum Beispiel Mediation, Coaching, Supervision, Teamentwicklung und dergleichen. Werden Konflikte konsensual bewältigt, sind sie Ressourcen für Wandel und Weiterentwicklung. An der Medizinischen Universität Wien wurde das Projekt „Konfliktkultur“ ins Leben gerufen, um die konstruktive Auseinandersetzung mit Konflikten zu fördern. Nach einer Laufzeit von mehr als zwei Jahren hat sich im Rahmen einer Evaluation ein positiver Effekt auf den Umgang mit Konflikten sowie auf die Unternehmenskultur gezeigt und fördert somit den Erhalt und die Weiterentwicklung gesunder Arbeitsbeziehungen.

Konflikt im Fitnesscenter

Veronika ist eine engagierte Fitnesstrainerin. Sie gilt als fleißig und kollegial. Leider ist sie seit zwei Wochen im Krankenstand. Die ständigen persönlichen Untergriffe und Beleidigungen ihres Chefs hatten ihr so zugesetzt, dass sie therapeutische Behandlung in Anspruch nehmen musste. „Er will mich systematisch fertig machen“ ist sie überzeugt. Bei Besprechungen hatte er gesagt, so viel Blödsinn sei nicht zu fassen, und sie habe Minderwertigkeitskomplexe. Dazu kamen anzügliche sexuelle Bemerkungen. Die letzten Monate waren für sie die Hölle. Zu Hause weinte sie viel. Vor Dienstantritt war ihr ständig übel und sie musste sich manchmal übergeben aus Angst, ihrem Chef zu begegnen. Sie fand kaum Schlaf und litt an Appetitlosigkeit. Schließlich bekam sie Entzündungen im gesamten Bauchraum begleitet von Fieber. Im Dienst versuchte sie ihrem Chef auszuweichen und bei Teambesprechungen nicht aufzufallen. Die Dienstplaneinteilung versuchte sie immer so zu arrangieren, dass sie ihrem Vorgesetzten möglichst nicht über den Weg läuft. Das waren meine Informationen aus dem ersten Gespräch.

In unserer Rolle als Mediatoren arbeiten wir immer zu zweit und führen auch immer zuerst mit beiden Konfliktparteien Einzelgespräche. Wir waren sehr gespannt, den Chef kennen zu lernen und hatten uns schon ein Bild gemacht. Zu unserer Überraschung lernten wir einen bodenständigen Vorgesetzten kennen. Seine Ausdrucksweise war manchmal sehr salopp. Kleine Scherze waren Teil seines alltäglichen Sprachgebrauchs. So wünschte er meiner Kollegin nach einem Gespräch ein „schnuckeliges Wochenende“.

Eine spezielle Art des lockeren bis geringschätzigen Umgangs miteinander war Teil der Teamkultur geworden. Manche fühlten sich damit wohl, andere waren unglücklich. Veronika als sehr ernsthafte Mitarbeiterin hatte damit ein Problem. Und so hatte eine „Aufschaukelung“ begonnen, die schließlich zu den oben genannten Phänomenen geführt hatte. Aus Bagatellen war ein massiver Konflikt geworden.

Ein Einzelfall? Keineswegs.

Meine KollegInnen von Trialogis und ich haben ständig mit ähnlichen Konfliktkonstellationen zu tun. Ich darf dazu ein paar Zahlen nennen:

Eine internationale Studie auf Basis einer Befragung von 5.000 Beschäftigten in neun Ländern ergab, dass sich jeder Beschäftigte im Durchschnitt 2,1 Stunden, in Deutschland sogar 3,3 Stunden pro Woche mit Konflikten beschäftigt, sei es durch eigene Betroffenheit oder durch Konfliktmanagement bei KollegInnen. Das sind 8,25% der gesamten Arbeitszeit (Hayes, 2008, S. 5 ff.).

Konflikte machen krank

Während meiner Tätigkeit als Mediator habe ich gelernt: Konflikte entstehen meist aus Kleinigkeiten. Im oben genannten Fall war vielleicht ein falsch verstandener Scherz die Wurzel des Konfliktes. Es entsteht eine Irritation, Ärger, und beim nächsten Mal wird ein unachtsamer Satz bereits als Angriff ausgelegt. So bildet sich nach und nach eine zähe Schicht von Ärger und Wut auf dem Grund der Seele.

Ein anderer Konflikt zwischen zwei ÄrztInnen begann mit einer unbedachten Äußerung eines der beiden in einer Besprechung. Er hatte gesagt: „Ich pfeife auf unsere Zusammenarbeit!“, allerdings in etwas drastischeren Worten. Der Konflikt eskalierte immer mehr, und als ich über zwei Jahre später zugezogen wurde, waren bereits Gerichtsprozesse wegen Rufschädigung und Ehrenbeleidigung anhängig.

Konflikte sind also wie Samenkörner, die langsam anwachsen und schließlich dichte bedrohliche Hecken werden, die Menschen wie Mauern einschließen und die Beteiligten immer mehr gefangen nehmen. Sie müssen ständig daran denken, schmieden Pläne und sind von ihrer eigentlichen Tätigkeit abgelenkt. Konflikte, die immer weiter eskalieren, machen Menschen krank. Die häufigsten begleitenden Symptome von Konflikten sind Kopfschmerzen, Magenbeschwerden und Schlaflosigkeit. In dem zuvor genannten Fall hatte sich eine massive Darmentzündung entwickelt.

Der Wirk-Mechanismus ist dabei folgender: Konflikte sind psychische Belastungen und erzeugen Stress. Stress verstärkt den Ausstoß des Hormons Cortisol. Dies schädigt über einen längeren Zeitraum verteilt die Leistungsfähigkeit des Gehirns, verringert die Elastizität der Blutgefäße, lässt den Blutzuckerspiegel steigen, die Magenschleimhäute werden geringer durchblutet und sind daher anfälliger für Entzündungen, um nur die wichtigsten Folgen zu nennen (Molnar, 2012, S. 18). In manchen Fällen schlägt die Stressbelastung um und mündet in Demotivation und Unproduktivität. Man akzeptiert die Situation als unausweichlich und versucht, die eigene Tätigkeit auf das notwendige Minimum zu reduzieren. Wir sprechen in diesem Fall von „innerer Kündigung“.

Diese Faktoren wiederum erzeugen, abgesehen von dem dadurch verursachten menschlichen Leid, massive Folgekosten in Organisationen. Diese umfassen folgende Dimensionen (Eder, 2008):

- Zeit- und Produktivitätsverluste
- Fluktuation und Krankenstände sowie
- direkte Kosten (Anwaltskosten, Beraterkosten,...)

Als Beispiel wird häufig eine Studie von Heinz Leymann genannt: er hat berechnet, dass ein einziger Mobbingfall ein Unternehmen im Schnitt 60.000 € kostet (Leymann, 1993, S. 68).

Konflikte vermeiden oder austragen?

Da Konflikte also sehr negative Konsequenzen haben können, sollten wir sie unbedingt vermeiden, richtig? Nein, Falsch!

Konflikte gehören zum betrieblichen Alltag wie die Kirche zum Dorf. Wir werden sie nicht los, wir müssen mit ihnen leben. Die gute Nachricht ist allerdings: Konflikte sind nützlich und wichtig für Organisationen! Sie werden jetzt vielleicht denken: „Was soll daran nützlich sein, wenn zwei Personen einen Streit haben? Das schafft doch nur Probleme!“

Dem ist nicht so. Konflikte fördern Wandel und Veränderung und machen auf Probleme aufmerksam. Werden Konflikte als Symptom für Veränderungsbedarf erkannt, so bieten sie die Chance, Prozesse und Strukturen in der Organisation zu verbessern. Gleichzeitig machen hoch eskalierte Konflikte krank, wie im Eingangs-Beispiel gezeigt wurde.

Welche Emotionen tauchen bei Ihnen auf, wenn Sie an einen selbst erlebten Konflikt denken? Zumeist sind es negative Emotionen. Konflikte werden als bedrohlich und als Gefahr erlebt. Daher weichen wir Konflikten lieber aus und vermeiden sie. Und darin besteht das eigentliche Problem bei Konflikten. Nicht dass es sie gibt, ist das Problem, sondern wie damit umgegangen wird. Konflikte werden verdrängt oder es wird ein Schuldiger gesucht oder man delegiert den Konflikt an die Vorgesetzten und erwartet eine Entscheidung. Doch auf diese Weise werden Konflikte nicht gelöst, sondern sie werden schlimmer, und es beginnt eine destruktive Konflikteskalation.

Wenn also Konflikte aus dem Arbeitsleben (wie aus dem Privatleben) nicht verbannt werden können und wenn sie sowohl Chancen als auch Risiken bergen und wenn unsere

bisherigen Formen des Umgangs mit Konflikten unzureichend waren, ja sogar die Konflikte verstärkt haben, dann müssen wir zwei Dinge tun: Erstens müssen wir den Mut haben, Konflikten ins Auge zu sehen. Wir dürfen also nicht wegsehen, sondern müssen uns den Konflikten stellen. Dazu werde ich Ihnen ein von Trialogis entwickeltes Werkzeug vorstellen. Und zweitens müssen wir neue Formen des Umgangs mit Konflikten in die Praxis der Organisation integrieren. Darauf wird im Folgenden ebenfalls noch eingegangen.

Ein Modell für aktives und gesundheitsförderndes Konfliktmanagement

Im Jahr 2004 wurde eine Umfrage in verschiedenen Organisationen aus unterschiedlichen Branchen mit der Fragestellung „wie gehen Sie mit Konflikten um?“ durchgeführt. Das Ergebnis der Studie war, dass sich alle Arten von Konfliktmanagement auf 4 verschiedene Grundformen zurückführen lassen. Die herkömmlichen Verhaltensweisen bei Konflikten nennen wir „trennende“ und „sachbezogene“ Formen, die komplementären Formen nennen wir „personenbezogen“ und „integrierend“ (Proksch, 2013, S. 26 ff., siehe Abbildung 1).

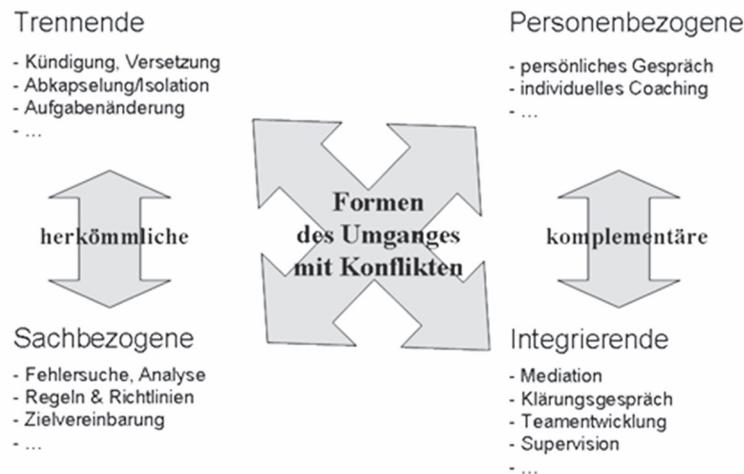


Abbildung 1: Grundformen des Konfliktmanagements (Proksch und Wurz 2013, S 27).

Trennende Formen des Umgangs sind solche, die darauf ausgerichtet sind, Konfliktparteien zu trennen, sei es durch Kündigung oder Aufgabenänderung, um auf diese Weise dem Konflikt die Grundlage zu entziehen. Sachbezogene Maßnahmen trachten danach, eine organisatorische oder technische Problemlösung zu finden. Beide Formen nennen wir „herkömmliche“ Maßnahmen, weil sie in Organisationen seit jeher angewendet werden. Sie haben den vermeintlichen Vorteil, dass man sich mit dem Konflikt nicht direkt auseinandersetzen braucht. Sie haben den Nachteil, dass sie oft den Konflikt nicht lösen oder aber als überzogene Maßnahme eine Reihe von Folgeproblemen nach sich ziehen.

Personenbezogene Maßnahmen suchen die Lösung auf der individuellen Ebene, beispielsweise durch persönliche Gespräche oder Coaching. Integrierende (oder auch zusammenführende) Maßnahmen bauen auf die gemeinsame Auseinandersetzung der Parteien mit dem Problem. Beispiele sind Mediation, Teamentwicklung, Supervision und verwandte Methoden. Beide Formen nennen wir „komplementäre“ Maßnahmen, weil sie den Konflikt selbst bearbeiten anstatt ihn zu umgehen.

Diese Darstellung listet einerseits die verschiedenen Möglichkeiten auf, mit Konflikten umzugehen. Sie soll aber andererseits dazu ermutigen, Konflikte aktiv anzugehen anstatt sie zu verdrängen. Es ist ein einfaches und nützliches Werkzeug für Führungskräfte und MitarbeiterInnen, um Konfliktsituationen einzuschätzen und einen Vorgehensplan zu entwickeln.

Ein Beispiel: Sie sind AbteilungsleiterIn und haben zwei MitarbeiterInnen, die nicht miteinander klarkommen. Immer wieder gibt es Spannungen und Auseinandersetzungen. Mal können sie sich nicht auf eine Vertretungsregelung während der Urlaubszeit einigen, ein anderes Mal entsteht ein Streit um die Sauberkeit in der Kaffeeküche. Und so geht es tagaus tagein. Sie wollen den lästigen Konflikt endlich beenden und sich wieder anderen Aufgaben zuwenden.

Wenden wir das genannte Modell an, so könnte ein Vorgehen so aussehen: zunächst versuchen Sie, eine Sachlösung zu finden. Sie analysieren das Problem und stellen dann verbindliche Regeln für die Zusammenarbeit auf. Wenn das Problem dadurch nicht gelöst ist, versuchen Sie als nächsten Schritt ein persönliches Gespräch mit den beteiligten Personen. Auf Basis der so gewonnenen Informationen schlagen Sie eine Lösung vor. Ist das Problem noch immer nicht gelöst, ist es Zeit, eine Mediatorin oder einen Mediator zu engagieren, die mit den Parteien eine gemeinsame Lösung erarbeitet. Hilft auch das nichts, dann bleibt kein anderer Weg als die Trennung übrig.

Dies wäre eine Form des aktiven Konfliktmanagements, das die Ressourcen der Abteilung aktiviert und nicht in einer vorschnellen Trennung endet. Leider wird das heute kaum praktiziert. Entweder werden die Konflikte verdrängt bis die frustrierten MitarbeiterInnen von selbst kündigen, oder man trennt sich von dem vermeintlich Schuldigen, was teuer und aufwändig ist und verbrannte Erde zurücklässt.

Umsetzung von komplementären Formen des Konfliktmanagements in der Praxis

Wenn sich ein Unternehmen das Ziel setzt, ganzheitliches Konfliktmanagement in der Organisation zu integrieren, muss ein Weg gefunden werden, einerseits die Scheu vor Konflikten im Unternehmen zu überwinden und andererseits geeignete Ansprechstellen für Konflikte zur Verfügung zu stellen. Dieses Vorhaben hat die Medizinische Universität Wien ab dem Jahr 2012 realisiert. Mit der Unterstützung von Trialogis in der Person von Dr. Stephan Proksch und Mag.a Barbara Wurz wurde ein integriertes Konfliktmanagementsystem etabliert. Grundlegende Elemente eines solchen Systems sind: a) interne KonfliktberaterInnen, b) Führungskräfteeinbindung, c) interne Information, d) formaler Rahmen (vgl. Abbildung 2).

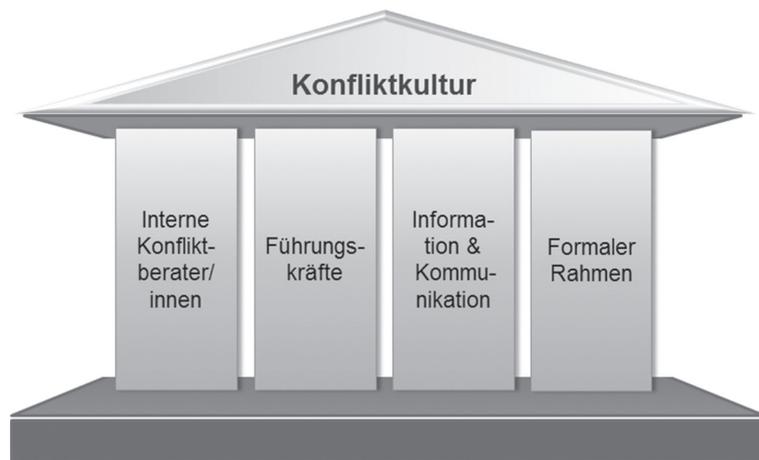


Abbildung 2: Elemente eines integrierten Konfliktmanagementsystems (adaptiert nach Proksch 2013, S. 99).

Durch die Einführung von internen KonfliktberaterInnen erhalten MitarbeiterInnen und Führungskräfte die Möglichkeit, niederschwellig und ohne formale Hürden sich bei Spannungen Rat zu holen. Konflikte müssen also nicht mehr unterdrückt werden, sondern können in einem vertraulichen Rahmen angesprochen werden. Parallel dazu werden Führungskräfte im Umgang mit Konflikten geschult. Auf diese Weise wird das erforderliche Know-How aufgebaut, Konflikte produktiv zu managen. Durch eine Informations- und Kommunikationsoffensive werden die MitarbeiterInnen über die KonfliktberaterInnen informiert. Gleichzeitig wird das Thema Konflikt enttabuisiert, indem das Bestehen von Differenzen und Konflikten anerkannt und als Normalzustand konnotiert wird. Schließlich wird mit Hilfe diverser Regulatorien ein formaler Rahmen geschaffen. Dazu gehört eine Betriebsvereinbarung zum Umgang mit Konflikten, eine Erwähnung der Konfliktkultur im Leitbild der Organisation, eine Integration des Konfliktmanagements in Zielvereinbarungsgespräche und dergleichen mehr.

