

SIND RESILIENTE UNTERNEHMEN ERFOLGREICHERE UNTERNEHMEN?

SCIENCE.RESEARCH.PANNONIA.  
Fachhochschule Burgenland  
Band 18



© by Leykam Buchverlagsgesellschaft m.b.H. Nfg. & Co. KG, Graz 2019

Kein Titel des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotografie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Organisation: Katharina Hauer

Covergestaltung: Unique

ISBN 978-3-7011-0426-0

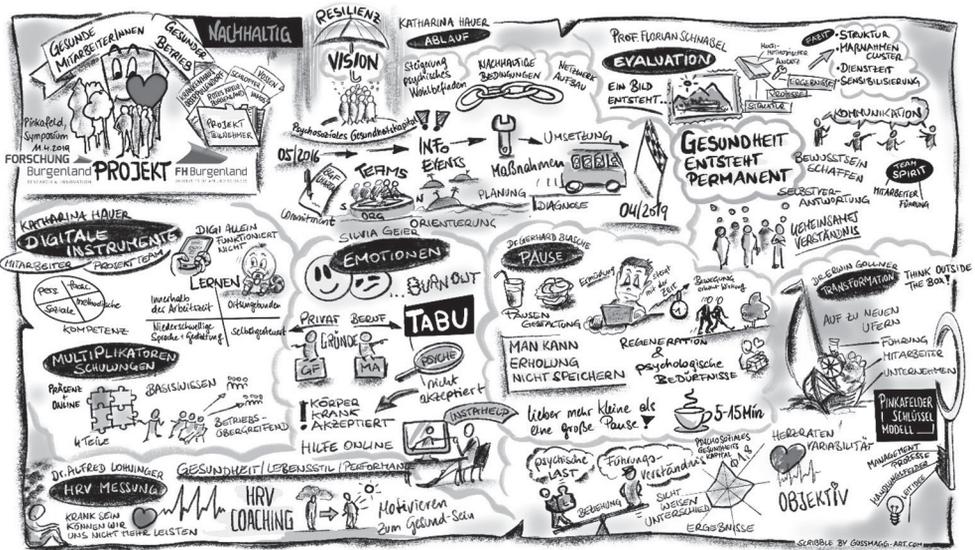
[www.leykamverlag.at](http://www.leykamverlag.at)

# Vorwort

Liebe Leserinnen und Leser!

Vor dem Hintergrund der Vision, gesunde MitarbeiterInnen durch gesunde Führungskräfte, sowie eine gesunde Führungskultur in einer gesunden Organisation zu erreichen, wurde im Mai 2016 das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“ von der Forschung Burgenland initiiert. Dabei wurden fünf burgenländische Betriebe unterschiedlichster Branchen und Unternehmensgrößen über einen Zeitraum von drei Jahren bei der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung begleitet. Ein spezieller Fokus lag dabei auf der psychosozialen Gesundheit der MitarbeiterInnen. Ziel war eine Steigerung des Gesundheitskapitals der fünf Modellbetriebe zu erreichen sowie die Resilienz deren MitarbeiterInnen und Führungskräfte zu steigern, um so psychosoziale Belastungen zu reduzieren. Dabei wurden einerseits Maßnahmen umgesetzt, die auf gesundheitsförderliche Verhaltensweisen abzielten und andererseits Maßnahmen, die auf die Gestaltung betrieblicher Rahmenbedingungen und Strukturen wirkten.

Der vorliegende Symposiumsband stellt eine Zusammenfassung der wissenschaftlichen Hintergründe sowie Ergebnisse aus dem Projekt dar, beinhaltet dabei aber auch praktische Erfahrungen aus dem Projekt sowie daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen im Sinne eines Praxisleitfadens. Zusätzlich dient der Symposiumsband zur Nachlese der im Zuge des Symposiums „Sind resiliente Unternehmen erfolgreichere Unternehmen?“ am 11. April 2019 dargebrachten Inhalte, die auch grafisch in einem Big Picture festgehalten wurden. Damit richtet sich der Symposiumsband sowohl an TeilnehmerInnen des Symposiums als auch an PraktikerInnen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sowie an Unternehmen, die selbst Betriebliche Gesundheitsförderung implementieren möchten.



Wir bedanken uns ganz herzlich beim Fonds Gesundes Österreich und dem Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland für die Förderung bzw. Finanzierung des Projektes sowie die inhaltliche Unterstützung. Ein besonderer Dank gilt unseren fünf Projektbetrieben für ihr Engagement und ihre Teilnahme am Projekt.

Prof.(FH) Mag. Dr. Erwin Gollner MPH MBA  
Wissenschaftliche Projektleitung

Katharina Hauer, MA  
Organisatorische Projektleitung

# Inhaltsverzeichnis

<b>Das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“</b> Katharina Hauer, Erwin Gollner	9
<b>Entwicklung eines Analysetools zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz</b> Florian Schnabel, Katharina Hauer, Erwin Gollner, Carmen Braun, Julia Stöller, Barbara Szabo	23
<b>Die Bedeutung von Evaluation und Nachhaltigkeit von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen im Setting Betrieb</b> Florian Schnabel, Julia Stöller, Barbara Szabo	37
<b>Möglichkeiten und Grenzen von digitalen Instrumenten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung</b> Carmen Braun	51
<b>MultiplikatorInnenschulung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung – Erkenntnisse und Erfahrungswerte der Umsetzung</b> Katharina Hauer	61
<b>Der Gesundheitsbericht als Kommunikationsinstrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung</b> Katharina Hauer, Julia Konrad	73
<b>Emotionen am Arbeitsplatz. Mentales Online-Coaching als Erfolgsformel für Unternehmen und Mitarbeitende</b> Silvia Geier, Bernadette Frech	87
<b>Ein einfaches Instrument mit dreifachem Nutzen? Zur Validität von HRV-Messungen im Screening, als Maßnahme und zur Evaluierung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung</b> Alfred Lohninger, Patricia Böhm	99

---

<b>Pausengestaltung am Arbeitsplatz. Bedeutung und Möglichkeiten der Erholung und Pausengestaltung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung</b>	
Gerhard Blasche	107
<b>Konzept zur Gestaltung einer gesunden Pausenkultur</b>	
Carmen Braun, Julia Konrad	117
<b>Seminarreihe zur Steigerung des psychosozialen Gesundheitskapitals von MitarbeiterInnen und Führungskräften</b>	
Katharina Hauer	131
<b>Transformation der Erkenntnisse des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“</b>	
Erwin Gollner, Florian Schnabel	149
<b>Autorinnen und Autoren</b>	163

# Das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“

Katharina HAUER<sup>1</sup>, Erwin GOLLNER<sup>2</sup>

<sup>1</sup> *Forschung Burgenland*

<sup>2</sup> *Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit*

**KURZFASSUNG:** Psychische Belastungen stellen mittlerweile eine der häufigsten Ursachen für Berufsunfähigkeit, Krankenstände und Frühpensionierungen dar. Im Rahmen des vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderten und unterstützten Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ begleitete die Forschung Burgenland die fünf burgenländischen Betriebe KRAGES Krankenhaus Oberpullendorf, Rotes Kreuz Burgenland, Schloffer GmbH, vamos Verein zur Integration und Vossen GmbH & Co. KG drei Jahre lang bei der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund des Sozialkapital- und Resilienzansatzes. Ziel des Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes war es, eine Sensibilisierung der Gesundheitskompetenz der fünf Modellbetriebe zu erreichen sowie die Resilienz deren MitarbeiterInnen und Führungskräfte zu steigern, um so psychosoziale Ressourcen aufzubauen. Im folgenden Beitrag werden der Projekthintergrund, die Projektorganisation sowie der Aufbau und Ablauf vorgestellt.

## 1 Einleitung

Psychosoziale Belastungen stellen mittlerweile eine der häufigsten Ursachen für Berufsunfähigkeit, Krankenstände und Frühpensionierungen dar. Die Ursachen liegen häufig in ungünstigen betrieblichen Anforderungen, Organisations- und Kommunikationsstrukturen sowie mangelnden Partizipationsmöglichkeiten. Vor allem aber auch die Beziehung zu KollegInnen und Führungskräften spielen für das Wohlbefinden und die Motivation der MitarbeiterInnen eine zentrale Rolle. Vor diesem Hintergrund widmete sich das vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderte und unterstützte Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ drei Jahre lang der Betrieblichen Gesundheitsförderung in fünf burgenländischen Betrieben mit speziellem Fokus auf der psychosozialen Gesundheit von MitarbeiterInnen und Führungskräften. Die Projektumsetzung erfolgte theorie- und modellgeleitet. Im folgenden Beitrag werden die theoretische Fundierung sowie der Projektablauf und -aufbau beschrieben.

## 2 Theoretische Fundierung

Der Sozialkapitalansatz nach Badura (2008) bildet zusammen mit dem Resilienzansatz nach Reivich & Shatté (2002) die Basis für das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“. In Anlehnung beider Ansätze wurde das psychosoziale Gesundheitskapital erarbeitet. Einleitend werden daher diese beiden theoretischen Konzepte näher dargestellt.

### 2.1 Psychosoziales Gesundheitskapital und Resilienz

Studien von Badura belegen, dass psychische Belastungen insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle auftreten. Das bedeutet, dass die Qualität der sozialen Beziehung, die Qualität der Unternehmenskultur sowie die Qualität der Personalführung einen zentralen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit des Individuums haben. (Badura, 2008)

Demzufolge ist das Sozialkapital einer Organisation eine der wichtigsten treibenden Kräfte für die Gesundheit der MitarbeiterInnen und die Produktivität des Betriebes. Es besteht aus der sozialen Struktur und der wahrgenommenen Qualität ihrer horizontalen und vertikalen Netzwerke sowie dem Bestand an gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln unter den Mitgliedern. In diesem Zusammenhang wird zwischen Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital unterschieden. Das Netzwerkkapital bezieht sich auf die Qualität horizontaler Beziehungen unter MitarbeiterInnen gleichen Ranges. Hierzu werden die Bindungsbeziehungen innerhalb eines Arbeitsteams, die Stärke des Zusammenhalts unter den KollegInnen, die Häufigkeit zwischenmenschlicher Konflikte sowie das Maß gegenseitiger Unterstützung und das gegenseitige Vertrauen als wichtig erachtet. (ebd.)

Die wissenschaftliche Evidenz belegt, dass gute soziale Beziehungen am Arbeitsplatz zu mehr Wohlbefinden der Beschäftigten, vor allem hinsichtlich des psychosozialen Wohlbefindens, beitragen können. Neben dem Umfang und der Qualität des horizontalen Netzwerkkapitals sind auch die vertikalen Beziehungen zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen, die das Führungskapital eines Unternehmens ausmachen, für die Gesundheit der MitarbeiterInnen von hoher Bedeutung. Je besser die Beziehung zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen ist, desto höher ist das Führungskapital eines Unternehmens und umso besser wird tendenziell das gesundheitliche Wohlbefinden der MitarbeiterInnen sein. Die dritte Komponente des Sozialkapitals von Organisationen stellt das Überzeugungs- und Wertekapital dar. Dieses bezieht sich auf die Unternehmenskultur, also auf die gemeinsam geteilten Überzeugungen, die kollektiv getragenen Wertvorstellungen und die normativen Verhaltenserwartungen. (ebd.)

Auf Grundlage des Sozialkapitalansatzes von Badura wurde im Rahmen des Projektes folgendes Modell (s. Abbildung 1) zum **Gesundheitskapital von Betrieben** auf psychosozialer Ebene abgeleitet. Das Gesundheitskapital gliedert sich in drei Ebenen, die im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements adressiert werden müssen, um einen psychosozial gesunden Betrieb zu konstituieren.

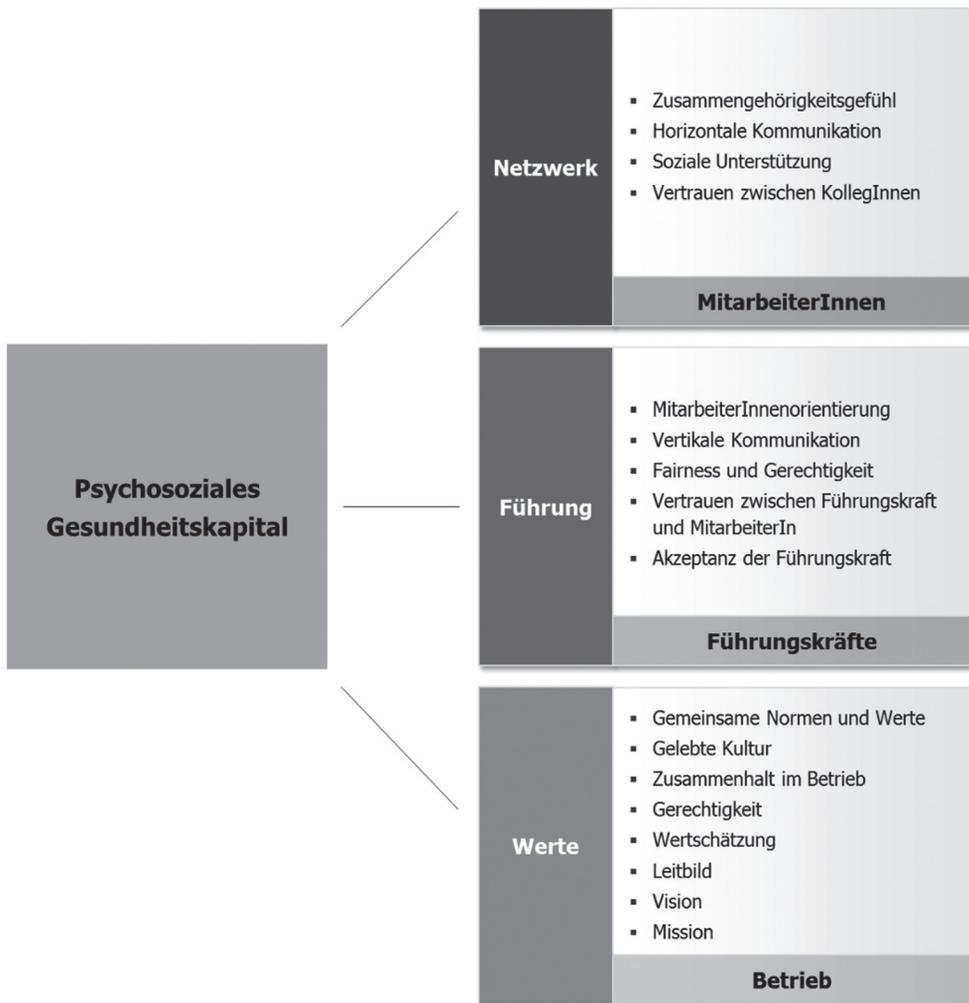


Abbildung 1: Psychosoziales Gesundheitskapital, Eigene Erstellung in Anlehnung an Badura (2008)

Um die psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz zu stärken und aufrechtzuerhalten, sind Maßnahmen auf drei Ebenen erforderlich: der Netzwerkebene, die sich an den MitarbeiterInnen orientiert, der Führungsebene, die sich auf die Führungskräfte bezieht und der Werteebene, die den gesamten Betrieb in den Fokus stellt.

Die Netzwerkebene bezieht sich auf die sozialen horizontalen Beziehungen im Betrieb. Dazu zählen das Zusammengehörigkeitsgefühl der MitarbeiterInnen, die Gestaltung der Kommunikation und Art und Ausmaß der sozialen Unterstützung sowie des Vertrauens. In dieser Ebene spielen zahlreiche Aspekte der individuellen Resilienz eine bedeutende Rolle. Die persönliche Resilienz und das Netzwerk unter den KollegInnen stehen in starkem Wechselwirkungszusammenhang. Daher kann die Resilienz in dieser Ebene am bes-

ten in das Modell des psychosozialen Gesundheitskapitals integriert werden. Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements adressieren auf dieser Ebene das Verhalten der MitarbeiterInnen und die sie betreffenden Verhältnisse. Sie können der Personalentwicklung zugeordnet werden und zielen auf gesunde MitarbeiterInnen und organisationale Resilienz ab. Organisationale Resilienz hängt maßgeblich von der Netzwerkbildung zwischen Unternehmensmitgliedern ab. Teilfaktoren der individuellen Resilienz kommen über Netzwerkstrukturen dem Unternehmen zugute. Die Kumulation der individuellen Resilienz ergibt die organisationale Resilienz, welche daher als Voraussetzung für ein funktionierendes, gesundes Netzwerk gesehen werden kann.

Die Führungsebene bezieht sich auf die sozialen vertikalen Beziehungen im Betrieb. Hier sind die MitarbeiterInnenorientierung, die Fairness und die Gerechtigkeit der Führungskraft in ihrem Führungsverhalten eingeschlossen. Darüber hinaus sind die Kommunikation und das Vertrauen zwischen der Führungskraft und den MitarbeiterInnen sowie die Akzeptanz der Führungskraft vonseiten der MitarbeiterInnen wesentliche Aspekte. Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements adressieren auf dieser Ebene in erster Linie die Führungskräfte des Betriebes. Sie können der Führungskräfteentwicklung zugeordnet werden und zielen auf die Umsetzung des Konzepts „Gesundes Führen“ ab.

Die dritte Ebene – die Werteebene – umfasst die intraorganisationalen Beziehungen. Diese beinhalten die gemeinsamen Normen und Werte, die gelebte Kultur, den Zusammenhalt im Betrieb, Gerechtigkeit, Wertschätzung sowie das Leitbild, die Vision und die Mission. Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements auf dieser Ebene können der Organisationsentwicklung zugeordnet werden und zielen auf einen gesunden Betrieb ab.

Für den Begriff der **Resilienz** liegen zahlreiche Definitionen vor. Der Literatur zufolge ist unter Resilienz die Widerstandsfähigkeit von Individuen in Bezug auf belastende Lebensereignisse zu verstehen. So definiert Hammelstein (2006) Resilienz als einen Prozess, der eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren widerspiegelt. In Bezug auf Erwachsene wird dieser Begriff oft mit der psychischen Widerstandskraft in Verbindung gebracht. So besitzen resiliente Menschen die Fähigkeit, bei Bedrohungen und Störungen psychisch stabil zu bleiben. Durch die Aneignung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen oder durch die Veränderung von Verhaltensweisen können sich resiliente Menschen an die veränderten Lebensbedingungen anpassen (Helmreich & Lieb, 2015).

Reivich & Shatté (2002) definierten sieben Faktoren, die resiliente Menschen auszeichnen. In der Literatur sind diese Faktoren als die „sieben Säulen der Resilienz“ bekannt. Diese Säulen können teilweise von Personen erlernt und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Dabei handelt es sich um Emotionssteuerung, Impulskontrolle, Kausalanalyse, Empathie, realistischen Optimismus, Zielorientierung und Selbstwirksamkeitsüberzeugung.

Für viele Unternehmen rückt der Begriff der Resilienz aufgrund des Anstiegs von psychischen Erkrankungen der MitarbeiterInnen und Führungskräfte in den Mittelpunkt. MitarbeiterInnen sollen gestärkt werden, um mit alltäglichen Arbeitsanforderungen umgehen zu können und längerfristigen Belastungen standzuhalten. Zudem kann die Wirkung von Resilienz auf MitarbeiterInnen betont werden. So geht eine hohe individuelle Resilienz mit einer höheren Arbeitsleistung, Arbeits- und Lebenszufrieden-

heit, einem höheren organisationalen Commitment, mehr Engagement sowie einer verringerten Absicht zu kündigen einher. (Schulte et al., 2016)

Leypold (2009) zeigt auf, dass vor allem in einer schnelllebigen Arbeitswelt nicht nur die Resilienz von MitarbeiterInnen, sondern auch die der Organisationen gefordert ist. Demnach muss die Definition von Resilienz ergänzt werden. Resilienz wird folglich nicht nur als individuelle Fähigkeit, sich an veränderte Anforderungen anzupassen gesehen, sondern meint auch die organisationale Fähigkeit, externe Veränderungen erfolgreich zu bewältigen.

Gemäß Philipsen & Ziemer (2014) beschreibt organisationale Resilienz die Fähigkeiten von Organisationen, auf turbulente Zeiten angemessen zu reagieren, mit diesen umgehen zu können und dadurch die MitarbeiterInnen gesund zu erhalten und die Leistungsfähigkeit und Innovationsfähigkeit des Unternehmens zu gewährleisten. Als Schlüsselfaktor werden an dieser Stelle die Führungskräfte eines Unternehmens gesehen. Eine resilienzfördernde Führungskraft sorgt nicht nur für Orientierung und Weiterentwicklung der MitarbeiterInnen, sondern achtet insbesondere darauf, dass MitarbeiterInnen ihre Arbeit als kohärent erleben. Kohärenz meint indessen, das gesamte Unternehmen als stimmig zu erleben und steht in Korrelation zu einer starken MitarbeiterInnenbindung.

Zum einfacheren Verständnis und schnelleren Erfassen des Konzeptes der Resilienz dient folgende grafische Darstellung (s. Abbildung 2) in Form eines „BGF-Resilienzschirms“, der symbolisch die jeweilige Person vor Belastungen schützt.



Abbildung 2: BGF-Resilienzschirm, Eigene Erstellung in Anlehnung an Reivich & Shatté (2002)

Die sieben Säulen der Resilienz nach Reivich & Shatté wurden zu sechs Themenbereichen zusammengefasst. Es hat sich gezeigt, dass sich die Säulen „Emotionssteuerung“ und „Impulskontrolle“ inhaltlich stark ähneln und ähnliche Möglichkeiten zu deren Stärkung aufweisen. Daher wurden die beiden Säulen zu einem Themenbereich „Emotionssteuerung & Impulskontrolle“ kombiniert. Die Säule „Kausalanalyse“ wurde vor dem Hintergrund eines selbsterklärenden Begriffes als „Problemanalyse & Lösungsansätze“ bezeichnet.

Tabelle 1 beschreibt die wirkungsrelevanten Ebenen der Resilienz für das psychosoziale Gesundheitskapital im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“.

*Tabelle 1: Wirkungsrelevante Ebenen der Resilienz für das psychosoziale Gesundheitskapital, Eigene Erstellung in Anlehnung an Reivich & Shatté (2002)*

<b>Ebene</b>	<b>Beschreibung</b>
<b>Emotionssteuerung &amp; Impulskontrolle</b>	Resiliente Personen können positive Emotionen in sich entstehen lassen. Sie haben klare Strategien, planen im Voraus und können gegen negative Emotionen mit den richtigen Maßnahmen vorgehen.
<b>Problemanalyse &amp; Lösungsansätze</b>	Resiliente Personen stellen sich die Frage, welche Lösungsansätze zu dauerhaftem Wohlbefinden führen und versuchen, Probleme gründlich zu analysieren.
<b>Empathie</b>	Resiliente Personen können sich in die emotionale Lage anderer versetzen und so ein höheres Verständnis für ihr Gegenüber bekommen.
<b>Realistischer Optimismus</b>	Resiliente Personen schätzen die Realität treffend ein und sind überzeugt, dass sich Dinge zum Positiven wenden. Menschen mit hohem realistischen Optimismus zeigen Nachsicht mit ihren Mitmenschen.
<b>Zielorientierung</b>	Resiliente Personen haben ein klares Ziel und verfolgen dies auch. Diese Personen sind davon überzeugt, dass sie einen guten Job machen und haben ein klares Bild davon, was sie erreichen möchten.
<b>Selbstwirksamkeit</b>	Resiliente Personen nehmen gerne Herausforderungen an. Sie engagieren sich entsprechend intensiv, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen. Bevorzugt werden Aufgaben, die eine Herausforderung für sie darstellen.

### **3 Ablauf und Aufbau des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“**

Das vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderte und unterstützte Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ sollte vor dem Hintergrund des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Resilienz fünf burgenländische Betriebe unterschiedlicher Branchen und Größen bei der nachhaltigen Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung begleiten. Der Projektzeitraum erstreckte sich dabei über drei Jahre. Die teilnehmenden Betriebe waren KRAGES - Krankenhaus Oberpullendorf, Rotes Kreuz Burgenland, Schloffer GmbH, vamos Verein zur Integration und Vossen GmbH & Co. KG.

### 3.1 Zielsetzung und Organisation des Projektes

Zentrales Ziel des Projektes war es, das psychosoziale Gesundheitskapital der fünf Modellbetriebe sowie die Resilienz deren MitarbeiterInnen und Führungskräfte zu steigern. Im Fokus des Projektes standen dabei sowohl verhaltensbezogene und resilienzstärkende Angebote als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Zudem wurden Schulungen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung angeboten, um diesbezügliche Umsetzungs-kompetenzen nachhaltig in den Betrieben zu verankern.

Die Projektorganisation (s. Abbildung 3) war in drei wesentliche Gruppen gegliedert: das Projektteam der Forschung Burgenland, je ein betriebsinternes Projektteam und das externe Evaluationsteam der Fachhochschule Burgenland. Das Projektteam der Forschung Burgenland war für das übergeordnete Projektmanagement und die Projektdokumentation verantwortlich. In den teilnehmenden Betrieben wurden betriebsinterne Projektteams eingerichtet, welche durch das Projektteam der Forschung Burgenland begleitet und unterstützt wurden. Ihre Aufgabe bestand in der Information und transparenten Kommunikation des Projektes und der gesetzten Maßnahmen sowie deren Koordination und Organisation innerhalb des jeweiligen Betriebes. Das Team der Fachhochschule Burgenland war für die externe Evaluation des Projektes zuständig.

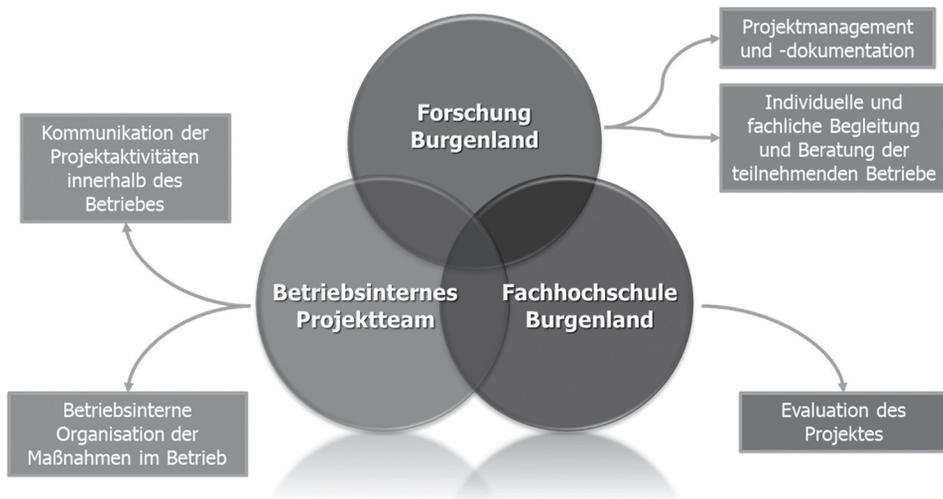


Abbildung 3: Projektorganisation, Eigene Erstellung

Zur übergeordneten Projektsteuerung wurde ein Entscheidungsgremium, bestehend aus dem Fonds Gesundes Österreich, der Forschung Burgenland, der Arbeiterkammer Burgenland, der Burgenländischen Gebietskrankenkasse und den betriebsinternen ProjektteamleiterInnen, eingerichtet.

### 3.2 Projektaktivitäten

Das systematische Vorgehen des Projektes orientierte sich am Public Health Action Cycle mit den Phasen Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation.



Abbildung 4: Projekttablauf, Eigene Erstellung

Zu Projektbeginn erfolgte eine Auftaktsitzung mit den bereits vorab von den jeweiligen Betrieben ernannten betriebsinternen ProjektleiterInnen und dem Projektteam der Forschung Burgenland, um die organisatorischen Rahmenbedingungen des Projektes und die projektbezogenen Strukturen in den Betrieben zu klären sowie den Projektverlauf zu skizzieren. Nach Bildung der betriebsinternen Projektteams und Fachgruppen, die für betriebsspezifische, projektbezogene Entscheidungen zuständig waren, folgte in jedem teilnehmenden Betrieb eine Kick-off Veranstaltung für die MitarbeiterInnen und die Führungskräfte, um über das Projekt zu informieren und die Projektverantwortlichen vorzustellen.

#### 3.2.1 Diagnose

Im Zuge der Diagnosephase kam folgender Methodenmix zur Anwendung, um die Ist-Situation der teilnehmen Betriebe hinsichtlich der Betrieblichen Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund der psychosozialen Gesundheit zu analysieren:

- Durchführung von Diagnosegesprächen mit den betriebsinternen Projektteams und Fachgruppen zur Bestimmung der strukturellen, sozialen und persönlichen Ressourcen der Projektbetriebe in Form von Fokusgruppen. Dabei kam ein Fragebogen zum Einsatz, der auf dem Community Readiness Tool (Noack & Reis-Klingspiegl, 2005), dem Community Capacity Building Tool (MacLellan-Wright et al., 2007) und dem Capacity Building Tool (Laverack, 2008) basiert.
- Analyse der Ergebnisse der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsplatzevaluierung als Grundlage für die weiteren Aktivitäten der Diagnosephase.
- Durchführung einer MitarbeiterInnen- und Führungskräftebefragung zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz.

#### 3.2.2 Planung

Auf Basis der Ergebnisse der Diagnose erfolgte die partizipative Maßnahmenplanung auf Unternehmensebene. Dazu wurde in jedem Betrieb je eine Fokusgruppe mit MitarbeiterInnen sowie mit Führungskräften durchgeführt. Die im Rahmen dieser Fo-

kusgruppen abgeleiteten Maßnahmenvorschläge wurden zusammengefasst und dem psychosozialen Gesundheitskapital, das um den Resilienzansatz erweitert wurde (s. Abbildung 5), zugeordnet. Dieses diente der modellorientierten Planung von Zielvariablen und Maßnahmen. Die Zuordnung erfolgte zu den drei Konzepten Gesundes Arbeiten (Ebene MitarbeiterInnen), Gesundes Führen (Ebene Führungskräfte) und Gesundes Organisieren (Ebene Betrieb).

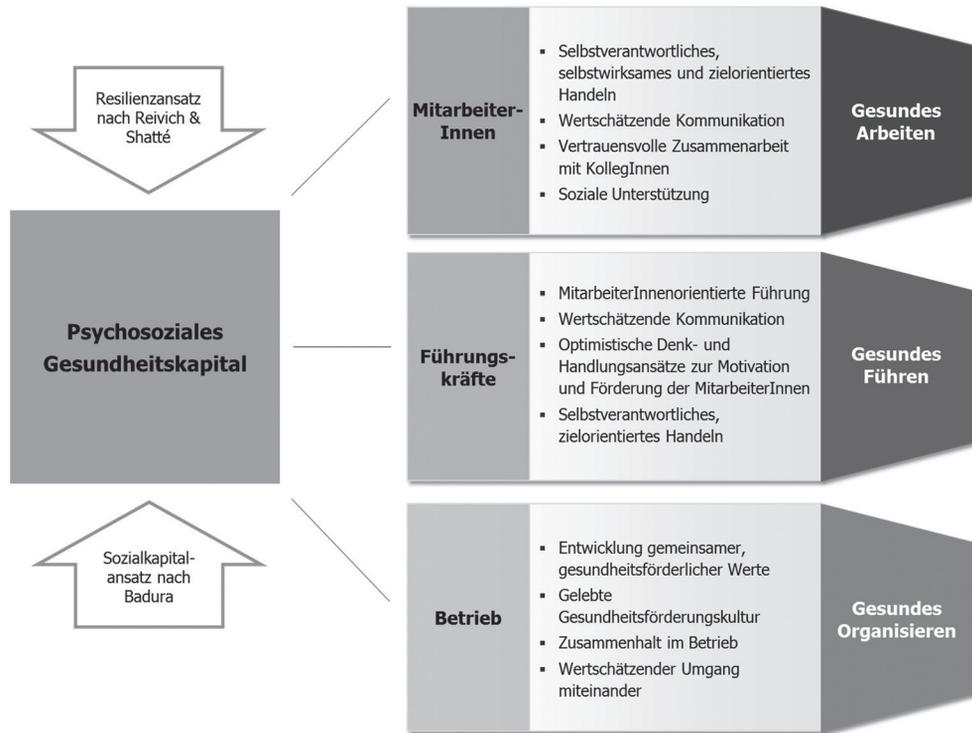


Abbildung 5: Modellorientierte Maßnahmenplanung anhand des um den Resilienzansatz erweiterten psychosozialen Gesundheitskapitals, Eigene Erstellung

Durch die ineinandergreifende Stärkung der drei Ebenen – MitarbeiterInnen, Führungskräfte und Betrieb – soll das psychosoziale Gesundheitskapital des jeweiligen Betriebes sowie der darin beschäftigten Personen erhöht werden.

Die Ebene der MitarbeiterInnen ist durch zahlreiche Aspekte der individuellen Resilienz gekennzeichnet. Vor diesem Hintergrund kann durch die Förderung der Resilienz von MitarbeiterInnen das Konzept des „Gesunden Arbeitens“ zu Tragen kommen und eine Stärkung des psychosozialen Gesundheitskapitals erfolgen. Dazu braucht es Maßnahmen, die selbstverantwortliches, selbstwirksames und zielorientiertes Handeln fördern, wertschätzende Kommunikation vermitteln, vertrauensvolle Zusammenarbeit unterstützen und zur sozialen Unterstützung anregen.

Die Führungskräfteebene hingegen beinhaltet neben individuellen Faktoren, wie selbstverantwortliches und zielorientiertes Handeln, führungsrelevante Aspekte, wie MitarbeiterInnenorientierung, wertschätzende Kommunikation sowie optimistische Denk- und Handlungsansätze zur Motivation und Förderung der MitarbeiterInnen. Maßnahmen auf dieser Ebene verdeutlichen sich im Konzept des „Gesunden Führens“.

In einem weiteren Schritt wurden die Maßnahmevorschläge auf den Ebenen Gesundes Arbeiten, Gesundes Führen und Gesundes Organisieren konkretisiert und in folgende Maßnahmen überführt:

- Seminarreihe zum Gesunden Arbeiten, basierend auf den Säulen der Resilienz für MitarbeiterInnen
- Seminarreihe zum Gesunden Führen, basierend auf den Säulen der Resilienz für Führungskräfte inkl. einem Planspiel zum Thema Führen
- Quizmax, ein digitales Gesundheits-Wissensquiz, bei dem sich die Beschäftigten der Projektbetriebe mit dem Computer oder einem Kollegen / einer Kollegin zu unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Themenschwerpunkten duellieren konnten
- Entwicklung einer Pausenkultur durch geleitete Pausengestaltung mittels Pausenvideos und Ausbildung von Pausencoaches in den Projektbetrieben
- psychovegetative Messung mittels Herzratenvariabilitätsmessung (HRV-Messung)
- Instahelp, eine psychologische Online-Beratungsplattform bei beruflichen oder privaten Herausforderungen



Abbildung 6: Maßnahmen Quizmax, Instahelp, HRV-Messung und Pausenvideos im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“, Eigene Erstellung

Im Verlauf des Projektes wurden regelmäßig Gespräche im Sinne der bedarfsorientierten Maßnahmenumsetzung geführt. So wurden zusätzlich folgende verhaltensorientierte Maßnahmen in jenen teilnehmenden Betrieben durchgeführt, die diesbezüglich Bedarf und Interesse äußerten:

- Nordic Walking Trainingseinheit und Nordic Walking Treffs
- Ganzkörpervibrationsliege als entspannende Pausenaktivität
- Schichtfit: Gesundheitsförderungsangebot mit dem Schwerpunkt Schlaf und Regeneration für MitarbeiterInnen im Schichtdienst, bestehend aus einer Blaulichtfilterbrille und dem Zugang für einen Online-Coach mit individuellen Verhaltensanleitungen sowie einem Impulsvortrag zum Thema
- Gesundheitstag: interaktive Stationen und Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen
- Zielgruppenspezifische Workshops, z.B. Ideenfindung zur Gesundheitskommunikation, Burnout-Sensibilisierung

Zudem wurden zahlreiche Maßnahmenvorschläge seitens der MitarbeiterInnen und Führungskräfte eingebracht, die der Organisationsentwicklung zuzuordnen sind und nicht durch eine externe Begleitung umgesetzt werden können. Diese wurden dem jeweiligen betriebsinternen Projektteam übergeben und lagen in der Umsetzungsverantwortung des jeweiligen Betriebes.

### *3.2.3 Umsetzung*

Den Start der Maßnahmenumsetzung markierte eine Maßnahmen Kick-off Veranstaltung, die in jedem Betrieb durchgeführt wurde. Unter dem Titel „Mach mit und sag's weiter!“ wurden die MitarbeiterInnen und Führungskräfte über das Maßnahmenangebot informiert. Allen Beschäftigten wurde ein Gesundheitsbericht mit einem Überblick über bisherige gesundheitsförderliche Aktivitäten, den Ergebnissen der Befragung und der Fokusgruppen zur Maßnahmenplanung sowie den geplanten weiteren Projektschritten ausgehändigt. Zudem erhielten sie einen Maßnahmenkatalog mit den geplanten bevorstehenden Projektmaßnahmen.

Die Umsetzung der Maßnahmen erfolgte sowohl betriebsübergreifend als auch betriebsspezifisch. Insbesondere die Seminarreihe für MitarbeiterInnen sowie die Seminarreihe für Führungskräfte wurde größtenteils betriebsübergreifend an einem neutralen Veranstaltungsort aufgrund folgender Überlegungen durchgeführt:

- Die Beschäftigten der teilnehmenden Betriebe erhalten die Möglichkeit der Vernetzung und des Austausches über das Projekt, die Seminarinhalte und Betriebliche Gesundheitsförderung.
- Bezüglich herausfordernder Arbeitssituationen können etwaige Betriebsblindheit und eingengegte Sichtweisen durch eine Perspektivenerweiterung aufgehoben werden.

- Fernab des Arbeitsplatzes ist es für MitarbeiterInnen sowie Führungskräfte einfacher, sich von der alltäglichen Arbeit zu lösen und auf das Thema zu fokussieren.
- Der Austausch mit anderen Personen erleichtert die Entwicklung von neuen Lösungsansätzen und neuen Zugängen zu einer Thematik.

Im Rahmen des Projektes sollte zudem ein interorganisationales Netzwerk aufgebaut werden, um gemeinsam lernen, Synergien nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen generieren zu können. Dieses Netzwerk gliedert sich in zwei Subnetzwerke – ein intraorganisationales Netzwerk zwischen den Modellbetrieben und ein interorganisationales bestehend aus unterschiedlichen Stakeholdern der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Burgenland. Nach je einem individuellen Treffen wurden die beiden Subnetzwerke im Zuge der Projektlaufzeit zusammengeführt, um den Kontakt zwischen den Betrieben und den Stakeholdern herzustellen und weiterführende Kooperationen zu ermöglichen.

Eine wichtige Projektaktivität stellt die Ausbildung von betriebsinternen MultiplikatorInnen dar. Im Projektzeitraum wurden mehrere Schulungen zum Kompetenzaufbau durchgeführt. Für die Mitglieder der betriebsinternen Projektteams und Fachgruppen wurden Schulungen hinsichtlich der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung angeboten. Zudem wurden interessierte MultiplikatorInnen zu „Pausencoaches“ ausgebildet, um die Gestaltung einer gesundheitsförderlichen Pausenkultur im Betrieb zu unterstützen und es wurde eine Ausbildung zum Nordic Walking Instructor durchgeführt, um betriebsinterne Kompetenzen zur Anleitung von Nordic Walking Einheiten aufzubauen.

### *3.2.4 Evaluation und Abschlussphase*

Die Evaluation des Projektes erfolgte extern durch die Fachhochschule Burgenland. Zusätzlich wurde der Selbstevaluation eine zentrale Rolle beigemessen. Dazu kamen regelmäßige Feedbackschleifen und Soll-Ist-Vergleiche zum Einsatz.

Im Zuge der Abschlussphase erfolgte eine erneute schriftliche Befragung der MitarbeiterInnen und Führungskräfte. Zum Projektabschluss wurde in jedem teilnehmenden Betrieb eine Abschlussveranstaltung durchgeführt, um einen Rückblick auf die Projektaktivitäten zu geben und gemeinsam die Projekterfolge zu feiern. Im Rahmen dieser Abschlussveranstaltung wurde der betriebsinternen Projektleitung eine „BGF-Toolbox“ mit sämtlichen Kommunikations- und Informationsmaterialien sowie relevanten Unterlagen und Ergebnisberichten des Projektes überreicht, um die Projekterfahrungen für weitere Aktivitäten nutzen zu können.

## **4 Fazit**

Zusammenfassend kann aufgrund der Projekterfahrungen festgehalten werden, dass sich die systematische Vorgehensweise nach dem Public Health Action Cycle bewährt hat, um in den Projektbetrieben schrittweise Kompetenzen im Sinne der Nachhaltigkeit und Fortführung der aufgebauten gesundheitsförderlichen Strukturen und umgesetzten Aktivitä-

ten zu verankern. Dabei war die umfassende Projektorganisation, bestehend aus mehreren Teams (Projektteam Forschung Burgenland, betriebsinterne Projektteams, betriebsinterne Fachgruppen, übergeordnetes Entscheidungsgremium) von großem Nutzen. Diese erfordert zwar einen großen Koordinationsaufwand und den Einsatz vieler zeitlicher Ressourcen, erwies sich jedoch für die Umsetzung des BGF-Projektes und die Vorbereitung nachhaltiger BGM-Strukturen in den teilnehmenden Betrieben als zielführend.

Hinsichtlich der Nachhaltigkeit des BGF-Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ können zwei Perspektiven festgehalten werden. Aus **wissenschaftlicher Perspektive** konnten die Konzepte des Sozialkapitals und der Resilienz weiterentwickelt und daraus ein richtungsweisendes Modell abgeleitet werden, anhand dessen die Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Betrieblichem Gesundheitsmanagement erfolgen kann.

Aus der **Perspektive der Projektbetriebe** wurde ein Commitment zur Beibehaltung und Weiterentwicklung der aufgebauten Projektstrukturen durch die Unterzeichnung der BGF-Nachhaltigkeitscharta erreicht. Dazu konnte auch in einigen Betrieben eine entsprechende Finanzierungsgrundlage sichergestellt werden. Alle Betriebe beantragen zudem das Gütesiegel für Betriebliche Gesundheitsförderung und bekennen sich dazu, das Thema Gesundheit im Betrieb weiterhin zu forcieren, um mit gestärkten und gesunden MitarbeiterInnen in die Zukunft zu gehen. Innerhalb der Betriebe konnten mehrere MultiplikatorInnen für die Bereiche Betriebliche Gesundheitsförderung, Pausengestaltung und Pausenkultur sowie Nordic Walking verankert werden, welche gesundheitsförderliche Aktivitäten auf Basis der Projekterfahrungen nachhaltig weiterführen können.

Nähere Ausführungen zu der inhaltlichen Ausgestaltung und Ableitung der eingesetzten Methoden und Instrumente sowie Ergebnisse und Erkenntnisse folgen in den weiteren Beiträgen des vorliegenden Symposiumsbandes.

## Literatur

- Badura, B., Griener, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider, M. (Hrsg.). (2018). Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis. Wien: Holzhausen Der Verlag.
- Hammelstein, P. (2006). Resilienz. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 18-23). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Helmreich, I. & Lieb, K. (2015). Resilienz: Schutzmechanismen gegen Burnout und Depression. InFo Neurologie & Psychiatrie, 17 (2), 52-62.
- Leybold, H. (2009). Das Resilienzmodell als bestimmender Einflussfaktor für erfolgreiche Organisations- und Personalentwicklung. Berlin: Logos.
- Philipsen, G. & Ziemer, F. (2014). Mit Resilienz zu nachhaltigem Unternehmenserfolg. Wirtschaftsinformatik & Management, 6 (2), 68-76.
- Reivich, K. & Shatté, A. (2002). The Resilience Factor: 7 Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles. New York: Potter/TenSpeed/Harmony.
- Schulte, E.-M., Gessnitzer, S. & Kauffeld, S. (2016). Ich - wir - meine Organisation werden das überstehen! Der Fragebogen zur individuellen, Team- und organisationalen Resilienz (FITOR). Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie, 47 (2), 139-149.



# Entwicklung eines Analysetools zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz

Florian SCHNABEL<sup>1</sup>, Katharina HAUER<sup>2</sup>, Erwin GOLLNER<sup>1</sup>, Carmen BRAUN<sup>1</sup>, Julia STÖLLER<sup>2</sup>, Barbara SZABO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit*

<sup>2</sup> *Forschung Burgenland*

**KURZFASSUNG:** Der Forschungsansatz des vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderten und unterstützten Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurde mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals in Anlehnung an den Sozialkapitalansatz nach Badura (2008) und den Resilienzansatz nach Reivich & Shatté (2002) gestartet. Der vorliegende Beitrag geht auf die wissenschaftlichen Entwicklungsstadien des Fragebogens ein. Zudem wird der Begriff des Gesundheitskapitals über die Teildimensionen Netzwerk-, Führungs- und Wertekapital in Verbindung mit der Gesundheitskompetenz operationalisiert. Eine testtheoretische Validierung ist zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Beitrages noch nicht abgeschlossen, aber mit den Daten aus der Erst- und Follow-Up Erhebung geplant.

## 1 Einleitung

Um das psychosoziale Gesundheitskapital – bestehend aus den Ebenen Netzwerk, Führung und Werte – sowie die Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte zu messen, wurde im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ ein Fragebogen entwickelt. Im Folgenden wird näher auf die Entwicklung dieses Fragebogens eingegangen. Zudem werden die methodische Vorgehensweise bei der Itemfindung sowie die inhaltlichen Elemente des Fragebogens beschrieben.

