

GESUND AM ARBEITSPLATZ

ENDBERICHT

Projekt-Nr. 1338/I/1

gemäß Fördereinbarung vom 6.8.2009
Projekt-Titel „Gesund am Arbeitsplatz“

Gefördert durch

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich
1020 Wien, Aspernbrückengasse 2

Projektträger/ Fördernehmer
FAA Holding G.m.b.H.
1190 Wien, Heiligenstädter Lände 29

INHALTSVERZEICHNIS

1	Vorwort.....	4
2	Ausgangssituation und Ziele des Projekts (Ebner/ Nöhmayer/ Vogler)	6
2.1	Gesellschaftliche und wirtschaftliche Rahmenbedingungen.....	6
2.1.1	Gesundheit, Arbeit und Arbeitsmarkt.....	12
2.2	Der demografische Knick als Herausforderung für Unternehmen und ihre MitarbeiterInnen aus Sicht der Unternehmensberatung (Michael Vogler)	16
3	Schwerpunkt Arbeitsbewältigung (Ebner/ Nöhmayer)	26
3.1	Methodische Grundlagen	26
3.1.1	Haus der Arbeitsfähigkeit	27
3.1.2	Workability-Index (WAI)	28
3.1.3	Arbeitsbewältigungs-Coaching (AB/C).....	30
3.1.4	Auswahl der Unternehmen.....	32
3.2	Ergebnisse der Pilotprojekte in den Unternehmen	34
3.2.1	Ablauf des Beratungsprozesses	34
3.2.2	Beschreibung der Zielgruppe	35
3.2.3	Projektergebnisse	36
3.2.3.1	Ergebnisse des WAI.....	37
3.2.3.2	WAI Ergebnisse im Detail.....	40
3.2.3.3	Wahrnehmungen und Vorschläge der MitarbeiterInnen	46
3.2.3.4	Adressaten für Vorschläge zur Verbesserung.....	50
4	Schwerpunkt Psychische Gesundheit (Ebner/ Schmölzer).....	55
4.1	Methodische Grundlagen	55
4.1.1	AVEM - Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster	59
4.1.1.1	Grundlagen und Entwicklung des AVEM	59
4.1.1.2	Aufbau und Inhalte des AVEM.....	59
4.1.1.3	Vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens.....	61
4.1.1.4	Gegenüberstellung der Risikomuster – Konsequenzen für die Intervention	67
4.1.1.5	Die diagnostischen Leistungsmöglichkeiten des AVEM.....	71
4.1.2	Auswahl der Unternehmen.....	71
4.1.3	Durchgeführte Leistungen in den Unternehmen.....	72
4.2	Ergebnisse der Pilotprojekte in den Unternehmen	73
4.2.1	Ablauf des Beratungsprozesses	73
4.2.2	Beschreibung der Zielgruppe	74
4.2.3	Ergebnisse in den Unternehmen	75

5	Zusammenfassung und Ausblick aus systemischer Sicht.....	78
5.1	Blickwinkel Projekt.....	78
5.1.1	Erfahrungen mit den Beratungswerkzeugen	78
5.1.2	Hinweise für Prävention und Gesundheitsförderung (Blickwinkel Projekt)	81
5.2	Blickwinkel Betriebliche Gesundheitsförderung (Leo Manseder)	84
5.2.1	Der Beratungsansatzes „AB-C“ aus Sicht der BGF	84
5.2.2	Möglichkeiten des Einsatzes von „AB-C“ in der BGF	92
5.3	Blickwinkel Allgemeine Unfallversicherung(Norbert Winker)	94
5.3.1	Senkung von Gesundheitsgefahren	94
5.3.2	Reduktion von Krankenständen.....	95
5.3.3	Steigerung der Gesundheit der ArbeitnehmerInnen.....	96
5.3.4	Vermeidung bekannter bzw. neuer Berufserkrankungen	97
5.3.4.1	Vermeidung von anerkannten Berufserkrankungen gemäß Liste.....	97
5.3.4.2	Vermeidung von Erweiterung der Liste der anerkannten Berufserkrankungen	97
5.3.5	Vermeidung arbeitsbedingter Erkrankungen	97
5.4	Vorschläge für legislative Änderungen zur Senkung von Krankenständen bzw. Verringerung krankheitsbedingter Frühpensionierungen (Norbert Winker)	99
5.5	Blickwinkel Unternehmensberatung – Wie man Unternehmen für die Zukunft eicht? (Michael Vogler).....	103
6	Tabellenanhang	108
7	Quellenverzeichnis	114
8	Abbildungsverzeichnis.....	118
9	Die Autorinnen und Autoren	120

1 VORWORT

Gesundheit, Kompetenz und Arbeitsfähigkeit zählen neben einem aktuellen technischen Standard und einem produktiven Betriebsklima mit Sicherheit zu den wichtigsten Faktoren auf dem Weg in die Zukunft. Politik, Sozialpartner und Sozialversicherungen sind aufgefordert, Unternehmen und ihre MitarbeiterInnen in diesen Veränderungsprozessen zu begleiten und dafür Sorge zu tragen, dass Unternehmen und ihre MitarbeiterInnen gut gerüstet in die Zukunft gehen können.

Österreich steht im Moment vergleichsweise gut da. Die stabile Sozialpartnerschaft Österreichs sichert einen konstruktiven Umgang mit der Krise und sozialen Frieden im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten. Österreich kann auf die niedrigste Arbeitslosenrate in der EU und auf ein relativ stabiles Wirtschaftsgeschehen verweisen. Zweifelsohne haben die vielen KMU's und ihre MitarbeiterInnen in diesem Land einen wesentlichen Anteil daran. Gestaltungswille und die Bereitschaft, dieses Land und seine Menschen nach vorne zu bringen haben es ermöglicht, diese schwierige Phase nach dem ersten Krisenhöhepunkt 2008/2009 zu überwinden. Viele Unternehmen haben sich darum bemüht, ihr Personal auch durch diese Phase hindurch zu halten und Verantwortung bewiesen.

Unser Augenmerk muss allerdings der Zukunft gelten. Viele kleinere und mittlere Unternehmen konnten die Inhalte ihrer Aufgabengebiete wesentlich erweitern und ihren Markt weit über den nationalen Horizont ausdehnen. Sie agieren global und sichern damit den regionalen Standort Österreich und letztlich den Wohlstand in diesem Land. Unternehmen und MitarbeiterInnen brauchen eine Vielzahl von Ressourcen, um diese Veränderungen bewältigen zu können. So fehlen, laut einer Aussage des sozialpolitischen Sprechers der WKO¹ in Österreich derzeit rund 68.000 qualifizierte Personen!

Das vorliegende Konzept „Gesund am Arbeitsplatz“ wendet sich an österreichische Unternehmen - vor allem an KMU's – und ihre MitarbeiterInnen aber auch an die zuständigen Einrichtungen im Sozial- und Gesundheitswesen, insbesondere die Sozialversicherungen. Der Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit werden darin als eine Gemeinschaftsaufgabe verstanden. Es bedarf der Mitarbeit aller Beteiligten – Unternehmen, MitarbeiterInnen und institutionelles und politisches Umfeld – um die Anforderungen hinsichtlich der Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit in der Zukunft erfüllen zu können.

Die vorliegenden Projekte mit den Schwerpunkten „Arbeitsfähigkeit“ und „psychische Gesundheit“ konnten in enger Zusammenarbeit mit den Unternehmen und ihren

¹ Dr. Martin Gleitsmann, Ö1 15.09.2011

MitarbeiterInnen sowie vielen institutionellen Partnern auf Basis bewährter und international anerkannter Beratungsansätze entwickelt und in der Praxis erprobt werden. Sie rücken das Thema Arbeitsfähigkeit auf ganzheitliche Art und Weise in den Mittelpunkt und berücksichtigen die Bedürfnisse von MitarbeiterInnen und Unternehmen gleichermaßen.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Beteiligten für Ihre Mitwirkung und Unterstützung sehr herzlich bedanken. Ein besonderer Dank gilt den Unternehmen und ihren MitarbeiterInnen. Für das Projekt sind sie wichtige und wertvolle Innovatoren. Sie sind einen engagierten Schritt nach vorne gegangen und konnten bereits während der Projektlaufzeit als Modelle guter Praxis von ihren Erfahrungen berichten. Unser Dank gilt auch allen Kooperationspartnern, die wichtige Beiträge bei der Umsetzung einbringen konnten. Dazu zählen vor allem die Mitglieder der Niederösterreichischen Plattform für Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention, allen voran Frau LR Mag. Karin Scheele und ihrer Vorgängerin, Frau BM Gabriele Heinisch-Hosek, die NÖGKK (namentlich Herr Leo Manseder und sein Team), das ÖPWZ, die FAA sowie der Fonds Gesundes Österreich als Fördergeber.

Wir freuen uns, wenn durch dieses Projekt ein nachhaltiger Beitrag zur Verbesserung der Erwerbssituation (Arbeits- und Lebenssituationen) von Menschen geleistet und damit die Produktivität von Unternehmen erhalten und gefördert werden konnte. Die Rückmeldungen aus den Unternehmen, für die wir sehr dankbar sind, geben durchaus dazu Anlass! Gleichzeitig würde es uns freuen, wenn die in diesem Projekt geleistete Methodenarbeit Eingang in weiteren Projekten finden kann und die Ergebnisse Impulse für ähnliche Projekte in anderen Unternehmen und Regionen sind. Für Rückmeldungen und Kommentare sind wir Ihnen dankbar und freuen uns auf eine konstruktive Zusammenarbeit!

Univ.Prof. DI Dr. Norbert Winker e.h.
(im Namen des Projektteams)

2 AUSGANGSSITUATION UND ZIELE DES PROJEKTS (EBNER/ NÖHMAYER/ VOGLER)

2.1 GESELLSCHAFTLICHE UND WIRTSCHAFTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN

Der Rechnungshof weist in seinem aktuellen Bericht zur Verwaltungsreform (Rechnungshof 2011, S. 27f) unter Hinweis auf die gegenwärtige Finanzkrise auf die enge Verzahnung von öffentlicher Gebarung und der realen Lebenssituation hin. Auf der Basis einer Prognose des IHS erwartet der Rechnungshof für die kommenden Jahrzehnte einen Anstieg der Bundesmittel zur Pensionsversicherung von derzeit rund 3,0 % (= 8,4 Mrd. €) auf ca. 5,7 % (= 25,7 Mrd. €) im Jahre 2040, also fast eine Verdopplung innerhalb von 30 Jahren.

Der Zeitraum für diese Verdopplung entspricht in etwa der Zeit, in der die durchschnittliche Lebenserwartung in Österreich für Frauen und Männer von ca. 70 auf ca. 80 Jahre angestiegen ist (Statistik Austria, 2011a). Laut den Prognosen von Statistik Austria für die Entwicklungsstruktur der österreichischen Bevölkerung ist für die nächsten Jahrzehnte ein stagnierender bzw. leicht rückläufiger Anteil der jungen Menschen (- 1,4 %), ein deutlich sinkender Anteil der Personen im Erwerbsfähigen Alter von 15 bis 60 Jahren (- 9,6 %) und ein deutlich steigender Anteil der Personen über 60 Jahre (+ 11,0 %) anzunehmen (Statistik Austria, 2011e).

Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011-2075 laut Hauptszenario							
Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2010	8.387.742	1.239.538	5.206.513	1.941.691	14,8	62,1	23,1
2011	8.419.776	1.230.744	5.223.335	1.965.697	14,6	62,0	23,3
2012	8.452.835	1.225.055	5.238.033	1.989.747	14,5	62,0	23,5
2013	8.487.785	1.223.232	5.248.848	2.015.705	14,4	61,8	23,7
2014	8.523.250	1.224.672	5.255.674	2.042.904	14,4	61,7	24,0
2015	8.559.728	1.227.892	5.258.457	2.073.379	14,3	61,4	24,2
2020	8.723.754	1.249.136	5.192.488	2.282.130	14,3	59,5	26,2
2025	8.864.392	1.270.676	5.034.975	2.558.741	14,3	56,8	28,9
2030	8.993.464	1.273.737	4.909.995	2.809.732	14,2	54,6	31,2
2035	9.103.983	1.261.362	4.887.317	2.955.304	13,9	53,7	32,5
2040	9.203.690	1.246.285	4.911.848	3.045.557	13,5	53,4	33,1
2045	9.291.337	1.240.075	4.900.056	3.151.206	13,3	52,7	33,9
2050	9.360.344	1.246.043	4.886.893	3.227.408	13,3	52,2	34,5
2075	9.400.648	1.262.488	4.932.986	3.205.174	13,4	52,5	34,1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am 23. August 2011.

Abbildung 1: Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2011 bis 2075 (Statistik Austria, 2011e)

Die nachfolgende Tabelle zeigt deutlich eine Verschiebung der größten Altersgruppen hin zu den Personen von 45 bis 65 Jahre.

	2010	2015	2015/2010	2020	2020/2010	2025	2025/2010	2030	2030/2010
Alter 15-19	499.000	459.000	- 40.000	436.000	- 63.000	433.000	- 66.000	439.000	- 60.000
Alter 20-24	523.000	538.000	+ 15.000	499.000	- 24.000	476.000	- 47.000	474.000	- 49.000
Alter 25-29	557.000	559.000	+ 2.000	572.000	+ 15.000	534.000	- 23.000	514.000	- 43.000
Alter 30-34	532.000	579.000	+ 47.000	580.000	+ 48.000	589.000	+ 57.000	555.000	+ 23.000
Alter 35-39	594.000	550.000	- 44.000	594.000	k.Ä.	594.000	k.Ä.	602.000	+ 8.000
Alter 40-44	700.000	605.000	- 95.000	563.000	- 137.000	603.000	- 97.000	603.000	- 97.000
Alter 45-49	703.000	698.000	- 5.000	608.000	- 95.000	567.000	- 136.000	606.000	- 97.000
Alter 50-54	603.000	692.000	+ 89.000	688.000	+ 85.000	602.000	- 1.000	563.000	- 40.000
Alter 55-59	498.000	588.000	+ 90.000	674.000	+ 176.000	671.000	+ 173.000	590.000	+ 92.000
Alter 60-64	463.000	480.000	+ 17.000	567.000	+ 104.000	650.000	+ 187.000	649.000	+186.000
Alter 15-64	5.672.000	5.748.000	+ 76.000	5.781.000	+ 109.000	5.719.000	+ 47.000	5.595.000	- 77.000

Quelle: Statistik Austria, Bevölkerungsvorausschätzung 2010 (mittlere Variante); eigene Berechnungen

Abbildung 2: Personen im Erwerbsalter von 15 bis 64 Jahre - Entwicklung 2010 bis 2030 (Statistik Austria, 2010)

Die Sozialpartner messen einer möglichst hohen Erwerbsbeteiligung eine wichtige Rolle zur Sicherung der Sozialschutzsysteme bei (Sozialpartner 2011, S. 25). Mit einer Beschäftigungsquote² von 71,7 % liegt Österreich im europäischen Spitzenfeld³. Was die Beschäftigungsquote der Älteren betrifft, so konnte Österreich bereits durch eine Vielzahl von Maßnahmen in den letzten zehn Jahren die Quote von ca. 28 % (2002) auf mittlerweile 42,4 % anheben. Österreich liegt damit nur knapp unter dem europäischen Durchschnitt. Nach wie vor kann die Beschäftigungsquote der älteren Personen im erwerbsfähigen Alter allerdings als Potenzial für Entwicklung angesehen werden.

Der Standard des österreichischen sozialen Sicherungssystems liegt auf einem hohen Niveau. Soll dieser Standard auch künftigen Generationen zur Verfügung stehen sind viele Reformschritte im Bereich des Pensionssystems erforderlich. Wichtige Bausteine dafür sind Maßnahmen, die eine Erhöhung des faktischen Pensionsalters gewährleisten, Maßnahmen zur Reduktion arbeitsbedingter Erkrankungen (insbesondere psychiatrischer Erkrankungen) sowie letztlich alle Maßnahmen, die geeignet sind, ein gesundheitsbedingtes, vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben zu vermeiden.

² Die Beschäftigungsquote entspricht dem Anteil der erwerbstätigen Personen an der Gesamtbevölkerung

³ Die Quote der versicherungspflichtigen Beschäftigung wird für Österreich mit 66,4 % angegeben (WIFO Datenbank, in Sozialpartner 2011, S. 6)

In seinem Vorwort zum Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts verweist BM Rudolf Hundstorfer in diesem Zusammenhang auf die Notwendigkeit eines verstärkten Einsatzes von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen auf allen Ebenen, um den tiefgreifenden Strukturwandel bewältigen zu können (Hundstorfer, in BMASK 2009, S. III). Die Verstärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pension“ durch die Gewährung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation als Pflichtleistung aus den Versicherungsfällen der geminderten Arbeitsfähigkeit/Erwerbsunfähigkeit seit dem Jänner 2011 (PVA 2011) stellen einen wichtigen Meilenstein für einen geänderten Umgang mit Fragen von Gesundheit, Alter und Pension dar. Trotz dieser deutlichen Verbesserung spielt die Prävention nach wie vor eine untergeordnete Rolle und verweisen die Arbeitsgruppen des Projekts „Invalidität im Wandel“ auf die Bedeutung der Prävention zur Vermeidung von Invalidität (Pöltner, in BMASK 2009, S. V f).

"Während es in den vergangenen Jahren gelungen ist, große Unternehmen für betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zu sensibilisieren und entsprechende Projekte zu initiieren, stößt dies bei KMU auf organisatorische und finanzielle Hindernisse" (NÖGKK 2011). Für Oberösterreich bestätigt der Präsident der WKOÖ, dass sich BGF in Großbetrieben durchsetzen konnte. Gleichzeitig betont er die große Herausforderung, auch den vielen Klein- und Mittelbetrieben die BGF-Idee näher zu bringen. (Trauner 2010).

Eine Studie aus dem Jahre 2004 in OÖ. weist aus, dass rund ein Drittel der KMU auf verschiedene Erfahrungen mit Gesundheitsförderung (ganzheitliche BGF-Projekte bis isolierte Maßnahmen der Verhaltens- oder Verhältnisprävention) zurückblicken kann (Hirtenlehner 2004, S. 67). KMU's kommt - neben den Leitbetrieben - ein hoher Stellenwert für die regionale Wirtschaft zu. Es ist daher naheliegend, geeignete Strategien zu entwickeln, um in KMUs den Bedarf an präventiven, gesundheitsförderlichen und letztlich auch früh-rehabilitativen Maßnahmen für Individuen und Unternehmen möglichst frühzeitig zu erkennen und die erforderlichen Schritte zu initiieren.

Der demographische Wandel bedeutet für Wirtschaft, Gesellschaft und das soziale Sicherungssystem insgesamt, insbesondere aber für KMU, eine große Herausforderung. Ein Blick über die Grenzen zeigt, dass der demographische Wandel als weltweites Phänomen erkannt werden muss. Neben vielen anderen Faktoren (Technologie, Umweltschutz, Bildung, etc.) trägt letztlich eine aktive Bewältigung dieser Frage wesentlich zur Sicherung nachhaltiger Erfolgspotenziale eines Landes bei.

Wirtschaft und Arbeitswelt sind seit vielen Jahren einem massiven Wandel unterworfen. Dieser Wandel, der auf unterschiedlichem Niveau und in verschiedener Intensität praktisch in allen Weltregionen stattfindet, kann mit einem Übergang von einer regionalen Produktions- in eine globalisierte Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft beschrieben werden. Dieser Wandel kann in Anlehnung an die im WIFO-Weiße Buch

erkannten Rahmenbedingungen des 21. Jahrhunderts (Aiginger 2006, S. 3ff sowie Steiner et al, 2004, S. 4) wie folgt beschrieben werden:

- a) beschleunigter Strukturwandel von einer Produktions- in eine Dienstleistungs- und Informationsgesellschaft aufgrund technischen Fortschritts,
- b) IKT revolutioniert Organisation von Firmen und Staat
- c) Europäische Integration erreicht neue Dimensionen
- d) Globalisierung intensiviert weltweite Arbeitsteilung
- e) Einkommensunterschiede und Vermögen wachsen
- f) Heterogenität in Produktion und Konsum nimmt zu
- g) Änderung der Lebensgewohnheiten, wie z.B. traditionelles Familienmodell verliert an Bedeutung, Änderung von Konsum- und Freizeitverhalten, Urbanisierung der Gesellschaft, Wertewandel, etc.
- h) Strukturwandel bewirkt Verunsicherung
- i) Arbeitsbeziehungen werden differenzierter, es werden verschiedene Arbeitsmodelle angeboten und gesucht (z.B. reguläres Dienstverhältnis, atypische Beschäftigung, neue Selbständige, neue Arbeitszeit- und Beteiligungsmodelle, etc.)
- j) Migration bremst Alterung, verhindert sie aber nicht
- k) Klimawandel und Ressourcenengpässe erzwingen Reaktionen

Dieses „Szenario“ wird begleitet von zwei Effekten, deren Wirkungen ähnlich intensiv wie auch unausweichlich sind. Dies ist einerseits ein steigender Handlungsbedarf in Fragen des ökologischen Gleichgewichts (Schlagworte wie Klimawandel, Treibhausgase, Ressourcenverknappung, Artensterben, Gletschersterben, steigende Meeresspiegel, etc.) wie andererseits die demografischen Veränderungen der Gesellschaften (Schlagworte wie Überalterung der Gesellschaft, Generationenvertrag, Frühpensionierung, etc.). Was die ökologischen Rahmenbedingungen einer industriellen Wirtschaft betrifft, so weist der langjährige Experte Dennis Meadows (Herausgeber des legendären Berichts an den Club of Rome) mehr denn je eindringlich darauf hin, dass die durch Bevölkerungswachstum und Industrialisierung hervorgerufenen Effekte deutliche Auswirkungen auf das ökologische Gleichgewicht der Erde haben (Meadows, 2009) werden.

Beide Effekte, Demografie und Klimawandel, stellen einerseits für Unternehmen und ihre MitarbeiterInnen sowie andererseits für die Systeme der sozialen und gesundheitlichen Sicherheit eine drängende Herausforderung dar.

Das Wirtschaftswachstum der vergangenen Jahrzehnte war die erfolgreiche Antwort auf die sozialen Veränderungen des 19. Jahrhunderts und die Beschäftigungskrise am Beginn des 20. Jahrhunderts. Sie bildete das Fundament des Wiederaufbaus der Nachkriegszeit (Blazejczak, 1998 in Hinterberger et al 2009, S. 1). Wiewohl eine Vielzahl positiver Effekte mit dem Wirtschaftswachstum der letzten Jahrzehnte verbunden sind, kann eine alarmierende Zunahme negativer Effekte für Mensch und Natur und ein entsprechender Handlungsbedarf schwer geleugnet werden. Klimawandel bzw. die deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen sind stellvertretend zwei Effekte, die in engem Zusammenhang mit der Arbeit und Wirtschaftswelt stehen.

So wird die 12-Monats Prävalenz von psychiatrischen Erkrankungen für Personen zwischen 18 und 65 Jahren innerhalb der Europäischen Union (EU) auf 27 % geschätzt. Mit anderen Worten bedeutet dies, dass 27 % der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter innerhalb eines Jahres an einer psychischen Erkrankung leiden. Zu den häufigsten Erkrankungen zählen Angststörungen, depressive Erkrankungen, somatoforme Erkrankungen sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch (Gartlehner 2009, S. 266). Als Ursache finden sich dafür zwei Erklärungsmodelle: erstens die reale Zunahme der Inzidenz/ Prävalenz durch zunehmende Belastungen im Alltag, Wegfall sozialer Strukturen sowie die zunehmende Arbeitsbelastung und zweitens die verbesserte Diagnostik (Abbau von Tabus im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen durch bessere Diagnoseinstrumente, mehr Kompetenz der Ärzteschaft sowie zunehmende Bereitschaft zur Akzeptanz psychiatrischer Erkrankungen) [ebenda, S. 267].

Eine besondere Rolle spielen - neben den bekannten Leitbetrieben - kleinere und mittlere Unternehmen. Sie bilden das Rückgrat der österreichischen Wirtschaft. Im Mittelstandsbericht 2010 bestätigt der zuständige Bundesminister für Wirtschaft, Familie und Jugend, Dr. Reinhold Mitterlehner, den hohen Stellenwert der kleinen und mittleren Unternehmen bei der Bewältigung der aktuellen Finanz- und Wirtschaftskrise (BMWfJ 2010, S. 1). Sie stellen 99,7 % der Unternehmen dar, beschäftigen 61,5 % der unselbständig Beschäftigten (BMWfJ 2010, S. 168) und erwirtschafteten im abgelaufenen Jahr 60,2 % aller Umsätze der marktorientierten Wirtschaft (ohne Land- und Forstwirtschaft sowie persönliche Dienstleistungen) in Österreich (BMWfJ 2010, S. 35).

Schulmeister geht davon aus, dass die Krise ‚systemischen‘ Charakter aufweist und das Ende des Finanzkapitalismus in der heutigen Form bedeutet. Er geht von einer Verschlechterung der (Über)Lebensbedingungen und einer dadurch erforderlichen Neuordnung des ‚Spiels Wirtschaft‘ aus (Schulmeister 2009, S. 1). „Der Übergang zu einer neuen Wirtschaftsordnung, deren Rahmenbedingungen (Anreizsysteme) das Gewinnstreben auf realwirtschaftliche Aktivitäten lenken, wird mehrere (vermutlich viele) Jahre dauern. Denn jene Ideologie, welche den Finanzkapitalismus wissenschaftlich legitimiert, der Neoliberalismus, wurde in den letzten drei Jahrzehnten zum gesellschaftspolitischen Paradigma. Seine Hegemonie über die Köpfe der Eliten in Wirtschaftswissenschaft, Medien und Politik kann nur in einem langwierigen ‚Rückzugsprozess‘ überwunden werden“ (Ebenda, S. 12 f). Erste Schritte eines solchen Rückzugsprozesses aus den Extremformen des Neoliberalismus sind beispielsweise in der Diskussion um ManagerInnen-Gehälter, Provisionen und Regulierungen des Finanzmarkts erkennbar. Noch fraglich ist, ob entsprechende Maßnahmen mittel- und längerfristig auch Auswirkungen auf Arbeitsinhalte und -organisation in den Unternehmen haben werden.

Bereits seit den 1980er und 1990er Jahren wird das Phänomen der Entkoppelung von Wirtschaftswachstum und Beschäftigung durch Produktivitätsfortschritte, Mikroelektronik und Biotechnologie diskutiert. Während aus neoliberaler Sicht in dieser Entwicklung eher der Übergang von einer arbeitnehmerInnenzentrierten Industriegesellschaft in eine unternehmerische Wissensgesellschaft (Schlagwort: ArbeitnehmerInnen als

UnternehmerInnen) erkannt wird, weisen kritische Kreise (Schlagwort: „jobless growth“) auf neuere Ansätze der Arbeit in Form einer Stärkung des dritten Sektors hin. Konzepte für „Neue Arbeit“ (wie z.B. von Fritjof Bergmann) sind gefordert, wichtige Beiträge für eine nachhaltige Lösung von Fragen der Beschäftigung, Verteilung und Ökologie (Pühringer 2009, S. 204) zu liefern. Das Konzept der „Mischarbeit“, also der Verbindung von Erwerbsarbeit mit anderen Formen relevanter, unbezahlter Arbeit beispielsweise stellt den Versuch einer „sozial-ökologischen Reformstrategie“ dar, um wirtschaftliche Effizienz, ressourcenschonende Produktion, umweltgerechten Konsum und soziale Gerechtigkeit miteinander zu verbinden (Stocker et al). Aus diesem Blickwinkel kann die Stärkung der Sozialstaatlichkeit im Sinne eines innovativen Ausbaus des europäischen Sozialmodells neben der Verbesserung der Umweltbedingungen als ein wesentlicher Baustein im Sinne eines ‚größeren gesellschaftlichen Designs‘ gesehen werden (Stocker et al S. 38)⁴.

Einen weiteren Hinweis über mögliche Entwicklungen der Arbeit liefert die Theorie der langen Wellen von Kondratieff. Demnach verlagern sich die Erfolgsfaktoren von Unternehmen und Volkswirtschaften in Zukunft von produktivitätsbestimmenden Kompetenzen und Wettbewerbsfaktoren hin zu immateriellen, weichen Faktoren wie „Zusammenarbeit, Einsatzbereitschaft, Freundlichkeit, Kreativität, Angstfreiheit, Solidarität und Verantwortungsbewusstsein“ (Nefiodow 2006, S. 86f). Natürlich können solche Szenarien nur eine grobe Sichtweise einer möglichen Zukunft skizzieren. Die bereits eingangs zitierten technischen, sozialen und globalen Veränderungen fordern allerdings von Unternehmen wie Erwerbstätigen adäquate Anpassungsprozesse, um den zunehmend komplexen Herausforderungen gerecht zu werden.

Aus der Praxis der beruflichen Rehabilitation ist feststellbar, dass die Anpassungsbereitschaft von Personen oftmals an eigene wie auch an die Grenzen der Leistungsfähigkeit von Unternehmen stößt. Dies betrifft Fragen der physischen und psychischen Anforderungen bzw. Leistungsfähigkeit, Fragen der geografischen und beruflichen Mobilität sowie der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Eine besondere Rolle nimmt die Frage des demografischen Wandels ein. Erfolgreiche Veränderungsprozesse bedürfen einer möglichst breiten Beteiligung auf betrieblicher wie auch auf volkswirtschaftlicher Ebene und damit einhergehend ein hohes Empowerment (siehe dazu Schmolzer 2005) aller Erwerbstätigen.

⁴ Als Beispiel für die unterschiedliche Wirkung verschiedener Krisenmaßnahmen vergleicht Schulmeister die Strategien Österreichs und Schwedens in der Krise der 1930er Jahre: „In Österreich war der Bau der Großglocknerstraße oder der Höhenstraße eine ‚Verzweigungsmaßnahme‘ der Politik am Tiefpunkt der großen Depression. In Schweden hat man zu gleichen Zeit den Wohlfahrtsstaat aufgebaut mit dem Ziel, sich die Welt lebenswerter einzurichten, und dies hat nicht nur wegen der Zunahme der öffentlichen Nachfrage bzw. der Transferleistungen die Wirtschaft stabilisiert, sondern auch aus sozial-psychologischen Gründen: Die BürgerInnen konnten Vertrauen haben, dass die Politik auf einem Gesamtkonzept beruht, das die Lebensbedingungen nachhaltig verbessern würde. Diese Zuversicht stärkte den Konsum, aber auch den sozialen Zusammenhalt: Schweden hat die Krise der 1930er Jahre nicht mitmachen müssen.“ (Schulmeister 2009, S. 38)

2.1.1 GESUNDHEIT, ARBEIT UND ARBEITSMARKT

Der aktuelle Fehlzeitenreport des Wirtschaftsforschungsinstituts spiegelt in den einzelnen Krankenstandsursachen den Strukturwandel der Wirtschaft sowie die Veränderungen der Arbeitswelt wider. So ist eine kontinuierliche Abnahme der Verletzungen in den letzten beiden Jahrzehnten zu erkennen. Gleichzeitig bilden Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie Erkrankungen der Luftwege die wichtigsten Krankenstandsursachen und ist ein deutlicher Aufwärtstrend bei psychischen Erkrankungen festzustellen (Leoni 2010, S. 1).

Er rückte das Thema Arbeitslosigkeit stärker in den Mittelpunkt und verweist auf einen kontinuierlichen Anstieg der Krankenstände von arbeitslosen Personen in Österreich in den letzten 20 Jahren. Für das Jahr 2008 weist der Report für einen erweiterten Kreis arbeitsloser Personen (BezieherInnen von Arbeitslosengeld und Notstandshilfe, Personen in Schulung, Personen mit Pensionsvorschuss) eine Krankenstandsquote von 8,9% (= 32,5 Krankenstandstage/ Jahr) gegenüber 3,4 % (= 20 Tage/ Jahr) für die Berufstätigen aus. Während die Krankenstandsquote bei den Beschäftigten seit den 1990er Jahren (4,2 %) laufend sinkt, hat sich die Krankenstandsquote bei den Arbeitsuchenden seit 1990 (= 4,7 %) fast verdoppelt (2008 = 8,9 %) (Ebenda, S. 3).

Die qualitativen Veränderungen der Wirtschaft und ihrer Rahmenbedingungen haben natürlich neben dieser hohen Dynamik auch Auswirkungen auf die quantitative Zusammensetzung des Arbeitsmarkts. Seit mehr als 30 Jahren sind deutliche Verschiebungen von Vollbeschäftigung hin zu Arbeitslosigkeit oder Teilzeitbeschäftigung zu erkennen. Die Krise der letzten Jahre hat darüber hinaus ihre Spuren in den Zahlen der Arbeitsmarktverwaltung hinterlassen. Ein Blick auf die jüngste Vergangenheit zeigt, dass es der österreichischen Arbeitsmarkt- und Wirtschaftspolitik durch entsprechende Maßnahmen gelungen ist, dem Einbruch durch die jüngste Krise geeignet zu begegnen. Im Vergleich zum europäischen Umfeld weist Österreich eine der niedrigsten Arbeitslosenquoten innerhalb der EU aus.

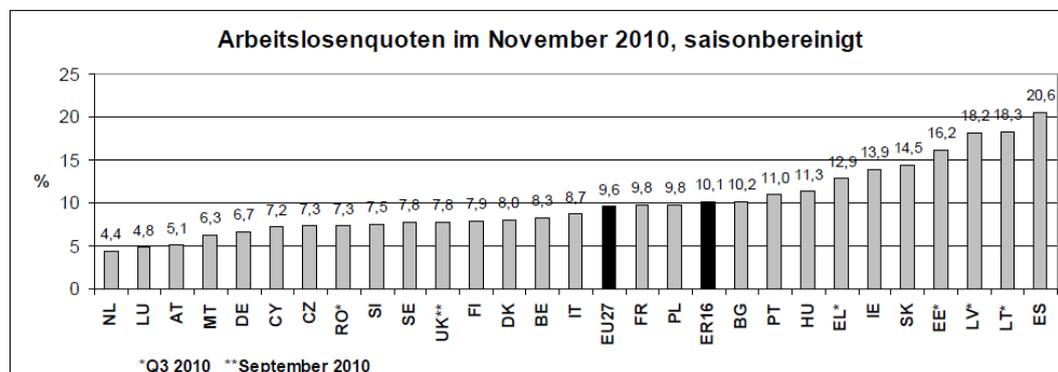


Abbildung 3: Arbeitslosenquoten in der EU, Stand Nov. 2010

Trotz dieser beachtlichen Erfolge bestätigt eine längerfristige Betrachtung der Arbeitslosenquote das Unbehagen älterer ArbeitnehmerInnen. So kennen Personen, die noch vor 1982 in den Arbeitsmarkt eintreten konnten (also Geburtsjahrgänge von ca. 1946 bis ca. 1966), einen Arbeitsmarkt, in dem die Arbeitslosenquote deutlich unter den Werten der letzten zehn Jahre lag. 1982 endete eine Periode von rund 20 Jahren mit sehr hohem Beschäftigungsniveau, in der die Arbeitslosenquote zwischen etwas mehr als 1 % und maximal 3 % schwankte. Diese Ausnahmesituation änderte sich innerhalb weniger Jahre und seit 1986 weist die Arbeitslosenstatistik regelmäßig eine Quote jenseits der 5 % aus!

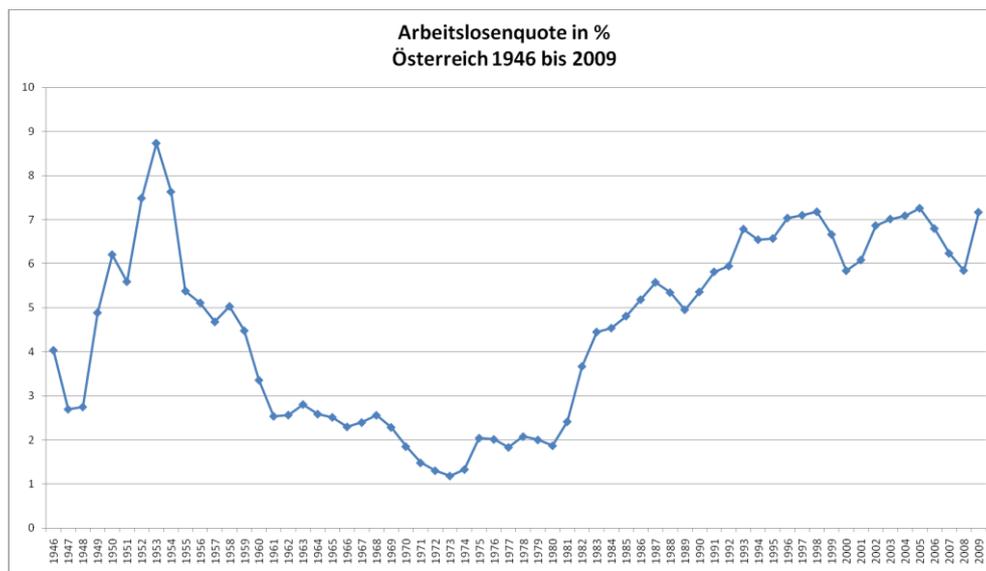


Abbildung 4: Arbeitslosenquote in %, Österreich 1946 bis 2009
(Datenquelle: AMS 2011; Grafik: Nöhmayer)

Über die Frage, bis zu welcher Arbeitslosenquote man von einer Vollbeschäftigung sprechen kann, gibt es unterschiedliche Auffassungen. Sie schwanken zwischen einem Wert von 3 % bis 4 %. Ab einem Wert von 5 % und mehr kann keinesfalls von einer Vollbeschäftigung gesprochen werden (Aiginger et al, S. 31). Ein Blick auf die Entwicklung der letzten 20 Jahre macht deutlich, dass seit 1986 dieser Wert von 5 % nicht mehr unterschritten wurde und von einer völlig neuen Situation auf dem Arbeitsmarkt ausgegangen werden muss.

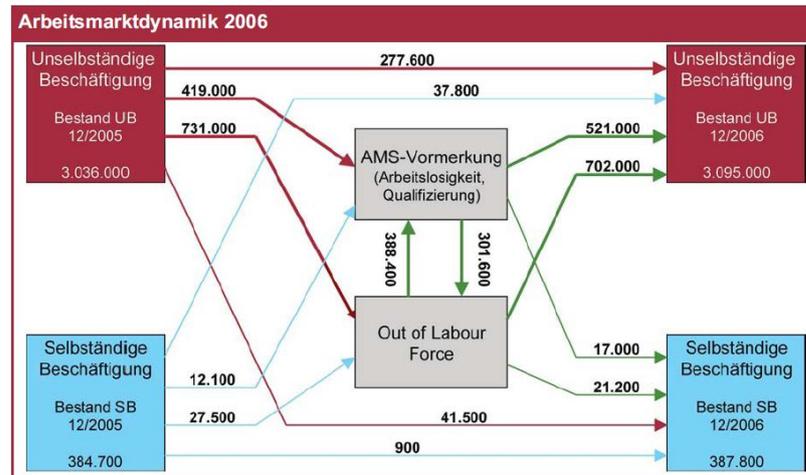


Abbildung 5: Arbeitsmarktdynamik 2006 (BMWA 2007)

Wie eng die Themen Gesundheit, Arbeit und Arbeitsmarkt verknüpft sind, lässt der Monitoring Bericht des BMWA 2006 anhand der Darstellung der Arbeitsmarktdynamik erahnen (BMWA 2007, S. 29). Rund 1,5 Millionen Arbeitsstellen in Österreich werden innerhalb eines Jahres neu besetzt. Bezüglich der gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen dieser hohen Dynamik liegen noch zu wenige Informationen vor. Es kann angenommen werden, dass diese hohe Dynamik einen positiven Effekt in Bezug auf die bestmögliche Verteilung der Ressource Arbeitskraft hat. Gleichzeitig ist zu vermuten, dass durch den häufigen Wechsel branchenspezifische Kenntnisse (Stichwort Fachkräftemangel) und Sozialkapital eines Unternehmens verloren gehen. Im Hinblick auf einen möglichst langen Verbleib im Erwerbsleben stellt sich darüber hinaus die Frage, inwieweit längerfristige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung geeignet sind, dieser Dynamik geeignet zu begegnen. Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention sind möglicherweise vor dem Hintergrund dieser Dynamik neu zu bewerten. Dies betrifft sowohl jene Personen, die im Moment keinen Zugang zum Arbeitsmarkt haben wie auch jene, die gerade beschäftigt sind.

Ein Ausscheiden aus dem Erwerbsleben vor Erreichen des gesetzlichen Pensionsalters oder eine längere Unterbrechung des Erwerbslebens aus gesundheitlichen Gründen stellt eine enorme Belastung für die betroffene Person und deren soziales Umfeld, das Unternehmen und letztlich das soziale und gesundheitliche Sicherungssystem insgesamt dar. Längere Absenzen bzw. das Ausscheiden von Schlüsselkräften können darüber hinaus die Entwicklung eines Unternehmens und damit seinen Erfolg nachhaltig ungünstig beeinflussen.

Eine Studie des IBE über Personen in Langzeitkrankenständen ergab, dass ein hoher Prozentsatz dieser Personen innerhalb eines Jahres einen Antrag auf IV/BU-Pension stellt (Blumberger et al 2004). Dies kann in vielen Fällen zu unangenehm langen Untersuchungs-, Entscheidungs-, Rehabilitations- und Wiedereingliederungsprozessen führen, die mit

einem hohen persönlichen, sozialen und finanziellen Aufwand für die betroffenen Personen, die Betriebe und natürlich auch das soziale Gesundheits- und Sicherungssystem verbunden sind.