Zentraler Bestandteil des Konfliktmanagementsystems sind die Internen KonfliktberaterInnen. Ihre Aufgabe besteht darin, ratsuchende KollegInnen und Führungskräfte gezielt bei der Suche nach entlastenden Handlungsmöglichkeiten zu unterstützen. Ihre wichtigsten Aufgaben sind:

- Beratung zur Analyse der Problemsituation und Abwägung der Handlungsmöglichkeiten;
- Information über Wege zur Konfliktlösung (Mediation, Moderation, Coaching,...);
- Information über mögliche Stellen und AnsprechpartnerInnen (Betriebsrat, Arbeitskreis für Gleichbehandlungsfragen, Personalabteilung, Rechtsabteilung,...);
- Durchführung von klärenden Gesprächen und Konfliktmoderation.

Nach einem Jahr Laufzeit wurde das interne Konfliktmanagementsystem an der MedUni Wien in einer Vorher-Nachher-Studie evaluiert (Mallich-Pötz & Gutiérrez-Lobos, 2015). Es konnte ein statistisch signifikanter positiver Effekt auf die Organisationskultur in den Piloteneinheiten verzeichnet werden. Die Organisationskultur, auch als Wertekapital bezeichnet, umfasst die Gemeinsamkeit bezüglich Regeln, Werten und Visionen, Wertschätzung und Vertrauen, Zusammenhalt, Fairness und Konfliktkultur (siehe dazu Abbildung 3).

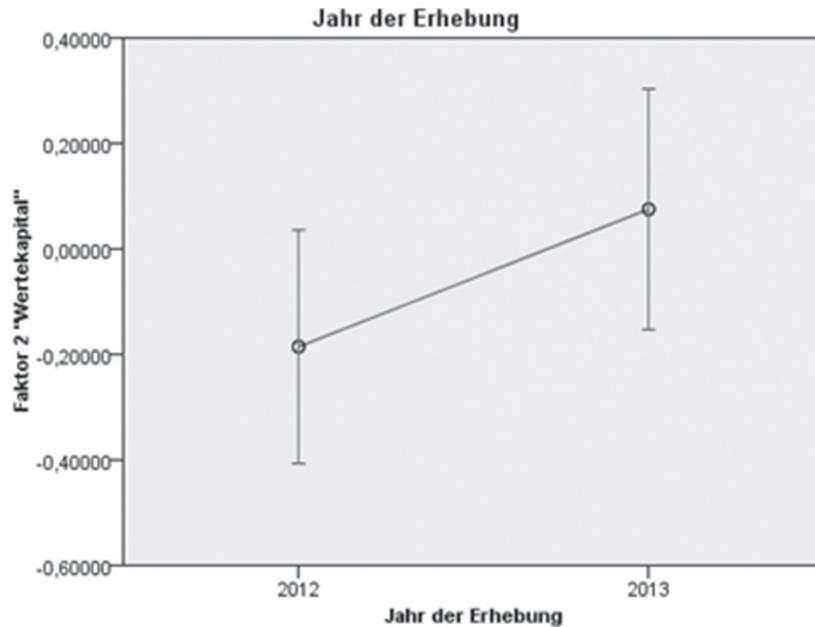


Abbildung 3: Auswirkung des Konfliktmanagementsystems auf die Organisationskultur (Wertekapital) (Mallich-Pötz & Gutiérrez-Lobos, 2015, S. 38).

Aus dem oben erwähnten Zusammenhang zwischen ungelösten Konflikten und Krankheit geht hervor, dass durch die Einführung eines systematischen Konfliktmanagementsystems eine positive Wirkung auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen erzielt werden kann. Im eingangs genannten Fall von Veronika beispielsweise konnten mit Hilfe einer Mediation die destruktiven Kommunikationsformen erkannt und verändert werden. In fünf Mediationsitzungen wurden die Verletzungen aus der Vergangenheit aufgearbeitet und neue Regeln der Zusammenarbeit definiert. Schließlich wurde eine neue Führungskraft engagiert. Veronika konnte sich erholen und ist heute wieder ein voll integriertes Teammitglied.

Literatur

Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2013). Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg (2. erweiterte Auflage). Heidelberg: Springer Gabler.

Eder, A., Bös, C. (2008). Sometimes you must have a conflict; Eine kostenstruktur-bezogene Typologisierung von sozialen Konflikten in Unternehmen; Forschungsbericht des Instituts für Soziologie der Universität Wien.

Hayes, J. (2008). Workplace conflict and how businesses can harness it to thrive. CPP Global Human Capital Report. Mountain View, CA, USA.

Leymann, H. (1993). Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann. Reinbeck: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Mallich-Pötz, K. & Gutiérrez-Lobos, K. (2015). Auseinandersetzungen souverän managen: Internes Konfliktmanagement unter der Lupe. Personal-Manager, 1, 36 – 38.

Molnar, M. et. al. (2012). Impuls. Erkennen von Stressfaktoren und Optimieren von Ressourcen im Betrieb. AUVA, Bundesarbeiterkammer, ÖGB, WKÖ (S18).

Proksch, St. (2013). Konfliktmanagement im Unternehmen: Mediation als Instrument für Konflikt- und Kooperationsmanagement am Arbeitsplatz. Berlin: Springer Verlag.

Kritische Erfolgsfaktoren für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen

Angelika Werth und Christian Korunka

Abstract

The AschG amendment has been effective in Austria since January 1, 2013. The amendment more pronouncedly stresses the occurrence of psychological strains – in addition to physiological strains – within work settings. Consequently, Austrian organizations are legally obliged to evaluate psychological strains for their employees. Based on the evaluation results appropriate measures must be planned and implemented. The depth of knowledge about conducting evaluation projects varies considerably. In many evaluation projects appropriate measures have not (yet) been implemented effectively. Hence, it is very important to identify critical factors for successful, efficient and effective evaluation projects in the field. In this article critical factors will be introduced: in regard to persons mainly responsible in organizations, as well as communication, evaluation procedures and measures, and finally, project management. A precise project plan will be proposed. We present a profile for work psychologists, which includes substantial professional and personal requirements. This profile can be used as guideline by employers when selecting qualified work psychologists. The presented results are based on an extensive literature and online review, as well as on qualitative analysis of expert interviews.

Zusammenfassung

Mit der ASchG - Novelle, die am 1. Jänner 2013 in Österreich in Kraft getreten ist, werden - neben den physischen Belastungen in Organisationen - die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz stärker betont. Unternehmen in Österreich sind nun gesetzlich dazu verpflichtet die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zu evaluieren und gemäß den Ergebnissen der Evaluierung entsprechende Maßnahmen zu planen und umzusetzen. Die Erfahrungen mit der Umsetzung von Evaluierungsprojekten sind sehr unterschiedlich. In vielen Projekten kommt es (noch) nicht zu einer effizienten Maßnahmenumsetzung. Es ist daher von großer Bedeutung kritische Erfolgsfaktoren zu identifizieren, um in der Praxis

effiziente und effektive Evaluierungsprojekte abzuwickeln. In diesem Artikel werden kritische Erfolgsfaktoren bezüglich der Hauptverantwortlichen im Unternehmen, der Kommunikation, der Verfahren und Maßnahmen sowie des Projektmanagements vorgestellt. Es wird ein konkreter Projektstrukturplan vorgeschlagen. In einem Soll-Profil für den durchführenden Arbeitspsychologen/ die durchführende Arbeitspsychologin werden wesentliche fachliche und persönliche Anforderungen genannt, an denen sich Auftraggeber/innen bei der Auswahl eines Auftragnehmers/ einer Auftragnehmerin orientieren können. Die Ergebnisse basieren auf einer umfangreichen Literatur- und Internetrecherche sowie auf den qualitativen Auswertungen einer Interviewstudie mit Expert/innen.

Einleitung

In den letzten Jahrzehnten hat sich die Arbeitswelt stark gewandelt. Durch Weiterentwicklungen in der Produktion haben sich körperliche Belastungen und deren Folgen (z. B. Arbeitsunfälle) deutlich verringert. Insgesamt hat sich die Arbeitswelt in Richtung neuer Dienstleistungen verschoben. Soziale Beschleunigungsprozesse, die Globalisierung und eine verstärkte Konkurrenzorientierung haben den wirtschaftlichen Druck auf die Unternehmen erhöht. Diese Veränderungen haben zahlreiche neue Belastungen zur Folge: Im Unterschied zu den früher oft vorherrschenden körperlichen Belastungen handelt es sich um psychische Belastungen, die ebenfalls ein hohes Potential für Reduktion des Wohlbefindens und für Erkrankungen besitzen. Die Zunahme von psychischen Belastungen ist empirisch gut belegt.

In den letzten Jahren hat auch die Europäische Union auf die Problematik der Zunahme psychischer Belastungen reagiert und Konzepte zur Reduktion vorgeschlagen. In den einzelnen Mitgliedsländern werden diese Empfehlungen auf unterschiedliche Art und Weise umgesetzt. In Österreich wurde dazu das Arbeitnehmer/innenschutzgesetz novelliert. Psychische Belastungen werden nun verstärkt berücksichtigt und sie müssen von den Unternehmen evaluiert werden.

Unter psychischen Belastungen wird dabei Folgendes verstanden (Sozialministerium – Arbeitsinspektion, n. d. a, S. 1): „Arbeitsbedingte psychische Belastungen ergeben sich aus den vielfältigen Einflüssen und Anforderungen, die am Arbeitsplatz auf die Beschäftigten einwirken. ...aus der Gestaltung der Arbeitsstätte und Arbeitsplätze, der Gestaltung und dem Einsatz von Arbeitsmitteln, der Verwendung von Arbeitsstoffen, der Gestaltung der Arbeitsverfahren und Arbeitsvorgänge und deren Zusammenwirken... Typische arbeitsbedingte psychische Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen sind

z. B. häufige Arbeitsunterbrechungen durch Mängel in der Arbeitsorganisation, fehlende Qualifikation bzw. Erfahrung, mangelhafte soziale Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte bzw. Kolleg/innen, Arbeitszeiten mit zu wenig Planungsmöglichkeiten, monotone Tätigkeiten, zu geringe Abwechslung, widersprüchliche Ziele und Anforderungen.“ Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Unterscheidung von Belastung und Beanspruchung (ÖNORM EN ISO 10075-1, 2000, S. 4): „Dabei ist psychische Belastung eine Benennung für alle Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen... Psychische Belastung bewirkt Vorgänge des Anstiegs oder der Verminderung psychischer Beanspruchung im Menschen. Unmittelbare Folgen der psychischen Beanspruchung können einerseits Anregungsaffekte und andererseits psychische Ermüdung und/oder ermüdungsähnliche Zustände sein. Mittelbar können in Verbindung mit psychischer Beanspruchung auch Übungs- und Lerneffekte auftreten.“

Die folgenden vier Dimensionen müssen in die Evaluierung psychischer Belastungen aufgenommen werden (§§ 4 und 7 ASchG, 2013):

1. Arbeitsanforderungen und Tätigkeiten
2. Organisationsklima
3. Arbeitsumgebung
4. Arbeitsabläufe und -organisation

Auf Grund der obigen Definition von psychischer Belastung sind im Zuge der Arbeitsplatzevaluierung Maßnahmen der Verhältnisprävention (und NICHT der Verhaltensprävention) umzusetzen. Dies bedeutet, dass der Schwerpunkt der Maßnahmenentwicklung auf den Ebenen der Organisation und der Arbeitsgestaltung ansetzen soll. Ergänzend dazu kann betriebliche Gesundheitsförderung sinnvoll sein (Sozialministerium - Arbeitsinspektion, n.d.b).

Das Gesetz (§ 4 ASchG, 2013) schreibt auch die Überprüfung der Wirksamkeit vor: „Die Wirkung der getroffenen Maßnahmen ist zu überprüfen und die Maßnahmen sind erforderlichenfalls anzupassen. Die Ergebnisse der Ermittlung und Beurteilung sowie die durchgeführten Maßnahmen sind in einer geeigneten Art und Weise nachvollziehbar zu dokumentieren... [Überprüfung der Evaluierung] nach Zwischenfällen mit erhöhter arbeitsbedingter psychischer Fehlbeanspruchung...“

Das Ziel des vorliegenden Beitrags ist die empirisch fundierte Erarbeitung von Erfolgsfaktoren bei der Erhebung psychischer Belastungen. Dazu erfolgte eine Literaturanalyse. Im Zentrum der Darstellung steht die Durchführung und inhaltsanalytische Auswertung von Expert/inneninterviews.

Bisherige Studien zu Erfolgsfaktoren für derartige Projekte

Bisherige Studien haben bereits Erfolgsfaktoren für derartige Projekte aufgezeigt. Zwei davon werden hier exemplarisch genannt.

Nübling (2011) nennt die folgenden Faktoren für einen erfolgreichen Evaluierungsprozess psychischer Belastungen:

- Integration von Betriebsrat/Betriebsrätin, Geschäftsleitung, Betriebsarzt/-ärztin, Sicherheitsfachkraft, Datenschutzbeauftragten
- Verantwortliche Steuergruppe nominieren und mit Kompetenzen und Budget ausstatten
- Klarheit schaffen, dass die Befragung nur den ersten Schritt im Gesamtprozess darstellt
- Das Instrument muss validiert und erprobt sein. Ein Fragebogen soll eventuell Zusatzfragen mit tätigkeitsspezifischen Belastungen enthalten.
- Durchführung einer Vollerhebung
- Die Auswertung soll anonymisiert und extern erfolgen.
- Festlegen, wer wann welche Ergebnisse bekommen soll

Hübner und Gröben (2007, S. 21) identifizierten „förderliche Faktoren“, durch die Klein- und Mittelbetriebe in Deutschland sich aktiv mit betrieblicher Gesundheitsförderung auseinandersetzen:

- Einstellung und Engagement der Geschäftsleitung, wodurch die Motivation und Beteiligung der Mitarbeiter/innen beeinflusst wird
- Der Bildungsstand der Geschäftsleitung und der Mitarbeiter/innen beeinflusst die Nachfrage und Einstellung zu betrieblicher Gesundheitsförderung
- Alter: Jüngere Personen und jüngere Branchen sind eher positiv eingestellt
- Die Presse beeinflusst, nämlich dahingehend, ob und welche Themen aktuell nachgefragt werden
- Vorhandensein einer sicherheitstechnischen und betriebsärztlichen Betreuung oder eines Arbeitsschutzausschusses in der Organisation
- Bereits bestehende Kontakte zu externen Arbeitspsycholog/innen

Die Expert/innenbefragung

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Befragung von Expert/innen, die mit der Durchführung von Erhebungen zu den psychischen Belastungen bereits Erfahrungen haben. Es wurden zwei Gruppen von Expert/innen für die Interviews ausgewählt:

- Leiter/innen von Personalabteilungen größerer Unternehmen (Organisationen der Trend Top 500, 2013), die bereits Erfahrungen mit der Umsetzung derartiger Projekte gemacht haben.
- Arbeitspsycholog/innen (Jurnet, n. d.), die als externe Expert/innen derartige Projekte durchführen.

Insgesamt wurden 18 Interviews (9 pro Expert/innengruppe) durchgeführt. Im Sinne des Theoretical Samplings (Lamnek, 2005) wurden Expert/innen aus unterschiedlichen Unternehmensgrößen befragt.

Die Personalist/innen sind zwischen 29 und 53 Jahre alt. Sie sind in der Regel die Leiter/innen der Personalabteilungen. Die Psycholog/innen sind zwischen 32 und 47 Jahre alt und haben eine arbeitspsychologische Weiterbildung. Für die Durchführung der Interviews wurde ein Interviewleitfaden erstellt. Mittels der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2010) wurden die durchgeführten Interviews in der Folge systematisch ausgewertet.

Auf der Basis dieser Auswertungen konnten kritische Erfolgsfaktoren, Misserfolgskriterien, ein Soll-Projektstrukturplan sowie ein Soll-Profil für Arbeitspsycholog/innen identifiziert werden, die in der Folge näher beschrieben werden.

Wichtige Ergebnisse aus der Expert/innenbefragung

Die Interviews begannen mit der Phase zur Initiierung des Erzählflusses, in der es um die Information und Einstellung zur ASchG - Novelle sowie um die Erwartungen vor der Durchführung der Evaluierung ging:

Große Organisationen haben am meisten Informationsquellen und daher die höchste Klarheit betreffend der Inhalte und Umsetzung des Arbeitnehmer/innenschutzgesetzes. Drei Personalist/innen gaben an, dass die erste Information zur Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz vom Arbeitsinspektorat kam, nur ein Unternehmen hat

in Weiterbildung speziell zur Evaluierung investiert. Im Gegensatz dazu gaben fast alle befragten Arbeitspsycholog/innen (8 von 9) an, an Weiterbildungen zur Evaluierung teilgenommen zu haben. Das Wissen zur Novelle unter den Psycholog/innen ist deutlich größer als bei den Personalist/innen. Oft unklar sind der Unterschied zwischen Belastung und Beanspruchung (das betrifft fünf Personalist/innen), die Abgrenzung zu anderen Projekten (zum Beispiel Mitarbeiter/innenbefragungen oder Betriebliche Gesundheitsförderung) und die Überprüfung der Wirksamkeit der Maßnahmen (Wann? Wie?).