## 2 Methodische Vorgehensweise

Ziel der Befragung war es, das psychosoziale Gesundheitskapital und die Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte der teilnehmenden Betriebe zu erfassen. Hierzu sollten unterschiedliche Ressourcen, Werte, Interessen und Bedarfe für die einzelnen Berufsgruppen mittels eines Fragebogens erhoben werden. Daher wurde im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ ein Fra-

gebogen erstellt, der sowohl zur Diagnose als auch zur Evaluation eingesetzt wurde. Die Zusammenstellung der Items erfolgte theoriegeleitet und orientiert sich an vorhandenen Modellen. Um das Konstrukt „psychosoziales Gesundheitskapital“ zu erfassen, wurde im Rahmen des Projektes das Modell des psychosozialen Gesundheitskapitals vom Sozialkapitalansatz nach Badura (2008) abgeleitet (s. Beitrag Das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“). Abbildung 1 gibt einen Überblick über den gesamten Entwicklungs- und Adaptierungsprozess des Fragebogens.

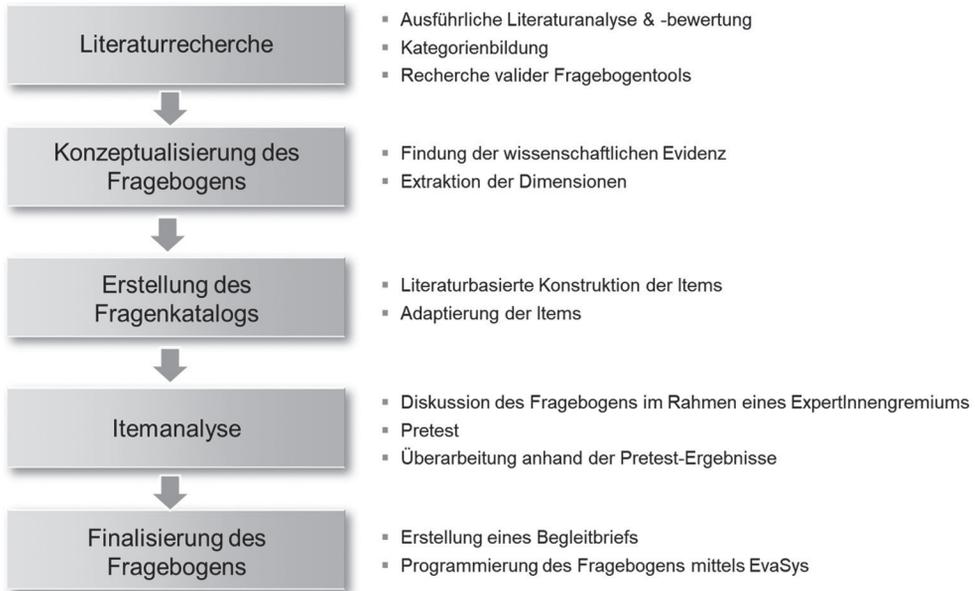


Abbildung 1: Schritte der Fragebogenentwicklung, Eigene Erstellung

### 3 Literaturrecherche

Zu Beginn der Fragebogenentwicklung stand eine ausführliche Literaturrecherche. Hierbei wurde vorwiegend in der Bibliothek der Fachhochschule Burgenland, in der Datenbank Springerlink und im Suchportal Google Scholar nach Literatur zu den Ebenen des psychosozialen Gesundheitskapitals – Netzwerk, Führung und Werte – sowie zur Gesundheitskompetenz gesucht. Für die Literaturrecherche wurden diese Ebenen inhaltlich um die Themenschwerpunkte Resilienz, Führungsverhalten, Unternehmenskultur und Gesundheitskapital erweitert.

Darauf aufbauend wurde nach bestehenden validen Fragebogentools gesucht. Um die Suchergebnisse einzugrenzen, wurden die Suchbegriffe mittels der Bool'schen Operatoren „und“ und „oder“ verknüpft. Anschließend wurden die vorhandenen Fragebogentools gesichtet und bezüglich ihrer Validität auf ihre Verwendbarkeit hin überprüft. In diesem Zusammenhang wurden auch Fragebögen mit inhaltlich nahen Konstruk-

ten, z.B. gesunde Organisationen, transformativer Führungsstil etc. berücksichtigt. Die einzelnen Arbeitsschritte im Rahmen der Literaturrecherche werden in Abbildung 2 dargestellt.

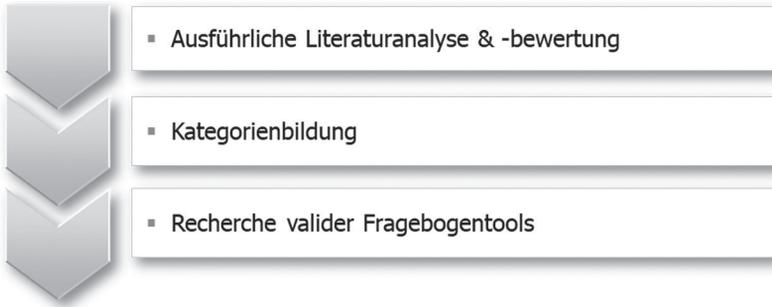


Abbildung 2: Arbeitsschritte im Rahmen der Literaturrecherche, Eigene Erstellung

### 3.1 Psychosoziales Gesundheitskapital

Da die Begrifflichkeiten „Unternehmenskultur“ und „Gesundheitskapital“ sehr breit gefächert sind und eine hohe Trefferanzahl lieferten, war es zunächst erforderlich, diese Themenschwerpunkte weiter aufzusplitten. Aufbauend auf einer Literaturanalyse und -bewertung wurden eine Kategorienbildung hinsichtlich des psychosozialen Gesundheitskapitals und eine aussagekräftige Bezeichnung dieser Kategorien vorgenommen. Es hat sich gezeigt, dass auf der Ebene „Netzwerk“ zahlreiche Aspekte der individuellen Resilienz eine bedeutende Rolle spielen. Individuelle Resilienzfaktoren wie hohe Sozialkompetenz beeinflussen das Netzwerk einer Person. Ebenso ist der Zugang zu einem unterstützenden Netzwerk ein wesentlicher Resilienzfaktor (Helmreich & Lieb, 2015). Hinsichtlich der Ebene „Führung“ wurde im Rahmen der Fragebogenentwicklung der transformative Führungsstil als Grundlage herangezogen, da Studien immer wieder zu der Erkenntnis gelangen, dass dieser besonders gesundheitsförderlich ist. Gemäß Pundt & Nerdinger (2012) sind Führungskräfte, die den transformativen Führungsstil einsetzen, in der Lage, durch die Beeinflussung der Werte und Einstellungen ihrer MitarbeiterInnen diese zu motivieren und folglich auch ihre Leistung zu steigern. So setzen sich MitarbeiterInnen unter einer transformativen Führung für das Wohl des Unternehmens ein, fördern den Zusammenhalt in der Arbeitsgruppe und sind zufriedener und gesünder. Die Ebene „Werte“ entspricht der Unternehmenskultur. Zur Stärkung der Gesundheit von MitarbeiterInnen und Führungskräften ist eine auf Gesundheitsförderung ausgerichtete Unternehmenskultur wesentlich. Dazu braucht es u.a. gemeinsame Werte und Normen, eine gesundheitsförderlich ausgerichtete Personalentwicklung, gemeinsame Ziele und Zusammenhalt auf dem Weg zu deren Erreichung (Kroll, 2010).

Daher wurden folgende Kategorien zur Messung der Ebenen „Netzwerk“, „Führung“ und „Werte“ des psychosozialen Gesundheitskapitals gebildet:

- Resilienz
- Führungsverständnis
- gesundheitsförderliche Unternehmenskultur

### 3.2 Gesundheitskompetenz

Hinter dem Begriff der Gesundheitskompetenz oder auch „Health Literacy“ verbirgt sich die Fähigkeit einer Person, zuvor nicht Bekanntes, wie zum Beispiel eine Krankheit, erfolgreich zu meistern. Somit verfügt eine gesundheitskompetente Person über die Qualifikation, bereits erlernte oder erworbene Fähigkeiten im Bedarfsfall abrufen zu können. (Wieland & Hammes, 2010) Für den wirtschaftlichen Sektor lässt sich feststellen, dass eine hohe Gesundheitskompetenz direkt mit krankheitsbedingter beruflicher Abwesenheit in Verbindung zu bringen ist. Eine gesundheitskompetente Person verfügt außerdem über das Verständnis, gesunde und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen anzuwenden. (BMG, 2012)

Im Laufe der Jahre wurde die Gesundheitskompetenz auch in den politischen Feldern immer präsenter und ist nun auch in verschiedenen internationalen und nationalen Strategiepapieren und Empfehlungen angeführt. In Österreich wurden im Jahr 2012 die Rahmen-Gesundheitsziele beschlossen, welche einen wichtigen ersten Schritt in Richtung einer gemeinsamen Strategie „Gesundheit für alle“ setzen. Das Ziel 3 setzt den Fokus auf die Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. So ist die Gesundheitskompetenz *„ein wichtiger Eckpunkt zur Förderung der Gesundheit und der gesundheitlichen Chancengleichheit der Bevölkerung“*. Durch sie soll die Bevölkerung dahingehend gestärkt werden, Entscheidungen zu treffen, die sich gesundheitsförderlich auf sie auswirken.

Zwei Jahre zuvor veröffentlichte der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungen den Masterplan Gesundheit, um eine Weiterentwicklung des österreichischen Gesundheitswesens zu erzielen. Eine strategische Handlungsempfehlung weist auf die Notwendigkeit der Gesundheitskompetenz speziell im betrieblichen Setting hin:

*„Neben der Stärkung der individuellen Gesundheitskompetenz brauchen wir gesunde Lebenswelten, wie Betriebe und Schulen sowie gesellschaftliche und gesetzliche Rahmenbedingungen, die den Menschen in Österreich ermöglichen, gesund zu bleiben.“* (BMG, 2012).

Im betrieblichen Alltag zeichnen einen gesundheitskompetenten bzw. eine gesundheitskompetente MitarbeiterIn die in Abbildung 3 dargestellten Verhaltensweisen aus. Aus all diesen Gründen ist der Gesundheitskompetenz ein wichtiger Stellenwert in der Betrieblichen Gesundheitsförderung anzurechnen.

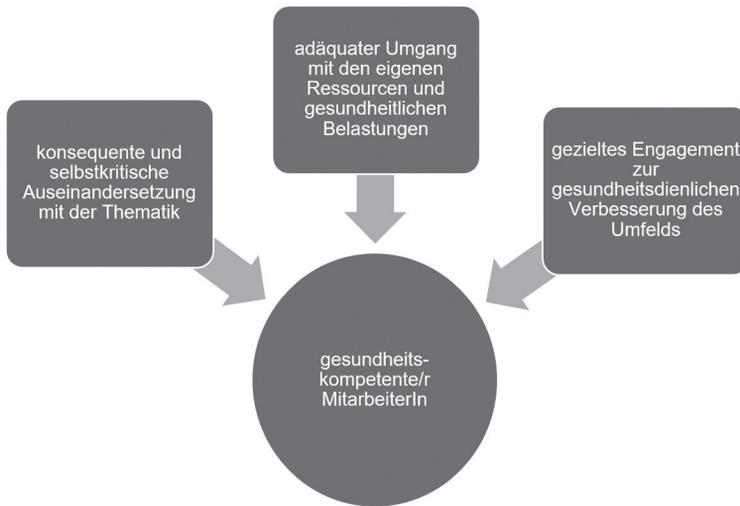


Abbildung 3: Verhaltensweisen eines gesundheitskompetenten Mitarbeiters / einer gesundheitskompetenten Mitarbeiterin, Eigene Darstellung in Anlehnung an Hofmann (2010)

Nachfolgend soll die Konzeptualisierung des Fragebogens, dessen wissenschaftliche Evidenzen und Dimensionen näher erläutert werden.

#### 4 Konzeptualisierung

Im Anschluss an die Recherche vorhandener Fragebogentools wurde die Konzeptualisierung des Fragebogens vorgenommen. Um Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Objektivität bezüglich der Herkunft der Items zu erlangen, war es notwendig und sinnvoll, evidenzbasiert vorzugehen. Folgende Schritte waren für die Konzeptualisierung ausschlaggebend (s. Abbildung 4).

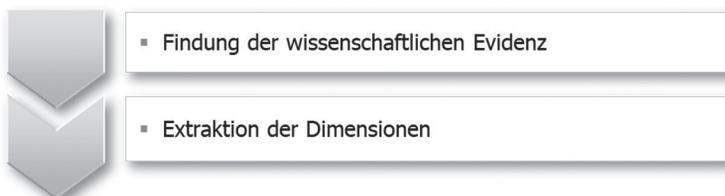


Abbildung 4: Arbeitsschritte im Rahmen der Konzeptualisierung, Eigene Erstellung

Um zu einer wissenschaftlichen Evidenz zu gelangen, orientierte sich die Literatursuche an diversen Fragestellungen. Folgende Fragestellungen wurden zu den Kategorien formuliert (s. Tabelle 1).

*Tabelle 1: Fragestellungen für die Literaturrecherche, Eigene Erstellung*

<b>Konstrukt</b>	<b>Fragestellung</b>
<b>Resilienz</b>	Welche Faktoren wirken sich positiv auf ein resilientes Verhalten im Arbeitskontext aus?
<b>Führungsverständnis</b>	Welche Eigenschaften der Führungskraft zeichnen einen transformativen Führungsstil aus?
<b>gesundheitsförderliche Unternehmenskultur</b>	Welche Einflussfaktoren begünstigen die Entwicklung einer gesunden Unternehmenskultur?
<b>Gesundheitskompetenz</b>	Welche Aspekte machen gesundheitskompetentes Handeln in der Arbeitswelt aus?

Anhand der oben formulierten Fragestellungen wurde die Literatur gesichtet und eine ausführliche Literaturanalyse durchgeführt. Aus den vorhandenen theoretischen Grundlagen wurden Aspekte gesucht, die Rückschlüsse auf das jeweilige Konstrukt bilden. Aufgrund der unterschiedlichen Bezeichnungen der Aspekte in diversen Quellen wurden anschließend thematische Gruppierungen in Form von Subdimensionen geschaffen. Zunächst war es notwendig, Dimensionen inhaltlich und strukturell festzulegen. So kam es in einem nächsten Schritt zu einer Extraktion der Fragebogendimensionen. Diese erfolgte mittels einer thematischen Gruppierung der Subdimensionen und einer anschließenden Zuordnung zu Dimensionen.

Die Kategorie „Resilienz“ basiert auf den sieben Säulen der Resilienz nach Reivich & Shatté (2002). Hinsichtlich der Fragebogeneffizienz wurden die Inhalte der sieben Säulen in folgenden vier Dimensionen (s. Abbildung 5) zusammengefasst:

- Soziale Ressourcen
- Selbstwirksamkeitserwartung
- Emotionale Bewältigung
- Fokussierte Umsetzung

Die Kategorie „Führungsverständnis“ basiert wie oben erwähnt vorrangig auf dem transformativen Führungsstil. Folgende Dimensionen (s. Abbildung 6) wurden festgelegt:

- Idealisierte Einflussnahme
- Inspirierende Motivation
- Intellektuelle Stimulierung
- Individuelle Berücksichtigung

Die Kategorie „gesundheitsförderliche Unternehmenskultur“ vereint folgende begünstigende Faktoren für deren Entwicklung (s. Abbildung 7):

- Kohäsion
- Gemeinsame Werte und Normen
- Konfliktkultur
- Organisationsstrukturen
- Commitment
- Gesundheitsverständnis

Die Kategorie „Gesundheitskompetenz“ setzt sich aus folgenden vier Kompetenzbereichen zusammen (s. Abbildung 8):

- Fachwissen
- Methodenkompetenz
- Soziale Kompetenz
- Personale Kompetenz

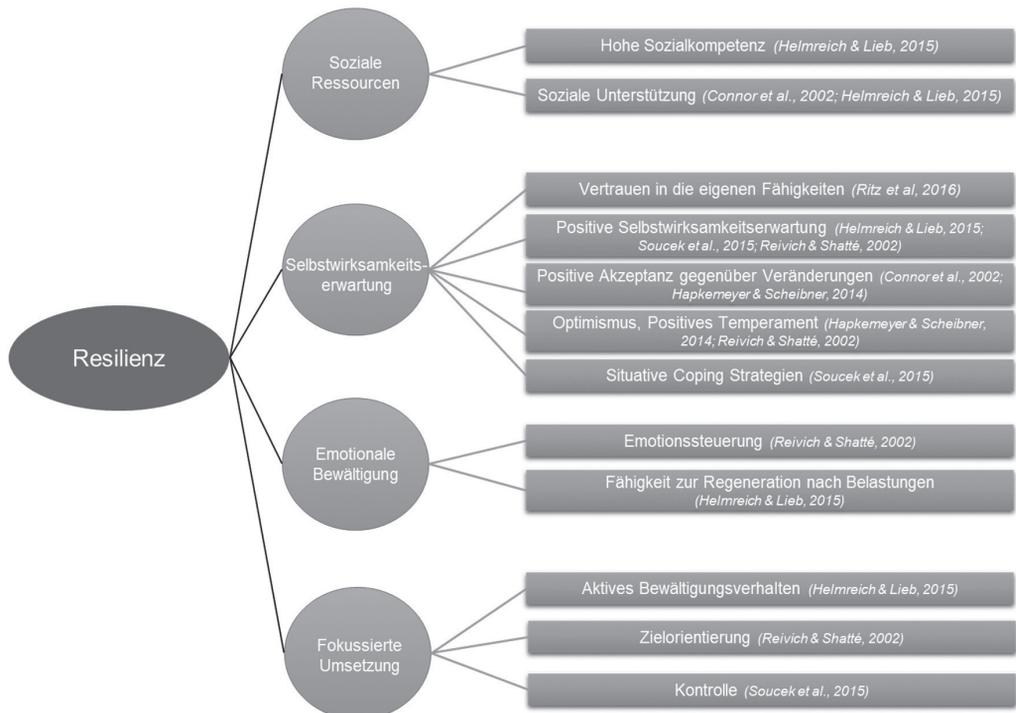


Abbildung 5: Ableitung der Dimensionen des Konstrukts „Resilienz“, Eigene Erstellung

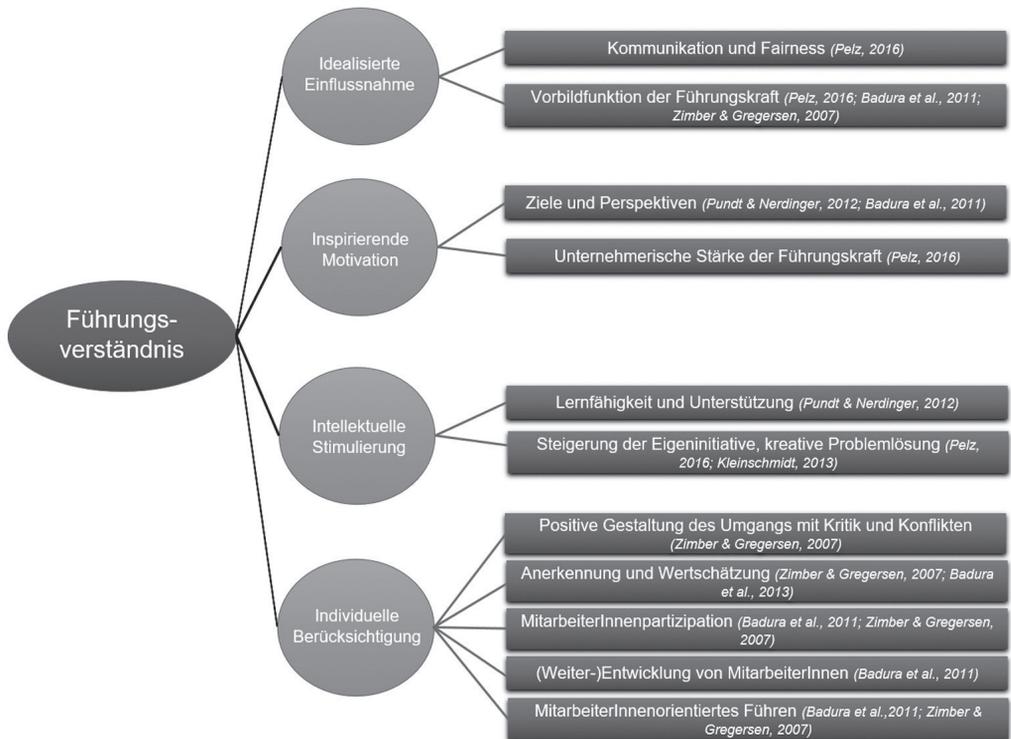


Abbildung 6: Ableitung der Dimensionen des Konstrukts „Führungsverständnis“, Eigene Erstellung

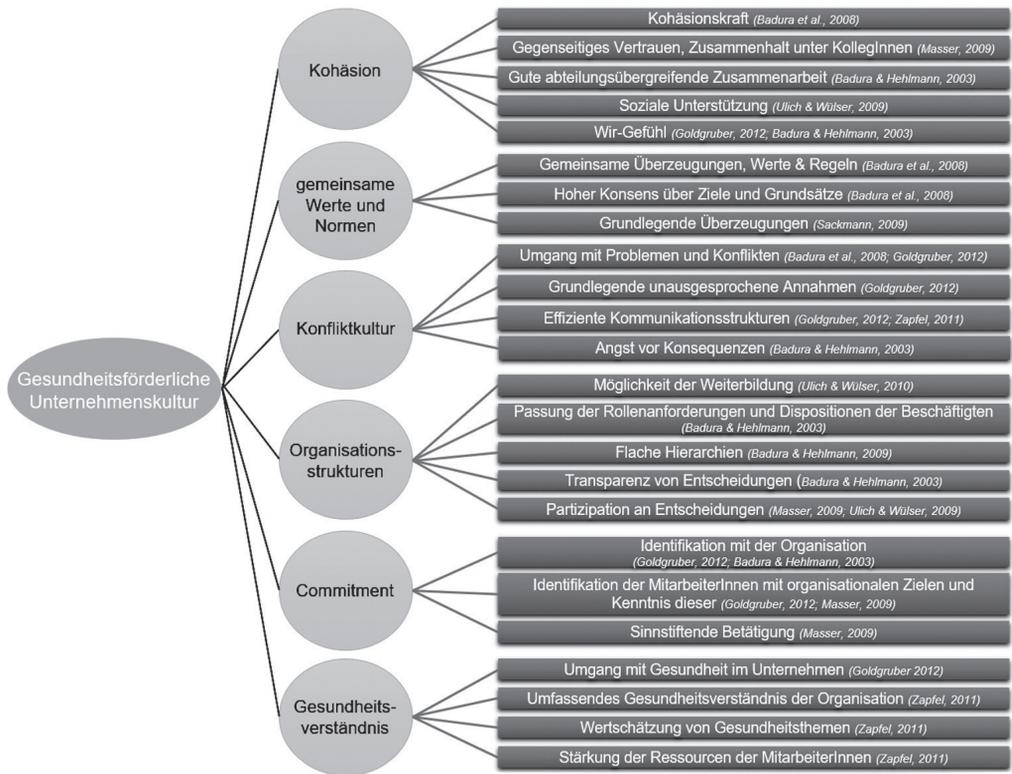


Abbildung 7: Ableitung der Dimensionen des Konstrukts „gesundheitsförderliche Unternehmenskultur“, Eigene Erstellung

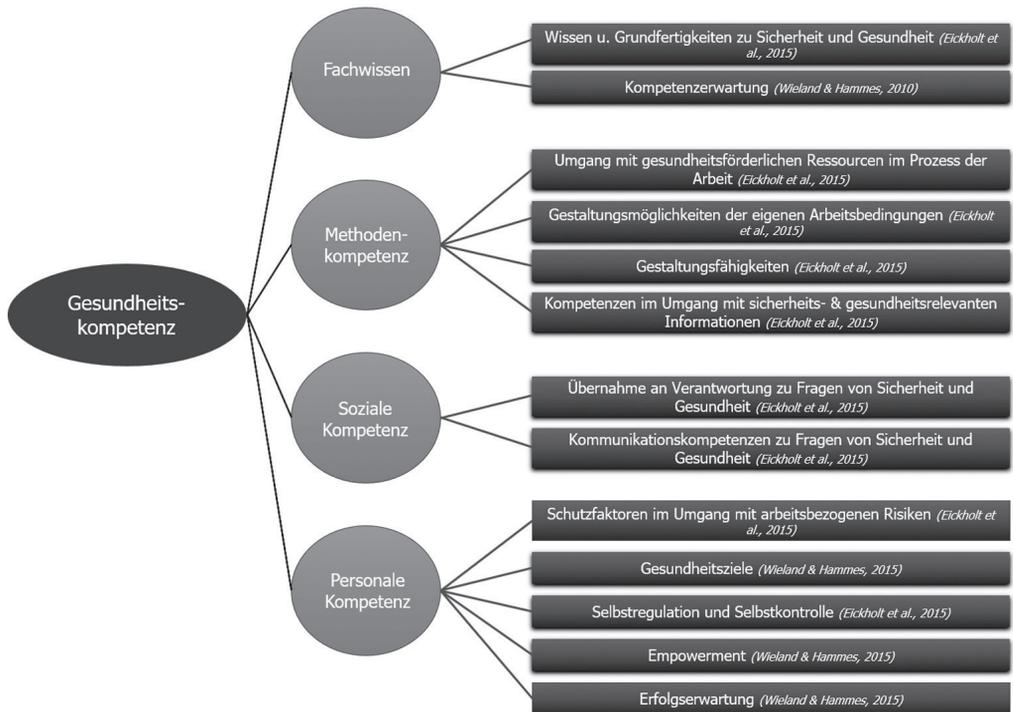


Abbildung 8. Ableitung der Dimensionen des Konstrukts „Gesundheitskompetenz“, Eigene Erstellung

Auf Basis der Dimensionen konnte eine Zusammenstellung von Items erfolgen, auf die im nachfolgenden Kapitel näher eingegangen wird.

## 5 Erstellung des Fragenkatalogs

Für die Erstellung des Fragenkatalogs wurden bereits bestehende Fragebögen herangezogen. In Anlehnung an die Indikatoren der einzelnen Dimensionen erfolgte eine inhaltliche Auswahl und Präzisierung der Items.

Die Itemformulierung wurde nach den Richtlinien von Bühner (2011) durchgeführt. Gemäß Bühner sollten Items stets leicht verständlich und möglichst präzise formuliert sein. Folglich können zur sprachlichen Formulierung von Items folgende Empfehlungen herangezogen werden:

- Begriffe mit mehreren Bedeutungen vermeiden
- Keine doppelten Verneinungen verwenden
- Keine negativ gepolten Items verwenden
- Verallgemeinerungen vermeiden

- Wichtiges sparsam hervorheben
- Keine Abkürzungen verwenden
- Keine Fremdwörter ohne Erklärung verwenden
- Zeitspannen genau definieren
- Keine Items verwenden, die nicht zwischen Personen differenzieren
- Für jedes Item prüfen, ob es das Konstrukt abbildet
- Für jedes Item prüfen, ob es für die Zielgruppe angemessen formuliert ist
- Keine gleichlautenden Items in einer Skala verwenden

Die ausgewählten Items wurden anhand der oben formulierten Kriterien adaptiert und der Antwortskala des Fragebogens angepasst. Für die Beantwortung der Items wurde eine 4-stufige Likert-Skala mit einem Antwortschema von „trifft nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ gewählt.

Der Fragebogen stand einmal für MitarbeiterInnen und einmal für Führungskräfte zur Verfügung, denn die Items des Konstrukts „Führungsverständnis“ wurden einmal aus MitarbeiterInnenperspektive und einmal aus Führungskräfteperspektive formuliert. Dadurch wurden ein Fremdbild und ein Selbstbild des Führungsverhaltens der Führungskräfte generiert und die Möglichkeit geschaffen, die Wahrnehmungen und Einschätzungen der MitarbeiterInnen und der Führungskräfte in Vergleich zu setzen. Das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ verfolgte in dieser Hinsicht den Ansatz, dass eine weitgehende Übereinstimmung der Wahrnehmungen von MitarbeiterInnen und Führungskräften eine Voraussetzung für einen gesunden Betrieb und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen ist.

Die Items der Konstrukte „Resilienz“ und „gesundheitsförderliche Unternehmenskultur“ waren hingegen – bis auf einzelne Ausnahmen bei der gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur – jeweils aus der eigenen Perspektive zu beantworten und bildeten daher das Selbstbild ab.

Abbildung 9 stellt nochmals die einzelnen Arbeitsschritte zur Erstellung des Fragenkatalogs dar.

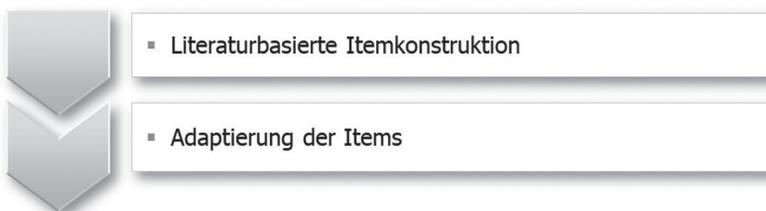


Abbildung 9: Arbeitsschritte zur Erstellung des Fragenkatalogs, Eigene Erstellung

## 6 Itemanalyse

Anschließend an die Formulierung der Items kam es zu deren inhaltlichen und formalen Überprüfung im Rahmen eines ExpertInnengremiums. In Bezug auf die inhaltliche Überprüfung wurden die Überlappung der Iteminhalte, die Eindeutigkeit des Bezugs der einzelnen Items zu den Subdimensionen sowie die Passung der Items zum Konstrukt überprüft.

In einem nächsten Schritt fand die formale Überprüfung statt. In Anlehnung an Kallus (2010) kam es zu folgenden formalen Prüfungen:

- **Grammatikalische Prüfung:** Diese dient zur Erkennung von allfälligen Rechtschreibfehlern und gemischten Formulierungen. So wurde darauf geachtet, dass keine unterschiedlichen Formulierungen (Ich-Form, neutrales Subjekt etc.) innerhalb des Fragebogens verwendet werden.
- **Prüfung des Begriffsniveaus:** Da gerade ExpertInnen dazu neigen, Items eng am wissenschaftlichen Sprachgebrauch orientiert zu formulieren, wurde in diesem Schritt die Verständlichkeit der Items überprüft.
- **Layout und Design der Items:** Als letzten Schritt der Itemüberprüfung wurden das Layout und die Formatierung in Hinblick auf Lesbarkeit überprüft. Ebenfalls wurde überprüft, ob die Zugehörigkeit von Itemtext und Antwort auch klar erkenntlich ist.

Nach der formalen Überprüfung wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen. Dazu wurden MitarbeiterInnen der Forschung Burgenland gewählt, die den Fragebogen hinsichtlich seiner Verständlichkeit überprüften. Die MitarbeiterInnen wurden darauf hingewiesen, nicht verständliche Fragen unbeantwortet zu lassen, um sie in einer nachfolgenden Diskussionsrunde zu besprechen. Innerhalb der Diskussionsrunde konnten die TestteilnehmerInnen Kommentare zum Fragebogen abgeben.

Anschließend wurde der Fragebogen auf Basis der Pretestergebnisse adaptiert und durch ein ExpertInnengremium zur Programmierung freigegeben.

Abbildung 10 verdeutlicht die einzelnen Arbeitsschritte im Rahmen der Itemanalyse.

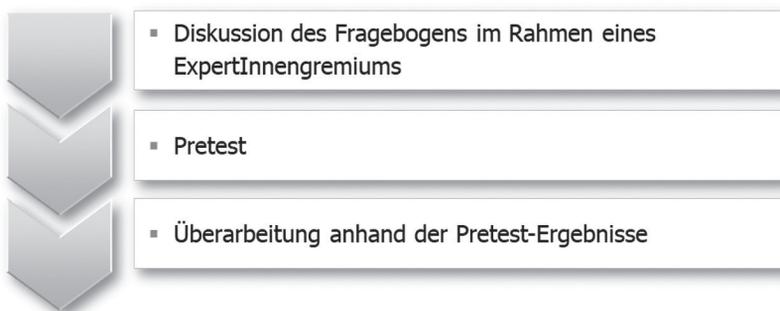


Abbildung 10: Arbeitsschritte im Rahmen der Itemanalyse, Eigene Erstellung

## 7 Finalisierung des Fragebogens

In einem letzten Schritt kam es zur Finalisierung des Fragebogens. Um ein einheitliches Verständnis für die Inhalte des Fragebogens bei den teilnehmenden Personen zu schaffen, wurde ein Begleitschreiben erstellt, welches Erklärungen zur Bearbeitung der einzelnen Fragebogenitems beinhaltet. Vor allem auf die Anonymität und die Weiterverwendung der gewonnenen Ergebnisse wurde explizit hingewiesen.

Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurde es den Unternehmen ermöglicht, den Fragebogen sowohl in Papierformat als auch online durchzuführen. Aus diesem Grund wurde zur Umsetzung der Befragung die webbasierte Software EvaSys gewählt. EvaSys ermöglicht einen schnellen und effizienten Ablauf des gesamten Umfrageprozesses und kann als klassische Papierbefragung, Onlineumfrage oder kombiniert als Hybridumfrage durchgeführt werden. Bei der Programmierung des Fragebogens wurde vor allem auf optimale Lesbarkeit geachtet.



Abbildung 11: Arbeitsschritte im Rahmen der Finalisierung des Fragebogens, Eigene Erstellung

## 8 Validierung des Fragebogens

Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Beitrages stehen noch keine Validierungsergebnisse zur Verfügung. Aus methodischer Perspektive wird der Fragebogen testtheoretisch abgesichert und einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Geplant ist zudem eine testtheoretische Überprüfung der Psychometrie des Fragebogens auf Rasch-Homogenität.

### Literatur

- Badura, B., Griener, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Health Literacy – Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken. Wien: Bundesministerium der Gesundheit.
- Bühner, M. (2011). Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson.
- Helmreich, I. & Lieb, K. (2015). Resilienz: Schutzmechanismen gegen Burnout und Depression. InFo Neurologie & Psychiatrie, 17 (2), 52-62.

- Hofmann, H. (2010). *Wege zum gesunden Unternehmen: Gesundheitskompetenz entwickeln*. Bielefeld: W. Bertelsmann Verlag.
- Kallus, K.W. (2010). *Erstellung von Fragebogen*. Wien: Facultas.
- Kroll, D. (2010). *Gesundheit als Führungsaufgabe*. In D. Kroll & J. Dzudzek (Hrsg.), *Neue Wege des Gesundheitsmanagements: „Der gesunderhaltende Betrieb“ - Das Beispiel Rasselstein* (S. 49-63). Wiesbaden: Gabler.
- Pundt, A. & Nerdinger, F.W. (2012). *Transformationale Führung: Führung für den Wandel*. In S. Grote (Hrsg.), *Die Zukunft der Führung*. (S. 27- 36). Heidelberg: Springer-Verlag.
- Reivich, K. & Shatté, A. (2002). *The Resilience Factor: 7 Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles*. New York: Potter/TenSpeed/Harmony.
- Wieland, R. & Hammes, M. (2010). *Ergebnisse der Internetstudie zur Gesundheitskompetenz*. In BAR-MER GEK. *Gesundheitsreport 2010: Teil 2*. Berlin.

# Die Bedeutung von Evaluation und Nachhaltigkeit von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen im Setting Betrieb

Florian SCHNABEL<sup>1</sup>, Julia STÖLLER<sup>2</sup>, Barbara SZABO<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit*

<sup>2</sup> *Forschung Burgenland*

**KURZFASSUNG:** Die externe Evaluation des Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ ist durch eine enge Kooperation mit dem Projektteam der Forschung Burgenland während der gesamten Projektlaufzeit gekennzeichnet. Ziel der externen Evaluation war es, in einem kontinuierlichen Prozess aus Erfahrungen zu lernen und die Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen im Bereich der Personal- und Führungskräfteentwicklung zu ermitteln. Das methodische Vorgehen orientierte sich an der Verknüpfung der Planungs-, Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation und dem ganzheitlichen systemischen Gesundheitsverständnis im Sinne des Schweizer Ergebnismodells. Inhaltlich wird in diesem Symposiumsbeitrag das methodische Vorgehen im Rahmen der externen Evaluation beschrieben. Zudem werden die aktuellen Evaluationsergebnisse dargestellt.

## 1 Einleitung

Das Department Gesundheit der Fachhochschule (FH) Burgenland führte im Auftrag des Fonds Gesundes Österreich die externe Evaluation des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ der Forschung Burgenland durch. Die externe Evaluation, die ergänzend zur Selbstevaluation des Projektteams der Forschung Burgenland durchgeführt wurde, ist gekennzeichnet durch die Objektivität und das hohe Maß an Erfahrung des Evaluationsteams. Der Zeitraum der externen Evaluation erstreckte sich über 37 Monate und wurde parallel zum Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekt umgesetzt.

Im Folgenden werden die methodische Vorgehensweise der externen Evaluation sowie die Evaluationsergebnisse transparent dargestellt und ein zusammenfassendes Fazit gegeben.

## 2 Methodisches Vorgehen

Der methodische Evaluationsansatz der FH Burgenland ist theoriegeleitet und partizipativ ausgerichtet. Bewährte Vorgehensweisen sind die Verknüpfung von Methoden in den Bereichen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation sowie die Orientierung

an einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis im Sinne des Schweizer Ergebnismodells (Szabo et al., 2018; Loss et al., 2007; Cloetta & Spörri-Fahrni, 2005).

Das Evaluationsdesign des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ gliederte sich in die drei Evaluationsphasen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation, welche in der nachfolgenden Abbildung dargestellt sind.

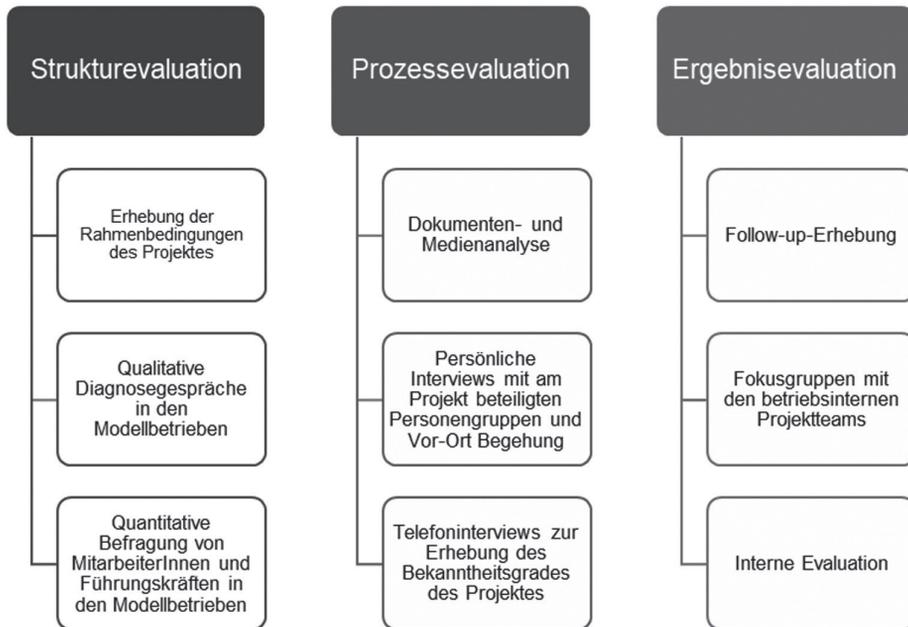


Abbildung 1: Evaluationsdesign der externen Evaluation, Eigene Erstellung

Die Inhalte der einzelnen Evaluationsphasen werden im Folgenden beschrieben.

## 2.1 Strukturevaluation

Im Rahmen der Strukturevaluation wurden die betriebsinternen Strukturen im Sinne von Arbeitsbedingungen und die Ausgangsbasis für das Projekt analysiert. Im Sinne der Dokumentenanalyse fand eine Sichtung der Projektmanagementdokumente samt Erhebung der strukturellen, finanziellen, zeitlichen, personellen und rechtlichen Rahmenbedingungen des Projektes statt. Ergänzend wurden qualitäts- und nachhaltigkeits-sichernde Ressourcen erfasst.

Darauf folgend wurden in den fünf beteiligten Betrieben qualitative Diagnosegespräche geführt. Inhaltlich wurden strukturelle, soziale, personelle und persönliche Ressourcen jedes Unternehmens mittels eines Leitfadens erhoben. Ebenso sollten gesundheitliche Rahmenbedingungen der Betriebe aus Sicht der betriebsinternen Projektteams

erfasst werden. Methodisch orientierten sich die Diagnosegespräche am Readiness Tool, welches technisch mit einem Digivoting-System eingesetzt wurde. Bei Digivoting handelt es sich um eine Form der interaktiven Abstimmung, welche ein Gesamtergebnis aller abgegebenen Stimmen sofort sichtbar macht.

In einem nächsten Schritt wurde der quantitative Fragebogen zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte in den fünf Modellbetrieben ausgewertet. Die Entwicklung des Fragebogens, welcher sich an bereits vorhandenen, validen Fragebogeninstrumenten orientierte, ist im vorangegangenen Beitrag ausführlich beschrieben.

## **2.2 Prozessevaluation**

Das Leistungspaket der Prozessevaluation beinhaltete eine laufende Soll-Ist Überprüfung. In regelmäßigen Abständen wurde mit dem Projektteam der Forschung Burgenland über den aktuellen Stand der Zielerreichung gesprochen. Ebenso fand eine Sichtung der Projektmanagementdokumente statt, um so auf die Zielerreichung schließen zu können.

Im Arbeitspaket „Dokumenten- und Medienanalyse“ wurden projektspezifische Unterlagen mit den Projektzielen in Verbindung gebracht. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte anhand vordefinierter Kriterien, welche im Rahmen einer Evaluationssteuerungsgruppensitzung gemeinsam mit dem Projektteam beschlossen wurden. Darüber hinaus wurde durch eine Medienanalyse die Akzeptanz und Reichweite des Projektes analysiert.

Die „Interviews mit am Projekt beteiligten Personengruppen und Vor-Ort Begehungen“ wurden vom externen Evaluationsteam mit Unterstützung von Studierenden der FH Burgenland durchgeführt. Das Evaluationsteam erstellte dafür Kriterienlisten, die zur Erhebung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen in den Betrieben verwendet wurden. Ergänzend erfolgte eine Fotodokumentation im Sinne der Gesundheitsforschungsmethode „Photo Voice“ (Unger, 2014). Die Projektinterviews konnten mit MitarbeiterInnen der Unternehmen geführt werden. Zusätzlich zu diesen Projektinterviews wurde in jedem Unternehmen eine Fokusgruppe mit den betriebsinternen Projektteammitgliedern durchgeführt.

Im Arbeitspaket „Durchführung von Telefoninterviews mit am Projekt beteiligten Personen“ wurden leitfadengestützte Telefoninterviews mit von den Betrieben definierten MitarbeiterInnen, die im Rahmen der Betriebsbegehungen nicht erreicht wurden, sowie den SeminarleiterInnen geführt. Ziel der Telefonbefragungen war es, den Bekanntheitsgrad und die Akzeptanz der Projektmaßnahmen in den Unternehmen zu erheben.

## **2.3 Ergebnisevaluation**

Die Arbeitsschritte im Rahmen der Ergebnisevaluation zeichneten sich durch die Bewertung des Gesamterfolges des Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes aus.

Schwerpunkt der Ergebnisevaluation war die Auswertung der zweiten Fragebogenerhebung zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskom-

petenz in den fünf Modellbetrieben. Da es sich um eine Längsschnitterhebung handelte (1. Messung zu Beginn des Projektes, 2. Messung am Ende des Projektes), konnten Veränderungen in Hinblick auf die Dimensionen des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz bei den MitarbeiterInnen und den Führungskräften ermittelt werden.

Darauf folgend wurde eine Fokusgruppe mit den betriebsinternen Projektteams in Kooperation mit dem Projektteam der Forschung Burgenland geführt, um lessons learned, Ergebnisse zur Nachhaltigkeit der Projektmaßnahmen sowie Ergebnisse der Netzwerkarbeit zu erheben.

Als letztes Arbeitspaket der externen Evaluation fand mit dem Projektteam der Forschung Burgenland eine abschließende interne Evaluation statt. Der Fokus der internen Evaluation lag ebenfalls auf der Ableitung von lessons learned, Erfahrungen der Netzwerkarbeit sowie auf einer Diskussion über mögliche Formen der zukünftigen Zusammenarbeit mit den am Projekt beteiligten Unternehmen und Stakeholdern.

Nachdem die Leistungspakete der externen Evaluation in den vorhergehenden Absätzen ausführlich beschrieben wurden, befassen sich die nachfolgenden Kapitel mit der Darstellung der Evaluationsergebnisse.

### **3 Ergebnisse der Strukturevaluation**

Im Rahmen der Strukturevaluation wurden strukturelle Arbeitsbedingungen ergänzend zur projektbezogenen Ausgangsbasis analysiert. Dazu zählen Aktivitäten, die den Ist-Stand des Projektes erheben, um am Projektende einen Vorher-Nachher Vergleich anstellen zu können. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Arbeitspaketen

- Erhebung der Rahmenbedingungen des Projektes
- Qualitative Diagnosegespräche in den Modellbetrieben
- Quantitative Befragung von MitarbeiterInnen und Führungskräften in den Modellbetrieben beschrieben.

#### **3.1 Erhebung der Rahmenbedingungen des Projektes**

Das erste Arbeitspaket der externen Evaluation fand im Zeitraum von Juli bis August 2016 statt. Zu Projektbeginn konnte festgehalten werden, dass zeitliche, personelle, finanzielle und örtliche Rahmenbedingungen ausreichend erschienen, um die Projektziele adäquat zu erreichen. Vor allem die qualitäts- und nachhaltigkeitsichernden Ressourcen (Entscheidungsgremium und KooperationspartnerInnen) konnten positiv hervorgehoben werden, da sie während der Projektlaufzeit dafür sorgten, dass auch externe Stakeholder ihr fachliches Wissen in das Projekt miteinfließen lassen konnten. Die Ausgangssituation der Projektumsetzung war in den Betrieben stark unterschiedlich. Vor allem in Hinblick auf die gesundheitlichen Rahmenbedingungen waren die Betriebe durch eine starke Heterogenität gekennzeichnet.