Das Regierungsprogramm 2007 bis 2010 führt als wesentliche Herausforderungen des Arbeitsmarkts die **„Erhaltung und Sicherung der Beschäftigungsfähigkeit⁵ von ArbeitnehmerInnen** (vor allem älterer ArbeitnehmerInnen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen)“ an (Regierungsprogramm XXIII, S. 125). Konkret sieht das Regierungsprogramm vor, „für ältere Personen, die wegen ihrer geminderten Arbeitsfähigkeit auf dem Arbeitsmarkt benachteiligt sind, aber die Anforderungen für eine Invaliditätspension noch nicht erfüllen, ist zu prüfen, ob eine Verbesserung erreicht werden kann.“ (Regierungsprogramm XXIII, S. 108). **Rechtzeitige und koordinierte Interventionsmaßnahmen im Sinne einer präventiven Bündelung aller möglichen Dienstleistungen** sowie Evaluierung und Optimierung der Rahmenbedingungen der beruflichen Rehabilitation sind dafür wesentliche Strategien (Regierungsprogramm XXIII, S. 125). Strategisches Ziel für Österreich muss es sein, den positiven Beitrag des Sozialsystems zu Wachstum, Beschäftigung und Konkurrenzfähigkeit zu stärken und so das Sozialsystem zu einer Produktivkraft zu machen (Regierungsprogramm XXIII, S. 93).

In der Entwicklungspartnerschaft AEIOU (Arbeitsfähigkeit Erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen – eine Entwicklungspartnerschaft im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL) von 2002 bis 2005 konnte festgestellt werden, dass frühzeitige Intervention im Rahmen eines individuellen und anonymen Beratungskonzepts im Sinne eines „Case Management“ (CM) in der Lage ist, einen Teil der Folgen fehlender präventiver Maßnahmen erheblich zu reduzieren (Czamay 2005). Eine nachhaltige Umsetzung dieses Ansatzes zu einem früheren Zeitpunkt setzt ein hohes Bewusstsein der Betroffenen, der Unternehmen wie auch eine gute Zusammenarbeit der beteiligten öffentlichen und privaten Anbieter sozialer und gesundheitlicher Leistungen voraus.

⁵ Das Regierungsprogramm sowie diesem zugrunde liegende Papiere (WIFO-Weißbuch) verwenden den Begriff „Beschäftigungsfähigkeit“. Er kann dem – bereits in der wissenschaftlichen Diskussion länger verwendeten – Begriff der „Arbeitsfähigkeit“ nur annähernd gleichgesetzt werden. Eine genauere Definition siehe unten.

2.2 DER DEMOGRAFISCHE KNICK ALS HERAUSFORDERUNG FÜR UNTERNEHMEN UND IHRE MITARBEITERINNEN AUS SICHT DER UNTERNEHMENSBERATUNG (MICHAEL VOGLER)

Zu allen Zeiten waren talentierte und engagierte MitarbeiterInnen der wichtigste Schlüsselfaktor für Unternehmen. Ihnen verdanken Unternehmen Ideen jeder Art, ja auch epochale Geistesblitze. MitarbeiterInnen sind die entscheidende Ressource für den Erfolg von Unternehmen. Gleichzeitig gäbe es keine einzige kulturelle Errungenschaft, ohne die Zusammenarbeit vieler Menschen. Weder wäre es gelungen, auf den Mond zu fliegen, noch gäbe es Kathedralen, Eisenbahnen oder Orangen in unseren Supermärkten.

Der Boden, auf dem solche Dinge wachsen, ist der persönliche Einsatz von vielen Menschen. Unter den richtigen Bedingungen erbringen Menschen diesen Einsatz - es bestätigt sie in ihrem Selbstwert! Der "Dünger", den sie dafür brauchen, lautet Begeisterung!

Wer also möchte, dass seine MitarbeiterInnen sich aktiv an der Gestaltung der Zukunft beteiligen, wer möchte, dass sie ihre Kreativität und ihr Engagement einbringen, ihre Phantasie wie einen Radar benutzen, um Möglichkeiten, Verbesserungen und neue Geschäftsideen zu entwickeln, der muß sich um die Bedingungen kümmern, die Begeisterung entstehen lassen. Dafür erforderlich ist ein Klima der Anerkennung, der Wahrnehmung und der Gemeinsamkeit. Vor allem aber muß der Ort der Entscheidungen vom Zentrum in die Peripherie, zu den MitarbeiterInnen, verlagert werden!

Dr. Ogle Burian, ehemals Vorstand des norwegischen Pharmamultis Hafslund Nycomed AS, brachte die Herausforderungen auf den Punkt: „Wir schicken unsere Leute abends fix und fertig nach Hause und missbrauchen die EhepartnerInnen unserer MitarbeiterInnen, damit sie diese wieder soweit aufrichten, dass sie es morgen wieder in die Firma schaffen! Das müssen wir umdrehen: Die EhepartnerInnen müssen einen Nutzen davon haben, dass ihre Männer und Frauen bei uns arbeiten: nämlich stolze PartnerInnen mit Lebensfreude, Bestätigung und Sinn!“

Hindernisse

Der Verwirklichung dieser Vision steht jedoch die gelebte Realität in vielen Unternehmen entgegen. Vielerorts wird das Gegenteil getan. Es wird Druck erzeugt, in der Hoffnung, damit die Folgen der Unlust der MitarbeiterInnen unter Kontrolle halten zu können. Zur Verstärkung werden Kontrollsysteme verschiedenster Art eingezogen. Diese haben jedoch gewaltige Nebeneffekte, die von massivem Widerstand, über innere Kündigung, bis hin zu verschiedenen Krankheits-Symptomen reichen. Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen Krankenständen und Perfektion der Kontrollsysteme.

Abgesehen von den verdeckten Kosten, die durch Unlust, Widerstand, Krankheit und Fehlerhäufigkeit entstehen, sind solche Kontrollsysteme auch exorbitant teuer. Gleichzeitig sind sie niemals "wasserdicht"! Es ist eine traurige Tatsache, daß es nicht einmal möglich ist, Banken oder das Pentagon vollkommen abzudichten, wie zahlreiche erfolgreiche Hacker-Angriffe zeigen. Auf Kontrolle und Sicherheit zu setzen entspricht jedoch dem Mainstream des aktuellen unternehmerischen Denkens, also einer Art „Denkmode“, ebenso, wie die Ansicht, dass MitarbeiterInnen ihr Engagement selbst mitzubringen hätten und dass sie dafür ja schließlich ein Gehalt erhielten bzw. die in manchen Führungsetagen verbreitete Ansicht, dass die Verbreitung von Ängsten verschiedenster Art dem Unternehmenserfolg förderlich sein könnte.

Es braucht einen nicht zu wundern, dass unter solchen Bedingungen die Ansicht entstehen und sich halten konnte, dass Produktivität von MitarbeiterInnen alleinig das Resultat gehorsamer Erfüllung vorgeschriebener Pflichten wäre. Symptome für ein solches Klima im Unternehmen sind ein allgemeines Misstrauen bzw. der Mangel an Kreativität und Innovationskraft.

Wir Menschen sind Rudeltiere. Unsere Vorfahren wurden erfolgreich, weil sie gemeinsam jagten. Das Bedürfnis nach Gemeinsamkeit, Miteinander und Teamarbeit sind in unser genetisches Stammbuch geschrieben. Der Kitt, der menschliche Gesellschaften zusammenhält, heißt Vertrauen, gegenseitige Achtung und Wahrnehmung und die Begeisterung, die entsteht, wenn man sich gemeinsam für etwas einsetzt. Ins Extrem getrieben führt das zum "Kuschelkurs", der jede Entwicklung unterdrückt und damit den Individuen die Möglichkeit nimmt, sich als Individuum zu empfinden.

Der Antagonist menschlichen Verhaltens ist die Notwendigkeit, auf sich selbst und den eigenen Nutzen zu achten. Diesem Verhaltensanteil entspringt der Egoismus. Extrem ausgelebt zerstört er jede Gemeinschaft und nimmt Individuen die Möglichkeit, Bestätigung zu erfahren.

Menschen brauchen beides: die Gemeinschaft, um in ihrem Leben Sinn empfinden zu können und das Ego, um sich selbst spüren zu können. Zu allen Zeiten bestand die Aufgabe jeglicher erfolgreichen Gemeinschaft, diese beiden, dem Menschen innewohnenden Antagonisten in einer harmonischen Balance zu halten.

Es ist verblüffend, dass auf diese stammesgeschichtlichen Rahmenbedingungen in den letzten Jahrzehnten so wenig geachtet wurde. Gründe dafür gibt es viele. Einer dürfte darin liegen, dass es meistens mehr Arbeitskräfte als Arbeitsplätze gab. Außerdem konnten die Unternehmen Kosten, die durch Krankheit oder Arbeitslosigkeit entstanden, bequem sozialisieren. Aus verschiedenen Gründen ist diese Art zu denken und zu handeln, an ihrem Ende angekommen.

Die Fragen der Zukunft

Eine Reihe von krisenförmigen Entwicklungen zeichnet sich bereits ab:

Die Finanzkrise markiert das Ende des finanz- und output-zentrierten Denkens. Die heraufdämmernden Krisen in der Energieversorgung, der Ökologie und der Landwirtschaft kennzeichnen ihrerseits das Ende eines Denkens, das Ressourcen, gleich welcher Art, im Dienste des eigenen ökonomischen Vorteils ausbeutete, bevor es ein anderer tun konnte. All dies sind typische Zeichen eines Epochenbruchs und eines Paradigmenwechsels.

Zu den untrüglichen Anzeichen des Heraufdämmerns grundsätzlicher Wendepunkte gehört auch untypisches Verhalten, so zumindest lautet das Ergebnis einschlägiger Arbeiten von Didier Sornette, Professor am Department for Management der ETH Zürich. Anstatt in Zeiten zunehmender Knappheit zu sparen, wird dann mehr ausgegeben, oder es wird in vielen Lebensbereichen eisern gespart, um sich in einem anderen Bereich Luxus leisten zu können. Es wird so wenig wie möglich ausgegeben - aber dann muß es ein teures Essen, ein Luxusurlaub oder eine hochpreisige Uhr sein. Extreme Sparsamkeit paart sich auf seltsame Weise mit Luxus und punktueller Prasserei.

Die Finanzkrise wird wohl dazu führen, dass Schulden in irgendeiner Weise neutralisiert werden. Das wird an der Wirtschaft nicht spurlos vorübergehen. Man wird lernen, dass eine endliche Welt nicht endlose Vermögen produzieren kann, und man wird darauf reagieren. Andere Werte werden an Bedeutung gewinnen.

Der demographische Knick

Die vielleicht schwierigste Übung kommt auf Unternehmen in Form des demographischen Knicks zu. Bereits in naher Zukunft wird im Bereich qualifizierter Tätigkeiten das Verhältnis von angebotenen Arbeitsplätzen und vorhandenen Arbeitskräften kippen. Das heißt, wir werden mehr Arbeitsplätze als Jobs haben! Eine solche Situation gab es in diesem Ausmaß zuletzt nach der großen Pest im 15. Jahrhundert. Damals stiegen die Löhne für Facharbeiter ins Unermessliche, weil es keine Arbeitskräfte gab. Sie verdienten mehr als die Unternehmer! Diese Entwicklung ist bereits deutlich spürbar.

Ulrich Reinhardt, Leiter der Hamburger Stiftung für Zukunftsfragen, meint, dass der demographische Knick bereits in den 70er Jahren einsetzte, als die Geburtenzahlen rückläufig wurden. Heute finden wir eine Situation vor, in der wir statistisch nicht einmal mehr genug Frauen haben, um die Bevölkerungszahl auch nur stabil zu halten! Zwar wird das durch Zuwanderung etwas geschönt, aber zu einer Massenzuwanderung aus dem Osten wird es nicht kommen, da in den Herkunftsländern die demographische Situation noch schlechter ist, als in Mitteleuropa.

Der Kampf um junge Talente ist bereits im vollen Gang. Die Unternehmen machen sich Konkurrenz und man hört zunehmend von Prämien, die für erfolgreiche Anwerbungen an Talentescouts gezahlt werden.

Die wichtigsten Aufgaben des Managements

Die Boston Consulting Group befragte im Jahr 2007 die Topmanager der größten europäischen Unternehmen, was die wichtigste Herausforderung der Zukunft sei (BCG 2007). Es zeigte sich, dass Restrukturierungen keine Aufmerksamkeit mehr geschenkt wurde. Größte Wichtigkeit hingegen hatte der Bezug zur demographischen Situation und die Notwendigkeit, gute MitarbeiterInnen für das Unternehmen zu gewinnen. Das Ergebnis der Untersuchung sah im Einzelnen wie folgt aus:

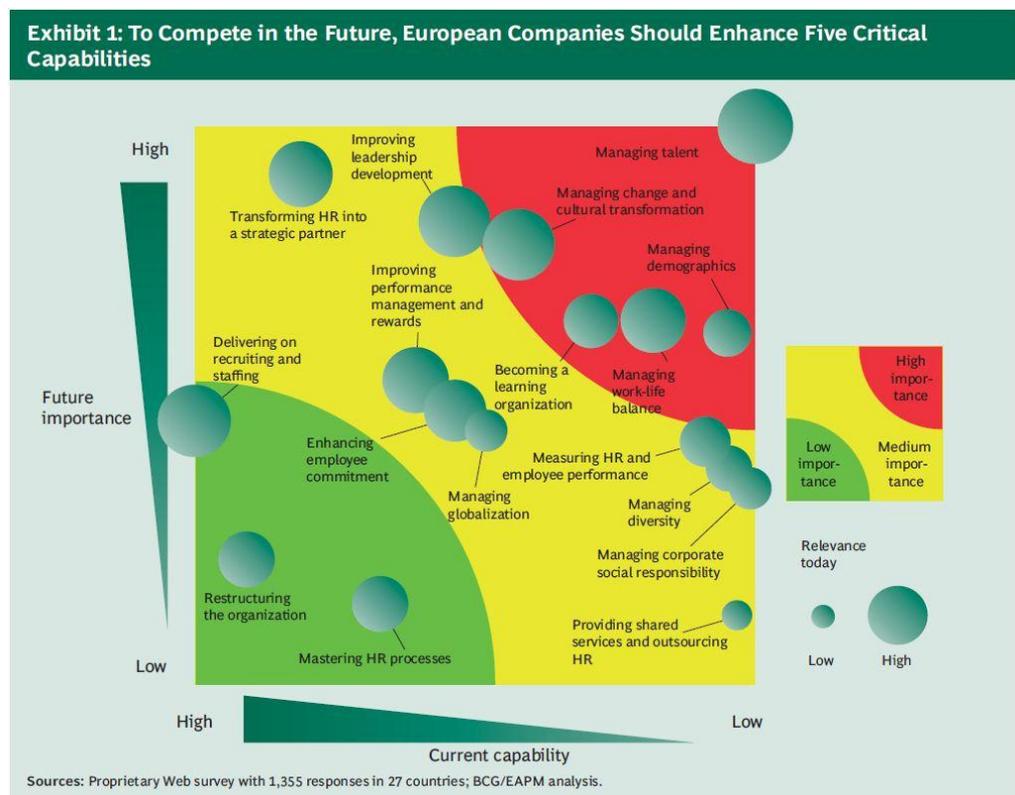


Abbildung 6: Five Critical Capabilities (BCG, S. 3)

Fünf Aufgabenbereiche wurden von den Top-Managern identifiziert:

1) Die positive Aufmerksamkeit der ganz Jungen erringen

Gemeint waren die 8-12-jährigen. Denn wer in diesem Alter bereits eine positive Einstellung zu einem Unternehmen seiner Träume hat, wird versuchen später dort zu arbeiten. Gutes Recruiting der Zukunft wird hier ansetzen müssen. In den letzten Jahrzehnten wurde auf diesem Feld viel zerstört. Der gute Ruf, den beispielsweise die VOEST oder Siemens bis über die 70er Jahre hinaus bei den Jungen hatte, wurde leichtfertig ruiniert.

2) Talente erfolgreich anwerben und ausbilden

Eine weitere Aufgabe wird es sein, es auf der Basis des in Punkt 1 beschriebenen Basisinteresses auch zu schaffen, dass die Talente tatsächlich an die Tür des Unternehmens klopfen. Die Schwierigkeit besteht darin, dass auch alle anderen Unternehmen an diesen jungen Leuten interessiert sind.

3) Talente hervorragend ausbilden

Sind Talente einmal im Haus, müssen sie hervorragend ausgebildet werden. Der Engpass besteht darin, dass man in den letzten Jahrzehnten das Ausbilden verlernt hat. Lehrwerkstätten und andere Ausbildungsprogramme wurden geschlossen. Werkstätten kann man wieder aufbauen, nur die Lehrkräfte dazu sind nicht mehr verfügbar. Fachkenntnisse haben und diese weitergeben können, sind zwei unterschiedliche Disziplinen.

4) Talente halten

Sind jungen Leute einmal ausgebildet, genießen sie unter den Bedingungen des demographischen Knicks einen hohen Marktwert. Sie können quasi überall arbeiten. Es muß also als nächstes gelingen, diese hoch ausgebildeten jungen Leute im Haus zu halten. Das wird genau die Kunst sein: sie zu halten, obwohl sie jederzeit gehen könnten!

5) Die Alten: letzte Ressource

Die einzige vorhandene Ressource sind die älteren MitarbeiterInnen. Unternehmen sind gefordert, sie im Unternehmen und im Erwerbsleben zu halten – sogar dann, wenn sie jederzeit in Pension gehen könnten. Denn Unternehmen, denen ihre Zukunft wichtig ist, sind auf den Zugang zu den Erfahrung und Fähigkeiten der Alten angewiesen.

Daraus ergibt sich eine Reihe von Fragen. Unsere bisherige Arbeitswelt kannte nur ein Arbeitsideal: schneller, höher, weiter. Nur deshalb, weil dieses Ideal in den letzten Jahrzehnten wie ein unverrückbarer Glaubensbestandteil als einzige Maxime wirtschaftlichen Handelns betrachtet wurde, erschienen die Jungen besser und die Alten verbraucht. Junge Menschen erschienen besser, weil sie sich schneller bewegen, weil sie weniger über Zusammenhänge und Folgewirkungen nachdenken (können).

Dabei weiß man heute, daß die Produktivität der Alten genauso hoch wie die der Jungen sein kann, manchmal sogar höher, weil sie besser überlegen, was wichtig ist und weil sie ihre Lebenserfahrung einsetzen. Sie besitzen Fähigkeiten, die zur Blütezeit der konkurrenzorientierten Effizienzmaschinen überhaupt nicht im Denken vorkamen!

Die zweite Frage: Den befragten TopmanagerInnen wurde anschließend noch eine zweite Frage gestellt: Wie sollte diese Aufgabe erfolgreich erledigt werden? Es verwundert wenig, dass sie auf diese Frage keine Antwort geben konnten. Die meisten von ihnen wurden in einer Zeit ausgebildet, in der effizienzorientierte Konkurrenz als "Dogma" galt. Als Folge davon fehlen Vorstellungen darüber, wie diese fünf Aufgaben erledigt werden könnten. Heute ist anderes Denken gefragt, ein Denken, welches in der Lage ist, den veränderten Rahmenbedingungen zu folgen. Ein Denken, das eine Situation oder gar die Krise selbst hervorgerufen hat, ist niemals geeignet, aus ihr wieder herauszuführen.

Die Schwierigkeit liegt darin, erlernte und lange Zeit erfolgreiche Überzeugungen in Frage zu stellen und zu verändern, wie beispielsweise Stephan Schulmeister vom österreichischen Wirtschaftsforschungsinstitut nicht müde wird zu betonen. Dies gilt selbst dann, wenn die grundsätzliche Notwendigkeit anderen Denkens erkannt worden ist. Denn wer seine gewohnte Denkbrille verlässt, wird nicht selten von dem Gefühl befallen, sich sein Leben lang geirrt zu haben und gescheitert zu sein. Oft erscheint es psychisch einfacher, einfach weiter zu tun, anstatt das Notwendige zu ermöglichen. Jedenfalls solange man die Welt als Gegenstand und nicht als offenen Prozess betrachtet....

Die Lösung: Auf die harten Fakten des demographischen Knicks und die sich veränderten Märkte muß reagiert werden. Denn sowohl die demographischen Gegebenheiten als auch die verschiedenen heraufdämmernden Krisen, die vor allem aus den Bereichen

Energieversorgung, Landwirtschaft und Umwelt kommen werden oder schon da sind, schaffen bisher unbekannte neue Rahmenbedingungen.

Wenn sich diese Rahmenbedingungen - also die Grundlagen des eigenen Handelns - verändern, dann gilt es, sich neu zu orientieren. Wer nur auf das Aktuelle reagiert, ist notwendigerweise immer zu spät. Denn eine Welle nach der anderen rollt an, sodass man mit dem Reagieren nicht hinterherkommt und alsbald überfordert ist. Selbst agieren ist also gefragt. Nur, woran kann man sich orientieren?

Wenn sich das Außen stark verändert, ist das Mittel der Wahl stets die Konzentration auf das Innen. Eine krisenhafte Umwelt verlangt ein hohes Maß an Kreativität und Lernfähigkeit. Gleichzeitig sind Lösungen, die in Gemeinsamkeit erzeugt werden, qualitativ besser und nachhaltiger, als jene, die von Einzelnen vorgegeben werden, wie die breite Literatur über Teamentwicklung nachweist.

Natürlich ist es auch weiterhin möglich, dass Führungskräfte oder einzelne ExpertInnen Lösungen vorschreiben. Diese haben aber Folgen, die in der derzeitigen Situation nicht funktional sind. Denn die MitarbeiterInnen werden dadurch eingeengt. Es tritt dann das ein, was auch in einem zu kleinen Aquarium mit den Fischen geschieht: sie werden in ihrem möglichen Wachstum zurückbleiben! Denn nicht das Futter bestimmt die Größe eines Fisches, sondern seine Umwelt, also die Größe des Aquariums. Ebenso werden eingeengte MitarbeiterInnen nur Bonsai-Leistungen zu erbringen vermögen! Auch ihr limitierender Faktor ist der Raum, der geistige Raum, nicht das Geld!

Teil 1 der Lösung heißt also: wer unter den gegebenen Rahmenbedingungen als Unternehmen Erfolg haben will, muss sein Augenmerk auf die Ermöglichung und Optimierung der geistigen Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen legen!

In welche Richtung das geht, wies die Kienbaum-Trend-Studie 2010 (Kienbaum 2010) nach, die folgende fünf Top-Themen mit hohem Herausforderungscharakter an die Personalarbeit identifizierte⁶:

- Führungsqualität (52 %)
- Demografie und strategische Personalplanung (42 %)
- Besetzung von Schlüsselpositionen (40 %)
- Motivation und Engagement (38 %)
- Attraktivität als Arbeitgeber (37%)

Abbildung 7: Top Themen an die Personalarbeit (Kienbaum 2010)

Eine neue Erfolgsintelligenz

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, genügt es nicht, jene Mittel zu verfeinern, welche die Situation hervorgebracht haben. Gesucht ist nicht weniger als eine neue Erfolgsintelligenz. Dies bedeutet ein radikales Umdenken im unternehmerischen Denken und in der Führungsverantwortung!

Dieses Umdenken muß radikal sein, denn bloßes rhetorisches Hinbiegen der Zufriedenheit und der MitarbeiterInnen wird nicht dazu führen können, daß MitarbeiterInnen den notwendigen Raum erhalten. Ebenso wenig werden dies Methoden erreichen, welche dem Management zwar bescheinigen, für gute Arbeitsbedingungen zu sorgen, gleichzeitig aber diese Führungskräfte in Konkurrenz zueinander treten lassen. Der Beste ist dann der, welcher die beste Benotung erhält.

Aber das ist nur alter Wein in neuen Schläuchen. Denn solche Angebote zielen auf Vergleich und Konkurrenz der ManagerInnen untereinander, nicht auf die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen oder des Unternehmens!

Teil 2 der Lösung heißt damit: Man muss verstehen, dass das eigene Denken die Welt verändern kann und in der Lage ist, adäquate Erfolgsintelligenz auf allen Ebenen des Unternehmens zu generieren!

⁶ „Die HR-Trendstudie basiert auf der Befragung von 194 Personalverantwortlichen führender Unternehmen im deutschsprachigen Raum. Die Teilnehmer kommen aus Unternehmen von ganz unterschiedlicher Größe: Die Spanne reicht von Firmen mit weniger als 100 Mitarbeitern bis zu Unternehmen mit mehr als 5.000 Mitarbeitern.“ (Kienbaum 2010, S. 2)

Wie kann anderes Denken den erwünschten Erfolg bringen? Soll das heißen, daß man glauben soll, daß sich die Welt und in ihr die Wirtschaft oder das Sozialsystem einfach durch anderes Denken verändern könnte? Genau das ist der Punkt!

Betrachtet man die Welt und alle in ihr geltenden Regeln als starres System, in dem die eigene Intelligenz die Aufgabe hat, diese Regeln perfekt abzubilden, dann macht Gestaltung keinen Sinn. Heinz von Förster nannte das die „Gucklochhaltung“: Man glaubt, die Welt wie durch ein Schlüsselloch als Unbeteiligter zu beobachten. Quasi, als ob man vor dem Fernseher sitzen würde und der Film unabhängig vom Beobachter vor einem ablaufen würde.

Ganz anders ist die „Teil-der-Welt-Haltung“. Sie geht davon aus, dass alles Leben auf der Welt diese ständig umgestaltet. Diese Haltung ist evolutionär. In diesem Denken ist die eigene Wahrnehmung die Grundlage des eigenen Denkens und diese wiederum die Voraussetzung für das Handeln. Das Handeln der Vielen entwickelt die Welt weiter. Die Vielen schaffen auch Narrative, die wiederum die Wahrnehmung der Individuen steuern.

Narrative beinhalten Werthaltungen. Diese sind gestaltbar. Noch vor 10 Jahren war es beispielsweise üblich, als Erwachsener zu rauchen. Kompetenz drückte sich gelegentlich beispielsweise üblich, als Erwachsener zu rauchen. Kompetenz drückte sich gelegentlich sogar durch Rauchen aus! Diese Werthaltung hat sich geändert. Wer heute noch raucht, gilt als willensschwach und inkompetent. Ähnliches gilt für die Größe des PKW: wie wurde vor 10 Jahren ein Mensch gesehen, der einen PKW fährt, der 20 Liter verbraucht? Und was denkt man sich heute von ihm?

Wollen wir Wege aus den verschiedenen Krisen finden und Wege entwickeln, so wird uns die Gucklochhaltung nicht helfen. Denn sie verhindert die eigene Beteiligung an dieser Entwicklung. Wer aber nicht mitgestaltet, der wird gestaltet!

In der Praxis bedeutet das einerseits sich selbst als Gestalter seiner Mitwelt zu verstehen. Andererseits aber auch, den Schlüssel dazu in den Beziehungen zwischen Management, den MitarbeiterInnen, der Tätigkeit und der Organisation zu erkennen. Beziehungen sind gestaltbar. Beziehungen sind auch die Basis für die Entwicklung von Vertrauen, echtem Engagement, Loyalität und Kreativität im Unternehmen.

Teil 3 der Lösung heißt also: Verstehen, daß der Schlüssel zum Erfolg in der Gestaltung des Miteinander im eigenen Unternehmen liegt.

Das Unternehmen als Organismus verstehen

Schließlich ist es notwendig, das eigene Unternehmen als lebenden Organismus zu sehen. Denn so wie ein Körper sich aus Zellen zusammensetzt, setzen sich Organisationen aus

Menschen zusammen. Es gelten ähnliche Regeln, nur eine Systemebene höher. So wie jede Zelle in einem Körper dazu beiträgt, daß der Organismus gesund ist, trägt auch jede/r MitarbeiterIn zu diesem Ergebnis im Unternehmen bei. Jede/r ist damit als wichtig anzusehen.

Das Entscheidende ist das gemeinsame Ergebnis. Im Körper müssen die Organe zusammenspielen. Es gibt keine Stars! Nur wenn jedes Organ, jede Zelle ihre Arbeit macht, ist der Körper gesund. Es gibt im Körper auch keine Kommandostelle, welche alle anderen dominiert. Alle arbeiten mit allen anderen zusammen. Das Ergebnis ist, daß ein Mensch gesund ist und sich wohl fühlt. Schert hingegen eine Zelle oder ein Organ aus, und hält sie sich für das Zentrum, wird der Organismus krank. Zelluläre oder organische Monomanie führt einen Körper unweigerlich an sein Ende. Soll also ein Körper gesund bleiben, ist darauf zu achten, das Zusammenspiel zu erhalten und zu pflegen.

Nämliches gilt in einem sozialen Organismus, wie einem Unternehmen. Wenn hier jeder seine Arbeit macht, sich aktiv beteiligt, stolz auf seinen Beitrag zum Ganzen ist, ein Klima des gegenseitigen Vertrauens und der Freude an der gemeinsamen Arbeit herrscht, wird der Organismus gesund sein und sich allen äußeren Herausforderungen stellen können.

der Organismus gesund sein und sich allen äußeren Herausforderungen stellen können.

Wer hingegen sein/ihr Unternehmen als Regietheater versteht, wird keine einzige dieser Qualitäten hervorrufen können. Am Ende wird er/sie scheitern, weil es unmöglich ist, als Einzelne/r Heroe die Komplexität eines sich im Fluß befindlichen Systems sinnvoll zu beherrschen.

Teil 4 der Lösung ist es somit, das eigene Unternehmen als Organismus zu verstehen und konsequent ein Klima gegenseitigen Vertrauens und kollektiver Freude an der gemeinsamen Arbeit zu fördern.

3 SCHWERPUNKT ARBEITSBEWÄLTIGUNG (EBNER/ NÖHMAYER)

3.1 METHODISCHE GRUNDLAGEN

Theoretische Grundlagen für den Schwerpunkt „Arbeitsbewältigung“ bilden die Studien und Erkenntnisse des Finnish Institute of Occupational Health (FIOH) sowie die Arbeiten von Geißler und Frevel zum Arbeitsbewältigungs-Coaching (INQA 2009). Das Konzept der Arbeitsbewältigung geht davon aus, dass Arbeitsbewältigung von mehreren Faktoren beeinflusst wird und gestaltbar ist. Die Arbeitsbewältigungsfähigkeit wird in Form des Work Ability Index (WAI) sichtbar gemacht.

Ilmarinen und Tempel (INQA 2009, S.11) verweisen darauf, dass der Begriff ›Arbeitsfähigkeit‹ in der Regel relativ eng und statisch verstanden wird: Entweder man schafft die Arbeit (noch) – oder eben nicht (mehr). Tritt der letztere Fall ein, kann es schnell zu einer Situation führen, in der die Perspektiven für MitarbeiterInnen sich sehr schnell in einem einzigen Ausweg, einem Antrag auf Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension (IV/BU), erschöpfen. Entweder die Person bringt die richtige Einstellung und die entsprechenden Kapazitäten mit oder sie ist am falschen Platz. Die gestellte Arbeitsanforderung wird dabei kaum jemals in Frage gestellt.

Die Ergebnisse der finnischen Forschungsarbeiten erkennen allerdings Arbeitsbewältigungsfähigkeit als eine variable und gestaltbare Größe. Sie gehen von einer Wechselwirkung zwischen den individuellen Voraussetzungen einer Person und den Arbeitsanforderungen aus. Beide Größen können sich verändern und müssen gegebenenfalls angepasst werden. Arbeitsfähigkeit/ Arbeitsbewältigungsfähigkeit wird demnach definiert als das ›Potenzial eines Menschen, eine gegebene Aufgabe zu einem gegebenen Zeitpunkt zu bewältigen‹.

Es geht dabei also um das Zusammenspiel zwischen den individuellen Kapazitäten und den Arbeitsanforderungen, und nicht um ein individuelles Erfüllen oder Nicht-Erfüllen einer statischen Vorgabe. Sinngemäß lässt sich Arbeitsbewältigung als Waage darstellen: Befinden sich Arbeit und Person in einem Gleichgewicht, so liegt hohe Arbeitsbewältigungsfähigkeit vor.

Geraten Arbeit und Person aufgrund von Veränderungen einer oder beider Größe(n) in ein Ungleichgewicht bzw. in eine Nicht-Passung, entsteht eine kritische Arbeitsbewältigungsfähigkeit und in weiterer Folge ein erhöhtes Risiko von Erwerbsunfähigkeit. Zur Verdeutlichung, dass es sich hierbei um ein dynamisches Potenzial zur Bewältigung einer gestellten Aufgabe handelt und nicht um eine globale Fähigkeit, zu arbeiten oder nicht zu arbeiten, wird in diesem Zusammenhang auch der Begriff der Arbeitsbewältigungsfähigkeit verwendet (oder kurz: der Arbeitsbewältigung).

Demnach „ist Arbeitsbewältigung kein Glücksfall, sondern wird geschaffen und Arbeitsunfähigkeit ist kein Schicksal, sondern wird verursacht“. (INQA 2009, S.11)

3.1.1 HAUS DER ARBEITSFÄHIGKEIT

Das ›Haus der Arbeitsbewältigungsfähigkeit‹ veranschaulicht die gegenseitige Abhängigkeit individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Aspekte. Das ›Haus‹ ist dann solide, wenn sich die verschiedenen Etagen sowie Umfeld-Komponenten zueinander in guter Ausgewogenheit befinden. Sinnbildlich ist jede stattfindende Veränderung ohne Anpassung des Ensembles eine Gefahr für das Gesamte.

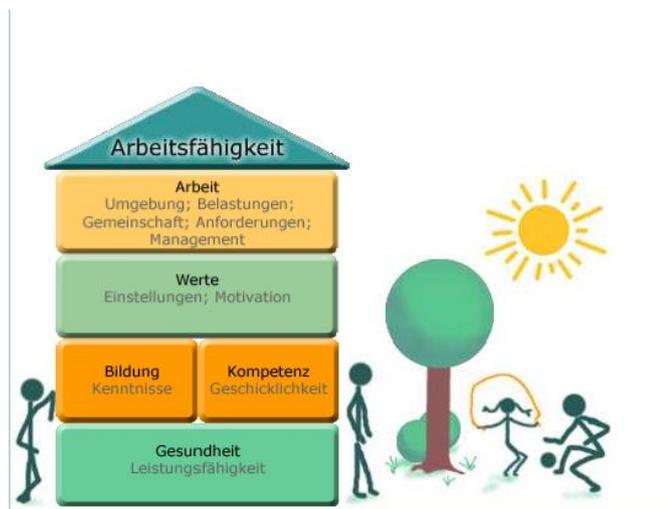


Abbildung 8: Das Haus der Arbeitsfähigkeit

Demnach gerät die Arbeitsbewältigung in Gefahr, wenn Veränderungen auf einer dieser Ebenen stattfinden und keine Anpassungen auf den darüber liegenden Ebenen vorgenommen werden. Je weiter unten im Haus diese Veränderungen stattfinden, desto instabiler wird das Haus und desto wichtiger sind somit die Anpassungen auf den anderen Ebenen. Handlungen und Interventionen können demnach auf allen darüber liegenden Ebenen gesetzt werden.

Das am FIOH entwickelte ›Fördermodell der Arbeitsbewältigung‹ fasst jene Bereiche, die für die Erhaltung, Förderung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und damit verbunden für die Gewährleistung von Gesundheit (bis in die Zeit nach dem Erwerbsleben) wesentlich sind, auf folgende Ebenen zusammen:

- die **individuellen Voraussetzungen** der Person im Sinn der funktionellen Kapazität und der Gesundheit,
- der Bereich der **professionellen Kompetenz**,
- die **Arbeitsumgebung** (Ergonomie, Sicherheit, Hygiene) sowie
- Führung/ Organisation und die Unternehmenskultur.

Auf all diesen Ebenen ist Gestaltung möglich – die wirksamsten Veränderungen werden nachweislich dann erzielt, wenn Interventionen / Justierungen auf allen Ebenen gesetzt werden. (INQA 2009, S. 12)

3.1.2 WORKABILITY-INDEX (WAI)

„Der Work Ability Index (kurz „WAI“) ist ein Index zur Bewertung der Arbeitsfähigkeit, der mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt wird. Er zeigt auf, inwieweit ein Arbeitnehmer angesichts seiner persönlichen Voraussetzungen sowie angesichts der bei ihm vorliegenden Arbeitsbedingungen in der Lage ist, seine Arbeit zu verrichten“ (Hasselhorn 2007, S. 14). Der WAI besteht aus zehn Fragen, die sich mit physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, dem Gesundheitszustand sowie den Leistungsreserven von ArbeitnehmerInnen beschäftigen (Ebenda S. 14). Sie bilden die sieben Dimensionen des WAI. Der WAI-Index selbst kann zwischen 7 und 49 Punkten erreichen. Dieser Index liefert einen Hinweis über die Arbeitsbewältigungsfähigkeit einer Person. Das in den 80er Jahren vom finnischen Institut for Occupational Health entwickelte Fragebogeninstrument erhebt in einer Selbsteinschätzung der betroffenen Person die sieben Dimensionen der Arbeitsfähigkeit (Hasselhorn 2007, S. 7ff):

Dimensionen des Work Ability Index (WAI)		Punkte (min. - max.)
1	derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich mit der besten jemals erreichten Arbeitsfähigkeit	0 - 10
2	derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen und psychischen Anforderungen der Arbeit	2 - 10
3	aktuelle Zahl ärztlich diagnostizierter Krankheiten	1 - 7
4	Ausmaß von Arbeitseinschränkungen aufgrund von Erkrankung/Verletzung	1 - 6
5	krankheitsbedingte Ausfallstage während der letzten 12 Monate	1 - 5
6	eigene Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in den kommenden 2 Jahren	1, 4, 7
7	mentale Ressourcen und Befindlichkeiten	1 - 4
Gesamt	mögliche WAI-Werte	7 bis 49 Punkte

Abbildung 9: Die 7 Dimensionen des WAI

Ergebnis des Tests, der nur wenige Minuten dauert und sofort ausgewertet vorliegt, ist ein WAI-Wert zwischen „7 - keine Arbeitsfähigkeit“ und „49 -maximale Arbeitsfähigkeit“. Der WAI beruht auf multidisziplinären klinischen und umfassenden Längsschnittstudien in Finnland und ist in den 80er bis 90er Jahren validiert worden. Er erwies sich als früher Indikator für vorzeitigen Erwerbsausstieg und Mortalität und liegt mittlerweile in 25 Sprachen vor (Hasselhorn 2007, S. 14 ff).

Die Erhebung des WAI lässt verschiedene Auswertungen zu. Auf der **individuellen Ebene** ist es möglich, den eigenen WAI Wert an einem **Durchschnittswert der Bevölkerung** zu vergleichen.

Für Österreich liegt ein solcher Wert noch nicht vor. Ein Referenzdatensatz der deutschen erwerbstätigen Bevölkerung lässt zumindest einen groben Vergleich zu.

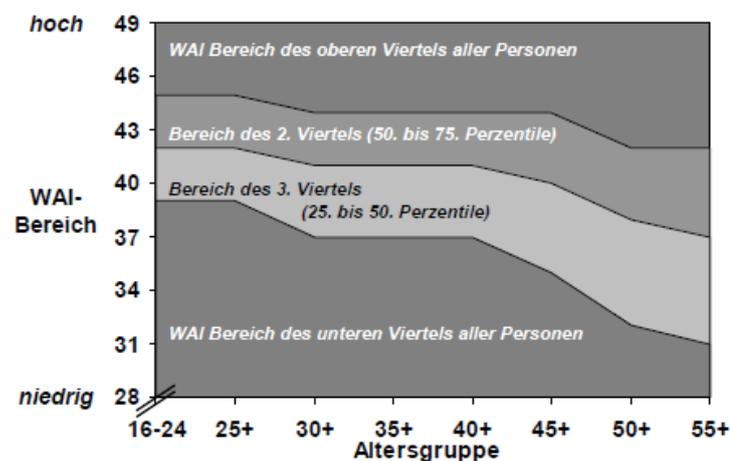


Abbildung 10: Verteilung des WAI nach Alter. Referenzdatensatz WAI Deutschland 2007, N=8.26 (Hasselhorn 2007, S. 17)

Erläuterung:

Wer sich mit seinem derzeitigen WAI-Wert im obersten Band befindet, gehört zu den 25 % der Teilnehmer seiner Altersgruppe mit den höchsten WAI-Werten. Die darunter liegenden drei Bänder zeigen entsprechend WAI-Spannen der darunter liegenden Viertel an:

2. Band = obere Mitte (50.-75. Perzentile);

3. Band = untere Mitte (25.-50. Perzentile),

unteres Band = unteres Viertel aller Teilnehmer (≤ 25 . Perzentile).

Ein Beispiel: Ein 20-jähriger Arbeitnehmer mit einem WAI-Wert von 43 liegt im Bereich des zweiten Viertels seiner Altersgruppe. Mindestens 25 % aller Gleichaltrigen weisen einen höheren WAI-Wert auf und mindestens 50 % haben einen niedrigeren WAI (3. und unteres Viertel). Dagegen sagt ein WAI-Wert von 43 bei einem 50-jährigen Beschäftigten aus, dass er damit zur Gruppe der Personen seiner Altersgruppe mit den höchsten WAI-Werten gehört. (Hasselhorn 2007, S. 17f).