Nach der Einstellung zur Evaluierung gefragt, finden neun Interviewpartner/innen positive Worte. Die gesetzlich vorgeschriebene Evaluierung wird als gut für Organisationen gesehen, weil sie Verbesserungen für die Mitarbeiter/innen bringt, für ein Bewusstmachen von psychischen Belastungen sorgt und manche Organisationen eine Zwangsbeglückung brauchen würden. Weiters wird dadurch eine Plattform (inkl. Zeit und einer strukturierten Vorgehensweise) geboten, ein Befragter drückt dies so aus:

„Es gibt auch eine Struktur, dass man sich als Team oder als Abteilung damit auseinandersetzen kann: Was passt und was passt nicht und was könnten wir ändern. Die Zeit gibt es eigentlich so nicht im Berufsalltag.“

Psycholog/innen und Personalist/innen rechnen mit mehr Aufträgen für Psycholog/innen, aber die Personalist/innen sehen das sehr negativ. Ein Interviewpartner formuliert pointiert:

Da sollten wir irgendwie mitmischen. Wenn wir das mit unserer... Evaluierungserfahrung,... Organisationsentwicklungserfahrung kombinieren... Ich habe... den Eindruck gehabt, dass Goldgräberstimmung bei den Psycholog/innen war: ... Normalerweise fragt uns eh niemand an und jetzt müssen sie - gesetzlich vorgeschrieben - Psychologen, ob sie wollen oder nicht, ins Haus holen. Es war dann... eine... Enttäuschung, dass die Psychologen nicht als dritte Berufsgruppe, neben Arbeitsmedizin und SFK, im Gesetz etabliert worden sind....“

Die Reaktionen der Geschäftsleitung bei Projektauftrag waren aus ökonomischen Gründen, aus Angst vor den Ergebnissen oder, weil das Thema als unwichtig eingestuft wird, häufig negativ.

Auch die Erwartungen der Personalist/innen vor dem Projekt sind in mehreren Fällen von Sorgen geprägt. Die Arbeitspsycholog/innen haben ausreichend Evaluierungserfahrung um diese Sorgen mit konstruktiven Lösungsvorschlägen zu zerstreuen.

Als Ziele für die Durchführung der Evaluierung werden hauptsächlich genannt: Erfüllung der gesetzlichen Bestimmungen im ASchG (10 Nennungen, bei drei Unternehmen war dies das einzige Ziel), mögliche Arbeitsplatzbelastung feststellen, wichtige Maßnahmen umsetzen, nutzbare Ergebnisse erzielen sowie die Belastungen minimieren. Es wurden auch Nicht-Ziele für die Durchführung genannt, und zwar: die Mitarbeiter/innen durch die Evaluierung belasten oder verunsichern, Änderungen vornehmen, in Maßnahmen investieren und viel Aufwand betreiben.

Der Kontakt mit dem jeweils zuständigen Arbeitsinspektorat in Bezug auf die Evaluierung psychischer Belastungen wird von den Personalist/innen zum Großteil kritisch gesehen. Es gibt Kontakt zur Novelle (n = 1), mittels Bescheid (n = 5), über die anzuwendenden Verfahren (n = 6), um eine Verhandlung zu führen (n = 1) oder bezüglich der Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente (n = 3).

Nur drei externe Arbeitspsycholog/innen hatten vor, nach und/oder während dem - im Interview beschriebenen - Projekt Kontakt mit dem zuständigen Arbeitsinspektorat. Einer meint dazu:

„Das Arbeitsinspektorat war kooperativ, hat die Projekte verfolgt und kontrolliert, gab Feedback, war eingebunden. Das war gut, das würde ich mir noch mehr wünschen... Das Arbeitsinspektorat ist an einem Standort mit dem Bericht zu den Mitarbeiter/innen gegangen und hat mit ihnen gesprochen.“

Die Hauptakteur/innen sind die Geschäftsleitung, die Personalist/innen, die Arbeitsmedizin, die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsrat/die Betriebsrätin und externe Arbeitspsycholog/innen. Die Projektauftraggeber/innen waren in der Regel Mitglieder der Geschäftsleitung (nur in einem Fall wurde der Personalleiter genannt). In der Steuergruppe sind:

- Die Projektleitung war bei sieben Fällen in der Personalabteilung angesiedelt, ansonsten im Qualitätsmanagement.
- Entscheidungsträger/innen: In sechs Fällen war die Geschäftsleitung in der Steuergruppe, in drei Fällen waren es (zusätzlich) Führungskräfte.
- Das Personalmanagement war immer in der Steuergruppe vertreten.
- Die Arbeitsmedizin (wurde nur von einem Personalleiter nicht genannt).
- Die Sicherheitsfachkraft (wurde von drei Personalist/innen nicht genannt).
- Sechs Organisationen haben externe Arbeitspsycholog/innen beauftragt, eine Organisation hat interne Arbeitspsycholog/innen inkludiert.

Einen Überblick über die am häufigsten verwendeten Verfahren gibt Tabelle 1.

Anzahl der Nennungen	Verfahren
12	Schriftliche Befragung (5)
	-SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) (n = 5)
	-IMPULS-Test2 (Bewertung psychischer Belastung) (n = 5)
	-KFZA (Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse) (n = 2)
	-selbst entwickelter Fragebogen (n = 2) -JDS (Job Diagnostic Survey) (n = 1)
12	Gruppendiskussion (n = 6)
	-ABS Gruppe (Arbeitsbewertungsskala Gruppe) (n = 10)
6	Beobachtungsinterview (n = 3)
	-REBA (Rechnergestützte psychologische Bewertung von Arbeitsinhalten) (n = 3)
	-TBS (Tätigkeitsbewertungssystem) (n = 2)
	-SGA (Screening Gesundes Arbeiten) (n = 1)
	-RHA/VERA (Regulationsbehinderungen in der Arbeitstätigkeit/Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit) (n = 1)
6	Schriftliche Befragung, mündliche Befragung, Beobachtung
	-BASA-II (Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen- Screening für Arbeitsplatzinhaber-II) (n = 6)
	-ChEF (Checklisten zur Erfassung von Fehlbeanspruchungsfolgen) (n = 1)
5	Mündliche Befragung
3	Beobachtung

Tabelle 1: Überblick über die am häufigsten verwendeten Verfahren (eigene Darstellung).

Die Bewertung der beiden am häufigsten genannten Verfahren stellt sich so dar: Der IMPULS-Test2 (Humanware GmbH, n. d.) ist eine in Österreich entwickelte Online-Befragung zur quantitativen Erhebung und Bewertung von psychisch relevanten Einflüssen der Arbeitsbedingungen (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014). Einerseits wird das Verfahren häufig verwendet (als Vorteile werden die Anonymität, die Vorgabedauer, die Fremdsprachenversionen und die Augenscheinvalidität genannt), andererseits äußern sich die Befragten oft kritisch:

- Das theoretische Konzept würde vorwiegend auf der Verhaltensebene ansetzen.
- Es würden nicht die vorgeschriebenen Dimensionen gemessen.
- Es müssten ALLE Items vorgegeben werden.
- Die Kosten wären zu hoch.
- Es bestünde kein Zugang zu den Rohdaten.

Die ABS (Arbeitsbewertungsskala) Gruppe ist ebenfalls ein in Österreich entwickeltes quantitatives Verfahren (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, 2013). Da sie zu den Gruppendiskussionen gehört, eignet sie sich auch für KMU und Organisationen, bei denen eine schriftliche Befragung zum gegebenen Zeitpunkt als nicht zielführend empfunden

wird (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2014). Als Gründe für den Einsatz werden in den Expert/inneninterviews beispielsweise genannt, dass ohnehin regelmäßig eine Mitarbeiter/innenbefragung stattfindet oder durch eine Gruppendiskussion eine höhere Rücklaufquote erzielt werden kann. Neben der Kombinierbarkeit mit anderen Verfahren wird die Ergebnisdarstellung positiv bewertet. Auch die ABS Gruppe erntet häufig kritisches Feedback (bezüglich Dauer, Eindeutigkeit der Ergebnisse, Kosten, Repräsentativität und theoretischem Konzept), trotzdem wird sie laut der vorliegenden Studie am häufigsten verwendet.

Bei der Frage nach der Rücklaufquote bei den quantitativen Verfahren zeigt sich, dass die drei jüngsten Personalist/innen (30 Jahre alt oder jünger) geringe Rücklaufquoten (10 bis 40 %) berichten. Alle anderen Personalist/innen berichten von hohen Rücklaufquoten von zumindest 70 %.

Die häufigsten Evaluierungsergebnisse in Bezug auf die vier vorher erwähnten Dimensionen sind:

1. Arbeitsanforderungen und Tätigkeiten

Es wurden von Organisationen ab 1.000 Mitarbeiter/innen (n = 3) und KMU (n = 2) Ergebnisse zu „emotionalen Belastungen“ und „Qualifikationsproblemen“ genannt. Beispielsweise wurde dem Ergebnis der externen Konflikte (mit schwierigen Kund/innen) mit der Maßnahme Supervision begegnet. In einem Fall wurde auf Grund von Unterforderung Job Enlargement umgesetzt. Fehlende Entwicklungsmöglichkeiten wurden in zwei Fällen genannt, blieben aber ohne Maßnahme.

2. Organisationsklima

Es wurden Ergebnisse zu „mangelnde Zusammenarbeit“ (qualitativ) und „Informationsmängel“ genannt (n = 7). Die Maßnahmen zu den Ergebnissen „unpassende Informationsweitergabe“ (n = 3), „interne Konflikte“ (n = 1) und „mangelhafte Kommunikation“ (n = 1) wurden jeweils zur Umsetzung gebracht: Bei den internen Konflikten war es Mediation und bei der mangelhaften Kommunikation waren es klare Prozessbeschreibungen (klare Dienstanweisungen und Alarmpläne).

3. Arbeitsumgebung

Es wurden Ergebnisse zu „klimatischen, akustischen und visuellen Belastungen“ genannt. Weiters gab es Nennungen wegen „unzureichendem Platz“ und „unzureichender Ausstattung/Arbeitsmittel“ (n = 5). Es wurden keine direkten Gefahren (zum Beispiel eine Belastung durch Unfallrisiken) genannt. Wegen der akustischen Belastung wurde

in einem Fall ein Kompressor ummantelt, wegen zu niedriger Luftfeuchtigkeit wurde in einem anderen Unternehmen der Kauf von Luftbefeuchtern vorgeschlagen. In einem Fall wurden akustische Belastungen genannt: nachdem aber das Ergebnis der Lärmmessung im gesetzlichen Rahmen war, wurden keine (baulichen) Änderungen vorgenommen.

4. Arbeitsabläufe und -organisation

Es wurden nur Ergebnisse zur „belastenden Arbeitsmenge“ genannt (Unternehmen ab 250 Mitarbeiter/innen und KMU haben etwas genannt). Als zur Umsetzung gelangte Maßnahmen wurde die Anstellung von Aushilfskräften zum Ausgleich von Auslastungsspitzen und verhaltensbezogene Burnout-Prophylaxe-Seminare genannt.

Bei der Auswertung der Antworten betreffend Evaluierungsergebnisse zeigt sich, dass die anfänglichen Sorgen nicht bestätigt wurden, denn die Ergebnisse werden zum Großteil als „nicht überraschend“ eingestuft. Das folgende Zitat ist repräsentativ: „Das Negative wissen wir schon durch die MA-Befragung.“

In der Phase zur Reflexion wurden die Interviewpartner/innen nach der Wirksamkeit der Umsetzung des durchgeführten Projektes gefragt. Der Großteil hat die Meinung, dass das Projekt keine Wirkung hatte oder die Wirkung noch nicht sichtbar ist. Einerseits, weil Auswirkungen erst mittel- bis langfristig spürbar werden, andererseits, weil wenig bis keine Umsetzung stattgefunden hat. Ein Interviewpartner nennt Gründe für mögliche negative Auswirkungen:

„Dass es Leute irritiert, dass sich Leute auf den Schlips getreten fühlen. Dass Themen angetriggert werden, die dann nicht ausreichend gut aufgefangen und behandelt werden können.“

Von vier Interviewpartner/innen wurden positive Wirkungen berichtet. Einige Beispiele dazu:

„Wenn, dann hat sich die Stellung vom Health, Safety, Security and Environment-Bereich verändert: .O.K. die machen wirklich viel!“

„Das Bewusstsein ist stärker gewachsen für die psychischen Belastungen: Dass sie da noch was tun müssen, das ist das, was sich bewegt hat. Dass ihnen bewusst ist, sie kommen nicht durch, ohne dass sie sich das anschauen und wirklich überlegen.“

Aus den Ergebnissen konnten Überlegungen zu kritischen Erfolgsfakten abgeleitet werden, sowie ein Anforderungsprofil für Arbeitspsycholog/innen und ein Vorschlag für einen Projektstrukturplan, die im folgenden Abschnitt präsentiert werden.

Kritische (Miss-)Erfolgsfaktoren

Die Auswertung der Interviews ergab, dass die Aussagen der Praktiker/innen zu den kritischen Faktoren die Ergebnisse der Literatur- und Internetrecherche bestätigten.

Abbildung 1 fasst die Ergebnisse zusammen (GL = Geschäftsleitung, PL = Projektleitung, AP = Arbeitspsycholog/in, MA = Mitarbeiter/innen).



Abbildung 1: Übersicht über die von den Interviewpartner/innen genannten (Miss-)Erfolgsfaktoren (eigene Darstellung).

Im Folgenden werden die einzelnen Erfolgsfaktoren etwas genauer beschrieben.

Was können die Hauptakteur/innen zum Erfolg des Projekts beitragen?

Besonders einflussreich sind die Geschäftsleitung, die Projektleitung, der/die Arbeitspsycholog/in und die Steuergruppe insgesamt. Von all diesen Hauptakteur/innen wünschen sich die Befragten „Engagement“ (n = 6). Zusätzlich werden von der Geschäftsleitung „intrinsische Motivation zur Umsetzung“, „Vorbildwirkung“ und „einen Sinn in der Evaluierung sehen“ verlangt. Die Arbeitspsycholog/innen erwarten sich von der Projektleitung, dass sie als Ansprechperson verfügbar ist, das Projekt intern vorantreibt und ebenfalls intrinsische Motivation. Die Psycholog/innen finden, dass es für sie selbst am Wichtigsten ist guten Kontakt zum Unternehmen zu haben und achtsam zu sein, um mögliche Widerstände zu erkennen. Was die Steuergruppe betrifft, ist es vor allem wesentlich, dass der Betriebsrat/die Betriebsrätin inkludiert ist, dass sie möglichst breit aufgestellt wird und dass eine genaue Arbeitsteilung vereinbart wird.

Kommunikation

Die Kommunikation innerhalb der Steuergruppe und die unternehmensinterne Kommunikation an die Mitarbeiter/innen kristallisieren sich als wichtige Faktoren heraus:

1. Es ist wichtig, dass die RELEVANTEN Informationen an die Geschäftsleitung weitergegeben werden.
2. Eine gute und regelmäßige Kommunikation in der Steuergruppe wurde ebenfalls als wesentlich genannt.
3. Dabei sollten ALLE Kommunikationskanäle genutzt werden. Ein Zitat dazu:

„Was Externe sich oft nicht überlegen, ist: Wie kann man das Ganze in der Regelkommunikation machen? ...in regulären Führungssitzungen..., wo man... wen drinnen haben muss, der... genug hierarchisch hoch angesiedelt ist... Wenn die Geschäftsleitung darüber redet, bündelt das eine andere soziale Aufmerksamkeit.“

4. Das Gelingen der Arbeitsplatzevaluierung hängt nach Meinung mehrerer Interviewpartner/innen auch davon ab, ob die Mitarbeiter/innen Vertrauen zum/zur Arbeitspsycholog/in und in die Organisation aufbauen können.

5. Weiters ist es wichtig, dass die Mitarbeiter/innen im Zuge der Evaluierung eingeladen werden, sowohl positives als auch ehrliches und kritisches Feedback zu geben. Ein Zitat dazu:

„...was ich... den Führungskräften immer sage zu Beginn einer Evaluierung: Wir schauen... nicht mit der Lupe auf Dinge, die schief laufen..., sondern auch auf das Positive.“

6. Umfassende Rückmeldung der Ergebnisse, Maßnahmen und Umsetzung an die Mitarbeiter/innen.

Verfahren

Um eine hohe Rücklaufquote bei der Erhebung zu erzielen, stellen sich zwei Erfolgsfaktoren heraus: Die Anonymität der Teilnehmer/innen muss gesichert und glaubwürdig kommuniziert werden. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist es, wenn es gelingt die Mitarbeiter/innen, vor allem Meinungsführer/innen, in das Projekt zu involvieren (das beginnt bereits dabei die zeitlichen und technischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die, die möchten, die Möglichkeit haben an der Evaluierung teilzunehmen). Was das Verfahren selbst betrifft, gilt es ein Verfahren auszuwählen, welches die entscheidenden Belastungen zu identifizieren vermag. Dafür sind allerdings nicht alle empfohlenen Verfahren geeignet. In vielen Fällen kann es sinnvoll sein, dass die Arbeitspsycholog/innen ein entsprechendes Verfahren aus gut validierten Einzelskalen zusammenstellen.