Durch die erhobenen Rahmenbedingungen konnte ein einheitliches Verständnis für das gesamte Projekt geschaffen werden. Eine wesentliche Kernerkenntnis war das Commitment der fünf Modellbetriebe darüber, während der Projektlaufzeit einen Schwerpunkt auf Betriebliche Gesundheitsförderung zu legen und in Zukunft an der Einführung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu arbeiten. Der Unterschied zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement war in den Unternehmen bis zu Projektbeginn noch nicht bekannt. Im Rahmen der Vertiefungsworkshops wurde die Begriffsabgrenzung im Detail kommuniziert.

### **3.2 Qualitative Diagnosegespräche in den Modellbetrieben**

Die qualitativen Diagnosegespräche wurden in Form von Fokusgruppen im Zeitraum von August bis Oktober 2016 in den fünf Modellbetrieben durchgeführt.

Das Thema „Gesundheit“ war zu Beginn des Projektes bei nur einem der fünf Modellbetriebe in der Unternehmenspolitik verankert. Ebenso waren Verantwortliche für Gesundheitsthemen im Betrieb noch nicht ausreichend definiert. Ein betriebsübergreifender Austausch über Themen der Gesundheitsförderung war beim Großteil der Betriebe nicht vorhanden.

Positiv hervorgehoben werden kann, dass Gesundheitsthemen in den Betrieben einem klaren Verantwortungsbereich zugeordnet werden konnten und laut der betriebsinternen Projektteams ausreichend Räumlichkeiten als Rückzugsort für MitarbeiterInnen zur Verfügung standen. Partizipation und Empowerment der MitarbeiterInnen waren in den Projektbetrieben bereits zu Projektbeginn wichtig.

### **3.3 Quantitative Befragung von MitarbeiterInnen und Führungskräften in den Modellbetrieben**

Die Auswertung der quantitativen Fragebogenerhebung zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz führte das Evaluationsteam im Zeitraum von Oktober 2016 bis Februar 2017 durch.

Insgesamt nahmen 461 von 845 Beschäftigten (54,6 %; 51 Führungskräfte, 410 MitarbeiterInnen) in den fünf Modellbetrieben an der Befragung teil. Kern der Auswertung bildeten Indexberechnungen, welche in Form eines Spinnennetzdiagrammes dargestellt wurden. Die Darstellungsform des Spinnennetzdiagrammes ermöglichte es, die zentralen Ergebnisse in Hinblick auf die einzelnen Dimensionen (Resilienz, Führungsverständnis, gesundheitsförderliche Unternehmenskultur) übersichtlich darzustellen. Ergänzend zum psychosozialen Gesundheitskapital wurde in einem eigenen Fragebogen die Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte abgefragt und gesondert in einem Spinnennetzdiagramm dargestellt. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung sind in Kapitel 5 dieses Beitrages abgebildet.

Die Auswertung der ersten Erhebungswelle zum psychosozialen Gesundheitskapital zeigt sowohl bei MitarbeiterInnen als auch bei Führungskräften Verbesserungsbedarf bei der Dimension gesundheitsförderliche Unternehmenskultur. Interessant ist, dass die Führungskräfte im Zuge der Selbstbewertung ihr eigenes Führungsverhalten um durch-

schnittlich 0,3 Prozentpunkte besser einschätzten als die MitarbeiterInnen dies im Zuge der Fremdbewertung taten. In Hinblick auf die selbstbewertete Gesundheitskompetenz zeigt die Auswertung der ersten Erhebungswelle deutlich, dass zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften kaum Unterschiede erkennbar waren. Ein Mittelwert von 1,6 bei einem Wertespektrum von 1 bis 4 (je niedriger, desto besser) ist bereits eine gute Ausgangsbasis.

Die Befragungsergebnisse wurden in Berichtsform sowie im Zuge eines Vertiefungsworkshops an die Betriebe kommuniziert. Grafisch wurden die Dimensionen in Form eines Spinnennetzdiagrammes zusammengeführt, die Antworten auf die einzelnen Fragen wurden in Form von Balkendiagrammen dargestellt.

## 4 Ergebnisse der Prozessevaluation

Im Rahmen der Prozessevaluation war eine laufende Soll-Ist-Überprüfung wesentlich, um die Zielerreichung des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ abzuschätzen. In diesem Kapitel werden die Ergebnisse aus den Arbeitspaketen

- der Dokumenten- und Medienanalyse,
- der Projektinterviews mit am Projekt beteiligten Personengruppen und der Vor-Ort Begehungen sowie
- der Telefoninterviews zur Erhebung des Bekanntheitsgrades des Projektes beschrieben.

### 4.1 Dokumenten- und Medienanalyse

Die Dokumenten- und Medienanalyse fand im Zeitraum von Jänner 2017 bis Februar 2019 statt. Bei der Durchführung orientierte sich das externe Evaluationsteam an den Grob- und Teilzielen sowie den dazu definierten Zielindikatoren. In den regelmäßig stattfindenden Evaluationssteuerungsgruppensitzungen wurden diese Ziele und Indikatoren besprochen und stets an die aktuellen, projektspezifischen Gegebenheiten angepasst.

Insgesamt gab es vier Grobziele, zehn Teilziele sowie zehn Indikatoren, die es in der Projektlaufzeit zu erreichen galt. An den partizipativ geplanten verhaltensorientierten Maßnahmen zur Steigerung des sozialen Netzwerkes am Arbeitsplatz hatten 31 % der MitarbeiterInnen und Führungskräfte (Zielindikator: 30 %) der fünf Betriebe teilgenommen. Es wurden zumindest fünf partizipativ geplante Maßnahmen (Zielindikator: 2) zur Steigerung des Gesundheitskapitals in jedem Projektunternehmen durchgeführt. An den sensibilisierungs- und verhaltensorientierten Trainings zur Steigerung der Resilienz hatten 31 % (Zielindikator 20 %) der MitarbeiterInnen (219; 27 %) und Führungskräfte (60; 60 %) teilgenommen. Eine Änderung des Leitbildes, hin zu einem gesundheitsförderlichen Leitbild, wurde in den teilnehmenden Betrieben bereits diskutiert. Eine Anpassung der Leitbilder in den fünf Modellbetrieben ist nach aktuellem Stand jedoch schwer umsetzbar. Zum Aufbau eines interorganisationalen

Netzwerkes wurden drei Netzwerktreffen (Zielindikator: 3) im Rahmen des Projektes durchgeführt. Insgesamt nahmen 14 Personen (Projektteam ausgenommen) an den Vernetzungstreffen teil.

Die Medienpräsenz des Projektes in der Öffentlichkeit fand in Form von Publikationen, vor allem in der wissenschaftlichen Fachcommunity, statt. Die methodische und inhaltliche Vorstellung des Projektvorgehens sowie aktuelle Ergebnisse standen im Vordergrund. Ebenso präsent war das Projektvorhaben in regionalen Medien sowie den regionalen Fernsehkanälen. Pressekonferenzen für die Öffentlichkeit wurden in Zusammenarbeit mit zwei der fünf Betriebe veranstaltet. Hinsichtlich der internen Kommunikation konnten in allen fünf Modellbetrieben erfolgreich Kick-off Veranstaltungen für die Angestellten durchgeführt werden. Auch ein Kommunikationskonzept wurde erstellt. Darin wurde festgehalten, wann und wie die definierten Projektzielgruppen projektspezifische Informationen erhalten sollten. Als betriebsübergreifende Austauschplattform wurde „Moodle“ gewählt. Diese Plattform wurde von den Betrieben jedoch eher weniger genutzt. In den Fokusgruppen mit den betriebsinternen Projektteams wurde angesprochen, dass der persönliche Austausch als Kommunikationsform bevorzugt wird.

#### **4.2 Projektinterviews und Vor-Ort Begehungen**

Die Durchführung der Vor-Ort Begehungen fand im Zeitraum von Dezember 2017 bis Juli 2018 statt. Die Projektinterviews mit den betriebsinternen Projektteams und weiteren MitarbeiterInnen in den Unternehmen wurden im Zuge eines halbtägigen Vor-Ort Besuches in den Betrieben durchgeführt. Die Umsetzung der Vor-Ort Begehungen variierte in den Betrieben. Während es in einigen Betrieben möglich war, ad-hoc Interviews mit den Beschäftigten zu führen, wurde in anderen Unternehmen von der Geschäftsführung oder der Projektleitung bestimmt, mit welchen MitarbeiterInnen die Projektinterviews geführt werden sollten. Die Fokusgruppen mit den betriebsinternen Projektteams wurden entweder vor oder nach der Begehung durchgeführt. Durchschnittlich nahmen diese Fokusgruppen zwischen 20 und 40 Minuten in Anspruch.

Als Ergebnis der Projektinterviews mit den MitarbeiterInnen der Betriebe sowie den Fokusgruppen mit den betriebsinternen Projektteams wurden mit dem Projektteam der Forschung Burgenland gemeinsame Handlungsempfehlungen für die weitere Vorgehensweise erarbeitet. Dazu zählen vor allem folgende Punkte:

- Die Durchführung der Seminare soll in regionaler Nähe der Betriebe stattfinden.
- Die Umsetzung von unternehmensspezifischen Maßnahmen ist gewünscht.
- Partizipationsmöglichkeiten sollen für alle Beschäftigten bei der Planung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen geschaffen werden.

Für zukünftige Projekte können zusätzlich folgende Hilfestellungen als Ergebnis der Projektinterviews festgehalten werden:

- Pressekonferenzen sollen in allen Projektbetrieben stattfinden.
- Der Bedarf an fachlicher Unterstützung für die betriebsinternen Projektteams zur Umsetzung des betriebsinternen Projektmanagements ist vorhanden.
- Die Durchführung von kleinen Informationsveranstaltungen vor Einführung neuer Seminarreihen ist empfehlenswert, um Inhalte gezielt an die MitarbeiterInnen zu kommunizieren.
- Kommunikationsmöglichkeiten auf Projektplattformen (wie z.B. Moodle) sollten für alle MitarbeiterInnen möglich sein. Dies kann den internen Austausch fördern.

### **4.3 Durchführung von Telefoninterviews mit am Projekt beteiligten Personen**

Die Durchführung der Telefoninterviews fand im Zeitraum von Dezember 2017 bis Juli 2018 statt. Das Ziel der leitfadengestützten Telefoninterviews war es, vor allem Beschäftigte zu erreichen, die bei den Vor-Ort Besuchen nicht befragt werden konnten. Neben den MitarbeiterInnen der Betriebe wurden auch die SeminarleiterInnen zum Projekt befragt. Die Programmierung der Interviews erfolgte über EvaSys, ein Programm für computergestützte Telefoninterviews (CATIs).

Insgesamt konnten 31 MitarbeiterInnen der fünf Betriebe mit der Telefonbefragung erreicht werden. 72,4 % (21 Personen) davon waren weiblich. Weitere 41,9 % (13 Personen) der Befragten hatten eine Führungsposition im Unternehmen inne.

Aus der Telefonbefragung ging hervor, dass 24 der 31 Befragten den Einfluss des Unternehmens auf die eigene Gesundheit als (sehr) stark ansehen. Das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ war bei nahezu allen Befragten bekannt (29 von 31). Als erfolgreichstes Kommunikationsmittel innerhalb des Projektes zählten laut Angaben Informationsmails (26 von 29), gefolgt von Informationen durch KollegInnen (19 von 29), Flyern (18 von 29), Veranstaltungen wie Kick-off Events (17 von 29) sowie Projektplakate (15 von 29). Des Weiteren wurde in den Telefoninterviews abgefragt, an welchen Seminaren und Maßnahmen die Beschäftigten teilnahmen und wie ihnen diese Maßnahmen gefielen. Am häufigsten nahmen die Befragten an der HRV-Messung (18 von 31), dem Seminar „Keep Cool“ (11 von 31) sowie den Maßnahmen zur Pausengestaltung (7 von 31) und dem Gesundheitskompetenzspiel „Quizmax“ (5 von 31) teil. Die HRV-Messung gefiel dem Großteil der TeilnehmerInnen (sehr) gut (15 von 17). Das Seminar „Keep Cool“ sowie die Maßnahmen zur Pausengestaltung wurden von allen Befragten mit (sehr) gut bewertet. Lediglich das Gesundheitskompetenzspiel „Quizmax“ beurteilte ein Großteil der Befragten lediglich mit „mittelmäßig“.

In Form von offenen Fragen wurde zusätzlich ermittelt, welche Stärken und Schwächen die Befragten mit dem Projekt in Verbindung brachten. Als positiv genannt wurden das qualitative und vielfältige Angebot im Rahmen des Projektes, die Möglichkeit des Austausches mit anderen Betrieben, die Teilnahme der Geschäftsführung an den

Maßnahmen sowie die Stärkung des Teamzusammenhaltes durch die Teilnahme an den Projektaktivitäten. Als Stolpersteine der Projektdurchführung wurden unter anderem die Örtlichkeit der Seminare durchführung, die verbundene Mehrarbeit durch die Teilnahme an den Maßnahmen sowie das Überangebot an Maßnahmen genannt. Außerdem war es hinderlich, wenn Führungspersonen im Unternehmen selbst nicht an den Maßnahmen teilnahmen.

## **5 Ergebnisse der Ergebnisevaluation**

Die Evaluationsinhalte der Ergebnisevaluation umfassten die Arbeitspakete

- Follow-Up Erhebung,
- Fokusgruppe mit den betriebsinternen Projektteams sowie
- interne Evaluation.

Es werden anschließend die Ergebnisse aus der Follow-Up Erhebung dargestellt.

Die Auswertung der Zweitbefragung zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz führte das Evaluationsteam im Zeitraum von Jänner 2019 bis März 2019 durch. Insgesamt nahmen 311 von 901 Beschäftigten (35 %; 55 Führungskräfte; 256 MitarbeiterInnen) in den fünf Modellbetrieben an der Befragung teil. Für die Auswertung relevant waren jene Personen, die zumindest an einer Maßnahme und an der Ersterhebung teilgenommen hatten (32 Führungskräfte, 83 MitarbeiterInnen).

Durch die Maßnahmen des Projektes konnte sowohl bei den MitarbeiterInnen als auch bei den Führungskräften eine geringfügige Verbesserung bestimmter Aspekte des psychosozialen Gesundheitskapitals und der Gesundheitskompetenz erzielt werden. Der Mittelwert der drei Dimensionen „Resilienz“, „Führungsverständnis“ und „gesundheitsförderliche Unternehmenskultur“ verbesserte sich jeweils um 0,1 Prozentpunkte (Ersterhebung: 1,9; Zweiterhebung: 1,8). Die gleiche Aussage kann für die Auswertung der Dimension „Gesundheitskompetenz“ getätigt werden. Hier konnte der Mittelwert ebenso um 0,1 Prozentpunkte verbessert werden (Erstbefragung: 1,6; Zweitbefragung: 1,5). Das detaillierte Ergebnis der Auswertung des psychosozialen Gesundheitskapitals (Abbildung 2 und Abbildung 3) und der Gesundheitskompetenz (Abbildung 4 und Abbildung 5) kann in den nachfolgenden Abbildungen betrachtet werden.

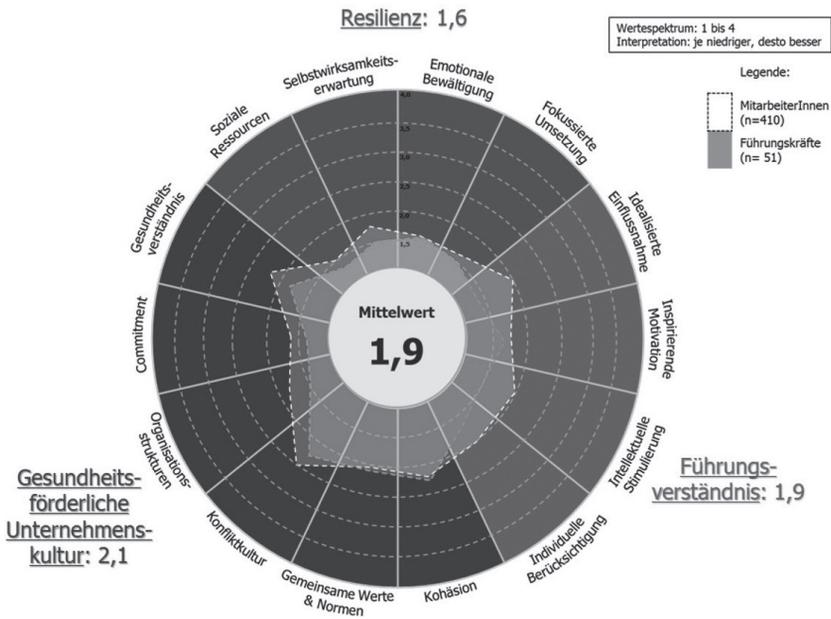


Abbildung 2: Ergebnis der Ersterhebung des psychosozialen Gesundheitskapitals bestehend aus den Dimensionen Resilienz, Führungsverständnis und gesundheitsförderliche Unternehmenskultur der MitarbeiterInnen und Führungskräfte der fünf Modellbetriebe, Eigene Erstellung

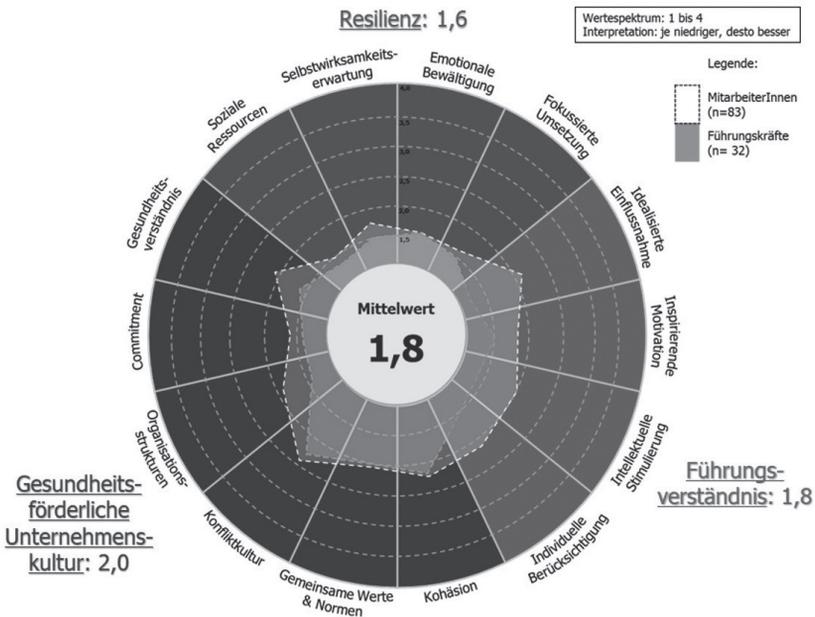


Abbildung 3: Ergebnis der Zweiterhebung des psychosozialen Gesundheitskapitals bestehend aus den Dimensionen Resilienz, Führungsverständnis und gesundheitsförderliche Unternehmenskultur der MitarbeiterInnen und Führungskräfte der fünf Modellbetriebe, Eigene Erstellung

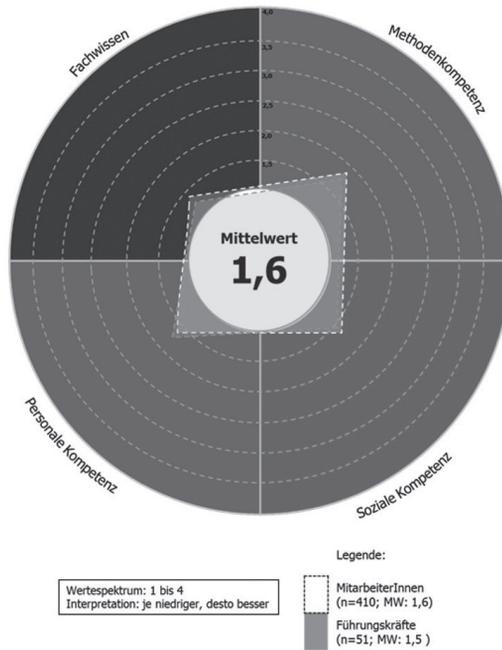


Abbildung 4: Ergebnis der Ersterhebung der Dimension Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte der fünf Modellbetriebe, Eigene Erstellung

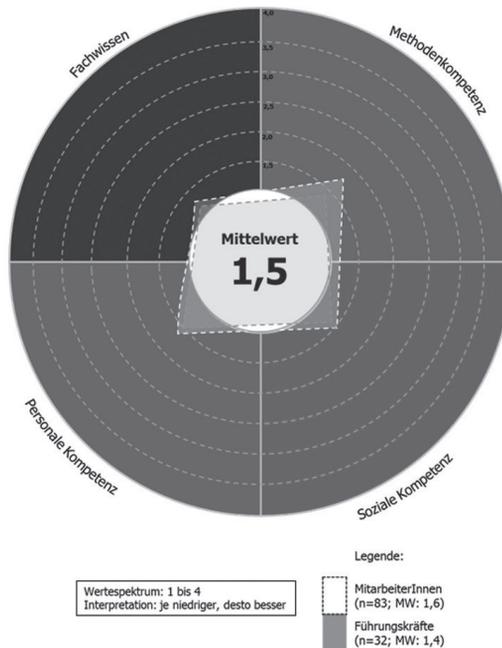


Abbildung 5: Ergebnis der Zweiterhebung der Dimension Gesundheitskompetenz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte der fünf Modellbetriebe, Eigene Erstellung

Anzumerken ist, dass alle Betriebe bei der Ersterhebung bereits gute Ausgangswerte hatten. Eine signifikante Veränderung war dadurch nicht zu erwarten. Ein Schlüsselergebnis der quantitativen Fragebogenerhebung war der durchgehende Abstand der Dimensionsbewertungen zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen. Beispielfhaft bewerteten Führungskräfte ihr eigenes Führungsverhalten besser (Mittelwert Führungsverständnis Ersterhebung: 1,6; Mittelwert Führungsverständnis Zweiterhebung: 1,4) als die MitarbeiterInnen (Mittelwert Führungsverständnis Ersterhebung: 1,9; Mittelwert Führungsverständnis Zweiterhebung: 2,0).

## 6 Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass eine externe Evaluation dem Projektteam einen wesentlichen Mehrwert für die Beurteilung der Zielerreichung und methodische Hilfestellungen für die Umsetzung liefern kann. Vor allem ein Nahebezug zweier Einrichtungen wie der Forschung Burgenland und der FH Burgenland sind profitabel, da unterstützende Leistungen der Evaluation zu jedem Zeitpunkt des Projektes in Anspruch genommen werden können.

In Hinblick auf die methodische Projektumsetzung ist zu schlussfolgern, dass eine theoriegeleitete Maßnahmenableitung ein strukturiertes Vorgehen schafft. Die Clustering der definierten und abgeleiteten Maßnahmen in die Bereiche der Personalentwicklung, der Führungskräfteentwicklung und der Organisationsentwicklung war im Sinne der Kommunikation der weiteren Schritte bezüglich der Maßnahmenumsetzung in den fünf Betrieben sehr vorteilhaft. Es konnte gut abgegrenzt werden, welche Maßnahmen in die Bereiche des Projektes, und somit des Projektteams, fallen und welche MitarbeiterInnenwünsche die Betriebe unabhängig vom Forschungsprojekt umsetzen sollten.

Die Teilnahmequote an den Projektmaßnahmen hängt stark von den Rahmenbedingungen der Betriebe ab. Die Teilnahmebereitschaft der MitarbeiterInnen an den Seminaren kann durch gezielte Sensibilisierungsmaßnahmen für Führungskräfte erhöht werden. Diese Sensibilisierungsmaßnahmen können dazu genutzt werden, den Führungskräften den Mehrwert der Seminare für die Belegschaft sowie für sich selbst näher zu bringen. Die Führungskräfte dienen dadurch als Motivator für die MitarbeiterInnen.

## Literatur

- Cloetta, B. & Spörri-Fahrni, A. (2005). Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz: Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention. Verfügbar unter: [https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/wirkungsmanagement/ergebnismodell/Anleitung\\_Ergebnismodell\\_Gesundheitsfoerderung\\_Schweiz.pdf](https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/wirkungsmanagement/ergebnismodell/Anleitung_Ergebnismodell_Gesundheitsfoerderung_Schweiz.pdf) [08.05.2018].
- Loss, J., Eichhorn, C., Reisig, V., Wildner, M. & Nagel, E. (2007). Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung. Entwicklung eines multidimensionalen Qualitätssicherungsinstrumentes für eines landesweite Gesundheitsinitiative. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 199-206.

- Szabo, B., Reseterits, V. & Schnabel, F. (2018). Arbeitsweise der Gesundheitsförderung. In E. Gollner, B. Szabo, F. Schnabel, B. Schnitzer & M. Thaller-Schneider (Hrsg.), *Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgelitetes Lehrbuch für die Praxis* (S. 90-135). Wien: Holzhausen Der Verlag.
- Unger, H. (2014). *Partizipative Forschung: Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.



# Möglichkeiten und Grenzen von digitalen Instrumenten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Carmen BRAUN

*Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit*

**KURZFASSUNG:** Die Digitalisierung der Arbeitswelt bringt nicht nur Herausforderungen, sondern auch Nutzenpotentiale für Betriebliche Gesundheitsförderung mit sich. Vor diesem Hintergrund gilt es, analoge Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch digitale Methoden zu ergänzen und durch ein orts- und zeitungebundenes Maßnahmenangebot die Zielgruppenerreichung zu erhöhen. Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurde die Ergänzung von analogen Maßnahmen durch digitale Instrumente zur Steigerung von Gesundheitswissen und -bewusstsein erprobt. Die Projekterkenntnisse zeigen, dass digitale Instrumente zahlreiche Nutzeneffekte mit sich bringen, jedoch ein klassisches analoges Maßnahmenangebot nicht ersetzen können.

## 1 Digitalisierung und Arbeitswelt

Betrachtet man die aktuellen Entwicklungen der Arbeitswelt, so zeigt sich, dass diese von zahlreichen komplexen und dynamischen Veränderungsprozessen geprägt ist. Als ein wesentlicher Teil dieser Veränderungsprozesse kann die Digitalisierung der Arbeitswelt angesehen werden. Im Rahmen dieser kommen Kommunikations- und Informationstechnologien in Unternehmen vermehrt zum Einsatz und führen dazu, dass sich nicht nur Struktur und Organisation von Arbeit verändern, sondern auch die Anforderungen an MitarbeiterInnen zunehmen. Vor diesem Hintergrund ist die Arbeitswelt von einem vermehrt flexiblen, vernetzten und dynamischen Alltag gekennzeichnet, der Arbeitsinhalte, Arbeitsweise und die Beschäftigten der sogenannten Arbeitswelt 4.0 prägt. (Bamberg, Ducki & Metz, 2011)

Jedoch gilt es nicht nur jene Effekte der Digitalisierung zu betrachten, die sich negativ auf die Arbeitswelt und die darin Beschäftigten auswirken, sondern auch die Faktoren in den Blick zu nehmen, die einen positiven Effekt ausüben. Folglich zeigt die BARMER-Studie zur Digitalisierung, eine repräsentative Längsschnittstudie mit über 8.000 TeilnehmerInnen, dass die mit der Digitalisierung einhergehende Flexibilisierung der Arbeitswelt zu einem Rückgang von Arbeits- und Familienkonflikten sowie von emotionaler Erschöpfung führt. (Böhm et al., 2017) Darüber hinaus ist durch die Digitalisierung ein orts- und zeitungebundenes Arbeiten und innerbetriebliches Lernen

möglich, was zu neuen Handlungsfeldern und Umsetzungspotentialen für die Betriebliche Gesundheitsförderung führt. (Walter & Mess, 2017)

Betriebliche Gesundheitsförderung, die die Entwicklungen der Arbeitswelt 4.0 einbezieht, berücksichtigt folglich auch die Chancen und Potentiale, die mit der Digitalisierung einhergehen. Vor diesem Hintergrund kommen, ergänzend zu analogen Maßnahmen und Methoden der Gesundheitsförderung, digitale Methoden hinzu, die eine flexiblere und ortsungebundene Vermittlung von Gesundheitswissen sowie erhöhte Zielgruppenerreichung ermöglichen.

## 2 Online-Tools zur Steigerung der Gesundheitskompetenz

In der Betrieblichen Gesundheitsförderung kommt dem Aufbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten, die MitarbeiterInnen unterstützen Informationen zur Förderung und Erhaltung ihrer Gesundheit zu beschaffen, zu verstehen und zu nutzen, eine besondere Bedeutung zu. MitarbeiterInnen sollen demnach befähigt werden, in ihrer jeweiligen Funktion gesundheitsdienlich zu denken und zu agieren. Gemäß Nutbeam (2000) wird dies als Gesundheitskompetenz bezeichnet, die den/die Einzelne/n befähigt, alltägliche Entscheidungen – auch im Arbeitsleben – zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken.

Eine Umsetzung effektiver und nachhaltiger Betrieblicher Gesundheitsförderung verlangt folglich von ihren AkteurInnen nicht nur Sachkenntnisse und Kompetenzen, sondern auch die Fähigkeit, in ihrer jeweiligen Funktion gesundheitsdienlich zu denken und zu agieren (Eickholt, Hamacher & Lenartz, 2015). Vor diesem Hintergrund braucht es für ein gesundheitsdienliches Denken und Handeln die Kompetenz – das Wissen, Können und Wollen –, die persönlichen Ressourcen selbstorganisiert und situationsangemessen zu managen. Grundlage für die Entwicklung von Gesundheitskompetenz bilden somit gesundheitsbezogenes Grundwissen sowie gesundheitsbezogene Grundfertigkeiten. Dies erfordert eine integrierte Betrachtung von Gesundheitsförderung und Weiterbildung. Vor diesem Hintergrund zeigt sich, dass jede Gesundheitsmaßnahme auf Verhaltensebene effizienter ist, wenn sie lernhaltig gestaltet ist. (Loebe & Severing, 2010)

Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ war es ein Ziel, die Gesundheitskompetenz von MitarbeiterInnen und Führungskräften sowie von MultiplikatorInnen zu steigern. Als methodischer Ansatz wurde das Verhaltensmodell eines gesundheitskompetenten Mitarbeiters / einer gesundheitskompetenten Mitarbeiterin nach Loebe & Severing (2010) gewählt, welches folgende Kompetenzstufen unterscheidet (s. Abbildung 1):

**Stufe 1:** Eine konsequente, selbstkritische Auseinandersetzung mit einer Thematik bildet die Grundlage für den Aufbau von Gesundheitskompetenz. Dabei spielen Lernprozesse, sowohl informelle als auch innerbetriebliche, eine zentrale Rolle.

**Stufe 2:** Aufbauend auf Stufe eins folgt der adäquate Umgang mit eigenen Ressourcen und gesundheitlichen Belastungen. Gesundheitskompetente MitarbeiterInnen der

Stufe zwei können betriebsspezifische Gesundheitsquellen erkennen, für sich nutzbar machen und somit Bewältigungsstrategien mobilisieren.

**Stufe 3:** Als letzte Stufe wird das gezielte Engagement zur gesundheitsdienlichen Verbesserung des Umfelds definiert, welches sich in der aktiven Teilnahme des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin an der Weiterentwicklung der Organisation zum gesunden Unternehmen äußert.

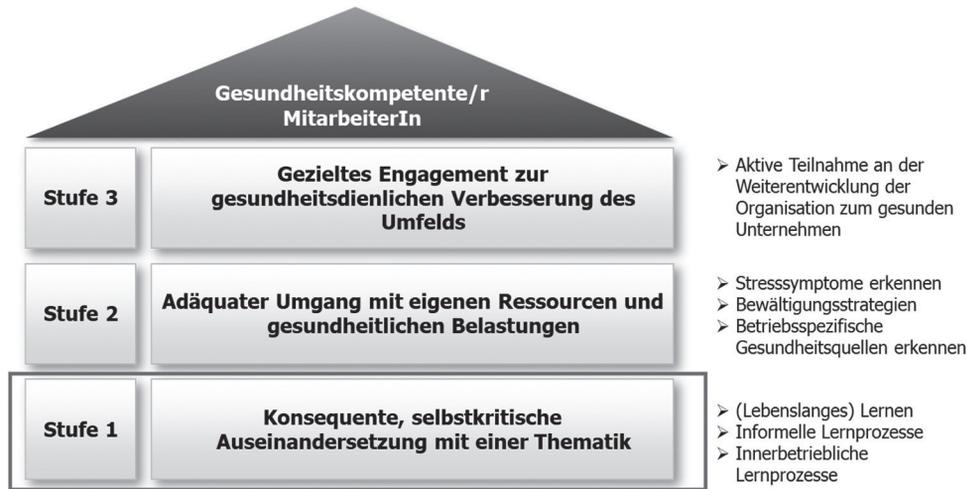


Abbildung 1: Verhaltensmodell eines gesundheitskompetenten Mitarbeiters / einer gesundheitskompetenten Mitarbeiterin, Eigene Erstellung in Anlehnung an Loebe & Severing (2010)

Das Modell verdeutlicht, dass Lernprozesse und die damit einhergehende konsequente, selbstkritische Auseinandersetzung mit Thematiken den Grundstein für die Bildung von Gesundheitskompetenz legen. Auf Basis dieser Erkenntnis wurden im Rahmen des Projektes Maßnahmen zur Vermittlung von Gesundheitswissen entwickelt, die eine konsequente Auseinandersetzung mit einer Thematik ermöglichen und ergänzend zu verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen eingesetzt werden können. Da Lernprozesse eine höhere Effektivität aufweisen, wenn sie selbstgesteuert stattfinden (Eickholt et al., 2015), wurden folgende Kriterien zur Maßnahmenumsetzung definiert:

- Die Vermittlung von Gesundheitswissen muss zeit- und ortsungebunden erfolgen, um eine Selbststeuerung des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin zu gewährleisten.
- Die Maßnahmen müssen hinsichtlich ihrer Ausgestaltung Flexibilität aufweisen, um Lernprozesse auf Basis der Bedürfnisse unterschiedlicher Zielgruppen zu ermöglichen.
- Die Vermittlung von Gesundheitswissen muss auf die Zielgruppen abgestimmt ausgestaltet sein.

Auf Basis der formulierten Kriterien wird deutlich, dass analoge Maßnahmen zur Wissensvermittlung allein nicht ausreichend sind, da diese die Kriterien (Bsp.: „zeitungebunden“ und „ortsungebunden“) nicht erfüllen. Vor diesem Hintergrund kamen im Projekt ergänzend digitale Instrumente zum Einsatz, die im nachfolgenden Kapitel näher behandelt werden.

### **3 Digitale Instrumente in der BGF: ein 2-Ebenen-Ansatz**

Vor dem Hintergrund der in den vorangegangenen Abschnitten beschriebenen Digitalisierung der Arbeitswelt und der damit einhergehenden Nutzenpotentiale für die Betriebliche Gesundheitsförderung, wurde der Einsatz von digitalen Methoden im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ zur Förderung der Gesundheitskompetenz in Form eines 2-Ebenen-Ansatzes verfolgt. Dieser diente dazu, digitale Instrumente in die Betriebliche Gesundheitsförderungspraxis auf mehreren Ebenen für unterschiedliche Zielgruppen abgestimmt zu integrieren und die Gesundheitskompetenz zielgruppenadäquat zu fördern. Betrachtet man die Zielgruppen der Betrieblichen Gesundheitsförderung, so zeigt sich, dass sich die Belegschaft nicht nur in die Zielgruppen MitarbeiterInnen und Führungskräfte unterteilen lässt, sondern auch sogenannte MultiplikatorInnen identifiziert werden können, die die Reichweite von Maßnahmen sowie deren Nachhaltigkeit erhöhen. Geht es bei Maßnahmen für MitarbeiterInnen und Führungskräfte darum, sie in ihrer individuellen Gesundheitskompetenz zu stärken, sind MultiplikatorInnen durch ihren direkten Zugang zur Zielgruppe als BotschafterInnen von Gesundheitsthemen im Betrieb tätig und MitgestalterInnen von organisationaler Gesundheitskompetenz.

Das Vorgehen des 2-Ebenen-Ansatzes verfolgte vor diesem Hintergrund folgende Zielsetzungen:

- Durch die Adressierung von unterschiedlichen Zielgruppen der am Projekt teilnehmenden Betriebe soll das Gesundheitswissen und die Gesundheitskompetenz sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene gesteigert werden.
- Durch die Fokussierung der Zielgruppe MultiplikatorInnen soll die Akzeptanz der Maßnahmen im Betrieb erhöht und die Reichweite der Maßnahmen gesteigert werden.

Im Rahmen des 2-Ebenen-Ansatzes wurden folglich die Zielgruppen MitarbeiterInnen und Führungskräfte sowie die Zielgruppe MultiplikatorInnen mit unterschiedlichen digitalen Methoden zur Wissenssteigerung und Steigerung der Gesundheitskompetenz adressiert. Dabei ist anzumerken, dass die digitalen Methoden ergänzend zu analogen verhaltensorientierten Maßnahmen zum Einsatz kamen. Die unten angeführte Abbildung stellt den 2-Ebenen-Ansatz dar und gibt einen Überblick über die eingesetzten digitalen Tools im Rahmen des Projektes.

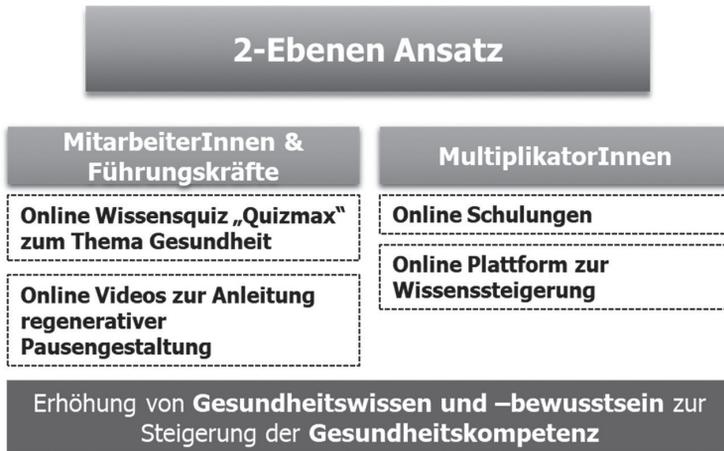


Abbildung 2: Einsatz digitaler Methoden in der BGF auf Basis eines 2-Ebenen-Ansatzes, Eigene Erstellung

### 3.1 Quizmax – Online-Wissensquiz zum Thema Gesundheit

Zur Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz von MitarbeiterInnen und MultiplikatorInnen kam im Rahmen des Projektes das Online-Wissensquiz „Quizmax“ zum Einsatz. „Quizmax“ ist ein Tool, welches ermöglicht, Wissen und Kompetenz von MitarbeiterInnen auf interaktive und spielerische Art orts- und zeitungebunden zu fördern. Im Rahmen des Quiz wurden Wissensfragen zu unterschiedlichen Themenbereichen der Gesundheit aufbereitet und in digitaler Form über eine App sowie über einen Zugang des Internetbrowsers den Zielgruppen zur Verfügung gestellt.

Um eine wissenschaftliche Aktualität und Plausibilität der Fragen gewährleisten zu können, erfolgte die Entwicklung der Wissensfragen evidenzbasiert und umfasste die folgenden drei Schritte:

**Schritt 1 – Aufbereitung der Evidenz:** Zu Beginn der Entwicklung des Fragensets erfolgte die Informationssuche, welche sich durch ein strukturiertes Vorgehen kennzeichnete. Vor diesem Hintergrund wurde mit facheinschlägigen Suchbegriffen in relevanten Datenbanken (Bibliothek der FH Burgenland, Fachzeitschriften der Gesundheitsförderung etc.) eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Bei der Literatursuche wurde besonderes Augenmerk auf Aktualität und Plausibilität gelegt. Auf Basis dieser umfassenden Literaturrecherche wurden die Themenschwerpunkte des Quiz geclustert und Subkategorien pro Themenfeld abgeleitet.

**Schritt 2 – Fragenentwicklung auf Basis der Evidenz durch ExpertInnen:** Nach Festlegen der Subkategorien pro Themenschwerpunkt erfolgte die Aufbereitung der Fragensets. Hierzu wurden pro Subkategorie eine Mindestanzahl von zehn Fragen auf Basis der zur Verfügung stehenden Literatur abgeleitet und von ExpertInnen des jeweiligen Fachbereiches (Erholungsforscher, Sportwissenschaftler, Ernährungsexperten etc.) überprüft.

**Schritt 3 – Überprüfung hinsichtlich Niederschwelligkeit:** Ein wesentliches Qualitätsmerkmal von Maßnahmen der Gesundheitsförderung stellt deren niederschwellige Ausgestaltung dar. Vor diesem Hintergrund wurden die Fragensets des Wissensquiz in einem letzten Schritt hinsichtlich ihrer Niederschwelligkeit überprüft, getestet und in einem weiteren Schritt gegebenenfalls adaptiert.

Abbildung 3 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Wissensfragen.

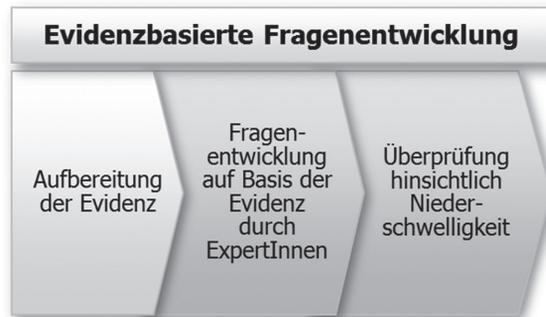


Abbildung 3: Evidenzbasierte Fragenentwicklung des Wissensquiz „Quizmax“, Eigene Erstellung

Um den Konnex zu den im Rahmen des Projektes angebotenen Maßnahmen sicherzustellen, wurden die Wissensfragen zu jenen Themenschwerpunkten erarbeitet, die sich auch in dem Maßnahmenbündel des Projektes wiederfanden. Vor diesem Hintergrund wurden folgende vier zentrale Themenschwerpunkte abgeleitet und innerhalb des Wissensquiz in Form von evidenzbasierten Wissensfragen aufbereitet:

- Gesundheit im Betrieb  
Österreichischer ArbeitnehmerInnenschutz; Gesundheitsverhalten im Betrieb; soziale Unterstützung; Gesundheitsrisiken; Sozialkompetenz; Stressbewältigung; Gefühlswelt am Arbeitsplatz; Zielorientierung; Führungsstile; Führung & Motivation; Problemlösung; MitarbeiterInnenorientiertes Führen; Zusammenhalt & Gesundheit; Werte & Normen; Arbeitsklima & Gesundheit; Arbeitsstrukturen; MitarbeiterInnenbindung; Gesundheitsverständnis

- Ernährung

Ernährung am Arbeitsplatz; Zubereitung & Lagerung; Ernährungsempfehlungen; Ernährungsmythen; Nährstoffe; Stoffwechsel & Verdauung; Lebensmittelkunde; Ernährung & Nachhaltigkeit; Ernährungsformen; Ernährung & Krankheit; Vitamine & Mineralstoffe

- Regeneration & Erholung

Wirkung von Pausen; Gesunde Pausen; Pausenformen; Erholung; Herzratenvariabilität

- Bewegung

Körperliche Aktivität; Bewegungswissen - Arbeitsplatz; Bewegungswissen - Muskelkater; Konditionelle Fähigkeiten; Bewegung und Regeneration

Die einzelnen Themenschwerpunkte wurden der Reihe nach in einem vorgegebenen Zeitraum der Zielgruppe zur Verfügung gestellt. Nachdem die ersten beiden Themenbereiche „Gesundheit im Betrieb“ und „Ernährung“ nur mäßig in Anspruch genommen wurden, kamen bei den nachfolgenden Themenbereichen sogenannte „Nudges“ zum Einsatz. Unter „Nudges“ sind sogenannte Anreize zu verstehen, die eine Person dazu bringen, ein gewünschtes Verhalten an den Tag zu legen. (Thaler & Sunstein, 2008) Zur stärkeren Nutzung des Wissensquiz wurden innerbetriebliche Challenges initiiert, bei denen die drei besten SpielerInnen einen Preis gewinnen konnten. Die Challenges wurden bei den beiden Themenbereichen „Regeneration & Erholung“ sowie „Bewegung“ angewandt. Im Vergleich konnte festgestellt werden, dass sich die Nutzung und Inanspruchnahme des Wissensquiz durch die Anreize erhöht haben.

### **3.2 Online-Videos zur Anleitung individueller Pausengestaltung**

Ein weiterer Maßnahmenswerpunkt wurde im Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ auf die Förderung einer gesunden innerbetrieblichen Pausenkultur gelegt. Dazu wurde ein Maßnahmenpaket geschnürt, das unter anderem die Erstellung von Pausenvideos zu verschiedenen Themenbereichen beinhaltete. Die Pausenvideos dienten dazu, praktische Handlungsempfehlungen für eine abwechslungsreiche Pausengestaltung am Arbeitsplatz zur Verfügung zu stellen und so die Mitarbeitenden für die Wichtigkeit von Pausen zu sensibilisieren. Die Pausenvideos standen den MitarbeiterInnen und Führungskräften auf Online-Plattformen, im Intranet etc. zur Verfügung und konnten so direkt am Arbeitsplatz abgerufen werden.