Auf der **betrieblichen Ebene** kann der WAI für das gesamte Unternehmen bzw. bei ausreichender Größe von Abteilungen bzw. Arbeitsbereichen auch für diese wertvolle Hinweise aufzeigen (Hasselhorn 2007, S. 22):

- als Frühindikator für die künftige Arbeitsfähigkeit des Unternehmens/ einzelner Bereiche
- als Instrument zur Identifizierung von Risikogruppen (z.B. bestimmte Berufsgruppen im Unternehmen)
- als Initiator für betriebliche präventive Maßnahmen
- bei wiederholter Messung nach einem bestimmten Zeitpunkt kann der Erfolg (oder Misserfolg) von Präventionsmaßnahmen auf betrieblicher oder Abteilungsebene festgestellt werden
- als Instrument zur Begleitung von Maßnahmen der BGF
- als Initiator für betriebliche Debatten zu Arbeit und Alter

Auf der **betrieblichen Ebene** bietet sich bei mittleren und größeren Unternehmen ab einer Abteilungsgröße von mindestens 10 UB auch einen **Vergleich der WAI-Abteilungswerte** bzw. ein Vergleich des **WAI-Abteilungswerts** mit dem **WAI-Gesamtwert** des Unternehmens an. Im konkreten Projekt ist auch Vergleich des WAI-Gesamtwerts einzelner Unternehmen mit dem WAI-Gesamtwert der Stichprobe möglich.

3.1.3 ARBEITSBEWÄLTIGUNGS-COACHUNG (AB/C)

Der WAI-Test wird im vorliegenden Konzept als „sensibilisierender“ Einstieg in ein ca. 1 bis max. 1 1/2 stündiges Beratungsgespräch (Arbeitsbewältigungs-Coaching) eingesetzt. Er liefert erste Hinweise darauf, welche Maßnahmen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit zu setzen sind. Je nach erzieltm Punktwert im WAI Test, besteht die Zielsetzung der entsprechenden Maßnahmen in der Erhaltung, Unterstützung, Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

Punkte	Arbeitsfähigkeit	Ziel von Maßnahmen	Verteilung in finnischen Originaldaten (1990er Jahre)
7 - 27	„schlecht“	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen	ca. 15 %
28 - 36	„mäßig“	Arbeitsfähigkeit verbessern	ca. 35 %
37 - 43	„gut“	Arbeitsfähigkeit unterstützen	ca. 35 %
44 - 49	„sehr gut“	Arbeitsfähigkeit erhalten	ca. 15 %

Abbildung 11: Kategorien des Work Ability Index mit Empfehlungen für Maßnahmen sowie Verteilungen in finnischem Originaldatensatz (Hasselhorn 2007, S. 19)

Für das persönliche, vertrauliche Beratungsgespräch liefert der WAI wertvolle Hinweise (Hasselhorn 2007, S. 22)

- als Frühindikator für gesundheitsbedingte Frühpensionierung (Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension)
- Auslöser für Denkprozesse zur eigenen (beruflichen) Zukunft
- Auslöser für individuelle Präventionsmaßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit
- bei wiederholter Messung nach einem bestimmten Zeitpunkt kann der Erfolg (oder Misserfolg) von Präventionsmaßnahmen festgestellt werden

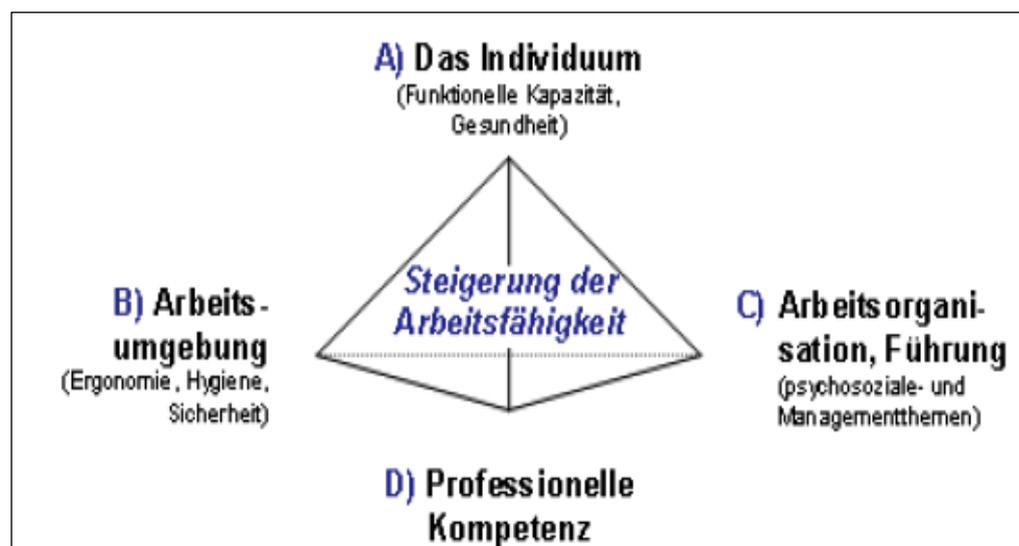


Abbildung 12: Modell der Förderung der Arbeitsfähigkeit vier Handlungsfelder der Prävention (modif. nach Ilmarinen & Tempel, 2002, Arbeitsfähigkeit 2010), in: www.arbeitsfaehigkeit.net

Ausgehend von der Annahme, dass Individuen ExpertInnen für ihre Befindlichkeit, ihre Gesundheit und ihr unmittelbares Arbeitsumfeld sind, werden in den persönlichen Beratungsgesprächen für die oben angeführten vier Handlungsfelder jeweils auf der individuellen, als auch auf der betrieblichen Interventionsebene Maßnahmen erarbeitet. Im Zentrum stehen dabei die Fragen „Was können Sie selbst in diesem Bereich tun, um Ihre Arbeitsfähigkeit erhalten/unterstützen/verbessern oder wiederherstellen zu können?“ und „Was kann der Betrieb, das Unternehmen tun um Ihre Arbeitsfähigkeit zu erhalten/unterstützen/verbessern oder wiederherzustellen?“

Durch diese Fragestellungen ergibt sich ein Bündel von Maßnahmen die in den persönlichen AB-Bericht einfließen. Gegebenenfalls werden die genannten Maßnahmen noch priorisiert.

3.1.4 AUSWAHL DER UNTERNEHMEN

Die beiden ursprünglich für die Projektteilnahme vorgesehenen Unternehmen .

- **Flughafen Wien Aktiengesellschaft** A-1300 Wien, Flughafen .
- **Bohmann Druck & Verlag GmbH & Co. KG** A-1110 Wien, Leberstraße 122

standen wie bereits im 3. ergänztem Zwischenbericht ausgeführt letztendlich für die Teilnahme am Projekt nicht mehr zu Verfügung

Daher wurde auf Ersatzbetriebe zurückgegriffen.

Auf Basis der Zusammenarbeit zwischen der FAA Holding GmbH (als Projekteinreicherin und dem ÖPWZ (Pkt. 2.13 des Förderansuchens) war es möglich, auf die Ergebnisse einer Projektakquise eines dort laufenden Präventionsprojekts („proVIT“) zuzugreifen. Für das Projekt „proVIT“ wurden Unternehmen bis 50 MitarbeiterInnen gesucht. Das Projekt wurde durch das ÖPWZ selbst wie auch die NÖGKK im Wege einer Aussendung im Rahmen des DienstgeberInnen-Newsletter beworben. Der Rücklauf seitens der Unternehmen überstieg entweder die geforderte Unternehmensgröße bzw. Kapazität des Projekts.

Mit einigen dieser Unternehmen konnte eine Zusammenarbeit im vorliegenden Projekt „**Gesund am Arbeitsplatz**“ vereinbart werden. Entsprechend der jeweiligen Ist-Situation des Unternehmens sowie der betrieblichen Zielsetzung im gesundheitsförderlichen Projekt „Gesund am Arbeitsplatz“ wurden die Unternehmen in das Projekt integriert.

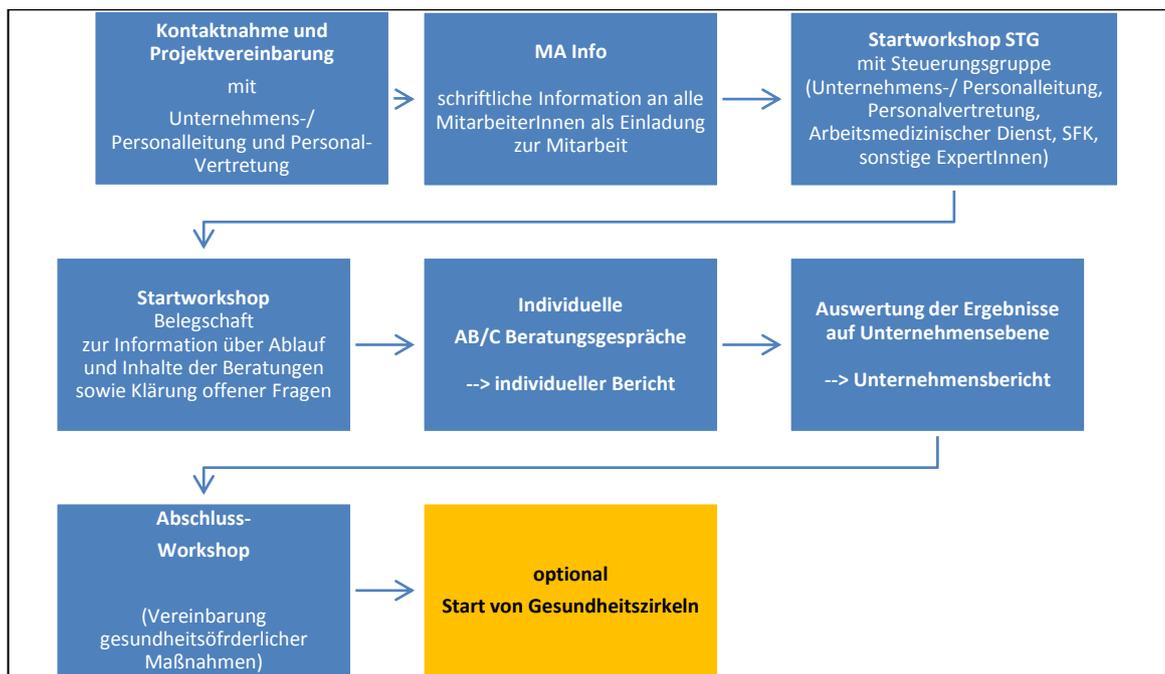
Nachstehende drei Unternehmen konnten im Bereich „Arbeitsbewältigung“ betreut werden:

- **Elsta Mosdorfer Ges.m.b.H** Bahnstrasse 29, 8430 Kaindorf / Sulm, Austria
- **High Tech Extrusion GmbH** Girakstrasse 2, 2100 Korneuburg, Austria
- **RITTNER Taxi ZENTRALE** H. Schnofl-Str. 10, 3100 St. Pölten, Austria

3.2 ERGEBNISSE DER PILOTPROJEKTE IN DEN UNTERNEHMEN

3.2.1 ABLAUF DES BERATUNGSPROZESSES

Zur Durchführung der Projekte in diesem Schwerpunkt wurde ein idealtypischer Beratungsverlauf angenommen, der nachfolgende Phasen durchläuft. Je nach Unternehmensgröße bestand die Option, diesen Prozess in Abstimmung mit den Anforderungen des Unternehmens anzupassen.



Im Vorfeld wurde mit der NÖGKK der zuständigen Abteilung „Case Management“ eine Schnittstelle abgeklärt. Sie sollte den Zugang zu einer längerfristigen Betreuung durch geeignete BeraterInnen (Case ManagerInnen) gewährleisten, sollte sich im individuellen Beratungsgespräch eine erhöhte Belastungssituation herausstellen. Die AB-C BeraterInnen erhielten dafür umfangreiche Unterlagen über das Leistungsangebot der NÖGKK sowie Kontakte zu den regionalen Bezirksstellen. Entsprechende Hinweise wurden tatsächlich während der Beratungsphase gegeben.

3.2.2 BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPE

In den drei im Projekt GAP betreuten Unternehmen waren insgesamt 83 Mitarbeiter und MitarbeiterInnen beschäftigt. Davon beteiligten sich 74 am Projekt. Diese 74 unselbständig Beschäftigten setzten sich wie folgt zusammen:

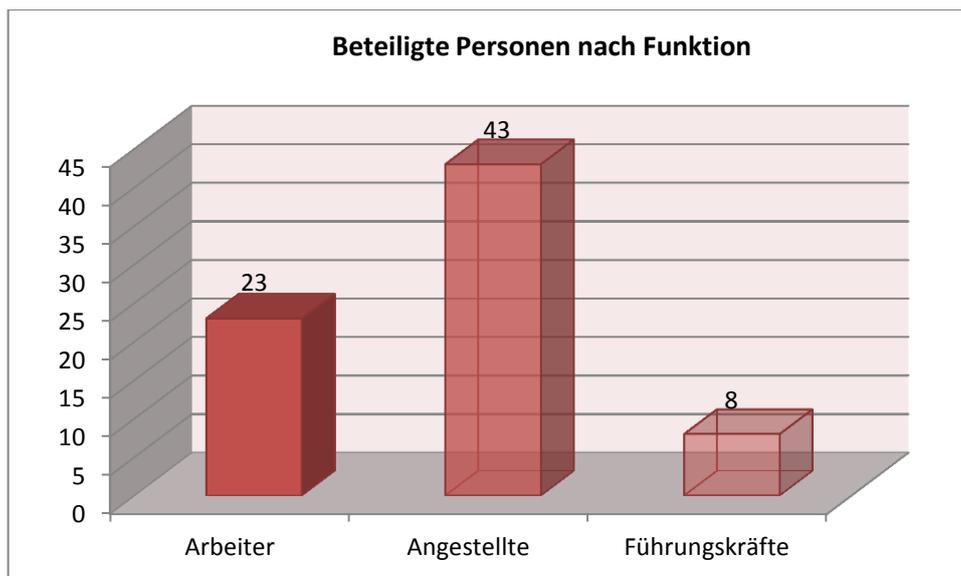


Abbildung 13: Beteiligte Personen nach Funktion

In Bereichen, bei denen es sinnvoll erscheint, bzw. in denen es markante Unterschiede in den Ergebnissen dieser Gruppen gibt, werden diese in der Folge differenziert dargestellt. Auf diese differenzierte Darstellung wird dann verzichtet, wenn es entweder keine wesentlichen Unterscheidungsmerkmale gibt, oder wenn diese als nicht wesentlich für die Projektergebnisse erachtet werden.

Die Aufteilung der beteiligten MitarbeiterInnen nach Alter und Geschlecht zeigt folgendes Bild:

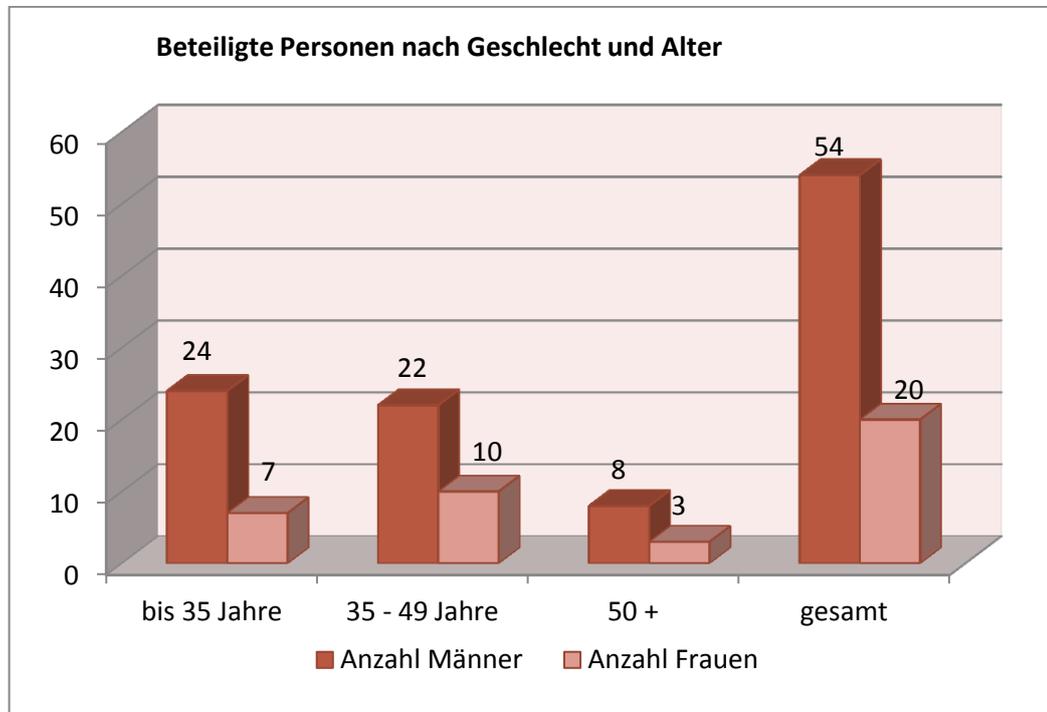


Abbildung 14: Beteiligte Personen nach Geschlecht und Alter (GAP)

Das Durchschnittsalter der in das Projekt einbezogenen Personen betrug 39 Jahre, dabei gab es keine Differenz zwischen Männern und Frauen. Aufgrund der geringen Anzahl von am Projekt beteiligten Frauen, sind die Ergebnisse nur als Trends zu lesen, da sie statistisch nicht signifikant sind.

3.2.3 PROJEKTERGENISSE

Die Beschreibung der Projektergebnisse erfolgt anhand von drei Auswertungsdimensionen.

- Ergebnisse des WAI (Work Ability Index)
- Wahrnehmungen der MitarbeiterInnen
- Vorschläge für Interventionen der MitarbeiterInnen

3.2.3.1 Ergebnisse des WAI

WAI gesamt

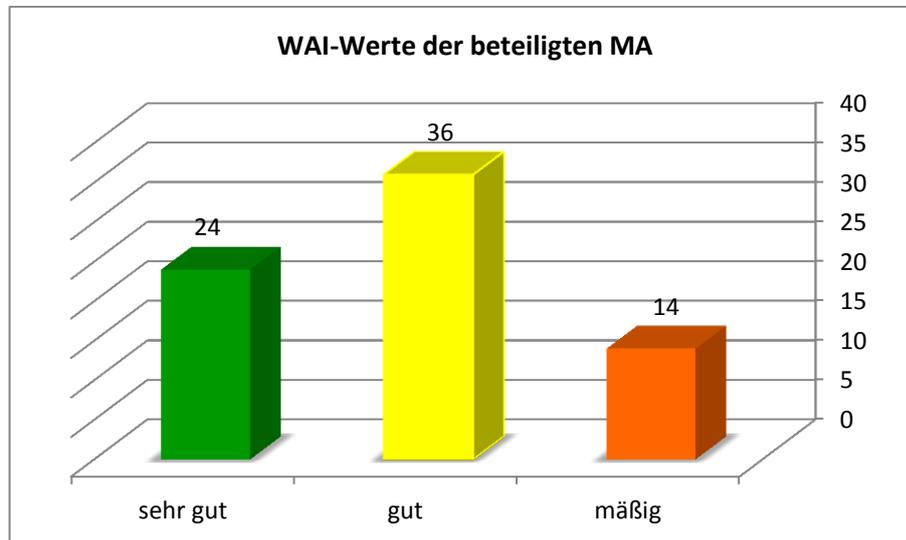


Abbildung 15: WAI-Werte der beteiligten MA

Von den 74 beteiligten Personen hatten 24 eine „sehr gute“ Arbeitsfähigkeit, 36 eine „gute“ und immerhin 14 Personen eine „mäßige“ Arbeitsfähigkeit. Bei keiner der Personen musste eine „schlechte“ Arbeitsfähigkeit festgestellt werden.

Der durchschnittliche WAI Wert lag bei 40,9 Punkten – dies entspricht einer durchschnittlich „guten Arbeitsfähigkeit“. Dieses Ergebnis weicht zwar positiv von den in den finnischen Langzeitstudien erhobenen Durchschnittswerten ab, dennoch verweist ein Anteil von ca. 20 % der beteiligten Personen mit einer mäßigen Arbeitsfähigkeit auf einen Handlungsbedarf im Hinblick auf die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen.

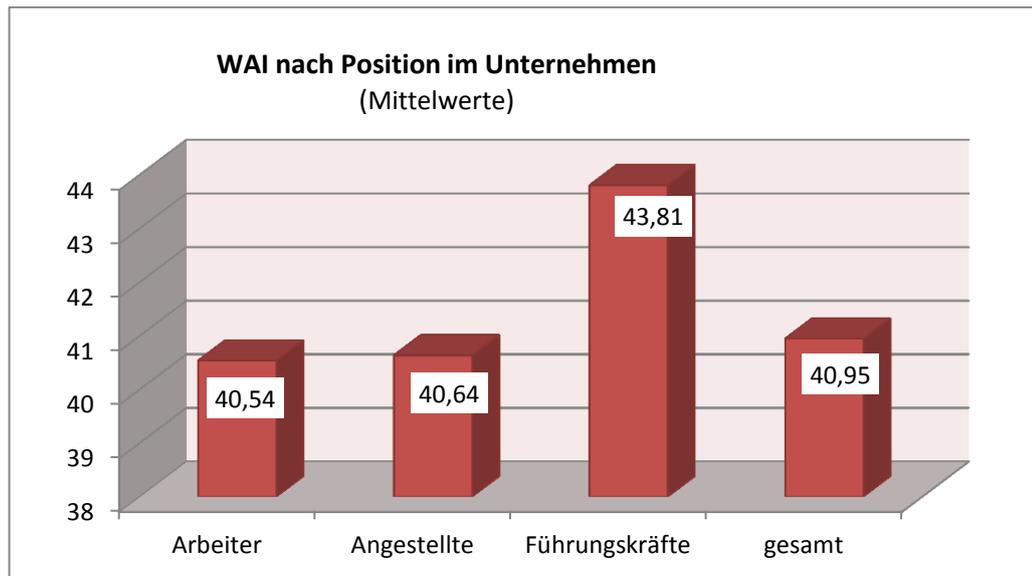


Abbildung 16: WAI nach Position im Unternehmen

Betrachtet man das WAI-Ergebnis differenziert nach der Position im Unternehmen ergibt sich oben stehendes Bild. Demnach ist zu erkennen, dass zwischen den drei Gruppen keine großen Unterschiede hinsichtlich ihres WAI bestehen. Zwischen ArbeiterInnen und Angestellten gab es praktisch keinen Unterschied, der WAI Wert der Führungskräfte lag um drei Punkte geringfügig über dem Wert der ArbeiterInnen und Angestellten.

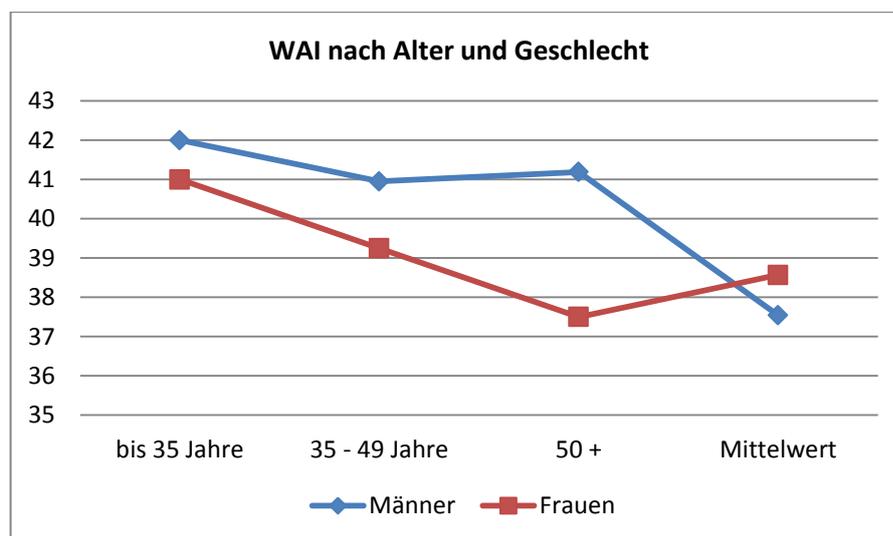


Abbildung 17: WAI nach Alter und Geschlecht

Die Auswertung des WAI nach Altersgruppen und Geschlecht zeigt, dass die Arbeitsfähigkeit der Frauen mit zunehmendem Alter deutlich abnimmt. Bei den Männern sinkt der WAI Wert in der Altersgruppe der 35- bis 49-jährigen gegenüber den Jüngeren, bleibt dann allerdings relativ konstant.

Das Gesamtergebnis der WAI-Werte über alle erhobenen Personen liefert nachfolgendes Bild. Erkennbar daraus ist der hohe Anteil von Personen in den Kategorien „Sehr gut“ bzw. „gut“.

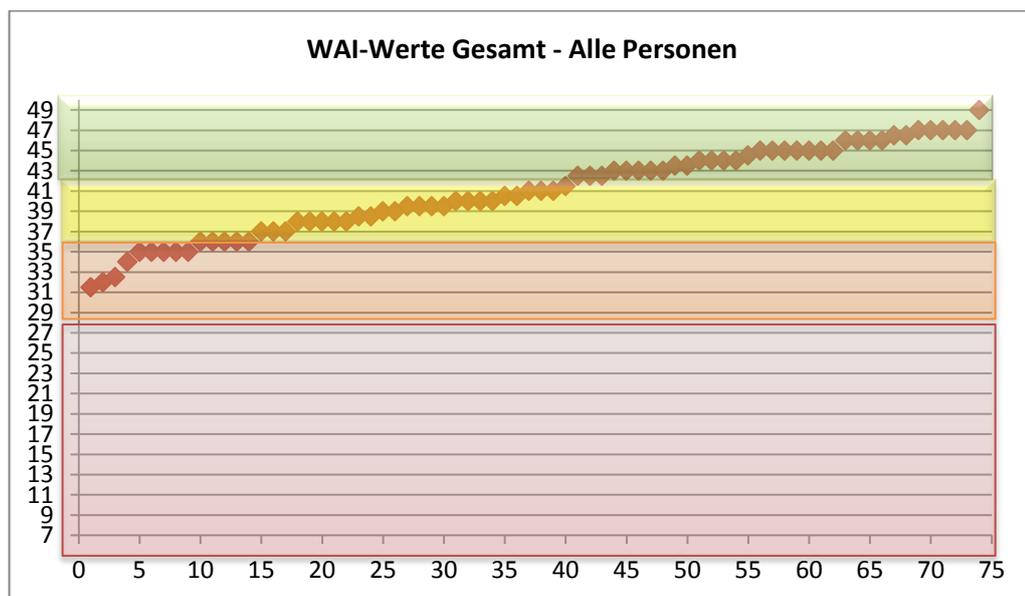


Abbildung 18: WAI-Werte Gesamt - Alle Personen

Dieses eher untypisch gute Ergebnis kann auf mehrere Ursachen zurückgeführt werden. Wie bereits ausgeführt, kann die Zusammensetzung Projektunternehmen mit einem Durchschnittswert von 39 Jahren als relativ junge Population beschrieben werden. Ebenfalls dürfte die zufällige Auswahl von Unternehmen und Branchen innerhalb dieses Projekts sich positiv auf das Ergebnis ausgewirkt haben. Dass die Branche sehr wohl einen Einfluss auf das WAI-Ergebnis haben kann, zeigt eine Auswertung von WAI-Daten in unterschiedlichen akademischen Berufen.

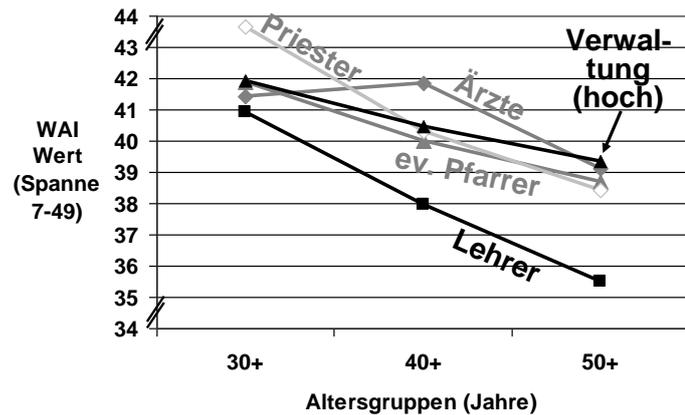


Abbildung 19: WAI Daten bei akademischen Berufen, n=649, WAI Datensatz Deutschland (Hasselhorn, et al S. 4)

3.2.3.2 WAI Ergebnisse im Detail

Auswertung WAI Dimension 1

Die Dimension 1 des WAI misst die derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich mit der besten jemals erreichten Arbeitsfähigkeit auf einer Skala von 0 bis 10. Dabei bedeutet der Wert 10, das Maximum der Arbeitsfähigkeit, während 0 vollkommene Arbeitsunfähigkeit bedeutet.

Im Projekt war der schlechteste Wert, der in dieser Dimension vorkam 4.

Insgesamt ergab sich folgendes Bild:

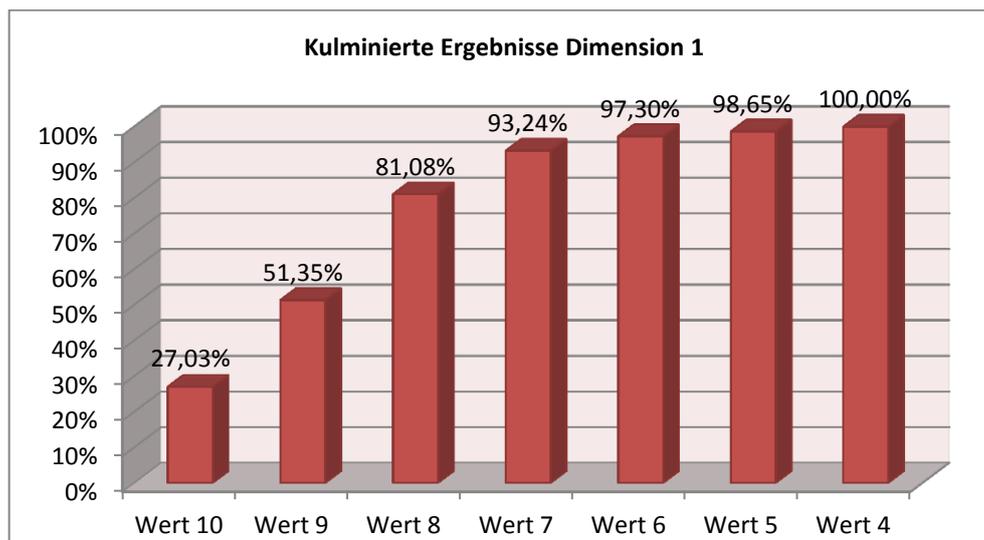


Abbildung 20: Kulminierte Ergebnisse WAI Dimension 1

Ergebnis WAI Dimension 2

Die Dimension 2 des WAI misst die derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen und psychischen Anforderungen der Arbeit.

Dabei ist das Minimum das erreicht werden kann 2 Punkte und das Maximum wiederum 10. Die erreichten Ergebnisse in dieser Dimension liegen zwischen 10 und 6 Punkten. Den höchsten Punktwert von 10 erreichen 31 %, dies entspricht 23 Personen, den niedrigsten Wert von 6 Punkten 5,4 % oder 4 Personen. Am öftesten werden in dieser Dimension 8 Punkte erreicht, nämlich von 40,5 % oder 30 Personen.

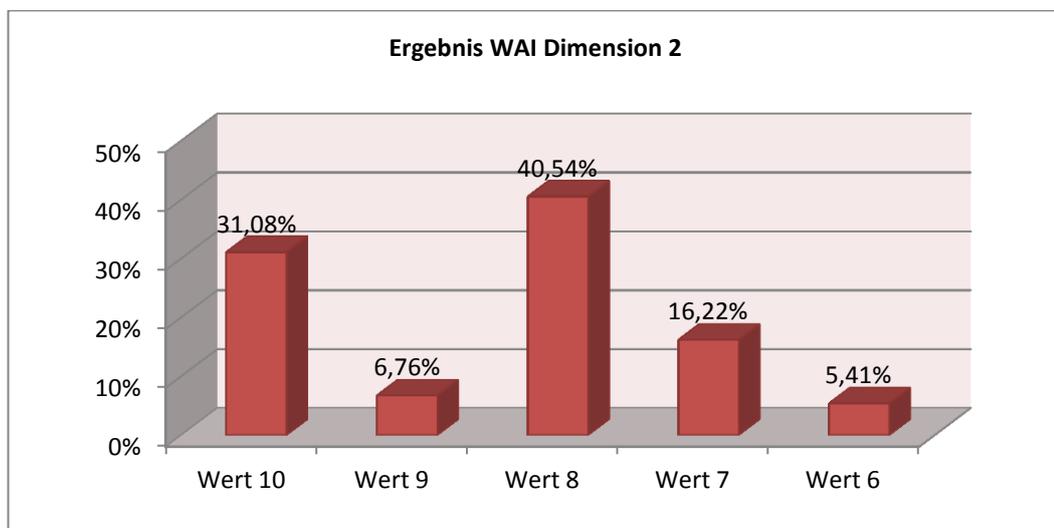


Abbildung 21: Ergebnis WAI Dimension 2

WAI Dimension 3

Die Dimension 3 des WAI ergibt sich aus der aktuellen Zahl der ärztlich diagnostizierten Krankheiten.

Wobei man mit keiner Erkrankung 7 Punkte in dieser Dimension erreicht, mit einer 5, mit zwei vier, mit drei Krankheiten 3 Punkte, mit vier zwei und mit 5 oder mehr Krankheiten einen Punkt.

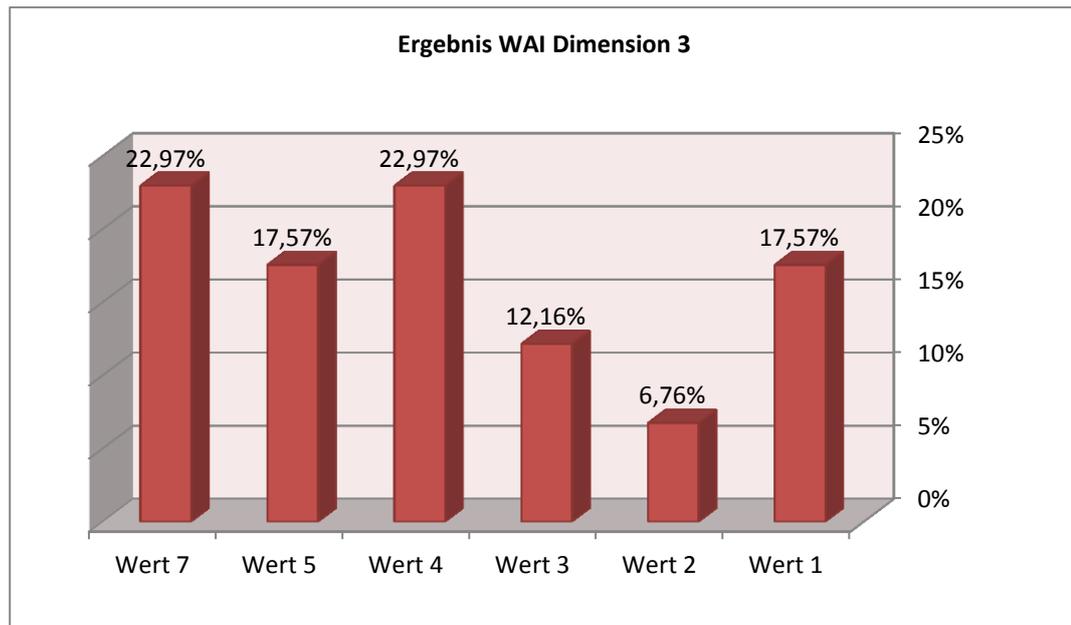


Abbildung 22: Ergebnis WAI Dimension 3

In dieser Dimension zeigt sich, dass immerhin 17,5 % der beteiligten Personen, absolut ausgedrückt 13 Menschen, in dieser Dimension nur einen Punkt erreichen, dh mindestens fünf vom Arzt diagnostizierte Krankheiten oder Beschwerden aufweisen.

Dies ist fast ident, mit jener Anzahl, die insgesamt eine kritische Arbeitsfähigkeit aufweist. Wobei es zwischen diesen beiden Zahlen eine hohe Korrelation gibt, die beiden Personengruppen jedoch nicht völlig ident sind.

Zählt man dazu noch jene 6,8 % die vier diagnostizierte Krankheiten aufweisen, so sind es fast ein Viertel oder 22 Menschen die mehrfach gesundheitlich eingeschränkt bzw. belastet sind.

Demgegenüber stehen fast 23 % mit keiner diagnostizierten Krankheit und insgesamt 52 %, dies entspricht 39 Personen, mit einer, zwei oder drei Erkrankungen.

Auswertung WAI Dimension 4

Die Dimension 4 misst das konkrete Ausmaß der Arbeitseinschränkungen aufgrund der in der Dimension 3 erhobenen Erkrankungen bzw. Verletzungen. Gemessen wird das im Rahmen eines Punktwertes von 1 bis 6. Wobei 6 Punkte bedeuten. „Ich habe keine Erkrankung“ und 1 Punkt „meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig“.

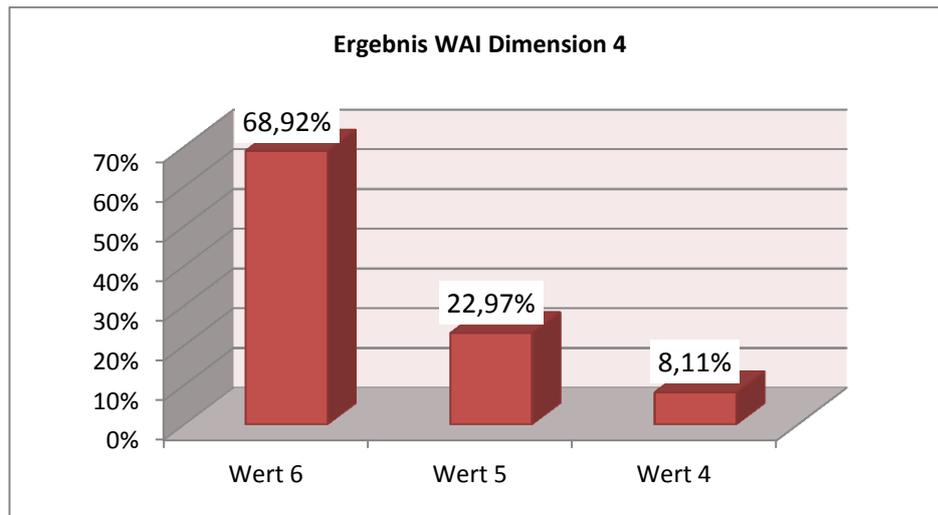


Abbildung 23: Ergebnis WAI Dimension 4

Hier ergibt sich im Vergleich mit dem Ergebnis der Dimension 3, etwas überraschend das Bild, dass sich fast 70 % durch keine Erkrankung in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt fühlen. Knappe 23 % antworten mit „Kann meine Arbeit ausführen, habe jedoch Beschwerden“ und 8 % mit „ich bin **manchmal** gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern.“

Die Ergebnisse der Dimension 3 und 4 sind somit nicht voneinander abhängig. Das bedeutet, dass bei weitem nicht jede Erkrankung zu einer Einschränkung bei der Ausübung der Arbeit führt.

Dimension 5

Die Dimension 5 fragt nach der Anzahl der Tage, die man aufgrund eines gesundheitlichen Problems in den letzten 12 Monaten der Arbeit ferngeblieben ist.

Die Antwortkategorien dabei sind:

Kein Tag	5 Punkte
Höchstens 9 Tage	4 Punkte
10 bis 24 Tage	3 Punkte
25 bis 99 Tage	2 Punkte
100 bis 365 Tage	1 Punkt

Die Ergebnisse in dieser Dimension zeigen nachstehendes Bild.

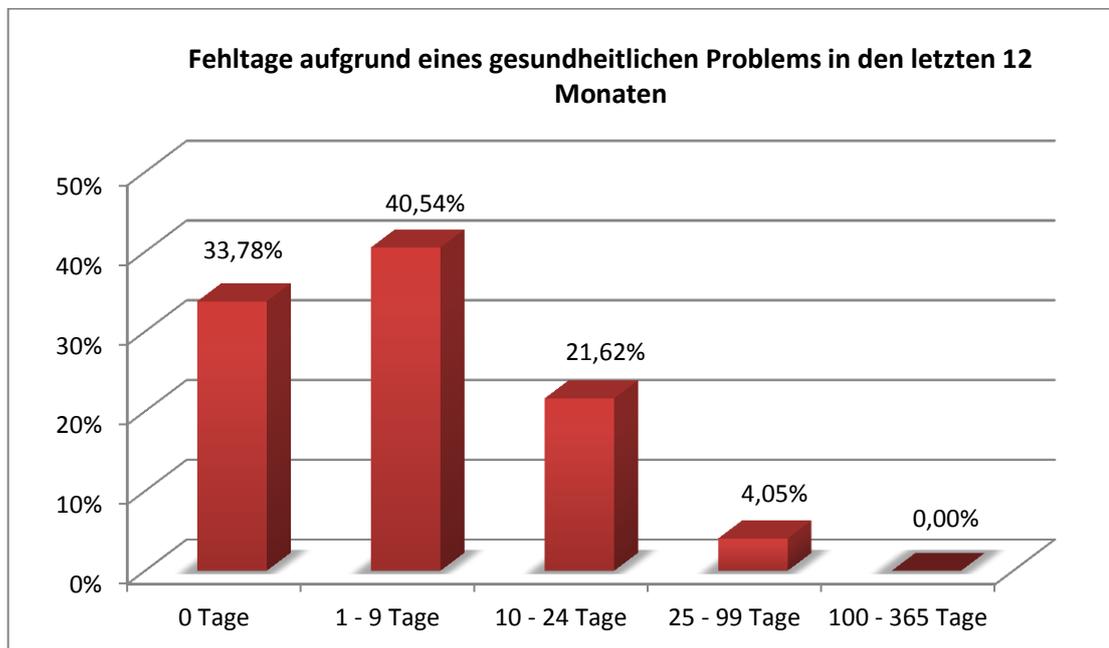


Abbildung 24: WAI - Fehltage im letzten Jahr

Ein Drittel der Beschäftigten ist somit keinen einzigen Tag aufgrund von Krankheit, Unfall oder Arztbesuch der Arbeit ferngeblieben. Der größte Anteil der Projektteilnehmer reichte sich hier in der Kategorie 1 bis 9 Tage Krankenstand ein. Positiv ist, dass niemand von den beteiligten Beschäftigten in den letzten 12 Monaten von einem Dauerkrankenstand betroffen war und nur 4 % relativ lange Krankensände zwischen dem 25 und 99 Tagen aufwies.