Maßnahmen

Die Umsetzung der Maßnahmen muss, wie weiter oben erwähnt, nicht nur kommuniziert werden, sondern auch für die Mitarbeiter/innen erlebbar sein. Wie schon in der Erhebungsphase, ist es auch in der Phase der Maßnahmenfindung notwendig die Mitarbeiter/innen zu involvieren. Es ist wichtig möglichst konkrete Maßnahmen zu definieren.

Projektmanagement

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Evaluierung psychischer Belastungen ist ein fundiertes Projektmanagement. Erwartungen und Ziele sind gemeinsam mit dem

Auftraggeber/der Auftraggeberin genau zu definieren, ein Zeitplan und ein Projektstrukturplan (siehe weiter unten) sind zu erstellen.

Soll-Profil der Arbeitspsycholog/innen

Die Evaluierung psychischer Belastungen stellt hohe Anforderungen an die beteiligten Arbeitspsycholog/innen. Bei der fachlichen Qualifikation ist vor Auftragsvergabe besonders zu hinterfragen, ob der Auftragnehmer/die Auftragnehmerin eine gute Kenntnis der Verfahren hat um für die Organisation ein entsprechend passendes auszuwählen. Langjährige Erfahrung in der Organisationsberatung hilft dabei, das Projekt professionell aufzusetzen und zügig und sinnvoll umzusetzen. Erfahrung mit Gruppen, beispielsweise als Trainer/in oder Berater/in, wird wichtig, wenn es darum geht, Sitzungen der Steuergruppe oder Maßnahmenworkshops zu leiten.

Bei den persönlichen Eigenschaften ist vor allem auf Kommunikationsstärke und Vertrauen zu achten. Beides rechnet sich, wenn bei Geschäftsleitung, Führungskräften und Mitarbeiter/innen Überzeugungsarbeit für die Evaluierung geleistet werden soll. Die folgende Tabelle fasst die genannten Qualifikationsanfordernisse zusammen:

Fachliche Qualifikation

- Erfahrung in der Arbeit mit Gruppen (TrainerIn) (n = 2)
- Kenntnis Expertenverfahren (n = 2)
- Organisationsberatung (n = 2)
- Betriebswirtschaftliches Know-how (n = 1)
- Erfahrung in der jeweiligen Branche (n = 1)
- Erfahrung in der Organisationsentwicklung (n = 1)
- Kenntnis der Rechtsgrundlagen (ASchG) (n = 1)
- Organisationssoziologie (n = 1)
- Praktische Erfahrung als ArbeitspsychologIn (n = 1)
- Psychologie-Studium (n = 1)
- Weiterbildung zur Evaluierung (n = 1)
- Zertifizierung Arbeitspsychologie (n = 1)

Persönliche Eigenschaften

- Kommunikationsstärke (n = 3)
- Vertrauen aufbauen (n = 3)
- Analytisches Denken (n = 2)
- Beobachtungsgabe (n = 2)
- Flexibilität (n = 2)
- Neutralität (n = 2)
- Frustrationstoleranz (n = 1)
- Selbstbewusstsein in der Rolle als externe(r) ExpertIn (n = 1)
- Weiterbildungsbereitschaft (n = 1)

Tabelle 2: Soll-Profil für Arbeitspsycholog/innen, die Evaluierungsprojekte durchführen (eigene Darstellung).

Misserfolgskfaktoren

Als Misserfolgskfaktoren werden Überforderung auf Grund zu vieler Projekte in der Organisation, fehlende Vorbildwirkung der Führungskräfte während der Evaluierung, fehlende Zusammenarbeit zwischen Führungskräften und Betriebsrat/Betriebsrätin, das Durchführen der Evaluierung nur um dem Gesetz zu entsprechen, das Besetzen der Steuergruppe mit zu wenig einflussreichen Personen, die zu hohe Bedeutung, die dem Verfahren selbst gegeben wird und ein Wechsel der Projektleitung mitten im Projekt genannt. Auch eine zu starke Fokussierung auf das Erhebungsinstrument wird öfter genannt. Ein Zitat dazu:

.....man sich viel zu viel mit dem Instrument, welche Items, wie ist die Fragenformulierung [beschäftigt] und viel zu wenig mit der Prozessgestaltung: Wie bekommt man die Führungskräfte vor Ort schon am Beginn bei der Konzeption herein...“.

Conclusio: Projektstrukturplan

Ein Projektstrukturplan (nach Gareis, 2006) ist für die Evaluierung ein Schritt in Richtung Professionalisierung und Qualitätssicherung. Die folgende Abbildung zeigt einen Vorschlag für einen derartigen Projektstrukturplan (Abbildung 2).

Was ist beim Projektauftrag zu beachten?

- Klare Auftragsklärung (inkl. Briefing der Geschäftsleitung)
- Projekt professionell aufsetzen (klare Rollendefinition)

Was ist beim Projektstart zu beachten?

- Steuergruppe mit prominenten internen Personen besetzen
- Kooperative Zusammenarbeit mit Personalabteilung, Betriebsrat/Betriebsrätin und Arbeitsmedizin
- Projektplanung: Evaluierung zügig entlang des Projektstrukturplans abwickeln
- Nach Bedarf Abstimmung mit Geschäftsleitung (bei relevanten Themen)
- Nach Möglichkeit Abstimmung mit dem zuständigen Arbeitsinspektorat über die geplante Vorgehensweise

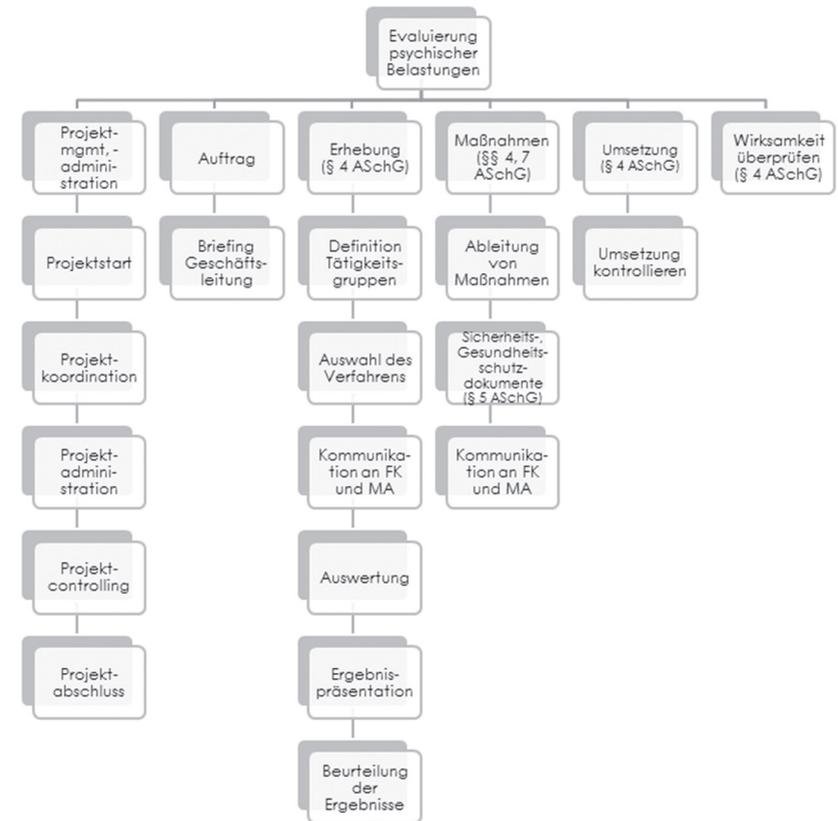


Abbildung 2: Projektstrukturplan (nach Gareis, 2006).

Projektcontrolling

- Entwickeln eines gemeinsamen Verständnisses, beispielsweise durch Aufklärung durch Arbeitspsycholog/in über psychische **Belastung** (Verhältnisprävention) ≠ **Beanspruchung** (Verhaltensprävention) (!!)

Was ist bei der Erhebung zu beachten?

- Alle bereits in der Organisation vorhandenen Kommunikationskanäle nutzen (wenn möglich, persönliche Kommunikation durch Geschäftsleitung und Vorstellung des/r externen Arbeitspsycholog/in)
- Gegebenenfalls mit einem Pilotprojekt an einem Standort oder in einem Bereich beginnen
- Fundierte Überlegungen zur Auswahl eines geeigneten Verfahrens: Die Kompetenz zur Verfahrensauswahl sollte ausschließlich bei den Arbeitspsycholog/innen liegen. Die Dominanz bestimmter Verfahren ist als problematisch einzustufen.
- Quantitatives Verfahren (Vollerhebung mit Fragebogen) in Kombination mit
- qualitativem Verfahren (Workshop: in der letzten Stunde kommt Vertreter/in der Organisation – zum Beispiel Personalleitung – hinzu um das eine oder andere Thema gleich zu lösen)

Was ist bei den Maßnahmen zu beachten?

- Kreativität im Finden und Gestalten von Lösungen
- Neben den Maßnahmen festhalten: Wer ist verantwortlich?
- Bei der Umsetzung der Maßnahmen darauf achten, dass sie in bestehende Organisationsstrukturen einfließen und integriert werden, das erhöht die Erfolgsaussichten, dass sie einen Nutzen für die Organisation bringen

Was ist bei Projektabschluss zu beachten?

- Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente fertigstellen und allen Beteiligten zur Verfügung stellen
- Interne Kommunikation: Umsetzung der Maßnahmen „ja“ (Wie und bis wann?) oder „nein“ (inklusive Begründung) sehr zeitnah an Führungskräfte und MitarbeiterInnen kommunizieren

Was ist in der Nachprojektphase zu beachten?

- Laufend über Werte/Angebote für Mitarbeiter/innen informieren/daran erinnern, damit sie bewusster sind und genützt werden
- Regelmäßig überprüfen, ob es Anlässe für eine nächste Arbeitsplatzevaluierung der psychischen Belastungen gibt

Ausblick

Die Interviewpartner/innen haben in ihren Rollen als Vertreter/innen der Organisationen bzw. der Personalabteilungen und als Arbeitspsycholog/innen bereits umfangreiche Erfahrungen mit der Arbeitsplatzevaluierung gesammelt. Die Analyse dieser Erfahrungen ergibt ein differenziertes Bild zu Erfolgsfaktoren und Problemfeldern. Die Ergebnisse der Erhebungen wurden zum Großteil als positiv eingestuft und die ersten Maßnahmen wurden umgesetzt. Sowohl in den Organisationen, bei den Arbeitspsycholog/innen als auch beim Arbeitsinspektorat zeigen sich Lerneffekte und Erkenntnisse rund um die ersten Erfahrungen mit der Arbeitsplatzevaluierung. Eine weitere fundierte wissenschaftliche Auseinandersetzung und Begleitung dieses Themas ist erforderlich. Insbesondere sollten die Umsetzungsprojekte konsequent evaluiert werden.

Literatur

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2013). Evaluierung psychischer Belastungen. Die Arbeits-Bewertungs-Skala – ABS Gruppe. Zugriff am 30.03.2015. Verfügbar unter <http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.673303>

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014). Alle Verfahren der Toolbox. Zugriff am 10.02.2014. Verfügbar unter <http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Alle%20Verfahren.html#buchstabeS>
Bundesgesetzblatt über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit (ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz - ASchG) (2013), kundgemacht als BGBl. I Nr. 118/2012

Gareis, R. (2006). Happy Projects!. Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH.

Hübner B. & Gröben, F. (2007). Ergebnisse. In F. Gröben (Hrsg.), Analyse des Beratungsbedarfs betrieblicher Akteure und der verfügbaren Beratungsstrukturen im Themenbereich betriebliche Gesundheitsförderung (S. 40-61). Karlsruhe, Eschborn: Universität Karlsruhe.

Humanware GmbH (n. d.). Erhebung und Bewertung psychischer Belastung. Zugriff am 28.03.2015. Verfügbar unter <https://www.impulstest2.com/erhebung-und-bewertung-psychischer-belastung.html>

Jurnet (n. d.). ArbeitspsychologInnen. Zugriff am 10.05.2014. Verfügbar unter http://jurnet.at/daten.php/0100/0800_aexpert/0007/0011.html

Lamnek, S. (2005). Qualitative Sozialforschung. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Ph. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

News Network Internet Service GmbH (2013). Trend Top 500. Zugriff am 13.04.2014. Verfügbar unter <http://www.trendtop500.at/unternehmen/?info=nu,-ma>

Nübling, M. (2011). Messung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. Public Health Forum, 19:72, 15.e1-15.e3, DOI:10.1016/j.phf.2011.06.009

ÖNORM EN ISO 10075-1 (2000). Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung.

Sozialministerium – Arbeitsinspektion (n. d. a). Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nach dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) – Merkblatt. Zugriff am 13.04.2014. Verfügbar unter http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/CD1B4D2C-9263-46BF-999A-2C6D5FBE36E1/0/Merkblatt_Arbeitsplatzevaluierung_psychischer_Belastungen.pdf

Sozialministerium – Arbeitsinspektion (n. d. b). Betriebliche Gesundheitsförderung. Zugriff am 29.03.2015. Verfügbar unter <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/default.htm>

Modediagnose Burnout? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff

Katrin Skala

Abstract

The so-called “Burnout syndrome” was first described in 1974, and is defined as “long-term work overload and notable risk condition for mental and somatic disorders”. It can be described as the final stage of a process which starts with idealist enthusiasm, developing into frustration, disillusionment and apathy, psychosomatic disorders and depression or aggression, with risk of addiction. More positively, the term “Burnout” is not stigmatized, and that encourages patients to seek help from psychiatry without social pressure. Even so, it is still difficult to recognize burnout, as there are a variety of definitions, some contradictory. The measures used in the diagnosis of the burnout neither help to give an exact diagnosis, nor to find the difference between it and other psychological disorders such as depression. In this context, we can question how the procedure of diagnosis of burnout should be, and how to incorporate it in the promotion of health in the work place.

Zusammenfassung

Beim sogenannten Burnout-Syndrom handelt es sich um ein erstmalig 1974 beschriebenes Syndrom, welches als „längerfristige Arbeitsüberforderung und beachtenswerter Risikozustand für psychische und somatische Erkrankungen“ definiert wird. Es kann als Endzustand einer Entwicklungslinie bezeichnet werden, die mit idealistischer Begeisterung beginnt und über frustrierende Erlebnisse zu Desillusionierung und Apathie, psychosomatischen Erkrankungen und Depression oder auch Aggressivität und einer erhöhten Suchtgefährdung führt. Positiv zu sehen ist, dass der Begriff „Burnout“ nicht stigmatisierend ist und somit Hilfesuchenden die Kontaktaufnahme mit der Psychiatrie erleichtert wird. Allerdings handelt es sich bei Burnout nicht um ein einheitliches Erkrankungsbild; vielmehr existieren zahlreiche, teilweise widersprüchliche Definitionen und Erklärungsansätze für „Burnout“ beziehungsweise das „Burnout-Syndrom“. Bei der Diagnose von Burnout werden meist Messinstrumente herangezogen, welche weder eine

eindeutige Diagnose erlauben, noch eine Abgrenzung gegenüber psychischen Störungen wie etwa der Depression. Vor diesem vielschichtigen und ungeklärten Hintergrund stellt sich die Frage, was die Diagnose Burnout für MitarbeiterInnen und Organisationen bedeutet, und wie im Zuge betrieblicher Gesundheitsförderung sinnvoll mit diesem Phänomen umgegangen werden kann.

Das Phänomen „Burnout“

Der Begriff „Burnout“ wurde 1974 von dem New Yorker Psychotherapeuten Herbert Freudenberger geprägt und ursprünglich als ein Zustand von Erschöpfung und Enttäuschung nach Erkennen unrealistischer Erwartungen beschrieben, welcher aus einer Fehlanpassung von Intention und Berufsrealität resultiert und sich wegen ungünstiger Bewältigungsstrategien von selbst aufrecht erhält (Freudenberger & Richelson, 1980, Schaufeli & Enzmann, 1998).

Das Phänomen Burnout-Syndrom bildet die Grundlage zahlreicher Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und ist damit ein wichtiger gesundheitsökonomischer Faktor. Für Deutschland wird von einer Zahl von 10 bis 15 Millionen Betroffenen ausgegangen, womit Burnout aktuell die häufigste Erkrankung darstellt. Die volkswirtschaftlichen Folgekosten des Burnout-Syndroms werden für die EU auf rund 20 Milliarden Euro jährlich geschätzt (Awa, Plaumann & Walter, 2010). Die Erkrankung scheint eine starke Chronifizierungstendenz zu haben und die geschätzte Erwerbsunfähigkeitsrate beträgt mehr als 50%. Hinsichtlich der wissenschaftlichen Begründung, Klassifikation, Diagnostik und Therapie des „Burnout-Syndroms“ besteht jedoch nach wie vor erheblicher Forschungsbedarf.