Die Online-Videos brachten für die Mitarbeitenden den Vorteil, dass diese einerseits direkt über einen Computer am Arbeitsplatz oder ortsunabhängig auf mobilen Endgeräten beliebig oft abgerufen werden konnten. Zudem regten die Pausenvideos zu einem aktiven Mitmachen und einer unmittelbaren und direkten Umsetzung an. Für die Nutzung der Pausenvideos in den Betrieben galt es, die technischen Voraussetzungen für das Abspielen und Verbreiten der Videos im Vorhinein sicherzustellen. Einen möglichen

Verbreitungskanal für die Pausenvideos, der von manchen Betrieben bereits verwendet wurde, stellt das betriebsinterne Intranet dar.

Die Inhalte der Pausenvideos wurden in Zusammenarbeit mit ExpertInnen aus den Fachgebieten Sportwissenschaft, Physiotherapie und Erholungsforschung konzipiert, um wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen an die Beschäftigten vermitteln zu können. Die ExpertInnen stellten ihr Know-how für die Inhalte der Pausenvideos zur Verfügung und leiteten die einzelnen Übungen in den Videos an.

Um ein möglichst breites Angebot an Pausenideen anbieten zu können, wurden sowohl aktivierende als auch regenerative Pausenvideos konzipiert. Folgende sieben Themengebiete wurden dabei behandelt:

- Aktivierende Bewegung
- Akupressur
- Atemtraining
- Dehnungsübung
- Körperreise
- Muskelentspannung
- Selbstachtsamkeit

### **3.3 Online-Plattform zur Wissenssteigerung**

Im Zuge des Projektes wurde eine Online-Plattform für die Mitglieder der betriebsinternen Projektteams – den MultiplikatorInnen – eingerichtet. Diese Plattform diente einerseits der umfassenden Wissensvermittlung in Bezug auf Betriebliche Gesundheitsförderung und unterschiedliche Themenbereiche der Betrieblichen Gesundheitsförderung und andererseits dem Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den innerbetrieblichen Projektteams der fünf Projektbetriebe. Zudem stellte die Plattform ein wichtiges Instrument der digitalen Projektkommunikation dar, indem Informationen und Dokumente vom externen Projektteam der Forschung Burgenland an die betriebsinternen Projektteams übermittelt wurden. Außerdem bestand die Möglichkeit, Fragen an die Projektteams aus anderen Betrieben über die Forumsfunktion der Online-Plattform zu stellen, was der intraorganisationsalen Netzwerkbildung diente.

Im Sinne einer nachhaltigen Verankerung von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen steht die Plattform auch nach Projektende für alle betriebsinternen Projektteams zur Verfügung. Dadurch wird ein Fortbestehen des aufgebauten Netzwerkes auch nach Projektabschluss ermöglicht. Um die Betriebe bei der weiterführenden Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu unterstützen, wurde eine „Digitale BGF-Toolbox“ auf der Online-Plattform zur Verfügung gestellt. Die „Digitale BGF-Toolbox“ stellt eine Sammlung von Vorlagen zu den wichtigsten, im Projekt eingesetzten Kommunikations- und Informationsmaterialien dar. Die Materialien sind, gegliedert in die einzelnen Projektphasen (Projektstart, Diagnose & Planung, Umsetzung und Evaluation), abrufbar und beinhalten u.a. Plakate, Infofolder, Berichte, Flugblätter,

Aushänge, Kommunikationsleitfäden, Newsletter und Schulungsunterlagen. Jeder Betrieb hatte bereits eine „BGF-Toolbox“ in gedruckter Form erhalten; die digitale Version auf der Online-Plattform bietet allerdings den Vorteil, dass Adaptierungen an den Dokumenten vorgenommen werden können, um diese für die weitere Verwendung im Betrieb nutzbar zu machen.

Dadurch wurde den Betrieben nicht nur umfangreiches Know-how, sondern auch konkrete Instrumente, Methoden und Handlungshilfen für die weitere Umsetzung im Betrieb digital und damit zeitlich unbegrenzt nutzbar zur Verfügung gestellt und somit ein wichtiger Beitrag für eine nachhaltige Verankerung geschaffen.

### **3.4 Online-Schulungen**

Einen weiteren Schwerpunkt des Projektes stellte die Ausbildung von MultiplikatorInnen dar. Hierzu wurde ein umfassendes Schulungskonzept erarbeitet, welches den Projektteammitgliedern der teilnehmenden Betriebe umfassendes Know-how zur Umsetzung und Integration von Betrieblicher Gesundheitsförderung vermittelte. Um eine flächendeckende Zielgruppenerreichung der MultiplikatorInnen ermöglichen zu können, wurde das Schulungsangebot, welches in Präsenzterminen umgesetzt wurde, durch ein Online-Schulungsangebot ergänzt. Dabei kamen nicht nur Lernvideos, sondern auch interaktive Tools zur Wissensüberprüfung zum Einsatz, um die Inhalte orts- und zeitungebunden zu vermitteln. Nähere Ausführungen hierzu sind im Beitrag zum Thema MultiplikatorInnenschulung zu finden.

## **4 Fazit**

Die Digitalisierung ist auch im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung angekommen und bietet viele Möglichkeiten und Ansatzpunkte, um Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zielgruppengerechter und attraktiver zu gestalten sowie die Reichweite von Maßnahmen zu erhöhen. Jedoch können aus derzeitiger Perspektive digitale Tools analoge Maßnahmen nicht zur Gänze ersetzen. Vor diesem Hintergrund gilt es, digitale Methoden zur Steigerung von Gesundheitswissen und Gesundheitsbewusstsein ergänzend zu analogen Maßnahmenbündeln zu betrachten. Ebenso empfiehlt es sich, digitale Methoden auf unterschiedliche Zielgruppen im Unternehmen abzustimmen und MultiplikatorInnen gezielt anzusprechen, um die Reichweite von Maßnahmen zu erhöhen.

Die Projekterfahrungen zeigen, dass die Digitalisierung der Arbeitswelt nicht nur Hürden, sondern auch Potentiale für Betriebliche Gesundheitsförderung mit sich bringt. Darüber hinaus kann abgeleitet werden, dass Lernprozesse und eine kritische Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Thematiken die Basis für Gesundheitskompetenz bilden. Unter dem Aspekt der im Projekt gewonnenen Erfahrungen können bezugnehmend auf die Möglichkeiten und Grenzen von digitalen Instrumenten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung folgende lessons learned abgeleitet werden:

### **Kompetenzerwerb**

Digitale Methoden ermöglichen es, Gesundheitsinformationen orts- und zeitungebunden zu verbreiten und somit die Reichweite von Angeboten zur Steigerung des innerbetrieblichen Gesundheitswissens zu erhöhen.

### **Lernprozesse**

Durch den ergänzenden Einsatz digitaler Methoden zu konventionellen analogen Maßnahmen der Vermittlung von Gesundheitswissen können Lernprozesse selbstgesteuert durch den/die MitarbeiterIn stattfinden und ein höherer Lerneffekt erreicht werden.

### **Motivation**

Der Einsatz von digitalen Methoden in Kombination mit Anreizmodellen führt dazu, dass die Motivation zur Nutzung der Maßnahmen erhöht wird und dadurch die Teilnahme gesteigert werden kann.

### **Zielgruppenerreichung**

Der kombinierte Einsatz von analogen und digitalen Methoden ermöglicht es, Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung für jene Zielgruppen zugänglich zu machen, die für analoge Methoden aufgrund zeitlicher und räumlicher Rahmenbedingungen nur schwer erreichbar sind.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass für einen effektiven und nachhaltig wirkenden Einsatz von digitalen Instrumenten in der Betrieblichen Gesundheitsförderung die intrinsisch motivierte Nutzung durch Anreizsysteme sowie externe Steuerung unterstützt und digitale Methoden ergänzend zur analogen Wissensvermittlung angeboten werden sollten.

## **Literatur**

- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A. (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch. Hogrefe: Göttingen.
- Böhm, S.A., Baumgärtner, M.K., Breier, C., Brzykcy, A.Z., Kaufmann, F., Kreiner, P.G., Kreissner, L.M. & Loki, B. (2017). Lebensqualität und Lebenszufriedenheit von Berufstätigen in der Bundesrepublik Deutschland: Ergebnisse einer repräsentativen Studie der Universität St. Gallen. St. Gallen: Universität St. Gallen.
- Eickholt, C., Hamacher, W. & Lenartz, N. (2015). Gesundheitskompetenz im Betrieb fördern – aber wie? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 9, 976-982.
- Loebe, H. & Severing, E. (2010). Wege zum gesunden Unternehmen: Gesundheitskompetenz entwickeln. Bertelsmann Verlag: Bielefeld.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21 st century. Health Promotion International, 15 (3), 259-267.
- Thaler, R.H. & Sunstein, C.R. (2008). Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness. New Haven & Londong: Yale University Press.
- Walter, U. & Mess, F. (2017). Digitale Lösungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung -Ein Überblick. Springer: Wiesbaden.

# **MultiplikatorInnenschulung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung – Erkenntnisse und Erfahrungswerte der Umsetzung**

Katharina HAUER

*Forschung Burgenland*

**KURZFASSUNG:** MultiplikatorInnen erfüllen im Rahmen eines Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung die Rolle von wesentlichen Wissensträgern für gesundheitsförderliches Verhalten, Strategien und Verhältnisse im Unternehmen. Damit dieses Wissen innerbetrieblich verbreitet werden kann, muss zunächst die Handlungskompetenz der MultiplikatorInnen geschult und gestärkt werden. Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurde daher ein umfassendes Schulungsangebot umgesetzt, sodass Know-how zur Betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig im Betrieb verankert bleibt. Die Erkenntnisse und Erfahrungswerte der Umsetzung dieses Schulungsprogramms zeigen, dass aufbauende Schulungsmodulare, die Mischung von Präsenz- und Online-Einheiten, eine frühzeitige Grundlagenvermittlung zu Betrieblicher Gesundheitsförderung und ein betriebsübergreifender Austausch empfehlenswert für eine nachhaltig wirkende MultiplikatorInnenausbildung sind.

## **1 MultiplikatorInnen**

MultiplikatorInnen können als Personen definiert werden, die Informationen an die Zielgruppe weiterleiten und dadurch eine Schlüsselfunktion als „Türöffner“ haben. In der Betrieblichen Gesundheitsförderung tragen sie Strategien, Gesundheitsverhalten und Verhältnisse, die die Gesundheit beeinflussen im Unternehmen weiter und unterstützen MitarbeiterInnen bei der Stärkung ihrer Gesundheitskompetenz und Gesundheitsressourcen. Dadurch können auch schwer erreichbare Zielgruppen überzeugt und eingebunden werden. (Blümel & Lehmann, 2015; Weber et al., 2017)

In Hinblick auf Maßnahmen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung haben MultiplikatorInnen die Funktion, deren Etablierung zu unterstützen und Reichweite zu erhöhen. Dadurch ergeben sich drei zentrale Ziele der MultiplikatorInnenarbeit (Nickel, 2007):

- Erhöhung der Reichweite von Informationen und Botschaften
- Erhöhung der Problemlösungsfähigkeit der Zielgruppe
- Erhöhung der Nachhaltigkeit von Maßnahmen und Projekten

Für das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ stellen die Mitglieder der betriebsinternen Projektteams und Fachgruppen wichtige MultiplikatorInnen für das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung dar. Durch sie kann das Projekt wirkungsvoll unterstützt, gesundheitsförderliches Verhalten vorgelebt und Know-how nachhaltig im Betrieb verankert und genutzt werden.

Damit die Ziele erreicht werden können, bedarf es der Schulung und Stärkung der Handlungskompetenz der MultiplikatorInnen. Die Handlungskompetenz (s. Abbildung 1) setzt sich aus Fach-, Methoden- und Sozialkompetenzen zusammen, die den Anforderungen entsprechend entwickelt werden müssen. (Reuter & Giesert, 2017)



Abbildung 1: umfassende Entwicklung der Handlungskompetenz, Eigene Erstellung in Anlehnung an Reuter & Giesert (2017)

Zur Fachkompetenz zählen grundlegende Kenntnisse hinsichtlich der Betrieblichen Gesundheitsförderung und der psychosozialen Gesundheit im Arbeitskontext. Die Methodenkompetenz beinhaltet Kenntnis und Anwendungswissen über verschiedene Methoden und Instrumente, die im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden können. Die Sozialkompetenz setzt sich aus Kommunikationskompetenz, Kooperationskompetenz und Kenntnissen über Problemlösungsstrategien zusammen. (Reuter & Giesert, 2017)

## 2 Schulung von MultiplikatorInnen für die BGF – Umsetzung im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“

Die MultiplikatorInnenschulung im Rahmen des Projektes erfolgte in vier Teilen vor dem Hintergrund verschiedener, an die jeweilige Projektphase angepasster Themenschwerpunkte. In allen vier Schulungen wurde darauf geachtet, die Handlungskompetenz umfassend zu stärken, das bedeutet bei jedem Themenschwerpunkt die Fach-, Methoden- und Sozialkompetenz zu stärken, sowie ausreichend Phasen zur Reflexion und Übung zu bieten.

## 2.1 Durchführung der MultiplikatorInnenschulungen

Drei Teile des Schulungsprogramms fanden in Form von Präsenzs Schulungen statt, die für die Mitglieder der betriebsinternen Projektteams zugänglich waren. Der zeitliche Umfang der Schulungen betrug je einen Halbtage. Um den Bedürfnissen der Projektteammitglieder gerecht zu werden, wurde ein Ganztages-Termin angeboten, an dem zwei Schulungsteile behandelt wurden. Die Durchführung erfolgte betriebsübergreifend an einem neutralen Veranstaltungsort, den Räumlichkeiten der Fachhochschule Burgenland, Fachhochschul-Studienzentrum Pinkafeld. Dieses Vorgehen verfolgte folgende Zielsetzungen:

- Die Vernetzung und der Austausch der Projektteammitglieder der am Projekt teilnehmenden Betriebe sollte gefördert werden. Dadurch kann ein Lernprozess voneinander und miteinander aktiviert werden, der Perspektiven auf Problemstellungen erweitert und die Generierung von vielfältigen Lösungsansätzen anregt.
- Der betriebsübergreifende Austausch soll zu einer Sensibilisierung für die Unterschiede und Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung in verschiedenen Branchen und Betriebsgrößen führen. Dadurch können auch innerbetrieblich unterschiedliche Erfordernisse (z.B. zwischen den Zielgruppen Angestellten und ArbeiterInnen) reflektiert und besser verstanden werden.

Aufgrund der großen räumlichen Entfernung der Projektbetriebe stand das gesamte Schulungsprogramm zudem als Online-Schulung zur Verfügung. Ein Teil wurde als reine Online-Schulung angeboten.

Die zentralen Vorteile von Online-Schulungen sind einer Studie aus dem Jahr 2017 zufolge Zeit- und Ortsunabhängigkeit sowie die damit verbundene Zeitersparnis und Flexibilität. Diesen Vorteilen stehen aber auch einige Nachteile gegenüber, allem voran die fehlende Ansprechperson für Fragen und weiterführende Erklärungen. Neben der Unpersönlichkeit des Lernens und dem fehlenden Kontakt zu Mitlernenden werden auch technische Aspekte, wie Strom und Internetzugang, genannt. Interessant ist, dass 17 % der Befragten keine Nachteile von Online-Schulungen wahrnehmen. (IMAS, 2017)

Die Durchführung von Präsenzs Schulungen ist dennoch für ein nachhaltiges Lernen wichtig. Durch direkten Austausch mit anderen Personen sowie das Ansprechen mehrerer Sinneskanäle durch praktische Übungen und Rollenspiele können unmittelbare Lernerfahrungen gefestigt und Wissen emotional verankert werden (Romann & Romann, 2015).

## 2.2 Schulungsablauf

Die Umsetzung der Präsenzs Schulungen basierte auf folgendem Ablauf:

- Klärung der Schulungsinhalte
- Theorieinput durch die Vortragenden
- Verknüpfung des Themas mit dem Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ sowie mit Erfahrungswissen der TeilnehmerInnen

- Erprobung der praktischen Umsetzung im Rahmen von Übungen
- Reflexion der Übungserfahrungen

Theorie- und Übungsphasen wiederholten sich im Lauf einer Präsenzschiulung mehrmals, sodass Wissensvermittlungs- und Anwendungseinheiten einander abwechselten.

Die Online-Schulungen waren über einen Zeitraum von zwei Monaten zugänglich. Auf einer Plattform waren Kurzvideos (Dauer: etwa 5-10 Minuten) zur Wissensvermittlung verfügbar. Um auch bei dieser Form den Übungsaspekt zu ermöglichen, galt es, mehrere Quiz zu absolvieren, in deren Rahmen die Anwendung des Wissens gefordert war.

### 2.3 Schulungsinhalte

Folgende Tabelle 1 bietet einen Überblick über die im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ angebotenen Schulungen, deren Durchführungsform (Präsenzeinheit und/oder Online-Schulung) und den Zeitpunkt der Durchführung bezogen auf die Projektphasen. Die in den Schulungen behandelten Themenbereiche sind im Anschluss näher erläutert.

*Tabelle 1: MultiplikatorInnenschulungen im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“*

<b>Titel der Schulung</b>	<b>Durchführungsform</b>	<b>Zeitpunkt der Durchführung</b>
BGF-Projekte erfolgreich umsetzen	Präsenz / Online	1. Projektjahr, Übergang Diagnosephase zu Planungsphase
Gesundheit durch Gemeinschaft stärken	Präsenz / Online	2. Projektjahr, Beginn Umsetzungsphase
Ressourcen und Kapazitäten für Betriebliche Gesundheitsförderung aufbauen und effektiv nutzen	Online	2. Projektjahr, Umsetzungsphase
Erste Schritte von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement	Präsenz / Online	3. Projektjahr, Übergang Umsetzungsphase zu Abschlussphase

#### 2.3.1 „BGF-Projekte erfolgreich umsetzen“

Die erste Schulung diente der Vermittlung von Basiswissen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, zum Projektmanagement eines BGF-Projektes und zur Klärung der Rolle der Projektteammitglieder als MultiplikatorInnen. Folgende Themenschwerpunkte wurden behandelt:

- Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- Ablauf und Aufbau eines BGF-Projektes
- Erfolgsfaktoren, Hürden und Stolpersteine

- BGF als Führungsaufgabe
- Interne Kommunikation von BGF-Projekten

### *Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung*

Die Begriffsklärung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und deren Begründung vor dem Hintergrund der Veränderungen in der Arbeitswelt dienten dazu, ein einheitliches Grundverständnis zu schaffen, welches für die erfolgreiche Umsetzung eines BGF-Projektes unerlässlich ist.

### *Ablauf und Aufbau eines BGF-Projektes*

Um Umsetzungskompetenz im Betrieb zu verankern, braucht es zunächst Grundlagenwissen zum Ablauf und Aufbau eines BGF-Projektes. Dazu gehören Kenntnisse über den BGF-Projektzyklus sowie die dazu dienlichen Methoden und Instrumente.

### *Erfolgsfaktoren, Hürden und Stolpersteine*

Werden mögliche Hürden und Stolpersteine bereits im Vorfeld aufgedeckt und Wege zu deren Überwindung durchdacht, können einige Schwierigkeiten verhindert bzw. kann diesen im Eintrittsfall rascher entgegengewirkt werden. Zudem gibt es ein paar Erfolgsfaktoren, die es zu berücksichtigen gilt, damit ein BGF-Projekt gelingen kann.

### *BGF als Führungsaufgabe*

Im Betrieb braucht es Verständnis für die Rollen der Führungskräfte im Rahmen der BGF als Betroffene, GestalterInnen von Arbeitsbedingungen und Vorbilder. Dadurch wird die Wichtigkeit der Einbindung von Führungskräften in ein BGF-Projekt verdeutlicht und es werden Ansätze aufgezeigt, wie diese erfolgen kann.

### *Interne Kommunikation von BGF-Projekten*

Umfassende, regelmäßige und transparente Kommunikation ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor eines BGF-Projektes. Daher braucht es Wissen über den Kommunikationsprozess im Rahmen eines BGF-Projektes, die Planung der Kommunikation mittels eines Kommunikationskonzeptes sowie mögliche Kommunikationswege und -mittel.

### *2.3.2 „Gesundheit durch Gemeinschaft stärken“*

Die zweite Schulung legte den inhaltlichen Schwerpunkt auf psychische und psychosoziale Gesundheit im Betrieb, welche Faktoren belastend wirken und wie gesundheitsförderlicher Einfluss darauf genommen werden kann. Die Themenschwerpunkte waren:

- Psychische und psychosoziale Gesundheit in der Arbeitswelt
- Belastende Faktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit
- Psychosoziale Gesundheit bewusst beeinflussen
- Gestaltungsmöglichkeiten der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz
- Umgang mit belasteten MitarbeiterInnen

### *Psychische und psychosoziale Gesundheit in der Arbeitswelt*

Damit psychische und psychosoziale Gesundheit im Betrieb zum Thema werden kann, braucht es neben Wissen über Begriffsdefinitionen und Modelle, wie psychische Belastungen zu Fehlbeanspruchungen führen, Kenntnis über Methoden, um arbeitsbedingte psychische Belastungen erkennen zu können. Zahlen, Daten und Fakten über kurz-, mittel- und langfristige Folgen von Fehlbeanspruchungen zeigen die Bedeutung des Themas für MitarbeiterInnen, Führungskräfte und den Betrieb auf.

### *Belastende Faktoren und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit*

Wissen über die Belastungsfaktoren gemäß den vier Dimensionen der Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten, Arbeitsabläufe und -organisation, Arbeitsumgebung, Sozial- und Organisationsklima) ermöglicht die Nutzung von Synergien mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Zudem werden dadurch Möglichkeiten struktureller Veränderungen aufgezeigt, die rasch umsetzbar sind.

### *Psychosoziale Gesundheit bewusst beeinflussen*

Wesentliche Einflussfaktoren für die psychosoziale Gesundheit sind die soziale Unterstützung durch KollegInnen und das Führungsverhalten. Zu diesem Themenbereich wurden Kenntnisse zu den Wirkweisen dieser Aspekte vermittelt.

### *Gestaltungsmöglichkeiten der sozialen Unterstützung am Arbeitsplatz*

Um eine „Unterstützungskultur“ im Unternehmen aufzubauen, gilt es soziale Unterstützung am Arbeitsplatz auf mehreren Ebenen zu gestalten: Arbeits- und Organisationsgestaltung, Unternehmenspolitik und -kultur, Führungsverhalten, MitarbeiterInnenverhalten. Dazu können mehrere Formen der Ausgestaltung gewählt werden.

### *Umgang mit belasteten MitarbeiterInnen*

Damit belasteten MitarbeiterInnen geholfen werden kann, braucht es Wissen über die Überlastungssignale, um Überlastung bei anderen erkennen zu können, sowie Kompetenzen zur unterstützenden Gesprächsführung.

### *2.3.3 „Ressourcen und Kapazitäten für Betriebliche Gesundheitsförderung aufbauen und effektiv nutzen“*

Der Fokus der dritten Schulung lag auf dem nachhaltigen Aufbau und der Nutzung von Ressourcen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im Betrieb sowie dem bewussten Umgang mit den eigenen Ressourcen. Die thematisierten Inhalte waren:

- Ressourcen & Kapazitäten
- Vielfalt im Betrieb (Diversität, Chancengerechtigkeit, Gender, ältere Beschäftigte, Schichtarbeit)
- Kooperation

- Gesundheitskompetenz
- Achtsamkeit und Selbstfürsorge

### *Ressourcen & Kapazitäten*

Ressourcenorientierung ist ein wesentliches Prinzip der Gesundheitsförderung. Daher braucht es ein Verständnis der externen und internen Ressourcen sowie der Möglichkeiten, diese aufzubauen, zu stärken und zu nutzen.

### *Vielfalt im Betrieb*

In Betrieben herrscht zumeist große Vielfalt und Verschiedenheit der Belegschaft vor, weshalb die Anforderungen an maßgeschneiderte Angebote der Gesundheitsförderung steigen, welche die gesundheitliche Chancengerechtigkeit in den Fokus nehmen. Daher braucht es Wissen und Kompetenzen zur Berücksichtigung des Themas Vielfalt vor dem Hintergrund mehrerer Perspektiven (beispielsweise ältere Beschäftigte, Gender) in der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

### *Kooperation*

Kooperationen – innerbetrieblich wie überbetrieblich – unterstützen maßgeblich eine erfolgreiche Betriebliche Gesundheitsförderung. Es werden potentielle innerbetriebliche und überbetriebliche Kooperationspartner sowie der daraus resultierende Nutzen aufgezeigt.

### *Gesundheitskompetenz*

Gesundheitskompetenz ist eine wichtige Ressource für Betriebliche Gesundheitsförderung, die mittels verschiedener Elemente in der Arbeitswelt aufgebaut und erweitert werden kann.

### *Achtsamkeit und Selbstfürsorge*

Im Zuge der Stärkung betrieblicher Ressourcen für die Belegschaft im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung dürfen die eigenen Ressourcen nicht vergessen werden. Daher ist ein achtsamer und fürsorglicher Umgang mit der eigenen Person für MultiplikatorInnen – unter anderem auch in Hinblick auf ihre Vorbildfunktion – von großer Bedeutung.

### *2.3.4 „Erste Schritte von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement“*

Die vierte Schulung sollte die MultiplikatorInnen dazu befähigen, gesundheitsförderliche Aktivitäten nach Projektabschluss weiterzuführen sowie ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Gesundheit in alle Managementbereiche des Unternehmens integriert und Verknüpfungen zwischen den drei Säulen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements geschaffen werden können. Dazu wurden folgende Inhalte behandelt:

- Bedeutung und Vorteile eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements
- Entwicklungsstufen und erste Schritte von BGF zu BGM
- Aufbau eines BGM-Systems
- BGM-Modelle

#### *Bedeutung und Vorteile eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements*

Das Hintergrundwissen über die Bedeutung und die Vorteile eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die MitarbeiterInnen, die Führungskräfte und das Unternehmen ist eine wesentliche Argumentationsgrundlage für die Implementierung und nachhaltige Verankerung eines BGM-Systems.

#### *Entwicklungsstufen und erste Schritte von BGF zu BGM*

Da auf dem Weg zu einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement Organisationsentwicklungsschritte durchlaufen werden, ist es wichtig, sich der Entwicklung des Gesundheitsverständnisses im Unternehmen bewusst zu werden und dieses zu reflektieren. Nur so kann ein Bewusstsein für den bisherigen Weg, den derzeitigen Status und die zukünftigen Schritte geschaffen werden.

#### *Aufbau eines BGM-Systems*

Um ein BGM-System im Unternehmen zu implementieren und etablieren, bedarf es Überlegungen zur strukturellen und inhaltlichen Verankerung. Dazu empfiehlt sich die Konzeption eines Orientierungsrahmens in Form eines BGM-Handbuchs anhand der sechs Schritte (1) Ist-Stand strukturieren, (2) interne Strukturen definieren, (3) Zielgruppen und Schwerpunktthemen festlegen, (4) Daten erheben und monitoren, (5) Marketing und (6) BGM-Modell beschreiben und vereinbaren.

#### *BGM-Modelle*

Als Orientierungshilfe zur Umsetzung von zielgerichtetem Betrieblichen Gesundheitsmanagement können BGM-Modelle, wie das 3-Säulen-Modell oder das Modell um Betriebe Gesund zu Managen nach Gollner et al. (2018), herangezogen werden. Diese bieten Handlungsfelder und Themenschwerpunkte, an denen im Sinne der Gesundheit angesetzt werden kann, und zeigen mögliche Ziele auf.

### **3 Evaluation und Reflexion der MultiplikatorInnenschulung**

Insgesamt haben im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ 23 Personen an 3 Präsenzsulungsterminen und 8 Personen an 3 verschiedenen Online-Schulungen teilgenommen. Bei einer Online-Schulung ist jedoch eine Drop-out-Rate von 50 % zu beobachten, eine weitere Online-Schulung wurde von keinem Teilnehmer / keiner Teilnehmerin abgeschlossen. Dies weist auf die Grenzen der Online-Schulung im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung hin. Standen zu Projektbeginn die Orts- und Zeitunabhängigkeit als Nutzen im Vordergrund, scheint sich eben diese

Flexibilität in der Praxis als Hindernis zu erweisen, die MultiplikatorInnenschulung als erforderlichen Kompetenzaufbau ernst zu nehmen und vollständig zu absolvieren.

Die TeilnehmerInnen der MultiplikatorInnenschulung wurden ein paar Monate nach Durchführung der Präsenzeinheit bzw. nach dem Verfügbarkeitszeitraum der Online-Schulung zur Schulungsevaluation mittels eines kurzen Online-Fragebogens eingeladen. Insgesamt wurden 35 Fragebögen ausgesendet, der Rücklauf betrug 37 % (= 13 ausgefüllte Fragebögen).

Über den Projektverlauf hinweg lässt sich ein Wissens- und Kompetenzzuwachs bei den MultiplikatorInnen durch die Tätigkeiten im Projekt feststellen. So enthielt die erste Schulung „BGF-Projekte erfolgreich umsetzen“ noch für alle sehr viel neues Wissen. Bei der vierten Schulung „Erste Schritte von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ waren viele Inhalte bereits durch den Projektfortschritt und den kontinuierlichen Kompetenzzuwachs bekannt.



Abbildung 2: Neuigkeitswert der Schulungsinhalte, Eigene Erstellung

Die Wissensvermittlung im Rahmen der Schulungen hatte die Mehrheit dazu angeregt, sich auch nach der Schulung vertieft mit den Inhalten auseinanderzusetzen. Einzig bei der zweiten Schulung „Gesundheit durch Gemeinschaft stärken“ haben sich mehr Personen nicht weiterhin damit auseinandergesetzt. Dies kann u.a. auf den Zeitpunkt der Schulung zu Beginn der Maßnahmenumsetzung zurückzuführen sein, da dieser aufgrund der intensiven Kommunikation und des vermehrten Organisationsaufwandes sehr zeitintensiv für die betriebsinternen Projektteams war.

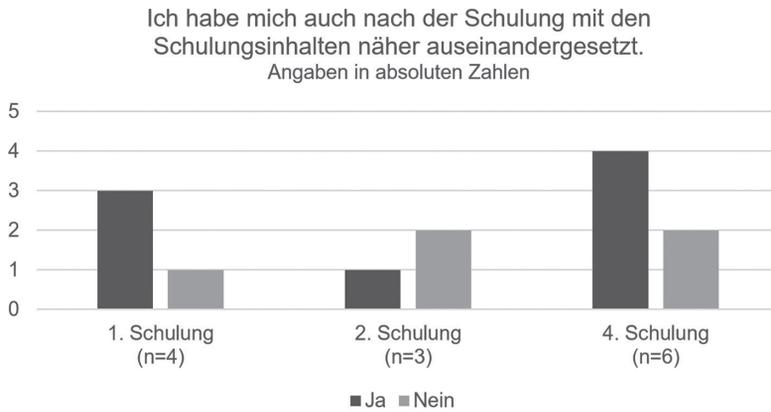


Abbildung 3: vertiefte Auseinandersetzung mit Schulungsinhalten, Eigene Erstellung

Abbildung 4 zeigt, dass Inhalte der ersten Schulung „BGF-Projekte erfolgreich umsetzen“ für die Mehrheit rasch umsetzbar waren, Inhalte der zweiten Schulung „Gesundheit durch Gemeinschaft stärken“ und Inhalte der vierten Schulung „Erste Schritte von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ nur für wenige bis zum Zeitpunkt der Evaluierung bereits umsetzbar waren. Der meist genannte Grund, weshalb Schulungsinhalte noch nicht umgesetzt oder angewandt werden konnten, war Zeitmangel (5 Angaben).

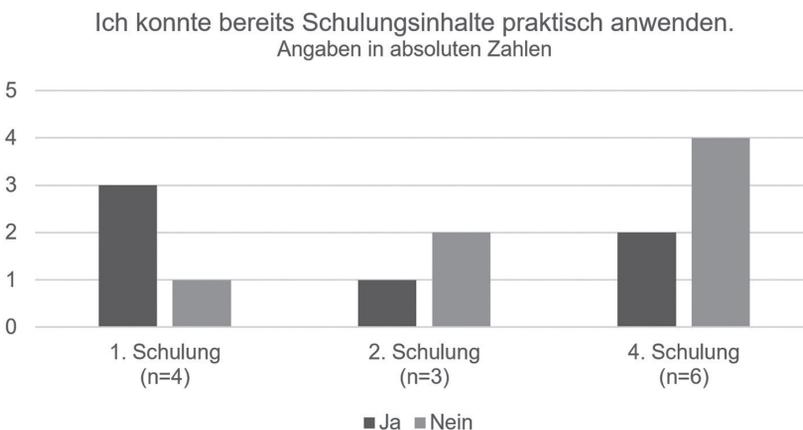


Abbildung 4: bereits erfolgte praktische Anwendung der Schulungsinhalte, Eigene Erstellung

Es wurden auch vereinzelt persönliche Rückmeldungen zu den MultiplikatorInnenschulungen von den TeilnehmerInnen an die Vortragenden und das Projektteam der Forschung Burgenland herangetragen:

- Die Inhalte der ersten Schulung „BGF-Projekte erfolgreich umsetzen“ waren insbesondere zu Projektbeginn sehr wertvoll, da wesentliches Grundlagenwissen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung vermittelt wurde.
- Der Austausch mit den anderen Betrieben war sehr aufschlussreich und interessant für die Bearbeitung eigener Problemstellungen.
- Der fortlaufende Kompetenzaufbau parallel zur Projektumsetzung wurde als vorteilhaft wahrgenommen, denn aufgrund dieser Vorgehensweise konnten die erlernten Inhalte zeitnah praktisch angewendet werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die MultiplikatorInnenschulung im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ dazu beigetragen hat, erforderliche Kompetenzen zur Umsetzung und Fortführung von Betrieblicher Gesundheitsförderung aufzubauen und die TeilnehmerInnen zu deren Anwendung zu befähigen. Darüber hinaus wurden sie in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt. Durch Sensibilisierung und Gesundheitsbildung konnten Wissenslücken geschlossen und Methodenkompetenz für gesundheitsdienliches Handeln und Gestalten aufgebaut werden.

## **4 Handlungsempfehlungen**

Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungswerten der MultiplikatorInnenschulung im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ können folgende Handlungsempfehlungen für ähnliche Vorhaben festgehalten werden.

### **Aufbauende Schulungsmodule**

Es empfiehlt sich, ein Schulungsprogramm, das aus mehreren, aufbauenden Modulen besteht, durchzuführen. Damit ein umfassendes Wissen nachhaltig im Betrieb verankert werden kann, sollten alle Module vollständig absolviert werden.

### **Präsenz- und Online-Einheiten**

Um die vollständige Absolvierung des gesamten Schulungsprogramms zu gewährleisten, ist die Durchführung als Präsenzsulung die beste Wahl. Empfehlenswert sind jedoch auch Mischformen von Präsenz- und Online-Einheiten, bei denen die Online-Phase zur Vertiefung und Nachlese, aber auch der Vorbereitung für die folgende Präsenzeinheit dient.

### **Frühzeitige Grundlagenvermittlung**

Eine Schulung zu den Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Management eines BGF-Projektes sollte so bald wie möglich nach Projektstart erfolgen.

Nur so können die wesentlichen Aspekte von Beginn an umfassend berücksichtigt werden.

### **Betriebsübergreifender Austausch**

Vor dem Hintergrund des miteinander und voneinander Lernens ist eine betriebsübergreifende Umsetzung von MultiplikatorInnenschulungen zielführend. Es hat sich gezeigt, dass der Austausch die Perspektiven erweitert und dabei unterstützt, alternative Lösungsansätze und neue Ideen für die Maßnahmenumsetzung und Maßnahmenkommunikation im BGF-Projekt zu generieren.

### **Literatur**

- Blümel, S. & Lehmann, F. (2015). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/> [29.03.2019].
- Gollner, E., Szabo, B., Schnabel, F., Schnitzer, B. & Thaller-Schneider, M. (Hrsg.). (2018). Gesundheitsförderung konkret: Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis. Wien: Holzhausen Der Verlag.
- IMAS. (2017). Grundlagenstudie: Digitalisierung in der Weiterbildung und E-Learning in Österreich. (PK Präsentation, März 2017). Verfügbar unter: <https://www.wifi-ooe.at/html/content-files/wifi/pdf/Trendsetter/Empirische%20Untersuchungsergebnisse.pdf> [29.03.2019].
- Nickel, S. (2007). Multiplikatorenkonzept als ein Kriterium für Good Practice in der Gesundheitsförderung. Vortrag Rudolf Steiner Haus, Hamburg.
- Reuter, T. & Giesert, M. (2017). Förderung von Kooperation und Handlungskompetenz durch Qualifizierungsmaßnahmen. In M. Giesert, T. Reuter & A. Liebrich (Hrsg.), *Arbeitsfähigkeit 4.0: Eine gute Balance im Dialog gestalten* (S. 144-153). Hamburg: VSA:
- Romann, P. & Romann, P. (2015). Analoge und digitale Lernformen unter der Lupe. Verfügbar unter: <https://www.hrtoday.ch/de/article/analoge-und-digitale-lernformen-unter-der-lupe> [29.03.2019].
- Weber, F., Reiter, A., Roth, A., Lang, G., Rossmann-Freisling, I., Braunegger-Kallinger, G., Zeuschner, V., Christ, R. & Ropin, K. (2017). *Faire Gesundheitschancen im Betrieb: Praxisleitfaden für Betriebliche Gesundheitsförderung* (Fonds Gesundes Österreich, Hrsg.). Wien.

# Der Gesundheitsbericht als Kommunikationsinstrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Katharina HAUER, Julia KONRAD

*Forschung Burgenland*

**KURZFASSUNG:** Der Gesundheitsbericht stellt ein wichtiges Kommunikationsinstrument in Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Zu Projektbeginn kann er eingesetzt werden, um die MitarbeiterInnen über den Hintergrund des Projektes und die bisherigen sowie geplanten Maßnahmen im Projekt zu informieren. Des Weiteren können bereits erste Ergebnisse aus der Diagnosephase abgebildet werden. Die Veröffentlichung eines zweiten Gesundheitsberichtes empfiehlt sich am Ende des Projektes. Damit kann eine Rückschau auf die umgesetzten Projektmaßnahmen erfolgen sowie die Ergebnisse einer neuerlichen Befragung dargestellt und ein Ausblick auf zukünftige Gesundheitsaktivitäten im Betrieb gegeben werden. Im Rahmen des vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderten und unterstützten Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurde der Gesundheitsbericht als ein zentrales Kommunikationsinstrument genutzt. Im folgenden Beitrag wird die praktische Aufbereitung skizziert.

## 1 Einleitung

Kommunikation stellt einen wesentlichen Erfolgsfaktor für Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte (BGF-Projekte) dar. Eine gelungene Kommunikation ist notwendig, um den MitarbeiterInnen zu vermitteln, dass das Thema Gesundheit einen wesentlichen Stellenwert im Unternehmen einnimmt (Uhle & Treier, 2015). Außerdem dient die Kommunikation im Rahmen des Projektes dazu, auf das Projekt selbst und dessen Maßnahmen aufmerksam zu machen, darüber zu informieren, die Beschäftigten zur Teilnahme zu motivieren und sie darüber hinaus zu einem gesundheitsbewussten Lebensstil zu animieren. Aufgrund der Tatsache, dass Gesundheit ein sehr persönliches Thema ist, stellt dies oft eine Herausforderung dar (Nöhhammer, Schusterschitz & Stummer, 2010).

Einen umso höheren Stellenwert hat daher die Auswahl der richtigen Instrumente für die Projektkommunikation. Unterschieden werden dabei persönliche Kommunikationsinstrumente und nicht-persönliche Kommunikationsinstrumente. Unter persönlichen Kommunikationsinstrumenten werden jene subsummiert, die sich direkt an Einzelpersonen richten und zumeist ein direktes Feedback des Empfängers / der Emp-

fängerin ermöglichen. Hierzu zählen Face-to-Face Kommunikationsformen, E-Mail Aussendungen, Social Media Marketing und Telefonate. Mittels nicht-persönlicher Kommunikationsinstrumente werden mehrere Personen auf einmal adressiert, jedoch besteht keine Möglichkeit des unmittelbaren Feedbacks an den/die SenderIn. Zu diesen zählen alle Arten von Printwerbung, wie Flyer, Plakate und Berichte in MitarbeiterInnenzeitungen (Walter, Wäsche & Sander, 2012). Ein weiteres Kommunikationsinstrument dieser Kategorie, das speziell in BGF-Projekten eingesetzt wird, ist der betriebliche Gesundheitsbericht (Blattner & Mayer, 2018). Dieser wurde auch im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ als Kommunikationsinstrument herangezogen. Daher wird in diesem Beitrag der Gesundheitsbericht hinsichtlich seiner Funktion und seines Aufbaus theoretisch beleuchtet sowie dessen praktische Verwendung im Rahmen des Projektes beschrieben.

## 2 Der Gesundheitsbericht in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Zunächst folgt ein kurzer Exkurs über die Entwicklung von der Gesundheitsberichterstattung zur Beschreibung der gesundheitlichen Situation einer Bevölkerung hin zum Gesundheitsbericht als Kommunikationsinstrument in der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

### 2.1 Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsberichtes als Kommunikationsinstrument in der BGF

Der Gesundheitsbericht in seiner ursprünglichen Form ist ein Teil der Gesundheitsberichterstattung und dient dazu, den Gesundheitszustand, die Gesundheitsgefährdungen und die Gesundheitsversorgung von Bevölkerungsgruppen auf regionaler wie auch nationaler Ebene abzubilden (Klein, 2007). Mittels demographischer, medizinisch-statistischer und medizin-soziologischer Daten werden Morbidität und Mortalität einer Bevölkerung beschrieben (Scharinger & Friesenbichler, 1998). Ziel des allgemeinen Gesundheitsberichtes ist die zielgruppenspezifische Aufbereitung bereits vorhandener, wissenschaftlicher Daten zur Ableitung gesundheitspolitischer Entscheidungen. Gesundheitsrisiken und Probleme bei der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung können dem Gesundheitsbericht entnommen und in einem weiteren Schritt darauf aufbauend Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet werden. Durch den Gesundheitsbericht wird ein transparenter Vergleich einzelner Regionen, Bundesländer und Staaten angestrebt (Klein, 2007).

Seit den 1990er Jahren hat sich zusätzlich auch der „**betriebliche Gesundheitsbericht**“ etabliert. Dieser entwickelte sich im Zuge des deutschen Gesundheitsreformgesetzes von 1989, mit dem die deutschen Krankenkassen erstmals einen gesetzlichen Auftrag zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erhielten. Da noch auf keine bestehenden Maßnahmen zurückgegriffen werden konnte, bot die systematische Aufbereitung von betriebspezifischen Daten zum Krankenstand, in Form eines „betrieblichen Gesundheitsberichtes“ eine erste mögliche Serviceleistung der Krankenkassen für die

Betriebe. Diese Leistung bestand insbesondere in der Bereitstellung von Informationen über Diagnosen zu den jeweiligen Krankenständen, die die Betriebe ansonsten nicht erhalten hatten. Mittels dieser Information zum Hintergrund für den Arbeitsausfall der MitarbeiterInnen konnten Präventionsmaßnahmen und Gesundheitsförderungsinterventionen zielgerichtet geplant werden und ein Monitoring durch neuerliche Berichterstattung erfolgen (Kuhn, 2017).

Die betriebliche Gesundheitsberichterstattung ist heute ein wesentlicher Bestandteil in BGF-Projekten (Kuhn, 2017). Der betriebliche Gesundheitsbericht stellt ein transparentes **Kommunikationsmedium** dar, das Gesundheitsdaten für MitarbeiterInnen leicht verständlich und anschaulich aufbereitet und so über die aktuelle Situation, aber auch zukünftig geplante Handlungen im Rahmen des Projektes informiert (Walter, 2012). Im Sinne des Public Health Action Zyklus dient der betriebliche Gesundheitsbericht der Analyse des Status quo, der Ableitung und Planung von gesundheitsbezogenen Zielsetzungen und der Überprüfung der Zielerreichung im Rahmen der Evaluierung durch den Vergleich der Daten in einem neuerlichen Gesundheitsbericht (Kuhn, 2007).

## 2.2 Aufbau und Funktionen eines betrieblichen Gesundheitsberichtes

Im betrieblichen Gesundheitsbericht werden Daten der Betriebe zur Dauer von Krankenständen mit jenen der Krankenkassen zur Art der Diagnose verarbeitet. Durch eine Analyse der Arbeitsbedingungen können Zusammenhänge zwischen der Arbeitsorganisation und Krankenständen ermittelt werden (Obernosterer, 2001). Ergänzt werden diese Daten durch Untersuchungsergebnisse der Arbeitsmedizin und Ergebnisse aus Gefährdungsbeurteilungen. Eine wesentliche zusätzliche Datenquelle stellen MitarbeiterInnenbefragungen dar, da sie gesundheitliche Probleme abbilden, die „harte“ statistische Daten und Kennzahlen nicht wiedergeben können. Darunter fallen vor allem psychische Belastungsfaktoren, Angaben zum arbeitsbezogenen Wohlbefinden, zum Betriebsklima und zu Bedürfnissen und Wünschen der Beschäftigten (Kuhn, 2017). Im Kontext eines BGF-Projektes bildet die MitarbeiterInnenbefragung in Kombination mit dem Gesundheitsbericht eine Datenbasis, die es den Projektverantwortlichen und den im partizipativen Planungsprozess Beteiligten ermöglicht, Problemlagen schneller zu identifizieren und daraus geeignete Maßnahmen abzuleiten (Obernosterer, 2001).