Dimension 6

Die Frage zu dieser Dimension lautet „Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?“

Die Antworten in dieser Dimension waren sehr einheitlich, nur zwei MitarbeiterInnen waren sich nicht sicher ihre Arbeit auch noch in zwei Jahren ausüben zu können. Alle anderen beantworteten diese Frage dahingehend, dass sie sicher davon ausgehen ihre Arbeit auch in zwei Jahren noch ausüben zu können.

Dimension 7

Die Dimension 7 misst die psychischen Leistungsreserven einer Person und wird mit drei Fragen erhoben:

- Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?
- Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?
- Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft.

Erreicht werden können in dieser Dimension maximal 4 Punkte.

Demzufolge antworten fast 90 % auf diese drei Fragen mit „immer“ oder „eher häufig“ und erreichten damit 4 beziehungsweise 3 Punkte.

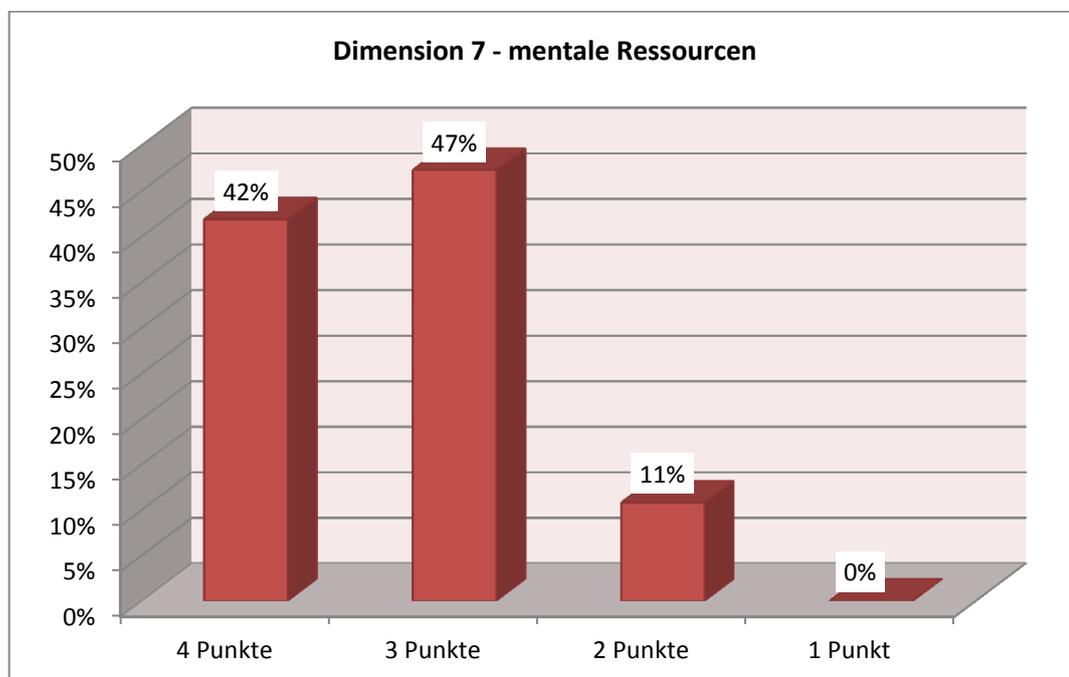


Abbildung 25: WAI - Mentale Ressourcen

3.2.3.3 Wahrnehmungen und Vorschläge der MitarbeiterInnen

Von den insgesamt N=74 Personen erhielten wir insgesamt 736 Wahrnehmungen und 443 Vorschläge für Verbesserungen. Dies bedeutet fast 10 Wahrnehmungen und 6 Vorschläge für Interventionen im Unternehmen je Person!

Anzahl von Rückmeldungen Förderbereich	Spaltenbeschriftungen Intervention	Wahrnehmung	Gesamtergebnis
Individuelle Ressourcen	259	211	470
Arbeitsplatz	205	131	336
Individuelle Komepetenz	67	27	94
Führung & Organisation	205	74	279
Gesamtergebnis	736	443	1179
	9,8	5,9	

Abbildung 26: Wahrnehmungen und Interventionen (absolut)

Bemerkenswert ist an dieser Stelle die Feststellung, dass der Großteil der MitarbeiterInnen die persönliche Gesundheit an erster Stelle sieht. So betrafen 49 % aller Wahrnehmungen und 36 % aller Vorschläge für Interventionen den Förderbereich der „individuellen Ressourcen“. Etwas mehr als ein Viertel aller Wahrnehmungen (ca. 28 %) betrafen Wahrnehmungen und Vorschläge für Verbesserungen im Förderbereich „Arbeitsplatz“.

Anzahl von Rückmeldungen Förderbereich	Spaltenbeschriftungen Wahrnehmung	Intervention	Gesamtergebnis
Individuelle Ressourcen	47,6%	35,2%	39,9%
Arbeitsplatz	29,6%	27,9%	28,5%
Individuelle Komepetenz	6,1%	9,1%	8,0%
Führung & Organisation	16,7%	27,9%	23,7%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%

Abbildung 27: Wahrnehmungen und Interventionen (in %)

Im Förderbereich „Führung und Organisation“ waren zwar nur knapp ca. 17 % aller Wahrnehmungen, dafür aber fast 28 % aller Vorschläge für Interventionen zu erkennen. Der Förderbereich „Individuelle Kompetenzen“ war mit 6 % aller Wahrnehmungen und etwas mehr als 9 % % aller Vorschläge für Verbesserungen relativ gering vertreten. Die Bedeutung auf Weiterbildung im Hinblick auf den Erhalt von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wird scheinbar relativ gering eingeschätzt, auch wenn die Zahlen der Arbeitsmarktpolitik andere Schlüsse zulassen.

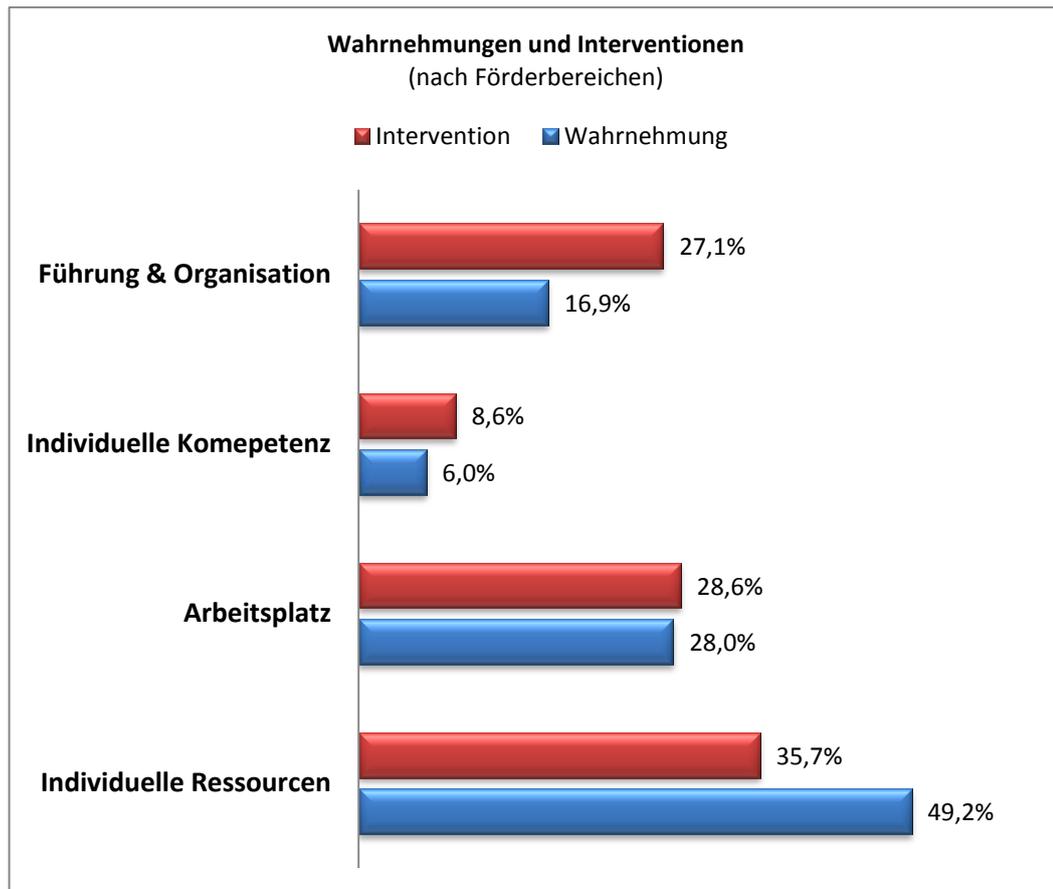


Abbildung 28: Wahrnehmungen und Interventionen nach Förderbereich

In den vier Förderfeldern werden jeweils Unterkategorien angeboten, zu denen die Wahrnehmungen und Interventionen zugeordnet werden.

Die diesbezügliche detaillierte Auswertung zeigt nachstehende Tabelle:

Anzahl Rückmeldungen		Spaltenbeschriftungen		
Förderbereich		Intervention	Wahrnehmung	Gesamtergebnis
Individuelle Ressourcen				
Bewegung		70	58	128
Untersuchung und Behandlung		45	165	210
Ernährung		44	36	80
Lebensbalance		25	16	41
Gesundheitsgerechtes Arbeiten		24	30	54
Entspannung		11	9	20
Sonstiges		9	62	71
Arbeitsplatz				
Arbeitsaufgabe		44	39	83
Arbeitsumgebung		34	21	55
Arbeitsplatz		29	79	108
Arbeitszeit		25	20	45
Arbeitsmittel		18	13	31
Information und Mitsprache		14	9	23
Arbeitsmenge		13	11	24
Sonstiges		4	19	23
Arbeitsstoffe		2	3	5
Individuelle Kompetenz				
(betriebliche) Weiterbildung		31	22	53
Einsatz des Erfahrungswissens		8	11	19
Trainings zur professionellen Gesundheitskompetenz		6		6
Karrieremöglichkeiten		6	3	9
Fachausbildung		4	3	7
Persönlichkeitsentwicklung			4	4
Sonstiges			3	3
Führung & Organisation				
Arbeitsablauf		47	32	79
Betriebsklima		42	28	70
Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung		23	29	52
Information		19	8	27
Kollegialität		15	15	30
Mitsprache		11	4	15
Sonstiges		10	5	15
Arbeitsaufgabe		6	8	14
Gesamtergebnis		639	765	1404

Abbildung 29: Wahrnehmungen und Interventionen im Detail (absolut)

Anzahl Rückmeldungen	Spaltenbeschriftungen		
Förderbereich	Intervention	Wahrnehmung	Gesamtergebnis
Individuelle Ressourcen	35,7%	49,2%	43,0%
Bewegung	30,7%	15,4%	21,2%
Untersuchung und Behandlung	19,7%	43,9%	34,8%
Ernährung	19,3%	9,6%	13,2%
Lebensbalance	11,0%	4,3%	6,8%
Gesundheitsgerechtes Arbeiten	10,5%	8,0%	8,9%
Entspannung	4,8%	2,4%	3,3%
Sonstiges	3,9%	16,5%	11,8%
Arbeitsplatz	28,6%	28,0%	28,3%
Arbeitsaufgabe	24,0%	18,2%	20,9%
Arbeitsumgebung	18,6%	9,8%	13,9%
Arbeitsplatz	15,8%	36,9%	27,2%
Arbeitszeit	13,7%	9,3%	11,3%
Arbeitsmittel	9,8%	6,1%	7,8%
Information und Mitsprache	7,7%	4,2%	5,8%
Arbeitsmenge	7,1%	5,1%	6,0%
Sonstiges	2,2%	8,9%	5,8%
Arbeitsstoffe	1,1%	1,4%	1,3%
Individuelle Kompetenz	8,6%	6,0%	7,2%
(betriebliche) Weiterbildung	56,4%	47,8%	52,5%
Einsatz des Erfahrungswissens	14,5%	23,9%	18,8%
Trainings zur professionellen Gesundheitskompetenz	10,9%	0,0%	5,9%
Karrieremöglichkeiten	10,9%	6,5%	8,9%
Fachausbildung	7,3%	6,5%	6,9%
Persönlichkeitsentwicklung	0,0%	8,7%	4,0%
Sonstiges	0,0%	6,5%	3,0%
Führung & Organisation	27,1%	16,9%	21,5%
Arbeitsablauf	27,2%	24,8%	26,2%
Betriebsklima	24,3%	21,7%	23,2%
Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung	13,3%	22,5%	17,2%
Information	11,0%	6,2%	8,9%
Kollegialität	8,7%	11,6%	9,9%
Mitsprache	6,4%	3,1%	5,0%
Sonstiges	5,8%	3,9%	5,0%
Arbeitsaufgabe	3,5%	6,2%	4,6%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%

Abbildung 30: Wahrnehmungen und Interventionen im Detail (in%)

3.2.3.4 Adressaten für Vorschläge zur Verbesserung

Im Verlauf des Arbeitsbewältigungs-Coaching-Gesprächs wurde für jede Intervention erhoben, wer aus Sicht der/s MitarbeiterIn für die Umsetzung eines Vorschlages zuständig sei. Als Antwortvorgabe wurde „die Person selbst“ (INDIVIDUAL), „das Unternehmen“ (COMPANY) oder „beide“ (BOTH) vorgegeben.

So sehen die insgesamt in der AB-C Beratung betreuten Personen mit ca. 56 % die Unternehmen als Adressaten für Vorschläge zur Verbesserung der Situation in den einzelnen Förderbereichen. Immerhin zu einem Drittel erkennen MitarbeiterInnen den Handlungsbedarf bei sich selbst. Bei etwas 10 % der Vorschläge wird ein gemeinsamer Handlungsbedarf von MitarbeiterInnen und Unternehmen wahrgenommen.

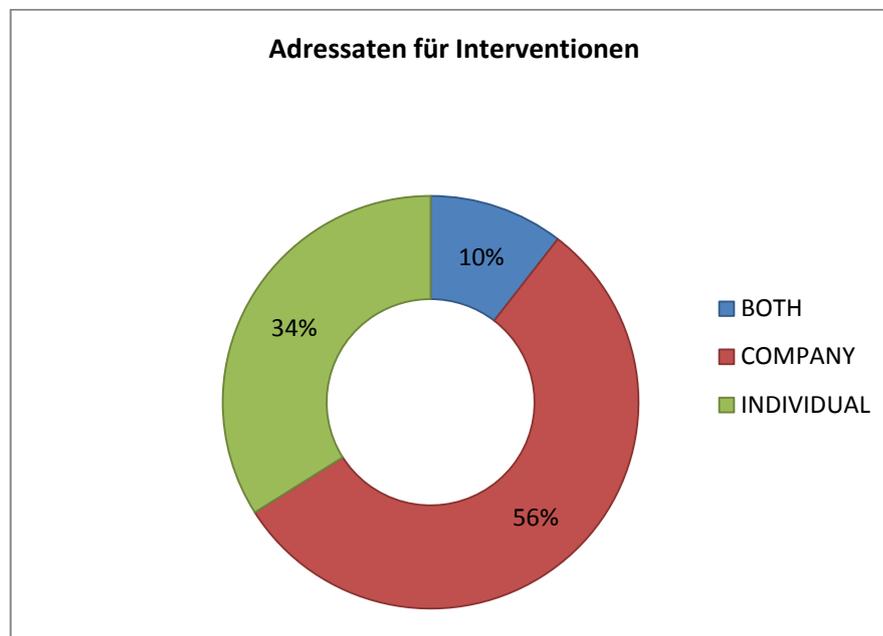


Abbildung 31: Adressaten für Interventionen

Interessante Ergebnisse treten zutage, wertet man alle erhobenen Interventionen nach dem Adressat aus, der aus Sicht unserer GesprächspartnerInnen für die Umsetzung des Verbesserungsvorschlages zuständig ist. Die Häufigkeitsverteilungen der angesprochenen Themen liefern wertvolle Hinweise für Unternehmen und deren MitarbeiterInnen sowie für alle Institutionen und Einrichtungen, die sich mit der Gestaltung von Gesundheitsangeboten auf individueller oder betrieblicher Ebene beschäftigen.

In der ersten der nachfolgenden Grafik wurden all jene Interventionen ausgewertet, bei denen unsere GesprächspartnerInnen sich selbst als Adressat für die Umsetzung eines Verbesserungsvorschlages angaben. Die Farbe des jeweiligen Balkens gibt zudem an, in welchem Förderbereich diese Intervention erhoben wurde.

Fragen der Bewegung, anstehender Untersuchungen und Behandlungen, der Ernährung und Lebensbalance sowie einer gesundheitsgerechten Arbeitsweise zählen zu den wichtigsten Anliegen, die Personen selbst im Rahmen ihrer persönlichen Bemühungen um den Erhalt und die Förderung ihrer Arbeitsfähigkeit einbringen können und wollen. Gemeinsam mit einer gesundheitsgerechten Gestaltung des Arbeitsplatz, soweit Personen selbst Gestaltungsmöglichkeiten dazu sehen, decken diese 6 Kategorien mehr als 75 % aller Interventionen ab, in den MitarbeiterInnen selbst Möglichkeiten für Interventionen für den Erhalt und die Förderung ihrer Arbeitsfähigkeit erkennen.

Ebenso interessant für alle EntscheidungsträgerInnen in den Unternehmen und die sie beratenden Gruppen ist das Ergebnis, wertet man die erhobenen Vorschläge nach dem Adressaten Unternehmen aus.

Zu den zentralen Anforderungen an die Unternehmen für den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit zählen MitarbeiterInnen die Bereiche Arbeitsaufgabe, Arbeitsablauf, Betriebsklima, Arbeitsumgebung, Arbeitszeit und Information. Gemeinsam mit den Kategorien Arbeitsplatz, Arbeitsmittel, Ernährung, Vorgesetzten-MA-Beziehung und Weiterbildung und Mitsprache decken sie mehr als 75 % aller Interventionen ab, die MitarbeiterInnen sich von ihren Arbeitgebern wünschen.

Die häufigsten acht Kategorien dieser Grafik – also der Interventionen, die vom Unternehmen erwartet werden - betreffen die betriebliche Ebene, also die Förderbereiche „Arbeitsplatz“ sowie „Führung und Organisation“. Interessant ist die Feststellung, dass das Betriebsklima als ein wesentlicher Faktor für den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit erkannt wird und entsprechende Vorschläge an das Unternehmen erfolgt sind.

Das Thema der (betrieblichen) Weiterbildung wird als die zentrale Aufgabe angesehen, um die sich Unternehmen und ihre MitarbeiterInnen gemeinsam bemühen sollten. Ca. 18 % aller Vorschläge, für die die MitarbeiterInnen sich selbst und das Unternehmen verantwortlich sehen, betreffen diesen Bereich. Zu den gemeinsamen Aufgaben zählen darüber hinaus die Themen Arbeitsablauf, Ernährung, Bewegung, Vorgesetzten-MA-Beziehung, Lebensbalance, Betriebsklima und Arbeitsaufgabe. Gemeinsam deckendiese ca. 70 % aller Interventionen mit den Adressaten Unternehmen & Individuum ab.

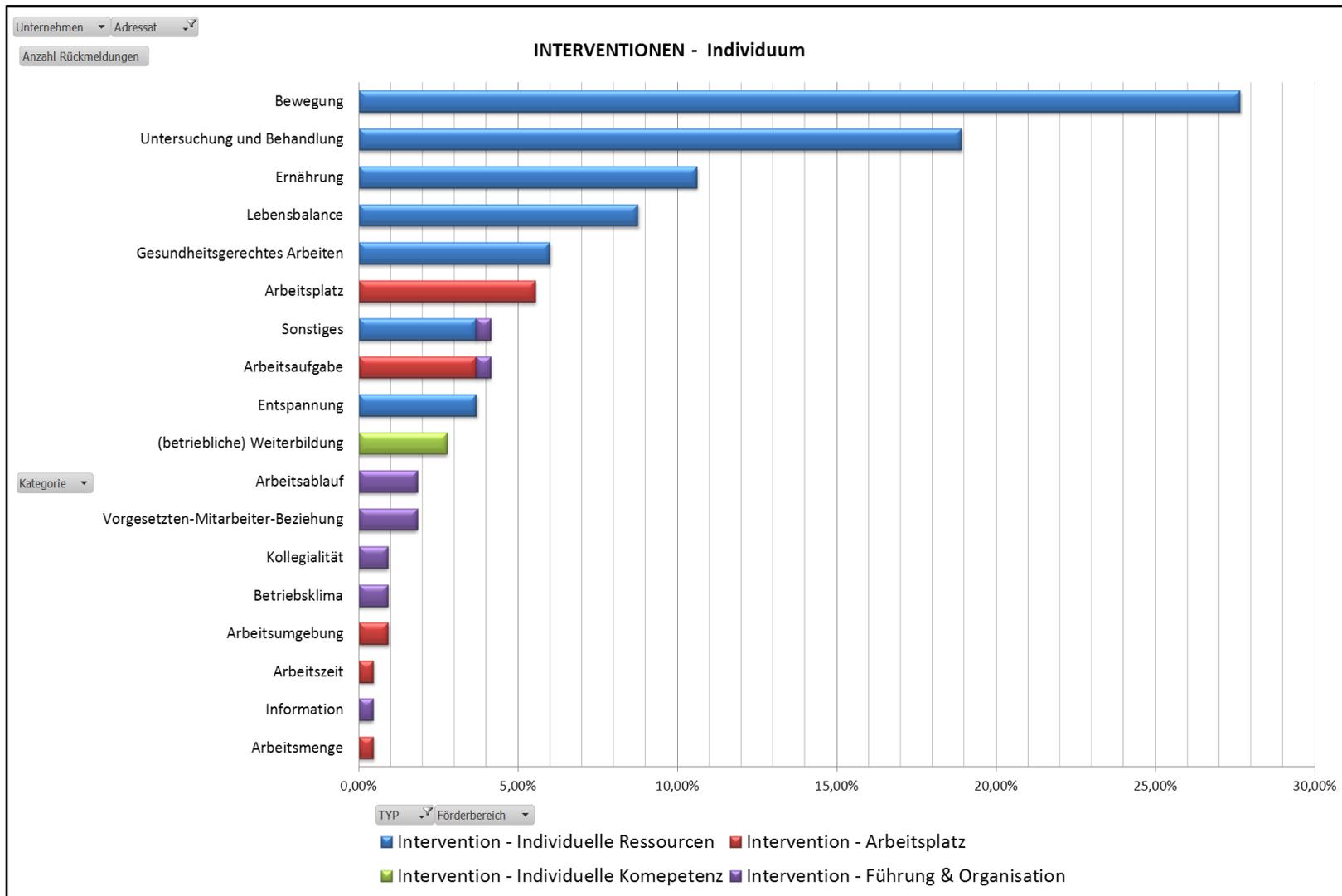


Abbildung 32: Interventionen - Adressat Individuum

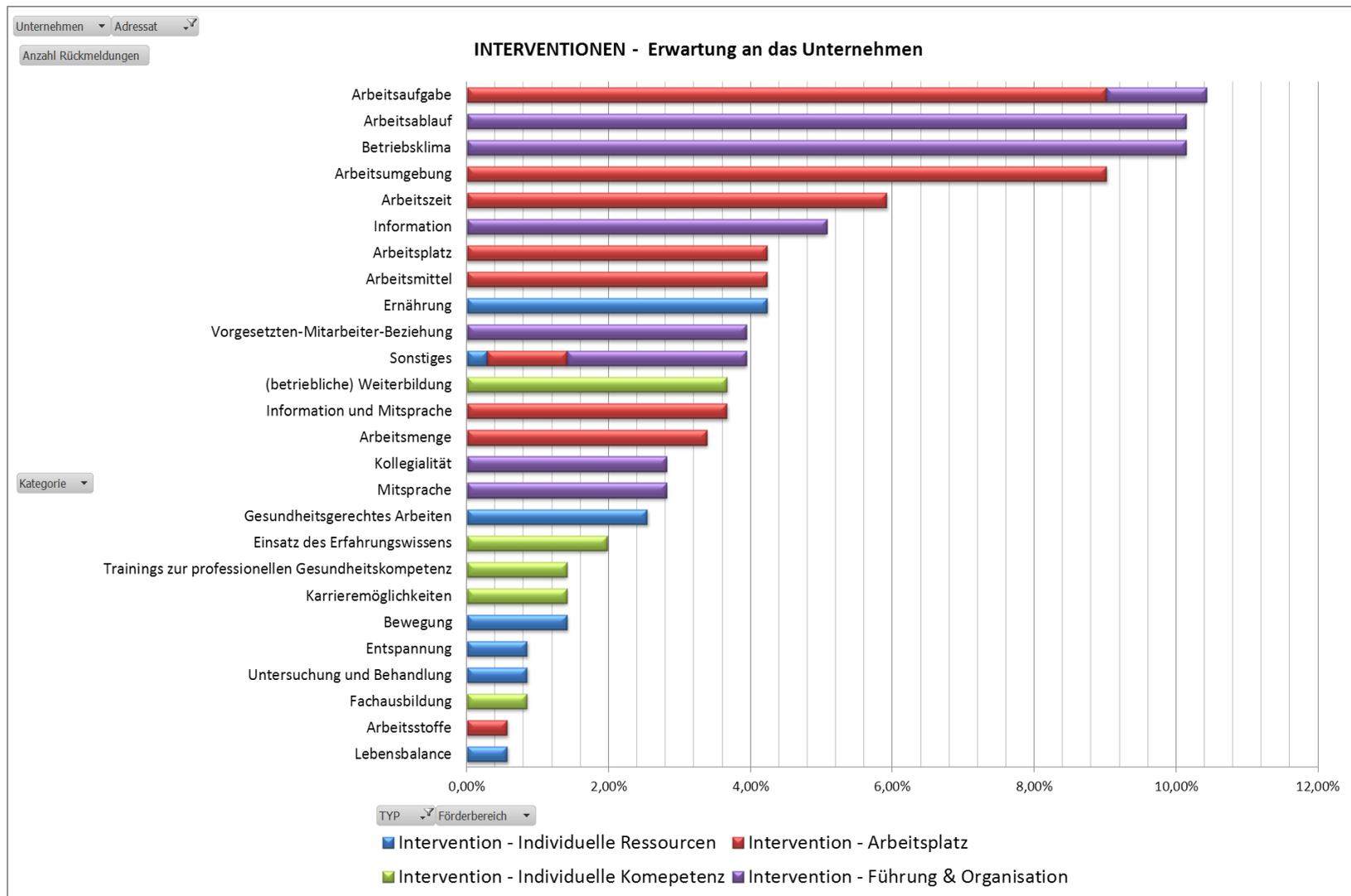


Abbildung 33: Interventionen - Adressat Unternehmen

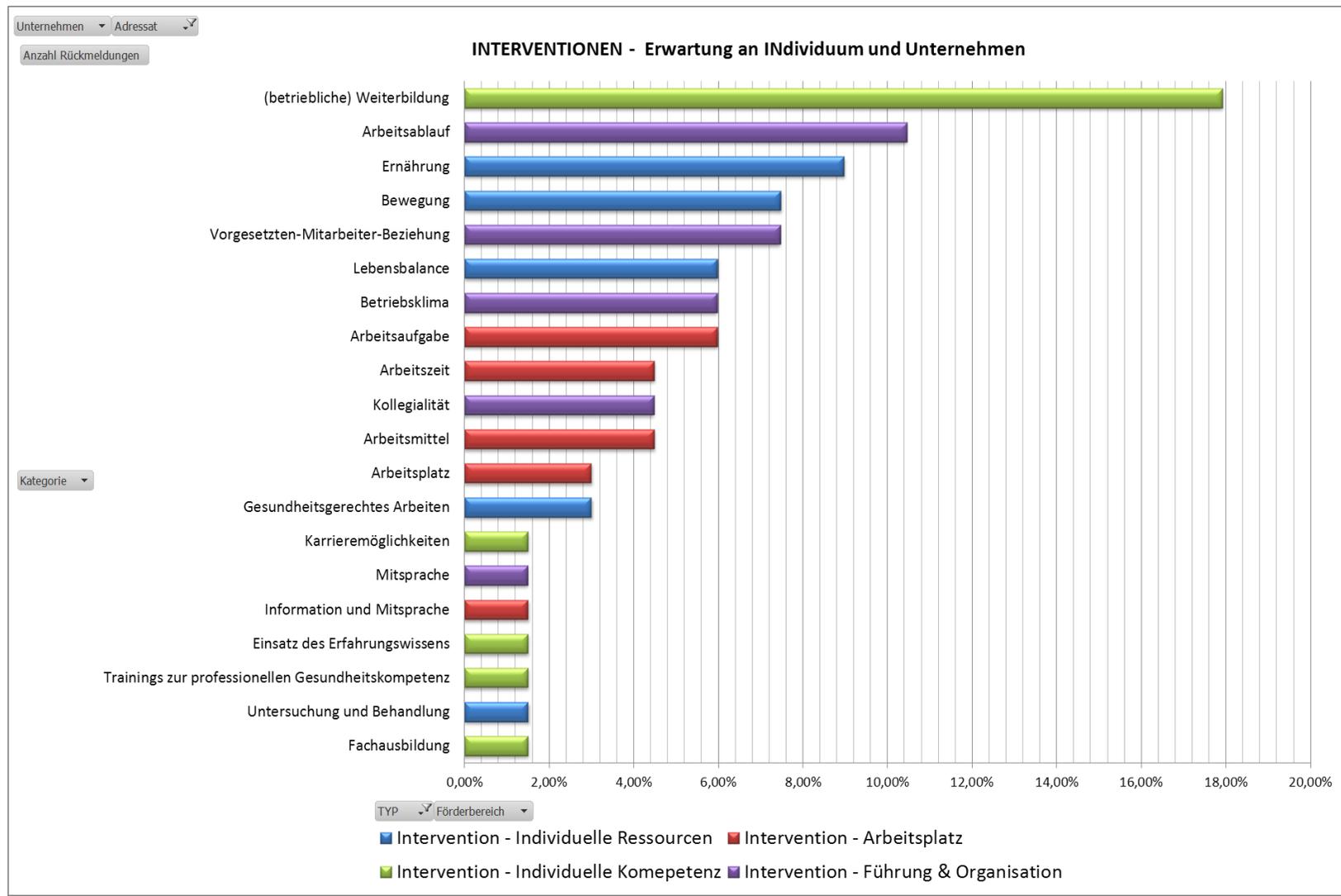


Abbildung 34: Interventionen - Adressaten Individuum & Unternehmen

4 SCHWERPUNKT PSYCHISCHE GESUNDHEIT (EBNER/ SCHMÖLZER)

4.1 METHODISCHE GRUNDLAGEN

Der amerikanische Soziologe Aaron Antonovsky entwickelte in den 1970er und 1980er Jahren eine alternative Sichtweise, zu der bis dahin vorherrschenden pathogenetischen – die Salutogenese. Geht die Pathogenese der Frage nach, wie Krankheit entsteht, so beschäftigte sich Antonovsky mit der Frage wo Gesundheit herkommt, wie sie entsteht bzw. welche Voraussetzungen dafür gegeben sein müssen, um trotz widriger Umstände nicht krank zu werden.

Ein wichtiger Forschungsteil und Ausgangspunkt seiner Überlegungen war die Befragung ehemaliger KZ-Häftlinge. Er ging der Frage nach wie Menschen unter so extremen Bedingungen es schaffen konnten psychisch gesund zu bleiben.

Ein zentraler Begriff, der sich dabei herauskristallisierte war das sogenannte Kohärenzgefühl, welches er verstärkt bei Menschen feststellte, die schwierige äußere Bedingungen bis hin zu Hunger, Krieg und Katastrophen gesund überstanden haben. Antonovsky konnte dabei eine innere Haltung herausarbeiten, die sich aus drei Bestandteilen zusammensetzt:

Verstehbarkeit – damit ist das Gefühl gemeint, dass alles was einem im Leben passiert nicht völlig chaotisch und willkürlich verläuft sondern irgendwie erklärbar ist.

Handhabbarkeit, Bewältigbarkeit – ist das Gefühl, dass einem selbst immer mehrere Möglichkeiten zur Verfügung stehen um Schwierigkeiten zu bewältigen bzw. Probleme zu lösen.

Sinnhaftigkeit, Bedeutsamkeit - das Gefühl, dass ein Teil der Probleme und Schwierigkeiten als sinnvolle Herausforderungen gesehen werden können und es sich lohnt sich anzustrengen um diese zu lösen.

Nach Antonovsky entwickelt sich ein gutes Kohärenzgefühl vor allem in der Kindheit und Jugend, bis hin zum jungen Erwachsenenalter. Mit etwa 30 Jahren ist es üblicherweise ausgeprägt. Was bis dahin nicht entstanden ist, ist ungleich schwerer nachzuholen, aber es ist nachholbar. (vgl. Antonovsky, 1997, S. 36 f)

Die Forschungen von Antonovsky sind die Grundlage für alle gesundheits- und arbeitspsychologischen Ressourcenforschungen, denen sich Schaarschmidt und Fischer, die Entwickler des Verfahrens "AVEM (Arbeitsbezogenes Verhalten und Erlebnismuster)" verpflichtet fühlen. Er ist sozusagen der Urvater dieser Ansätze.

Die Forschungen und Erkenntnisse Antonovskys sind unter anderem in das von P. Becker entwickelte und durch Forschungen belegte „hierarchische Strukturmodell der seelischen

Gesundheit“ eingeflossen. Becker versteht in seinem Modell unter "seelischer Gesundheit" die "Fähigkeit zur Bewältigung externer und interner psychischer Anforderungen" und es steht auf drei Säulen:

- **Seelisch-körperliches Wohlbefinden**
- **Selbstaktualisierung**
- **Selbst- und fremdbezogene Wertschätzung**

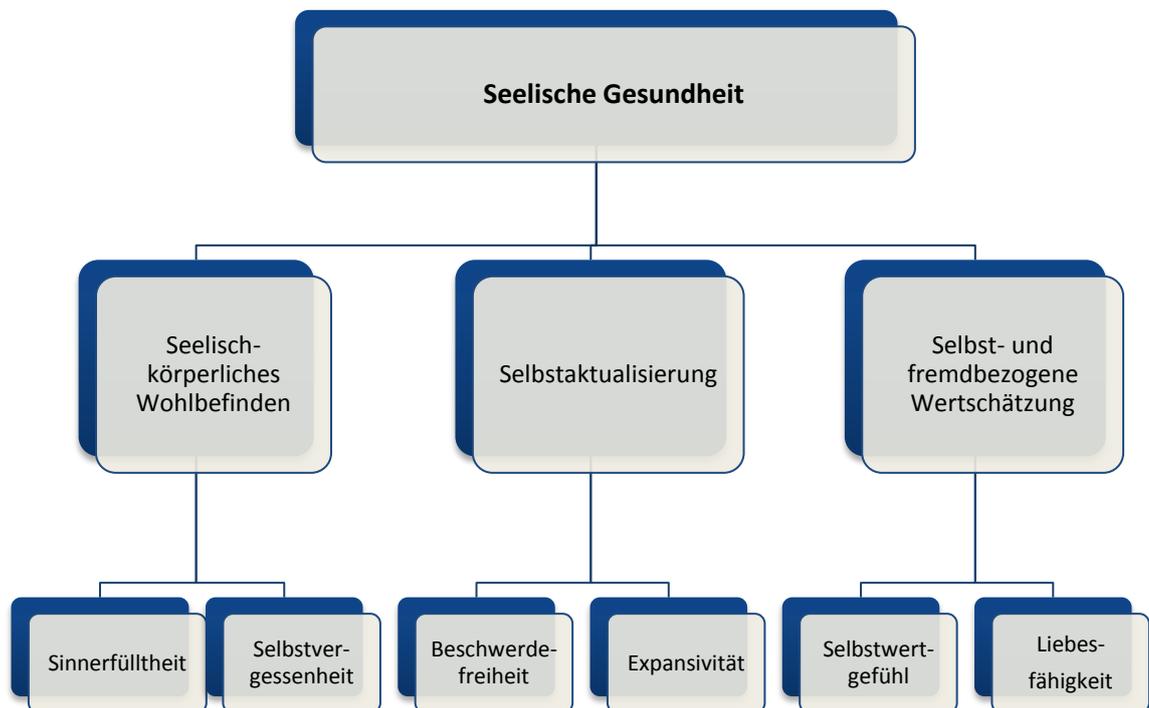


Abbildung 35: Hierarchisches Strukturmodell der seelischen Gesundheit nach Becker

Dieses Konzept geht auch davon aus, dass sich seelische Gesundheit auf einem Kontinuum bewegt, dass eine Person also nicht entweder seelisch krank oder gesund ist, sondern dass eine Person die einzelnen Merkmale mehr oder weniger zur Verfügung hat und demgemäß in unterschiedlichem Grade seelisch gesund oder seelisch krank ist, mithin unterschiedliche Positionen auf einem (oder mehreren) Gesundheits Krankheits Kontinuum (Kontinuen) einnimmt" (Becker, 1989, S. 7).

Als weitere methodische Grundlage das dem Projekt „psychische Gesundheit“ zugrunde liegt ist das Konzept der Resilienz anzuführen.

Der **Begriff der Resilienz** (“resilire” bedeutet “zurückspringen” oder “abprallen”) stammt ursprünglich aus der Physik und bedeutet dort so viel wie “in seinen ursprünglichen Zustand zurückkehren”, wobei damit die Eigenschaften von Materialien beschrieben werden, elastisch und flexibel auf äußere Einwirkungen zu reagieren und dabei dennoch ihre Form zu bewahren.

Die **Resilienzforschung** richtet ihren Blick auf die seelischen Widerstandskräfte und Ressourcen von Menschen. Zu Beginn der Resilienzforschung wurde Resilienz mit dem doch sehr unrealistischen Menschenbild der “Unverletzlichkeit” gleichgesetzt, doch inzwischen betonen Wissenschaftler, dass seelische Widerstandskraft nicht durch bestimmte Charaktereigenschaften gekennzeichnet ist, sondern sich vielmehr in einem komplexen Wechselspiel zwischen einer Vielzahl von Risiko- und Schutzfaktoren entfaltet, und demnach eine höchst individuelle Angelegenheit darstellt und bis zu einem gewissen Grade erlernbar ist.

Definition: „Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen“ (Welter-Enderling, Hildenbrand, 2006, S. 13).

Wie und wodurch entsteht diese Widerstandskraft?

Über die Eigenschaften, die ein Mensch haben muss, der das Puzzle seines Lebens, seines Ichs, aus eigener Kraft wieder zusammenfügt, ist sich die Forschung weitgehend einig. Diese sind:

- Beziehungsfähigkeit
- Hoffnung
- Selbstständigkeit
- Fantasie
- Kreativität
- Unabhängigkeit
- Humor
- Entschlossenheit
- Mut
- Einsicht
- Reflexion

Das ist das Gerüst, das uns hält, wenn wir in Krisensituationen standhalten. Die ForscherInnen sind sich weiters einig, dass Resilienz gesteigert werden kann.

Ein überschaubares praktisches Handwerkszeug sind dabei die formulierten sieben Säulen des „Resilienz-Konzeptes“:

- Optimismus
- Akzeptanz
- Lösungsorientierung
- Opferrolle verlassen
- Verantwortung übernehmen
- Netzwerk-Orientierung
- Zukunftsplanung

Micheline Rampe (Rampe, M. 2004) vertritt die Auffassung, dass man das Geheimnis der inneren Stärke mit dem Kochen eines Eintopfes vergleichen kann. Aus den sieben o.g. Zutaten entsteht der Eintopf. Der eine braucht mehr Fleisch, der andere mehr Kartoffeln, dem anderen fehlen die Vitamine. Manchmal hat man eine Zutat nicht vorrätig und muss improvisieren. Wenn beispielsweise niemand da ist, der zuhört – also die Säule Netzwerk ausfällt – kann eine Idee sein, im Alleingang beginnend nach Lösungen zu suchen (Wolter, Birgit).