Bislang existiert keine einheitliche oder gar international konsentrierte Definition des Burnout-Syndroms und selbiges hat auch noch keinen Eingang in die aktuellen Versionen gängiger Klassifikationssysteme (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 10. Revision, ICD-10 und Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Revision, DSM-IV) gefunden (Dilling, 2000, APA, 2000). Vielmehr heißt es im Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2012): „Burn-out ist Risikozustand in Folge einer langfristigen Arbeitsüberforderung, demnach ein geschwächter Zustand, der langfristig zu „echten“ Krankheiten wie einer Depression oder Herz-Kreislaufproblemen führen kann“.

Das gängige Modell zur Entstehung des Burnout-Syndroms vor allem in Unternehmen und im Management ist das Konzept des Ungleichgewichts zwischen Anforderungen und

Ressourcen, kurz ERI (effort-reward imbalance model) (Siegrist, 1996). In diesem Modell wird ein Ungleichgewicht zwischen Anforderungen („Efforts“) wie Zeitdruck, hoher Verantwortung, laufender Störung bei der Arbeit und zunehmend anspruchsvoller Tätigkeit und Ressourcen („Rewards“) wie Unterstützung durch Vorgesetzte und Sicherheit des Arbeitsplatzes als ursächlich für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms angenommen.

Symptomatik

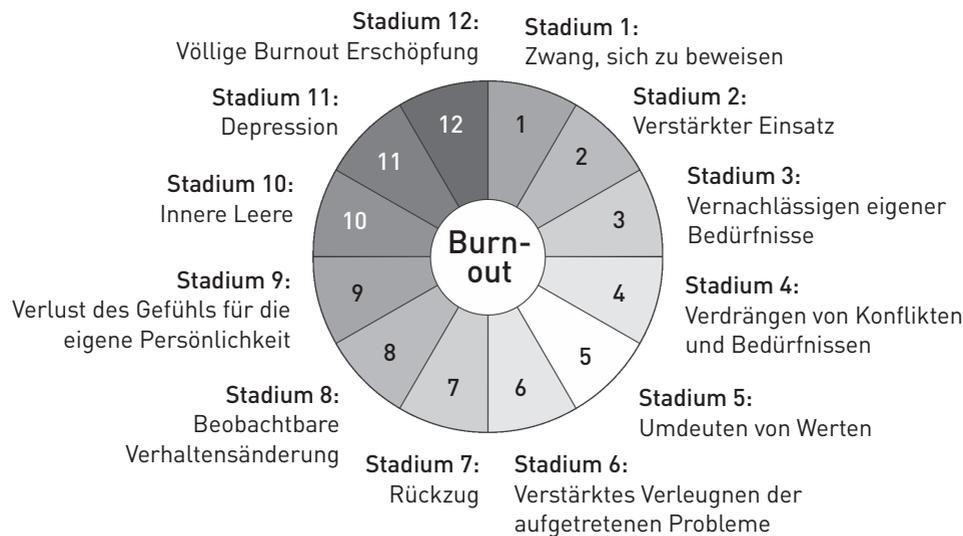
Die Entwicklung eines Burnout-Syndroms verläuft in Phasen.

Während der ersten Phase (Phase 1: „Aktivität und Aggression“) kommt es neben Überaktivität und dem Gefühl von chronischem Zeitmangel und Unentbehrlichkeit zu chronischen Erschöpfungsgefühlen nach der Arbeit, zu Stimmungsschwankungen und dem Verlust von positiven Gefühlen gegenüber KlientInnen, KundInnen, KollegInnen,...

In der Folge (Phase 2: „Rückzug“) kommt es vermehrt zu einem Widerwillen, täglich zur Arbeit zu gehen, einem Überziehen von Pausen, einer Stereotypisierung von KlientInnen und Verminderung des Kontaktes zur Klientel. Mitunter kommt es zu Kompensationsversuchen über exzessive sportliche Betätigung oder Selbstmedikation.

Schließlich (Phase 3: „Passivität“) entwickeln sich zunehmend Gefühle der Einsamkeit, Leere, Gleichgültigkeit und existentiellen Verzweiflung. Persönliche Kontakte werden kaum mehr wahrgenommen, Herausforderungen werden vermieden und nicht selten manifestiert sich auch eine Suchtproblematik.

Herbert Freudenberger und Gail North (1992) haben zwölf Phasen im Verlauf des Burnout-Syndroms identifiziert. Hierbei entwickelt sich aus extremem Leistungsstreben und dem Zwang, sich zu beweisen, sukzessive eine Vernachlässigung persönlicher Bedürfnisse und sozialer Kontakte. Hand in Hand mit dem Überspielen oder Übergehen innerer Probleme und Konflikte kommt es zu einem Absinken der Toleranz anderen gegenüber und zur Geringschätzung anderer Personen, zu sozialem Rückzug und einer Reduktion sozialer Kontakte bis auf ein Minimum. Es folgen offensichtliche Verhaltensänderungen, begleitet von einem fortschreitenden Gefühl von Wertlosigkeit, Ängstlichkeit, innerer Leere sowie Versuchen, diese Gefühle durch Überreaktionen wie beispielsweise exzessive Sexualität, abnorme Essgewohnheiten oder vermehrten Konsum von Alkohol und andere Drogen zu überspielen. Das Endstadium zeichnet sich durch ein depressives Syndrom mit Symptomen wie Gleichgültigkeit, Hoffnungslosigkeit, Erschöpfung und Perspektivlosigkeit aus (siehe Tabelle 1).



Quelle: 12-Phasen-Modell nach Freudenberger & North

Tabelle 1: Die zwölf Phasen des Burnout-Syndroms nach Freudenberger und North (1992).

Zu den körperlichen und seelischen Symptomen eines Burnout-Syndroms gehören neben Schlafstörungen und kreisenden Gedanken eine Unfähigkeit zur Entspannung und ein Verharren in einem dauerhaften Alarmzustand mit konsekutiver Beeinträchtigung der Erholungsfähigkeit und chronischer Müdigkeit. Häufig treten im Gefolge eines Burnout-Syndroms psychosomatische Beschwerden wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Magen-Darmbeschwerden, Tinnitus, Gefäßerkrankungen und chronische Schmerzzustände auf. Weiters findet sich ein erhöhtes Risiko für Infekte sowie für die Entwicklung von Diabetes. Bei Ausprägung des Vollbildes kommt es zu einem depressiven Syndrom mit Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, einem allgemeinen Schwächegefühl, Libidoverlust sowie depressiver Stimmung und Gefühlen der Aussichtslosigkeit.

Als besonders gefährdet für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms gelten sogenannte „helfende Berufe“, wie zum Beispiel LehrerInnen, ÄrztInnen oder Krankenpflegepersonal (siehe Tabelle 2).

Burnout - Betroffene nach Berufsgruppen	
ApothekerInnen	AnwältInnen
ÄrztInnen	BeamtenInnen
ErzieherInnen	Gefängnispersonal
HeimhelferInnen	Krankenpflegepersonal
LehrerInnen	ManagerInnen
PolizistInnen	PfarrerInnen
Pflegende Angehörige	PharmazeutInnen
PolitikerInnen	ReporterInnen
Rettungspersonal	SchulpsychologInnen
SozialarbeiterInnen	StudentInnen
Stewards/Stewardessen	ZahnärztInnen

Tabelle 2: Häufig von Burnout Betroffene (DAK Gesundheitsreport, 2013)

Für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms gibt es Risikofaktoren auf persönlicher wie auf betrieblicher Ebene. Zu den persönlichen Eigenschaften, die für die Entwicklung einer Burnout-Symptomatik prädisponieren, zählen neben hohen und oft idealistischen Erwartungen an sich selbst hoher Ehrgeiz, Perfektionismus und ein starkes Bedürfnis nach Anerkennung. „Burnout-Persönlichkeiten“ haben häufig das Gefühl, unersetzbar zu sein, können oder wollen nicht delegieren und möchten es anderen immer recht machen, wobei sie eigene Bedürfnisse unterdrücken. Sie zeigen Einsatz und Engagement bis hin zur Selbstüberschätzung und Überforderung und sehen mit der Zeit die Arbeit als einzig sinngebende Beschäftigung und immer mehr auch als Ersatz für soziales Leben. Zu den arbeitsbedingten Risikofaktoren gehören das Zusammenspiel von übermäßigen Leistungserwartungen, einem Übermaß an Verantwortung und starker Kontrolle auf der einen Seite, mit Rollenambiguität, mangelnder Transparenz, mangelndem Feedback und geringen Aufstiegschancen auf der anderen Seite. Die Arbeit mit problembeladener Klientel („Helferberuf“), das Fehlen von Fairness, widersprüchliche Erfordernisse und ein eingeschränkter Tätigkeits- und Handlungsspielraum sind weitere Faktoren, die die Entwicklung von Burnout-Symptomatik unterstützen.

Diagnose und Differentialdiagnose

Bisher existieren weder eine verbindliche Definition noch ein valides, allgemeingültiges differenzialdiagnostisches Instrument für das Burnout-Syndrom. Die Symptomatik lässt sich am ehesten den Dimensionen „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „reduzierte Leistungsbereitschaft beziehungsweise –fähigkeit“ zuordnen. Vorliegende Studien zur Epidemiologie und Differenzialdiagnostik sind überwiegend von geringer Evidenz, kontrollierte Therapiestudien fehlen völlig.

Das gängigste und differenzierteste diagnostische Instrument ist aktuell das „Maslach Burnout Inventory“ (MBI), welches 22 Items in drei Skalen enthält. Es untersucht Aussagen aus den Kategorien „emotionale Erschöpfung“, „Depersonalisierung“ und „Leistungszufriedenheit“ nach Intensität und Häufigkeit und deckt inhaltlich die wichtigsten Aspekte des Burnouts ab (Maslach, 1981).

Die Frage nach der offiziellen Diagnose gestaltet sich schwierig, da „Burnout“ keine in den gängigen Diagnosesystemen vorhandene Diagnose darstellt. Möchte man ein Burnout-Syndrom diagnostizieren, bieten sich im ICD-10 verschiedene, jeweils etwas schwammig formulierte Symptome und Syndrome, wie etwa „Akzentuierte Persönlichkeitszüge einschließlich Typ-A-Verhalten“, „Mangel an Entspannung oder Freizeit“, „Sozialer Rollenkonflikt, nicht andersorts klassifizierbar“ oder „Unzulängliche soziale Fähigkeiten, nicht andersorts klassifizierbar“ an. Am ehesten gerecht wird der Burnout-Symptomatik aber wohl die Diagnose „Probleme verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, welche sich im Anhangskapitel des ICD-10 findet.

Auch differenzialdiagnostisch ist es ratsam, darauf zu achten, nicht Erkrankungen, die möglicherweise unter der Oberfläche der Burnout-Symptomatik versteckt sind, zu übergehen (vgl. dazu Tabelle 3). Gerade affektive Störungen und Angsterkrankungen aber auch Suchterkrankungen werden gerne von den PatientInnen selbst als Burnout-Syndrom klassifiziert. Ebenso ist es wichtig, im Kopf zu behalten, dass ungewöhnliche Arbeitsanforderungen Stresssymptome verursachen können, welche sich in einer Verminderung der Schlafqualität, einer erhöhten Anspannung und allgemeiner Erschöpfung äußern können. Wenn derartige Phasen vorübergehend und zeitlich klar begrenzt sind, kann ebenfalls nicht von einem Burnout-Syndrom gesprochen werden.

„Differentialdiagnose des Burnoutsyndroms nach ICD-10“
Affektive Störungen Depressive Episoden F32 Rez. Depressive Störung F33 Sonstige affektive Störung F39
Neurotische Belastungs- und somatoforme Störungen Phobische Störungen F40 Sonstige Angststörungen F41 Zwangsstörungen F42 Anpassungsstörungen F43 Somatoforme Störungen F45 Neurasthenie F48
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen & Faktoren Essstörungen F50 Nichtorganische Schlafstörungen F51 Nichtorganische sexuelle Funktionsstörung F52 Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen F10-F19
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen Spezifische Persönlichkeitsstörung F60 Andauernde Persönlichkeitsänderung F62

Tabelle 3: Differentialdiagnose des Burnoutsyndroms nach ICD-10.

Geschichte

Das Phänomen Burnout hat es wahrscheinlich zu allen Zeiten und in allen Kulturen gegeben. Erste Schilderungen eines Zustandsbildes, das in groben Zügen dem, was wir heute als Burnout bezeichnen, entspricht, finden sich bereits im Alten Testament, wo der Prophet Elias nach Extrembelastungen und Enttäuschungen „unter dem Ginsterstrauch sich den Tod an den Hals wünscht“ (2. Mose 18, 17 – 18) (Burisch, 2010). Bei Pfarrern kennen wir - angelehnt an die den Propheten Elias ereilt habende Erkrankung - die „Elias-Müdigkeit“ (Burisch, 2010). Auch in der Literatur finden wir mehrere Hinweise auf ein ähnlich geartetes Krankheitsbild. Das Verb „to burn out“ (ausbrennen) wird bereits von Shakespeare Ende des 16. Jahrhunderts verwendet und Thomas Mann beschreibt in seinem großen Roman „Buddenbrooks“ anhand der Figur des Thomas Buddenbrook ganz klar Burnout-Symptomaten (Burisch, 2010).

Im 19. Jahrhundert wurde der Begriff der „Erschöpfungsdepression“ etabliert. Hier wurde ein depressives Syndrom als Folge von „fehlender Erholung, schwieriger Geschäftslage, aufreibender Pflege kranker Angehöriger oder sonstiger Kümernisse“ beschrieben und im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert durch die „Neurasthenie“ abgelöst. Zu den Hauptsymptomen der Neurasthenie zählen neben „vermehrter Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen, abnehmender Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben, Konzentrationsschwäche und allgemein ineffektivem Denken“ auch „Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen“. Nebenbei sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Neurasthenie im gängigen Diagnosesystem für psychische Erkrankungen, dem ICD-10 nach wie vor als Diagnose enthalten ist (Dilling, 2010).

Der heute gängige Begriff des Burnouts wurde 1974 von dem Psychoanalytiker Herbert J. Freudenberger (Freudenberger et al., 1992) und etwa gleichzeitig von Ginsburg popularisiert (Freudenberger, 1974, Bäuerle, 1969). Er bezeichnete zunächst den psychischen und physischen Abbau der meist ehrenamtlichen MitarbeiterInnen von Hilfsorganisationen, therapeutischen Wohngemeinschaften, Frauenhäusern oder Kriseninterventionszentren. Bäuerle (Bäuerle, 1969) beschrieb das Phänomen sehr treffend als „die Reduktion psychischer Belastbarkeit schon im mittleren Berufsalter; die Entstehung von Resignation und Ressentiment als Folge menschlicher Überforderung; die Bildung einer autoritären Charakterstruktur und die Neigung zu repressivem Verhalten als Folge beruflicher Enttäuschungen; den inneren Rückzug von allen Menschen und menschlichen Problemen als Schutzmaßnahme jener, die – ohne eigene Hilfe zu erfahren – ein Berufsleben lang mit schwierigen Persönlichkeiten in hoffnungslosen Situationen gesellschaftskonforme Lösungen finden müssen.“

Therapieansätze

Therapeutische Bemühungen beim Burnout-Syndrom sollten sich am Schweregrad der Symptomatik orientieren. Bei leichterer Ausprägung werden Maßnahmen im Sinne einer Veränderung der Lebensgewohnheiten und Optimierung der „Work-Life-Balance“ empfohlen. Der Fokus sollte hierbei auf einer Entlastung von Stressoren, Erholung durch Entspannung und Sport und einer Verabschiedung von Perfektionsvorstellungen liegen (Hillert & Marwitz, 2006). Liegt ein stärkerer Ausprägungsgrad von Burnout vor, werden psychotherapeutische Interventionen sowie, in Kombination mit diesen, auch Antidepressiva empfohlen.

In der Behandlung des Burnout-Syndroms sind personenbezogene und organisationsbezogene Interventionen zu unterscheiden. Zu den personenbezogenen Interventionen zählen beispielsweise

- kognitives Verhaltenstraining,
- Beratungsgespräche,
- Training von berufsbezogenen Fähigkeiten,
- soziale Unterstützung,
- Entspannungsübungen,
- Kommunikationstraining
- oder Musiktherapie.

Mittels dieser Techniken sollen die Betroffenen unter anderem erlernen, Ansprüche an sich und andere zu überdenken, „Nein“ zu sagen, umsichtig zu planen, Zeitdruck abzubauen, Pausen einzuplanen und ein Gleichgewicht zwischen Arbeit und Entspannung herzustellen.

Beispiele für organisationsbezogene Interventionen sind hingegen die

- Umstrukturierung von Arbeitsabläufen,
- Leistungsbewertung und Feedback,
- Unterstützung bei der Karriereplanung,
- Coaching,
- individuelle Gesundheitsförderung und
- Hilfe bei Leistungseinschränkungen sowie Problemen mit Work-Life-Balance.

Abschließend kann gesagt werden, dass das Burnout-Syndrom aufgrund seiner großen gesundheitspolitischen und sozioökonomischen Bedeutung als wissenschaftliche, diagnostische und therapeutische Herausforderung aufgegriffen und bearbeitet werden sollte.