Grundsätzlich kann zwischen einem datenbezogenen und einem belegschaftsnahen betrieblichen Gesundheitsbericht unterschieden werden. In der Praxis bietet sich aber der **erweiterte Gesundheitsbericht** an, der eine Kombination aus den beiden zuvor genannten darstellt. Im Sinne des datenbezogenen Gesundheitsberichtes beinhaltet dieser zunächst „harte“ Kennzahlen, wie Krankenstandstage, Diagnosen, Daten der Arbeitsmedizin und Informationen über die Arbeitsbedingungen. Diese Datensammlung stellt meist das primäre Interesse der Arbeitgeberseite dar. Um auch die Perspektive der ArbeitnehmerInnen zu inkludieren, werden zudem subjektive Erfahrungen der MitarbeiterInnen und ein Abbild über deren Wohlbefinden am Arbeitsplatz in Form von Ergebnissen aus MitarbeiterInnenbefragungen und partizipativen Formaten (wie z.B. Gesundheitszirkel) in einem erweiterten Gesundheitsbericht abgebildet. Durch die

Zusammenführung der „harten“ und „weichen“ Kennzahlen können objektive und subjektive Daten sowie Arbeitgeber- und ArbeitnehmerInnenseite übersichtlich zusammengeführt werden (Scharinger & Friesenbichler, 1998).

Durch die Inklusion verschiedener Perspektiven kann eine gesteigerte Akzeptanz bei allen Beteiligten erreicht werden. Die **Einbindung** der Beschäftigten-, Führungskräfte- und Gesundheitsfachkräfteperspektive dient dazu, alle zur Beteiligung an der Maßnahmenumsetzung anzuregen. Für die Führungsebene stellt der betriebliche Gesundheitsbericht außerdem eine Argumentationsgrundlage für geplante Maßnahmen und Entscheidungen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar (Scharinger & Friesenbichler, 1998).

Unter dem Gesichtspunkt der Kommunikation in BGF-Projekten erfüllt der betriebliche Gesundheitsbericht verschiedene wesentliche **Funktionen**. Er stellt einen wichtigen Informationskanal zur Erreichung der MitarbeiterInnen dar, mittels dessen sie über bisherige Maßnahmen, zukünftige Projektvorhaben und zur Verfügung stehende Ressourcen informiert werden können (Scharinger & Friesenbichler, 1998). Wichtig dabei ist gemäß Blattner & Mayer (2018) die zielgruppengerechte Gestaltung, sodass Interesse bei den MitarbeiterInnen geweckt wird, die Verwendung von einfacher Sprache und die Beschränkung auf die wesentlichsten Informationen. Zudem wird eine ansprechende Aufbereitung mit selbsterklärenden Grafiken und Tabellen sowie der Verzicht auf statistischen bzw. wissenschaftlichen Fachjargon empfohlen.

Betriebliche Gesundheitsberichterstattung stellt außerdem Transparenz sicher. Durch die **Veröffentlichung** der Ergebnisse aus den MitarbeiterInnenbefragungen im betrieblichen Gesundheitsbericht werden die Informationen einerseits für alle Beschäftigten zugänglich gemacht und andererseits wird durch die daraus folgende Maßnahmenableitung verdeutlicht, dass die geäußerten Anliegen und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen ernst genommen werden (Scharinger & Friesenbichler, 1998). Bei der Veröffentlichung gilt es, die Wahrung des Datenschutzes zu beachten. Aus der Ergebnispräsentation dürfen keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen oder Abteilungen möglich sein (Blattner & Mayer, 2018).

### 2.3 Theoretischer Aufbau des betrieblichen Gesundheitsberichtes in BGF-Projekten

Blattner & Mayer (2018) empfehlen, im Rahmen eines BGF-Projektes zwei Gesundheitsberichte zu veröffentlichen. Ein erster Gesundheitsbericht sollte während oder am Ende der ersten Planungsphase verfasst werden, ein zweiter nach dem Abschluss der Maßnahmenumsetzung bzw. kurz vor Projektende.

Der **erste Gesundheitsbericht** stellt eine zusammenfassende Übersicht über die Diagnosephase dar und kann die Planungsphase so weit abbilden, wie sie zum Zeitpunkt der Veröffentlichung fortgeschritten ist. Allerdings muss nicht zwingend der vollständige Maßnahmenplan abgebildet werden. Wesentlich ist, dass durch den Gesundheitsbericht das Thema Gesundheit im Betrieb bis zum Start der Maßnahmenumsetzung präsent ist. Er dient dennoch dazu, die MitarbeiterInnen darüber zu informieren, in welchen Handlungsfeldern die Betriebliche Gesundheitsförderung primär ansetzen wird und worin die nächsten Projektschritte bestehen. Der erste Gesundheitsbericht hat

aber nicht nur eine reine Informationsfunktion, sondern er dient auch der Sensibilisierung und fördert die Auseinandersetzung der Beschäftigten mit der eigenen Gesundheit im Arbeitskontext. Somit stellt er auch eine Projektintervention dar.

Im Wesentlichen umfasst der erste Gesundheitsbericht laut Blattner & Mayer (2018) folgende Inhalte:

- 1. Stellungnahmen:** Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung und/oder andere AkteurInnen der Betrieblichen Gesundheitsförderung geben eine einleitende Stellungnahme zum Thema Gesundheit und Arbeit sowie über das Projekt ab. Insbesondere das Commitment der Führungsebene zum Projekt ist hier zentral hervorzuheben, da es zeigt, dass die Geschäftsführung hinter dem Projekt steht und die Umsetzung der Maßnahmen im betrieblichen Interesse stehen.
- 2. Projektbeschreibung:** In diesem Abschnitt wird ein kurzer Überblick über den Projektverlauf und die Projektziele gegeben. Durch die Verwendung von ansprechenden Fotos (z.B. von bereits stattgefundenen Aktivitäten und Maßnahmen) und der Vorstellung der Mitglieder des betriebsinternen Projektteams soll eine Verbindung zu den Beschäftigten geschaffen werden.
- 3. Zusammenfassung der Diagnosephase:** Hier gilt es die gewonnenen Daten (z.B. betriebsinterne Krankenstandsdaten, Daten der Krankenkassen, der Arbeitsmedizin und aus MitarbeiterInnenbefragungen) zusammenfassend und anschaulich abzubilden, wofür sich leicht verständliche Grafiken und Tabellen sowie kurze, aber aussagekräftige Formulierungen eignen.
- 4. Partizipative Maßnahmenarbeit:** Sofern dieser Schritt bereits abgeschlossen ist, können erste Ergebnisse aus partizipativen Formaten, wie z.B. Gesundheitszirkeln, präsentiert werden. Der Fokus hierbei sollte auf der Arbeit und Vorgehensweise liegen und nicht zwingend auf den Ergebnissen.
- 5. Eventuell beschlossene Maßnahmen:** In kleinen Betrieben können in einem ersten Gesundheitsbericht oft bereits konkrete, weitere Projektmaßnahmen präsentiert werden, während dies in größeren Betrieben meist einen längeren Zeitraum beansprucht. Wichtig ist aber, jedenfalls zu beschreiben, in welchen Handlungsfeldern die Maßnahmen umgesetzt werden sollen.
- 6. Ausblick:** Abschließend soll den Beschäftigten eine Übersicht gegeben werden, wie es im Projekt weitergeht und welche nächsten Schritte folgen.

Der erste Gesundheitsbericht stellt allerdings keine einmalige Informationsmaßnahme dar, sondern sollte in angemessenen zeitlichen Abständen aktualisiert werden. Im Rahmen von BGF-Projekten bietet es sich zumeist an, einen weiteren zweiten Gesundheitsbericht nach Abschluss der Maßnahmenumsetzung zu verfassen. Im Sinne der Evaluation dient dies der Überprüfung der Zielsetzungen, die mithilfe der Maßnahmen erreicht werden sollten (Obernosterer, 2001; Blattner & Mayer, 2018).

Der **zweite Gesundheitsbericht** ist laut Blattner & Mayer (2018) wie folgt aufgebaut:

1. **Stellungnahmen:** Wie im ersten Gesundheitsbericht kommen zu Beginn die Geschäftsführung und weitere AkteurInnen des Projektes zu Wort und geben einen kurzen Rückblick über Projektgeschehnisse und eine Vorausschau auf zukünftige Pläne.
2. **Beschreibung der Umsetzungsphase:** In diesem Abschnitt werden alle Projektphasen nochmals kurz beschrieben und die wichtigsten jeweiligen Eckpunkte anschaulich präsentiert. Ergänzend können in diesem Teil Fotos von den Maßnahmen, von verwendeten Kommunikationsmaterialien (z.B. Postern oder Flyern) oder von betrieblichen Veränderungen durch die Projektaktivitäten verwendet werden. Um diesem Teil eine noch persönlichere Note zu geben, eignet sich die Verwendung von Statements der Beschäftigten mit Einschätzungen zum Projekt und zu umgesetzten Maßnahmen.
3. **Evaluationsergebnisse:** Dieser Teil dient der Darstellung der Ergebnisse aus erneuten MitarbeiterInnenbefragungen bzw. aktuellen Gesundheits- bzw. Krankenstandsdaten. Hier gilt es abzubilden, welche Verbesserungen sich durch das Projekt ergeben haben und was sich im Vergleich zum ersten Gesundheitsbericht verändert hat.
4. **Ausblick:** Die Evaluationsergebnisse können als Argumentationsgrundlage herangezogen werden, welche Maßnahmen beibehalten und fortgeführt werden und welche zukünftigen Schritte nach Projektende geplant sind. Hier sollte gezielt und transparent kommuniziert werden, wie Betriebliche Gesundheitsförderung weiterhin im Unternehmen umgesetzt wird.

Der zweite Gesundheitsbericht ist auch ein wichtiges Instrument, um die MitarbeiterInnen darüber zu informieren, wie Gesundheit im Rahmen eines **Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM)** nach der Projektlaufzeit nachhaltig im Unternehmen verankert wird. Es wird empfohlen, den Gesundheitsbericht im Sinne der Kontinuität und Nachhaltigkeit auch weiterhin als Kommunikationsinstrument im BGM einzusetzen (Scharinger & Friesenbichler, 1998), da dieser den MitarbeiterInnen aus dem Projekt bereits bekannt und vertraut ist. Eine neuerliche Veröffentlichung in regelmäßigen Abständen (z.B. einmal jährlich) führt dazu, dass die Themen Gesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung kontinuierlich im Betrieb präsent sind und eine weiterführende Sensibilisierung möglich ist (Hesse, 2010).

### 3 Einsatz des betrieblichen Gesundheitsberichtes im Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen – Gesunder Betrieb!“

Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ begleitete das Projektteam der Forschung Burgenland die Betriebe bei der Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein Teil dessen war die Unterstützung bei der Projektkommunikation, welche einen wesentlichen Einfluss auf den Projekterfolg hatte.

Wesentlich war dabei, vorhandene betriebliche Kommunikationswege und -medien zu nutzen, da sich die MitarbeiterInnen mit diesen identifizieren können. Das **Kommunikationskonzept** des Projektes beinhaltet daher folgende Kommunikationswege und -mittel:

- Newsletter
- Pressemitteilungen
- Digitale Plattform
- E-Mail
- Persönliche Treffen
- Berichte
- Informationsmaterialien
- Symbolische Aktionen

Zu den Berichten zählt auch der betriebliche Gesundheitsbericht. Dieser richtet sich im Rahmen des Projektes an die MitarbeiterInnen, die Führungskräfte, das Projektteam und die Fachgruppe und dient der Wissensbildung, der Informationsübermittlung und der Steigerung der Akzeptanz für das Projekt sowie der Sensibilisierung für das Thema Gesundheit. Im Zuge des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurden zwei Gesundheitsberichte verfasst.

### **3.1 Erster Gesundheitsbericht**

Der erste Gesundheitsbericht wurde im September 2017 veröffentlicht und beinhaltet eine Beschreibung des Status quo zum Thema Gesundheit im jeweiligen Unternehmen, eine Vorstellung des Projektes und der Maßnahmen im Rahmen der Diagnosephase sowie eine Übersicht der Befragungsergebnisse und eine Beschreibung der bisherigen Maßnahmenplanung.

Der Aufbau des ersten Gesundheitsberichtes orientiert sich an der zuvor dargestellten Struktur nach Blattner & Mayer (2018), weist jedoch projektspezifische Besonderheiten auf. Den Beginn des Gesundheitsberichtes stellt das Vorwort dar, in dem die Geschäftsführung des jeweiligen Betriebes, das Projektteam der Forschung Burgenland und bei einem Betrieb auch die betriebsinterne Projektteamleitung zu Wort kommen. In diesem Statement wird der hohe Stellenwert des Themas Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz für das Unternehmen betont und die Unterstützung durch die Führungsebene vermittelt. Die Stellungnahme des Projektteams der Forschung Burgenland dient einerseits dazu, die externen Personen, die in der Projektumsetzung tätig sein werden, vorzustellen und andererseits die Ziele des Projektes abzubilden.

Der Hauptteil des Gesundheitsberichtes beginnt mit einem Überblick über die bisherige Positionierung des Themas Gesundheit im Unternehmen. Die weitere Ausgestaltung dieses Abschnittes war betriebsabhängig, da jedes Unternehmen unterschiedlich ausgeprägte Erfahrungen mit dem Thema hatte. Beispiele für Themen, die in diesem Abschnitt genannt wurden, sind:

- Verständnis von Gesundheit im Unternehmen
- Verankerung von Gesundheit im Leitbild
- Zusammenhang mit gesetzlichen Vorgaben wie beispielsweise Evaluierung der psychischen Belastungen
- Nutzen der Projektumsetzung für den Betrieb und die MitarbeiterInnen
- Rückblick auf bisherige und Ausblick auf folgende Projektschritte vonseiten des Betriebes inklusive Danksagungen für die bisherige Beteiligung

Darauffolgend wurden konkrete Maßnahmen, die bereits im Unternehmen zum Thema Gesundheit umgesetzt wurden, aufgelistet. Diese betriebsspezifischen Maßnahmen beinhalteten beispielsweise:

- Bisherige Schwerpunktthemen im Rahmen der Gesundheitsförderung
- Gesundheitsthemen in der internen Kommunikation
- Weiterbildungsangebote im Bereich Gesundheit
- Teammaßnahmen für eine verbesserte Zusammenarbeit
- Gesundheitsfördernde Maßnahmen, wie beispielsweise Bewegungsangebote

Der erste Gesundheitsbericht diente dazu, die Beschäftigten über Betriebliche Gesundheitsförderung allgemein, das Projekt und die Projektzielsetzungen zu informieren. Die Vorstellung der Mitglieder des betriebsinternen und des externen Projektteams sowie ein kurzer Überblick über deren Aufgaben und eine zeitliche Ablaufplanung dienten dazu, den MitarbeiterInnen Orientierung zu geben und sie darüber zu informieren, an wen sie sich mit Anliegen oder bei Interesse am Projekt mitzuwirken wenden können.



Abbildung 1: Überblick über die Projektmaßnahmen in den einzelnen Projektphasen, Eigene Erstellung

Einen weiteren Schwerpunkt im ersten Gesundheitsbericht bildete die Beschreibung der Aktivitäten im Rahmen der Diagnosephase. Diese wurden kurz erläutert und durch Fotos oder Werbeplakate, die als Kommunikationsmedien genutzt wurden, illustriert. Dabei handelte es sich um folgende Aktivitäten:

- Kick-off Veranstaltung
- Diagnosegespräch zur Erhebung der Ausgangslage für Betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen
- Fragebogenerhebung zur Messung des psychosozialen Gesundheitskapitals
- Adventumtrunk als Vernetzungsmöglichkeit
- Ergebnispräsentation der Fragebogenerhebung
- Workshops zur Maßnahmenplanung

Um auch die Ergebnisse, die im Zuge der Erhebungen (Diagnosegespräch und Fragebogenerhebung) gewonnen wurden, transparent an die MitarbeiterInnen zu kommunizieren, wurden diese im Gesundheitsbericht dargestellt. Die Zielsetzung und der Ablauf des Diagnosegesprächs bzw. der Fragebogenerhebung wurden kurz beschrieben und anschließend die wesentlichsten Ergebnisse erläutert. Dabei war wichtig hervorzuheben, in welchen Bereichen sich Potenziale in Bezug auf Gesundheit ergeben und welchen Beitrag das Projekt dabei leisten kann. Für jede der beiden Erhebungen wurde eine aussagekräftige Grafik erstellt, um die relevanten Ergebnisse auf einen Blick abzubilden.

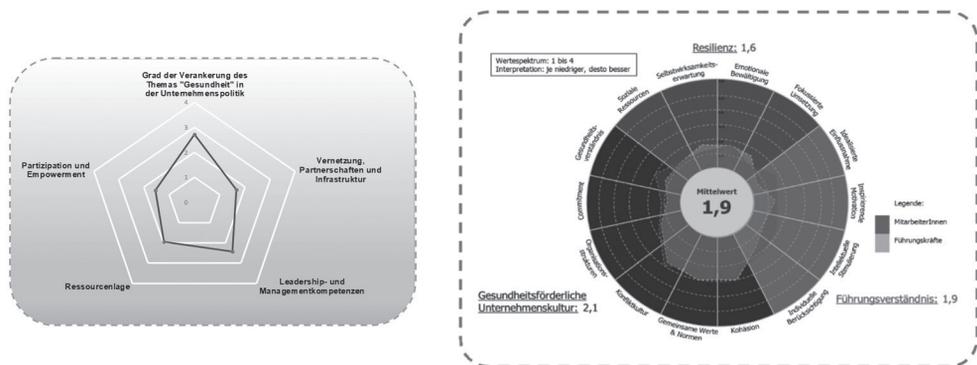


Abbildung 2: Beispielhafte Ergebnisdarstellung des Diagnosegesprächs und der Fragebogenerhebung, Eigene Erstellung

Abschließend wurde ein kurzer Ausblick auf die weiteren Projektschritte gegeben und die wichtigsten geplanten Maßnahmen kurz erläutert sowie die Kontaktdaten der betriebsinternen Projektleitung und der Ansprechperson des Projektteams der Forschung Burgenland angeführt.

Ergänzend dazu wurde ein Maßnahmenkatalog ausgegeben, der eine detailliertere Auflistung der geplanten Maßnahmen beinhaltet. Die ReferentInnen der Seminare, die geplanten Inhalte mit zugehörigem Termin und Seminarort sowie Informationen zur Anmeldung wurden darin aufgelistet. Zusätzlich enthielt der Maßnahmenkatalog einen Seminarkalender, der alle Maßnahmen übersichtlich und kompakt in einem Jahreskalender darstellte. Alle weiteren, bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung geplanten Maßnahmen (z.B. Quizmax, Instahelp, „Die bewusste Pause“, HRV-Messungen) wurden kurz beschrieben und mit ansprechendem Fotomaterial illustriert.



Abbildung 3: Gesundheitsberichte und Maßnahmenkataloge, Eigene Erstellung

Alle MitarbeiterInnen der fünf Projektbetriebe erhielten im Zeitraum zwischen September und Oktober 2017 einen Gesundheitsbericht und einen Maßnahmenkatalog in gedruckter Form. Da insbesondere in den Produktionsbetrieben einige MitarbeiterInnen mit ungarischer Muttersprache beschäftigt waren, wurde der erste Gesundheitsbericht auch auf Ungarisch übersetzt. Dies war wichtig, um auch jene mit weniger ausgeprägten Deutschkenntnissen, die aufgrund der vorliegenden Sprachbarrieren eine für die Gesundheitsförderung ohnehin schwer erreichbare Zielgruppe darstellen, ansprechen zu können.

### 3.2 Zweiter Gesundheitsbericht

Zu Projektende wurde ein zweiter Gesundheitsbericht verfasst, der sich ebenfalls an der vorgeschlagenen Struktur von Blattner & Mayer (2018) orientierte. Er diente dazu, in kompakter Form die wichtigsten Projektmeilensteine aufzuzeigen und einen Ausblick

über die weitere Vorgehensweise in Bezug auf Gesundheit zu geben. Wie bereits im ersten Gesundheitsbericht inkludiert, standen zu Beginn Stellungnahmen der jeweiligen Geschäftsführung und des Projektteams der Forschung Burgenland. Diese beinhalteten einen Rückblick auf das Projekt, Danksagungen sowie ein offizielles Statement, wie das Thema Gesundheitsförderung weiterhin im Unternehmen positioniert werden soll.

Einen großen Schwerpunkt im zweiten Gesundheitsbericht stellte die Beschreibung der umgesetzten Maßnahmen und Projektaktivitäten dar. Diese wurden mittels eines kurzen Textes beschrieben und durch Fotos, Werbepлакate und Statements von TeilnehmerInnen zu Maßnahmen bzw. zum Projekt allgemein illustriert. Dadurch wurde den MitarbeiterInnen das umfassende Maßnahmenangebot nochmals in Erinnerung gerufen sowie aufgezeigt, welche Möglichkeiten sich für sie dadurch ergeben haben. Weiters erfolgte ein Überblick über die Ergebnisse der zu Projektende erneut durchgeführten Fragebogenerhebung. Diese Ergebnisse wurden mit jenen der Ersterhebung zu Projektbeginn vergleichend gegenübergestellt. Ein zentraler Aspekt bestand dabei darin, daraus erkenntliche Veränderungen und abgeleitete Schlussfolgerungen anschaulich darzustellen und für die LeserInnen kurz textlich und grafisch aufzubereiten. Abschließend erfolgte nochmals ein Ausblick, wie es nach Beendigung des Projektes im Betrieb in Bezug auf Gesundheit weitergehen wird. Dieser beinhaltete die Nennung des zukünftigen BGF- oder BGM-Teams inkl. Kontaktdaten der zukünftigen Ansprechperson(en) für das Thema Betriebliche Gesundheitsförderung im Betrieb und die Einladung an die MitarbeiterInnen, weiterhin zu partizipieren und mitzuwirken.



Abbildung 4: 2. Gesundheitsbericht, Eigene Erstellung

Der zweite Gesundheitsbericht lieferte damit einen optimalen Überblick und eine abschließende Zusammenfassung über das gesamte Projekt. Er markierte das Projektende, sollte aber gleichsam dazu motivieren, durch eine Weiterführung der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf den bisherigen Ergebnissen aufzubauen und einen Anstoß zur Überführung in ein BGM-System geben.

## 4 Fazit & Handlungsempfehlungen

Der Gesundheitsbericht eignet sich in BGF-Projekten als ein Instrument, welches gleichzeitig eine größere Gruppe von Personen erreichen und für das Thema Gesundheit sensibilisieren kann. Daher wurden im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ zwei Gesundheitsberichte veröffentlicht. Der erste Bericht diente dazu, den MitarbeiterInnen zu vermitteln, dass das Thema Gesundheitsförderung ein wichtiges Anliegen der Unternehmensleitung und des Betriebes darstellt sowie das externe Projektteam der Forschung Burgenland und das Projekt vorzustellen. Ein zweiter Gesundheitsbericht wurde zu Projektende erstellt, um einen ausführlichen Überblick über alle Projektmaßnahmen sowie einen Ausblick zu geben, wie das Thema Gesundheit weiterhin im Unternehmen verankert bleiben wird und welche Maßnahmen diesbezüglich zukünftig geplant sind.

Aufgrund der Projekterfahrungen können folgende Handlungsempfehlungen zum Gesundheitsbericht als Kommunikationsinstrument festgehalten werden.

### **Zielgruppengerechte Aufbereitung**

Damit der Gesundheitsbericht in seiner Funktion als Kommunikationsinstrument alle Zielgruppen anspricht, braucht es eine einfache Sprache, eine ansprechende textliche Gestaltung und die Auflockerung durch Bilder und Fotos. Sind im Betrieb Personen mit nichtdeutscher Muttersprache beschäftigt, ist eine Übersetzung empfehlenswert, um auch diese Zielgruppe für das Thema Gesundheit zu sensibilisieren und einzubeziehen.

### **Regelmäßige Aktualisierung**

Im Rahmen eines BGF-Projektes sollten zumindest ein Gesundheitsbericht zu Projektbeginn und ein weiterer zu Projektende verfasst werden. Dadurch wird den Beschäftigten eine Umrahmung der Projektaktivitäten geboten. Nach Projektabschluss ist eine regelmäßige Aktualisierung des Gesundheitsberichtes im Jahres- oder Zweijahresrhythmus empfehlenswert. Hierzu kann er in bestehende regelmäßige Kommunikationsinstrumente, wie z.B. MitarbeiterInnenzeitschriften, integriert werden.

### **Vielfältige Nutzeneffekte**

Der Gesundheitsbericht weist vielfältige Einsatzbereiche und Nutzeneffekte auf:

- **Sensibilisierung für Gesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung:** Der Gesundheitsbericht eignet sich zur Vermittlung von Botschaften, die gesundheits-

förderliche Verhaltensweisen anregen. Die Beschäftigten können dadurch zum Thema Gesundheit und Betriebliche Gesundheitsförderung sensibilisiert werden.

- **MitarbeiterInneneinführung:** Als Beilage in den Einführungsunterlagen für neue MitarbeiterInnen bietet der Gesundheitsbericht einen Überblick über gesundheitsförderliche Aktivitäten im Betrieb und er hebt den Stellenwert des Themas Gesundheit im Betrieb hervor.
- **BGF-Gütesiegel:** Bei der Beantragung des BGF-Gütesiegels für ein erfolgreich abgeschlossenes BGF-Projekt kann der Gesundheitsbericht als ein wesentliches Kommunikationsmittel angeführt werden. Erfolgt eine regelmäßige Ausgabe des Gesundheitsberichtes, erfüllt er die Funktion eines Nachhaltigkeitsdokumentes.
- **CSR-Reporting:** Die Corporate Social Responsibility (CSR) umfasst alle freiwilligen Leistungen von Unternehmen zugunsten von MitarbeiterInnen, Umwelt und Gesellschaft. Große Unternehmen sind bereits verpflichtet, einen CSR-Bericht oder Nachhaltigkeitsbericht zu erstellen. Da mehrere Anknüpfungspunkte zwischen Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Betrieblichem Gesundheitsmanagement und der Corporate Social Responsibility bestehen, kann ein regelmäßig aufbereiteter Gesundheitsbericht als Grundlage für die Darstellung dieses Themenbereiches dienen.
- **Bilanzberichte:** Der Gesundheitsbericht kann auch als Anhang von Bilanzberichten zur Darstellung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten des Unternehmens und dessen Beitrag zur MitarbeiterInnengesundheit genutzt werden.

## Literatur

- Blattner, A. & Mayer, M. (2018). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (5. neu bearbeitete Auflage). (Österreichisches Netzwerk für BGF, Hrsg.). Wien.
- Hesse, G. (2010). Betriebliche Gesundheitsberichterstattung. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann. Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. (S. 263-270). (2. vollständig überarbeitete Aufl.). Berlin: Springer.
- Klein, S. (2007). Definitionen, Konzepte und Grundlagen. In R. Reintjes & S. Klein (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln (S. 194-200). (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Kuhn, J. (2007). Betriebliche Gesundheitsförderung und –berichterstattung. In R. Reintjes & S. Klein (Hrsg.), Gesundheitsberichterstattung und Surveillance. Messen, Entscheiden und Handeln (S. 194-200). (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Kuhn, J. (2017). Daten und ihre Vermittlung: Anforderungen an die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung. In G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 215-222). (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Nöhammer, E., Schusterschitz, C. & Stummer, H. (2010). Wenn Werbung nicht genügt: Information und Kommunikation in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 128-133). (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Obernosterer, A. (2001). Betriebliche Gesundheitsförderung. Eine Einschätzung ihres Nutzens aus Sicht der Unternehmen und Beschäftigten. (J. Weidenholzer, Hrsg.). Linz. Verfügbar unter: <https://www.oogk.at/cdscontent/load?contentid=10008.605978&version=1421671842> [10.01.2019].
- Scharinger, C. & Friesenbichler, H. (1998). WORKSHOP 4 – Erstellen von Gesundheitsberichten. In Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.), Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung. (S. 91-99). Linz. Verfügbar unter: <https://www.oogk.at/cdscontent/load?contentid=10008.617212&version=1427285090> [10.01.2019].

- Uhle, T. & Treier, T. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen.* (3. Aufl.) Berlin: Springer.
- Walter, U. (2012). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 147-161). (2. vollständig überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Walter, U.N., Wäsche, H. & Sander, M. (2012). Dialogorientierte Kommunikation im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4 (7), 295-301.

# Emotionen am Arbeitsplatz. Mentales Online-Coaching als Erfolgsformel für Unternehmen und Mitarbeitende

Silvia GEIER, Bernadette FRECH

*Insta Communications GmbH, Graz, Österreich*

**KURZFASSUNG:** „Wie geht es Ihnen?“ Die meisten Personen beantworten diese Frage mit „Danke, gut“. Doch wie geht es Ihnen wirklich? Nach Maßnahmen der physischen Gesundheit rückt die Psyche in den Fokus und genießt gesteigerte Aufmerksamkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Der vorliegende Beitrag versteht sich als Standortbestimmung zur aktuellen Lage der psychischen Gesundheit in Unternehmen und folgt dem Ziel, praktische Handlungsempfehlungen zur Förderung der mentalen Gesundheit in Unternehmen am Beispiel Instahelp abzuleiten.

## 1 Einleitung

### 1.1 Hintergrund und Problemstellung

Europas größte Herausforderung im 21. Jahrhundert im Bereich der Gesundheitsvorsorge ist die psychische Gesundheit (Wittchen et al., 2011). Emotionen sind in der Arbeitswelt allgegenwärtig (Mulligan & Scherer, 2012). Positive Emotionen wie Freude oder Stolz können die Arbeitsqualität, MitarbeiterInnenzufriedenheit und den Unternehmenserfolg stärken. Negative Emotionen, wie Angst, Neid oder Kummer können sich negativ auf die Gesundheit der Mitarbeitenden auswirken (Brehm, 2001).

Laut der österreichischen Arbeiterkammer leidet über eine Million Menschen an arbeitsbedingten Gesundheitsproblemen. Beschwerden im mentalen Bereich sind hierbei immer häufiger vertreten und bereits in einem Drittel der Fälle der Grund für Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspensionen (Biffi et al., 2011). Dies führt dazu, dass bereits in jedem zweiten Unternehmen Ausfälle durch Burnout verzeichnet werden (Arbeiterkammer, 2019). Solche Ausfälle, die durch psychische Probleme und Verhaltensstörungen entstehen, verursachen im Durchschnitt Fehlzeiten von 35,7 Tagen pro Fall (Leoni & Böheim, 2018). Diesen Zahlen steht eine große Behandlungslücke gegenüber: Nur 30 Prozent jener Personen, die an einem psychischen Problem leiden, nehmen adäquate Hilfe in Anspruch (World Health Organization, 2013a).

Während sich die Regierung und andere Organisationen für neue Initiativen einsetzen, haben auch Unternehmen die Möglichkeit, ihre Maßnahmen zu verstärken und direkt in ihrem Arbeitsumfeld einen positiven Einfluss auf die mentale Gesundheit auszuüben. Für die Mehrheit der MitarbeiterInnen ist die psychische Gesundheit nach wie vor ein unantastbares Gebiet, welches nicht vor Führungskräften und KollegInnen angesprochen wird (Business in the Community, 2018).

Vor allem Führungskräfte stehen vor der Herausforderung, Probleme ihrer Mitarbeitenden zu erkennen. Für Führungskräfte und ManagerInnen besteht die Herausforde-

rung, auf psychische Probleme von Mitarbeitenden zu reagieren und Möglichkeiten zur Förderung der mentalen Gesundheit zu bieten. Haben Mitarbeitende Rückenschmerzen, ist die Regenerationsmethode meist klar. Handelt es sich jedoch um Ängste oder ein geringes Selbstwertgefühl, sind Vorgesetzte oftmals überfordert und wissen nicht, welche Schritte folgend notwendig wären (Business in the Community, 2018). Gründe dafür sind nicht nur persönlicher Natur, sondern stellen auch wirtschaftliche Relevanz dar. Krankenstände und Kündigungen stellen einen hohen Kostenfaktor dar. Je später psychische Probleme, die etwa Burnout auslösen, erkannt werden, desto höher sind die entstehenden Kosten (Schneider & Dreer, 2018).

Daher wurde für MitarbeiterInnen und Führungskräfte von Betrieben, die an dem vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds geförderten und unterstützten Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ teilnahmen, mit der mentalen Gesundheitsplattform Instahelp ein zusätzliches Angebot zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit geschaffen. Die MitarbeiterInnen und Führungskräfte konnten sich bei beruflichen sowie privaten Herausforderungen anonym an die PsychologInnen von Instahelp wenden und erhielten dadurch Unterstützung im Bereich der psychischen Gesundheit, unabhängig davon ob es sich um berufliche oder private Fragestellungen handelte.

## 1.2 Zielsetzung

Dieser Beitrag adressiert die Relevanz der mentalen Gesundheit und fokussiert zum einen die Wahrnehmung der mentalen Gesundheit in Unternehmen und zum anderen das Angebot zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im mentalen Bereich. Daraus werden folgende Fragen abgeleitet:

- Wie werden mentale Gesundheit und psychische Probleme von MitarbeiterInnen in österreichischen Unternehmen wahrgenommen?
- Hat die psychische Gesundheit Relevanz in Unternehmen und gibt es Maßnahmen zu deren Förderung?
- Unter welchen Umständen wird ein Angebot zur Förderung der mentalen Gesundheit angenommen?

Um ein Stimmungsbild von der österreichischen Unternehmenslandschaft in Bezug auf den Umgang mit psychischen Problemen am Arbeitsplatz zu erhalten, hat die mentale Gesundheitsplattform Instahelp gemeinsam mit der Karriereplattform karriere.at eine Studie zu diesem Thema durchgeführt.

Auf Basis dieser Ergebnisse werden konkrete, praktische Handlungsempfehlungen für Unternehmen abgeleitet. Diese können als Entscheidungsgrundlage für die Implementierung von Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit herangezogen werden.

## 2 Methodik

Die mentale Gesundheitsplattform Instahelp hat in Kooperation mit dem österreichischen Karriereportal karriere.at und dem Markt- und Meinungsforschungsinstitut Marketagent.com eine quantitative Befragung durchgeführt. Die Studie wurde in zwei Teile gegliedert: Es wurden 1) 1.017 Erwerbstätige und 2) 218 GeschäftsführerInnen und PersonalentscheiderInnen in österreichischen Unternehmen befragt. Um aussagekräftige Schlüsse ableiten zu können, wurden die Ergebnisse verglichen und zusammengeführt.

### 2.1 Datenerhebung

#### 2.1.1 Erwerbstätige

Respondenten sind zwischen 20 und 59 Jahre alt, sind Angestellte, BeamtInnen, (Fach-) ArbeiterInnen oder auf sonstige Weise berufstätig und arbeiten in einem Unternehmen mit mindestens 50 MitarbeiterInnen.

*Tabelle 1: Studiensteckbrief Erwerbstätige, Eigene Erstellung*

<b>Methode</b>	Computer Assisted Web Interviews (CAWI)
<b>Instrument</b>	Online-Interviews über die Marketagent.com reSEARCH Plattform
<b>Respondenten</b>	Web-aktive Personen aus Österreich zwischen 20 und 59 Jahren
<b>Sample-Größe</b>	N = 1.017 Netto-Interviews (Kernzielgruppe), Random Selection nach Quoten
<b>Screening</b>	Alter, Berufsstatus, Unternehmensgröße
<b>Grundgesamtheit</b>	Web-aktive Personen aus Österreich zwischen 20 und 59 Jahren
<b>Umfang</b>	29 offene/geschlossene Fragen

#### 2.1.2 PersonalentscheiderInnen/GeschäftsführerInnen, Eigene Erstellung

Respondenten sind GeschäftsführerInnen, selbstständige UnternehmerInnen oder (leitende) Angestellte, arbeiten in einem Unternehmen mit mindestens 10 MitarbeiterInnen und sind zumindest teilweise in Entscheidungen rund um das Thema Personal eingebunden.

*Tabelle 2: Studiensteckbrief PersonalentscheiderInnen/GeschäftsführerInnen, Eigene Erstellung*

<b>Methode</b>	Computer Assisted Web Interviews (CAWI)
<b>Instrument</b>	Online-Interviews über die Marketagent.com reSEARCH Plattform
<b>Respondenten</b>	Karriere.at Adressdatenbank (PersonalentscheiderInnen/ GeschäftsführerInnen)
<b>Sample-Größe</b>	N = 218 Netto-Interviews (Kernzielgruppe)
<b>Screening</b>	Berufsstatus, Unternehmensgröße, EntscheidungsträgerInnen bzgl. dem Thema Personal/Human Resources
<b>Grundgesamtheit</b>	Karriere.at Adressdatenbank (PersonalentscheiderInnen/ GeschäftsführerInnen)
<b>Umfang</b>	28 offene/geschlossene Fragen

## 2.2 Ergebnisse

Ziel der Datenauswertung und der Ergebnisanalyse ist die praktische Anwendbarkeit der gewonnenen Erkenntnisse in Unternehmen. Im Folgenden werden die Ergebnisse auf wesentliche Aussagen beschränkt, um die oben erwähnten Fragestellungen zu beantworten.

### 2.2.1 Wie werden psychische Probleme im Berufsalltag wahrgenommen?

8 von 10 der befragten Erwerbstätigen meinen, dass psychische Probleme im Berufsalltag innerhalb der letzten 10 Jahre zugenommen haben. ArbeitgeberInnen und PersonalentscheiderInnen sehen dies genauso. Trotz der gesellschaftlichen Präsenz sind psychische Probleme noch stark stigmatisiert oder gar tabuisiert, vor allem wenn man auf das berufliche Umfeld blickt. Fast die Hälfte der ArbeitnehmerInnen (48,6 %) sieht psychische Probleme als Tabu-Thema im Unternehmen (s. Abbildung 1).

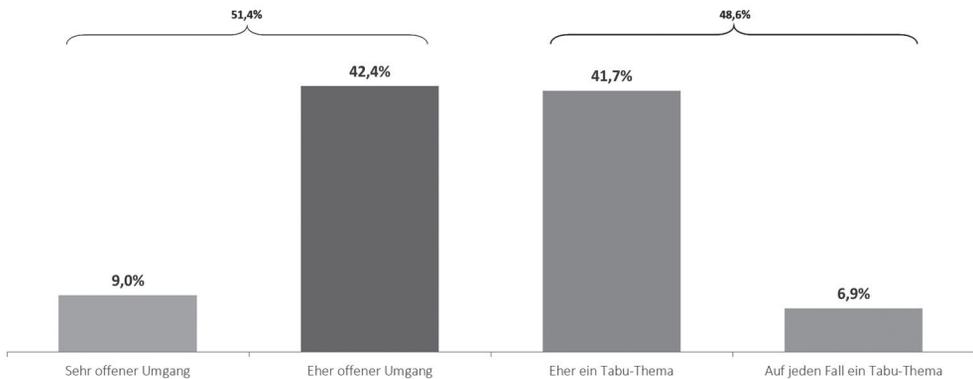


Abbildung 1: Umgang mit dem Thema „psychische Gesundheit“, Eigene Erstellung

In Abbildung 2 wird ein interessantes Spannungsfeld zwischen privater und beruflicher Situation ersichtlich. Es wurde die Frage gestellt, welche dieser beiden Situationen den Hauptauslöser für psychische Probleme darstellt. Hier gaben 58,3 % der ArbeitnehmerInnen an, einen beruflichen Hintergrund zu erkennen, wohingegen nur 40,8 % der ArbeitgeberInnen diese Meinung teilen.

### 2.2.2 Hat die psychische Gesundheit Relevanz in Unternehmen und gibt es Maßnahmen zu deren Förderung?

Bezugnehmend auf Krankenstände hat die Studie ergeben, dass Fehlzeiten aufgrund von Knochenbruch oder Fieber am ehesten auf Akzeptanz bei Erwerbstätigen und Vorgesetzten stoßen. Am wenigsten akzeptiert werden Niedergeschlagenheit, gefolgt von Schlafstörungen und familiären Problemen (s. Tabelle 3).

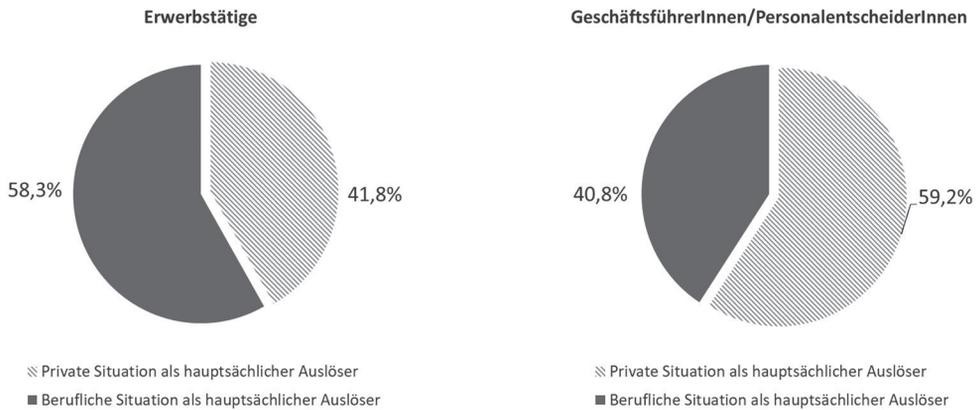


Abbildung 2: Auslöser für psychische Probleme, Eigene Erstellung

Tabelle 3: Akzeptanz von Krankheitsgründen, Eigene Erstellung

Erhebung	Erwerbstätige	PersonalentscheiderInnen/ GeschäftsführerInnen
Fieber	74,0%	89,4%
Knochenbruch	79,0%	83,5%
Magen-/Darmprobleme	47,3%	64,2%
Augenentzündung	39,1%	54,1%
Ohrenentzündung	35,9%	53,7%
Blasenentzündung	32,8%	46,3%
Burn-out-Syndrom	41,5%	43,6%
Migräne	28,0%	43,1%
Trauer	36,7%	41,3%
Erkältung (Husten, Schnupfen)	32,2%	40,8%
Kreislaufprobleme	32,3%	39,4%
Depressionen	30,0%	38,1%
Rückenprobleme	33,8%	33,5%
Panikattacken	24,5%	31,7%
Halsschmerzen	17,9%	26,1%
Angstzustände	19,1%	24,3%
Gliederschmerzen	18,3%	23,4%
Kopfschmerzen	16,9%	20,6%
Überlastung	15,8%	16,1%
Familiäre Probleme/Streit	10,5%	12,8%
Schlafstörungen	10,2%	9,6%
Niedergeschlagenheit	7,4%	6,0%

Aus diesen Ergebnissen kann eine geringere Akzeptanz von psychischen Problemen gegenüber körperlichen Problemen abgeleitet werden. Dies gilt besonders für psychische Probleme außerhalb der breit bekannten Themen wie „Burnout“ oder „Depression“. Noch deutlicher wird diese Aussage, wenn der Unterschied zwischen dem offiziellen und dem inoffiziellen Grund für einen Krankenstand verglichen wird (s. Abbildung 3).

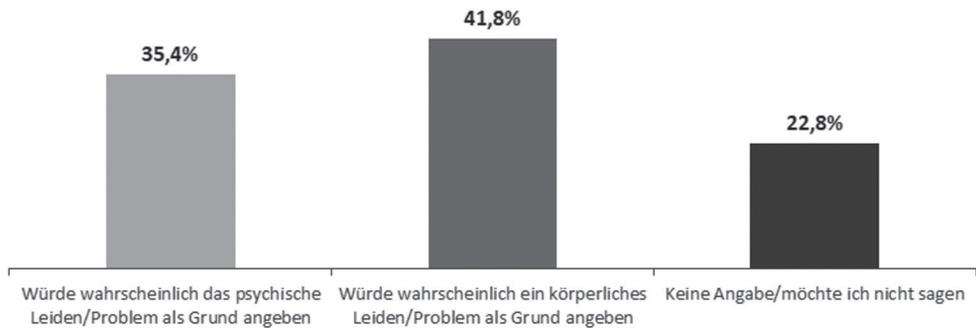


Abbildung 3: Offiziell angegebener Grund für Krankenstände, Eigene Erstellung

Lediglich jede und jeder Dritte würde bei einem Krankenstand aufgrund von psychischen Problemen diese auch als Grund anführen. Über 60 % der Erwerbstätigen würden dies verschweigen und ein körperliches Problem vortäuschen.

Dieses Ergebnis wird laut den Antworten von ArbeitgeberInnen bereits vermutet. Inoffiziell würden Arbeitgebende annehmen, dass 31,4 % der Krankenstände eigentlich psychischen Ursprungs sind. Dies würde jeden dritten Krankenstand in Österreich betreffen. Absolut liegt laut diesem Ergebnis knapp jedem fünften Krankenstand (Differenz von 18,6 %) ein psychisches Problem zu Grunde, welches offiziell nicht als solches gemeldet wird.

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychischen Zustand der Mitarbeitenden und der Produktivität am Arbeitsplatz: 80,3 % sehen die Produktivität als stark beeinflusst. Trotzdem ist das Angebot an psychologischer Beratung im Unternehmen bzw. an Vorträgen zu psychischer Gesundheit stark unterrepräsentiert (s. Tabelle 4). Dazu wurden Gründe erhoben, warum in Unternehmen Angebote zur Förderung der mentalen Gesundheit noch nicht angeboten wurden. Jedes zweite Unternehmen (sogar 52 % der Großbetriebe) hat sich mit diesem Thema bisher noch nicht auseinandergesetzt. 44,7 % meinen, dass in ihrem Unternehmen kein beziehungsweise zu geringer Bedarf besteht.

Knapp 40 % meinen, dass die Einführung eines solchen Angebotes mit zu hohen Kosten verbunden ist und die MitarbeiterInnen misstrauisch wären. Ungefähr ein Drittel (36,5 %) gibt an, dass sie noch keine Erfahrung in diesem Bereich sammeln konnten und nicht einschätzen könnten, ob und wie das Angebot bei der Belegschaft ankommen würde.