Resilient zu sein bedeutet für den Einzelnen, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen und mit den negativen Folgen von Stress umzugehen, d.h., Resilienz ist so etwas wie die psychische Widerstandsfähigkeit eines Menschen. Es ist entscheidend, sich durch Widerstände im Leben nicht entmutigen zu lassen, sondern daraus zu lernen und diese Erfahrungen in das eigene Leben zu integrieren. Ein Grund- oder Urvertrauen, das sich in der Kindheit bildet, ist dafür bedeutsam und hilfreich, aber auch die genetische Ausstattung bestimmt die seelische Widerstandsfähigkeit mit. Das Grundvertrauen resilienter Menschen zeigt sich etwa in guten Beziehungen zu Freunden und Partnern und in einem positiven Selbstbild. Diese Menschen sind breiter interessiert, diszipliniert, neigen weniger zu Katastrophenphantasien und suchen auch bei Schicksalsschlägen nach positiven Aspekten, engagieren sich dort, wo sie Freude erleben und treten für ihr Glücklichein ein. Anhaltende negative Gefühle, schwelende Unzufriedenheit und Anspannung begünstigen psychische Krankheiten, während eine positive Gestimmtheit das kreative Denken fördert und entspannt. (<http://lexikon.stangl.eu/593/resilienz/>)

Ausgehend von diesen Konzepten bemühten sich Schaarschmidt und Fischer (Schaarschmidt,U.) um eine Strategie, in deren Zentrum die Erfassung der persönlichen Ressourcen steht, die in die Auseinandersetzung mit den Anforderungen des Berufs eingebracht werden. Als Ergebnis dieser Bemühungen wurde das Verfahren „AVEM“ entwickelt, mit dem sich persönlichkeitspezifische Muster des arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens identifizieren lassen. Diese persönlichen Muster erlauben Rückschlüsse sowohl auf gesundheitsförderliche als auch auf gesundheitsgefährdende Beanspruchungsverhältnisse.

4.1.1 AVEM - ARBEITSBEZOGENES VERHALTENS- UND ERLEBENSMUSTER

4.1.1.1 Grundlagen und Entwicklung des AVEM

Psychologische Verfahren werden schon seit Jahrzehnten herangezogen, wenn es darum geht, die gesundheitsrelevanten Auswirkungen beruflicher Tätigkeit zu erfassen. Traditionell konzentriert man sich dabei auf die Erfassung von Belastungseffekten in Form von psychischen und körperlich-funktionellen Beeinträchtigungen. Auch die Diagnostik des Burnout-Syndroms, die speziell im letzten Jahrzehnt starke Verbreitung fand, folgt dem effektbezogenen Ansatz.

Ausgehend von modernen gesundheitspsychologischen Konzepten reicht es aber nicht aus, sich auf die Identifizierung von Beeinträchtigungen und Beschwerden zu beschränken. Eine solche symptomorientierte Erfassung ist durch ein Herangehen im Sinne des salutogenetischen Ansatzes der von Antonovsky entwickelt und formuliert wurde, zu ergänzen. Mit diesem tritt die Frage nach den individuellen und sozialen Ressourcen, Hilfen und Schutzfaktoren für die gesundheitsförderliche Bewältigung der Anforderungen in den Vordergrund. Die betroffenen Menschen werden damit nicht als Opfer der auf sie einwirkenden Belastungen gesehen, sondern es wird ihnen eine aktive Rolle bei der Mitgestaltung ihrer Beanspruchungsverhältnisse zugesprochen. Auf dieser Ebene dürfte ein besserer Zugang zur Früherkennung möglicher Gefährdungen und damit zur Prävention gegeben sein. Es steht außer Frage, dass sich wirksamer in die Stärkung persönlicher Ressourcen als in die Korrektur bereits vorliegender und manifester Störungen und Beschwerden eingreifen lässt.

Schaarschmidt und Fischer ging es nun darum, das Ressourcenkonzept in eine konkrete diagnostische Strategie umzusetzen.

Zu diesem Zweck entwickelten sie (Schaarschmidt & Fischer, 2001, 2003) das hier im Projekt angewendete und erprobte psychodiagnostische Verfahren AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster).

4.1.1.2 Aufbau und Inhalte des AVEM

Bei der Konstruktion des Verfahrens wurde ein breites Merkmalsspektrum berücksichtigt. Die einbezogenen Merkmale sollten (unter dem Gesundheitsaspekt) wesentliche Seiten der Einstellung und Befindlichkeit in Bezug auf Arbeit, Beruf und damit verbundene Bereiche widerspiegeln. Diese Überlegungen schlagen sich in den 11 Dimensionen arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens nieder, die mit dem AVEM erhoben werden. (vgl. Schaarschmidt, S. 2ff). Die Dimensionen sind in nachstehender Tabelle erläutert.

1.	Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit (BA)	Stellenwert der Arbeit im persönlichen Leben Beispielitem: Die Arbeit ist für mich der wichtigste Lebensinhalt
2.	Beruflicher Ehrgeiz (BE)	Streben nach Zielen und Weiterkommen im Beruf Beispielitem: Ich möchte beruflich weiter kommen, als es die meisten meiner Bekannten geschafft haben
3.	Verausgabungsbereitschaft (VB)	Bereitschaft, die persönliche Kraft für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe einzusetzen Beispielitem: Wenn es sein muss, arbeite ich bis zur Erschöpfung
4.	Perfektionsstreben (PS)	Anspruch bezüglich Güte und Zuverlässigkeit der eigenen Arbeitsleistung Beispielitem: Was immer ich tue, es muss perfekt sein
5.	Distanzierungsfähigkeit (DF)	Fähigkeit zur psychischen Erholung von der Arbeit Beispielitem: Nach der Arbeit kann ich ohne Probleme abschalten
6.	Resignationstendenz bei Misserfolgen (RT)	Neigung, sich mit Misserfolgen abzufinden und leicht aufzugeben Beispielitem: Wenn ich keinen Erfolg habe, resigniere ich schnell
7.	Offensive Problembewältigung (OP)	aktive und optimistische Haltung gegenüber Herausforderungen und auftretenden Problemen Beispielitem: Für mich sind Schwierigkeiten dazu da, dass ich sie überwinde
8.	Innere Ruhe und Ausgeglichenheit (IR)	Erleben psychischer Stabilität und inneren Gleichgewichts Beispielitem: Mich bringt so leicht nichts aus der Ruhe
9.	Erfolgserleben im Beruf (EE)	Zufriedenheit mit dem beruflich Erreichten Beispielitem: Mein bisheriges Berufsleben war recht erfolgreich
10.	Lebenszufriedenheit (LZ)	Zufriedenheit mit der gesamten, auch über die Arbeit hinausgehenden Lebenssituation Beispielitem: Im Großen und Ganzen bin ich glücklich und zufrieden
11.	Erleben sozialer Unterstützung (SU)	Vertrauen in die Unterstützung durch nahe stehende Menschen, Gefühl der sozialen Geborgenheit Beispielitem: Wenn ich mal Rat und Hilfe brauche, ist immer jemand da

Abbildung 36: Die 11 Dimensionen des AVEM, Schaarschmidt, U., Fischer, A.

Diese 11 Dimensionen werden in weiterer Folge drei umfassenden inhaltlichen Bereichen zugeordnet.

Es sind dies das **berufliche Engagement** (Dimension 1 – 5), die **erlebte Widerstandskraft gegenüber** den **beruflichen Belastungen** (Dim- 6 – 8) und die **Emotionen**, die die Berufsausübung begleiten (D 9 – 11).

Im Hinblick auf gesundheitsbezogene Aussagen kommt jedem der drei Bereiche auch eine eigenständige Bedeutung zu.

Dem Arbeitsengagement sind die Dimensionen Subjektive Bedeutsamkeit der Arbeit, Beruflicher Ehrgeiz, Verausgabungsbereitschaft, Perfektionsstreben und Distanzierungsfähigkeit zugehörig.

Die Distanzierungsfähigkeit ist zugleich auch wichtiger Bestandteil des zweiten Bereichs, der erlebten Widerstandskraft gegenüber Belastungen. Dieser Bereich wird im Weiteren durch die Dimensionen Resignationstendenz bei Misserfolg, Offensive Problembewältigung sowie Innere Ruhe und Ausgeglichenheit repräsentiert.

Den dritten Bereich, den der Emotionen, machen die Dimensionen Erfolgserleben im Beruf, Lebenszufriedenheit und Erleben sozialer Unterstützung aus.

Diese Merkmale kennzeichnen zum einen den mehr oder weniger stabilen Hintergrund, vor dem sich die Auseinandersetzung mit den Arbeitsanforderungen vollzieht, und zum anderen kommen in ihnen in sehr unmittelbarer Weise Gesundheitsaspekte zum Ausdruck.

4.1.1.3 Vier Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens

Über die einzelnen Dimensionen hinausgehend werden diese in weiterer Folge in Form von Profilen, d.h. in komplexeren Verhaltens- und Erlebensmustern, betrachtet.

Das Verfahren erlaubt die Unterscheidung nach vier (clusteranalytisch bestimmten) Mustern. Für jede Person kann dann im Weiteren der Grad der Passung zwischen ihrem Individualprofil und den vier Referenzprofilen bestimmt werden. Dabei wird ihr jeweils das Muster (Cluster) zugeordnet, für das sich die größte Profilübereinstimmung ergibt.

Muster G

Dieses Muster kann als Ausdruck von **G**esundheit und als Hinweis auf ein gesundheitsförderliches Verhältnis gegenüber der Arbeit gelten. So gesehen handelt es sich um das wünschenswerte Muster arbeitsbezogenen Verhaltens und Erlebens.

Definiert ist dieses Muster durch deutliche, doch nicht exzessive Ausprägungen in den Merkmalen, die das Arbeitsengagement anzeigen. Am stärksten tritt der berufliche Ehrgeiz hervor, während in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben mittlere bis leicht erhöhte Werte vorliegen.



Weiters steht einem hohen Engagements die aufrechterhaltene Distanzierungsfähigkeit gegenüber. Auch in den Dimensionen, die die Widerstandskraft gegenüber Belastungen beschreiben, lassen sich durchgehend günstige Werte finden. So liegt die geringste Ausprägung in der Resignationstendenz gegenüber Misserfolgen vor und die stärkste in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit.

Das Bild vervollständigt sich schließlich durch die ausnahmslos höchsten Werte in den Dimensionen, die positive Emotionen zum Ausdruck bringen, dh im beruflichen Erfolgserleben, der Lebenszufriedenheit und dem Erleben sozialer Unterstützung.

Zu welchem Arbeitstyp gehöre ich?

G-Typ

Kreuzen Sie zu jedem Punkt Ihre Einschätzung von 1 (sehr niedrig) bis 9 (sehr hoch) an.

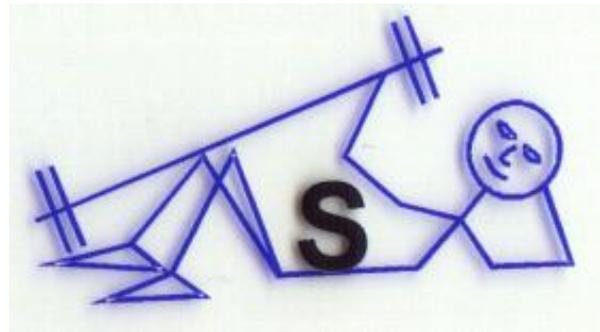
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Bedeutsamkeit der Arbeit						x			
2. Beruflicher Ehrgeiz								X	
3. Verausgabungsbereitschaft					X				
4. Perfektionsstreben						X			
5. Distanzierungsfähigkeit						X			
6. Resignationstendenz			X						
7. Offensive Problembewältigung							X		
8. Innere Ruhe / Ausgeglichenheit							X		
9. Erfolgserleben im Beruf							X		
10. Lebenszufriedenheit							x		
11. Erleben sozialer Unterstützung						x			

Abbildung 37: Profil Bewältigungsmuster G(esundheit)

Muster S

Mit der Musterbezeichnung S soll auf Schonung hingewiesen werden, die in diesem Falle das Verhältnis gegenüber der Arbeit charakterisiert. Es finden sich die geringsten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, dem beruflichen Ehrgeiz, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben. Hier fügt sich auch die im Vergleich mit allen anderen Mustern am stärksten ausgeprägte Distanzierungsfähigkeit ein.

Hervorzuheben ist im Weiteren die eher niedrige Resignationstendenz, die darauf hinweist, dass das verringerte Engagement nicht als Ausdruck einer resignativen Einstellung verstanden werden darf. Gemeinsam mit diesem Merkmal lässt auch die relativ hohe Ausprägung in der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit auf Widerstands-



fähigkeit gegenüber den beruflichen Belastungen schließen. Weiters liegt ein eher positives Lebensgefühl vor (relative hohe Lebenszufriedenheit). Allerdings dürfte die Quelle dafür bevorzugt außerhalb der Arbeit zu suchen sein. Der relativ niedrige Wert im beruflichen Erfolgserleben weist darauf hin. Er entspricht wohl auch der Erfahrung, dass Schonungshaltung und Erleben beruflichen Erfolgs schwerlich zueinander passen.

Generell sollte das Muster S weniger unter dem Gesundheits-, sondern eher unter dem Motivationsaspekt von Interesse sein. Des Öfteren dürfte sich im S-Muster das Erleben nicht (mehr) ausreichender beruflicher Herausforderung niederschlagen. Mitunter begünstigen auch noch andere Faktoren (z. B. defizitäre Arbeitsbedingungen und/oder ein belastendes Arbeitsklima) den Rückzug aus dem beruflichen Engagement. In der Folge wird dann dem familiären und dem Freizeitbereich eine verstärkte Bedeutung beigemessen. Das zuletzt Gesagte weist darauf hin, dass der Schonungshaltung mitunter auch eine Schutzfunktion zukommen dürfte.

Zu welchem Arbeitstyp gehöre ich?

S-Typ

Kreuzen Sie zu jedem Punkt Ihre Einschätzung von 1 (sehr niedrig) bis 9 (sehr hoch) an.

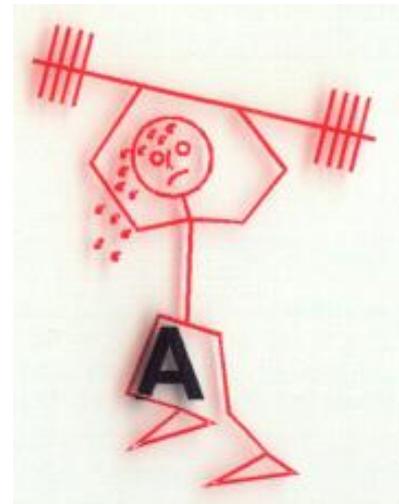
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Bedeutsamkeit der Arbeit		x							
2. Beruflicher Ehrgeiz		x							
3. Verausgabungsbereitschaft		x							
4. Perfektionsstreben			x						
5. Distanzierungsfähigkeit								x	
6. Resignationstendenz				x					
7. Offensive Problembewältigung				x					
8. Innere Ruhe / Ausgeglichenheit						x			
9. Erfolgserleben im Beruf				x					
10. Lebenszufriedenheit						x			

Abbildung 38: Profil Bewältigungsmuster S(chonung)

Risikomuster A

Im Vordergrund steht hier das überhöhte Engagement. Im Vergleich mit allen anderen Mustern liegen die stärksten Ausprägungen in der Bedeutsamkeit der Arbeit, der Verausgabungsbereitschaft und dem Perfektionsstreben vor. Bemerkenswert ist vor allem der eindeutig niedrigste Wert in der Distanzierungsfähigkeit, womit angezeigt wird, dass es den Personen dieses Profils am schwersten fällt, Abstand zu den Problemen von Arbeit und Beruf zu gewinnen.

Das außerordentlich starke Engagement geht mit verminderter Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen einher. Darauf verweisen die geringe Ausprägung in der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit und der relativ hohe Wert in der Resignationstendenz. Darüber hinaus ist es von eher negativen Emotionen begleitet. Darauf lassen die relativ geringen Werte in der Lebenszufriedenheit und im Erleben sozialer Unterstützung schließen. Insgesamt ist das Bild also dadurch charakterisiert, dass hohe **A**nstrengung keine positive emotionale Entsprechung findet. Es geht hier im Grunde um den Widerspruch von großem Arbeitseinsatz und ausbleibendem Erleben von Anerkennung, wovon stärkere pathogene Wirkungen, u. a. ein Herz-Kreislauf-Risiko, auszugehen scheinen.



Das eigentliche „pathogene Wirkelement“ dieses Typs wird in der Verbindung dieses beschriebenen Verhaltensmusters mit negativen Gefühlen gesehen. Es ergibt sich dann ein Persönlichkeitsbild, das nicht nur das Risiko der Infarktgefährdung, sondern ein generelles Krankheitsrisiko bedingen kann. Diese spezifische Konstellation von übersteigertem Arbeitsengagement und negativen Emotionen spiegelt sich im Risikomuster A weitgehend wider.

Zu welchem Arbeitstyp gehöre ich?

A-Typ

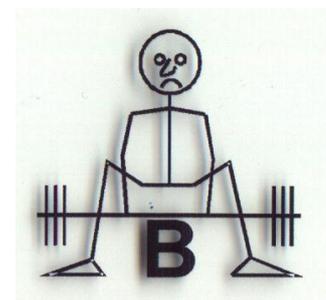
Kreuzen Sie zu jedem Punkt Ihre Einschätzung von 1 (sehr niedrig) bis 9 (sehr hoch) an.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Bedeutsamkeit der Arbeit								X	
2. Beruflicher Ehrgeiz						X			
3. Verausgabungsbereitschaft								X	
4. Perfektionsstreben							X		
5. Distanzierungsfähigkeit		X							
6. Resignationstendenz						X			
7. Offensive Problembewältigung						x			
8. Innere Ruhe / Ausgeglichenheit			X						
9. Erfolgserleben im Beruf						X			
10. Lebenszufriedenheit				X					
11. Erleben sozialer Unterstützung				x					

Abbildung 39: Profil Bdeewältigungsmuster A(nstrengung)

Risikomuster B

Die herausragenden Kennzeichen sind hier hohe Resignationstendenz, geringe Ausprägungen in der offensiven Problembewältigung sowie der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit, ausbleibendes Erfolgserleben im Beruf und generelle Lebensunzufriedenheit. Im Weiteren gehören zu diesem Bild eher niedrige Werte in den Dimensionen des Arbeitsengagements, insbesondere in der subjektiven Bedeutsamkeit der Arbeit und im beruflichen Ehrgeiz. In dieser Hinsicht bestehen Gemeinsamkeiten mit dem Muster S. Im Unterschied zu S geht das verminderte Engagement jedoch nicht mit erhöhter, sondern mit eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit einher.



Vorrangig also ist das Bild durch Resignation, Motivationseinschränkung, herabgesetzte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und negative Emotionen bestimmt. Solche Erscheinungen zählen zum Kern des Burnout-Syndroms daher wird auch vom Risikomuster B gesprochen. Die Orientierung liegt hierbei auch an Konzepten, denen zufolge **B**urnout vor allem durch reduziertes Engagement anderen Menschen und der Arbeit gegenüber sowie durch ein Bündel von emotionalen Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist. Zu letzteren dürfte vorrangig ein allgemeines Erschöpfungserleben, verbunden mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit, zu zählen sein. Für das präventive Anliegen des AVEM ist von Belang, dass auch das Burnout-Syndrom in einem engen Zusammenhang mit der Entwicklung körperlich-funktioneller Störungen gesehen wird.

Die theoretischen Konzepte zum Burnout-Syndrom laufen in der Regel auf Phasentheorien hinaus (z. B. Freudenberg, 1974). Sie postulieren einen prozesshaften Verlauf, der eine Steigerung der Symptomatik und eine Zunahme ihrer Vielfalt einschließt. Die Verhaltens- und Erlebensbesonderheiten, die sich in einem deutlich ausgeprägten AVEM-Muster B zeigen, dürften den Symptomen im fortgeschrittenen Stadium des Burnout entsprechen.

Zu welchem Arbeitstyp gehöre ich?

B-Typ

Kreuzen Sie zu jedem Punkt Ihre Einschätzung von 1 (sehr niedrig) bis 9 (sehr hoch) an.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Bedeutsamkeit der Arbeit			x						
2. Beruflicher Ehrgeiz			x						
3. Verausgabungsbereitschaft					x				
4. Perfektionsstreben				x					
5. Distanzierungsfähigkeit				x					
6. Resignationstendenz							x		
7. Offensive Problembewältigung		x							
8. Innere Ruhe / Ausgeglichenheit			x						
9. Erfolgserleben im Beruf		x							
10. Lebenszufriedenheit		x							
11. Erleben sozialer Unterstützung				x					

Abbildung 40: Profil Bewältigungsmuster B(urnout)

Unter dem Gesundheitsaspekt und insbesondere mit Sicht auf das präventive Anliegen verdienen vor allem die beiden zuletzt genannten Muster besondere Aufmerksamkeit. Sie sind als Risikomuster zu verstehen, da in beiden Fällen arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebensweisen auszumachen sind, die psychische Gefährdungen und Beeinträchtigungen anzeigen.

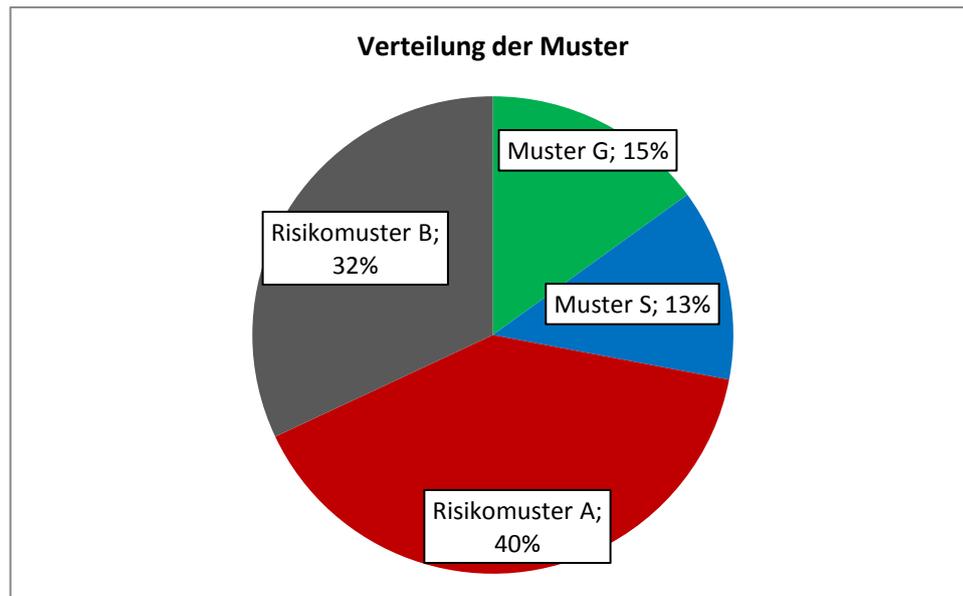


Abbildung 41: Anteile der 4 Verhaltensmuster

Die bisherigen Erfahrungswerte zeigen, dass die 4 Muster in der dargestellten Verteilung festgestellt werden konnten. Demzufolge sind über 70 % der untersuchten Personen einem der beiden Risikomuster zuzuordnen und nur 28 % den beiden als mehr oder weniger „gesund“ zu bezeichnenden Verhaltensmustern. Daraus ergibt sich eine hohe Brisanz und eine immense Aufgabe in der Frühdiagnose. Die beiden Risikogruppen rechtzeitig zu erkennen und durch geeignete Interventionen zu unterstützen scheint eine wichtige Herausforderung für die betriebliche Gesundheitsprävention zu sein.

4.1.1.4 Gegenüberstellung der Risikomuster – Konsequenzen für die Intervention

Werden die beiden Risikomuster A und B gegenübergestellt, so finden sich Gemeinsamkeiten, aber auch deutliche Unterschiede.

Die Gemeinsamkeiten bestehen (bei graduellen Unterschieden) in eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit gegenüber den Arbeitsproblemen und herabgesetzter emotionaler Widerstandskraft, was in innerer Unruhe und Unausgeglichenheit sowie beeinträchtigtem Lebensgefühl zum Ausdruck kommt. Dazu gehört auch das Empfinden unzureichender sozialer Unterstützung.

Beide Muster verbindet ein Erleben von Überforderung. Allerdings handelt es sich bei A um Selbstüberforderung durch übersteigertes berufliches Engagement. Hier kennzeichnet demzufolge (überzogene) Aktivität die Problemauseinandersetzung. Dagegen ist für das Muster B eine passive und resignativ-leidende Haltung in Bezug auf die Berufs- und darüber

hinausgehenden Lebensanforderungen charakteristisch. Sie drückt sich auch im Erleben von Kompetenz- und Motivationsdefiziten aus. Als übergreifende, beiden gesundheitlichen Risiken gleichermaßen angemessene Maßnahmen sind die Förderung von Entspannung und aktiver Kompensation zu empfehlen, die vor allem der emotionalen Distanzierung vom Berufsalltag zugute kommen sollten. Hier ist das Spektrum der Möglichkeiten sehr groß. Besonderes Gewicht sollten dabei freudvolle Freizeitaktivitäten haben. Für beide Risikomuster ist im Weiteren die Klärung des professionellen Selbstverständnisses von Bedeutung, d. h. die Identifizierung,

Neben den vergleichbaren Merkmalen lassen sich für beide Risikomuster Spezifika ausweisen, die auch gesonderte Maßnahmen der Intervention verlangen:

Muster A wird vor allem bestimmt durch die Diskrepanz zwischen dem erhöhten Engagement auf der einen und den Einschränkungen von Widerstandskraft und Lebensgefühl auf der anderen Seite. Vorrangig kommt es bei Muster A darauf an, der exzessiven Verausgabung im Beruf entgegenzuwirken. Zu diesem Zweck gilt es, eine Relativierung des Stellenwertes der Arbeit in Bezug auf die übrigen Bereiche des Lebens zu erreichen. Aber auch das Überdenken und Verändern der individuellen Arbeitsorganisation ist oftmals angezeigt. Im Weiteren sind bei diesem Muster solche Maßnahmen gefordert, die auf die Verringerung der Verletzbarkeit in Konfliktsituationen, die Erhöhung der Frustrationstoleranz und die angemessene Bewältigung von Ärger abzielen.

Beim Risikomuster B wird das Bild durch Motivationseinschränkung, Rückzug bei anstehenden Problemen, Hoffnungslosigkeit und Niedergeschlagenheit bestimmt. Es ist hier ein breites Spektrum von Intervention in Erwägung zu ziehen, wobei im Grunde kein Lebensbereich ausgeklammert werden darf.

Neben den für beide Risikomuster aufgeführten Maßnahmen zur Stressbewältigung und zur Entwicklung eines realitätsbezogenen beruflichen Selbstverständnisses kommt es bei Muster B insbesondere auf die Förderung der sozial-kommunikativen Kompetenzen an. Schwerpunkt dabei ist vor allem in der Unterstützung offensiver Konfliktbearbeitung, der Stärkung des Selbstbewusstseins und der Bewältigung sozialer Ängste zu sehen.

Bei einem stark ausgeprägten B-Muster ist kaum damit zu rechnen, dass vom Betroffenen selbst spürbare Veränderungen der beruflichen und privaten Lebenssituation eingeleitet werden können. Es bedarf weitreichender Hilfe von außen, die darauf gerichtet sein muss, den Willen und die Kraft zur eigenaktiven Gestaltung der beruflichen und sonstigen Lebensumstände in Gang zu setzen und zu stärken.

Gemeinsamkeiten von A und B	Übergreifende Maßnahmen der Intervention
innere Unruhe und Unausgeglichenheit, eingeschränkte Distanzierungsfähigkeit	Belastungsausgleich durch Entspannen und Kompensieren (Ausagieren durch Sport, Gartenarbeit, Bewegung an frischer Luft etc., Entspannungsübungen, musische Betätigung...)
Unzufriedenheit, Misserfolgserleben	Klärung des professionellen Selbstverständnisses, Korrektur unrealistischer und überhöhter (A) bzw. enttäuschter (B) berufsrelevanter Ansprüche, Erwartungen und Zielvorstellungen
Erleben mangelnder sozialer Unterstützung	Entwicklung von Teamgeist und Teamfähigkeit, (Intensivierung des Gesprächs im Team und mit der Leitung, Supervision, Organisation und Pflege sozialer Kontakte in der Freizeit)

Abbildung 42: Gemeinsamkeiten der Risikomuster und darauf abgestimmte übergreifende Maßnahmen

Charakteristika von A	Spezifische Maßnahmen der Intervention
einseitige Betonung der Arbeit,	Relativierung des Stellenwertes der Arbeit gegenüber den anderen Bereichen des Lebens,
exzessive Verausgabung,	Nein-Sagen lernen,
Selbstüberforderung	Veränderung der individuellen Arbeitsorganisation und des Zeitmanagements, Koordinierung und Ausbalancierung von beruflichen Anforderungen, häuslichen Pflichten und Freizeitaktivitäten
Unausgeglichenheit, Ungeduld, Ärger	Förderung von Aussprachemöglichkeiten, Konflikt- und Stressbewältigungstraining

Abbildung 43: Charakteristika des Risikomusters A und darauf abgestimmte Maßnahmen

Charakteristika von B	Spezifische Maßnahmen der Intervention
eingeschränkte kommunikative Kompetenz, defensive Problembewältigung	Förderung offensiven Kommunikations- und Problemlöseverhaltens über Training, Supervision, Mentorenschaft u. dgl
Resignation,	Supervision, Coaching, ggf. auch Einzel- oder Gruppentherapie zum Zwecke der emotionalen Stabilisierung, der Stärkung von Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit sowie neuer Zielsetzung und Sinnfindung
Hoffnungslosigkeit	
Verzweiflung	

Abbildung 44: Charakteristika des Risikomusters B und darauf abgestimmte Maßnahmen

Natürlich muss darauf hingewiesen werden, dass die an der Person ansetzenden Maßnahmen, in vielen Fällen nicht ausreichend sind. Vor allem dort, wo Risikomuster vermehrt auftreten, liegt es nahe, dass defizitäre Arbeitsbedingungen eine entscheidende

Rolle spielen. So kommt es dann auf Veränderungsbemühungen an, bei denen personen- und bedingungsbezogene Maßnahmen Hand in Hand gehen. Kurzum: Es sollte aus den AVEM-Ergebnissen nicht nur auf persönlichen Entwicklungsbedarf (Verhalten), sondern auch auf berufliche Gestaltungserfordernisse (Verhältnis) geschlossen werden.

4.1.1.5 Die diagnostischen Leistungsmöglichkeiten des AVEM

Bisher wurden von Schaarschmidt ca. 30.000 Personen aus unterschiedlichen Berufen untersucht. Aus allen diesen Untersuchungen geht die hohe Gesundheitsrelevanz der Musterdifferenzierung hervor.

Stets konnten sie zeigen, dass sich die Vertreter der Muster in Bezug auf psychisches und körperliches Befinden, Erholungsfähigkeit, Krankenstandstage, die Absicht vorzeitiger Pensionierung, die Bewertung von Arbeitsbedingungen nach dem Grad der Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit u. a. Gesundheitsindikatoren deutlich unterscheiden. Von besonderem Interesse war dabei stets die enge Verbindung mit der Intervention und die Gewinnung von Aussagen über Musterveränderungen in der Folge von Interventionsmaßnahmen.

4.1.2 AUSWAHL DER UNTERNEHMEN

Für den Schwerpunkt „Psychische Gesundheit“ wurde mit mehreren Unternehmen Kontakt aufgenommen. In zwei Unternehmen wurden testweise Vorprojekte durchgeführt. Ziel dieser Vorprojekte war es, erste Erfahrungen mit dem Einsatz des Testinstruments in einem überschaubaren Rahmen zu erhalten. Die Testunternehmen dieser Vorprojektphase waren:

- **LASERPLAST Richard Wagner Kunststoffverarbeitungs GmbH**, A 1140 Wien, Goldschlagstraße 172 sowie
- **Drinkomat Artmann HandelsgmbH & Co. KG**, A-1140 Wien; Missindorfstraße 21/3/2.Stock

Für die Teilnahme am Projekt konnten nachfolgende Unternehmen gewonnen werden. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf diese drei Unternehmen.

- **UniCredit Bank Austria AG**, 1010 Wien, Schottengasse 6 – 8, Austria
- **Kunststoffwerk ZITTA GmbH**, Industriepark 22, 4061 Pasching, Austria
- **GWSG -STADTWERKE - Gemeinnützige Wohnungs- und Siedlungsgesellschaft der Wiener Stadtwerke, Ges.m.b.H.**, Nelkengasse 6/6, 1060 Wien, Austria

4.1.3 DURCHGEFÜHRTE LEISTUNGEN IN DEN UNTERNEHMEN

In allen drei Betrieben wurde die Erhebung des Arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebnismuster (AVEM), sowie eine psychologische Beratung durchgeführt. Insbesondere wurde mit jenen MitarbeiterInnen, die aufgrund der Testungen Belastungen aufwiesen (Erlebnismuster A und B) ein Coachinggespräch durchgeführt und in weiterer Folge Interventionsvorschläge, sowohl auf individueller Ebene als auch auf unternehmerischer Ebene, gegeben.

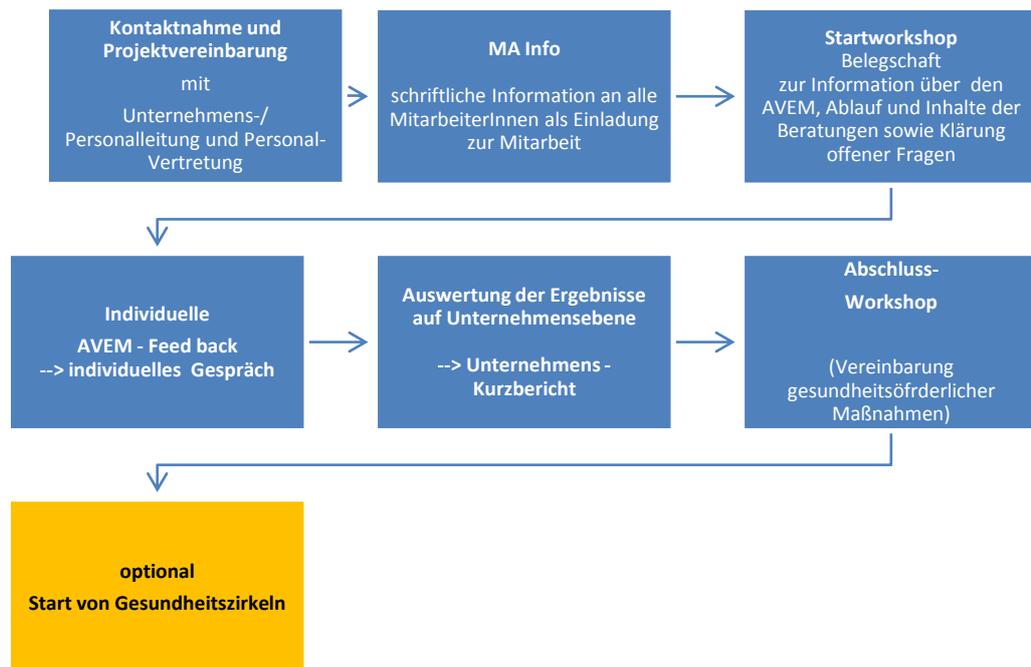
Beispiele für vorgeschlagene Interventionen:

- Ressourcen- und Belastungswrkshops
- Einzelcoachings für belastete MitarbeiterInnen und Führungskräfte
- Führungskräfte-seminare
- Sensibilisierung von Führungskräften
- Entspannungstrainings
- Genusstrainings
- Teamentwicklungstrainings in den Abteilungen
- Zeitmanagement Seminare
- Work-Life-Balance Seminare
- Kommunikations- und Konfliktbewältigungstrainings
- Maßnahmen im Bereich Meetingkultur, Unternehmenskultur allgemein
- Maßnahmen im Bereich Sinnfindung, Sinn von Entscheidungen für MitarbeiterInnen nachvollziehbar machen
- Maßnahmen im Bereich erhöhte Partizipation von MitarbeiterInnen
- Psychotherapie für besonders belastete MitarbeiterInnen
- Nochmalige Durchführung des AVEM zur Überprüfung ob sich durch die Interventionen die Belastungen verringert haben, die Interventionen eine Wirkung gezeigt haben.

4.2 ERGEBNISSE DER PILOTPROJEKTE IN DEN UNTERNEHMEN

4.2.1 ABLAUF DES BERATUNGSPROZESSES

Zur Durchführung der Projekte mit diesem Schwerpunkt wurde ein idealtypischer Beratungsverlauf angenommen, der nachfolgende Phasen durchläuft. Je nach Unternehmensgröße bestand die Option, diesen Prozess in Abstimmung mit den Anforderungen des Unternehmens anzupassen.



Auch in diesem Beratungssetting wurde vor Durchführung der Erstberatungen im Unternehmen ein regionales Netzwerk von BeraterInnen und TherapeutInnen aufgebaut, um im Falle eines längeren Betreuungsbedarfs dorthin verweisen zu können.

4.2.2 BESCHREIBUNG DER ZIELGRUPPE

Insgesamt wurde das Teilprojekt „Psychische Gesundheit“ in drei Unternehmen erprobt und konnten 140 MitarbeiterInnen betreut werden. Die betreuten MitarbeiterInnen verteilen sich auf die drei Unternehmen wie folgt:

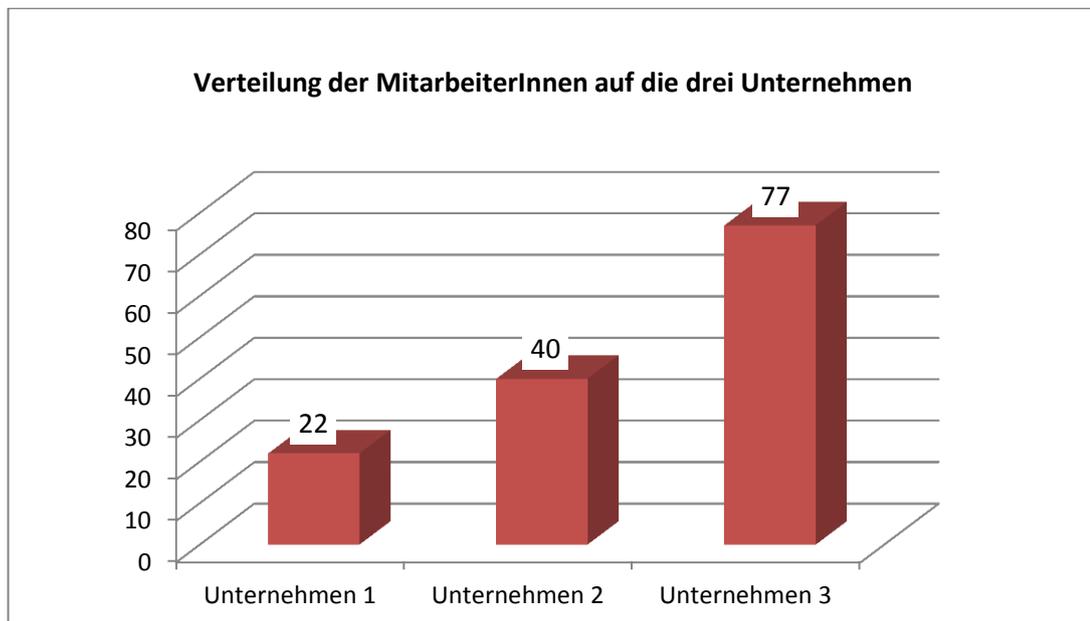


Abbildung 45: MitarbeiterInnen Anzahl in den drei Unternehmen

Grundsätzlich ist zu sagen, dass es sich bei den in diesem Teilprojekt betreuten Unternehmen eher um größere Unternehmen gehandelt hat, in denen jeweils ein Teilbereich (Abteilung) im Projekt betreut wurde.

Das kleinste dieser drei Unternehmen hat ca. 100 Mitarbeiter von denen sich 40 am Projekt beteiligten.

4.2.3 ERGEBNISSE IN DEN UNTERNEHMEN

Gesamt betrachtet ergab die Testung der MitarbeiterInnen mit dem AVEM (Arbeitsbezogenes Verhaltens und Erlebnismuster) nachstehendes Bild.

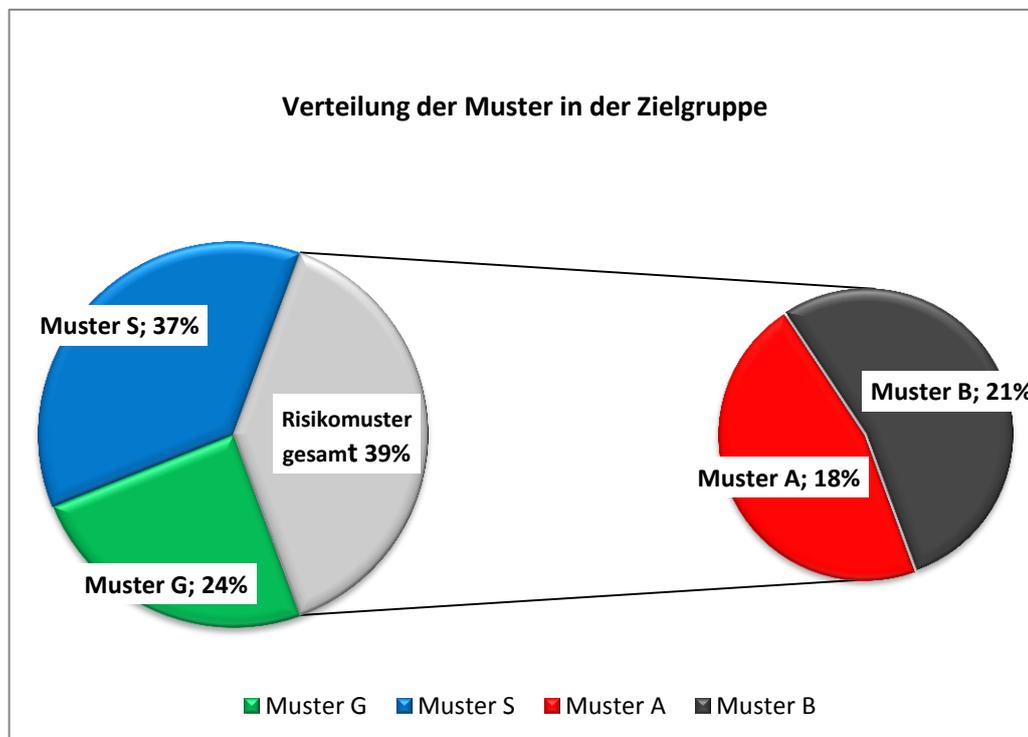


Abbildung 46: Verteilung der Typen in den Unternehmen

Diese Grafik zeigt, dass 24 % der getesteten MitarbeiterInnen das gesundheitsförderliche Muster „G“ aufweisen. Dieses ist definiert durch eine deutliche, aber nicht exzessive Ausprägung im Arbeitsengagement bei erhaltener Distanzierungsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsprobleme, offensives Bewältigungsverhalten und Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen sowie ein positives Lebensgefühl.