Literatur

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. DSM-IV-TR (4th Edition, Text Revision). Washington DC: American Psychiatric Association.

Awa, W., Plaumann, M. & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78, 184 – 190.

Bäuerle, D. (1969). Supervision in der Sozialpädagogik und Sozialarbeit. *Neues Beginnen* (S. 21 ff.).

Burisch, M. (2010). *Das Burnout-Syndrom* (4th edition). Heidelberg: Springer.

DAK-Gesundheitsreport (2013). *DAK-Gesundheitsreport 2013*. Verfügbar unter http://www.dak.de/dak/arbeitgeber/DAK-Gesundheitsreport_2013-1150228.html Zugriff am 01.06.2015.

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. & Schulte-Markwort, E. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern: Hans Huber.

Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159 – 165.

Freudenberger, H. & North, G. (1992). *Burnout bei Frauen: Über das Gefühl des Ausgebranntseins*. Freiburg: Fischer.

Freudenberger, H. & Richelson, G. (1980). *Ausgebrannt – Die Krise der Erfolgreichen – Gefahren erkennen und vermeiden*. München: Kindler Verlag GmbH.

Hillert, A. & Marwitz, M. (2006). *Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus?* München: CH Beck.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout: *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99 – 113.

Schaufeli, W. B. & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/ low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology* 1, 27 – 43.

Berger, M., Linden, M. & Schramm, E. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout*. Verfügbar unter http://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf, last modified date: 07.03.2012

Umsetzung von BGF - Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung

Eva Höttl

Abstract

It is clear, that chronic, difficult and prolonged illnesses are more often suffered by the elderly than young people. The number of people that consider their health situation restricting, and affecting their day-to-day life is increasing. The probability of developing cancer, cardiovascular diseases or diabetes increases with the age, and this is coupled with the fact that diseases last longer in older people and that those diseases tend to imply a deterioration that can become chronic.

Better use of the huge potential of the older workers is one of the politico-social tasks that Austria now faces and will continue to do so in years to come. The trend of early retirement leaves those workers excluded in a marginal part of the employment market.

In the following article, we will prove through examples how introducing a system of early-work-retirement with specific internal actions can help to minimize the impact of diseases.

Zusammenfassung

Es ist evident, dass chronische, schwere und länger dauernde Erkrankungen in höherem Lebensalter häufiger auftreten als in jungen Jahren. So steigt die Anzahl der Personen, die ihren Gesundheitszustand als so eingeschränkt beschreiben, dass sie in der Verrichtung ihrer täglichen Aktivitäten beeinträchtigt sind, mit zunehmendem Lebensalter signifikant an. Die Wahrscheinlichkeit für schwere organische Erkrankungen wie Karzinome, Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes steigt mit dem Lebensalter. Das führt einerseits dazu, dass die Dauer des Einzelkrankenstandes mit zunehmendem Lebensalter deutlich steigt, andererseits gehen die meisten dieser Erkrankungen mit einer lang dauernden oder auch permanenten Leistungseinschränkung einher.

Die bessere Nutzung des enormen Potenzials älterer arbeitsfähiger Bevölkerungsgruppen erweist sich gerade in Österreich als eine grundlegende gesellschaftspolitische Aufgabe der kommenden Jahre. Ein jahrzehntelanger Trend der „Frührentenierungen“ hat letztlich dazu geführt, ältere Erwerbspersonen zu einer Randgruppe des Arbeitsmarkts zu degradieren.

Im folgenden Beitrag soll anhand von konkreten Beispielen gezeigt werden, wie durch gezielte innerbetriebliche Maßnahmen die Entstehung bzw. der Umgang mit chronischen Erkrankungen und in weiterer Folge krankheitsbedingter Frührentenierungen umgesetzt werden kann.

Definitionen und Begriffsklärungen

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die Gestaltung, Lenkung und Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, um Arbeit, Organisation und Verhalten am Arbeitsplatz gesundheitsförderlich zu gestalten. Sie sollen den Beschäftigten und dem Unternehmen gleichermaßen zu Gute kommen (Malik, 2007; Badura, Ritter & Scherf, 1999).

Für die Gesundheitsförderung wird ein Drei-Säulen-Modell vorgeschlagen (Möller, 2010):

Person: Verhaltensprävention zielt auf eine gesunde Selbst-Steuerung von Einzelpersonen. Wirbelsäulenkurse, Stressbewältigungstraining, Gripeschutzimpfungen, Suchtberatung sind Instrumente zur Verhaltensprävention.

Arbeit: Verhältnisprävention hat den Vorrang im Arbeitsschutz. Die Verhältnisprävention zielt auf gesunde Arbeitsbedingungen. Verbesserungen der Ergonomie am Arbeitsplatz oder der Arbeitsorganisation sind hier zu nennen.

System: Systemprävention zielt auf ein gesundes Miteinander in der Zusammenarbeit, in der Hierarchie und im Gesamtunternehmen. Zum Beispiel können altersgemischte Gruppen, eine Betriebsvereinbarung zum respektvollen Umgang miteinander oder Führungstrainings geeignete Maßnahmen zur systematischen Prävention im Bereich der sozialen Konflikte sein. Aus Sicht des Arbeitsschutzes ist die Systemprävention eine Verhältnisprävention (vgl. Möller, 2010).

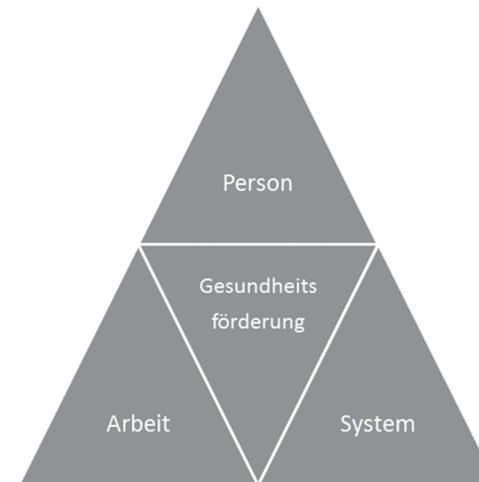


Abbildung 1: 3-Säulen-Modell der Gesundheitsförderung nach Möller (2010).

Welche Kompetenzen braucht ein Unternehmen, um gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen für seine MitarbeiterInnen zu schaffen und welche Kompetenzen brauchen MitarbeiterInnen, um gesundheitsfördernde Auswirkungen von Erwerbsarbeit erleben zu können?

Erwerbsarbeit ist DER wesentliche Faktor für soziale Gesundheit, weil er die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht. Arbeit sichert nicht nur den Lebensunterhalt, sondern kann auch unter guten Rahmenbedingungen Anerkennung, Sinnstiftung, soziale Kontakte und Identitätsbildung geben. Dennoch wird die Anzahl der Menschen, die frühzeitig aus Krankheitsgründen einen Pensionsantrag stellen, von Jahr zu Jahr größer.

Medial wird Erwerbsarbeit zunehmend als „gesundheits-zerstörend“ dargestellt, etwa ein Drittel der Neuzugänge bei den Pensionen 2011 erfolgte vorzeitig aufgrund von Krankheit. Dabei sind psychische Erkrankungen mit Abstand die häufigste Krankheitsursache.

In diesem Zusammenhang ist es entscheidend, den Wandel der Arbeitswelten in den letzten Jahren genauer zu betrachten: 75% aller Berufe in den Industrieländern sind im Dienstleistungssektor angesiedelt und sogar 90% aller neu geschaffenen Stellen. Davon entfallen etwa zwei Drittel auf „weniger wissensintensive Dienstleistungen“ (Handel, Gastronomie, Kurierdienst, persönliche Dienstleistungen) und ein Drittel auf

„wissensintensive Dienstleistungen“ (Rechts- und Steuerberatung, Wirtschaftsprüfung, Werbung und Marktforschung, Telekommunikation, Informationsdienstleistungen, Forschung und Entwicklung, Finanzdienstleistungen, Versicherungen, Verlagswesen). In Österreich arbeiten derzeit ca 1,8 Millionen Menschen im Dienstleistungssektor.

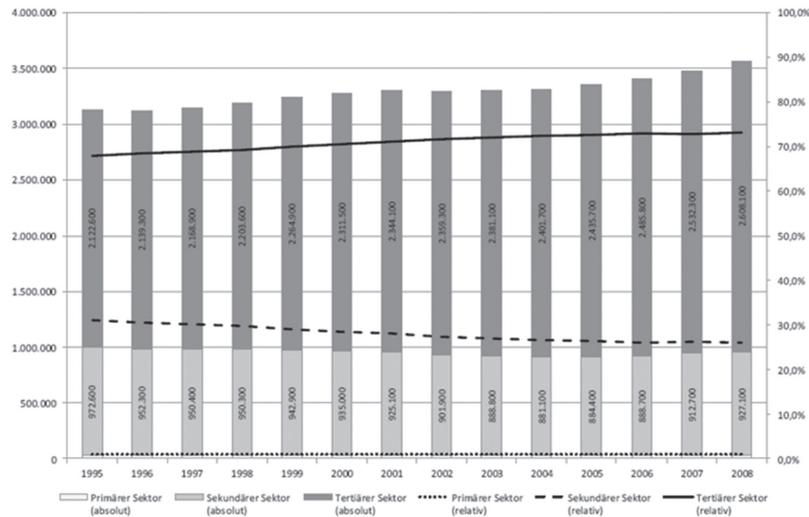


Abbildung 2: Entwicklung der Zahl der ArbeitnehmerInnen nach Wirtschaftssektoren zwischen 1995 und 2008 (Statistik Austria, zit. n. Biffel et al., 2012, S. 5).

Dienstleistung mit ihren zunehmend inhaltsreichen und komplexen Arbeitsaufgaben, kontinuierlichen Reorganisationen und sich verändernden, die Prozesse zunehmend dominierenden Kundenwünschen, stellt eine hohe Anforderung an kognitive Fähigkeiten und emotionale Stabilität von MitarbeiterInnen. Es ist vor diesem Hintergrund nicht verwunderlich, dass der Diagnosekomplex der psychischen Erkrankungen sowohl in Hinblick auf Krankenstände als auch in Hinblick auf krankheitsbedingte Frühpensionierungen stark in den Vordergrund rückt.

Wie bei allen anderen Erkrankungen ist auch und gerade bei psychischen Erkrankungen die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit oft unscharf. Im Arbeitsleben kennen wir aber nur „gesund = am Arbeitsplatz anwesend und voll einsetzbar“ oder „krank = im Krankenstand“. Dies entspricht natürlich keinesfalls einer medizinischen Realität und wird in vielen Ländern, so auch etwa in Deutschland oder der Schweiz, deutlich flexibler gehandhabt.

In Deutschland ist seit 2004 durch das „Hamburger Modell“ ein stufenweiser Wiedereinstieg mit reduziertem Arbeitszeitvolumen im Sozialgesetzbuch (SGB) festgelegt. Diese Maßnahme führte dazu, dass ArbeitnehmerInnen mit krankheitsbedingten Leistungseinschränkungen ihren Möglichkeiten entsprechend schrittweise wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden können.

Das Gesundheitszentrum der Erste Bank hat 2006 begonnen, einen Schwerpunkt auf die Prävention von und den Umgang mit psychischen Erkrankungen zu legen. Dies geschah einerseits, weil psychische Erkrankungen mit sehr langen Krankenständen einhergehen, andererseits weil bei vielen MitarbeiterInnen nach dem Krankenstand noch deutlichen Leistungseinschränkungen bestanden.

Psychische Erkrankungen haben, auch aus unserer Beobachtung, eine deutliche Koexistenz mit anderen organischen Erkrankungen:

Die nachfolgende Abbildung 3 veranschaulicht eine Gegenüberstellung der unterschiedlichen gesundheitlichen Probleme mit der Präsenz von psychosozialen Belastungsfaktoren: Es zeigt sich, dass organisch erkrankte Personen deutlich stärker von Arbeitsbelastung betroffen sind als der Durchschnitt der Erwerbsbevölkerung. Während im Bevölkerungsdurchschnitt knapp ein Drittel der Befragten eine psychische Belastungsfaktor nannte, stieg dieser Anteil bei Personen mit gesundheitlichen Beschwerden auf bis zu über 90% (3).

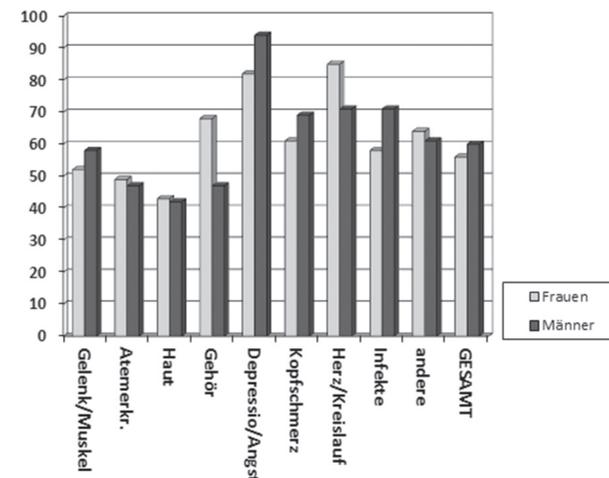


Abbildung 3: Anteil der Personen mit arbeitsbedingten gesundheitlichen Beschwerden, die eine psychische Belastung nannten, nach Geschlecht und Art der Beschwerde (Statistik Austria, zit. n. Biffel et al., 2012, S. 59).

Ein ganz wesentlicher erster Schritt war es daher, ein gemeinsames Verständnis für das Thema „psychische Erkrankungen“ zu entwickeln, das dann auch wirklich von allen MitarbeiterInnen, den Führungskräften und den BelegschaftsvertreterInnen mitgetragen werden kann.

In der Organisation spielen dabei Führungskräfte eine zentrale Rolle.

Gerade weil die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit oft unscharf ist und Einflüsse, sowohl aus dem Arbeitsumfeld als auch aus der Person selbst heraus für den Laien oft schwer interpretierbar sind, war es unser erster Schritt, alle Führungskräfte zum Thema „Prävention und Entstehung von psychischen Erkrankungen“ flächendeckend zu schulen.

Es wurde ein Handbuch „Zur Gesundheit führen“ entwickelt, das allen Führungskräften zur Verfügung gestellt und top-down in der Linie verteilt und implementiert wurde. Dieses Handbuch stellt Führungskräften Informationen zu den Themen Konflikte, Krisen, Burnout, MitarbeiterInnen mit chronischen Erkrankungen, Wiedereinstieg nach längerer Erkrankung etc. zur Verfügung und beschreibt konkrete Unterstützungsangebote und Handlungsempfehlungen.

Eine besondere Herausforderung wird bei der Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung gesehen: gerade MitarbeiterInnen, die nach einer länger dauernden psychischen oder physischen Erkrankungen an den Arbeitsplatz zurückkehren, verfügen oft noch nicht über ausreichende Stabilität, um ihre Tätigkeit so wie vor der Erkrankung durchzuführen. Einerseits besteht der Wille, jetzt endlich wieder zu „funktionieren“, andererseits ist die Leistungsfähigkeit aus verschiedensten Gründen zum Teil noch deutlich eingeschränkt. Führungskräfte sind in solchen Situationen oft verunsichert und zeigen eine deutliche Ambivalenz zwischen Unverständnis, hoher Erwartung und „Schonhaltung“, was die betroffenen MitarbeiterInnen zusätzlich verunsichert.

Im Gesundheitszentrum wurde unter Einbeziehung unternehmensinterner (Vorstand, HR) und externer Akteure (Arbeitsinspektion, JuristInnen der Ärztekammer) ein klares Konzept zur Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen nach längerer Erkrankung entwickelt. Es soll helfen, die sehr heikle Schnittstelle zwischen dem Gesundheitssystem, das „arbeitsfähig schreibt“, und dem Unternehmen, das „gesundgeschriebene MitarbeiterInnen“ mit deutlichen Leistungseinschränkungen eingliedern soll, zu klären. Führungskräfte und MitarbeiterInnen erhalten verbindliche Unterstützungsangebote, die gewährleisten, dass die Wiedereingliederung schrittweise ohne Überforderung aller Beteiligten erfolgen kann. Dabei ist es natürlich auch möglich, das Arbeitszeitvolumen für die auf drei Monate

limitierte Zeitphase des Wiedereingliederungsprozesses, zu reduzieren. Die Kosten dafür trägt das Unternehmen, das Konzept wurde durch eine Betriebsvereinbarung fixiert.

Durch diese und vielfältige weitere Unterstützungsangebote konnten in der Erste Bank die Krankenstände auf Grund psychischer Erkrankungen in den letzten Jahren mehr als halbiert werden. Während sie bei den Angestellten in Gesamtösterreich 13% aller Gesamtkrankenstände verursachen, sind es in der Erste Bank Österreich 2011 nur 4% der Gesamtkrankenstände (Quelle Wiener GKK, Abt Prävention und Gesundheitsförderung 2011). Das zeigt deutlich, dass sich betriebliche Gesundheitsförderung, wenn sie in Unternehmensentscheidungen und Abläufe integriert ist, für alle Beteiligten rechnet.