Tabelle 4: Angebotene Sozialleistungen, Eigene Erstellung

Erhebung	Erwerbstätige	PersonalentscheiderInnen/ GeschäftsführerInnen
Top-Box: bewerten mit „kostenlos angeboten“	n=1.017	n=218
Betriebsausflüge	31,0%	56,9%
Eigener Betriebsarzt/Betriebsärztin	63,0%	49,5%
Coaching	36,7%	38,5%
Vorträge/Seminare zu körperlicher Gesundheit/Prävention	47,7%	36,2%
Vorträge/Seminare zu psychischer Gesundheit	39,0%	32,6%
Vorsorgeuntersuchung/Gesundenuntersuchung	42,6%	30,7%
Psychologische Beratung (z.B. persönlich, schriftlich, telefonisch)	34,3%	25,7%
Essen/Essenzulage	15,4%	19,7%

Tabelle 5 verdeutlicht, dass MitarbeiterInnen teilweise größere Erwartungen an ihre ArbeitgeberInnen stellen, als diesen bewusst ist. Besonders veranschaulicht wird dies in der folgenden Aussage: Knapp 35 % der Erwerbstätigen sind der Meinung, dass ein psychologisches Beratungsangebot für MitarbeiterInnen zur sozialen Verantwortung von Unternehmen zählt. Aus ArbeitgeberInnensicht ist dieser Wert jedoch um die Hälfte (16,1 %) geringer.

Tabelle 5: Spannungsfeld ArbeitnehmerInnen versus ArbeitgeberInnen, Eigene Erstellung

Erhebung	Erwerbstätige	PersonalentscheiderInnen/ GeschäftsführerInnen
Top-Box: bewerten mit „stimme voll und ganz zu“	n=1.017	n=218
Es liegt in der sozialen Verantwortung von Unternehmen, im Betrieb Verständnis und Bewusstsein für psychische Probleme zu schaffen.	39,8%	41,7%
Es liegt in der sozialen Verantwortung von Unternehmen, präventive Maßnahmen zu setzen, um das Auftreten von psychischen Problemen bei Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen zu reduzieren.	42,0%	34,4%
Es liegt auch in der sozialen Verantwortung von Unternehmen, Mitarbeiter/innen bei psychischen Problemen durch ein entsprechendes Beratungsangebot zu unterstützen.	34,6%	16,1%
Psychische Probleme sind Privatsache und sollten daher auch im privaten Umfeld behandelt werden.	7,7%	3,7%

In Hinblick auf die Frage, ob die psychische Gesundheit Relevanz hat, hat die Auswertung ergeben, dass in einer offenen Unternehmenskultur, in der psychische Probleme durch Vorträge oder in Beratungsangeboten intern thematisiert werden, nur mehr 35 % der ArbeitnehmerInnen psychische Probleme als Tabu-Thema ansehen (s. Abbildung 4).

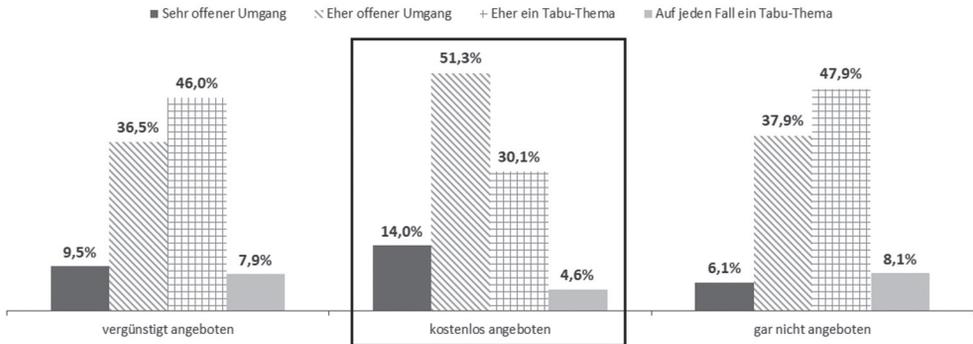


Abbildung 4: Angebote zur Förderung mentaler Gesundheit versus Umgang mit diesem Thema in Unternehmen, Eigene Erstellung

### 2.2.3 Unter welchen Umständen wird ein Angebot zur Förderung der mentalen Gesundheit angenommen?

Die Faktoren Verschwiegenheit (84,4 %), Diskretion und Anonymität (78,1 %) sind die wichtigsten Faktoren, um ein solches Angebot für MitarbeiterInnen zu ermöglichen. Darüber hinaus spielt die Möglichkeit, das Angebot auch außerhalb der Firma zu nutzen (43,3 %) eine wesentliche Rolle.

Fast doppelt so viele Erwerbstätige (26,5 %) als GeschäftsführerInnen (14,2 %) gaben an, sie würden ein kostenloses Angebot für psychologische Beratung im Unternehmen „auf jeden Fall“ annehmen.

## 3 Praktische Erfahrungen und Einsatzbereiche im Rahmen der BGF

Die moderne Arbeitswelt verlangt Mitarbeitenden Höchstleistungen ab. Unternehmen sind heute mehr denn je gefordert, auch die mentale Gesundheit ihrer Mitarbeitenden im Blick zu haben und entsprechende Maßnahmen zu treffen. Ein praktisches Fallbeispiel für eine Maßnahmenableitung zur Stärkung der mentalen Gesundheit in Unternehmen ist Instahelp.

Instahelp bietet ein umfassendes Leistungsangebot, das 1.) die Erhebung des psychischen Gesundheitszustands in Unternehmen, 2.) Maßnahmen zur Steigerung der psychischen Gesundheit von MitarbeiterInnen und 3.) die Wirksamkeitsmessung von implementierten Maßnahmen beinhaltet.

Basierend auf den Ergebnissen der kombiniert quantitativen und qualitativen Erhebung des psychischen Gesundheitszustands in Unternehmen leitet Instahelp gemeinsam

mit einem Projektteam des Unternehmens konkrete Maßnahmen für die Steigerung der mentalen Gesundheit ab. Eine wirksame Maßnahme ist die psychologische Beratung online. Wenn es MitarbeiterInnen oder Führungskräften nicht gut geht, sei es beispielsweise durch Stress am Arbeitsplatz oder Probleme in der Beziehung, können sich diese online und rund um die Uhr über die gesicherte Plattform an Instahelp wenden. Sobald die Person den Chat startet, wird sie innerhalb weniger Minuten im privaten und sicheren Beratungsraum von einem Mitarbeitenden von Instahelp empfangen. Diese Person wird, auf Basis ihres persönlichen Themas, über das sie sich beraten lassen möchte, bei der Auswahl eines geeigneten Psychologen/einer geeigneten Psychologin und der Beratungsintensität unterstützt. Binnen 24 Stunden kontaktiert der ausgewählte Psychologe/die ausgewählte Psychologin die ratsuchende Person für das erste Beratungsgespräch. Die Länge der Beratung gestaltet sich unterschiedlich. Durchschnittlich dauert sie zwischen vier bis acht Wochen und erfolgt im Textchat und per Video-/Audiotelefonie.

Aktuell bieten Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen wie der Automobilindustrie, dem Lebensmitteleinzelhandel, dem Bank- und Versicherungswesen sowie der Logistikbranche ihren MitarbeiterInnen die psychologische Beratung bei Instahelp als Leistung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung an. Erfahrungswerte zeigen folgende Erfolgsfaktoren für die gesunde Nutzung der psychologischen Online-Beratung auf:

- Das Unternehmen und Instahelp arbeiten vertrauensvoll miteinander und schnüren ein Kommunikationspaket, um ein Bewusstsein für das Thema psychische Gesundheit im Unternehmen zu schaffen.
- Für die Enttabuisierung des Themas ist es hilfreich, wenn Führungskräfte im Unternehmen als Role Model fungieren und sich für das Thema der psychischen Gesundheit stark machen.
- Die Anonymität der psychologischen Beratung muss gegeben sein und an die MitarbeiterInnen transparent und verständlich kommuniziert werden.
- Die Qualität der Online-Beratung muss sichergestellt werden, einerseits durch die Qualifikation der PsychologInnen und andererseits durch die technologische Reife der Kommunikationsplattform.

Bei der Wirksamkeitsmessung werden einerseits die Wirksamkeit der psychischen Interventionen auf den Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen gemessen und andererseits die Wirksamkeit der Kommunikationspakete in Hinblick auf die Akzeptanz und Nutzung der angebotenen Maßnahmen (s. Abbildung 5).

Die Nutzungsrate in Unternehmen liegt zwischen 0,3 und 15 Prozent. Diese ist abhängig von der Offenheit des Unternehmens hinsichtlich des Themas der mentalen Gesundheit, der Anzahl an Kontaktpunkten zwischen Unternehmen und Instahelp sowie der Kommunikationslinie (Top-down, Bottom-up), um das Angebot bei den Mitarbeitenden zu platzieren. Die Beratungsdauer ist abhängig von den individuellen Anliegen der Mitarbeitenden und liegt im Durchschnitt bei vier bis acht Wochen. Die häufigsten Themen, die bei der Beratung angesprochen werden, sind Beziehung, Familie, Stress, Beruf & Karriere.

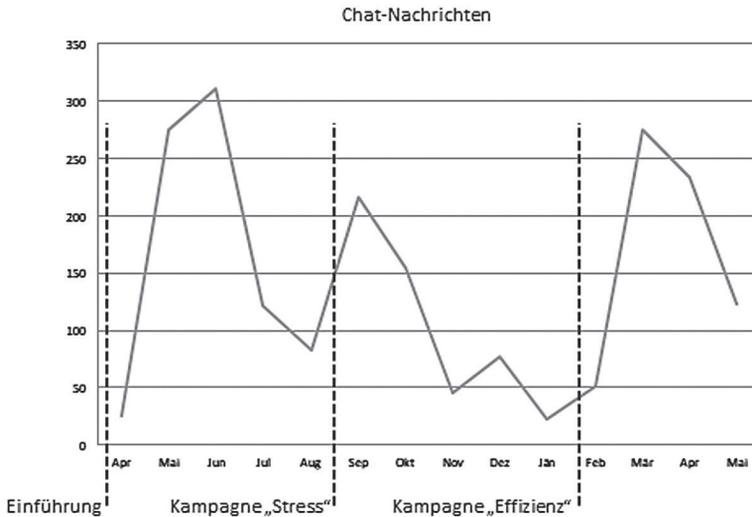


Abbildung 5: Nutzungsstatistiken eines KMUs, Eigene Erstellung

## 4 Zusammenfassung

Mentale Gesundheit ist ein weit gefasster Begriff, der auch in der Betrieblichen Gesundheitsförderung einen wesentlichen Stellenwert hat. Hierbei geht es konkret um die Förderung der mentalen Gesundheit der Mitarbeitenden, die durch vom Unternehmen zur Verfügung gestellte Leistungen geboten wird.

### 4.1 Fazit

Mentale Gesundheit ist ein Trendthema in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Aufgabe für PersonalmanagerInnen in Unternehmen liegt darin, Verantwortung für das Thema zu übernehmen und Maßnahmen kontinuierlich und ausdauernd zu verfolgen. Es geht darum, offen für Emotionen zu sein, diese zu nutzen und zu managen.

Folgende Forschungsfragen wurden behandelt:

- Wie werden mentale Gesundheit und psychische Probleme von MitarbeiterInnen in österreichischen Unternehmen wahrgenommen?
- Hat die psychische Gesundheit Relevanz in Unternehmen und gibt es Maßnahmen zu deren Förderung?
- Unter welchen Umständen wird ein Angebot zur Förderung der mentalen Gesundheit angenommen?

Diese Kernaussagen konnten aus der Studie abgeleitet werden:

- Trotz der gesellschaftlichen Präsenz sind psychische Probleme noch stark stigmatisiert oder gar tabuisiert, vor allem wenn man auf das berufliche Umfeld blickt. Fast die Hälfte der ArbeitnehmerInnen sieht psychische Probleme als Tabu-Thema im Unternehmen (48,6 %).
- 58,3 % der ArbeitnehmerInnen gaben an, bei psychischen Problemen einen beruflichen Hintergrund zu erkennen.
- Aus den Ergebnissen kann eine geringere Akzeptanz von psychischen Problemen gegenüber körperlichen Problemen abgeleitet werden. Dies gilt besonders für psychische Probleme außerhalb der breit bekannten Themen wie „Burnout“ oder „Depression“.
- Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem psychischen Zustand eines Mitarbeiters / einer Mitarbeiterin und der Produktivität am Arbeitsplatz.
- MitarbeiterInnen stellen teilweise größere Erwartungen an ihre ArbeitgeberInnen, als diesen bewusst ist. Besonders veranschaulicht wird dies in der folgenden Aussage: Knapp 35 % der Erwerbstätigen sind der Meinung, dass ein psychologisches Beratungsangebot für MitarbeiterInnen zur sozialen Verantwortung von Unternehmen zählt. Aus ArbeitgeberInnensicht ist dieser Wert jedoch um die Hälfte (16,1 %) geringer.
- In einer offenen Unternehmenskultur, in der psychische Probleme durch Vorträge oder in Beratungsangeboten intern thematisiert werden, sehen nur mehr 35 % der ArbeitnehmerInnen psychische Probleme als Tabu-Thema.
- Die Faktoren Verschwiegenheit (84,4 %), Diskretion und Anonymität (78,1 %) sind die wichtigsten Faktoren, um ein solches Angebot für MitarbeiterInnen zu ermöglichen. Darüber hinaus spielt die Möglichkeit, das Angebot auch außerhalb der Firma zu nutzen (43,3 %) eine wesentliche Rolle.

Die psychische Gesundheit ist trotzdem weiterhin stigmatisiert. Daher ist ein relevanter Aspekt beim Angebot von Maßnahmen zur Förderung der mentalen Gesundheit die Kommunikation an die Mitarbeitenden. Regelmäßige Kommunikationsmaßnahmen fördern das Bewusstsein und senken die Hemmschwelle, Angebote zu nutzen.

Eine Schwierigkeit bei der Einführung und Nutzung von Angeboten zur Förderung der mentalen Gesundheit ist die Messbarkeit. Um ein ganzheitliches Bild zu erhalten, können langfristige Erfolgsindikatoren, wie Nutzungsraten, Entwicklung der Fehltagel und Krankenstände etc. herangezogen werden. Zusätzlich empfiehlt sich, regelmäßig die gesetzlich vorgeschriebene Erhebung der psychischen Arbeitsbelastung am Arbeitsplatz durchzuführen und diese mit qualitativem Feedback von Mitarbeitenden zu untermauern.

## 4.2 Ausblick

Die Weltgesundheitsorganisation legt in ihrem Mental Health Action Plan den Fokus auf die Erforschung neuer Erkenntnisse im Bereich der psychischen Gesundheit und

möchte ein Sprachrohr sein, das Strategien zur Förderung und Prävention der psychischen Gesundheit auch innerhalb von Unternehmen entwickelt (World Health Organization, 2013b). Die Kunst liegt demnach darin, Maßnahmen für Betriebe abzuleiten und umzusetzen sowie diese bei den Mitarbeitenden zu platzieren, sodass die Angebote in Anspruch genommen werden. Die vermehrte Aufmerksamkeit schärft das Bewusstsein der Mitarbeitenden und ermutigt sie, ihre mentale Gesundheit aufrecht zu erhalten und kontinuierlich, wie auch die eigene körperliche Gesundheit, zu fördern.

## Literatur

- Arbeiterkammer (Hrsg.). (2019). Psychische Krankmacher in der Arbeit und was sie kosten. Verfügbar unter: [https://www.arbeiterkammer.at/beratung/ArbeitundGesundheit/psychischebelastungen/Psychische\\_Krankmacher.html](https://www.arbeiterkammer.at/beratung/ArbeitundGesundheit/psychischebelastungen/Psychische_Krankmacher.html) [02.04.2019].
- Biffi, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C. & Rückert, E. (2011). Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen (Arbeiterkammer, Hrsg.).
- Brehm, M. (2001). Emotionen in der Arbeitswelt. *Arbeit*, 10(3), 205-218.
- Business in the Community. (2018). Mental Health at Work 2018 Report. Seizing The Momentum. Verfügbar unter: [https://wellbeing.bitc.org.uk/system/files/research/mental\\_health\\_at\\_work\\_-\\_survey\\_report\\_2018\\_-\\_23oct2018new.pdf](https://wellbeing.bitc.org.uk/system/files/research/mental_health_at_work_-_survey_report_2018_-_23oct2018new.pdf) [02.04.2019].
- Leoni, T. & Böheim, R. (2018). Fehlzeitenreport 2018. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich – Präsentismus und Absentismus (Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung, Hrsg.).
- Mulligan, K. & Scherer, K. R. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*, 4(4), 345-357.
- Schneider, F. & Dreer, E. (2018). Burnout-Prophylaxe - rechnet sich das? (Johannes Kepler Universität Linz, Hrsg.).
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* (21), 655-679.
- World Health Organization (Hrsg.). (2013a). Investing in mental health. evidence for action.
- World Health Organization (Hrsg.). (2013b). Mental Health Action Plan 2013-2020.

# **Ein einfaches Instrument mit dreifachem Nutzen?**

## **Zur Validität von HRV-Messungen im Screening, als Maßnahme und zur Evaluierung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Dr. med. Alfred LOHNINGER, Mag. Patricia BÖHM  
*Autonom Health GesundheitsbildungsGmbH, Wien, Österreich*

**KURZFASSUNG:** Krankheitsbedingte Ausfälle aufgrund arbeitsbedingter psychischer Belastungen sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Daher rückt das Thema der Betrieblichen Gesundheitsförderung zunehmend in den Fokus der Gesellschaft und auch Forschung. Die Forschung Burgenland hat daher in einer Studie im Rahmen des vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderten und unterstützten Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ die Wirksamkeit diverser Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit Fokus auf psychosoziale Gesundheit an MitarbeiterInnen und Führungskräften verschiedenster Betriebe untersucht. Dabei wurden Herzratenvariabilitätsmessungen (HRV-Messungen) an t1 (Ist-Erhebung), t2 (nach Interventionen) und t3 (nach Interventionen) erhoben. In diesem Beitrag soll daher der Nutzen von HRV-Messungen zur Evaluierung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) herausgearbeitet werden. Als nicht-invasives Verfahren ermöglicht die Herzratenvariabilität die Erfassung der Veränderungen im vegetativen Nervensystem. Die Studie zeigt, dass es mittels HRV-Messungen möglich ist, Veränderungen im vegetativen System sichtbar zu machen.

### **1 Einleitung**

Die berufliche Tätigkeit ist ein zentraler Bestandteil des Lebens für eine Vielzahl von Menschen. Die Handhabung von sowohl Risiko- als auch Schutzfaktoren für Berufstätige erlangt daher große Bedeutung.

Zahlreiche Studien belegen, dass Belastungen am Arbeitsplatz die Gesundheit negativ beeinflussen können (Siegrist & Dragano, 2008; Rau et al., 2010). Digitalisierung, Beschleunigung am Arbeitsplatz, Zeitdruck, Zunahme an psychischen Belastungen und erhöhte Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen werden immer mehr zum zentralen Thema der Arbeitswelt.

Krankheitsbedingte Ausfälle aufgrund psychischer Belastungen sind in den letzten Jahren stark angestiegen. Arbeitsbedingter Stress ist in Österreich weit verbreitet: 22,3 % der unselbstständig Beschäftigten zwischen 15 und 64 Jahren leiden unter arbeitsbedingtem Stress (EU-15: 19,9 %). (Biffi et al., 2011)

Jedoch zeigen auch viele internationale Studien, dass sich Investitionen in die Betriebliche Gesundheitsförderung auszahlen. Der Mensch verbringt durchschnittlich mehr als 8 Stunden am Arbeitsplatz. Wohlbefinden und Gesundheit sind somit keine Privatangelegenheit, sondern müssen auch als Aufgabe eines Unternehmens erkannt werden. Wohlbefinden und Zufriedenheit führen zu einer hohen Arbeitsmotivation und beeinflussen dadurch das Unternehmensergebnis. Optimierte Arbeitsbedingungen, Konfliktbewältigungsstrategien, Entspannungstrainings, eine angemessene Unternehmenskultur, Teamentwicklungsmaßnahmen, Selbstmanagementstrategien etc. reduzieren Stress. Je weniger Präventions- und Unterstützungsmöglichkeiten eine Firma anbietet, desto höher ist das Burnout-Risiko (Gabriel & Nicham, 2012).

Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wird die psychosoziale Gesundheit von MitarbeiterInnen und Führungskräften in fünf burgenländischen Betrieben unterschiedlichster Branchen untersucht. Ziel der Studie ist die Überprüfung der Wirksamkeit gesetzter Maßnahmen.

Dabei kommen Herzratenvariabilitäts- (kurz HRV) Messungen zum Einsatz. Bei psychischen Belastungen werden Veränderungen in der HRV sichtbar. So ist z.B. bei mentalem Stress (Hjortskov et al., 2004) oder Bluthochdruck (Ruediger et al., 2004) eine reduzierte HRV erkennbar. Dieser Beitrag legt den Fokus auf den Einsatz der HRV und die mit der Methode gewonnenen Ergebnisse im Rahmen des Projektes.

## 2 Herzratenvariabilität

Das Herz reagiert unmittelbar auf alles, was der Mensch im Außen erlebt und im Inneren denkt und fühlt. Bei gesunden Menschen reagiert das Herz als High-Tech-Instrument ununterbrochen auf diese äußeren und inneren Signale mit fein abgestimmten Veränderungen (Variationen) der Herzschlagfolge. Bei körperlicher Anstrengung oder Stress steigt die Herzfrequenz und sinkt in Ruhe oder während des Schlafens. Dieses Phänomen nennt man Herzratenvariabilität (HRV). Die HRV beschreibt also die Fähigkeit des Herzens, den zeitlichen Abstand von einem Herzschlag zum nächsten laufend zu verändern und sich so flexibel ständig wechselnden Herausforderungen anzupassen (Lohninger, 2017).

Schon Shaffer et al. (2014) postulierten: „*The healthy heart is not a metronome*“. Gemeint ist damit, dass sich ein gesundes kardiovaskuläres System durch eine hohe HRV auszeichnet. Je flexibler also das autonome Nervensystem eines Individuums ist, desto eher ist es in der Lage, mit angemessener Emotionsregulation auf die Umwelt zu reagieren (Appelhans & Luecken, 2006), und desto höher ist seine erhaltene Adaptionsfähigkeit und damit auch die HRV.

Eine reduzierte HRV steht hingegen für ein Ungleichgewicht im autonomen Nervensystem (Birkhofer et al., 2005), das für das Beschleunigen oder Entschleunigen des Herzschlages verantwortlich ist (Shaffer et al., 2014; McCraty & Shaffer, 2015).

Damit ist die HRV ein Maß für die allgemeine Anpassungsfähigkeit eines Organismus. Die Steuerung geschieht durch das Aktivieren des Sympathikus (im Sinne der Anspannung) und des Parasympathikus (im Sinne der Erholung). Trainingsreize lösen

eine Sympathikusaktivierung aus, die wiederum zu einer Hemmung der Parasympathikusaktivität führt. Als nicht-invasives Verfahren erfasst die Herzratenvariabilität die Veränderungen im vegetativen Nervensystem.

### **3 Methode**

Im Folgenden werden Fragestellung, Stichprobe und Ablauf der Datenerhebung beschrieben.

#### **3.1 Untersuchungsdurchführung**

Die Herzratenvariabilität wurde im Rahmen von 24-Stunden Messungen erhoben. Sie wurde mit einem Mini-EKG und zwei Klebeelektroden bei den MitarbeiterInnen an 3 Messzeitpunkten zwischen November 2017 und Dezember 2018 erhoben. Ausgangslage zu t1 war die Erhebung der Ist-Situation und die Identifikation der Bedürfnisse der MitarbeiterInnen und Führungskräfte. Zwischen t1 und t3 konnten die TeilnehmerInnen je nach Wunsch und Interesse an HRV-Coachings sowie diversen Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen. Da für t3 zum Zeitpunkt der Verfassung des Beitrags kaum Vergleichsmessungen vorlagen, liegt der Fokus im Folgenden auf Unterschieden zwischen t1 und t2.

#### **3.2 ProbandInnen**

Die Analysepopulation bestand aus ursprünglich 52 MitarbeiterInnen. Ausfälle an t2 sowie eine Messdauer von weniger als 20 Stunden ließen die Anzahl der ProbandInnen auf 46 Personen, davon 29 Frauen und 17 Männer, sinken. Das durchschnittliche Alter lag bei 42,53 Jahren (19-61 Jahre). Für die Auswertung wurden die ProbandInnen in die Gruppen „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ (9 ProbandInnen), „HRV-Coaching mit Maßnahme“ (13 ProbandInnen), „Ohne HRV-Coaching ohne Maßnahme“ (12 ProbandInnen) und „Ohne HRV-Coaching mit Maßnahme (11 ProbandInnen)“ eingeteilt.

#### **3.3 Fragestellung**

Der Untersuchung liegt die Fragestellung zugrunde, ob mithilfe der Herzratenvariabilität Veränderungen in den Gruppen zwischen t1 und t2 sichtbar gemacht werden können.

#### **3.4 Erfasste HRV-Parameter**

Die folgenden HRV-Parameter sind in der vorliegenden Auswertung von zentraler Bedeutung.

**Mittlere Herzrate:** Die mittlere Herzrate ist abhängig vom allgemeinen Aktivierungs- und Belastungszustand und den Tages- und Nachtaktivitäten, höher bei mehreren Stunden Sport, jedoch auch relativ hoch, wenn über lange Zeit keine Bewegung gemacht wurde. Die mittleren Herzraten (Schläge pro Minute) liegen in einem Bereich von < 68 (Frauen) bzw. 65 (Männer) bis > 94 (Frauen) bzw. 91 (Männer).

**Mittlere Herzrate Tag:** spiegelt u.a. Aktivierung durch Stress. Die Bandbreite reicht von < 74 bei guter Ökonomie bis > 98 Schlägen pro Minute bei Überaktivierung und / oder fehlenden Pausen. Sportliche Aktivität wird bei diesem Parameter nicht eingerechnet.

**Mittlere Herzrate Nacht:** zeigt, wie gut der Organismus die wichtigste Regenerationszeit nutzen kann. Der Bereich liegt hier zwischen < 55 bei Männern bzw. 58 bei Frauen (sehr gut) bis > 81 bei Männern bzw. 83 bei Frauen (bedenklich).

**pNN50:** Maß für die Vagusaktivität und die generellen Reserven. Prozentanteil der Herzschläge mit einem Abstand von N zu N (bzw. R zu R) von 50 ms oder länger. 24-Stunden-Werte zwischen 1,0 % bei über 70-Jährigen und 40 % bei Jugendlichen, SportlerInnen und VagotonikerInnen. Höhere Werte weisen auf vermehrte parasympathische Aktivität hin.

**Total Power** (0,00 – 0,40 Hz): zeigt die Gesamtgröße aller Frequenzbereiche an (Summe aus ULF, VLF, LF und HF). Sie gilt als das Maß für den Einfluss des Vegetativums auf das Herz-Kreislauf-System. Der Mittelwert vom Gesamtausmaß aller Abstände zwischen sämtlichen Herzschlägen einer Aufzeichnung wird in Millisekunden zum Quadrat (ms<sup>2</sup>) angegeben.

Die Noten bei allgemeiner Vitalität, Leistungspotential, Biologisches Alter und Burnout Risiko sind nach dem Schulnotensystem bewertet, mit „1 = sehr gut“ und „5 = sehr schlecht“. D.h. wenn das Burnout Risiko mit „1“ benotet ist, dann ist das Risiko gering. Wurde das Leistungspotential mit „1“ bewertet, dann ist dieses sehr gut.

Die Daten zur Berechnung der in Folge dargestellten Gesundheitsattribute stammen aus den angeführten Kennzahlen etablierter HRV-Parameter. Die zugrunde liegenden Algorithmen basieren auf den spezifischen Mustern physiologischer Gesetzmäßigkeiten (beispielsweise zeichnet sich die Güte der Schlafqualität zwingend durch eine entsprechende Absenkung der mittleren Herzrate und einer Zunahme der Gesamtvariabilität der Herzschlagfolge mit Betonung der durch den Parasympathikus vermittelten Frequenzanteile aus).

**Allgemeine Vitalität:** beschreibt den gesundheitlichen Gesamtzustand, die generelle Verfassung, das Ausmaß an Ressourcen, das einem zur Verfügung steht, um lange gesund zu leben. Der Parameter ist synonym mit dem in der Medizin etablierten Begriff des Allgemeinzustands zu verstehen.

**Leistungspotential:** gibt Auskunft über die insgesamt vorhandenen Leistungsreserven, die physische Substanz, die allgemeine und maximale Leistungsfähigkeit sowie über körperliche und geistige Potenziale.

**Burnout Risiko:** beschreibt das Ausmaß an Substanzverlust, eingeschränktem Regenerations- und Leistungsvermögen und die Verflachung biologischer Rhythmen.

**Aktuelles Biologisches Alter:** Die individuelle Konstitution und der bisherige mehr oder weniger sorgsame Umgang mit diesen Ressourcen bestimmen das aktuelle Biologische Alter. Es ist ein Maß für die gegenwärtige vegetative Adaptabilität, den momentanen physiologischen Funktionszustand. Die Grundlage zur Berechnung eines „Aktuellen Biologischen Alters“ bildet die Tatsache der deutlichen Alters- und Geschlechtsabhängigkeit aller HRV-Parameter.

**Schlaf:** Eine erholsame Nacht ist eine wesentliche Voraussetzung für körperliches und geistiges Wohlbefinden. Die Spätfolgen von ständig schlechtem Schlaf führen zu einer eingeschränkten Lebensqualität und zu Krankheiten.

## 4 Ergebnisse

Die Werte in den folgenden Abbildungen zeigen die Veränderungen zwischen Messzeitpunkt 1 und Messzeitpunkt 2. Ein Sinken der Herzrate, eine Erhöhung der Werte pNN50 und Total Power sowie der Noten für Allgemeine Vitalität, Leistungspotential, Schlaf, Biologisches Alter und Burnout Risiko steht für Verbesserungen.

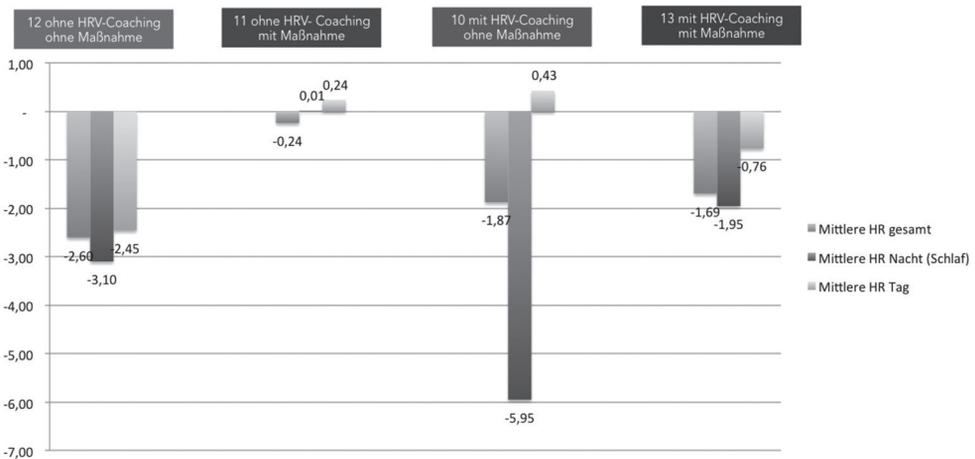


Abbildung 1: Absolute Veränderungen der Herzraten, Eigene Erstellung

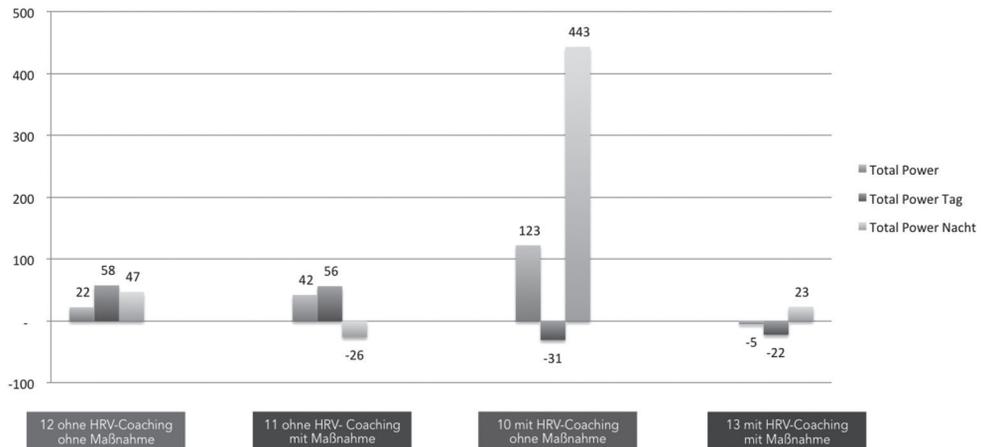


Abbildung 2: Absolute Veränderungen der HRV, Eigene Erstellung

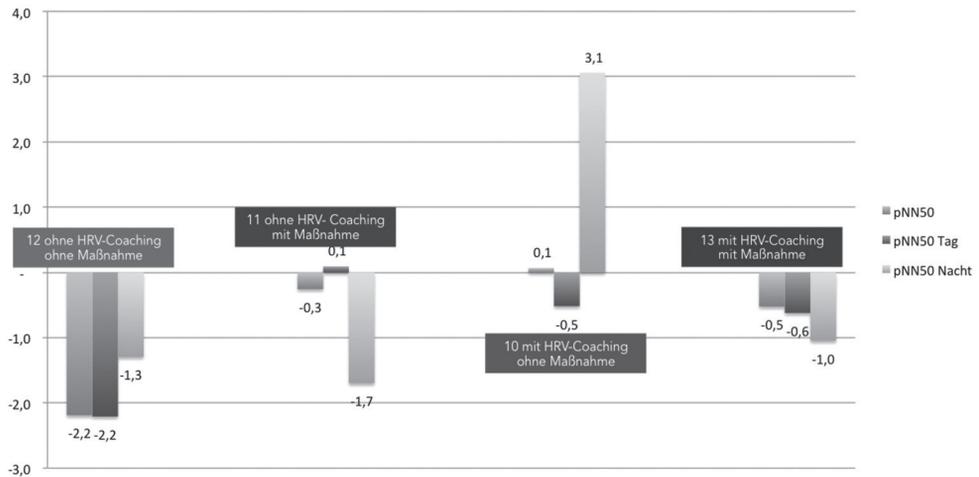


Abbildung 3: Absolute Veränderungen im Vagotonus, Eigene Erstellung

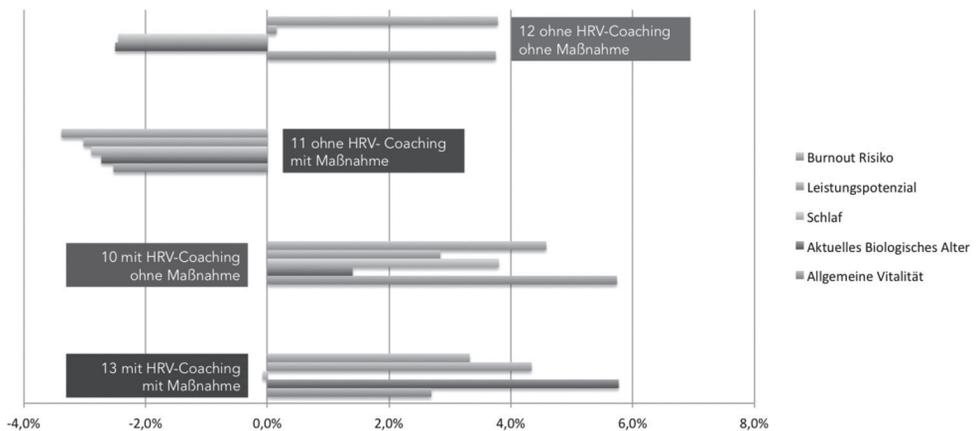


Abbildung 4: Veränderungen von Burnout Risiko, Leistungspotenzial, Schlaf, Biologischem Alter und Allgemeiner Vitalität, Eigene Erstellung

Es zeigt sich, dass Personen, die in der Gruppe „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ teilnahmen, eine deutlich verbesserte HRV von t1 zu t2 aufwiesen. In Abbildung 1 sieht man, dass die Herzrate gesamt, am Tag und in der Nacht bei „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ am stärksten sinkt. Abbildung 2 verdeutlicht, wie stark sich die Total Power zwischen t1 und t2 in den einzelnen Varianten verändert hat. Auch hier wird ersichtlich, dass „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ zur größten Verbesserung führt. Die positiven Veränderungen der Werte von pNN50 gesamt, am Tag und in der Nacht in der

Variante „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ sind in Abbildung 3 grafisch dargestellt. Auch die Werte „Allgemeine Vitalität“, „Schlaf“, „Leistungspotenzial“, „Burnout Risiko“ und „Biologisches Alter“ verbesserten sich in der Variante „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ am deutlichsten (s. Abbildung 4).

## 5 Diskussion

Die Annahme, dass mithilfe von HRV-Messungen Unterschiede in den Ergebnissen „HRV-Coaching ohne Maßnahme“, „HRV-Coaching mit Maßnahme“, „Ohne HRV-Coaching ohne Maßnahme“ und „Ohne HRV-Coaching mit Maßnahme“ sichtbar gemacht werden können, konnte bestätigt werden. Die Auswertung der HRV-Parameter ergab für t2 eine Verbesserung der allgemeinen Vitalität, Leistungspotential, Schlaf, Biologisches Alter und Burnout Risiko, welche am deutlichsten in der Gruppe „HRV-Coaching ohne Maßnahme“ sichtbar gemacht werden konnten. In den Werten Mittlere Herzrate (gesamt, Tag, Nacht), Total Power (gesamt, Tag, Nacht) sowie minimale und maximale Herzraten zeigten sich ebenfalls Verbesserungen.

Es zeigt sich, dass vor allem ein HRV-Coaching zu einer deutlichen Verbesserung führt. Möglicherweise führen die Hinweise, die während der Coachings gegeben wurden und die damit einhergehende persönliche Involviertheit, zu einer größeren Verbesserung als der Besuch verschiedener Workshops der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Interessant wäre zu sehen, welche Veränderungen es bis zu t3 gegeben hätte. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Beitrags lagen die Ergebnisse jedoch noch nicht vor.

## 6 Zusammenfassung

Mithilfe der HRV können Veränderungen im vegetativen Nervensystem über die Zeit, hervorgerufen durch die Teilnahme an HRV-Coachings und Maßnahmen, deutlich sichtbar gemacht werden. Durch die objektive Erfassung der Veränderung kann das Phänomen der sozialen Erwünschtheit, welches oft durch Fragebögen auftritt, ausgeschlossen werden. Die HRV eignet sich als non-invasives Tool zur Identifizierung dieser Veränderungen.

## 7 Handlungsempfehlungen

Fortschreitende Digitalisierung und immer besserer Zugang zu benutzerfreundlichen und kostengünstigen Messgeräten, wie z.B. leistungsfähige Brustgurtsysteme, ermöglichen seit kurzem, HRV-Messungen mittels Bluetooth-Datenübertragung „live“ und fortlaufend auch über lange Zeiträume und ohne Einschränkungen des gewohnten Alltags durchzuführen. Die damit verbundene klare Sichtbarmachung der unmittelbaren Auswirkungen sowohl jeglicher gesundheitsförderlicher als auch die Gesundheit schädigender Einflüsse führt unweigerlich zu positiven Veränderungen im Verhalten Einzelner, aber auch von Gruppen.

Die Erzeugung eines gesundheitsförderlichen „Mainstreams“ innerhalb von Unternehmen auf Basis objektiver Messungen der eigenen „funktionellen Instanz“, verbunden mit attraktiver Gesundheitskommunikation unter Einbindung freiwillig „gepositeter“ best Practice Beispiele, führt zur Etablierung nachhaltig gesundheitsförderlicher Verhältnisse im Unternehmen und anhaltend gesundheitsförderlichem Verhalten der MitarbeiterInnen.

## Literatur

- Appelhans, B. & Luecken, L. (2006). Heart rate variability as an index or regulated emotional responding. *Review of General Psychology* 10 (3), 229-240.
- Birkhofer, A., Schmidt, G. & Först, H. (2005). Herz und Hirn – Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen und ihrer Therapie auf die Herzfrequenzvariabilität. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 73(4), 192-205.
- Biff, G., Faustmann, A., Gabriel, D., Leoni, T., Mayrhuber, C. & Rückert, E. (2011). Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen. Wien/Krems.
- Gabriel, T. & Nicham, R. (2012): Burnout: Leitfaden zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. 2., überarbeitete Aufl. (Wissen 5), hg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien.
- Hjortskov, N., Rissén, D., Blangsted, A.K., Fallentin, N., Lundberg, U. & Søgaard, K. (2004). The effect of mental stress on heart rate variability and blood pressure during computer work. *European Journal of Applied Physiology* 92, 84-89.
- Lohninger, A. (2017). Herzratenvariabilität. Das HRV-Praxis-Lehrbuch. Wien: Facultas.
- McCarty, R. & Shaffer, F. (2015). Heart rate variability: new perspectives on physiological mechanisms, assessment of self-regulatory capacity, and health risk. *Global Advances in Health and Medicine* 4 (1), 46-61.
- Rau, R., Gebele, N., Morling, K. & Rösler, U. (2010). Untersuchung arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden.
- Ruediger, H., Seibt, R., Scheuch, K., Krause, M. & Alam, S. (2004). Sympathetic and parasympathetic activation in heart rate variability in male hypertensive patients under mental stress. *J Hum Hypertens* 18, 307-314.
- Shaffer, F., McCarty, R. & Zerr, C. (2014). A healthy heart is not a metronome: an integrative review of the hearts anatomy and heart rate variability. *Frontiers in Psychology* 5, 1040.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben – Befunde aus internationalen Studien zum Anforderungs-Kontroll-Modell und zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Volume 51, Nummer 3, 305-312.

# **Pausengestaltung am Arbeitsplatz. Bedeutung und Möglichkeiten der Erholung und Pausengestaltung im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

Dr. Gerhard BLASCHE

*Medizinische Universität Wien, Abteilung Umwelthygiene und Umweltmedizin am Zentrum für Public Health*

*„Wenn du Zeit hast, mache drei Pausen am Tag, wenn du keine Zeit hast, mache fünf!“*

**KURZFASSUNG:** Arbeitspausen dienen der körperlichen, geistigen und emotionalen Erholung, der Befriedigung von körperlichen und sozialen Bedürfnissen, der Selbstbelohnung und der Strukturierung eines Arbeitstages. Pausen reduzieren Ermüdung, arbeitsbedingte körperliche Beschwerden sowie Stress und steigern die Leistungsfähigkeit und die Arbeitsmotivation. Kurzpausen von circa 10 Minuten sollten alle 1-2 Stunden in Abhängigkeit der Schwere der Arbeit gemacht werden. Die Erholungswirkung von Pausen kann dabei durch moderate körperliche Aktivität, Naturerleben und die Anwendung von Entspannungstechniken erhöht werden. Insbesondere bei körperlich fordernder Arbeit (z.B. körperliche Schwerarbeit, Bildschirmarbeit etc.) sollten zusätzlich auch Mikropausen von bis zu 60 Sekunden alle 15-30 Minuten abgehalten werden.

## **1 Beanspruchung und Beanspruchungsfolgen**

Menschen werden durch Arbeit, einer zielgerichteten, willentlichen Tätigkeit zur Schaffung von Mehrwert, sowohl auf spezifische als auch auf unspezifische Weise beansprucht. Die spezifische Beanspruchung ist Folge der konkreten Tätigkeit und kann den körperlichen Bereich (z.B. die Augen bei Bildschirmarbeit), den emotionalen Bereich (z.B. Emotionskontrolle bei Call-Center MitarbeiterInnen) oder den kognitiven Bereich (z.B. Planen und Entscheiden bei Fluglotsen) betreffen. Die unspezifische Beanspruchung ist Folge der Arbeitsbedingungen, zu denen Faktoren wie Arbeitsmenge, Arbeitszeit, Gestaltungsspielraum, Arbeitsklima etc. gehören und beinhaltet vor allem die sogenannten exekutiven Funktionen, das sind jene geistigen Funktionen, mit denen Menschen ihr Verhalten willentlich steuern und dadurch den in der Arbeit geforderten Mehrwert schaffen. Dazu gehören Selbstkontrolle, das Arbeitsgedächtnis und kognitive Flexibilität. Die für die Arbeitstätigkeit in der Regel erforderliche Selbstkontrolle umfasst Impulskontrolle, das Ausblenden von Ablenkungen und das Überwinden innerer Widerstände, die alle der Erreichung der Handlungsziele dienen (Schmidt & Diestel, 2015). Die Inanspruchnahme der exekutiven Funktionen ist aufgrund deren begrenzter Kapazität mit Anstrengung verbunden und trägt daher zur Ermüdung bei (Shenhav et al., 2017).

Unmittelbar ist eine Arbeitstätigkeit, die uns angemessen fordert, uns also weder über- noch unterfordert, anregend und vermindert daher die Ermüdung. Bei fortgesetzter Arbeitstätigkeit kommt es jedoch durch die beschriebene spezifische und unspezifische Beanspruchung zu Beeinträchtigungen, den sogenannten Beanspruchungsfolgen, deren Ausmaß vom Grad der Beanspruchung abhängt. Dazu gehören etwa brennende oder trockene Augen bei Bildschirmarbeit, wachsende Anspannung und Ärger bei Call-Center MitarbeiterInnen oder eine Abnahme der Konzentrationsfähigkeit bei Fluglotsen. Darüber hinaus kommt es aufgrund der mit den Arbeitsbedingungen einhergehenden Anstrengung zu Ermüdung. Diese zeigt sich in einer verminderten Aktivierung und Leistungsfähigkeit, einer größeren Ablenkbarkeit und einer verminderten Bereitschaft, die Tätigkeit fortzusetzen. Muss die Tätigkeit fortgesetzt werden, so erfordert dies eine Anstrengungssteigerung zur Kompensation der vorliegenden Müdigkeit, welche eine zusätzliche Stressbelastung darstellt und daher die Ermüdung noch schneller voranschreiten lässt.