37 % der beteiligten MitarbeiterInnen sind dem Schonungsmuster „S“ zuzuordnen. Dieses Verhaltens- und Erlebnismuster erfordert eine starke Distanzierung gegenüber den Arbeitsproblemen und psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber beruflichen Belastungen bei einer (relativen) allgemeinen Lebenszufriedenheit.

Das Muster „S“ (Schonhaltung) beinhaltet zwar kein Belastungsrisiko und damit auch kein Risiko der Gesundheitsgefährdung, es ist allerdings aus dem Motivationsgesichtspunkt durchaus als kritisch zu werten, wenn in den Unternehmen 37 %, der MitarbeiterInnen dieses Muster aufweisen. Menschen mit diesem Verhaltensmuster neigen zu innerer

Kündigung und damit niedrigem Engagement bei der Arbeit. Hier sind Maßnahmen im Sinne der Motivation und Sinnfindung angezeigt.

Insgesamt 39 % der beteiligten MitarbeiterInnen weisen eines der beiden gesundheitsgefährdenden Risikomuster A und B auf.

Das auf Anstrengung fokussierte Risikomuster A oder auch Stress-Risikomuster zeichnet sich durch ein überhöhtes Engagement und geringe Distanzierung in Bezug auf die Arbeitsprobleme sowie eine verminderte psychische Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen und einem eingeschränkten Lebensgefühl aus.

Es wurde auch festgestellt, dass Menschen mit diesem Risikomuster ein erhöhtes Risiko zu Herz/Kreislaufkrankungen aufweisen.

Bei dem gesundheitsgefährdendem Risikomuster B (Burn Out) ist eine starke Resignationstendenz und verminderte Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, ein deutlich eingeschränktes Lebensgefühl und ein reduziertes Engagement bei zugleich eingeschränkter Distanzierungsfähigkeit gegenüber Arbeitsproblemen zu beobachten.

Dem Risikomuster A sind, wie aus der Grafik ersichtlich 18 % der MitarbeiterInnen zuzurechnen und dem Risikomuster B 21 %.

Auffallend war die Streuung der Werte zwischen den Unternehmen. So waren in dem Unternehmen in dem die MitarbeiterInnen die niedrigsten Belastungen aufwiesen jeweils ca. 40 % der MitarbeiterInnen den Muster G und S zuzuordnen, 14 % dem Risikomuster A und 4,5 % dem Risikomuster B. Demgegenüber sahen in dem Unternehmen in dem die Belastungen am höchsten waren ganz anders aus. In diesem Unternehmen fielen nur ca. 15 % der MitarbeiterInnen in das gesundheitsförderliche Muster G, 36 % in das Schonungsmuster, 19,5 % in das Risikomuster A und ca. 29 % in das Risikomuster B und waren damit teilweise massiv Burnout gefährdet.

Generell sind die Zahlen die im Projekt erhoben wurden zwar niedriger als die in den Vergleichswerten, wie in Kap. 4.1.1.3. gezeigt, der Untersuchungen von Schaarschmidt und Fischer aber sie sind dennoch als sehr hoch zu werten, da 39 % der MitarbeiterInnen ein Risikomuster aufweisen und damit potenziell gesundheitsgefährdet sind. Dies stellt somit ein hohes Risiko sowohl für die Unternehmen als auch die betroffenen MitarbeiterInnen dar.

Zusätzlich ist noch zu beachten, dass die Intensität und Ausprägung der Risikotypen unterschiedlich hoch sein kann.

Bei den im Projekt untersuchten Personen gab es einige Personen, die im Muster A eine Ausprägung von 90 % aufwiesen. Dies stellt in gewisser Weise eine hochgradige Risikogruppe dar.

Auch beim Risikomuster B und damit der Burnout-Gefährdung gab es einige Personen die in diesem Muster extrem hohe Werte (ca. 80 % Gefährdung) aufwiesen.

5 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK AUS SYSTEMISCHER SICHT

5.1 BLICKWINKEL PROJEKT

5.1.1 ERFAHRUNGEN MIT DEN BERATUNGSWERKZEUGEN

Das Projekt „Gesund am Arbeitsplatz“ versteht sich als Pilotprojekt mit angestrebtem praxisorientierten Nutzen im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung. Mit dem vorliegenden Konzept wurde versucht, einen praxistauglichen Mix an Methoden durch geeignete Strukturen (Kooperation mit dem ÖPWZ als Einrichtung der Sozialpartner sowie den Krankenkassen als Akteure der BGF), begleitende organisatorische Werkzeuge für einen reibungslosen Ablauf der Projekte sowie gute technische Werkzeuge (Stichwort E-Diagnose-Tool) zu einem alltagstauglichen Werkzeug für Prävention und Gesundheitsförderung zu verknüpfen.

Im Hinblick auf eine zunehmende Methodenvielfalt im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung ist es ein Anliegen des Projekts, Nahtstellen zur internationalen Wissenschafts- und Forschungslandschaft aufrecht zu erhalten und zu pflegen. Dies bedeutet konkret eine unveränderte Anwendung evaluierter Diagnose- und Beratungstools. Dazu zählen

- der WAI (Work-Ability-Index oder auch ABI = Arbeits-Bewältigungs-Index) als Kernelement in seiner ursprünglichen und international verwendeten Form,
- die Anwendung einheitlicher Auswertungskategorien, wie sie im Konzept des AB-C vorgeschlagen werden bzw. durch das deutschsprachige Netzwerk der Arbeits-Bewältigungs-Coaches im Rahmen seiner jährlichen Treffen (ab-c Laboratorium) ergänzt werden sowie
- die Anwendung und Durchführung des AVEM als Instrument der Messung von psychosozialen Belastungen in seiner ursprünglichen Form.

Dies soll bei längerer Anwendung einen internationalen Vergleich von Studienergebnissen gewährleisten. Hinsichtlich der strukturellen Kompatibilität wird – vor allem auch im Sinne einer Ausrichtung auf die speziellen Bedürfnisse der KMU - eine **Nahtstelle zwischen den Prozessen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und dem Diagnose-Tool angestrebt**. Erste Erkenntnisse dafür konnten bereits in den Pilotbetrieben gewonnen werden.

Stellt man die beiden im Projekt GAP – Gesund am Arbeitsplatz angewendeten methodischen Konzepte gegenüber, so liegt die Stärke des WAI bzw. des Arbeitsbewältigungscoachings darin, dass jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin die bzw.

Arbeitsbewältigungscoachings darin, dass jeder Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin die Möglichkeit hat, in einem persönlich vertraulichen Coachinggespräch sowohl Wahrnehmungen als auch Interventionen zu äußern und dass diese – soweit sie das Unternehmen betreffen – gesammelt und strukturiert der Unternehmensleitung zur Kenntnis gebracht werden. Die Unternehmensleitung erhält damit ein umfassendes Bild einerseits über die Befindlichkeit ihrer MitarbeiterInnen, aber auch konkrete Vorschläge in Bezug auf Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Es liegt dann natürlich am Management eines Unternehmens sowie den Angeboten der zuständigen Sozialversicherungsträger (AUVA, PVA, Krankenkassen, etc.), welche der Interventionsvorschläge der MitarbeiterInnen aufgegriffen und umgesetzt werden. WAI und ABC ergeben somit ein sehr umfassendes Instrument, das geeignet ist, einen breiten Überblick über alle möglichen Bereiche der Intervention auf individueller und betrieblicher Ebene anzubieten.

WAI und ABC beruhen schwerpunktmäßig auf einem arbeitsmedizinischen Konzept. Angesichts der zunehmenden Bedeutung psychischer Belastungen erscheint es sinnvoll, dieses Konzept durch psychosoziale Konzepte in geeigneter Weise zu ergänzen. Der AVEM bezieht sich auf die Erhebung des arbeitsbezogenen Verhaltens- und Erlebensmusters und liefert somit wertvolle Hinweise auf mögliche Belastungen (bis hin zur Burnout-Gefährdung – siehe Verhaltensmuster „B“ des AVEM) bzw. Ressourcen im psychosozialen Bereich. Hinsichtlich psychischer Faktoren hat er sich als wesentlich differenzierteres Diagnosetool erwiesen.

Im konkreten Projekt wurden beide Ansätze getrennt verwendet. Für künftige Projekte wäre es auf Basis der Projektergebnisse sinnvoll, unter bestimmten Umständen einen Mix der beiden Beratungsansätze herzustellen. So wäre es denkbar, grundsätzlich in allen Fällen, in denen die Ausführung einer Tätigkeit mit einer psychischen Belastung verbunden ist, auch den AVEM als zusätzliches Werkzeug zu verwenden. Bei der Verwendung des WAI wird dies ja entsprechend abgefragt⁷. Ebenso erscheint es sinnvoll, in künftigen Projekten Führungskräfte auf allen Ebenen dieses feinere Diagnose-Tool anzubieten und dadurch wertvolle Hinweise für das Coaching zu erhalten.

Beide Beratungsansätze sind ausreichend in der Literatur diskutiert. Interessant ist eine Zusammenschau hinsichtlich der Frage einer gemeinsamen Verwendung in künftigen Projekten der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung. Die Anzahl und Zusammensetzung der Unternehmen in den beiden Beratungsschwerpunkten ist zu gering, um allgemeingültige Aussagen darüber zu liefern, dennoch lassen sich tendenziell nachfolgende Erfahrungen beschreiben.

⁷ Im WAI Fragebogen wird dies in der Einstiegsfrage erhoben: „Sind Sie bei ihrer Arbeit: (a)...vorwiegend geistig tätig? (b)... vorwiegend körperlich tätig? oder (c)...etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?“

- Der prozessorientierte Charakter des ABC erscheint geeignet, als Klammer für beide Beratungsansätze zu dienen.
- Gleiches gilt für das Konzept „Haus der Arbeitsfähigkeit“. Es wurde, selbst ohne tiefere Erläuterung, von den Personen der Leitungsebene und Steuerungsgruppen wie auch von den MitarbeiterInnen gleichermaßen gut verstanden. Es eignet sich daher gut für die Kommunikation über die Darstellung einer IST-Situation in einem Unternehmen wie auch über durchzuführende Maßnahmen.
- Beide Beratungsansätze liefern eine Momentaufnahme im Unternehmen und geben Hinweise auf individueller wie auch betrieblicher Ebene. Unabhängig davon bestehen sowohl auf betrieblicher wie auch auf individueller Ebene in manchen Fällen Bedürfnisse nach einer längeren Betreuung.
 - Auf individueller Ebene hat sich in solchen Fällen eine enge Kooperation mit den regionalen Case ManagerInnen der Gebietskrankenkasse als förderlich erwiesen. Darüber hinaus wurden Kontakte zum regionalen psychotherapeutischen Angebot hergestellt.
 - Auf betrieblicher Ebene wurden auf Basis der Projektergebnisse Vorschläge zur Umsetzung erstellt. In manchen Unternehmen waren die Vorschläge so zahlreich, dass sich die Einrichtung von Gesundheitszirkeln zu ausgesuchten Themen als sinnvoll heraus gestellt hat. Sie sichern darüber hinaus eine dauerhafte Sensibilisierung für Gesundheitsthemen im Unternehmen.
- Beide Beratungsansätze erfordern ausreichend Sprachkenntnisse, um verlässliche Ergebnisse aus den Fragebögen erhalten zu können.
- In künftigen Projekten wäre es darüber hinaus sinnvoll, Gender und Diversity-Aspekte stärker zu berücksichtigen.
 - Eine genderadäquate Beratung (MitarbeiterInnen können wählen, ob sie lieber von einer Frau oder Mann beraten werden wollen) lässt sich dabei noch verhältnismäßig leicht organisieren.
 - Schwieriger dürfte dies hinsichtlich des kulturellen Hintergrunds sein. So musste bspw. erkannt werden, dass es Teilnehmern mit orientalischem Hintergrund schwer fällt, über persönliche Themen mit einer Frau aus einem anderen Kulturkreis zu sprechen. Letztlich kann dies nur gelöst werden, in dem auch entsprechend qualifizierte Frauen und Männer aus verschiedenen Kulturkreisen als BeraterInnen Zugang zu solchen Projekten finden.

Zusammenfassend erscheint es in künftigen Projekten daher zielführend, WAI, ABC und AVEM in geeigneter Art und Weise zu kombinieren, um dadurch ein umfassenderes Bild über Stressoren und Ressourcen in einem Unternehmen zu erhalten.

5.1.2 HINWEISE FÜR PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BLICKWINKEL PROJEKT)

Die systematische Auswertung der AB-C Beratungsgespräche (siehe Kapitel 3.) nach Förderbereichen und Kategorien erlaubt eine detaillierte Sichtweise über mögliche Felder der Intervention. Die zusätzliche Information darüber, ob aus der Sicht der MitarbeiterInnen erforderliche Interventionen in ihrem eigenen Handlungsbereich, im Handlungsbereich der Unternehmen oder als gemeinsames Handlungsfeld gesehen werden, liefert darüber hinaus wertvolle Hinweise für die Interpretation der Ergebnisse in Steuerungsgruppen, in nachfolgenden Gesundheitszirkeln oder allgemein bei der Gestaltung von Leistungen zur Prävention und Gesundheitsförderung.

Grundsätzlich gilt für alle verwendeten Werkzeuge (WAI, AB-C und AVEM), dass MitarbeiterInnen durch die Beratungssituation gesundheitsförderlichen Themen eine Aufmerksamkeit schenken, die über den Arbeitsalltag hinausgeht. Die Beratungssituation schafft eine Möglichkeit der Reflexion des eigenen Befindens, im Unternehmen und darüber hinaus auch im Wechselspiel zwischen Arbeit und Privatleben.

Ausgehend von der Gesundheitsdefinition der WHO, die Gesundheit allumfassend, als einen Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, kann davon ausgegangen werden, dass alleine diese Reflexionsmöglichkeit eine Intervention im „System Mensch“ einerseits und andererseits natürlich auch im „System Unternehmen“ darstellt, die zu einem erhöhten subjektiven Gesundheitsempfinden der MitarbeiterInnen führt.

Das subjektive Empfinden des Menschen, ob sich jemand krank oder gesund fühlt und in welchem Ausmaß ist eine äußerst relevante Größe. Sprich es sind nicht unbedingt die Laborwerte, die darüber Auskunft geben, ob ein Mensch gesund oder krank ist, sondern viel mehr das subjektive Empfinden!

Gesundheitsgefahren können an unterschiedlichen Stellen im Unternehmen oder im Verhältnis von Arbeitszeit und Privatzeit entstehen. Zum Unterschied von Arbeitsunfällen oder anerkannten Berufserkrankungen gehört es zum Wesen arbeitsbedingter Erkrankungen, oftmals schwer einer bestimmten Ursache zugeordnet werden. Noch schwieriger gestaltet sich daher die Frage: Wo beginnen?

Einen möglichen Beitrag bietet eine Analyse der Vorschläge von MitarbeiterInnen. Die Häufigkeit der Nennung von bestimmten Maßnahmen für den Erhalt und die Förderung der eigenen Arbeitsfähigkeit liefert einen ersten Anhaltspunkt darüber, welche Themen als wichtig und weniger wichtig angesehen werden. Interessant ist die Tatsache, dass dem Thema „Bewegung“ mit Abstand die größte Bedeutung beigemessen wird.

Anzahl von Person Zeilenbeschriftungen	Spaltenbeschriftung				Ergebnis kumuliert
	BOTH	COMPANY	INDIVIDUAL	Gesamtergebnis	
Intervention	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Bewegung	7,5%	1,4%	27,6%	11,0%	11,0%
Arbeitsaufgabe	6,0%	10,4%	4,1%	7,8%	18,8%
Arbeitsablauf	10,4%	10,1%	1,8%	7,4%	26,1%
Untersuchung und Behandlung	1,5%	0,8%	18,9%	7,0%	33,2%
Ernährung	9,0%	4,2%	10,6%	6,9%	40,1%
Betriebsklima	6,0%	10,1%	0,9%	6,6%	46,6%
Arbeitsumgebung	0,0%	9,0%	0,9%	5,3%	52,0%
(betriebliche) Weiterbildung	17,9%	3,7%	2,8%	4,9%	56,8%
Arbeitsplatz	3,0%	4,2%	5,5%	4,5%	61,3%
Arbeitszeit	4,5%	5,9%	0,5%	3,9%	65,3%
Lebensbalance	6,0%	0,6%	8,8%	3,9%	69,2%
Gesundheitsgerechtes Arbeiten	3,0%	2,5%	6,0%	3,8%	72,9%
Sonstiges	0,0%	3,9%	4,1%	3,6%	76,5%
Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung	7,5%	3,9%	1,8%	3,6%	80,1%
Information	0,0%	5,1%	0,5%	3,0%	83,1%
Arbeitsmittel	4,5%	4,2%	0,0%	2,8%	85,9%
Kollegialität	4,5%	2,8%	0,9%	2,3%	88,3%
Information und Mitsprache	1,5%	3,7%	0,0%	2,2%	90,5%
Arbeitsmenge	0,0%	3,4%	0,5%	2,0%	92,5%
Mitsprache	1,5%	2,8%	0,0%	1,7%	94,2%
Entspannung	0,0%	0,8%	3,7%	1,7%	95,9%
Einsatz des Erfahrungswissens	1,5%	2,0%	0,0%	1,3%	97,2%
Karrieremöglichkeiten	1,5%	1,4%	0,0%	0,9%	98,1%
Trainings zur professionellen Gesundheitskompetenz	1,5%	1,4%	0,0%	0,9%	99,1%
Fachausbildung	1,5%	0,8%	0,0%	0,6%	99,7%
Arbeitsstoffe	0,0%	0,6%	0,0%	0,3%	100,0%
Gesamtergebnis	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Abbildung 47: Interventionen, Gersamt und nach Handlungsbereichen

- **Die wichtigsten Themen**

Die am häufigsten genannten Vorschläge betreffen neben dem Thema Bewegung, die Bereiche Arbeitsaufgabe und – ablauf, notwendige Untersuchungen und Behandlungen, Ernährung, Betriebsklima und Arbeitsumgebung. Diese sieben Kategorien machen bereits mehr als 50 % aller geforderten gesundheitsförderlichen Maßnahmen aus!

Eine differenzierte Betrachtung erlaubt die Auswertung der erforderlichen Maßnahmen aus Sicht der MitarbeiterInnen nach Handlungsbereichen:

- **Handlungsbereich der MitarbeiterInnen** (siehe dazu Abb. 32)

Zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verbesserung der eigenen Gesundheitssituation, die MitarbeiterInnen selbst beitragen können, zählen in dieser Reihenfolge Bewegung, die Inanspruchnahme von erforderlichen Untersuchungen und Behandlungen, Maßnahmen für eine gesunde Ernährung, zur Erhaltung und Förderung der Lebensbalance sowie Entspannung. Hier können Angebote auf betrieblicher und auch überbetrieblicher Ebene geeignet sein, Personen darin zu unterstützen.

Ein förderlicher Einfluss der Weiterbildung wird zwar erkannt, wird aber mehr im Handlungsbereich zwischen der eigenen Person und dem Unternehmen gesehen.

Geringer werden die Möglichkeiten zur Veränderung der gesundheitlichen Situation im Setting Betrieb angesehen. Während im Bereich der Arbeitsaufgabe noch relativ viele Personen eine Möglichkeit zur persönlichen, gesundheitsförderlichen Einflussnahme erkennen, sinkt die Häufigkeit der Nennungen bei Fragen des Arbeitsablaufs, der Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung, der Kollegialität, des Betriebsklimas und der Arbeitsumgebung schon gegen Null.

- **Handlungsbereich der Arbeitgeber** (siehe Abb. 33)
Als Kernaufgaben zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit wird bei den Unternehmen die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsaufgaben, der Arbeitsabläufe, des Betriebsklimas, der Arbeitsumgebung und der Arbeitszeit angesehen. Weitere wichtige Maßnahmen aus Sicht der MitarbeiterInnen sind eine gute Information, ein gesundheitsförderlicher Arbeitsplatz, geeignete Arbeitsmittel, eine gesunde Ernährung, eine förderliche Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung, die Förderung der Weiterbildung, die Organisation von Information und Mitsprache sowie die Arbeitsmenge.
- **Gemeinsamer Handlungsbereich** (siehe Abb. 34)
Zu den wichtigsten Aufgaben im gemeinsamen Handlungsbereich zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen werden die Organisation von Maßnahmen zur (betrieblichen) Weiterbildung, die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsabläufe, die Organisation einer gesunden Ernährung, Maßnahmen zur Bewegung und Vorgesetzten-Mitarbeiter-Beziehung angesehen. Ebenfalls, wenn gleich mit niedrigeren Nennungen, wurden die Themen Lebensbalance, Betriebsklima und Arbeitsaufgabe, sowie Fragen der Arbeitszeit, Kollegialität, der Arbeitsmittel, des Arbeitsplatzes und einer gesundheitsgerechten Arbeitsweise als gemeinsame Aufgabe angesehen.
- **Psychische Belastungen**
Unberücksichtigt bleibt in obiger Darstellung, die auf den Ergebnissen der AB-C Beratungen beruht, die Frage der psychischen Belastungen. Erst die Auswertung der Ergebnisse der AVEM-Untersuchung weist darauf hin, dass immerhin 39 % der beteiligten Personen (in den Betrieben des Schwerpunkts „psychische Gesundheit“) mit einem der beiden Risikomuster „A“ oder „B“ leben. Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie sie im Beratungsschwerpunkt „Arbeitsfähigkeit“ erarbeitet wurden, tragen mit Sicherheit dazu bei, diese Risikomuster zu entlasten und die psychische Gesundheit der MitarbeiterInnen zu fördern. Wie hoch dieser Beitrag tatsächlich sein kann und in welchen Fällen tatsächlich auch beraterische bzw. therapeutische Interventionen erforderlich sind, wäre in künftigen Projekten mit einem integrierten Beratungsansatz beider Konzepte zu klären.

5.2 BLICKWINKEL BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (LEO MANSEDER)

5.2.1 DER BERATUNGSANSATZES „AB-C“ AUS SICHT DER BGF

Die Grundlagen und Ansätze des Arbeitsbewältigungs-Coachings sind in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich dargelegt. Um den Blickwinkel der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) darzustellen, sind zunächst deren Grundsätze bzw. Kernelemente zu skizzieren, wobei konzeptionell zwei unterschiedliche Modelle in Frage kommen.

Ab einer Unternehmensgröße von etwa 50 Beschäftigten wird generell dem Standard-Modell der Vorzug zu geben sein⁸. Die Umsetzung wird dabei in einem ersten Schritt meist in Form eines Projektes sinnvoll sein, und zwar im Allgemeinen in den fünf Phasen: Konstituierung und Aufbau, Diagnose, Planung von konkreten Maßnahmen, Umsetzung dieser Maßnahmen sowie Evaluierung und Bewertung der Ergebnisse. Strukturell kommen der Steuerungsgruppe, dem Projektteam und der Projektleitung die relevanten Rollen zu, wobei unternehmensangehörige Akteure vorteilhaft sind. Für die Diagnose gelten folgende Tools als etabliert:

- Statistische Auswertung von Unternehmensdaten und Daten der sozialen Krankenversicherung
(Fehlzeitenanalyse, diagnosebezogene und anonymisierte Erhebung der beim KV-Träger gespeicherten Arbeitsunfähigkeitsdaten, Auswertung anderer Routinedaten, usw.)
- Durchführung arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Betriebsbegehungen (Schwachstellenanalyse der Arbeitsplätze und des Beschäftigtenverhaltens, der Arbeitsorganisation, usw.) und Auswertung vorliegender Daten und Unterlagen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- Auswertung einer schriftlichen Gesundheitsbefragung der Beschäftigten (nicht-standardisiert oder mit standardisiertem Fragebogen; anonym ausgewertet; ev. Einzelinterviews zur Illustration, z.B. mit Mitgliedern von Gesundheitszirkel)
- Auswertung einer mündlichen Befragung von Einzelpersonen (Interviews) oder Abhaltung von Gruppenworkshops und Gesundheitskonferenzen mit Belegschaftsgruppen

⁸ Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Lose Blattsammlung, 3. Auflage, Herausgeber: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

- Auswertung von arbeitsmedizinischen Untersuchungen (Ergebnisse von Eignungs- und Folgeuntersuchungen nach §§ 49-51 ASchG, soweit vorgeschrieben; usw.)
- Einsatz spezieller Instrumente, z.B. Arbeitsbewältigungsindex: mit Fragebogen; zur Erhebung der Arbeitsbewältigungsfähigkeiten (individuell, abteilungsweise, unternehmensbezogen, ev. branchenbezogen), zur Bewertung von Interventionen sowie zum Gewinnen von Daten für die Gesundheitsberichterstattung

Ist-Analyse mittels SALSA

Obwohl eine Reihe von Analyseinstrumenten in Frage kommen, hat sich in der Praxis der **SALSA-Fragebogen** (SALSA = „Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse“) als ein gut getestetes standardisiertes Befragungsinstrument durchgesetzt. Der Fragebogen wurde in einem Forschungsprojekt „Personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese (SALUTE)“ von Martin Rimann und Ivars Udris (1993) entwickelt⁹. Das Projekt SALUTE untersuchte die von Antonovsky (1979, 1987) aufgeworfene Frage nach den Bedingungen von Gesundheit: Warum und wie bleiben Menschen trotz Belastungen gesund? Dieser Frage wird anhand der Arbeitsanalyse bezüglich der individuellen Wahrnehmung, Meinung, Einstellung und Bewertung des eigenen Arbeitsplatzes nachgegangen. Die Tauglichkeitsprüfung von SALSA erfolgte anhand von Daten, die aus Stichproben von insgesamt 955 Angestellten aus 14 Betrieben des Dienstleistungssektors stammten (Länger, Maegli & Wirth, 1995; Rimann & Udris 1993). Einbezogen wurden dabei Frauen und Männer, die eine vergleichbare Tätigkeit ausübten, wie Büro- und Schalterpersonal, SachbearbeiterInnen in Banken, Versicherungen, öffentlicher Verwaltung, Industrieverwaltung, VerkäuferInnen im Einzelhandel, Krankenschwestern und Krankenpfleger, Flugverkehrsleiter und FlugsicherungsassistentInnen der Flugüberwachung sowie Buschauffeure von Verkehrsbetrieben. Mit ergänzenden Analysen von 700 Personen aus 11 Produktionsbetrieben wurden insgesamt 1655 Personen erhoben (Länger et al., 1995)“ (Strohm, Ulich, 1997).

SALSA besteht aus den Teilen: A “Angaben zur Person“ und B “Arbeit und Betrieb“. Der eigentliche Kern von SALSA ist Teil B, in dem Anforderung, Arbeitsbelastungen sowie organisationale und soziale Ressourcen erfasst werden. Die nachfolgend beschriebenen Merkmalsbereiche – Indices (= I 1, I 2, ...) genannt – sind aus mehreren Einzelitems zusammengefasste Merkmale (siehe Aufstellung). Die Zusammenfassung erfolgte aufgrund statistischer Berechnungen mittels Faktoren- und Clusteranalysen (Oliver Strohm, Eberhard Ulich 1993).

⁹ Der Fragebogen SALSA, entnommen aus: Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Oliver Strohm, Eberhard Ulich (Hrsg.), 1993, ff 281.

		Aufgabencharakteristika:
I 1	B1, B27 ^R , B33	Ganzheitlichkeit der Aufgaben
I 2	B2, B9, B20, B31 ^R	Qualifikationsanforderungen und Verantwortung
		Arbeitsbelastungen:
I 3	B4 ^R , B11, B12, B18, B23, B34	Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ)
I 4	B7, B16, B25	Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ)
I 5	B14, B30, B40	Belastendes Sozialklima (KollegInnen)
I 6	B22, B28, B35	Belastendes Vorgesetztenverhalten
		Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen:
I 7	B46 bis B55	Belastungen durch Lärm, ungünstige Beleuchtung, unangenehme Temperatur, Wartezeiten, mangelhafte technische Geräte und Arbeitsmittel, lange am Bildschirm arbeiten u. a.
		Organisationale Ressourcen:
I 8	B26, B29, B41R	Aufgabenvielfalt
I 9	B6R, B8, B21	Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeit
I 10	B5R, B15, B36	Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum)
I 11	B13, B39R, B42	Partizipationsmöglichkeiten
I 12	B10	Persönliche Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzes
I 13	B24	Spielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit
		Soziale Ressourcen im Arbeitsbereich:
I 14	B19, B37, B43, B45	Positives Sozialklima
I 15	B3, B17, B32, B38, B44	MitarbeiterInnenorientiertes Verhalten
I 16	B47, B48, B49	Soziale Unterstützung durch die/den Vorgesetzte/n und durch ArbeitskollegInnen
I 17	B50	Eigenschaften der MitarbeiterInnen

Abbildung 48: Spalte 1: Indexnummer, Spalte 2: Nummern der Fragen aus dem Fragebogen, Spalte 3: Merkmalsbereiche

- **Aufgabencharakteristika** (Rimann, Udris 1993)

Ganzheitlichkeit der Aufgaben (3 Items): Die Skala erfasst den Grad, in dem bei der Arbeit eine Aufgabe vollständig erledigt wird – im Sinne der Bearbeitung einer Aufgabe vom Beginn bis zum Ende und mit einem erkennbaren Ergebnis.

Qualifikationsanforderungen und Verantwortung (4 Items): Die Skala erfasst den Grad, in dem die Aufgaben besondere Ausbildung, spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten oder auch selbständige Planung und Entscheidungen verlangen.

- **Arbeitsbelastungen**

Dieser Bereich umfasst Skalen und Einzelitems, die sich auf Belastungen durch die Arbeitsaufgabe und die Arbeitsorganisation sowie soziale Belastungen beziehen.

Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ und quantitativ) (6 Items): Quantitativ: Darunter werden Belastungen durch das anfallende Arbeitsvolumen und durch parallele Erledigung mehrerer Aufgaben sowie durch Zeitdruck verstanden. Qualitativ: Damit sind Belastungen gemeint, die durch Aufgaben entstehen, welche andere Qualifikationen verlangen, als vorhanden sind.

Unterforderung durch die Arbeitsaufgaben (qualitativ) (3 Items): Diese Skala erfasst die Nichtausnutzung vorhandener Qualifikationen. *Belastendes Sozialklima* (3 Items): Damit sind Belastungen angesprochen, die bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben im Umgang mit ArbeitskollegInnen erlebt werden.

Belastendes Vorgesetztenverhalten (3 Items): Damit sind Belastungen angesprochen, die bei der Erledigung der Arbeitsaufgaben im Umgang mit Vorgesetzten erlebt werden.

- **Belastungen durch äußere Tätigkeitsbedingungen**

Belastungen durch „äußere“ Tätigkeitsbedingungen (8 Items): Einzelitems erfassen ergonomische und andere belastende Bedingungen: Lärm, ungünstige Beleuchtung, unangenehme Temperatur, Wartezeiten, mangelhafte technische Geräte und Arbeitsmittel, lange am Bildschirm arbeiten, Klimaanlage, Schichtarbeiten oder ungünstige Arbeitszeiten, Arbeitshaltung (viel Sitzen, Stehen usw.) sowie Zeitdruck bei der Arbeit.

- **Organisationale Ressourcen**

Zu den wichtigsten organisationalen Ressourcen zählen die Wahlmöglichkeiten, die der Person zum Tätigkeitsvollzug offen stehen. Sie werden in der Literatur unterschiedlich bezeichnet (z.B. Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum, Freiheitsgrade, Autonomie, vgl. z.B. Hacker 1986, Semmer 1990, Ulich 1994), meinen jedoch mehr oder weniger umfassend Aspekte des Tätigkeitsspielraumes. Aus salutogenetischer Perspektive erscheint es wesentlich, von einem Arbeitsbegriff auszugehen, der ein breites Spektrum an Verhaltensmöglichkeiten bei der Arbeit einschließt. Würde man das Augenmerk nur auf den aufgabenbezogenen Tätigkeitsspielraum richten, so würde außer Acht gelassen, dass „in Firmen nicht nur Aufträge erledigt werden“, wie es Neuberger (1990) sinngemäß

formuliert hat. Gesundheitsressourcen sind also auch in „informellen“ Aspekten der Arbeit „lokalisiert“.

Aufgabenvielfalt (3 Items): Die Skala erfasst die qualitative Vielfalt der anfallenden Aufgaben. Wird stets wieder etwas anderes getan, oder fallen immer Aufgaben der gleichen Art an?

Qualifikationspotential der Arbeitstätigkeiten (3 Items): Zur Erfassung der Lernmöglichkeiten bei der Arbeit, die auch als berufliche Zukunftschancen begriffen werden können, wird nach dem Fähigkeitszuwachs bzw. –Verlust durch die Arbeit gefragt.

Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs- und Kontrollspielraum) (3 Items): Gefragt wird nach den Möglichkeiten, Entscheidungen zu treffen, die Arbeit selbständig einzuteilen, und nach Ausführungsvarianten bei der Erledigung der Aufgaben.

Partizipationsmöglichkeiten (3 Items): Die Skala erfasst den Grad, in dem die Firmenleitung oder Vorgesetzte rechtzeitig über Änderungen der Arbeitsorganisation informieren, und inwiefern bei Veränderungen auch Eigeninitiative, Mitsprache und Beteiligung (Partizipation) ermöglicht werden.

Persönliche Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzes (1 Item): Dieses Einzelitem erfasst die Möglichkeit der Ausgestaltung des Arbeitsplatzes nach persönlichem Geschmack.

Spielraum für persönliche bzw. private Dinge während der Arbeit (1 Item): Dieses Einzelitem erfasst die Möglichkeit, z.B. Privatgespräche oder Unterhaltungen mit KollegInnen zu führen.

- **Soziale Ressourcen im Arbeitsbereich**

Positives Sozialklima (4 Items): Ein positives Sozialklima beinhaltet bei dieser Skala gegenseitiges Interesse, Vertrauen, Offenheit und Humor im Umgang mit anderen Personen bei der Arbeit.

MitarbeiterInnenorientiertes Vorgesetztenverhalten (4 Items): Die Skala erfasst den Grad, in dem der/die Vorgesetzte dem/der Angestellten bei der Arbeit zugänglich ist, respektvoll und fair gegenübertritt und Feedback über die geleistete Arbeit gibt.

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und ArbeitskollegInnen (3 Items): Die Skala erfasst den Grad, in dem Vorgesetzte und KollegInnen bereit sind, einem `ein offenes Ohr zu leihen´ und bei Problemen zu helfen und auch, inwieweit man sich auf die ArbeitskollegInnen verlassen kann.

Eigenschaften der MitarbeiterInnen (7 Items): Die Skala erfasst den Grad, in dem MitarbeiterInnen die Einstellung und das Verhalten ihrer KollegInnen einschätzen.

Ausgewertet werden die Fragebögen grundsätzlich durch post-hoc-Tests (Scheffé-Prozedur) zur Errechnung der Signifikanz, wobei ein Wert von $p=0,05$ als signifikant und ein Wert von $p=0,01$ als hoch signifikant zu interpretieren ist. Dies heißt weiters, dass dieses Ergebnis nicht allein durch Schwankungen im Zufallsbereich erklärt werden, sondern mit ausreichender Sicherheit davon gesprochen werden kann, dass das Ergebnis auf Einfluss

und Eigenheit der in die Berechnungen einbezogenen Variablen zurückzuführen ist. Der Signifikanz-Wert entspricht einem Wahrscheinlichkeits-Wert, inwieweit das vorliegende Ergebnis rein zufällig sein kann.

Ergänzend zu dieser schriftlichen Form der Gesundheitsbefragungen ist festzuhalten, dass diese wertvolle und betriebspezifische Hinweise zu präzisen Detailfragen, wie zum Beispiel Wohlbefinden, Selbstwertgefühl, Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen und zu betriebsklimatischen Bedingungen liefern können. Die Wahrnehmungen, Bewertungen, Einstellungen, Gefühle und Verhaltensweisen der Beschäftigten bezüglich der Arbeit, des Betriebes sowie der eigenen Person können dadurch gut abgebildet werden und bilden in weiterer Folge eine zentrale Basis für die weitere Projektgestaltung und Schwerpunktsetzung.

Ein weiterer Vorteil einer schriftlichen Gesundheitsbefragung ist, dass sie - wenn seriös und wissenschaftlich umgesetzt - neben diesem diagnostischen Aspekt noch weitere Funktionen erfüllt:

- Aktivierung (sie lädt zur Beteiligung an der Projektgestaltung ein)
- Vermittlung (sie vermittelt ein umfassendes Gesundheitsverständnis von Verhältnis- und Verhaltensprävention)
- Vergleich (sie kann Benchmarking mit anderen Unternehmen ermöglichen)
- Evaluation (sie kann Grundbestandteil einer zielgerichteten Evaluation sein)

Für schriftliche Gesundheitsbefragungen spricht daher, dass sie neben dem Element der Informationsbeschaffung, selbst eine aktivierende Maßnahme der Gesundheitsförderung darstellen, weil sie den Beschäftigten Gelegenheit bieten, ihre Meinung unmittelbar ins Projekt einzubringen. Befragungen stärken die Motivierung der Belegschaft und geben Aufschluss über die Akzeptanz von Maßnahmen. Zu Projektbeginn machen sie auf das Projekt aufmerksam. Befragungen können auch eine punktuelle Entscheidungshilfe über die Auswahl von Themenbereichen sein. Spezielle Arbeitsbelastungen oder das Interesse an bestimmten Maßnahmen können zur Vorbereitung konkreter Programme erfragt werden.

Damit eine Befragung diese Funktionen erfüllen kann, sind einige Grundvoraussetzungen notwendig:

- Schriftliche Gesundheitsbefragungen verlangen eine bestimmte Mindestanzahl an Befragten. Bei einer Größenanzahl von unter 50 MitarbeiterInnen ist eine Befragung aus Gründen der statistischen Aussagekraft meist nicht sinnvoll.
- Grundsätzliche Zustimmung von Unternehmensleitung und Betriebsrat: Die aktive Unterstützung durch den Betriebsrat verschafft der Befragung bei den Beschäftigten mehr Glaubwürdigkeit und verringert ihre Unsicherheit.
- Klare Festlegung der Ziele der Befragung und der Verwertung ihrer Ergebnisse: Eine folgenlose Befragung ist kontraproduktiv!

- Information der Belegschaft über Ziele des Projekts und der Befragung; Abstimmung der Befragungsinstrumente und Vorgehensweisen: Diese Bedingungen werden wie die anderen genannten im Projektteam festgelegt.
- Über die Rückmeldung der Ergebnisse der Gesundheitsbefragung an die MitarbeiterInnen muss bereits vor der Befragung Klarheit bestehen. Bezüglich der Regeln zur Durchführung der Befragung, der Rückmeldung der Ergebnisse und des weiteren Umgangs mit den Daten sollte größtmögliche Transparenz bestehen.

Werden diese Punkte nicht ausreichend beachtet, dann ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass die Befragung kontraproduktiv wirkt. Auch ein Klima des Misstrauens macht Befragungen sinnlos: Die Folge sind geringe Teilnehmerquoten (eventuell auch durch Desinteresse) oder Falschantworten wegen eines möglicherweise überhöhten Teilnahmedrucks.

Der Vergleich des SALSA-Fragebogens mit dem Fragebogen zum Arbeitsbewältigungsindex (ABI) zeigt, dass dessen Beantwortung weniger Zeit in Anspruch nimmt, schließlich umfasst er wesentlich weniger Items. Die/der Befragte erhält sofort eine erste persönliche Rückmeldung. Der entscheidende Punkt ist, der Teilnehmer/die Teilnehmerin erhält ein individuelles Ergebnis, welches die Grundlage für die persönliche Beratung, das persönliche Coaching liefert. Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass beim ABI das Individuelle im Zentrum steht. Die unternehmensbezogenen Aspekte kommen in einem weiteren, zusätzlichen Teil – dem Arbeitsbewältigungs-Coaching (ABC) - zum Tragen. Vorteilhaft ist auch, dass der ABI bei jeder Unternehmensgröße einsetzbar ist.

Gesundheitszirkel

Im gegebenen Kontext ist schließlich im Bereich der Maßnahmenplanung der Gesundheitszirkel zu beleuchten, weil diesem zweifellos eine Schlüsselfunktion zukommt.

Gesundheitszirkel¹⁰ gehen von der Grundannahme der Gesundheitsförderung aus, dass die Kenntnisse und Fähigkeiten der Belegschaft genutzt werden müssen, um erfolgreiche Projekte entwickeln zu können. Die Erfahrung zeigt, dass Gesundheit und Arbeitssicherheit im Betrieb nur durch die aktive Beteiligung der Beschäftigten zu verbessern sind: Sie sind ja selbst ExpertInnen für ihre jeweilige Arbeitssituation.