Literatur

- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Ed. Sigma
- Malik, F. (2007). Management. Das A und O des Handwerks. Frankfurt: Campus Verlag.
- Möller, R. (2010). Glossar Betriebliches Gesundheitsmanagement ABC der Gesundheitsförderung für Unternehmen, öffentliche Verwaltungen und Non-Profit-Organisationen. (verfügbar unter: http://www.job-movement.de/documents/BGM-Glossar_job_movement_R_Moeller.pdf, letzter Zugriff: 10.02.2015)
- Biffel, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C. & Rückert, E. (2012). Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Wien: Donau-Universität Krems/ Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung. (verfügbar unter: <http://www.wifo.ac.at/wwa/pubid/44034>, letzter Zugriff: 11.02.2015)

Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht der Personalentwicklung der MedUni Wien

Lydia Taus und Katharina Mallich-Pötz

Abstract

Workplace health promotion (WHP) is an essential task for organizations. Legally, some general conditions are already established for improving workplace health, but there is still work to do. Designing a program of measures to implement is essential to employees and companies, as working on WHP supports and strengthens wellbeing and in turn, positively affects occupational success. This article gives a general point of view about WHP and its objectives, including experiences at the Human Resources Department of the Medical University of Vienna.

Zusammenfassung

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gehört zu einer wesentlichen Aufgabe von Organisationen. Gesetzliche Rahmenbedingungen stützen die Einführung einer BGF, dennoch gibt es noch vieles umzusetzen. Eine strategische Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist sowohl für die Organisation als auch für MitarbeiterInnen wesentlich, denn die Stärkung von Gesundheit von MitarbeiterInnen hat Einfluss auf deren Wohlbefinden und damit Auswirkungen auf den Erfolg von Organisationen. Ein Überblick zur Begrifflichkeit und Zielen von BGF bis zu Erfahrungen der Personalentwicklung an der Medizinischen Universität Wien bezüglich Maßnahmen, die im Bereich der Gesundheitsförderung gesetzt wurden, bilden den Rahmen des folgenden Beitrags.

1. Einleitung

„Wer ist für die Gesundheit von MitarbeiterInnen verantwortlich?“, „Sind Arbeit und Gesundheit Widersprüche?“ und „Welchen Beitrag können Universitäten zu einem gesunden Arbeitsumfeld leisten?“. Diesen und weiteren Fragen widmet sich die

Medizinische Universität Wien im Rahmen ihrer Initiativen zur Gesundheitsförderung von MitarbeiterInnen.

Für die MedUni Wien ist klar: Die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen ist ein zentraler Wert, denn diese hat einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden sowie die Motivation ihrer MitarbeiterInnen und damit auf die Performance der Universität. Daher hat sich die MedUni Wien das Ziel gesetzt, die Gesundheitskompetenzen der MitarbeiterInnen zu erweitern und deren Gesunderhaltung nachhaltig zu fördern. Im Vordergrund steht hierbei, durch Wissenstransfer, Aufklärung, Prävention und gezielte Angebote die Gesundheitskompetenzen von MitarbeiterInnen zu stärken und damit wesentlich zu deren Gesunderhaltung beizutragen.

Im folgenden Beitrag wird den Fragen nachgegangen, in wie weit Organisationen zur Erhaltung und Stärkung von Gesundheit beitragen, wo diese gesundheitsfördernde Bedingungen schaffen können und an welcher Stelle die/ der einzelne Verantwortung trägt.

2. Wozu Betriebliche Gesundheitsförderung?

Darüber, dass es krankmachende Faktoren im Arbeitskontext gibt, herrscht Einigkeit. Einige Gesetze und Bestimmungen haben daher zum Ziel, bestimmte Bedingungen in Arbeitsbetrieben arbeitnehmerInnengerecht zu gestalten. Dennoch wird das Wissen um den Zusammenhang von physischen und psychischen Erkrankungen mit Arbeitsbedingungen in Organisationen und Unternehmen bis dato noch immer zu wenig genutzt.

Diejenigen ArbeitgeberInnen jedoch, die einen Schwerpunkt auf eine gesunde Arbeitsumgebung legen und Betriebliche Gesundheitsförderung zentral als Ziel verankern sowie Maßnahmen strategisch umsetzen, schaffen ein Tätigkeitsumfeld, in dem beide - ArbeitgeberIn und ArbeitnehmerIn - profitieren können: Die Bedingungen, die die Gesundheit und das Wohlbefinden von MitarbeiterInnen unterstützen, werden gefördert und die krankmachenden Faktoren reduziert. Denn Arbeit kann und soll die Beschäftigten fördern, Spaß machen und motivieren.

Oder wie es Vogt und Elsigan (2011, S. 9) in der Broschüre „Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich“ formulieren:

„Betriebliche Gesundheitsförderung hat auf mehreren Ebenen Auswirkungen sowohl auf das Unternehmen als auch auf die Mitarbeitenden, denn sie bewirkt

Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, im Arbeitsklima und in den Organisationsprozessen. Betriebliche Gesundheitsförderung bringt somit die Interessen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber in Deckung und führt zu einer Win-win-Situation“.

3. Vom Gesundheitsbegriff zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

Um sich der Umsetzung einer erfolgreichen Gesundheitsförderung widmen zu können, ist zunächst einmal interessant, den Begriff Gesundheit bzw. Krankheit näher zu betrachten. Einheitlich lassen sich die Begriffe bis dato nicht beschreiben, es existieren jedoch mittlerweile eine Reihe unterschiedlicher Definitionen und Sichtweisen. Gemeinsam ist den - vor allem neueren - Erklärungsmodellen, dass Gesundheit bzw. Krankheit nicht nur über einen bestimmten körperlichen Zustand definiert werden, sondern dass psychischen und sozialen Faktoren sowie dem Umfeld eine wesentliche Bedeutung beigemessen werden:

Bereits Ende der 40er Jahre definiert die WHO Gesundheit als „körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“ (Badura, Walter & Hehlmann, 2010, S. 35). Ein starker Fokus auf den sozialen Aspekt wird in der Definition von Badura et al (2010, S. 32) gelegt, indem die Autoren Gesundheit als eine Kompetenz zur Lebensbewältigung beschreiben, die jeder erlernen kann sowie als

„...eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“

Krankheit beinhaltet daher laut Badura et al. (2010, S.33)

„...mehr als nur körperliche Fehlfunktion oder Schädigung. Auch beschädigte Identität oder länger anhaltende Angst- oder Hilflosigkeitsgefühle müssen wegen ihrer negativen Auswirkungen auf Denken, Motivation und Verhalten, aber auch auf das Immun- und Herz-Kreislauf-System als Krankheitssymptome begriffen werden.“

Ausgehend von einem Gesundheitsbegriff, der psychische und Umgebungsfaktoren miteinbezieht, ist es nachvollziehbar, dass eine umfassende und strategische Gesundheitsförderung auf verschiedenen Ebenen implementiert werden muss und nicht nur Thema jedes einzelnen sein kann. Nur so können andauernde Veränderungen möglich

gemacht werden und zu einer gesunden Arbeitskultur führen. Für die Nachhaltigkeit ist nicht nur die Verankerung innerhalb der Organisationen, sondern auch die Formulierung von überorganisationalen und gesetzlichen Regelungen entscheidend.

In der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung der Europäischen Union (2007, S. 2) wurde BGF als ein Maßnahmenpaket definiert, welches gemeinsam von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umgesetzt werden und an unterschiedlichen Pfeilern ansetzen soll, nämlich an der Verbesserung der Arbeitsorganisation und den Arbeitsbedingungen, der Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung und der Stärkung von persönlichen Kompetenzen.

Das in Österreich am 1. Jänner 2013 in Kraft getretene novellierte ArbeitnehmerInnen-schutzgesetz (ASchG) befasst sich mit den Arbeitsbedingungen und erweitert die bisherige Definition von Belastungen am Arbeitsplatz: Neben physischen sind auch psychische Belastungen zu beachten und es wird festgelegt, dass ArbeitgeberInnen beeinträchtigende Arbeitsbedingungen erkennen und diese mit entsprechenden Maßnahmen gezielt verbessern sollen:

„Die Arbeitsplatzevaluierung ist ein Prozess, der dem Ziel ständigen Verbesserungen der Arbeitsbedingungen dient.“ So die Broschüre der Arbeiterkammer (Klösch, 2013, S. 6).

Auch wenn das Arbeitnehmerschutzgesetz nicht zwingend im Zusammenhang mit der Einführung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung steht, könnten doch Erkenntnisse genutzt und Bedarf erkannt werden, der für die Umsetzung einer solchen hilfreich sind.

Dass betriebliche Gesundheitsförderung auf unterschiedlichen Ebenen gleichzeitig festgemacht werden muss, um auch wirksam werden zu können, betonen auch Uhle und Treier (2011, S. 26), indem sie in diesem Zusammenhang von einem integralen Ansatz in der Gesundheitsförderung sprechen. Hierbei sollen verschiedene Perspektiven (Ulich & Wülser, 2009) Beachtung finden, welchen wiederum Handlungsansätze folgen:

- **Individuum**

Auf individueller Ebene können zum Beispiel Gesundheitsbildung, medizinisch-psychische Betreuung und Coaching, sowie auch Training in Bereichen wie Mobbing- und Suchtprävention angeboten werden.

- **Organisation**

Ein wesentlicher Aspekt ist hier, die BGF als Ziel im Unternehmen zu verankern, damit weitere Maßnahmen wie personalstrukturelle Entscheidungen, Vergütungssysteme etc. erfolgreich realisiert werden können.

- **Arbeitsbedingungen**

Hier geht es einerseits um die Gewährleistung von Sicherheitsstandards und ergonomische Aspekte, andererseits um Möglichkeiten der Gestaltung der Arbeit hinsichtlich Arbeitsinhalten und -organisation.

- **Umwelt**

Familienfreundlichkeit, Work-Life-Balance oder Freizeit- bzw. Urlaubsmanagement u.ä. sind hier wesentliche Themen.

Ein struktureller Rahmen ist demnach Voraussetzung für den Erfolg eines betrieblichen Gesundheitsmanagements, ebenso entscheidend ist es jedoch, von Anfang an verschiedene Seiten in den Gestaltungsprozess einer betrieblichen Gesundheitsförderung einzubeziehen und Verantwortliche zu definieren. Neben der Einbindung von Geschäftsführung, Führungskräften und Gremien ist auch die Beteiligung von MitarbeiterInnen am Ablauf hilfreich. Nach einer anfänglichen Erhebung der aktuellen Ist-Situation und Bedarfserhebung können dann entsprechende konkrete Maßnahmen und Programme erfolgreich entwickelt und realisiert werden.

Neben dem Schaffen eines strukturellen Rahmens, werden im Rahmen von BGF-Maßnahmen für die Organisation Angebote bedarfsorientiert konzipiert und angeboten. Im Folgenden soll nun auf diese verstärkt ein Augenmerk gelegt werden.

4. Praktische Umsetzung von BGF

Maßnahmen im Zusammenhang mit Betrieblicher Gesundheitsförderung können und sollen unterschiedlich gestaltet sein. Ein Format-Mix ist sinnvoll, um die verschiedenen Aspekte abzudecken und möglichst viele MitarbeiterInnen zu erreichen. Uhle und Treier (2011, S. 106) unterscheiden bezüglich der Maßnahmen zwischen „Pflicht- und Kürmodulen“. Die Autoren weisen darauf hin, dass Interventionen nicht nur auf Kürmodulen basieren sollten. Um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, ist es sinnvoll, dass das Angebotssportfolio beides beinhaltet.

Zu den Kürmodulen zählen laut Uhle und Treier (2011, S. 106):

- **Aufklärung und Beratung zu:**

Ernährung, Suchtthemen, psychosozialen Belastungen und speziellen Risiken wie Muskel- Skelett- oder psychischen Beschwerden

- **Gesundheitsförderprogramme zu:**

körperlicher (Bewegung) und psychischer (kognitive Techniken) Fitness und zur Steigerung der Erholungsfähigkeit

Pflichtmodule sind laut Uhle und Treier eher struktur- und prozessorientiert und werden daher nicht unmittelbar mit der individuellen Gesundheit in Zusammenhang gebracht. Zu ihnen gehören

- **Gestaltung der Arbeitswelt:**

ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, Optimieren von Arbeitsorganisation, Mitwirkung der Betroffenen bei Beschaffungsentscheidungen etc.

- **Informations- und Kommunikationsmanagement:**

Arbeitskreise, MitarbeiterInnen- und Rückkehrgespräche, Beratungsgespräche zu Gesundheitsthemen

- **Psychosoziale und arbeitsmedizinische Betreuung:**

Aufklärung, Beratung und Früherkennung spezieller Gesundheitsrisiken sowie individuelle Angebote für besondere Zielgruppen

- **MitarbeiterInnenbeteiligung:**

regelmäßige Befragungen zu bestimmten Themen wie z.B. Belastungen, Ressourcen, Wünsche zum Bereich Gesundheit und damit die Akzeptanz von Maßnahmen

- **Eingliederungsmanagement:**

wie Wiedereingliederungspläne oder Umgestaltungserfordernisse des Arbeitsplatzes

Für das Schaffen einer „Gesundheitskultur“, betonen Uhle und Treier auch das Einbeziehen der Führungskräfte, denn „...sie können den Aufbau und Erhalt eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im Prozess maßgeblich fördern, beschleunigen und stabilisieren“ (Uhle & Treier, 2011, S. 107).

Welche konkrete Maßnahmen ein breit gefächertes Gesundheitsmanagement umfassen können, zeigt der folgende Überblick (nach Uhle & Treier, 2011, S. 110):

TOOLBOX BGF		
Verhaltensprävention	Verhältnisprävention	Beispiele für Maßnahmen
Werkzeuge für die Psyche		
Optimierter Umgang mit Konflikten	Aufstellen verbindlicher Verhaltensregeln	Workshop "Wie wir miteinander arbeiten wollen" Seminar "Entspannte Mittagspause!"
Optimierter Umgang mit emotionalen Dissonanzen	Räume der Bewegung und Ruhe schaffen	
Optimierter Umgang mit Belastungen aus Arbeitsorganisation	Arbeitszeitmodelle und Arbeitspausenmodelle	
Eigene Stressoren reflektieren		
Systematische Präventions- und Entspannungstechniken lernen/einsetzen		
Werkzeuge für den Körper		
Information und Sensibilisierung hinsichtlich Ernährung	Ernährungsangebote vor Ort optimieren	Seminar "Genuss statt Frust!"
Information und Sensibilisierung hinsichtlich Bewegung	Bewegungsangebote vor Ort optimieren	
Werkzeuge für das Wissen		
Erweiterung der persönlichen Gesundheitskompetenzen	Informations- und Kommunikationsmanagement	Seminar "Was ist Stress?"
Austauschbereitschaft aktivieren	Austausch erweitern und zwischen Wissenschaft und Praxis organisatorisch ermöglichen	
Werkzeuge für die Motivation		
MitarbeiterInnen hinsichtlich ihrer persönlichen Ressourcen entwickeln	Gesundheitsaspekte und MitarbeiterInnen-orientierung in Organisationsstrukturen und Führungsprinzipien berücksichtigen	Workshop "Gesundes Führen"
Feedback zum Fortschritt im Bereich Gesundheit durch ExpertInnen geben		
Werkzeuge für das Verhalten		

Abbildung 1. Die Toolbox der Betrieblichen Gesundheitsförderung (nach Uhle und Treier, 2011, S. 110)

5. BGF an der MedUni Wien

Betriebliche Gesundheitsförderung ist der Medizinischen Universität Wien ein wichtiges Anliegen, deshalb wurden innerhalb der letzten Jahre eine Reihe von Maßnahmen realisiert, die - im Sinne einer Mischung von „Pflicht- und Kürmodulen“ – an unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Unter der Leitung von Vizerektorin Prof.in Dr.in Karin Gutiérrez-Lobos wurden neue strukturelle Rahmenbedingungen implementiert, Projekte zur Entwicklung einer neuen „Universitätskultur“ umgesetzt und unter dem Motto „Bewusst gesund @ MedUni Wien“ ein umfangreiches Angebotsportfolio entwickelt, das regelmäßig adaptiert und erweitert wird (siehe Abbildung 2).



Abbildung 2. Angebote im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der MedUni Wien

5.1. Das MitarbeiterInnengespräch

MitarbeiterInnengespräche an der Medizinischen Universität Wien sind ein wesentlicher Teil der betrieblichen Kommunikation sowie der Weiter- und Karriereentwicklung von MitarbeiterInnen. Das regelmäßige und bewusst geführte Gespräch zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn ist ein wirksames Mittel des Informationsaustausches und ist einmal jährlich verpflichtend vorgesehen. MitarbeiterInnengespräche bieten den Rahmen, Ziele zwischen Führungskraft und MitarbeiterIn (neu) zu definieren und Vereinbarungen über Arbeitsaufgaben und -bedingungen sowie Entscheidungs- und Handlungsspielräume zu treffen.

5.2. Führungskompetenz

Um eine Führungskultur im eigenen Verantwortungsbereich und den eigenen Führungsstil (weiter-) entwickeln zu können, sind für Führungskräfte Managementwissen, überfachliche Kompetenzen wie social skills, Führungskompetenzen, Selbstkompetenzen und Erfahrungen in Gender- & Diversityaspekten hilfreich und erforderlich. Die Personalentwicklung bietet verschiedene Möglichkeiten an, um Managementwissen zu erweitern und Herausforderungen bei der Tätigkeit als Führungskraft reflektieren zu können, wie zum

Beispiel ein Leadership-Curriculum, Workshops, Kollegiale Beratung und individuelle Maßnahmen wie Coaching oder Teamklausuren.