## 2 Erholung durch Arbeitspausen

Eine Möglichkeit, die Beanspruchungsfolgen zu minimieren, sind Arbeitspausen, d.h. eine kurze Unterbrechung der Arbeitstätigkeit zum Zwecke der Erholung (Tucker, 2003; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Arbeitspausen erlauben es, die Beanspruchungsfolgen abzubauen. Arbeitspausen entfalten ihre Wirkung unter anderem durch die Unterbrechung der Belastung, die zu einer Reduktion der spezifischen und unspezifischen Beanspruchung beiträgt. Gleichzeitig ermöglichen Pausen, sich anderen Tätigkeiten zuzuwenden, die nicht nur weniger fordernd sind, sondern auch einen größeren Belohnungscharakter haben, wie soziale Kommunikation, Essen, Trinken oder – bei RaucherInnen – Rauchen. Durch die Arbeitsunterbrechung kommt es meist zu einer physiologischen Entspannung, die zum Abbau von Ermüdung, Stresserleben und körperlichen Beschwerden beiträgt. In der Praxis umfassen Arbeitspausen mehr oder weniger explizite Handlungen zur Aufrechterhaltung von Wohlbefinden und Arbeitsfähigkeit, wie im Internet zu surfen, etwas zu trinken oder mit KollegInnen zu plaudern (Fritz, Lam & Spreitzer, 2011; Zacher, Brailsford & Parker, 2014). Grundsätzlich wird jedoch davon ausgegangen, dass explizite, „öffentliche“ Arbeitspausen erholsamer sind als „verdeckte“ Pausen, da diese durch Scheintätigkeiten maskiert werden müssen (Graf, Rutenfranz & Ulich, 1970). Beschäftigte in Österreich nehmen zusätzlich zur Mittagspause im Schnitt zwei Arbeitspausen (definiert als Erholungspause > 3 Minuten) mit einer durchschnittlichen Dauer von 7 Minuten (Blasche et al., 2017). Allerdings gibt es hier große interindividuelle Unterschiede. Während 17 % der Beschäftigten nur eine Mittagspause machen, machen 5 % der Beschäftigten sogar sechs oder mehr Pausen pro Tag. Ein Teil dieser Unterschiede lässt sich auf die Art der Arbeit (z.B. Krankenschwestern machen seltener Pausen als Verwaltungsbedienstete) und auf Unterschiede in der Betriebskultur zurückführen.

## 2.1 Pausen und Wohlbefinden

Pausen führen unmittelbar zu einer Reduktion der Müdigkeit und einer Steigerung der Vitalität bzw. Anstrengungsbereitschaft (Zacher et al., 2014; Blasche et al., 2018). Darüber hinaus wirken sich Arbeitspausen auch positiv auf das Wohlbefinden am Ende der Arbeit aus. Häufigere und/oder längere Pausen während des Arbeitstages gehen mit einer geringeren Ermüdung und einem geringeren Stresserleben am Ende des Arbeitstages einher (Blasche et al., 2017; Meijman, 1997). Gleichzeitig dürfte sich jedoch auch die Aussicht auf eine Pause vorteilhaft auswirken. So konnten Graf et al. (1970) zeigen, dass die Arbeitsleistung von Büglerinnen vor einer geplanten Pause steigt. Pausen verringern überdies auch allfällige mit der Arbeit einhergehende körperliche Beschwerden. Dies zeigt sich sowohl bei manuellen Tätigkeiten (Dababneh, Swanson & Shell, 2001; Faucett et al., 2007; Tiwari & Gite, 2006), bei ChirurgnInnen während eines operativen Eingriffes (Park et al., 2017; Engelmann et al., 2011) als auch bei der Arbeit am PC (Balci & Aghazadeh, 2003; Barredo & Mahon, 2007). Allerdings gibt es bezüglich der Pausenwirkung bei PC-Arbeit auch Studien, die keinen Effekt von Pausen auf muskuloskelettale Beschwerden finden (van den Heuvel et al., 2003; Brewer et al., 2006). In Summe lässt sich jedoch sagen, dass Arbeitspausen in der Regel Müdigkeit und körperliche Beschwerden abbauen und die Arbeitsmotivation steigern.

## 2.2 Pausen und Leistungsfähigkeit

Auf der Ebene des Verhaltens führen Pausen zu einer Verbesserung der Leistungsfähigkeit. Pausen verkürzen etwa die Reaktionszeit bei Aufgaben, die Daueraufmerksamkeit erfordern (McCormack, 1958; Lim & Kwok, 2016) und steigern die Leistung beim Kopfrechnen (Graf et al., 1970). Durch die Abhaltung von Pausen kommt es während minimalinvasiver Chirurgie zu einer Reduktion von Zwischenfällen (Engelmann et al., 2011). Bei Fließbandarbeit gehen Pausen ebenso mit einer Steigerung der Produktivität einher, wie eine Reihe älterer Studien belegt (Wyatt, 1924; Richter, 1931). Die Verbesserung der Leistungsfähigkeit durch Pausen wird auch bei anderen vorwiegend monotonen Tätigkeiten wie der Dateneingabe beobachtet. In einer rezenten Meta-Analyse konnte diese Verbesserung der Leistungsfähigkeit sowohl in Bezug auf die Qualität als auch auf die Quantität der Arbeit bestätigt werden (Wendsche, Lohmann-Haislah & Wegge, 2016). Es ist wichtig zu betonen, dass die Steigerung der Leistungsfähigkeit durch Arbeitspausen trotz der zeitlichen Kosten der Pausen zustande kommt. Anders ausgedrückt heißt das, dass Pausen die Arbeitszeit, die sie erfordern, mehr als wettmachen. Auf die in diesem Zusammenhang optimale Pausendauer wird weiter unten eingegangen.

## 2.3 Pausen und Unfälle

Die Belege für die Wirkung von Arbeitspausen auf das Unfallrisiko sind nicht ganz so einheitlich (Tucker, 2003). Während in manchen Studien Pausen zu einer Senkung des Unfallrisikos in der Industriearbeit beitragen (Tucker, Folkard & Macdonald, 2003; Arlinghaus et al., 2012), ist dies nicht immer der Fall (Tucker et al., 2006). Eine Meta-

Analyse kommt jedoch trotzdem zu dem Schluss, dass Pausen eine unfallsenkende Wirkung haben (Fischer et al., 2017). Im Vergleich zu keiner Pause reduziert etwa eine bis zu 30-minütige Pause das Risiko für arbeitsbedingte Verletzungen um mehr als 50 %.

#### **2.4 Pausenwirkung auf körperlicher Ebene**

Auf der körperlichen Ebene führen regelmäßige Kurzpausen zu einer geringeren Ausschüttung des Stresshormons Cortisol bei fordernden Tätigkeiten (Engelmann et al., 2011; Meijman & Mulder, 1998). Bei schwerer körperlicher Arbeit führen regelmäßige Kurzpausen zu einer Begrenzung der maximalen Herzfrequenz und dienen damit der Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit (Graf et al., 1970). Bei statischer körperlicher Arbeit (Haltearbeit) erhalten regelmäßige Kurzpausen die Muskelkraft (Rohmert, 1960). Während der Pause kommt es bei körperlicher Arbeit in der Regel zu einer Abnahme körperlicher Beanspruchungsindikatoren wie der Herzfrequenz oder der Amplitude des Elektromyogramms (Mathiassen et al., 2014). Allerdings ist die Dauer einer Pause mitunter zu kurz, um eine vollständige Erholung muskulärer Ermüdung zu bewirken (Kimura et al., 2007).

#### **2.5 Weitere Effekte von Arbeitspausen**

Neben den beschriebenen Effekten auf Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit hat eine vorübergehende Unterbrechung der Tätigkeit auch positive Auswirkungen auf den Erwerb von Fertigkeiten und Lerninhalten. Lernpausen reduzieren die sogenannte retroaktive Gedächtnishemmung, also die Beeinträchtigung des Behaltens von bereits gelernten Inhalten durch nachfolgenden Lernstoff. In Lernpausen kann es zu einer quasi ungestörten Konsolidierung von Gedächtnisinhalten kommen (Cepeda et al., 2009; Duke et al., 2009). Insofern ist es beim Lernen zweckmäßig, Pausen einzulegen, in denen man einer geistig wenig fordernden Tätigkeit nachgeht, wie Musik zu hören oder einen Spaziergang zu machen. Ebenso führt eine Unterbrechung des Versuchs, ein geistiges Problem zu lösen, durch die dadurch entstehende mentale Distanz zu unerwarteten Lösungseinsichten (Sio & Ormerod, 2009). Die Pause wirkt als Inkubationszeit, während der unbewusste Prozesse eine Problemlösung herbeiführen. Voraussetzung hierfür ist allerdings die vorangegangene intensive Beschäftigung mit der Thematik.

#### **2.6 Häufigkeit und Dauer der Pausen**

Da Ermüdung und andere Beanspruchungsfolgen im Verlauf einer Tätigkeit stetig ansteigen, während der Erholung jedoch exponentiell abnehmen und Pausen keine „Speicherung“ von Erholung zulassen, sind zur Ermüdungsprävention häufige kurze Pausen seltenen langen vorzuziehen. Ein allzu großer Zuwachs an Ermüdung soll durch rechtzeitiges Pausieren abgefangen werden. Diese Regel ist für körperliche und für monotone geistige Arbeit gut belegt. Bei der Dateneingabe führt etwa eine halbminütige Pause alle 15 Minuten zu einer besseren Arbeitsleistung als eine zehnminütige Pause nach 60 Minuten (Balci & Aghazadeh, 2003). Ähnliches gilt auch für das Lösen von Kopfrechenaufgaben (Graf et al., 1970). Allerdings sind solche Mikropausen kaum für andere

Bedürfnisse wie essen, trinken oder sozialen Austausch nutzbar, sodass es zusätzliche „normale“ Kurzpausen von circa 10 Minuten Länge braucht, um auch diesen Bedürfnissen gerecht zu werden. Unklar ist, ob Mikropausen auch bei vorwiegend nicht-motonomer geistiger Arbeit förderlich sind. In diesem Bereich fehlen noch entsprechende Befunde.

Für die Dauer der Pause gilt generell, dass eine längere Pause zu einer größeren Erholung und damit auch Leistungssteigerung beiträgt (Lim & Kwok, 2016). Allerdings übersteigen die zeitlichen Kosten einer längeren Pause irgendwann deren Nutzen, da der Ermüdungsabbau am Beginn einer Pause am größten ist und im Verlauf der Pause abnimmt. Laut einer Studie von Otto Graf hat die „lohnendste“ Pause bei zweistündigem experimentellen Kopfrechnen eine Dauer von 5-6 Minuten und sollte circa nach 2/3 der Arbeitszeit abgehalten werden. Bei diesen 5-6 Minuten Dauer kommt es zu einer Maximierung der Rechenleistung. Bei einer kürzeren Pause wäre die Erholung unzureichend, um die kognitive Ermüdung zu beseitigen, eine längere Pause wäre zwar erholsam, würde aber zu viel (Arbeits-) Zeit beanspruchen. Die Obergrenze der „lohnendsten“ Pause betrug in dieser Studie 12 Minuten, ab welcher Dauer der Zeitverlust durch die Pause größer ist als der Erholungsgewinn (Graf, 1922). Dies bedeutet, dass sogar wenn maximal 12 Minuten pro Stunde Pause gemacht werden würde, die Arbeitsleistung vergleichbar wäre mit einem pausenlosen Durcharbeiten. Die Ergebnisse der Arbeitsgruppe um Graf könnte man dahingehend zusammenfassen, dass circa 10 % der Arbeitszeit Pausenzeit sein sollte. In Abhängigkeit von dem Ausmaß der Beanspruchung kann es mitunter jedoch auch längerer Pausen bedürfen, um eine wirksame Erholung zu erreichen, etwa bei schwerer körperlicher Arbeit (Tiwari & Gite, 2006).

## 2.7 Gestaltung von Pausen

Wie sollte eine Pause gestaltet werden, sodass diese maximal erholsam ist? Bei spontan durchgeführten Pausen zeigt sich, dass jene Pausen am erholsamsten sind, bei denen wir einer bevorzugten Aktivität nachgehen (Hunter & Wu, 2016). Andere Faktoren, wie die Dauer der Pause oder ob der Arbeitsplatz verlassen wurde, spielten in dieser Studie hingegen überraschenderweise keine Rolle. In Bezug auf konkrete Handlungen ist Naturerleben, d.h. die Betrachtung von etwas Grünem bzw. der Aufenthalt im Grünen für die Erholung förderlich (Lee et al., 2015; Hartig et al., 2003). Ebenso führen körperliche Aktivität und/oder die Anwendung einer Entspannungstechnik zu einem größeren und nachhaltigeren Abbau der Ermüdung (Blasche et al., 2018; Thayer, 1987; de Bloom et al., 2017).

Pausen sollten vorhersagbar und selbstbestimmt sein. Eine ungeplante Arbeitsunterbrechung, etwa durch einen Computerabsturz, wird nicht als erholsam erlebt und führt mitunter zu mehr Stress (Eden, 1990). Zweckmäßig ist es auch, dann eine Pause zu machen, wenn wir eine Tätigkeit abgeschlossen haben, damit wir unbelastet von allenfalls sonst unfertigen Aufgaben in die Pause gehen können (Syrek et al., 2017). Allerdings ließen sich auch „Stehzeiten“ zur Erholung nutzen, wenn deren Beginn und Ende vorhersagbar sind und eine entsprechende Absicht vorliegt. Unklar ist jedoch, inwieweit

vollständige Autonomie bei Pausen von Vorteil ist, da Beschäftigte auf sich alleine gestellt möglicherweise dazu neigen, Pausen zu vernachlässigen bzw. zu spät anzusetzen (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Daher wäre überlegenswert, die tägliche Pausengestaltung zum Beispiel auf Arbeitsgruppen- bzw. Abteilungsebene mit KollegInnen zu vereinbaren.

## 2.8 Anreize und Barrieren

Was motiviert Beschäftigte, eine Pause zu machen bzw. was hält Beschäftigte davon ab? Nach bisherigen Erkenntnissen sind die zwei wichtigsten Faktoren zur Vorhersage der Anzahl der selbstgewählten Pausen die Art der Arbeit und die reale bzw. wahrgenommene Möglichkeit, Pausen zu machen. Krankenschwestern machen zum Beispiel im Vergleich zu Verwaltungsbediensteten deswegen weniger Pausen, da die Patientenversorgung Vorrang hat und somit weniger Gestaltungsspielraum besteht (Blasche & Weitensfelder, in Vorbereitung). Allerdings spielt hier neben den tatsächlichen Arbeitsgegebenheiten auch die Einstellung zur Arbeit eine Rolle. Personen, die der Arbeit einen sehr großen Stellenwert zuschreiben, machen weniger Pausen als Personen mit einem ausgewogenen Arbeitsengagement. Fast gleichrangig spielt auch Rauchen eine Rolle. Raucher machen vermutlich deswegen mehr Pausen als Nichtraucher, da sie einen „handfesten“ Grund für Pausen haben und Rauchpausen immer noch sozial akzeptiert sind. Leider genießen andere Formen der Pausengestaltung wie „Apfelpausen“ oder „Dehnungspausen“ keine vergleichbare Zustimmung. Weniger Einfluss auf die Anzahl der Pausen hat die Einstellung zur Pause. Beschäftigte, die davon ausgehen, dass Pausen sich positiv auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit auswirken, sind zwar bestrebt, etwas mehr Pausen zu machen, jedoch ist die Bedeutung der Einstellung für die Durchführung von Pausen nicht allzu groß. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass das Bewusstsein über die gesundheitliche Relevanz von Pausen noch unterentwickelt ist. Vermehrte Aufklärung über die Wirkung der Arbeitspausen auf Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Unfallvermeidung könnte dies ändern. Gar keinen Einfluss hat überraschenderweise das Erholungsbedürfnis auf die Pausenhäufigkeit (Bosch & Sonntag, 2018). Müdigkeit ist somit anscheinend (noch) kein Grund, um eine Pause zu machen.

## 2.9 Pausenselbstmanagement

Im Idealfall sollten Beschäftigte in der Lage sein, Gestaltung, Dauer und Zeitpunkt der Arbeitspause so zu bestimmen, dass Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit maximiert werden. Dies würde erstens entsprechende Kenntnisse über die Wirkung von Pausen auf das Wohlbefinden, die Leistungsfähigkeit und die Gesundheit voraussetzen, zweitens eine Schulung in wirksamen Pausenaktivitäten (z.B. Bewegungsübungen oder Entspannungstechniken) und drittens eine entsprechende Selbstwirksamkeitserwartung, um gewollte Pausen dann auch umsetzen zu können. Natürlich spielt auch die Arbeitsorganisation bzw. die betriebliche Pausenkultur eine nicht unwesentliche Rolle.

### 3 Praktische Empfehlungen

Praktische Empfehlungen sind in den Tabellen 1 bis 3 zusammengefasst. Kurzpausen von im Schnitt 10 Minuten sollten, in Abhängigkeit von der Arbeitsintensität, alle 1-2 Stunden gehalten werden (Tabelle 2). Diese dienen der Strukturierung der Arbeit (es gibt eine Pause, auf die ich mich freuen kann), der Belohnung (ich mache eine Pause, wenn ich eine Aufgabe erledigt habe), der Befriedigung sonstiger Bedürfnisse (Sozialkontakt, Trinken) sowie der Erholung durch Entlastung von der Arbeit. Zusätzlich ist es insbesondere bei fordernder Tätigkeit sinnvoll, kurze Mikropausen von bis zu einer Minute zu machen, um vor allem die körperliche Anstrengung zu reduzieren bzw. auszugleichen (Tabelle 1). Mikropausen sollten neben der Unterbrechung der Tätigkeit eine Veränderung der Sitzhaltung bzw. eine Dehnung und/oder kurze Bewegung und ein Abwenden des Blickes von der Aufgabe beinhalten. Am erholsamsten ist es, den Blick „grünen“ Inhalten zuzuwenden und/oder aus dem Fenster zu schauen. Bei schwerer körperlicher Arbeit kommt es meist automatisch zu häufigen Mikropausen, um zu „verschnauhen“. Mindestens eine längere Pause von mehr als 20 Minuten, idealerweise jedoch 30-60 Minuten, sollte im Verlauf eines Arbeitstages eingelegt werden (Tabelle 3). Diese sollte neben der Nahrungsaufnahme auch anderen Bedürfnissen wie körperliche Bewegung und/oder einem Kurzschlaf dienen. Hierbei ist es in jedem Fall sinnvoll, den Arbeitsplatz zu verlassen.

*Tabelle 1: Mikropausen (Pausendauer < 1 Minute), Eigene Erstellung*

<b>Mikropausen (Pausendauer &lt; 1 Minute)</b>	
<b>Anwendung bei</b>	schwerer körperlicher Arbeit fordernden motorischen Tätigkeiten (z. B. Dateneingabe) fordernden sensomotorischen Tätigkeiten (z. B. Bildschirmarbeit) hoher emotionaler Belastung (z. B. Call-Center)
<b>Gestaltung</b>	Tätigkeit unterbrechen Sitzhaltung ändern, Bewegung Muskel entspannen Fernblick und/oder Grünblick Mental ausklinken
<b>Durchführung</b>	alle 3–30 Minuten in Abhängigkeit von der Belastung fixes Pausenschema und/oder Erinnerung günstig

Tabelle 2: Kurzpausen (Pausendauer 5-15 Minuten), Eigene Erstellung

<b>Kurzpausen (Pausendauer 5-15 Minuten)</b>		
<b>Ziel</b>	<b>Gestaltung</b>	<b>Durchführung</b>
Motivation	Tätigkeit unterbrechen	alle 1-2 Stunden
Stressabbau, Entspannung	wenn es geht, Arbeitsplatz verlassen & Erreichbarkeit einschränken	in Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Belastung
Bedürfnissen nachgehen	bevorzugten Aktivitäten nachgehen (Bewegung, Entspannung, Sozialkontakt ...)	Motivation durch KollegInnen ODER fixe Pausenzeiten
Ausgleich der Beanspruchung		
Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit	komplementäre Aktivitäten wählen (Gehen bei sitzender Tätigkeit ...)	

Tabelle 3: längere Pausen (Pausendauer &gt; 20 Minuten), Eigene Erstellung

<b>Längere Pausen (Pausendauer &gt; 20 Minuten)</b>		
<b>Ziel</b>	<b>Gestaltung</b>	<b>Durchführung</b>
Stressabbau, Entspannung	Tätigkeit unterbrechen	In Abhängigkeit von der Tagesarbeitszeit
Bedürfnissen nachgehen	nach Möglichkeit ins Freie (Natur!)	1-2 x pro Schicht (bei 8-12 Stunden-Schichten)
Nahrungsaufnahme	bevorzugte Aktivitäten durchführen (Bewegung, Entspannung, Sozialkontakt ...)	
Freizeit, Erledigungen	Nahrungsaufnahme	
Schläfrigkeit abbauen	Kurzschlaf	

Wie die betriebliche Pausenkultur im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ basierend auf der hier dargestellten Evidenz zum Thema Pausen adressiert wurde und künftig in Unternehmen gesundheitsförderlich gestaltet und unterstützt werden kann, wird im nachfolgenden Beitrag ausgeführt.

## Literatur

- Arlinghaus, A., Lombardi, D.A., Courtney, T.K., Christiani, D.C., Folkard, S. & Perry, M.J. (2012). The effect of rest breaks on time to injury - A study on work-related ladder-fall injuries in the United States. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 38:560-567.
- Balci, R. & Aghazadeh, F. (2003). The effect of work-rest schedules and type of task on the discomfort and performance of VDT users. *Ergonomics*, 46:455-465.

- Barredo, R.D.V. & Mahon, K. (2007). The effects of exercise and rest breaks on musculoskeletal discomfort during computer tasks: An evidence-based perspective. *J Phys Ther Sci*, 19:151-163.
- Blasche, G., Pasalic, S., Bauböck, V.M., Haluza, D. & Schoberberger, R. (2017). Effects of rest-break intention on rest-break frequency and work-related fatigue. *Hum Factors*, 59:289-298.
- Blasche, G., Szabo, B., Wagner-Menghin, M., Ekmekcioglu, C. & Gollner, E. (2018). Comparison of rest-break interventions during a mentally demanding task. *Stress Health*, 1-10.
- Blasche, G. & Weitsensfelder, L. Taking breaks at work: Does the theory of planned behavior have a say? in Vorbereitung.
- Brewer, S., van Eerd, D., Amick, B.C., 3rd, Irvin, E., Daum, K.M., Gerr, F. et al. (2006). Workplace interventions to prevent musculoskeletal and visual symptoms and disorders among computer users: a systematic review. *Journal of occupational rehabilitation*, 16:325-358.
- Bosch, C. & Sonntag, S. (2018). Should I take a break? A daily reconstruction study on predicting micro-breaks at work. *International Journal of Stress Management*, No Pagination Specified.
- Cepeda, N.J., Coburn, N., Rohrer, D., Wixted, J.T., Mozer, M.C. & Pashler, H. (2009). Optimizing distributed practice: theoretical analysis and practical implications. *Exp Psychol*, 56:236-246.
- Dababneh, A.J., Swanson, N. & Shell, R.L. (2001). Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 44:164-174.
- de Bloom, J., Sianoja, M., Korpela, K., Tuomisto, M., Lilja, A., Geurts, S. et al. (2017). Effects of park walks and relaxation exercises during lunch breaks on recovery from job stress: Two randomized controlled trials. *J Environ Psychol*, 51:14-30.
- Duke, R.A., Allen, S.E., Cash, C.D. & Simmons, A.L. (2009). Effects of early and late rest breaks during training on overnight memory consolidation of a keyboard melody. In: S. Dalla Bella, N. Kraus, K. Overy, C. Pantev, J.S. Snyder, M. Tervaniemi et al. (Hrsg.), *Annals of the New York Academy of Sciences* (S. 169-172).
- Eden, D. (1990). Acute and chronic job stress, strain, and vacation relief. *Organ Behav Hum Decis Process*, 45:175-193.
- Engelmann, C., Schneider, M., Kirschbaum, C., Grote, G., Dingemann, J., Schoof, S. et al. (2011). Effects of intraoperative breaks on mental and somatic operator fatigue: a randomized clinical trial. *Surg Endosc*, 25:1245-1250.
- Faucett, J., Meyers, J., Miles, J., Janowitz, I. & Fathallah, F. (2007). Rest break interventions in stoop labor tasks. *Appl Ergon*, 38:219-226.
- Fischer, D., Lombardi, D.A., Folkard, S., Willetts, J. & Christiani, D.C. (2017). Updating the "Risk Index": A systematic review and meta-analysis of occupational injuries and work schedule characteristics. *Chronobiology International*, 34:1423-1438.
- Fritz, C., Lam, C. & Spreitzer, G. (2011). It's the little things that matter: An examination of knowledge workers' energy management. *Academy of Management Perspectives*, 25:28-39.
- Graf, O. (1922). Über lohnendste Arbeitspausen bei geistiger Arbeit [Worthwhile rest breaks for mental work]. *Psychologische Arbeiten*, 7:548-611.
- Graf, O., Rutenfranz, U. & Ulich, E. (1970). Arbeitszeit und Arbeitspausen [Work time and rest breaks]. In: A. Mayer & K. Gottschaldt (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie, Betriebspsychologie* (S. 244-277). Göttingen: Hogrefe.
- Hartig, T., Evans, G.W., Jamner, L.D., Davis, D.S. & Garling, T. (2003). Tracking restoration in natural and urban field settings. *J Environ Psychol*, 23:109-123.
- Hunter, E.M. & Wu, C. (2016). Give me a Better break: Choosing workday break activities to maximize resource recovery. *J Appl Psychol*, 101:302-311.
- Kimura, M., Sato, H., Ochi, M., Hosoya, S. & Sadoyama, T. (2007). Electromyogram and perceived fatigue changes in the trapezius muscle during typewriting and recovery. *Eur J Appl Physiol*, 100:89-96.
- Lee, K.E., Williams, K.J.H., Sargent, L.D., Williams, N.S.G. & Johnson, K.A. (2015). 40-second green roof views sustain attention: The role of micro-breaks in attention restoration. *J Environ Psychol*, 42:182-189.

- Lim, J. & Kwok, K. (2016). The Effects of Varying Break Length on Attention and Time on Task. *Hum Factors*, 58:472-481.
- Mathiassen, S.E., Hallman, D.M., Lyskov, E. & Hygge, S. (2014). Can cognitive activities during breaks in repetitive manual work accelerate recovery from fatigue? A controlled experiment. *PLoS one*, 9.
- McCormack, P.D. (1958). Performance in a Vigilance Task as a Function of Inter-Stimulus Interval and Interpolated Rest. *Can J Psychology*, 12:242-246.
- Meijman, T.F. (1997). Mental fatigue and the efficiency of information processing in relation to work times. *Int J Ind Ergonom*, 20:31-38.
- Meijman, T.F. & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. In: P.J.D. Drenth & H. Thierry (Hrsg.), *Handbook of work and organizational psychology* (S. 5-33). Hove, England: Psychology Press.
- Park, A.E., Zahiri, H.R., Hallbeck, M.S., Augenstein, V., Sutton, E., Yu, D. et al. (2017). Intraoperative „micro breaks“ with targeted stretching enhance surgeon physical function and mental focus a multi-center cohort study. *Ann Surg*, 265:340-346.
- Richter, W. (1931). Leistungssteigerung in der Blankschraubenfabrikation durch Einführung von Zwangspausen. *Industr Psychotech*, 8:129.
- Rohmert, W. (1960). Ermittlung von Erholungspausen für statische Arbeit des Menschen [Determination of the recovery pause for static work of man.]. *Internationale Zeitschrift für angewandte Physiologie, einschliesslich Arbeitsphysiologie*, 18:123-164.
- Schmidt, K.H. & Diestel, S. (2015). Self-control demands: From basic research to job-related applications. *J Personal Psychol*, 14:49-60.
- Shenhav, A., Musslick, S., Lieder, F., Kool, W., Griffiths, T.L., Cohen, J.D. et al. (2017). Toward a Rational and Mechanistic Account of Mental Effort. *Annual Review of Neuroscience: Annual Reviews Inc.*, 99-124.
- Sio, U.N. & Ormerod, T.C. (2009). Does incubation enhance problem solving? A meta-analytic review. *Psychol Bull*, 135:94-120.
- Syrek, C.J., Weigelt, O., Peifer, C. & Antoni, C.H. (2017). Zeigarnik's sleepless nights: How unfinished tasks at the end of the week impair employee sleep on the weekend through rumination. *J Occup Health Psych*, 22:225-238.
- Thayer, R.E. (1987). Energy, tiredness, and tension effects of a sugar snack versus moderate exercise. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52:119-125.
- Tiwari, P.S. & Gite, L.P. (2006). Evaluation of work-rest schedules during operation of a rotary power tiller. *Int J Ind Ergonom*, 36:203-210.
- Tucker, P. (2003). The impact of rest breaks upon accident risk, fatigue and performance: a review. *Work and Stress*, 17:123-137.
- Tucker, P., Folkard, S. & Macdonald, I. (2003). Rest breaks and accident risk. *Lancet*, 361:680.
- Tucker, P., Lombardi, D., Smith, L. & Folkard, S. (2006). The impact of rest breaks on temporal trends in injury risk. *Chronobiology International*, 23:1423-1434.
- van den Heuvel, S.G., de Looze, M.P., Hildebrandt, V.H. & The, K.H. (2003). Effects of software programs stimulating regular breaks and exercises on work-related neck and upper-limb disorders. *Scand J Work Environ Health*, 29:106-116.
- Wendsche, J., Lohmann-Haislah, A., Wegge, J. (2016). The impact of supplementary short rest breaks on task performance: A meta-analysis. *sozialpolitikch*, 2.
- Wendsche, J. & Lohmann-Haislah, A. (2018). *Arbeitspausen gesundheits- und leistungsförderlich gestalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Wyatt, S. (1924). Rest Pauses in Industry. *Canadian Medical Association journal*, 14:530-531.
- Zacher, H., Brailsford, H.A. & Parker, S.L. (2014). Micro-breaks matter: A diary study on the effects of energy management strategies on occupational well-being. *J Vocat Behav*, 85:287-297.

# Konzept zur Gestaltung einer gesunden Pausenkultur

Carmen BRAUN<sup>1</sup>, Julia KONRAD<sup>2</sup>

*1 Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit*

*2 Forschung Burgenland*

**KURZFASSUNG:** Beim Erhalt sowie bei der Förderung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit von MitarbeiterInnen wird einer gesunden Pausenorganisation besondere Bedeutung beigemessen. Eine pausenförderliche Unternehmenskultur trägt folglich dazu bei, Arbeitsdruck zu mildern, das Wohlbefinden von MitarbeiterInnen zu steigern sowie arbeitsassoziierte Fehlbeanspruchungen zu reduzieren. Die Integration einer innerbetrieblichen Pausenkultur findet dabei auf mehreren Ebenen – Unternehmen, Führungskräfte, Team, Beschäftigte – statt. Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurden vor diesem Hintergrund nicht nur Handlungsempfehlungen zur Förderung der Pausenkultur auf Unternehmensebene gegeben, sondern MitarbeiterInnen und Führungskräfte im Rahmen eines Schulungskonzeptes als sogenannte „Pausencoaches“ ausgebildet, die als MultiplikatorInnen fungieren. Die Projekterkenntnisse zeigen, dass durch das Schulungskonzept nicht nur umfassendes Know-how, sondern auch Rahmenbedingungen, die eine gesunde Pausenkultur begünstigen, in den Betrieben implementiert werden konnten.

## 1 Einleitung

Quellen aus dem alten Ägypten und Griechenland belegen, dass Pausen schon vor rund 4.000 Jahren ein integraler Bestandteil des Arbeitsprozesses waren. Seit damals durchlebte die Pause als Möglichkeit der Erholung von Arbeitsbelastungen eine turbulente Geschichte (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Eine der bedeutendsten Theorien von Otto Graf, jene der lohnenden Pause, prägt noch heute die Pausenforschung (Amon-Glassl, 2003). Als lohnende Pause wird jene Form der Arbeitsunterbrechung definiert, bei der die förderlichen Wirkungen größer als die hinderlichen sind (Wendsche, 2015). Demnach wird der Zeitverlust durch Pausen vollständig durch die positiven Erholungseffekte, wie gesteigerte Leistungsfähigkeit und Motivationssteigerung, kompensiert und führt somit zu keinen Leistungseinbußen über den gesamten Arbeitstag hinweg betrachtet (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2016). Graf konnte nachweisen, dass das Einhalten „lohnender Pausen“ eine „Mehrleistung gegenüber ununterbrochener Arbeit“ nach sich zieht, da Belastungsspitzen vorgebeugt werden kann. Als „lohnende Pause“ definierte Graf eine dreibis zehnmünütige Pause alle ein bis zwei Stunden (Eder & Wendsche, 2014).

Vor dem Hintergrund einer sich stark wandelnden Arbeitswelt mit erhöhten Leistungsanforderungen hat eine adäquate Regeneration während der Arbeitszeit zentrale Bedeutung (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018; Ghadiri, 2016). Das Einhalten lohnender Pausen im Arbeitskontext kann einen wichtigen Beitrag zur Reduktion von arbeitsbezogenen Beanspruchungen leisten, einem Leistungs- sowie Motivationsabfall, sowie Ermüdungserscheinungen vorbeugen und zu einer Produktivitätssteigerung, sowie Reduktion des Unfallrisikos beitragen (Blasche, 2014).

In der ÖNORM EN ISO 10075-2 zum Stand der Technik im Bereich psychischer Arbeitsbelastungen ist verankert, dass die Arbeitsorganisation so zu gestalten ist, dass eine Reduktion der Ermüdung im Zuge der Arbeitstätigkeit durch Ruhepausen zu gewährleisten ist (1996). Auch im österreichischen Arbeitszeitgesetz (AZG) § 11 (1) ist eine Ruhepause von mindestens einer halben Stunde bei einer Gesamtarbeitszeit pro Tag von mehr als sechs Stunden einzuhalten (AZG, 1969). Für Büroarbeitsplätze gilt zusätzlich noch die Bildschirmarbeitsverordnung (BS-VO, 1998), die im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzes gesetzlich festschreibt, dass nach durchgehender 50-minütiger Bildschirmarbeit eine Pause von mindestens 10 Minuten oder ein Tätigkeitswechsel zu erfolgen hat (§ 10 (1)). Diese Kurzpausen bzw. „lohnenden Pausen“ sind laut § 10 (5) in die Arbeitszeit einzurechnen.

Trotz der Verankerung von Pausen in der Gesetzgebung führen die Anforderungen der heutigen Arbeitswelt häufig dazu, dass ArbeitnehmerInnen auf ihre Pausen verzichten. In einer Befragung der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) zeigte sich, dass rund 23 % der Befragten und ein weiteres Drittel zumindest manchmal auf ihre Pausen verzichten (Paridon & Lazar, 2017). Laut dem deutschen Stressreport, bei dem rund 20.000 Erwerbstätige befragt wurden, gab mehr als ein Viertel der Befragten an, Pausen häufig ausfallen zu lassen. Die beiden meist genannten Gründe waren das zu bewältigende Arbeitspensum und, dass Pausen nicht in den Arbeitsablauf der Beschäftigten passten (Lohmann-Haislah, 2012).

Wendsche & Lohmann-Haislah (2018) berechneten anhand der Daten aus der 6. Welle der deutschen Erwerbstätigenbefragung die Unterschiede bei psychischen und körperlichen Beschwerden zwischen jenen Personengruppen mit und ohne Pausenverzicht. Die Erwerbstätigen, die ihre Pausen ausfallen ließen, zeigten deutlich häufiger Müdigkeitssymptome, körperliche Erschöpfung, hatten Kopfschmerzen und waren reizbarer. Für die Autoren nimmt die organisationale Verankerung von Pausen somit eine Puffer- bzw. Steuerungsfunktion für Unternehmen zur Reduktion von negativen Belastungsanforderungen ein. Wendsche et al. (2014) konnten in einer Studie zur Pausenorganisation in der Altenpflege darüber hinaus nachweisen, dass regelmäßige, gemeinsame Pausen positiv mit einer Senkung des Fluktuationsrisikos korrelieren.

Somit wird deutlich, dass auch aus Unternehmenssicht eine gesunde Pausenorganisation vor dem Hintergrund des Erhalts der Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Bedeutung ist (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Eine pausenförderliche Unternehmenskultur nützt den ArbeitgeberInnen laut dem Erholungsforscher Bla-

sche (2014) insofern, dass sich dadurch der Arbeitsdruck mildern, das Wohlbefinden der MitarbeiterInnen aber steigern lässt. Pausen können somit als organisationale Ressource angesehen werden, um arbeitsassoziierte Fehlbeanspruchungen durch die Gestaltung gesunder Pausensysteme abzupuffern sowie die Zahl illegitimer Pausen zu reduzieren (Wendsche, 2015; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Im Sinne der Gesundheitsförderung im Unternehmen handelt es sich bei der Implementierung einer gesunden Pausenkultur um eine verhältnisorientierte Maßnahme, die primär auf Änderungen in der Arbeitsorganisation und Unternehmenskultur abzielt (Nerdinger, Blickle & Schaper, 2008).

Im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurde das Thema der gesunden Pausenkultur als Schwerpunktthema umgesetzt. Ein wesentliches Ziel dabei war, im Sinne einer verhältnisorientierten Maßnahme eine gesunde Pausenkultur im Unternehmen zu etablieren und nachhaltig in den Unternehmensstrukturen zu verankern. Im Nachfolgenden soll daher der zugrundeliegende theoretische Rahmen im Hinblick auf die organisationalen Rahmenbedingungen zur gesunden Pausengestaltung gegeben und darauf aufbauend die konkreten Umsetzungsschritte im Rahmen des Projektes erläutert werden.

## **2 Das Konzept der gesunden Pausenkultur**

Dieser Abschnitt widmet sich der Fragestellung, durch welche organisationalen und strukturellen Veränderungen der Rahmenbedingungen im Unternehmen eine gesunde Pausenkultur etabliert und in welchen Handlungsfeldern Einfluss darauf genommen werden kann.

### **2.1 Vier Handlungsebenen einer gesunden Pausenkultur**

Im Zuge einer Erhebung der deutschen Initiative für Gesundheit und Arbeit (iga) (2017) zum Thema Pausengestaltung in der modernen Arbeitswelt wurden vier Ebenen definiert, in denen sich Handlungen zum Aufbau einer gesunden Pausenkultur ergeben können.

Diese Handlungsfelder lauten wie folgt:

- 1.) Unternehmen
- 2.) Führungskräfte
- 3.) Team
- 4.) Beschäftigte

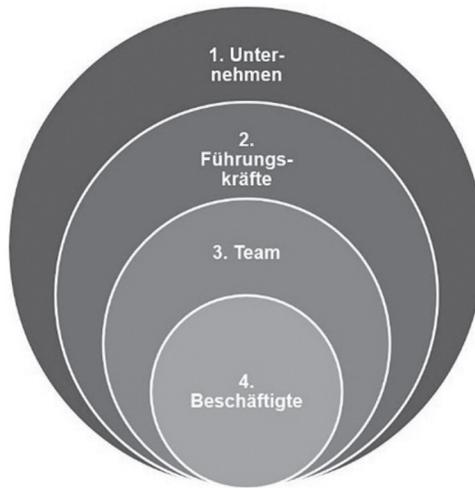


Abbildung 1: Vier Handlungsebenen einer gesunden Pausenkultur, Paridon & Lazar (2017)

Die vierte Ebene fokussiert die individuelle Verhaltensorientierung der Beschäftigten und ist somit in den folgenden Ausführungen nicht von primärer Bedeutung. Die Ebenen eins bis drei beinhalten eine Orientierung auf die Verhältnisse und Rahmenbedingungen im Unternehmen und werden daher genauer betrachtet.

Auf Unternehmensebene findet der größte Teil der Gestaltung einer gesunden Pausenkultur statt. Als integrativer Teil der Organisations- bzw. Unternehmenskultur beschreibt eine Pausenkultur gemeinsame Auffassungen in Bezug auf implizite Verhaltensweisen, Werte und Normen im Hinblick auf Arbeitspausen innerhalb des Unternehmens (Nerdinger et al., 2008). Ziel ist dabei die Entwicklung und Umsetzung einer „erholungsfreundlichen Unternehmenskultur“, die einerseits gewährleistet, dass Pausen durch geeignete Rahmenbedingungen ermöglicht werden und andererseits vermittelt, dass Pausen im Interesse des Unternehmens liegen, um die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen während des Arbeitstages sowie nach der Arbeit aufrechtzuerhalten. In einem Leitbild für „Gesunde Pausenkultur“ kann das Commitment des Unternehmens schriftlich festgehalten werden (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Zu weiteren Handlungsschritten auf Unternehmensebene zählen die Sensibilisierung der Belegschaft für die Wichtigkeit von Pausen durch Informationen über Pausengestaltungsmöglichkeiten und Pausenwirkungen. Dazu gehört auch die Gestaltung von Rahmenbedingungen, wie die Bereitstellung von Pausenräumen, um den Beschäftigten zu ermöglichen, ihre Pausenzeit klar getrennt von der Arbeitszeit in einem separaten Raum zu verbringen (ebd.).

Auf Unternehmensebene spielt die Gestaltung der Arbeitsorganisation eine wesentliche Rolle. Da insbesondere zu hohe Arbeitsanforderungen oder der Anspruch an ständige Erreichbarkeit für KundInnen einen häufig genannten Grund darstellen, weshalb

Pausen nicht eingehalten werden, kann das Unternehmen hier im Sinne einer gesunden Pausenkultur gemeinsam mit den MitarbeiterInnen erarbeiten, wie durch Umgestaltung der Rahmenbedingungen eine Veränderung herbeigeführt werden kann (z.B.: Vertretungsregelungen bei KundInnenkontakt etc.) (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Auf der zweiten Ebene, der Führungskräfteebene, spielt die Vorbildwirkung eine wichtige Rolle. Vorgesetzte sollten ihren MitarbeiterInnen eine gesunde Pausenkultur vorleben und selbst Pausen einhalten sowie die MitarbeiterInnen aktiv dazu auffordern und ihnen vermitteln, dass die Einhaltung von Pausen im Unternehmensinteresse liegt. Zudem fällt es in die Verantwortung der Führungskräfte, dass vereinbarte Rahmenbedingungen auf der Ebene der Arbeitsorganisation eingehalten werden (ebd.).

Auf Teamebene geht es darum, durch Teamzusammenhalt dafür zu sorgen, dass es jedem/r MitarbeiterIn möglich ist, Pausen einzuhalten. Dies kann beispielsweise dadurch umgesetzt werden, dass durch Absprachen Telefonanrufe von KollegInnen übernommen werden. Zudem empfiehlt es sich sogenannte „Pausenscouts“ zu ernennen, die KollegInnen an das Einhalten regelmäßiger Pausen erinnern (ebd.).

## 2.2 Wirk- und Einflussmodell von Arbeitspausen

Wendsche und Wegge (2014) beschreiben ein detailliertes Modell in Bezug auf Einflussfaktoren und Wirkmechanismen von Arbeitspausen, das im Folgenden beschrieben wird. Zudem wird auf wesentliche Aspekte der verhältnisorientierten Gestaltung von Arbeitspausen näher eingegangen. In Abbildung 2 findet sich eine vereinfachte Darstellung des Modells.

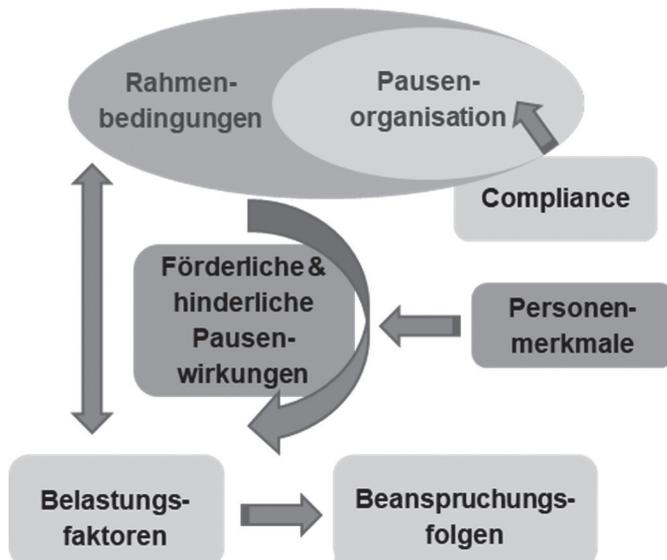


Abbildung 2: Modell zu Wirkmechanismen und Einflussfaktoren von Arbeitspausen, vereinfachte Darstellung in Anlehnung an Wendsche & Wegge (2014)

Die Ausgestaltung von Pausen ist dabei in erster Linie von allgemeinen Rahmenbedingungen bestimmt. Dies können einerseits formale Rahmenbedingungen, wie gesetzliche Auflagen, Verträge und Betriebsvereinbarungen und andererseits betriebspezifische Rahmenbedingungen, wie Pauseninfrastruktur, Pausenkultur, Partizipationsmöglichkeiten der MitarbeiterInnen bei der Pausenorganisation und Transparenz der Pausenvorgaben sein. Eingebettet in die allgemeinen und betrieblichen Rahmenbedingungen kann die Pausenorganisation gestaltet werden. Diese setzt sich zusammen aus den Faktoren Pausenregime, Pausenauslösung, Bezahlung der Pausenzeit, Pauseninhalte und -ort sowie der Kontrolle der Einhaltung. Hinzu kommt die Compliance, also die Akzeptanz des Pausensystems und die Bereitschaft der MitarbeiterInnen, dieses einzuhalten. Pausen, die in diesem Rahmen abgehalten werden, wirken dann als Puffer zwischen den arbeitsassoziierten Belastungsfaktoren (psychisch, physisch und organisational) und den im Zuge dessen entstehenden Beanspruchungsfolgen (kurz-, mittel- und langfristig) und können förderliche sowie hinderliche Wirkungen mit sich bringen. Die Pausenwirkungen sind zudem abhängig von individuellen Personenmerkmalen und werden von Personen unterschiedlich wahrgenommen. Die Personenmerkmale wirken somit als moderierende Variable auf die Wirkungen von Pausen (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018; Wendsche & Wegge, 2014).