Gesundheitszirkel sind innerbetriebliche Arbeitskreise, in denen sich die Beschäftigten eines Betriebes mit ihren Arbeitsbedingungen auseinandersetzen. Die ZirkelteilnehmerInnen sammeln ihre Erfahrungen über relevante Belastungs- und Ressourcenfaktoren im Unternehmen, analysieren sie gemeinsam, entwickeln neue Lösungen und erarbeiten

¹⁰ Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Lose Blattsammlung, 3. Auflage, Herausgeber: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger; S. 51

konkrete Umsetzungsvorschläge. Dem umfassenden Gesundheitsmodell der Gesundheitsförderung entsprechend, werden im Zirkel nicht nur technische und organisatorische Fragestellungen, sondern auch soziale und psychische Belastungs- und Ressourcenfaktoren (wie Verhalten der Vorgesetzten, Betriebsklima) thematisiert.

Soviel zum Standardmodell BGF. Ein näheres Eingehen auf weitere Projektphasen, wie die Umsetzung der Maßnahmen und Evaluierung erscheint an dieser Stelle entbehrlich, zumal diese für eine vergleichende Betrachtung von BGF und AB-C weniger Gewicht haben. Hingegen darf das von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse im Rahmen des Projektes „G’sund arbeiten – im Bezirk Melk“ speziell für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) entwickelte Modell „Gesundheitscoaching“ konturiert werden.

Gerade in Kleinst- und Kleinunternehmen übt die Geschäftsführung durch ihren persönlichen Führungsstil und ihr eigenes Gesundheitsverhalten einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen aus. Die Gesundheitsanliegen des Chefs / der Chefin stehen deshalb (auch) im Zentrum des „Gesundheitscoachings“.

Ganz auf die Anforderungen und Wünsche des Unternehmens abgestimmt werden die Rahmenbedingungen für das Gesundheitscoaching gewählt. Gemeinsam mit dem Berater analysiert die Geschäftsführung in einem Gespräch ihr eigenes Gesundheitsverhalten und in der Folge den „Gesundheitszustand“ des Unternehmens. „Mit welchen Arbeitsbelastungen sind die Leitung und die MitarbeiterInnen alltäglich konfrontiert? – Was könnte verbessert/erleichtert werden?“, lauten die Schlüsselfragen.

„Vom Wissen zum Tun“ – aufbauend auf den Erkenntnissen aus dem Gespräch werden praktisch umsetzbare konkrete Handlungsschritte entwickelt und passende Angebote vorgeschlagen, die zu einer Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden, zur Steigerung der Motivation und zu effizienten Arbeitsabläufen führen.

Die aktive Einbindung der MitarbeiterInnen ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten. Als „Gesundheitsexperten“ für ihren eigenen Arbeitsplatz wissen sie selbst am besten, welche Faktoren und welche alltäglichen Situationen belastend und krankmachend empfunden werden und welche Schritte eine Verbesserung mit sich bringen können.

In einem „Gesundheitsworkshop“ werden dieses Wissen und die Erfahrungen der MitarbeiterInnen aufgelistet und gemeinsam mit dem BGF-Berater Verbesserungsvorschläge und Anregungen formuliert.

In einem so genannten „Zusammenführungsworkshop“ – daran nehmen alle MitarbeiterInnen und die Firmenleitung (Führungskräfte) teil - werden anschließend Umsetzungsschritte im Detail schriftlich fixiert und deren Durchführung konkret vereinbart („wer macht was bis wann“).

Stellt man nun die Modelle Arbeitsbewältigungs-Coaching und BGF-Standard sowie Gesundheitscoaching (Modell KMU) gegenüber, so fällt auf, dass viele Schritte in ähnlicher Ausprägung vorliegen. Ein grundlegender Unterschied ist allerdings in einem zentralen

Element zu erblicken, nämlich der Generierung von Maßnahmen bzw. Verbesserungsvorschlägen. Während beim Arbeitsbewältigungs-Coaching von einem Individual-Coaching auszugehen ist, sind Gesundheitszirkel bzw. MitarbeiterInnenworkshops eigentlich dem Team-Coaching zuzuordnen. Bei letzteren wird der Begriff Coaching selbst nicht verwendet, hier hat sich die Bezeichnung Moderation etabliert. Die Klärung der Frage, welcher Variante der Vorzug zu geben ist, kann in diesem Rahmen nicht näher getreten werden. Als Hypothese kann allenfalls eine Gleichwertigkeit gelten. Die Beweisführung in die eine oder andere Richtung wird weiteren (Pilot)Projekten und Langzeitevaluierungen vorbehalten bleiben.

5.2.2 MÖGLICHKEITEN DES EINSATZES VON „AB-C“ IN DER BGF

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) sieht es als eine seiner wesentlichen Aufgaben, qualitätsgesicherte Standards für Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich zu etablieren. Diese Standards sind u. a. in dem bereits in Punkt 5.2.1 zitierten Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung¹¹ festgeschrieben. Im Abschnitt Diagnosephase ist unter Kapitel 3.2. der Arbeitsbewältigungsindex zur Analyse der Ist-Situation im Unternehmen explizit angeführt.

Für kleinere und kleine Unternehmen kann die solide Ermittlung des aktuellen Ist-Zustandes bereits eine Herausforderung darstellen, zumal gut erprobte Diagnose-Tools rar sind bzw. vorhandene gelegentlich wenig Aussagekraft entfalten.

MitarbeiterInnenbefragungen mittels SALSA-Fragebogen liefern erst ab einer Teilnehmerzahl von 50 Personen valide Daten. Krankenstandsauswertungen dürfen die Krankenversicherungsträger aus datenschutzrechtlichen Gründen ebenfalls erst ab 50 Versicherten aufwärts zur Verfügung stellen. Der IMPULS-Test (Molnar, Geißler-Gruber & Haiden, 2002) kann unabhängig von der Teilnehmerzahl eingesetzt werden und erfüllt gemäß ÖNORM EN ISO 10075-3 die erforderlichen Hauptgütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität. Er vergleicht die Real-Arbeitsbedingungen mit den Wunsch-Arbeitsbedingungen, liefert aber keine Aussagen in Richtung Verbesserungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Vereinfacht gesprochen, zeigt er zutreffendenfalls ein Auseinanderklaffen von Stressoren und Ressourcen auf.

Der vorliegende Bericht zeigt sehr deutlich auf, dass bei dem Modell Arbeitsbewältigungs-Coaching die Zieldefinition der „Luxemburger Deklaration“ mit der Kernaussage

¹¹ Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Lose Blattsammlung, 3. Auflage, Herausgeber: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

„Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.“ im Zentrum der Bemühung steht.

Das AB-C hat - ebenso wie Betriebliche Gesundheitsförderung - Prozesscharakter und verschränkt alle Ebenen. Immer steht die Einbeziehung der Zielgruppen in alle Prozesse im Vordergrund¹². Die dafür erforderliche Prozessberatung verfolgt die Strategie, Menschen – ob Beschäftigte, betriebliche Entscheidungspersonen oder politische Akteure – vor allem darin zu unterstützen, die Initiative bei der IST-Analyse wie bei den Interventionen zu ergreifen. Denn die identifizierten Ressourcen und Probleme sind und bleiben die der jeweiligen Beteiligten, und nur sie wissen, wie komplex die Situation wirklich ist und welche Maßnahmen wirklich Erfolg versprechen. Das AB-C ist damit keine klassische Fachberatung, durch die Personen und Organisationen Ratschläge erhalten. Personen und Organisationen sollen vielmehr mit dem AB-C ermutigt werden, für sich aktiv zu werden und gestaltend einzugreifen.

Die bisherige vergleichende Betrachtung von AB-C und BGF hat gezeigt, dass der Prozess in vielen Punkten ähnlich gestaltet ist. Der grundlegende Unterschied ist im persönlich-vertraulichen Beratungsgespräch beim AB-C und dem Gesundheitszirkel in der BGF zu erblicken. Das individuelle Beratungsgespräch das AB-C bietet den Vorteil der Vertraulichkeit und damit auch den Rahmen für persönliche Problemstellungen, wobei Aspekte aus dem privaten Lebensraum des/der Beschäftigten durchaus einfließen können. Dieser Umstand darf als sehr vorteilhaft im Sinne einer Ganzheitlichkeit bezeichnet werden, oder plakativ formuliert, die Entstehung von Gesundheit und Krankheit kann ja nicht auf die Arbeitswelt reduziert werden.

Ein (weiteres) wichtiges Element der vergleichenden Betrachtung bildet das Entstehen von Vorschlägen zu den einzelnen betrieblichen Förderbereichen. Beim AB-C erhält die Unternehmensleitung eine anonyme Zusammenfassung der geäußerten Wünsche bzw. Bedarfe der einzelnen Beschäftigten. Die Gesundheitszirkel in der BGF liefern Verbesserungsvorschläge als Ergebnis einer Teamarbeit ab. Die Frage, welche Form die größere Umsetzungswahrscheinlichkeit entfaltet, muss an dieser Stelle mangels vergleichbarer Projekte (mit Ergebnissen von Langzeitevaluierungen) offen bleiben.

In sachkundigen Kreisen wird unter dem Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ein bestimmtes, umfassend beschriebenes Modell verstanden. Das Konzept „Arbeitsbewältigungs-Coaching“ ist – trotz vieler Gemeinsamkeiten – ebenso als

¹² Arbeitsbewältigungs-Coaching®, Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge. Herausgeber: Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

eigenständiges Modell zu bezeichnen und darf im Resümee durchaus als ganzheitliche „Gesundheitsförderung im Betrieb“ gesehen werden.

5.3 BLICKWINKEL ALLGEMEINE UNFALLVERSICHERUNG(NORBERT WINKER)

5.3.1 SENKUNG VON GESUNDHEITSGEFAHREN

Umfangreiche Studien aus der EU, Deutschland und anderen Ländern unterstreichen die große Bedeutung arbeitsbedingter Erkrankungen für das gesamte Krankheitsgeschehen.

Hunderttausende betroffene Beschäftigte, zehntausende Unternehmer, die Sozialversicherungen, aber auch die gesamte Gesellschaft und Wirtschaft, erleiden enorme Belastungen und Verluste durch arbeitsbedingte Erkrankungen, dadurch verursacht Erwerbsunfähigkeitspensionen und Langzeitpflege.

Bei den arbeitsbedingten Erkrankungen wird der Zusammenhang zwischen äußeren Einflussfaktoren (arbeitsbedingten Belastungsfaktoren) und gesundheitlichen Folgerscheinungen mit Hilfe der Epidemiologie nachgewiesen.

Physische und ergonomische Belastungsfaktoren unselbständiger Beschäftigter von 15 - 64 Jahren

Gesundheitsbelastungsfaktoren	Österreich (%)	EU 15 (%)
Repetitive Bewegungen	47,6	50,3
Schmerzhafte Haltungen	34,5	28,5
Schwere Lasten	22,0	19,1
Vibrationen	19,5	16,4
Lärm	17,0	19,5
Hohe Temperaturen	14,5	15,0
Abgase, Staub	13,7	11,9

Abbildung 49: European Survey on Working Conditions, 2007

Derzeit gibt es in Österreich keine Organisation, die (vergleichbar mit den deutschen Berufsgenossenschaften) einen gesetzlichen Auftrag zur Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren hätte. Verstärkte Prävention im Bereich der arbeitsbedingten Belastungen könnte zu einer wesentlichen Entlastung des österreichischen Gesundheits- und Sozialsystems führen. Allein durch die Verringerung der besonders hohen Belastungen im Bereich Arbeitsschwere/Lastenheben wären 11 % der Krankenstandsfälle potentiell vermeidbar. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden ist eine Ausweitung des Präventionsauftrages notwendig. Siehe Kapitel 5.4.

Was spricht für die ASVG-Änderungen?

Die AUVA verfügt aufgrund der langjährigen Tätigkeit in ihren Kerngebieten Unfallverhütung und Berufskrankheitenbekämpfung über das notwendige Fach- und Methodenwissen. Die AUVA ist in den Betrieben präventiv tätig und verfügt über den nötigen Zugang. In der Betriebsgrößenklasse von 1 bis 50 ArbeitnehmerInnen mit insgesamt 280.000 Betrieben werden jährlich rund 90.000 Betriebe von der AUVA betreut.

Durch die entsprechenden Gesetzesänderungen wäre es der AUVA möglich ein verstärktes Leistungsangebot anzubieten und damit die Senkung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz zu ermöglichen. Das Leistungsangebot könnte in Form einer Betriebsdiagnose, das heißt, es werden die Arbeitsunfallzahlen und Krankenstandsdaten (in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Krankenkassen) hinsichtlich diagnosebezogenen Auswertungen, herangezogen. Weiters eine Analyse der betrieblichen Fehlzeitkosten und Errechnung des betriebswirtschaftlichen Nutzenpotentials. Darüberhinaus arbeitspsychologisches Screening, weiters ergonomisches Screening, schließlich die Evaluierung, wobei die vorhandenen Evaluierungsunterlagen genutzt werden. Die Leistungsangebote der AUVA würden personenbezogene, arbeitsplatzbezogene, sowie organisations- und gruppenbezogene Angebote beinhalten. Die Wirksamkeit der durchgeführten Interventionen (Maßnahmen) würden nach der Evaluation bei Bedarf wiederholt werden.

5.3.2 REDUKTION VON KRANKENSTÄNDEN

Die gesellschaftlichen und die wirtschaftlichen Herausforderungen der Zukunft machen es erforderlich nicht nur Teilfunktionen der menschlichen Ressourcen – zum Beispiel die körperliche Leistungsfähigkeit unter Spezialwissen – sondern auch immer das gesamte psychomentele und soziale Potential der Beschäftigten zu unterstützen und auszuschöpfen; das heißt, der „gesunde Betrieb“ sollte hierfür die notwendigen Rahmenbedingungen zur

Verfügung stellen. Beispielsweise partnerschaftliches Führungsverhalten, offene Kommunikation, Zielvereinbarungen, Leistungsanreize, Weiterqualifikation, usw.. Ziele sind Belastungsabbau und Ressourcenaufbau. Viele Präventionsakteure haben die Zeichen der Zeit noch nicht vollinhaltlich erkannt und bearbeiten die Arbeitswelt der Vergangenheit und nicht Diejenige der Zukunft. Das heißt, eine Reduktion von Krankenständen ist zu erzielen bei Berücksichtigung der Multikausalität der Unfallursachen, Änderung im Belastungsspektrum und Verschiebung der Arbeitnehmerstruktur zum Dienstleistungsbereich.

Das heißt, die Präventionsarbeit muss von einem modernen multikausalen Ursachenverständnis von Arbeitsunfällen zu arbeitsbedingten Erkrankungen führen. Die Präventionsarbeit muss den systematischen Zusammenhang von fachlichen Aspekten, organisatorischen Aspekten und personenbezogenen Aspekten berücksichtigen. Ein wesentlicher Punkt zur Reduktion von Krankenständen ist die Vielschichtigkeit von Unfall- und Gesundheitsgefahren, die eine angemessene Interventionsstrategie benötigen und somit eine interdisziplinäre Herangehensweise. Entsprechend der Komplexität des Belastungs- und Beanspruchungsgeschens, ist in einer modernen Präventionspraxis die Vernetzung von Erkenntnissen aus Technik, Medizin, Sozial- und Humanwissenschaften, sowie aus Ökonomie und Recht zur forcieren.

5.3.3 STEIGERUNG DER GESUNDHEIT DER ARBEITNEHMERINNEN

Die AUVA trifft laut gesetzlichen Auftrag (§ 172 ASVG) Vorsorge für die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Die Krankenkassen treffen laut § 116 (1) Z 5 und § 154 b ASVG, Vorsorge für die Gesundheitsförderung. Die Krankenversicherungsträger nehmen diese Aufgaben unter anderem auch in den Betrieben war. Zur wirkungsvollen Umsetzung und zur Sicherung einer hohen Qualität, sollte die Zusammenarbeit zwischen AUVA (Unfallversicherungsträger) und Krankenversicherungsträger im Bereich der betrieblichen Prävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung, systematisch ausgebaut werden.

Ziele:

- die beteiligten Sozialversicherungsträger stärken ihre präventive, bzw. gesundheitsfördernde Kompetenz
- die Unternehmen können auf ein breiteres und umfassenderes Angebot im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zurückgreifen

- ganzheitliche Gesundheitsprojekte werden ermöglicht, Doppelgleisigkeiten und Parallelaktionen werden vermieden
- den Unternehmen wird eine Transparenz über die Leistungen von Unfallversicherungsträger und Krankenkassen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention geboten und der Zugang zu Leistungen der Kooperationspartner erleichtert.

5.3.4 VERMEIDUNG BEKANNTER BZW. NEUER BERUFSEKRANKUNGEN

5.3.4.1 Vermeidung von anerkannten Berufserkrankungen gemäß Liste

Bei der Bekämpfung von Berufserkrankungen gemäß ASVG-Liste ist es notwendig, dass der Präventionsdienstleister, sprich Unfallversicherungsträger, bzw. andere Sozialversicherungsinstitute, Schlüsselinnovationen aufbauen und verstärken. Schlüsselinnovationen reduzieren die Anforderungen der sozialen, technologischen und wirtschaftsstrukturellen Entwicklung auf wesentliche Handlungsorientierungen der Unfallversicherungsträger. Wesentlich wäre hier globale Wissensbestände aufzubauen, die Konzentration auf Kernkompetenzen zu reduzieren und Netzwerke mit NGO's zu entwickeln. Präventionswissen in Wissensnetze der Kunden (Betriebe) integrieren. Wenn die Schlüsselinnovationen in der Prävention integriert angewendet werden, wird eine weitere Reduzierung von Berufskrankheiten möglich sein.

5.3.4.2 Vermeidung von Erweiterung der Liste der anerkannten Berufserkrankungen

Hier ist festzustellen, dass eine Erweiterung der Liste der Berufskrankheiten keine wirksame Methode der Prävention ist, da ja die Berufskrankheitenliste nur eine Kompensation des erlittenen Schadens am Arbeitsplatz ermöglicht, in dem der Beschäftigte bei einer Minderung von 20 % der Erwerbsfähigkeit, eine Rente vom Unfallversicherungsträger bekommt.

5.3.5 VERMEIDUNG ARBEITSBEDINGTER ERKRANKUNGEN

Die Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen durch betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung ist von großer humanitärer, betriebs- und volkswirtschaftlicher, und budgetärer Bedeutung. Sie ist die humanste und wirkungsvollste Form der Reduktion von

Krankheitskosten. Sie dient der Entfaltung der menschlichen Leistungsfähigkeit und wirtschaftlichen Entwicklung.

Um die Situation zu verbessern, ist es notwendig eine ausgeweitete Prävention und Gesundheitsförderung auf inhaltlicher, struktureller und finanzieller Ebene vorzusehen, die die Menschen in ihren Lebenswelten erreicht.

Folgende Maßnahmen wären notwendig:

- ein eigenes Präventions- und Gesundheitsförderungsgesetz als vierte Säule neben Heilbehandlung, Rehabilitation und Pflege.
- Gesamtstrategie für Prävention und Gesundheitsförderung für ältere ArbeitnehmerInnen
- Schnittstellen zwischen den überbetrieblichen Einrichtungen verbessern.
- Anpassung der Rechtslage
- Führungsverantwortung für eine gesundheitsfördernde Arbeitswelt im ArbeitnehmerInnen-Schutzgesetz stärken
- Erzwingbare Betriebsvereinbarung für Prävention und Gesundheitsförderung im Arbeitsverfassungsgesetz verankern
- Erweiterung der Funktion der Sicherheitsvertrauenspersonen auf „Gesundheitsvertrauenspersonen“, insbesondere auch auf die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen
- betriebliches Eingliederungsmanagement im Arbeitsverfassungsgesetz verankern
- mehr Mindesteinsatzzeiten für ArbeitsmedizinerInnen, Sicherheitsfachkräfte und ArbeitspsychologInnen zur Vermeidung von arbeitsbedingten Erkrankungen und für betriebliche Gesundheitsförderung, ist notwendig
- weiterer Ausbau der Primärprävention und Gesundheitsförderung durch die Krankenversicherung mit wesentlich mehr finanziellen Ressourcen
- Ausbau von öffentlichen Krankenanstalten und eignen Einrichtungen der Sozialversicherungsträger zu Gesundheitszentren
- Zukunftsprogramm der SV-Beschäftigten:
Auf- und Ausbau der Prävention und Gesundheitsförderung gleichwertig mit der Gesundheitsversorgung als wichtigen Modernisierungsbereich
- Zukunftsprogramm der AUVA-Beschäftigten:

Ausbau der AUVA zum Kompetenz- und Koordinationszentrum für alle Unfälle und arbeitsbedingten Erkrankungen

5.4 VORSCHLÄGE FÜR LEGISTISCHE ÄNDERUNGEN ZUR SENKUNG VON KRANKENSTÄNDEN BZW. VERRINGERUNG KRANKHEITSBEDINGTER FRÜHPENSIONIERUNGEN (NORBERT WINKER)

„Das Nervenzeitalter hat das Muskelzeitalter abgelöst“, sagte bereits der deutsche Wirtschaftsminister Klement und meint damit auch, dass die Schaffung europäischer und weltweiter Netzwerke für Sicherheit und Gesundheit zusammen mit der sozialen Unternehmensverantwortung eine der wichtigsten und mächtigsten künftigen Aufgaben darstellt.

Das heißt, arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen, arbeitsbedingte Erkrankungen, sind nach heutigem medizinischem Standard nicht mehr bloß mit dem Katalog der klassischen Berufskrankheiten erfassbar. Gleichartige Belastungen und Beanspruchungen können bei unterschiedlichen Individuen unterschiedliche Auswirkungen hervorrufen. Häufig liegen kombinierte Belastungen vor, deren komplexe - zum Teil individuell unterschiedliche - Wirkungen, nicht in die der einzelnen Einflussgrößen aufzuschlüsseln sind. Bestehende Vorerkrankungen, oder spezielle persönliche Empfindlichkeiten, sind weitere mögliche Gründe für uneinheitliche gesundheitliche Auswirkungen von Arbeitsbedingungen bzw. Belastungen am Arbeitsplatz. Speziell zu bedenken ist die Situation älterer ArbeitnehmerInnen mit reduzierter physischer und mitunter auch psychomentaler Leistungsfähigkeit und eventuell bereits vorhandenen (berufsbedingten) Gesundheitsschäden.

Krankenstände und vorzeitige krankheitsbedingte Pensionierungen (Invaliditäts- und Arbeitsunfähigkeitspensionen) verursachen erhebliche Betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten. Die Kosten gliedern sich in direkte und indirekte Kosten. Direkte Kosten umfassen alle Leistungen, die der Betrieb und das Gesundheitswesen in Folge von Krankenständen zu tragen haben (z.B. Entgeltfortzahlung, Überstunden, Krankenbehandlung, Rehabilitation....). Indirekte Kosten umfassen die Ressourcenverluste, die sich in Form von verlorenen Erwerbsjahren aufgrund von Arbeitsunfähigkeit ergeben.

Die Ursachen für Krankenstände und Frühpensionierungen, wie bereits erwähnt, sind vielfältig. Sie liegen teilweise außerhalb des Arbeitsmilieus (Freizeitverhalten, allgemeine Umweltbedingungen, privater Lebensstil) und teilweise innerhalb der Betriebe (Unfallrisiken, mannigfaltige Arbeitsbelastung).

Arbeitgeber und Arbeitgeberinnen sind im Rahmen der allgemeinen Fürsorgepflicht und durch gesetzliche ArbeitnehmerInnenschutz-Regelungen verpflichtet, durch Präventionsmaßnahmen die Sicherheit zu gewährleisten und die Gesundheit der Beschäftigten zu schützen. Sie sind bei der Durchführung ihrer Präventionsmaßnahmen inhaltlich und strategisch auf professionelle Unterstützung und Beratung durch innerbetriebliche (Präventivfachkräfte) und überbetriebliche ExpertInnen angewiesen.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) beschränkt den Präventionsauftrag auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten (Liste der Berufskrankheiten). Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten umfassen aber nur einen kleinen Teil des von Arbeitsbelastungen beeinflussten Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschehen – sie verursachen beispielsweise nur rund 8 % der Krankenstände. Für die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen - das sind Gesundheitsstörungen, die durch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren ganz oder teilweise verursacht sind bzw. in ihrem Verlauf ungünstig beeinflusst werden - fehlt eine eindeutige gesetzliche Grundlage für die UV-Träger und die AUVA im ASVG. Gerade hier aber liegen die menschlichen und wirtschaftlichen relevanten Verbesserungspotentiale.

Die wirtschaftliche Dimension arbeitsbedingter Erkrankungen (bzw. die Einsparungspotentiale durch deren Verhütung) wurde bisher in Österreich unterschätzt. Es gibt keine diesbezüglichen epidemiologischen Studien oder Berechnungen, so dass man demonstrativ auf Studien aus Deutschland oder Skandinavien zurückgreifen muss.

Auf Basis des Forschungsberichtes „Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen“ der deutschen Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2002 (Bödecker et al, 2002) kann man durch einfache Analogieschlüsse auf das österreichische Mengengerüst grobe Abschätzungen der Kosten auch auf Österreich anstellen.

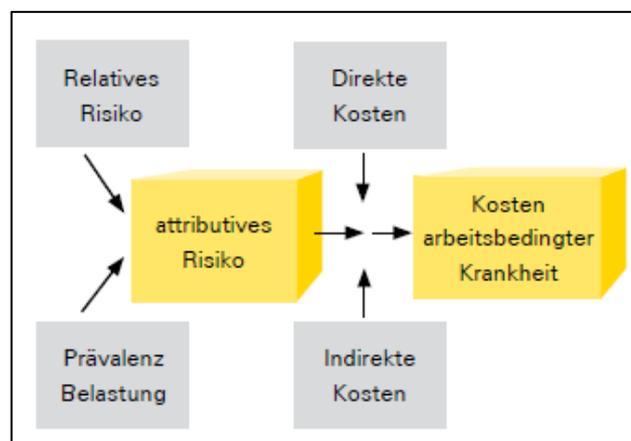


Abbildung 50: Kosten arbeitsbedingter Krankheit (BKK 2008, S. 5)

Betrachtet man für die einzelnen arbeitsbedingten Belastungsfaktoren die Anteile am gesamtösterreichischen Krankenstandsgeschehen, so wird deutlich, dass die drei Belastungsfaktoren, Arbeitsschwere/ Lastenheben, geringer Handlungsspielraum und

psychische Anforderungen, die höchsten Anteile (ist das höchste attributive Risiko¹³) aufweisen.

Da der Überlappingsgrad zwischen physischen und psychischen Belastungen als Ursachen von Erkrankungen nicht bekannt ist, kann das Gesamtmaß der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen nur geschätzt werden; man kann aber davon ausgehen, dass mindestens 31 % der Krankenstände durch Arbeitsbelastungen verursacht werden.

Aufgrund der enormen Folgekosten der arbeitsbedingten Erkrankungen liegt es klar auf der Hand, dass Präventionsaktivitäten auf diesem Gebiet ein riesiges Einsparungspotential erschließen können. Nutznießer dieser Arbeit wären nicht nur Betriebe, sondern alle Sozialversicherungsträger und die öffentliche Hand.

Um diese Aufgaben erfolgreich bewältigen zu können, bietet sich die Zusammenarbeit der involvierten Interessensparteien an. Eine solche Zusammenarbeit von öffentlicher Hand (Bund, Länder), Sozialpartnern und verschiedenen Sozialversicherungsträgern, erschließt nicht nur fachliche Ressourcen, sondern verleiht auch das notwendige politische Ansehen.

Die gesetzliche Unfallversicherung (AUVA) hat seit dem Inkrafttreten des ASVG im Jahr 1956 den Auftrag, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu verhüten. Für die Erforschung, Messung, Bearbeitung und Verhütung von Arbeitsbedingungen und Risikofaktoren, denen keine Berufskrankheit zugeordnet ist und die auch nicht Ursachen für Arbeitsunfälle darstellen, fehlt dem Unfallversicherungsträger der gesetzliche Auftrag. Davon betroffen sind zum Beispiel Tätigkeitsgebiete, wie weite Teile der Ergonomie (Bildschirmarbeit, Büroergonomie), Gestaltung von Raumklima, richtiges Heben und Tragen, oder weite Teile der Stressprävention.

Die dem Präventionsauftrag der AUVA betreffenden Paragraphen im ASVG stammen aus dem Jahr 1955 und wurden vor dem damaligen Problemhintergrund formuliert. Seit damals haben sich die Arbeitsbedingungen und damit die Anforderungen an die Prävention erheblich gewandelt. Die Kausalität die sich im Leistungsrecht der Unfallversicherung und in der Haftpflichtablöse ausdrückt und dort auch weiterhin ihre Begründung hat, spielt heute in der Prävention nur mehr eine nebensächliche Rolle. Für die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsschäden ist es zunehmend von Bedeutung, die gesamte Arbeitsumwelt, die gesamten Arbeitsbedingungen, ins Blickfeld der Prävention zu rücken.

Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) sieht das als Auftrag an die verantwortlichen ArbeitgeberInnen auch vor. Den diesbezüglichen Beratungsmöglichkeiten der AUVA sind hingegen durch die Koppelung des im ASVG festgeschriebenen Präventionsauftrages an die

¹³ Attributives Risiko: Anteil des Erkrankungsgeschehens das vermieden werden könnte, wenn durch Präventionsmaßnahmen ein Belastungsfaktor der Arbeitswelt ausgeschaltet oder vermindert würde.

leistungsrechtlich relevanten Termini „Arbeitsunfall und Berufskrankheit“ enge Grenzen gesetzt.

Um den modernen Anforderungen der Kunden (Betriebe) und den öffentlichen Gesundheitsinteressen inhaltlich gerecht zu werden, ist eine Ausweitung des Präventionsauftrages notwendig. In der BRD hat der Gesetzgeber diesem Umstand bereits Rechnung getragen und im Sozialgesetzbuch 7 (7. Buch, § 1¹⁴ und § 14¹⁵) die gesetzlichen Unfallversicherungsträger (Berufsgenossenschaften) beauftragt, für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, zu sorgen. Es wäre daher notwendig, die gesetzlichen Unfallversicherungsträger mit einem erweiterten Präventionsauftrag auszustatten und das ASVG dahingehend abzuändern.

Folgende Änderung der Paragraphen im ASVG wäre für die praktische Umsetzung notwendig:

- Im § 172 Abs. 1
- Im § 185
- Im § 186 Abs. 1, Ziffer 4
- Im § 186 Abs. 1, Ziffer 5 ASVG

An dieser Stelle soll die Formulierung statt „Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten“ heißen: **„Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren“**.

Im dritten Teil des ASVG (Unfallversicherung), Abschnitt 2, soll der Begriff „Unfallverhütung“ durch den Begriff **„Prävention“** ersetzt werden. Dies betrifft folgende Stellen:

¹⁴ § 1: Prävention, Rehabilitation, Entschädigung; Aufgabe der Unfallversicherung ist es, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Buches 1. mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten, 2. nach Eintritt von Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der Versicherten mit allen geeigneten Mitteln wiederherzustellen und sie oder ihre Hinterbliebenen durch Geldleistungen zu entschädigen. (SGB 2009, S. 1026)

¹⁵ § 14: Grundsatz; (1) Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen. (2) Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen.

- Untertitel nach Abschnitt 2
- Überschriften vor § 185
- Überschrift vor § 186
- § 186 Abs. 1
- § 186 Abs. 1, Ziffer 1, 2 und 3.

Im § 187 Abs. 1 des ASV soll der Begriff „Unfallverhütungsdienst“ durch den Begriff „**Präventionsdienst**“ ersetzt werden. Dies gilt auch für die Überschrift vor § 187.

5.5 BLICKWINKEL UNTERNEHMENSBERATUNG – WIE MAN UNTERNEHMEN FÜR DIE ZUKUNFT EICHT? (MICHAEL VOGLER)

Prozessorientierte Bewertung der Beratungsansätze aus dem blickwinkel der Unternehmensberatung

Wer mit seinem Unternehmen in Zukunft erfolgreich sein möchte, muss den Fokus der unternehmerischen Bestrebungen auf seine MitarbeiterInnen richten. Denn sie sind das zentrale produktive Kapital eines Unternehmens, sie sind auch die effektivsten und nachhaltigsten Werbe- und Imageträger.

Auf die Wirtschaft kommen große Umwälzungen zu. Zwar bereitet derzeit die Finanzkrise der Wirtschaft einige Sorgen. Viel wichtiger ist jedoch für Unternehmen die Frage, wie man zu den besten MitarbeiterInnen kommt und wie man mit ihnen die Zukunft erfolgreich gestalten kann. Der Eindruck, dass es immer schwieriger wird, gute MitarbeiterInnen zu bekommen, oder überhaupt welche zu finden, ist nicht nur subjektives Empfinden. Denn die demographische Entwicklung ist stark rückläufig. Wir werden immer weniger und älter. Das wirkt sich massiv auf die strategische Fokussierung erfolgreicher Unternehmen aus.

Andere Entwicklungen werden diesen Trend in absehbarer Zeit noch verstärken, etwa die zu Ende gehenden Energieressourcen, oder auch die sich bereits abzeichnende Krise der Landwirtschaft.

Panik jedoch ist unangebracht, sofern man sich den Lösungen zuwendet.

Als wichtigste strategische Aufgabe für Unternehmen stellt sich die Hinwendung zu ihrem wichtigsten Produktivkapital, den MitarbeiterInnen heraus. Diese wurden in den letzten wichtigsten Produktivkapital, den MitarbeiterInnen heraus. Diese wurden in den letzten Jahrzehnten geradezu sträflich vernachlässigt. Die Folgen sind an hohen Krankenständen,

Unzufriedenheit und Orientierungslosigkeit abzulesen, die sich vielerorts in Widerständen entladen.

Daraus ergeben sich fünf Kernaufgaben für Unternehmen:

- „Wie schaffen wir es, ein reaktionsfähiges und dynamisches Unternehmen zu sein und zu bleiben?
- Wie schaffen wir es, die Arbeitsfähigkeit unserer MitarbeiterInnen zu erhalten und erhöhen?
- Wie schaffen wir es, dass sie Ihre Kraft, ihr Engagement und ihre Loyalität unserem Unternehmen zur Verfügung stellen?
- Wie schaffen wir es, dass meine MitarbeiterInnen unserem Unternehmen erhalten bleiben?
- Wie schaffen wir es, dass wir für den Nachwuchs ein attraktiver Arbeitgeber werden?“

Kurz: Wer in Hinkunft gute Leute haben will, der muss ihnen etwas bieten! Das Unternehmen der Zukunft wird mit seinen MitarbeiterInnen sein, oder es wird nicht mehr sein!

Nur wie?

Die Antwort liegt in einer klaren Vorstellung darüber, was Menschen als Individuen brauchen und wie man ein Gemeinwesen gestaltet, in dem sich Menschen wohl fühlen.

Anders: Nur wenn MitarbeiterInnen in ihrem Unternehmen arbeiten wollen, anstatt zu müssen, werden die genannten Aufgaben erfüllbar sein.

Es zeigt sich, dass die erfolgreichsten Unternehmen heute jene sind, die sich um ihre MitarbeiterInnen kümmern und die Beziehungen zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen in beide Richtungen, als zentrale Unternehmensaufgabe verstehen. Denn nur wenn allseitiges und gegenseitiges Vertrauen herrscht, ist koordiniertes und zielgerichtetes Handeln organisationsweit möglich! Nur dann wird von allen MitarbeiterInnen die so gesuchte Mitverantwortung für das Ganze übernommen.

Um diese zu erreichen, genügt es nicht, sich nur damit zu beschäftigen, was wir tun, sondern auch wie wir es tun. Dabei ist das WAS, also die Handlungen, umfassend zu verstehen. Es geht zunächst darum, sich Klarheit über die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu verschaffen. Diese setzt sich zusammen aus ihrem Gesundheitszustand, sowohl physisch, als auch psychisch, ihren Fähigkeiten, der Situation am Arbeitsplatz und der Weise, in der sie geführt werden.

Auf der anderen Seite ist es aber auch unerlässlich, die bestehenden Haltungen, also das WIE, im Auge zu haben und zu entwickeln. Es ist wesentlich, wie MitarbeiterInnen ihr Unternehmen, sich selbst und ihre Rolle im Unternehmen und sich selbst in ihm sehen.

Welches Bild haben sie? Es liegen Welten zwischen der passiven Kollektiv-Haltung als Opfer des Managements oder des Marktes zu sein, und einer offensiven Grundhaltung, jederzeit gemeinsam so gut wie alles schaffen zu können!

Dieser Unterschied ist direkt im Geschäftsergebnis ablesbar!

Wer also sein Unternehmen unter den gegebenen Rahmenbedingungen erfolgreich in die Zukunft führen will, muss sich diesen Aufgaben stellen.

Die im Beratungskonzept von „Gesund am Arbeitsplatz“ vorgestellten Tools „Work Ability Index, Arbeitsbewältigungs-Coaching und AVEM“ sind in der Lage, klare Grundlagen für gesundheitsförderliche und strategische Entscheidungen in Bezug auf das „WAS“ und das „WIE“ zu liefern.

Die Frage nach notwendigen und sinnvollen Handlungen im Hinblick auf den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit wird erhoben durch einen kurzen Fragebogen, anhand dessen der WorkAbilityIndex festgestellt wird. Der Mitarbeiter bekommt dadurch ein direktes und persönliches Feedback, wie es um seine Arbeitsfähigkeit bestellt ist. Wie also seine Belastungen aussehen und wie gut er persönlich damit fertig wird. Das Unternehmen bekommt mit einer anonymisierten Gesamtauswertung nicht nur detaillierte Informationen darüber, wie es um die Arbeitsfähigkeit der Belegschaft bestellt ist. Als äußerst fruchtbar erweisen sich auch die Verbesserungsvorschläge, nach denen die MitarbeiterInnen in den Feedback- und Coaching-Gesprächen befragt werden. Diese Frage-, Feedback- und Coachingmethode erreicht unmittelbar, dass sich bei den MitarbeiterInnen das Gefühl einstellt, dem Unternehmen wichtig zu sein und ernst genommen zu werden. Allein dadurch steigt die Bindung an das Unternehmen und mit dieser das Engagement und die Leistungsbereitschaft. WAI und ABC befassen sich sowohl mit der Gesundheit der MitarbeiterInnen, ihren Kompetenzen und Fähigkeiten, ihrer Motivation, als auch mit Fragen der Organisation und der Führung.

Das Unternehmen wiederum erhält Klarheit über die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen, den körperlichen und mentalen Zustand der Belegschaft, sowie eine Fülle von Ideen und Vorschlägen zu den Arbeitsabläufen und zur Verbesserung des Miteinanders im Unternehmen. Und zwar kostengünstig, von den hauseigenen ExpertInnen, also den eigenen MitarbeiterInnen, die täglich ihre Arbeit machen und darüber nachdenken - aber nur in manchen Unternehmen ausreichend Gelegenheit erhalten, etwas darüber zu sagen!

Mit diesen Daten erhält das Unternehmen außerdem eine treffsichere Grundlage, wie es - direkt an den Bedürfnissen der MitarbeiterInnen entlang – die Arbeitsfähigkeit seiner MitarbeiterInnen erhalten und erhöhen kann, wie es seine Handlungen mit den Ideen der MitarbeiterInnen in Einklang bringen und Nutzen daraus ziehen kann.

Diese Einsichten sind von unschätzbarem Wert, denn Unternehmen, die auch künftig erfolgreich sein wollen, verlagern die Ausgangspunkte von Innovation und Erneuerung, also

die Kernbereiche der Marktfähigkeit, vom Zentrum an die Peripherie. Sie betrachten die eigenen MitarbeiterInnen als die wahren ExpertInnen für Abläufe und konkrete Kreativität.

Das bedeutet einen Perspektivenwechsel.

Damit dieses Miteinander vollständig und nachhaltig gelingt, bedarf es der Verankerung dieses gemeinsamen Verständnisses in der Unternehmenskultur. Denn in der Organisationskultur sind die Werthaltungen und latenten Regeln enthalten, nach denen die Organisation lebt. Diese sind in den Köpfen der MitarbeiterInnen eingeschrieben.

Solche Grundhaltungen und latenten Werte haben die Eigenschaft, dass sie Wahrnehmung und Verhalten bestimmen. Wie wichtig diese Hintergrundfolie ist, erkennt man am besten an einem Beispiel. Herrscht etwa in einem Unternehmen die Regel, dass man dem Chef aus dem Weg gehen sollte, wird er nichts erfahren. Herrscht die Regel, dass man hier misstrauisch sein muss, oder sich so lange zurückhalten hat, bis ein anderer die Arbeit macht, bleibt der Stillstand nicht aus. Regeln wie „Mache dir jede Idee zu eigen und lege los“, oder „wenn jemand Hilfe braucht, biete sie an“ werden bei gleicher Ausgangslage zu völlig anderen Ergebnissen auf der Handlungsebene führen.

Auf der individuellen Ebene gibt es Regeln, welche die Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit fördern und solche, die sie stören oder gar vernichten. Zur ersten Kategorie gehören Haltungen, die das Miteinander und die konstruktive Kommunikation fördern. Zur zweiten gehören die verbreitete Opferhaltung, die – egal um was es sich handelt - nur Abwehrmaßnahmen zulässt, oder andere Wirklichkeitskonstruktionen, die am Selbstwert nagen.

Will man also in einem Unternehmen nachhaltig die Arbeitsfähigkeit erhöhen oder eine Unternehmenskultur herbeiführen, die von Selbstwert, Gesundheit, Miteinander und Kreativität strotzt, dann muss man sich auch der Haltungsseite zuwenden.

Als Grundlage zur Entwicklung erfolgsrelevanter Handlungen wird ein weiterer Fragebogen verwendet, der AVEM, der sich mit den konkreten Werthaltungen und Beziehungen der MitarbeiterInnen beschäftigt. Er analysiert sie sowohl persönlich, als auch gruppenspezifisch, bezieht auch gesellschaftliche Werthaltungen mit ein und eruiert ihre gesundheits- oder krankheitsförderlichen Elemente, ihre Funktionalität oder Dysfunktionalität.