Für die Reflexion und Erweiterung der eigenen Führungskompetenzen haben Führungskräfte auch die Möglichkeit, das Instrument des 360 Grad Feedback zu nutzen. Fragen wie „Wie wird mein Verhalten als Führungskraft von meinem Umfeld wahrgenommen?“, „Wie sehen meine MitarbeiterInnen mich als Vorgesetzte/n?“ oder „Wie werde ich als KooperationspartnerIn von KollegInnen wahrgenommen?“ bleiben in der täglichen Arbeit vielfach unbeantwortet, können aber mittels Führungsfeedback wirksam beantwortet und mit Hilfe externer Coaches auch bearbeitet werden. Damit können die Erkenntnisse aus dem 360 Grad Feedback für MitarbeiterInnenbindung, Motivation und professionelle Kooperation genutzt werden.

5.3. Beratung und individuelle Angebote für spezifische Zielgruppen

In vielen Bereichen des Arbeitsalltags gibt es Bedarf an Beratung. An der MedUni Wien gibt es für die MitarbeiterInnen verschiedene Möglichkeiten, Beratung in Anspruch zu nehmen. Bei der Bearbeitung unterschiedlicher Anliegen wie z.B. persönlichen Belastungen, Konflikten oder Karrierefragen werden von der Stabstelle Personalentwicklung dafür ganz individuelle Beratungsformate angeboten. Ob im Einzel- oder Gruppensetting - für Unterstützung wie Supervision, Coaching, Gesprächsmoderation, Mediation oder Teamentwicklungen stehen interne und externe ExpertInnen zur Verfügung.

Speziell für Mitarbeiterinnen und Studierende wird von der Stabstelle Gender Mainstreaming das Beratungsangebot Planungswerkstatt K3 Karriere-Kinder-Klinik bereit gestellt. Hier können sich Ratsuchende Unterstützung bei der Planung von Auszeit und Wiedereinstieg holen. Weiters gibt es Beratung für pflegende Angehörige oder auch zu Themen wie Elternkarenz, Kinderbetreuung und Vereinbarkeit.

5.4. Zusammenarbeits- und Konfliktkultur

Nicht bearbeitete Konflikte haben eine Auswirkung auf die Motivation, Zufriedenheit und somit auf die Gesundheit von MitarbeiterInnen. Um an der MedUni Wien eine konstruktive Zusammenarbeit in Teams, einen respektvollen Umgang miteinander und ein kreatives Schaffen zu ermöglichen, wurde das Projekt „Zusammenarbeits- und Konfliktkultur“ 2012 mit folgenden Zielen initiiert:

- Verbesserung der Zusammenarbeits- und Konfliktkultur
- Förderung einer offenen und wertschätzenden Gesprächskultur
- Frühzeitiges Erkennen und niederschwelliges Bearbeiten von Spannungen und Konflikten

Mittlerweile sind 18 Organisationseinheiten aktiv beteiligt, an welchen 31 „Interne KonfliktberaterInnen“ in Methoden der Konfliktbearbeitung ausgebildet wurden, um bei auftretenden Spannungen oder sich anbahnenden Konflikten als niederschwellige AnsprechpartnerInnen für MitarbeiterInnen der MedUni Wien zur Verfügung zu stehen. Eine Erweiterung auf die gesamte MedUni ist in Planung.

An der Konzeption, Koordination und Durchführung des Projekts Konfliktkultur arbeitet ein Projektteam inhaltlich, operativ und prozessual. Die Steuergruppe unterstützt das Projektteam durch ihre differenzierte Sichtweise sowie durch Rückmeldungen zum Gesamtprozess. Darüber hinaus wurde mit Trialogis ein externes Beratungsunternehmen zur Prozessbegleitung sowie zur Aus- und Weiterbildung der Internen KonfliktberaterInnen beigezogen.

5.5. Gesundheitsförderungsprogramme

MitarbeiterInnen der MedUni Wien stehen eine Reihe von Angeboten der Personalentwicklung in den Bereichen Bewegung, Ergonomie sowie Sicherheit am Arbeitsplatz zur Verfügung. Weitere Impulse bestehen in den Bereichen Ernährung, Raucherentwöhnung und Schlafhygiene. Im Bereich des Trainings von „Personal Skills“ werden Seminare und Workshops zu Themen wie Stressbewältigung, Work-Life Balance, Burnout- und Mobbingprävention oder Kommunikation angeboten.

5.6. Bewusst gesund @ MedUni Wien – Vortragsreihe

Im Jahr 2014 hat die Stabstelle Personalentwicklung erstmals die Vortragsreihe „Bewusst gesund @ MedUni Wien“ angeboten. In kurzen Impulsvorträgen stellen ExpertInnen der MedUni Wien sowie externe Vortragende zu speziellen Themen unterschiedliche Zugänge vor, wie MitarbeiterInnen ihre Gesundheit bewusst beeinflussen können. Zum Beispiel gab es Präsentationen zu den Themen „Gesund durch Sport“, „Tabus am Arbeitsplatz brechen – wieviel Offenheit ist gefragt“ oder „Gesunde Ernährung aus Sicht der TCM“.

6. Zusammenfassung und Ausblick

Ausgehend von der Haltung, dass Gesundheit nicht nur von individuellen Faktoren und Verhalten bestimmt wird, sondern auch von äußeren Rahmenbedingungen wie dem Arbeitskontext, wurden 2012 vom Bundesministerium für Gesundheit zehn Rahmen-Gesundheitsziele formuliert. „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche zu schaffen“ lautet dabei das erste Ziel. Dabei nehmen ArbeitgeberInnen einen zentralen Stellenwert ein, denn sie können gesundheitsfördernde Bedingungen schaffen und somit einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheit von MitarbeiterInnen leisten.

Ein gesundheitsförderndes und motivierendes Arbeitsumfeld zu gestalten ist eine wesentliche Verantwortung von ArbeitgeberInnen. Wie auch in den vorangegangenen Beiträgen veranschaulicht werden konnte, gibt es verschiedene Möglichkeiten, um diesbezüglich anzusetzen. Einiges wird bereits von ArbeitgeberInnen aufgenommen und entsprechend umfassende Angebote MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt.

Ein Umdenkprozess hat begonnen, aber dennoch gibt es noch einiges zu tun. Betriebliche Gesundheitsförderung ist nicht nur ein „Zusatzangebot“, es ist eine zentrale Säule. Denn: Damit eine Organisation erfolgreich sein kann, braucht es gesunde und motivierte MitarbeiterInnen.

Literatur

Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation (2. vollständig überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer-Verlag.

Europäische Union (2007). Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf . Last modified date: 19.03.2015.

Klösch, J. (2013). Verfahren zur Erhebung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (3. Auflage). http://wien.arbeiterkammer.at/service/broschueren/Arbeitnehmerschutz/broschueren/Verfahren_zur_Erhebung_psych_Belastungen_am_Arbeitsplatz.html. Last modified date: 23.03.2015.

Rendi-Wagner, P. & Peinhaupt, C. (2012). In Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/wp-content/uploads/2014/10/rahmen-gesundheitsziele_240512.pdf. Last modified date: 26.03.2015.

Uhle, T. & Treier, M. (2011). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen. Berlin: Springer-Verlag.

Ulich, E. & Wülser, M. (2009). Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven (3. Auflage). Wiesbaden: Gabler.

Vogt, M. & Elsigan, G. (2011). Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Wissen 2). In V. GÖG/FGÖ, Gesundheit Österreich GmbH/Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/bgf-in-oesterreich/2011-09-21.3520459774> . Last modified date: 19.03.2015.

Homepage: www.meduniwien.ac.at/gesundimakh

Betriebliche Gesundheitsförderung Projekt „Gesund im AKH“



„Gesund im AKH“ in Zusammenarbeit mit der MedUni Wien

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung und Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (Luxemburger Deklaration 2007).



Jasminka Godnic-Cvar, Beate Zettl

BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie mit dem Ziel, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen zu verbessern.

Um dieses Ziel zu erreichen und ein erfolgreiches BGF-Projekt umzusetzen, ist die aktive Beteiligung der MitarbeiterInnen von zentraler Bedeutung. Auf Grundlage anonymisierter MitarbeiterInnen-Befragungen („Impuls-Test-2“) sollen Maßnahmen zur Optimierung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen abgeleitet werden. Den Beschäftigten bietet sich dabei die Möglichkeit im Rahmen von Gesundheitszirkeln Verbesserungspotenziale unmittelbar aufzuzeigen und Problemlösungen zu entwickeln.

Am Medizinischen Universitätscampus Wien ist das Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekt „Gesund im AKH“ mit Dezember 2012 initiiert worden – dieses Projekt wird vom Fonds Gesundes Österreich gefördert.

Das Projekt kommt allen MitarbeiterInnen des AKH Wien und den klinisch tätigen MitarbeiterInnen der MedUni Wien zu Gute.

Leiterin: Univ. Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Jasminka Godnic-Cvar
Projektentwicklerin: Beate Zettl, BSc MSc



Prof. em. Dr. Bernhard Badura

ist emeritierter Professor der von ihm mitbegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Er hat an zahlreichen Universitäten geforscht und gelehrt, u.a. an der Universität Konstanz und der Harvard University. Bevor er zur Universität Bielefeld wechselte, war er Direktor des Instituts für Soziologie der technischen Universität Berlin. Seine Hauptforschungsgebiete sind Unternehmensdiagnostik und Grundlagen der Kooperation. Er ist Mitgesellschafter von Salubris, einem Beratungsunternehmen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement.



Univ.-Prof. in Dr. in Jasminka Godnic-Cvar

ist Professorin für Arbeitsmedizin und Leiterin des Institutes für Arbeitsmedizin, der universitären arbeitsmedizinischen Einrichtungen und Competence Center für Arbeitssicherheit und Gesundheitserhaltung (CCAG) des AKH Wien. Zudem hat sie diverse Funktionen inne, wie z.B. Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Sie übt eine umfangreiche Lehrtätigkeit im Rahmen des Hochschullehrgangs „Arbeitsfähigkeits- und Eingliederungsmanagement - Förderung, Erhaltung bis Wiederherstellung von Arbeitsfähigkeit“, „Public Health“ und „Gender Medizin“ der MedUni Wien aus und engagiert sich in der Organisation von Veranstaltungsreihen in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin an der MedUni Wien.



ao. Univ.-Prof. in Dr. in Karin Gutiérrez-Lobos

Die Vizerektorin für Lehre, Gender und Diversity an der Medizinischen Universität Wien ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapeutin. Als Vizerektorin ist sie für die strategische Planung und Weiterentwicklung der Bereiche Lehre, Gender Mainstreaming, Frauenförderung sowie Personalentwicklung zuständig. Ein besonderes Anliegen ist Vizerektorin Gutiérrez-Lobos die Weiterentwicklung des Medizin Curriculums Wien sowie die Etablierung eines umfassenden Diversity Managements, in welchem die Chancengleichheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie von Studierenden als Selbstverständlichkeit betrachtet wird. Darüber hinaus liegt ihr Fokus auf der Gesunderhaltung von MitarbeiterInnen und Studierenden und dem Schaffen einer Zusammenbeitskultur an der MedUni Wien, in welchem ein produktives und kreatives Arbeiten ermöglicht wird.



Dr. in Eva Höttl

absolvierte das Studium der Medizin an der medizinischen Fakultät der Universität Wien und anschließend die Ausbildung zur Ärztin für Arbeitsmedizin. Seit 2005 leitet sie das Gesundheitszentrums der Erste Bank AG. In dieser Funktion ist sie für alle Aspekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich. Zuvor war Eva Höttl leitende Arbeitsmedizinerin für das Magistrat der Stadt Wien und Gutachterärztin für das Bundespensionsamt. Eva Höttl ist zudem Referentin an der Akademie für Arbeitsmedizin, Vorsitzende des wissenschaftlichen Beirats der Österreichischen Gesellschaft für Präventivmedizin und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Burnout und Arbeitsqualität.



Prof. Dr. Christian Korunka

ist Universitätsprofessor für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen: Veränderungen in der Arbeitswelt und in Organisationen, Arbeit und Gesundheit, Qualität des Arbeitslebens sowie Intrapreneurship und Entrepreneurship. Bis dato erschienen mehr als 100 Veröffentlichungen in internationalen Fachzeitschriften und Herausgeberwerken. Neben umfangreicher Vortragstätigkeit im Rahmen von internationalen und nationalen

Konferenzen und Symposien zählen die Organisation internationaler Konferenzen sowie die Umsetzung zahlreicher Drittmittelprojekte zu seinem Aufgabengebiet. Christian Korunka ist weiters personenzentrierter Psychotherapeut, Gesundheitspsychologe, Supervisor und Unternehmensberater.



Dr.ⁱⁿ Katharina Mallich-Pötz, MSc.

ist seit 2004 an der Medizinischen Universität Wien tätig und leitet die Stabstelle Personalentwicklung. Die Wirtschaftspsychologin hat einen Master in „Coaching und Organisationsentwicklung“ und ist zertifizierte Arbeitspsychologin. Zu ihren Tätigkeitsschwerpunkten zählen die Entwicklung einer wertschätzenden Kommunikations- und Konfliktkultur und die Etablierung und Weiterentwicklung eines strategischen Diversity Managements. Sie arbeitet darüber hinaus an einem Angebot für Lehrende zur Professionalisierung hochschul-

didaktischer Kompetenzen und ist im Rahmen des (Dual) Career Services für Karriereberatung und –entwicklung zuständig. Katharina Mallich-Pötz ist Ansprechpartnerin für Führungskräfte sowie für MitarbeiterInnen, um bei Herausforderungen des beruflichen Alltags, aber auch bei persönlichen Entwicklungsstrategien zu unterstützen.



Dr. Stephan Proksch

ist Mediator, Berater und Gesellschafter der Trialogis Organisationsberatung Mediation OG. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Mediation im innerbetrieblichen wie auch in gerichtsnahen Bereich sowie der Aufbau von innerbetrieblichen Konfliktmanagementsystemen. Als Betriebswirt war er in mehreren Großorganisationen tätig, bevor er sich 2003 selbständig machte. Von 2005 bis 2012 war er Bundessprecher der „Experts Group Wirtschaftsmediation“. Er leitet den Lehrgang Wirtschaftsmediation der WKO und ist Secretary der

European Mediation Network Initiative (EMNI). Er ist Autor des Buches „Konfliktmanagement im Unternehmen“ sowie Herausgeber des Handbuchs Mediation.



Dr.ⁱⁿ Katrin Skala

ist Oberärztin an der Universitätsklinik für Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Medizinischen Universität Wien. Nach dem Studium der Humanmedizin und Philosophie in Wien absolvierte sie die Ausbildung zur Fachärztin für Psychiatrie in Wien und Frankreich, in Folge die Ausbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ihre Arbeitsschwerpunkte umfassen neben der klinischen Tätigkeit und Lehrtätigkeit an der Medizinischen Universität Wien Forschung zum Thema Sucht und Suchtentwicklung. Katrin Skala ist zudem als Psychotherapeutin tätig.



Mag.ª Lydia Taus

ist Klinische und Gesundheits- sowie zertifizierte Arbeitspsychologin und seit 2010 an der Medizinischen Universität Wien in der Stabstelle Personalentwicklung tätig. Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen in der Konzeption und Umsetzung von Maßnahmen für NachwuchswissenschaftlerInnen, im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und in der persönlichen Beratung von MitarbeiterInnen. Sie bietet Unterstützung u.a. bei psychischen Belastungen, Problemen im Arbeitskontext sowie bei Karrierefragen. Weitere Erfahrungen

bringt Lydia Taus durch Ihre Tätigkeit als Trainerin im arbeitsmarktpolitischen Kontext und im HR-Management in unterschiedlichen privatwirtschaftlichen Unternehmen mit, in denen sie für Recruiting, Personalentwicklung und Personalmarketing verantwortlich war.



Mag.ª Angelika Werth

absolvierte das Studium der Internationalen Betriebswirtschaft an der Wirtschaftsuniversität Wien sowie in den USA. Ihre Schwerpunkte waren International Human Resources Management und International Marketing & Management. Seit 2008 ist sie als Personalentwicklerin in der Wiener Städtischen Versicherung AG tätig. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte sind Potenzialanalysen, Aus- und Weiterbildung, Coaching und Mentoring sowie Talent Management. Weiters ist sie derzeit Diplomandin an der Fakultät für Psychologie (Universität Wien).



Beate Zettl, BSc. MSc.

absolvierte das Studium der Pflege- und Gesundheitswissenschaft und studiert derzeit Health Care Management. Sie ist Projektassistentin und Organisationsentwicklerin im Competence Center für Arbeitssicherheit und Gesunderhaltung im AKH Wien. Zudem übt sie eine Lehrtätigkeit an der Akademie für Fort- und Sonderausbildungen des KAV sowie an der MedUni Wien im Rahmen des Universitätslehrganges „Arbeitsfähigkeits- und Eingliederungsmanagement“ aus.

Kontakt:

Stabstelle Personalentwicklung, MedUni Wien

Email: personalentwicklung@meduniwien.ac.at

Telefon: +43 (0)1 40 160 – 10190