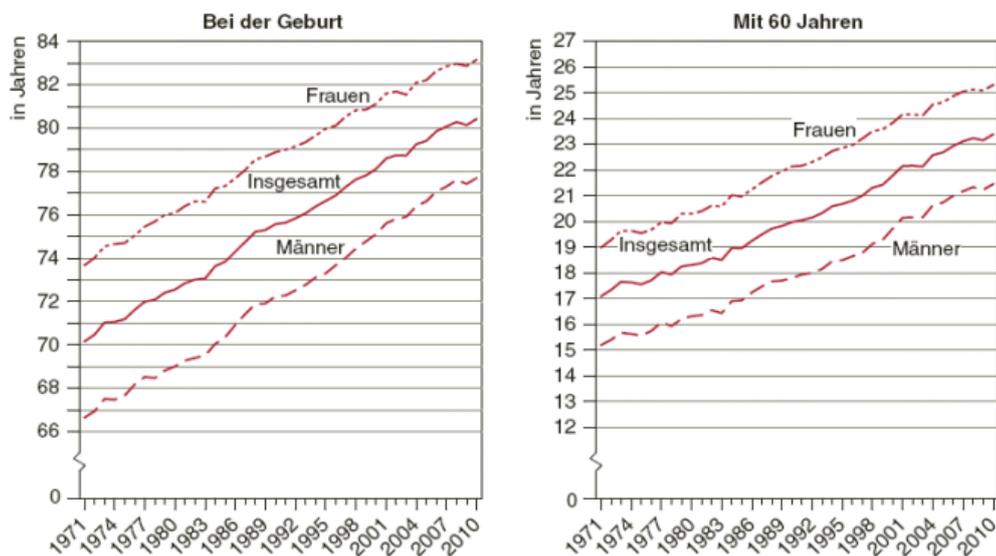
Dieses Instrument liefert ebenso schnell und treffsicher konkrete Ergebnisse, die – genau wie beim WAI und ABC – sowohl für das Individuum, als auch für das Unternehmen von unmittelbarem Nutzen sind.

MitarbeiterInnen erfahren eine Analyse erfahren ihre Haltungen als Ursachen ihres Verhaltens und wie sich diese auf ihr Wohlbefinden auswirken. Sie erhalten auch Hinweise, wie bestimmte Haltungen verändert werden können, damit eine persönliche Balance entsteht bzw. erhalten werden kann.

Für das Unternehmen wiederum ist eher die kollektive Balance in der Belegschaft von Bedeutung. Es muss wissen, ob es offene oder versteckte Haltungen gibt, die entwicklungsfähig sind, oder den Unternehmenserfolg behindern. Die Unternehmensleitung bekommt mit dem AVEM ein sehr differenziertes Bild der in der Belegschaft geltenden Haltungen und Werte. Interessant sind dabei vor allem Zusammenhänge, die bis dahin im Verborgenen geblieben sind, aber negative Auswirkungen auf den Geschäftsverlauf gehabt haben. Einmal erkannt, ist die Behebung häufig sehr einfach.

Über die Zukunft von Unternehmen entscheiden die MitarbeiterInnen. Die gewonnenen Ergebnisse liefern greifbare Auskunft über jene Faktoren, die in Zukunft über den Erfolg von Unternehmen entscheiden werden: gesunde, kreative und selbstbewusste MitarbeiterInnen, Qualität der Führung, Profiliertheit der Unternehmenskultur, zwischenmenschliche Beziehungen, Engagement der MitarbeiterInnen und Förderlichkeit der Arbeitsbedingungen.

**Lebenserwartung bei der Geburt und fernere Lebenserwartung
60-Jähriger seit 1971*)**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. Erstellt am: 19.05.2011. *) Ab 2009 vollzähliger Erfassung von im Ausland verstorbenen Personen mit Wohnsitz in Österreich.

Abbildung 51: Lebenserwartung (Statistik Austria, 2011a)

	Tatsächliches Pensionsantritts- alter 2008 ¹⁾²⁾	aktuelles gesetzliches Pensionsanfallsalter		gesetzliche Anhebung d. Pensionsanfalls- alters bis 2020 (MF)	gesetzlich geplante Anhebung d. Pensionsanfalls- alters nach 2020 ³⁾
		Männer	Frauen		
Irland	64,1	65	65	67	68
Schweden	63,8	65	65	61-67 ⁴⁾	-
Zypern	63,5	65	65	-	-
Niederlande	63,2	65	65	65/65 (66/66) ⁴⁾	67
Großbritannien	63,1	65	60	65/65	68
Lettland	62,7	62	62	-	-
Spanien	62,6	65	65	66	67
Portugal	62,6	65	65	- ⁴⁾	-
Estland	62,1	63	61	63/63	65
Deutschland	61,7	65	65	65-66/65-66	67 ⁴⁾
Finnland	61,6	65	65	- ⁴⁾	-
Belgien	61,6	65	65	-	-
Bulgarien	61,5	63	60	-	65/63
Griechenland	61,4	65	60	65	65 ⁴⁾
Dänemark	61,3	65	65	-	67 ⁴⁾
Österreich	60,9	65	60	-	65
Italien	60,8	65	60	- ⁴⁾	-
Tschechien	60,6	62	60/61	63-64/63-64	65
Litauen	59,9	62/63	60	64/63	65
Slowenien	59,8	63	61	65/65	-
Malta	59,8	61	60	63/63	65
Polen	59,3	65	60	-	-
Frankreich	59,3	60	60	62	-
Slowakei	58,7	62	59	62/62	62/62
Rumänien	55,5	63/64	58/59	65/60-62	65
Ungarn	-	62	62	64/64	65
Luxemburg	-	65	65	65/65	-

Quelle: EU-Kommission: "GRÜNBUCH - Angemessene, nachhaltige und sichere europäische Pensions- und Rentensysteme" (<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=5551&langId=de>)
EPC/SPC Joint Report on Pensions, 2010

¹⁾ ohne Invaliditätspensionen

²⁾ Schnitt Frauen/Männer

³⁾ für Frauen und Männer einheitlich

⁴⁾ Anpassung an Lebenserwartung

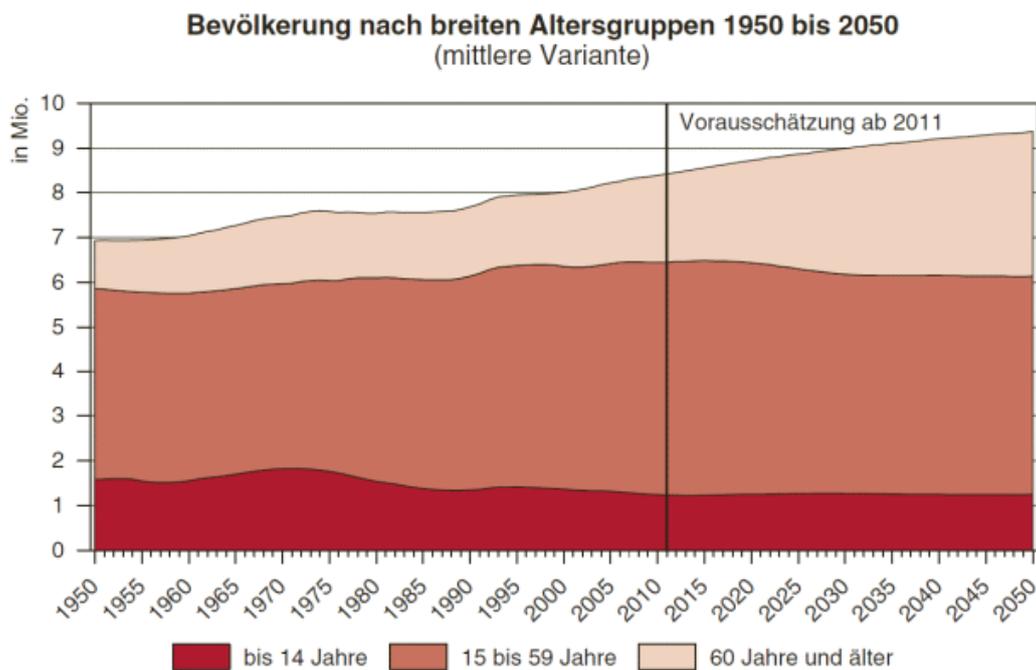
Abbildung 52: Pensionsantritts- und anfallsalter für normale Alterspensionen
im EU-Vergleich (BMAK 2011a, S. 22)

Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote im Zeitvergleich

Jahre	Insgesamt			Männer			Frauen		
	Erwerbstätige		Erwerbstätigen- quote (15-64 Jahre)	Erwerbstätige		Erwerbstätigen- quote (15-64 Jahre)	Erwerbstätige		Erwerbstätigen- quote (15-64 Jahre)
	insgesamt	15-64 Jahre		insgesamt	15-64 Jahre		insgesamt	15-64 Jahre	
	in 1.000		in %	in 1.000		in %	in 1.000		in %
2000	3.685,7	3.653,7	68,3	2.077,6	2.057,7	77,3	1.608,1	1.596,0	59,4
2001	3.711,2	3.671,4	68,2	2.075,9	2.052,7	76,6	1.635,3	1.618,7	59,9
2002	3.762,1	3.731,5	68,8	2.084,8	2.066,8	76,4	1.677,4	1.664,7	61,2
2003	3.793,5	3.763,6	68,9	2.093,9	2.076,0	76,4	1.699,7	1.687,6	61,6
2004	3.744,0	3.716,5	67,8	2.061,5	2.043,0	74,9	1.682,5	1.673,5	60,7
2005	3.824,4	3.786,3	68,6	2.095,2	2.069,6	75,4	1.729,2	1.716,7	62,0
2006	3.928,3	3.881,4	70,2	2.147,5	2.117,9	76,9	1.780,7	1.763,5	63,5
2007	4.027,9	3.963,3	71,4	2.208,5	2.167,6	78,4	1.819,4	1.795,7	64,4
2008	4.090,0	4.019,9	72,1	2.222,1	2.177,7	78,5	1.867,9	1.842,2	65,8
2009	4.077,7	4.002,5	71,6	2.185,5	2.137,6	76,9	1.892,1	1.864,9	66,4
2010	4.096,4	4.021,2	71,7	2.197,4	2.151,2	77,1	1.899,1	1.870,0	66,4

Q: STATISTIK AUSTRIA, Mikrozensus bzw. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. - Bis 2003: Durchschnitt der Erhebungen im März, Juni, September und Dezember. - Ab 2004: Jahresdurchschnitt über alle Wochen. - Zeitreihenbruch von 2003 auf 2004 auf Grund der Erhebungsumstellung. - Erwerbstätige (Labour Force-Konzept) in Privathaushalten ohne Präsenz-, Zivildienst.

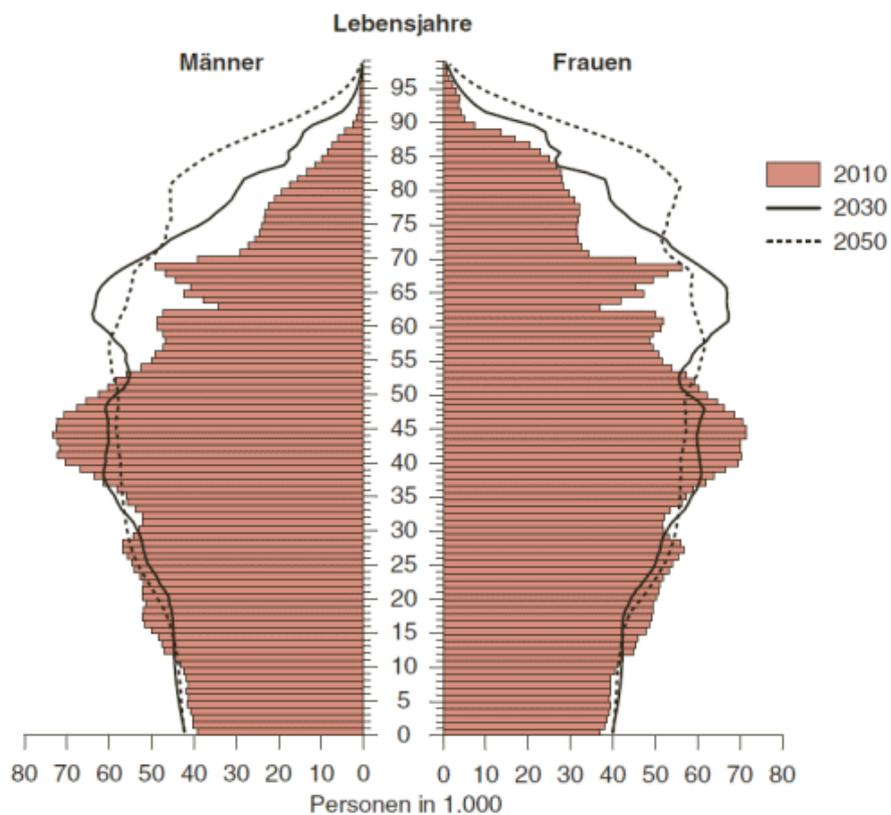
Abbildung 53: Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote im Zeitvergleich (Statistik Austria 2011b)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

Abbildung 54: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2050 (Statistik Austria, 2011c)

Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050
(mittlere Variante)



Q: STATISTIK AUSTRIA, Bevölkerungsprognose 2011. Erstellt am: 25.08.2011.

Abbildung 55: Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050 (Statistik Austria, 2011d)

Beschäftigungsquote im internat. Vergleich

Anteil der 15- bis 64-jährigen Erwerbstätigen an der entsprechenden Wo **APFteam** **bmask.gv.at**
Jahresdurchschnitt 2010 **Sektion Arbeitsmarkt**

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	2010	Veränd. zum Vorjahr*	2010	Veränd. zum Vorjahr*	2010	Veränd. zum Vorjahr*
Europäische Union 27	64,2	-0,4	70,1	-0,6	58,2	-0,4
Europäische Union 25	64,5	-0,5	70,4	-0,7	58,6	-0,3
Europäische Union 15	65,4	-0,5	71,4	-0,5	59,5	-0,4
Belgien	62,0	+0,4	67,4	+0,2	56,5	+0,5
Bulgarien	59,7	-2,9	63,0	-3,9	56,4	-1,9
Tschechische Republik	65,0	-0,4	73,5	-0,3	56,3	-0,4
Dänemark	73,4	-2,3	75,8	-2,5	71,1	-2,0
Deutschland	71,1	+0,2	76,0	+0,4	66,1	-0,1
Estland	61,0	-2,5	61,5	-2,6	60,6	-2,4
Irland	60,0	-1,8	63,9	-2,4	56,0	-1,4
Griechenland	59,6	-1,6	70,9	-2,6	48,1	-0,8
Spanien	58,6	-1,2	64,7	-1,9	52,3	-0,5
Frankreich	64,0	-0,1	68,3	-0,1	59,9	-0,1
Italien	56,9	-0,6	67,7	-0,9	46,1	-0,3
Zypern	69,7	-0,2	76,6	-1,0	63,0	+0,5
Lettland	59,3	-1,6	59,2	-1,8	59,4	-1,5
Litauen	57,8	-2,3	56,8	-2,7	58,7	-2,0
Luxemburg (Grand-Duché)	65,2	0,0	73,1	-0,1	57,2	+0,2
Ungarn	55,4	0,0	60,4	-0,7	50,6	+0,7
Malta	56,0	+1,1	72,3	+0,8	39,2	+1,7
Niederlande	74,7	-2,3	80,0	-2,4	69,3	-2,2
Österreich	71,7	+0,1	77,1	+0,2	66,4	0,0
Polen	59,3	0,0	65,6	-0,5	53,0	+0,2
Portugal	65,6	-0,7	70,1	-1,0	61,1	-0,5
Rumänien	58,8	+0,2	65,7	+0,5	52,0	0,0
Slowenien	66,2	-1,3	69,6	-1,4	62,6	-1,2
Slowakei	58,8	-1,4	65,2	-2,4	52,3	-0,5
Finnland	68,1	-0,6	69,4	-0,1	66,9	-1,0
Schweden	72,7	+0,5	75,1	+0,9	70,3	+0,1
Vereinigtes Königreich	69,5	-0,4	74,5	-0,3	64,6	-0,4

Quelle: EUROSTAT (Abfrage vom 19.04.2011)
* in Prozentpunkten

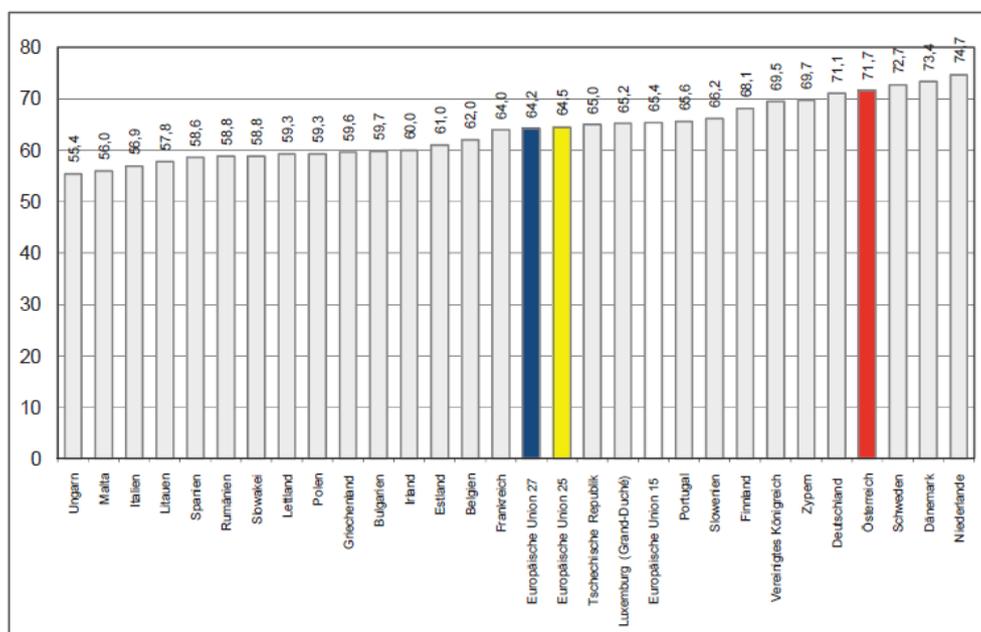


Abbildung 56: Abbildung 8: Beschäftigungsquote im internationalen Vergleich (BMASK 2011c)

Beschäftigungsquote der 55- bis 64-Jährigen im internat. Vergleich

Anteil der 55- bis 64-jährigen Erwerbstätigen an der entsprechenden Wohnbevölkerung

Jahresdurchschnitt 2010

APFteam
Sektion Arbeitsmarkt

 bmask.gv.at

	Insgesamt		Männer		Frauen	
	2010	Veränd. zum Vorjahr*	2010	Veränd. zum Vorjahr*	2010	Veränd. zum Vorjahr*
Europäische Union 27	46,3	+0,3	54,6	-0,2	38,6	+0,8
Europäische Union 25	46,6	+0,4	54,8	-0,1	38,9	+1,0
Europäische Union 15	48,4	+0,5	56,2	+0,1	40,9	+0,8
Belgien	37,3	+2,0	45,6	+2,7	29,2	+1,5
Bulgarien	43,5	-2,6	50,3	-3,8	37,7	-1,5
Tschechische Republik	46,5	-0,3	58,4	-1,2	35,5	+0,5
Dänemark	57,6	+0,1	62,7	-1,4	52,5	+1,6
Deutschland	57,7	+1,5	65,0	+1,1	50,5	+1,8
Estland	53,8	-6,6	52,2	-7,2	54,9	-6,3
Irland	50,0	-1,0	58,1	-2,8	42,0	+1,0
Griechenland	42,3	+0,1	56,5	-1,2	28,9	+1,2
Spanien	43,6	-0,5	54,7	-2,0	33,2	+0,9
Frankreich	39,7	+0,9	42,1	+0,8	37,5	+1,0
Italien	36,6	+0,9	47,6	+0,9	26,2	+0,8
Zypern	56,8	+0,8	71,2	-0,5	43,0	+2,2
Lettland	48,2	-5,0	47,6	-5,5	48,7	-4,6
Litauen	48,6	-3,0	52,3	-3,7	45,8	-2,5
Luxemburg (Grand-Duché)	39,6	+1,4	47,7	+1,2	31,3	+1,9
Ungarn	34,4	+1,6	39,6	-0,3	30,1	+3,1
Malta	30,2	+2,3	47,9	+2,9	13,0	+2,0
Niederlande	53,7	-1,4	64,5	-0,9	42,8	-1,9
Österreich	42,4	+1,3	51,6	+0,6	33,7	+2,0
Polen	34,0	+1,7	45,3	+1,0	24,2	+2,3
Portugal	49,2	-0,5	55,7	-1,8	43,5	+0,8
Rumänien	41,1	-1,5	50,3	-2,0	33,0	-1,1
Slowenien	35,0	-0,6	45,5	-0,9	24,5	-0,3
Slowakei	40,5	+1,0	54,0	-0,9	28,7	+2,6
Finnland	56,2	+0,7	55,6	+1,0	56,9	+0,6
Schweden	70,5	+0,5	74,2	+1,0	66,7	0,0
Vereinigtes Königreich	57,1	-0,4	65,0	-1,2	49,5	+0,3

Quelle: EUROSTAT (Abfrage vom 19.04.2011)

* in Prozentpunkten

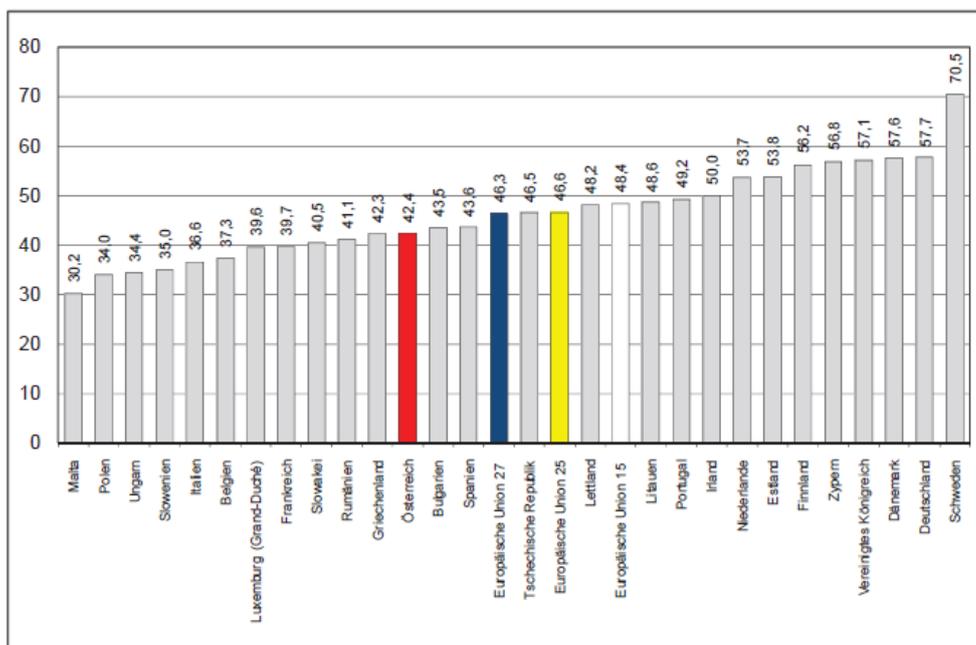


Abbildung 57: Beschäftigungsquote der 55 bis 64 Jährigen im internationalen Vergleich (BMASK 2011b)

- Aiginger, Karl/ Tichy, Gunther/ Walterskirchen, Ewald (Projektleitung und –koordination):
WIFOWeißbuch: Mehr Beschäftigung durch Wachstum auf Basis von Innovation und Qualifikation, Wien 2006
(ArbeitnehmerInnenschutzgesetz - ASchG), in der geltenden Fassung, RIS Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts, www.ris.bka.gv.at
- Antonovsky, Aaron Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit, 1997, S. 36 f
- ASVG Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, in der aktuellen Fassung, RIS Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts, www.ris.bka.gv.at
- BCG The Boston Consulting Group (European Association for Personnel Management): The Future of HR in Europe – Key Challenges Through 2015, Broschüre der BCG (www.bcg.com), ohne Jahresangabe
- Becker, P. Der Trierer Persönlichkeitsfragebogen TPF. 1989, S. 7
- BKK 2008 BKK Bundesverband (Hrsg.): Wettbewerbsvorteil Gesundheit - Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen und Frühberentung in Deutschland (Themendossier), Redaktion Dr. Wolfgang Bödecker, Essen 2008
- Blazejczak, J. (Hrsg.): Zukunftsgestaltung ohne Wirtschaftswachstum? Ergebnisse eines Workshops des DIW im Auftrag von Greenpeace Deutschland. DIW Diskussionspapier Nr. 168, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin 1998 in: Hinterberger et al 2009, S. 29
- Blumberger, Walter/ Keppelmüller, Peter/ Niederberger, Karl/ Paireder, Karin: Studie: „Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit“ - Eine Analyse präventiver, begleitender, akuter und nachsorgender Strategien und Interventionen zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen in Österreich. Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung (IBE), Universität Linz, Februar 2004
- BMASK 2009 (Hrsg.): Invalidität im Wandel, Endbericht der Arbeitsgruppe zur Neugestaltung des Invaliditätsrechts (September 2007 bis Juli 2008), MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH, Wien 2009
- BMASK 2011a Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Sozialpolitische Indikatoren: Österreich im internationalen Vergleich, Wien 2011
- BMASK 2011b Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Beschäftigungsquote der 55 bis 64 Jährigen im internationalen

Vergleich, erstellt durch das APF-Team Sektion VI/6 im BMASK, Wien 2011

- BMASK 2011c Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Beschäftigungsquote im internationalen Vergleich, erstellt durch das APF-Team Sektion VI/6 im BMASK, Wien 2011
- BMWfJ 2010 Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (Hrsg.): Mittelstandsbericht 2010 - Bericht über die Situation der kleinen und mittleren Unternehmungen der gewerblichen Wirtschaft, Wien 2010
- Bödecker et al 2002 Bödeker, W.; Friedel, H.; Röttger, Chr.; Schröer, A.: Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen in Deutschland, 1. Auflage, (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschungsbericht, Fb 946), Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH, Bremerhaven: 2002
- Czamay, Doris: Service Arbeit und Gesundheit - Endbericht; ein Projekt im Rahmen von AEIOU, Wien, August 2005
- Gartlehner, Gerhard: Gibt es internationale Erklärungsmodelle für den Anstieg psychiatrischer Erkrankungen? in: BMASK (2009), S. 265 ff
- Handbuch BGF 2007 Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Lose Blattsammlung, 3. Auflage, bearbeitet 2007; Herausgeber: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Kundmannngasse 21, 1030 Wien. Für den Inhalt verantwortlich: Dr. Christian Scharinger. Seiten 20 und 35
- Hasselhorn, H. M. und Freude, G.: Der Work Ability Index - ein Leitfaden, 1. Auflage, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW Verlag für neue Wissenschaft GmbH 2007. (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sonderschrift, S 87)
- Hasselhorn, H.M./ Seibt, R./ Tielsch, R./ Müller H.B.: Der Work Ability Index – Fluch oder Segen?, ohne Jahresangabe, veröffentlicht auf www.blikopwerk.nl
- Hirtenlehner, Helmut/ Sebinger, Sarah: Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU - Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich, Linz 2004
- Ilmarinen & Tempel, 2002, Arbeitsfähigkeit 2010, in: www.arbeitsfaehigkeit.net
- INQA 2009 Initiative Neue Qualität der Arbeit – (Hrsg.); Arbeitsbewältigungs-Coaching®, Neue Herausforderungen erfordern neue Beratungswerkzeuge, Dortmund 2009
- Kromp-Kolb, Helga Welches Wachstum lässt der Klimawandel zu? in: Hinterberger et al 2009

- Land OÖ: Landes-MedienInfo, Information zur Pressekonferenz zum Thema: Start der Plattform „Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention“ am 21.10.2010
- Leoni, T: Fehlzeitenreport 2009, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, WIFO - Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.) im Auftrag von Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wirtschaftskammer Österreich, Bundesarbeitskammer, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Wien 2010
- Meadows, Dennis/ Meadows, Donella/ Zahn, E./ Milling, P.: Grenzen des Wachstums. Bericht des Club of Rome zur Lage der Menschheit. Deutsche Verlagsanstalt GmbH, Stuttgart 1972
- Nefiodow, Leo A. Der sechste Kondratieff: Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information, 6. überarbeitete Auflage, Sankt Augustin 2006
- NÖGKK 2011 Homepage der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse www.noegkk.at , Pfad: [Vorsorge/ Betriebliche Gesundheitsförderung/ Laufende Projekte/ Warum Betriebliche Gesundheitsförderung \(BGF\) in Klein- und Mittelbetrieben vom 7.01.2011](#)
- Pöltner, Walter Einleitung, in: BMASK (Hrsg.) 2009
- Pühringer, Judith: HAUPTSACHE (ERWERBS)ARBEIT?! - Für eine nachhaltige, qualitätsvolle und alternative Arbeitsmarktpolitik, in: Hinterberger 2009, S. 203 ff
- PVA 2011 Homepage der PVA, Pfad: [Leistungen/ Berufliche Rehabilitation vom 7.01.2011](#)
- Rampe, M. „Der R-Faktor“. Das Geheimnis unserer inneren Stärke.,2004
- Rechnungshof 2011 Rechnungshof (Hrsg.): Vorschläge des Rechnungshofes zur Verwaltungsreform, 3. Auflage, Wien 2011
- Regierungsprogramm für die XXIII. Gesetzgebungsperiode
- Schaarschmidt, U. AVEM: Ein Instrument zur interventionsbezogenen Diagnostik beruflichen Bewältigungsverhaltens, o. Jahresangabe
- Schaarschmidt, U, Fischer, A., Bewältigungsmuster im Beruf. Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit derArbeitsbelastun, Göttingen 2001
- Schaarschmidt, U, Fischer, A., AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster, Frankfurt 2003
- Schulmeister, Stephan Die neue Weltwirtschaftskrise - Ursachen, Folgen, Gegenstrategien, in: Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 106, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien (Hrsg.), Wien 2009

- SGB 2009 Sozialgesetzbuch, Sonderausgabe, 38. Neu bearbeitete Auflage, DTV Deutscher Taschenbuch Verlag, München 2010
- Sozialpartner Österreich Bad Ischler Dialog 2011, Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf Arbeitsmarkt und soziale Systeme, Positionen der österreichischen Sozialpartner, Bad Ischl 2011
- Stangl, Werner <http://lexikon.stangl.eu/593/resilienz/>, 13.12.2011
- Statistik Austria, 2010 Statistik Austria (Hrsg.): Bevölkerungsschätzung 2010 (mittlere Variante) in: S. Sozialpartner Österreich, S. 4
- Statistik Austria, 2011a Statistik Austria (Hrsg.): Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, 19.5.2011
- Statistik Austria, 2011b Statistik Austria (Hrsg.): Arbeitskräfteerhebung 2010, Ergebnisse des Mikrozensus, Wien 2011
- Statistik Austria, 2011c Statistik Austria (Hrsg.): Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1950 bis 2050, Interaktive Daten zum Thema „Bevölkerungsprognose“ für Österreich, November 2011
- Statistik Austria, 2011d Statistik Austria (Hrsg.): Bevölkerungspyramide 2010, 2030 und 2050 - Interaktive Daten zum Thema „Bevölkerungsprognose“ für Österreich, August 2011
- Statistik Austria http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/022395.html
- Stocker, A./ Hinterberger, F.: Die „Mischarbeit“ in einem nachhaltigen, glücklichen Österreich - Nachhaltige Handlungsstrategien für die Zukunft der Arbeit, Sustainable Europe Research Institute, SERI FactSheet ohne Jahresangabe
- Strohm, Ulich 1997 Oliver Strohm, Eberhard Ulich: Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik, Organisation. Verlag: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, Auflage1, 14. März 1997
- Trauner, Rudolf Angebotsstrukturen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsvorsorge stärker auf Klein- und Mittelbetriebe ausrichten, in: Land OÖ 2010, S. 5
- Welter-Enderling & Hildenbrand, Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006, S. 13
- Wolter, Birgit „Resilienzforschung“ – Das Geheimnis der inneren Stärke)

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: VORAUSBERECHNTE BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR FÜR ÖSTERREICH 2011 BIS 2075 (STATISTIK AUSTRIA, 2011E)	6
ABBILDUNG 2: PERSONEN IM ERWERBSALTER VON 15 BIS 64 JAHRE - ENTWICKLUNG 2010 BIS 2030 (STATISTIK AUSTRIA, 2010)	7
ABBILDUNG 3: ARBEITSLOSENQUOTEN IN DER EU, STAND NOV. 2010	12
ABBILDUNG 4: ARBEITSLOSENQUOTE IN %, ÖSTERREICH 1946 BIS 2009 (DATENQUELLE: AMS 2011; GRAFIK: NÖHMAYER)	13
ABBILDUNG 5: ARBEITSMARKTDYNAMIK 2006 (BMW 2007)	14
ABBILDUNG 6: FIVE CRITICAL CAPABILITIES (BCG, S. 3)	19
ABBILDUNG 7: TOP THEMEN AN DIE PERSONALARBEIT (KIENBAUM 2010)	23
ABBILDUNG 8: DAS HAUS DER ARBEITSFÄHIGKEIT	27
ABBILDUNG 9: DIE 7 DIMENSIONEN DES WAI	28
ABBILDUNG 11: VERTEILUNG DES WAI NACH ALTER. REFERENZDATENSATZ WAI DEUTSCHLAND 2007,	29
ABBILDUNG 12: KATEGORIEN DES WORK ABILITY INDEX MIT EMPFEHLUNGEN FÜR MAßNAHMEN SOWIE	31
ABBILDUNG 13: MODELL DER FÖRDERUNG DER ARBEITSFÄHIGKEIT VIER HANDLUNGSFELDER DER PRÄVENTION	31
ABBILDUNG 14: BETEILIGTE PERSONEN NACH FUNKTION	35
ABBILDUNG 15: BETEILIGTE PERSONEN NACH GESCHLECHT UND ALTER (GAP)	36
ABBILDUNG 16: WAI-WERTE DER BETEILIGTEN MA	37
ABBILDUNG 17: WAI NACH POSITION IM UNTERNEHMEN	38
ABBILDUNG 18: WAI NACH ALTER UND GESCHLECHT	38
ABBILDUNG 19: WAI-WERTE GESAMT - ALLE PERSONEN	39
ABBILDUNG 20: WAI DATEN BEI AKADEMISCHEN BERUFEN, N=649, WAI DATENSATZ DEUTSCHLAND (HASSELHORN, ET AL S. 4)	40
ABBILDUNG 21: KULMINIERTE ERGEBNISSE WAI DIMENSION 1	40
ABBILDUNG 22: ERGEBNIS WAI DIMENSION 2	41
ABBILDUNG 23: ERGEBNIS WAI DIMENSION 3	42
ABBILDUNG 24: ERGEBNIS WAI DIMENSION 4	43
ABBILDUNG 25: WAI - FEHLTAGE IM LETZTEN JAHR	44
ABBILDUNG 26: WAI - MENTALE RESSOURCEN	45
ABBILDUNG 27: WAHRNEHMUNGEN UND INTERVENTIONEN (ABSOLUT)	46
ABBILDUNG 28: WAHRNEHMUNGEN UND INTERVENTIONEN (IN %)	46
ABBILDUNG 29: WAHRNEHMUNGEN UND INTERVENTIONEN NACH FÖRDERBEREICH	47
ABBILDUNG 30: WAHRNEHMUNGEN UND INTERVENTIONEN IM DETAIL (ABSOLUT)	48
ABBILDUNG 31: WAHRNEHMUNGEN UND INTERVENTIONEN IM DETAIL (IN%)	49
ABBILDUNG 32: ADRESSATEN FÜR INTERVENTIONEN	50
ABBILDUNG 33: INVERVENTIONEN - ADRESSAT INDIVIDUUM	52
ABBILDUNG 34: INVERVENTIONEN - ADRESSAT UNTERNEHMEN	53
ABBILDUNG 35: INTERVENTIONEN - ADRESSATEN INDIVIDUUM & UNTERNEHMEN	54
ABBILDUNG 36: HIERACHISCHES STRUKTURMODELL DER SEELISCHEN GESUNDHEIT NACH BECKER	56
ABBILDUNG 37: DIE 11 DIMENSIONEN DES AVEM, SCHAARSCHMIDT, U., FISCHER, A.	60
ABBILDUNG 38: PROFIL BEWÄLTIGUNGSMUSTER G(ESUNDHEIT)	62
ABBILDUNG 39: PROFIL BEWÄLTIGUNGSMUSTER S(CHONUNG)	64

ABBILDUNG 40: PROFIL BEWÄLTIGUNGSMUSTER A(NSTRENGUNG).....	65
ABBILDUNG 41: PROFIL BEWÄLTIGUNGSMUSTER B(URNOUT).....	66
ABBILDUNG 42: ANTEILE DER 4 VERHALTENSMUSTER	67
ABBILDUNG 43: GEMEINSAMKEITEN DER RISIKOMUSTER UND DARUAUF ABGESTIMMTE ÜBERGREIFENDE MAßNAHMEN	69
ABBILDUNG 44: CHARAKTERISITKA DES RISIKOMUSTERS A UND DARUAUF ABGESTIMMTE MAßNAHMEN	70
ABBILDUNG 45: CHARAKTERISTIKA DES RISIKOMUSTERS B UND DARUAUF ABGESTIMMTE MAßNAHMEN	70
ABBILDUNG 46: MITRBEITERINNEN ANZAHL IN DEN DREI UNTERNEHMEN	74
ABBILDUNG 47: VERTEILUNG DER TYPEN IN DEN UNTERNEHMEN	75
ABBILDUNG 48: INTERVENTIONEN, GERSAMT UND NACH HANDLUNGSBEREICHEN	82
ABBILDUNG 49: SPALTE 1: INDEXNUMMER, SPALTE 2: NUMMERN DER FRAGEN AUS DEM FRAGEBOGEN, SPALTE 3: MERKMALSBEREICHE.....	86
ABBILDUNG 50: EUROPEAN SURVEY ON WORKING CONDITIONS, 2007	94
ABBILDUNG 51: KOSTEN ARBEITSBEDINGTER KRANKHEIT (BKK 2008, S. 5).....	100
ABBILDUNG 52: LEBENSERWARTUNG (STATISTIK AUSTRIA, 2011A).....	108
ABBILDUNG 53: PENSIONSANTRITTS- UND ANFALLSALTER FÜR NORMALE ALTERSPENSIONEN IM EU-VERGLEICH (BMASK 2011A, S. 22).....	109
ABBILDUNG 54: ERWERBSTÄTIGE UND ERWERBSTÄTIGENQUOTE IM ZEITVERGLEICH (STATISTIK AUSTRIA 2011B).....	110
ABBILDUNG 55: BEVÖLKERUNG NACH BREITEN ALTERSGRUPPEN 1950 BIS 2050 (STATISTIK AUSTRIA, 2011c)	110
ABBILDUNG 56: BEVÖLKERUNGSPYRAMIDE 2010, 2030 UND 2050 (STATISTIK AUSTRIA, 2011d)	111
ABBILDUNG 57: ABBILDUNG 8: BESCHÄFTIGUNGSQUOTE IM INTERNATIONALEN VERGLEICH (BMASK 2011c)	112
ABBILDUNG 58: BESCHÄFTIGUNGSQUOTE DER 55 BIS 64 JÄHRIGEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH (BMASK 2011b).....	113

9 DIE AUTORINNEN UND AUTOREN

- Ebner, Maria Mag.^a Sozial- und Wirtschaftswissenschaftlerin, Selbständige Unternehmensberaterin, Coachin, Supervisorin, NLP-Master-Practitioner - NLP-Trainerin
- Hackl-Gruber, Walter, Dipl.Ing. Dr. ao.Univ.Prof.i.R. (Evaluation) Institut für Managementwissenschaften, Experte für Ergonomie und Arbeitswissenschaften, Vorsitzender des Fachnormenausschusses für Ergonomie des Österreichischen Normungsausschusses, Technische Universität Wien, Forschungsschwerpunkte Ergonomie, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Productive Ageing (Evaluation)
- Manseder Leo Angestellter der NÖGKK für Gesundheitsförderung und Prävention, Experte für Public Health und Koordinator der Plattform Niederösterreich für Betriebliche Gesundheitsförderung
- Nöhmayr Kurt, Mag. Sozial- und Wirtschaftswissenschaftler, Selbständiger Unternehmensberater, Dipl. Lebens- und Sozialberater, gerichtlich anerkannter Mediator, Coach, Koordinator der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft AEIOU – Arbeitsfähigkeit Erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen
- Schmölzer, Susanne Mag.^a Psychologin, selbständige Coach und Supervisorin, Expertin für Empowerment und Leiterin des Moduls „Empowerment für Frauen“ im Rahmen der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft AEIOU – Arbeitsfähigkeit Erhalten für Individuen, Organisationen und Unternehmen
- Vogler Michael, Dr. Bereichsleiter für Organisationskultur der FAA, Experte für die Veränderung von Unternehmenskultur, Spezialist für die Implementierung zukunftsfähigen Führungsbewußtseins, umsetzender Organisationsentwickler, Berater, Coach, Supervisor
- Winker Norbert, Dr. Univ.Prof. Konsulent und Experte für Prävention und Gesundheitsförderung, Langjähriger leitender Angestellter und Direktor für Prävention der AUVA, Mitarbeiter des Instituts für Verfahrenstechnik, Umwelttechnik und Technische Biowissenschaften der Technischen Universität Wien