### 2.3 Organisationselemente von Arbeitspausen

Da im Zuge dieses Beitrags die verhältnisorientierte Gestaltung auf organisationaler Ebene im Fokus steht, wird der Bereich Rahmenbedingungen, Pausenorganisation und Förderung der MitarbeiterInnen-Compliance im Weiteren näher beleuchtet. Die Betrachtung der Pausenwirkungen ist in diesem Beitrag nicht primär gegenständlich.

Wendsche & Lohmann-Haislah (2018) unterteilen die betrieblichen Rahmenbedingungen und die Pausenorganisation in vier wesentliche Organisationselemente von Arbeitspausen. Anhand dieser vier Elemente gestaltet sich die Pausenkultur in einem Unternehmen.

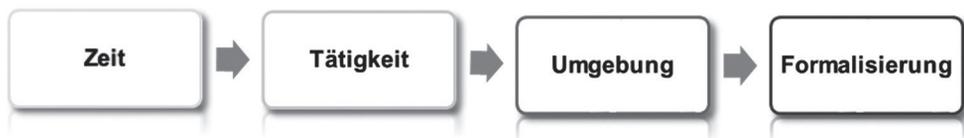


Abbildung 3: Vier Organisationselemente von Arbeitspausen, Wendsche & Lohmann-Haislah (2018)

#### 2.3.1 Organisationselement – Zeit

Im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben, wonach eine Gewährung von zumindest 30-minütiger Pause bei einer Arbeitstätigkeit von über sechs Stunden einzuhalten ist, obliegt

die weitere Ausgestaltung dieser Pausenzeit dem Unternehmen. So kann betriebsintern geregelt werden, ob eine einmalige Pause von 30 Minuten, zwei 15-minütige oder drei 10-minütige Pausen absolviert werden (AZG, 2017). Zusätzlich besteht die Möglichkeit, betriebsintern bezahlte Kurzpausen festzulegen. Bei Bildschirmarbeitsplätzen ist dies ohnehin gesetzlich vorgeschrieben (BS-VO, 1998).

Bezüglich der zeitlichen Rahmenbedingungen von Pausen unterscheiden Wendsche & Lohmann-Haislah (2018) die Faktoren Pausenlänge, -intervall, -anzahl, Stabilität und Vorhersehbarkeit. Verschiedene Studien betrachten das Organisationselement „Zeit“ und dessen Auswirkung (Graf, 1922; Bhatia & Murrell, 1969; Dababneh, Swanson & Shell, 2001; Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Eine der ersten Studien, die sich mit dem optimalen Pausenzeitpunkt und der adäquaten Pausenlänge beschäftigte, war jene von Graf (1922). Die Studie kam zu dem Schluss, dass Pausen von zwei bis maximal sechs Minuten nach einstündiger Arbeitstätigkeit zu einer Steigerung der Leistungsfähigkeit führen. Diesen Schluss konnte Graf 1956 in einer weiteren Studie mit Frauen eines Produktionsbetriebes belegen. Die Arbeiterinnen bekamen zusätzlich zur gesetzlich vorgeschriebenen Pausenzeit sechs fünfminütige Kurzpausen nach jeweils 55 Minuten Arbeitszeit gewährt. Obwohl sich dadurch die Nettogesamtarbeitszeit reduzierte, stieg die Gesamtarbeitsleistung über den gesamten Arbeitstag um 2,3 % an (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Bhatia & Murrell (1969) fanden heraus, dass auch basierend auf dem subjektiven Empfinden der MitarbeiterInnen häufigere, kurze Pausen von zehn Minuten nach jeder Arbeitsstunde gegenüber 15-minütigen Pausen nach längeren Intervallen deutlich bevorzugt werden. Laut Dababneh, Swanson & Shell (2001) ist allerdings zu vermeiden, äußerst viele sehr kurze Pausen zu machen, da dies ständige Arbeitsunterbrechungen zur Folge hat. Die Testpersonen in dieser Untersuchung bevorzugten vier zusätzliche neunminütige Pausen gegenüber zwölf drei-minütigen Pausen im Laufe des Arbeitstages.

Zudem wirkt sich bereits die Aussicht auf eine bevorstehende Pause positiv auf die Arbeitsmotivation und Leistungsfähigkeit aus. Häufigere kurze Pausen sind dabei aufgrund des sogenannten Endspurteffektes besonders förderlich. Darunter wird eine kurzfristige intensivierteste Leistungsmobilisierung verstanden, die sich aus der positiven Vorfreude auf die Arbeitspause ergibt (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Auf Pausen zu verzichten, führt dagegen zu einer Abnahme der Leistungsfähigkeit über den Tagesverlauf hinweg. Dies ist dadurch begründet, dass der Körper in gewissen Intervallen in einen Erholungsmodus umstellt. Wird diesem Erholungsbedürfnis nicht nachgekommen, bedarf es einer größeren Anstrengung, um dasselbe Leistungsniveau aufrecht zu erhalten. Eine gewisse Zeit kann dies kompensiert werden, wenn die Erholungsschuld allerdings zu groß wird, sinkt die Leistungsfähigkeit und es kommt zu einer verlangsamten Regenerationsfähigkeit nach Arbeitsende (Blasche, 2014).

### *Praxisempfehlungen*

Für die Umsetzung in Unternehmen zeigt sich, dass durch organisatorische Rahmenbedingungen in Bezug auf Pausenzeiten starker Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der

MitarbeiterInnen genommen werden kann. Allgemein empfiehlt sich, Pausen jedenfalls einzuhalten. Das Ergänzen von gesetzlich vorgeschriebenen Pausen durch Kurzpausen von rund fünf Minuten nach circa einstündiger Arbeitstätigkeit zeigt besonders positive Effekte, die zu keinen Leistungseinbußen für das Unternehmen führen. Diese bewirken sogar eine Produktivitätssteigerung im Arbeitsprozess sowie eine verbesserte Regenerationsfähigkeit nach Arbeitsende.

### *2.3.2 Organisationselement – Pausentätigkeit*

Im Rahmen des Organisationselementes der Pausentätigkeit geht es um die Fragestellung, was in der Pause gemacht und mit wem diese verbracht wird. In einer Befragung zum Thema Pausengestaltung gaben die Befragten als häufigste Pausentätigkeit das Essen und Trinken sowie Unterhaltungen mit KollegInnen an. Zudem verbringt fast ein Drittel der Befragten die Pause lieber mit KollegInnen, während nur rund 18 % eine allein verbrachte Pause bevorzugen (Paridon & Lazar, 2017).

In Bezug auf den Pauseninhalte weisen Wendsche & Lohmann-Haislah (2018) darauf hin, dass dieser grundsätzlich aus einer kompensatorischen Tätigkeit bestehen soll. Das bedeutet, der Pauseninhalte sollte eine gegensätzliche Aktivität zur Arbeitstätigkeit darstellen. Nach intensiver körperlicher Arbeit empfiehlt sich eine passive Pause, wie zum Beispiel eine kurze Ruhe- oder Schlafphase (Power Nap) oder eine gemütliche Unterhaltung mit KollegInnen, während nach geistiger Tätigkeit eine aktive Pause, wie ein Spaziergang an der frischen Luft aktivierend wirkt und eine passende kompensatorische Tätigkeit darstellt (Eder & Wendsche, 2014). Zudem ist eine abwechslungsreiche Pausengestaltung, die die Pauseninhalte auf die vorangegangene Arbeitstätigkeit abstimmt, ratsam (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Ein Erholungseffekt kann auch schon durch einen Anforderungswechsel erzielt werden. Das bedeutet, dass bereits durch Variieren der Belastungsanforderungen im Zuge der Arbeitstätigkeit Regeneration stattfinden kann. Ein Beispiel hierfür stellt die Regeneration durch den Wechsel von einer monotonen zu einer anregenden Arbeitstätigkeit dar. Dies ermöglicht die „psychische Distanzierung“ von der Tätigkeit, die einen wesentlichen Beitrag zur Erholung leistet (ebd.).

### *Praxisempfehlungen*

Für die praktische Handhabung im Unternehmen ist die gesetzliche Grundlage wesentlich zu erwähnen. Während der/die ArbeitnehmerIn bei der gesetzlich vorgeschriebenen, unbezahlten 30-minütigen Pausenzeit von jeglicher Arbeitstätigkeit befreit ist und die Pausengestaltung frei planen kann, kann der Arbeitgeber in den zusätzlich dazu gewährten Pausen, die innerhalb der Arbeitszeit stattfinden, den Inhalt der Pausen steuern. Dies kann in Form von angeleiteten Pausen mit Ausgleichsübungen, kurzen Stretchingeinheiten, Entspannungsübungen oder gemeinsamen Spaziergängen der Fall sein (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Wichtig ist, dass darauf geachtet wird, eine möglichst kompensatorische Pausengestaltung bzw. zumindest einen Tätigkeitswechsel nach einer gewissen Arbeitszeit zu ermöglichen.

### 2.3.3 Organisationselement – Pausenumgebung

Die zuvor erwähnten Tatsachen, wonach Pausen häufig zur Nahrungsaufnahme und zum Austausch mit KollegInnen genutzt werden und eine möglichst abwechslungsreiche Pausengestaltung zu empfehlen ist, legen die Frage nach der benötigten Pauseninfrastruktur nahe. Diesbezügliche Rahmenbedingungen, die vom Unternehmen bereitgestellt werden sollten, sind Pausenräume, die eine möglichst differenzierte Pausengestaltung ermöglichen (Paridon & Lazar, 2017).

Laut Arbeitsstättenverordnung (AStV, 1998) ist ein Pausenraum zur Verfügung zu stellen, wenn in der Arbeitsstätte im Normalfall mehr als zwölf MitarbeiterInnen gleichzeitig beschäftigt sind (§ 36 (1)). Laut der iga-Befragung zum Thema Pausengestaltung gibt nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten an, ihre Pause im Pausenraum zu verbringen. Um die MitarbeiterInnen zu einer Nutzung der Pausenräume vor allem in Hinblick auf eine räumliche Distanzierung von der Arbeitstätigkeit zu bewegen, sollten diese bei der Gestaltung von Pausenräumen jedenfalls partizipieren können. Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Nutzung der bereitgestellten Angebote (Paridon & Lazar, 2017). Eder & Wendsche (2014) nennen als weitere wichtige Faktoren zur Erhöhung des Nutzungsgrades Erreichbarkeit, Gemütlichkeit, Sauberkeit und Ausstattung der Räumlichkeit. Zusätzlich zu den MitarbeiterInnenbedürfnissen müssen gesetzliche Vorgaben eingehalten und sollten wissenschaftliche Erkenntnisse zu einer gesundheitsförderlichen Pausenraumgestaltung miteinbezogen werden. Beispielsweise haben sich natürliche Umgebungen, mit vielen natürlichen Lichtquellen und mit Ausblick in die Natur als erholungsfördernder erwiesen als künstliche Umgebungen (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Die Bereitstellung von infrastrukturellen Rahmenbedingungen zur Pausengestaltung stellt für das Unternehmen ein Instrument dar, durch das auch der Pauseninhalte gelenkt werden kann. Für die Schaffung von Rahmenbedingungen zu einer vielfältigen Pausengestaltung sollten nach Möglichkeit separate Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden, die eine gesellige Unterhaltung mit KollegInnen und Nahrungsaufnahme gleichsam ermöglichen, wie den eigenen Rückzug und Entspannung zulassen oder Bewegung fördern (Ghadiri, 2016).

#### *Praxisempfehlungen*

Für die konkrete Umsetzung im Unternehmen ist es demnach wichtig, bei der Pausenraumgestaltung sowohl gesetzliche Vorgaben, wissenschaftliche Erkenntnisse und die Bedürfnisse der MitarbeiterInnen miteinzubeziehen und so Rahmenbedingungen zu schaffen, die vielfältige Pauseninhalte ermöglichen. Zudem dient dieses Vorgehen der Erhöhung des Nutzungsgrades und trägt damit dazu bei, dass MitarbeiterInnen sich in ihren Pausen räumlich wie auch psychisch von der Arbeitstätigkeit distanzieren können und somit eine gesteigerte Regeneration erleben.

### 2.3.4 Organisationselement – Formalisierung

Beim letzten Organisationselement Formalisierungsgrad, geht es um die Fragestellung, ob die Pausen vom Unternehmen vorgegeben werden sollen oder von den Mitarbei-

terInnen je nach Bedarf festgelegt werden können (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018). Diesbezüglich stehen sich zwei konträre Positionen gegenüber.

Blasche (2014) argumentiert für eine Selbstregulation bei Pausen, da Pausen dann am wirksamsten sind, wenn sich Anzeichen von Ermüdung einstellen, was sehr individuell unterschiedlich sein kann. Einen weiteren Vorteil dabei stellt die Tatsache, dass Arbeitstätigkeiten zu Ende gebracht werden können, was wiederum das Unterbrechungserleben vermindert und ein gedankliches Abschalten in der Pause erleichtert. Erzwungene Arbeitsunterbrechungen durch vorgegebene Arbeitspausen können aufgrund des Unterbrechungserlebens dagegen sogar zu einer zusätzlichen „psychischen Beanspruchung“ beitragen (Eder & Wendsche, 2014).

Vielfach stellt die Einschätzung des optimalen Pausenzeitpunktes, basierend auf dem individuellen Ermüdungserleben, aber eine Herausforderung für die MitarbeiterInnen dar. Freie Pausen werden häufig erst bei vorhandenen Müdigkeitsanzeichen in Anspruch genommen, was dazu führt, dass eine längere Pausendauer notwendig ist, um denselben Erholungswert zu erreichen. Um MitarbeiterInnen somit vor einem drohenden Leistungsabfall und Überlastungssymptomen, wie Verspannungen und Kopfschmerzen zu bewahren, können festgelegte Pausenzeiten wiederum sinnvoll sein (ebd.). Da das Ausfallenlassen von Pausen häufig aufgrund eines hohen Arbeitspensums vorkommt, eignen sich vom Unternehmen festgelegte Pausen hier besonders, um auch dann dafür zu sorgen, dass Pausen eingehalten werden (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

In verschiedenen Arbeitsablaufstudien wurde gezeigt, dass sich durch festgelegte Pausen die „kaschierten Pausen“ reduzierten. Darunter werden jene Tätigkeiten verstanden, die während der Arbeitstätigkeit ausgeführt werden und vom Arbeitsinhalt ablenken, wie beispielsweise das Beantworten von privaten Nachrichten oder E-Mails. Selbst gewählte Pausen wurden dagegen oft „zur Verlängerung von betrieblichen Pausen oder sogar zur Vorverlegung des Arbeitsendes“ genutzt, womit allerdings der erhoffte Erholungseffekt gänzlich verloren geht (Wendsche & Lohmann-Haislah, 2018).

Im Rahmen des iga-Reports zum Thema Pausengestaltung gaben allerdings fast drei Viertel der befragten MitarbeiterInnen an, dass Pausenzeiträume nicht vom Arbeitgeber vorgegeben werden sollen. Zudem sprechen sich ~70 % dafür aus, dass die Dauer der Pausen von den MitarbeiterInnen frei wählbar sein soll. Bei Führungskräften dagegen zeichnet sich ein anderes Bild ab. Diese geben signifikant häufiger an, vorgegebene Pausen zu bevorzugen. Als Gründe dafür nennen sie am häufigsten die damit einhergehende Sicherstellung der Einhaltung von Pausen sowie den „Schutz vor Selbstausschöpfung“. Ein weiteres, häufig genanntes Argument stellt die leichtere Planbarkeit, Erreichbarkeit und Arbeitsorganisation durch vorgegebene Pausen dar (Paridon & Lazar, 2017).

Wendsche & Lohmann-Haislah (2018) kamen in ihrer Übersichtsarbeit zum Thema „Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ mit dem Schwerpunktthema Pausen zu dem Fazit, dass sich zwischen vorgegebenen und frei wählbaren Pausen keine signifikanten Unterschiede in den Wirkungen abzeichneten. Lediglich präventive Effekte frei wählbarer Pausen auf die Reduktion arbeitsassoziierter körperlicher Belastungen konnten aus den Befunden abgelesen werden.

### *Praxisempfehlungen*

Aus den kontroversen Befunden in Bezug auf den Formalisierungsgrad lässt sich keine eindeutige Empfehlung ableiten. Welcher Formalisierungsgrad des Pausensystems in einem Unternehmen angewandt wird, sollte in jedem Unternehmen, abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse verschiedenster Beschäftigtengruppen, gesondert entschieden werden. Um den Bedürfnissen möglichst aller MitarbeiterInnen und Führungskräfte gerecht zu werden, eignet sich ein partizipativer Zugang. Dabei werden die Beschäftigten gezielt in den Entscheidungsprozess miteinbezogen und können ihre Bedürfnisse äußern (Friczewski, 2017).

## **3 Ausbildung von Pausencoaches im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“**

Im Hinblick auf eine verhältnisorientierte, nachhaltige Verankerung eines Pausensystems in den Unternehmen wurde im Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ eine Ausbildung zum „Pausencoach“ für MitarbeiterInnen und Führungskräfte angeboten. Die ausgebildeten Pausencoaches fungieren in den Unternehmen als MultiplikatorInnen. Das bedeutet, sie werden in Themen rund um eine gesunde Pausengestaltung geschult und tragen diese Informationen an die Mitarbeitenden im eigenen Betrieb weiter, wodurch sich das generierte Wissen multipliziert (Blümel & Lehmann, 2015).

Die Pausencoach-Ausbildung fand in Form eines dreistündigen Workshops statt. MitarbeiterInnen und Führungskräfte aller fünf Projektbetriebe wurden zur Teilnahme eingeladen. Insgesamt nahmen vier Personen aus drei Projektbetrieben an der Ausbildung teil. Dies bot eine gute Grundlage für gegenseitigen Austausch über Erfahrungen zu dem Thema Pausen in den jeweiligen Betrieben und trug positiv zu dem interaktiven Charakter der Ausbildung bei.

Folgende Themen wurden im Rahmen der Pausencoach-Ausbildung behandelt:

- Rolle eines Pausencoaches – Zweck, Aufgaben, Nutzen
- Stressreaktionen & Regeneration
- Der Basic-Rest-Activity-Cycle (BRAC-Zyklus)
- Pausengestaltung im Arbeitsalltag
  - o Rechtliche Grundlagen
  - o Arten von Pausen
  - o Planung von Pausen
  - o Wirkung von Pausen
  - o Ideen für Kurzpausen
- Pausenkultur – 4-Ebenen Modell
- Pausenraumgestaltung
- Das Pausencheck-Verfahren

Dadurch wurden die TeilnehmerInnen einerseits für die Wichtigkeit und die positiven Wirkungen von Kurzpausen im Arbeitsalltag sensibilisiert und erlernten andererseits, welche verhältnisorientierten Rahmenbedingungen im Unternehmen geschaffen werden müssen, um die Umsetzung wirkungsvoller Pausensysteme zu realisieren.

Ein leicht anzuwendendes Instrument zur Einschätzung der Rahmenbedingungen in Bezug auf die Pausenkultur im Betrieb stellt das Pausencheck-Verfahren von Wendsche (2014) dar. Dabei handelt es sich um ein umfangreiches Screeningtool, bestehend aus 49 empirisch gestützten Kriterien bezüglich des betrieblichen Pausensystems. Für die Pausencoach-Ausbildung wurde die Originalversion des Pausencheck-Verfahrens auf 18 wesentliche Kriterien gekürzt. Diese Version wurde den AusbildungsteilnehmerInnen vorgestellt und im Anschluss zur Bewertung des Pausensystems im eigenen Betrieb verwendet. Dadurch konnten Bereiche und Handlungsfelder identifiziert werden, an denen in der Arbeit als Pausencoach angesetzt werden kann.

Um das generierte Know-how nachhaltig im Betrieb zu verankern, erhielt jede(r) TeilnehmerIn eine Schulungsmappe. Diese bestand aus der Schulungspräsentation und dem gekürzten Pausencheck-Verfahren. Zusätzlich dazu wurden eigens für die Ausbildung Kommunikationsmaterialien zur Sensibilisierung für das Thema Pausen im Betrieb aufbereitet. Die Kommunikationsmaterialien beinhalteten Ideen für eine abwechslungsreiche Pausengestaltung, unterteilt in die drei Pausenkategorien Mikropausen (<1 Min.), Minipausen (1-3 Min.) und Kurzpausen (5-15 Min.). Diese Pausenideen wurden in Form von Postkarten und Handzetteln aufbereitet und den Teilnehmenden in der Schulungsmappe als Instrument zur Informationsweitergabe mitgegeben. Außerdem wurden ihnen alle Schulungsunterlagen digital in Form eines Online-Kurses zur Verfügung gestellt. In dem Online-Kurs konnten zudem die im Zuge des Projektes erstellten Pausenvideos abgerufen werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Teilnehmenden der Pausencoach-Ausbildung nicht nur ein umfassendes Know-how im Bereich der gesunden Pausengestaltung erhalten, sondern auch verschiedene Instrumente und Materialien mitbekommen haben, die sie in ihrer Tätigkeit als Pausencoach unterstützen sollen. Sie wurden damit befähigt, auf die Verhaltensebene (z.B. durch Ideen zur Pausengestaltung) sowie auf die Verhältnisebene (z.B. Pausencheck-Verfahren) einzuwirken und mittels ihrer erworbenen Kompetenzen die Etablierung eines nachhaltigen und gesunden Pausensystems im eigenen Unternehmen anzustoßen und zu realisieren.

#### **4 Handlungsempfehlungen**

Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungswerten hinsichtlich der Implementierung einer gesunden Pausenkultur im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ können folgende Handlungsempfehlungen abgeleitet werden.

### **MultiplikatorInnenansatz**

Es empfiehlt sich, die Implementierung von Maßnahmen zur Förderung einer gesunden Pausenkultur nicht nur an die Zielgruppe MitarbeiterInnen auszurichten, sondern auch Führungskräfte und MultiplikatorInnen aktiv einzubinden. Dadurch kann ein höherer Wirkungsgrad sowie eine bessere Zielgruppenreichung erzielt werden.

### **Dauerhafter Prozess**

Es zeigt sich, dass die Förderung einer gesunden Pausenkultur als ein dauerhafter Prozess anzusehen ist, der nicht nur fortlaufend adaptiert, sondern auch in allen betrieblichen Prozessen mitgedacht werden muss.

### **Verhältnisorientierung**

Eine gesunde Pausenkultur hat nicht nur die individuellen Verhaltensweisen des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin in den Blick zu nehmen, sondern braucht auch eine innerbetriebliche Kultur, die Rahmenbedingungen für ein gesundes Pausenverhalten ermöglicht.

## **Literatur**

- Amon-Glassl, U. (2003). Betriebliche Gesundheitsförderung. Pausenprogramme am Arbeitsplatz. Theorie, Empirie und Tipps für die arbeitspsychologische Praxis. Frankfurt: Peter Lang, Europäischer Verlag für Wissenschaften.
- Bhatia, N. & Murrell, K.F.H. (1969). An Industrial Experiment in Organized Rest Pauses. *Human Factors*, 11 (2), 167-173.
- Blasche, G. (2014). Arbeitspausen - aus Sicht der Erholungsforschung. *Österreichisches Forum Arbeitsmedizin*, 14 (2), 10-16.
- Blümel, S. & Lehmann, F. (2015). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Verfügbar unter: <https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/> [16.04.2019].
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAS). (1998). Arbeitsstättenverordnung: AStV. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009098> [16.04.2019].
- Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (BMAS). (1998, 01. Mai). Bildschirmarbeitsverordnung: BS-VO (§ 10). Verfügbar unter: <https://www.jusline.at/gesetz/bs-vo/paragraf/10> [16.04.2019].
- Dababneh, A.J., Swanson, N.G. & Shell, R. L. (2001). Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 44 (2), 164-174.
- Eder, B.-C. & Wendsche, J. (2014). Evaluierung der psychischen und physischen Ent-Lastung. *Sichere Arbeit*, 6, 22-28.
- Friczewski, F. (2017). Partizipation im Betrieb: Gesundheitszirkel & Co. In G. Faller (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 243-252). (3. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Ghadiri, A. (2016). Arbeitspausen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein Vorgehensmodell für die systematische Implementierung von gesunden Pausen. *Zeitschrift für Führung und Organisation*, 4, 270-276.
- Graf, O. (1922). Über lohnendste Arbeitspausen bei geistiger Arbeit. *Psychologische Arbeiten*, 7, 548-611.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Hrsg.). Dortmund/Berlin/Dresden.

- Nerdinger, F.W., Blickle, G. & Schaper, N. (2008). *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- ÖNORM EN ISO 10075-2. (1996). *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 2: Gestaltungsgrundsätze*. Wien: Österreichisches Normungsinstitut.
- Österreichische Bundesregierung. (1969, 11. Dezember): *Arbeitszeitgesetz: AZG (§ 11)*. Verfügbar unter: <https://www.jusline.at/gesetz/azg/paragraf/11> [16.04.2019].
- Paridon, H. & Lazar, N. (2017). *iga.Report 34. Regeneration, Erholung, Pausengestaltung – alte Rezepte für moderne Arbeitswelten?* Dresden: iga.
- Wendsche, J. (2014). *Pausencheckverfahren*. Dresden: Technische Universität.
- Wendsche, J. (2015). *Optimale Erholung während der Arbeit: Wie man Pausensysteme bewerten kann*. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 1, 9-12.
- Wendsche, J., Hacker, W., Wegge, J., Schrod, N., Roitzsch, K., Tomaschek, A. & Kliegel, M. (2014). *Rest break organization in geriatric care and turnover: A multimethod cross-sectional study*. *International Journal of Nursing Studies*. 51 (9), 1246-1257.
- Wendsche, J. & Lohmann-Haislah, A. (2018). *Arbeitspausen gesundheits- und leistungsförderlich gestalten* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Wendsche, J. & Wegge, J. (2014). *Ein Rahmenmodell zur Anwendung von Kurzpausensystemen im Arbeitskontext*. Conference paper, Technische Universität Dresden/Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie.

# Seminarreihe zur Steigerung des psychosozialen Gesundheitskapitals von MitarbeiterInnen und Führungskräften

Katharina HAUER

*Forschung Burgenland*

**KURZFASSUNG:** Seminare eignen sich im Rahmen von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung zur Sensibilisierung und zum Empowerment von MitarbeiterInnen und Führungskräften. Im vom Fonds Gesundes Österreich und Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland geförderten und unterstützten Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ wurden zwei Seminarreihen für diese beiden Zielgruppen modellorientiert abgeleitet, um deren Resilienz und weiterführend deren psychosoziales Gesundheitskapital zu steigern. Die Inhalte wurden partizipativ erarbeitet und auf die erforderlichen Kompetenzen sowie verfügbaren Handlungsspielräume von MitarbeiterInnen und Führungskräften abgestimmt. Die Umsetzung erfolgte sowohl betriebsübergreifend als auch betriebspezifisch, um den Austausch und die Vernetzung zu fördern, aber dennoch den Bedürfnissen der Zielgruppen gerecht zu werden. Die Projekterkenntnisse weisen auf einen großen Nutzen der betriebsübergreifenden Durchführung der Seminarreihe hin. Ausgenommen davon ist jedoch das Thema Teamarbeit, da hier die Seminare durchführung mit dem betroffenen Team erforderlich ist.

## 1 Einleitung

Ein Ziel des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ war die Steigerung des psychosozialen Gesundheitskapitals von MitarbeiterInnen und Führungskräften der teilnehmenden Betriebe. Um dies erreichen zu können, erfolgte die Maßnahmenableitung auf Basis des Modells zum psychosozialen Gesundheitskapital, welches auf dem Sozialkapitalansatz von Badura (2008) und dem Resilienzansatz nach Reivich & Shatté (2002) beruht. Eine nähere Beschreibung des psychosozialen Gesundheitskapitals findet sich im Beitrag zur Projektbeschreibung in diesem Band.

Einen Schwerpunkt des im Rahmen des Projektes umgesetzten Maßnahmenbündels stellten die Seminarreihe für MitarbeiterInnen unter dem Titel „Gesundes Arbeiten“ und die Seminarreihe für Führungskräfte unter dem Titel „Gesundes Führen“ auf Basis des Resilienzansatzes zur Steigerung des psychosozialen Gesundheitskapitals dar.

## 2 Resilienz

Für den Begriff der Resilienz liegen zahlreiche Definitionen vor. Fachliteratur der Psychologie zufolge ist unter Resilienz die Widerstandsfähigkeit von Individuen in Bezug auf belastende Lebensereignisse zu verstehen. So definiert Hammelstein (2006) Resilienz als einen Prozess, der eine positive Anpassung des Individuums trotz vorhandener Risikofaktoren widerspiegelt. Geprägt wurde der Begriff der Resilienz durch das Risiko-Schutzfaktoren-Modell. Schutzfaktoren sind dabei jene Faktoren, die beim Auftreten von Belastungen die Manifestierung von Störungen vermindern. Im Gegensatz dazu erhöhen Risikofaktoren die Auftrittswahrscheinlichkeit von Problemen. Gemäß des Risiko-Schutzfaktoren-Modells bildet sich Resilienz aus einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren und kann somit Helmreich & Lieb (2015) zufolge als

- dynamisch & variabel (Schutzfaktoren können zu Risikofaktoren werden und umgekehrt.),
- situationsspezifisch (Die Entfaltung von Schutzfaktoren hängt von der jeweiligen Situation und Umwelt ab.) und
- multidimensional (Die Ausprägung der Schutzfaktoren ändert sich im Verhältnis zu den verschiedenen Lebenslagen.)

angesehen werden. Folglich ist Resilienz ein Prozess, der Menschen befähigt, mit veränderten Umwelteinflüssen umgehen zu lernen. (Helmreich & Lieb, 2015) Resilienz kann demnach nicht als feste Qualität angesehen werden. Risiko- und Schutzfaktoren befinden sich vielmehr in einem empfindlichen Gleichgewicht.

So lautet die zentrale Fragestellung der Resilienzforschung gemäß Hammelstein (2006): *„Welche Faktoren tragen bei welchen Risikofaktoren unter welchen Bedingungen und bei welchen Populationen zur Resilienz bei?“*

Hammelstein (2006) weist darauf hin, dass sich Resilienz nie direkt erfassen lässt, da dieser Begriff aus einer funktionalen Definition resultiert. Deshalb gilt es im Sinne der Resilienzforschung Bedingungen zu erfassen, die signifikant mit einer nachfolgenden schlecht angepassten Entwicklung des Individuums einhergehen. Folglich entsteht Resilienz durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Dazu zählen:

- Faktoren auf individueller Ebene (Persönlichkeitsmerkmale, Kompetenzen, physiologische Faktoren usw.)
- Faktoren auf sozialer Ebene (soziale Bezüge zur Familie)
- Faktoren auf gesellschaftlicher Ebene (Einflüsse durch gesellschaftliche Normen und gesellschaftliche Ressourcen)

Betrachtet man den Begriff der Resilienz in Bezug auf Erwachsene, so wird dieser Begriff oft mit dem Wort der psychischen Widerstandskraft in Verbindung gebracht. So

besitzen resiliente Menschen die Fähigkeit, bei Bedrohungen und Störungen psychisch stabil zu bleiben. Durch die Aneignung von gesundheitsförderlichen Kompetenzen oder durch die Veränderung von Verhaltensweisen können sich resiliente Menschen an die veränderten Lebensbedingungen anpassen (Helmreich & Lieb, 2015).

Reivich & Shatté (2002) definierten sieben Faktoren, die resiliente Menschen auszeichnen und als die „sieben Säulen der Resilienz“ bekannt sind (s. Abbildung 1).



Abbildung 1: Säulen der Resilienz, Eigene Erstellung in Anlehnung an Reivich & Shatté (2002)

Diese Säulen können laut Reivich & Shatté (2002) teilweise von Personen erlernt und kontinuierlich weiterentwickelt werden. Die sieben Faktoren der Resilienz zeichnen sich durch folgende Merkmale aus:

- **Emotionssteuerung:** Resiliente Personen können ihre eigenen Gefühle steuern und kontrollieren. Positive Emotionen werden zugelassen und negative wahrgenommen, um sie dann mit den richtigen Maßnahmen zu überwinden.
- **Impulskontrolle:** Resiliente Personen können konzentriert und achtsam arbeiten und lassen sich nicht ablenken.
- **Kausalanalyse:** Bezeichnet die Fähigkeit der Analyse und Identifikation von Gründen für einen erlebten Zustand. Resiliente Personen sind demnach in der Lage, Lösungsansätze, die zu dauerhaftem Wohlbefinden führen, zu entwickeln.
- **Empathie:** Resiliente Menschen besitzen die Fähigkeit, sich in Gedanken und in die Gefühlswelt anderer Menschen hineinzusetzen.
- **Realistischer Optimismus:** Resiliente Personen gehen davon aus, dass sich die Dinge zum Positiven wenden werden.
- **Zielorientierung:** Klare Ziele zu verfolgen und dies mit viel Disziplin zeichnet resiliente Personen aus. Sie haben aber auch ein Gefühl dafür, wann es notwendig ist, ein ursprünglich verfolgtes Ziel wieder aufzugeben.

- **Selbstwirksamkeitsüberzeugung:** Resiliente Personen gehen davon aus, dass sie ihr eigenes Schicksal in der Hand haben. Sie fühlen sich nicht als Opfer, sondern als Schöpfer ihrer Welt.

Unsere schnelllebige Arbeitswelt, die von ständigem Wandel betroffen ist, zeigt, dass eine Widerstandsfähigkeit gegenüber äußeren Belastungen und Krisen eine geforderte Kompetenz von MitarbeiterInnen und Unternehmen ist, um dauerhaft am Markt bestehen zu können. Für viele Unternehmen rückt der Begriff der Resilienz aufgrund des Anstiegs von psychischen Erkrankungen in den Mittelpunkt. MitarbeiterInnen müssen gestärkt werden, um mit alltäglichen Arbeitsanforderungen umgehen zu können und längerfristigen Belastungen standzuhalten. (Schulte et al., 2016)

### **3 Modellorientierte Entwicklung von Seminaren für MitarbeiterInnen und Führungskräfte zur Stärkung des psychosozialen Gesundheitskapitals**

Um basierend auf dem Resilienzansatz eine Stärkung des psychosozialen Gesundheitskapitals von MitarbeiterInnen und Führungskräften im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ zu erzielen, wurde das Modell angepasst. Die sieben Säulen der Resilienz nach Reivich & Shatté wurden zu sechs Themenbereichen zusammengefasst, da sich gezeigt hat, dass sich die Säulen „Emotionssteuerung“ und „Impulskontrolle“ inhaltlich stark ähneln und ähnliche Möglichkeiten zu deren Stärkung aufweisen. Somit wurden die beiden Säulen zu einem Themenbereich „Emotionssteuerung & Impulskontrolle“ kombiniert. Die Säule „Kausalanalyse“ wurde vor dem Hintergrund eines selbsterklärenden Begriffes als „Problemanalyse & Lösungsansätze“ bezeichnet. Tabelle 1 beschreibt die für das psychosoziale Gesundheitskapital wirkungsrelevanten Ebenen der Resilienz und verweist auf evidenzbasierte Handlungsempfehlungen zu deren Stärkung.

Tabelle 1: Wirkungsrelevante Ebenen der Resilienz für das psychosoziale Gesundheitskapital, Eigene Erstellung in Anlehnung an Reivich &amp; Shatté (2002)

Ebene	Beschreibung	Handlungsempfehlungen
<b>Emotionssteuerung &amp; Impulskontrolle</b>	<p>Resiliente Personen können positive Emotionen in sich entstehen lassen. Sie haben klare Strategien, planen im Voraus und können gegen negative Emotionen mit den richtigen Maßnahmen vorgehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibt die Fähigkeit, unter Druck ruhig zu bleiben</li> <li>• Die Leistungsfähigkeit wird wenig durch Emotionen beeinflusst</li> <li>• Fähigkeit, das eigene Verhalten in Drucksituationen zu steuern</li> <li>• Fähigkeit, sich während der Arbeit nicht ständig ablenken zu lassen</li> <li>• Menschen mit Impulskontrolle haben klare Strategien, planen im Voraus und geben in der Regel seltener auf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausreichende Pausen</li> <li>• Regenerationsbereitschaft</li> <li>• Konstruktive Lern- und Fehlerkultur</li> <li>• Transparenz von Entscheidungen</li> <li>• Angebote zu Stressmanagement</li> </ul> <p><i>(Gunkel et al., 2014; Hofer, 2014)</i></p>
<b>Problemanalyse &amp; Lösungsansätze</b>	<p>Resiliente Personen stellen sich die Frage, welche Lösungsansätze zu dauerhaftem Wohlbefinden führen und versuchen, Probleme gründlich zu analysieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fähigkeit, ein Problem zeitlich, inhaltlich und gründlich zu analysieren</li> <li>• Wissen, welche Lösungsansätze zu dauerhaftem Wohlbefinden führen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regelmäßiges, ehrliches Feedback in wertschätzender Form</li> <li>• Klare, transparente und konsistente Regeln und Strukturen</li> <li>• Konsequente Aufgaben- und Rollenklärung</li> </ul> <p><i>(Hofer, 2014)</i></p>

Ebene	Beschreibung	Handlungsempfehlungen
<b>Empathie</b>	<p>Resiliente Personen können sich in die emotionale Lage anderer versetzen und können so ein höheres Verständnis für ihr Gegenüber bekommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibt die Fähigkeit, sich in die emotionale Lage eines anderen Menschen hineinzuversetzen</li> <li>• Hilft uns, mehr Verständnis für das Gegenüber zu bekommen</li> <li>• Hängt mit der Emotionssteuerung zusammen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wertschätzendes Klima</li> <li>• Positive Kontakte und Beziehungen zu KollegInnen</li> <li>• MitarbeiterInnenorientierter Führungsstil</li> <li>• Teamentwicklung</li> <li>• Arbeiten in Teams</li> <li>• MitarbeiterInnengespräche</li> </ul> <p><i>(Hofer, 2014; Badura et al., 2008)</i></p>
<b>Realistischer Optimismus</b>	<p>Resiliente Personen schätzen die Realität treffend ein und sind überzeugt, dass sich Dinge zum Positiven wenden. Menschen mit hohem realistischem Optimismus zeigen Nachsicht mit ihren Mitmenschen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Überzeugung, dass sich Dinge zum Guten wenden können und werden</li> <li>• Menschen mit hohem realistischem Optimismus zeigen viel Nachsicht mit ihren Mitmenschen</li> <li>• Die Realität wird treffend eingeschätzt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realistische Ziele und Leistungsvorgaben</li> <li>• Gesundheitsfördernder Führungsstil</li> <li>• Feiern von erreichten Erfolgen</li> </ul> <p><i>(Badura et al., 2008; Gunkel et al., 2014)</i></p>
<b>Zielorientierung</b>	<p>Resiliente Personen haben ein klares Ziel und verfolgen dies auch. Diese Personen sind davon überzeugt, dass sie einen guten Job machen und haben ein klares Bild davon, was sie erreichen möchten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maß dafür, wie gerne sich Menschen neue Ziele setzen und diese unabhängig der Meinung anderer verfolgen</li> <li>• Menschen mit hoher Zielorientierung sind davon überzeugt, dass sie einen guten Job machen und haben ein klares Bild davon, was sie erreichen möchten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angemessener Leistungsstandard</li> <li>• Positive Verstärkung der Leistungen</li> <li>• Werteorientierung durch formulierte und gelebte Leitlinien</li> </ul> <p><i>(Felfe et al., 2014; Hofer, 2014)</i></p>

<b>Ebene</b>	<b>Beschreibung</b>	<b>Handlungsempfehlungen</b>
<b>Selbstwirksamkeit</b>	<p>Resiliente Personen nehmen herausfordernde Herausforderungen an. Sie engagieren sich entsprechend intensiv, um ein bestmögliches Ergebnis zu erzielen. Bevorzugt werden Aufgaben, die eine Herausforderung für sie darstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschreibt den Wunsch, Herausforderungen anzunehmen</li> <li>• Diese Personen engagieren sich entsprechend intensiv, um ein gutes Ergebnis zu erzielen</li> <li>• Bevorzugen Aufgaben, die eine Herausforderung für sie darstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Förderung von Basiskompetenzen</li> <li>• Spielraum und Gestaltungsfreiheit für die Umsetzung eigener Ideen</li> <li>• Potentiale der MitarbeiterInnen fördern</li> <li>• Einsatz der MitarbeiterInnen nach Fähigkeiten</li> <li>• Vermittlung von Sinn der Arbeit</li> <li>• Weiterbildungsmöglichkeiten</li> <li>• Schaffung von Rollenklarheit</li> </ul> <p><i>(Gunkel et al., 2014; Hofer, 2014; Badura et al., 2008; Westphal &amp; Gmür, 2009; Brehm, 2004)</i></p>

Die oben dargestellten evidenzbasierten Handlungsempfehlungen bilden zusammen mit den im Rahmen von Fokusgruppen partizipativ erarbeiteten Maßnahmeninhalten die inhaltliche Grundlage für Seminare, die zur Stärkung des psychosozialen Gesundheitskapitals beitragen. Die Seminarinhalte sind auf die erforderlichen Kompetenzen und verfügbaren Handlungsspielräume von MitarbeiterInnen und Führungskräften abgestimmt. Somit steht für jede wirkungsrelevante Ebene der Resilienz je ein Seminar für MitarbeiterInnen und für Führungskräfte zur Verfügung (s. Tabelle 2).

*Tabelle 2: Seminare für MitarbeiterInnen und Führungskräfte zur Stärkung des psychosozialen Gesundheitskapitals, Eigene Erstellung*

<b>Wirkungsrelevante Ebene</b>	<b>Seminar MitarbeiterInnen</b>	<b>Seminar Führungskräfte</b>
<b>Emotionssteuerung &amp; Impulskontrolle</b>	Keep Cool – Herz, Bauch und Verstand in Einklang bringen	
<b>Problemanalyse &amp; Lösungsansätze</b>		Gelassen-Ruhig-Souverän. Ein anderer Umgang mit Emotionen
<b>Empathie</b>	TEAM – Toll Ein Anderer Macht's – Wertschätzung und Achtsamkeit unter KollegInnen	
<b>Realistischer Optimismus</b>		Leadership Branding – Gesundheit als Ihr Markenzeichen
<b>Zielorientierung</b>	Bitte dranbleiben! – Meine Energie fokussieren	
<b>Selbstwirksamkeit</b>	Do it yourself – Sich durch Selbstwirksamkeit und Selbstachtsamkeit entfalten	

## 4 Umsetzung der Seminarreihen für MitarbeiterInnen und Führungskräfte

Es wurden eine Seminarreihe für MitarbeiterInnen und eine für Führungskräfte mit je vier Seminaren entwickelt. Die Umsetzung der Seminare erfolgte am Fachhochschul-Studienzentrum Pinkafeld als neutralem Ort in betriebsübergreifender Form. Das bedeutet, dass MitarbeiterInnen und Führungskräfte aller fünf am Projekt teilnehmenden Betriebe zu den Seminaren eingeladen wurden. Diese Vorgehensweise wurde aufgrund folgender Überlegungen gewählt:

- Die Beschäftigten der teilnehmenden Betriebe erhalten die Möglichkeit der Vernetzung und des Austausches über das Projekt, die Seminarinhalte und Betriebliche Gesundheitsförderung.
- Bezüglich herausfordernder Arbeitssituationen können etwaige Betriebsblindheit und eingeengte Sichtweisen durch eine Perspektivenerweiterung aufgehoben werden.
- Fernab des Arbeitsplatzes ist es für MitarbeiterInnen sowie Führungskräfte einfacher, sich von der alltäglichen Arbeit zu lösen und auf das Thema zu fokussieren.
- Der Austausch mit anderen Personen erleichtert die Entwicklung von neuen Lösungsansätzen und neuen Zugängen zu einer Thematik.

Einige Termine einzelner MitarbeiterInnen- und Führungskräfte Seminare wurden aufgrund der hohen Nachfrage oder der Hemmschwellen, an das Fachhochschul-Studienzentrum Pinkafeld zu fahren bzw. der großen räumlichen Entfernung auch in den Betrieben vor Ort durchgeführt.

### 4.1 Seminarreihe für MitarbeiterInnen – „Gesundes Arbeiten“

Die Seminarreihe für MitarbeiterInnen kann unter dem Titel „Gesundes Arbeiten“ zusammengefasst werden. Ziel ist es, dass der/die MitarbeiterIn nach Absolvierung der Seminarreihe dazu befähigt ist, die Arbeit gesundheitsförderlich zu gestalten und durch die Anwendung von erlernten Strategien und Handlungen zu einem/r gesunden MitarbeiterIn wird. In weiterer Folge soll dies in Kombination mit der Weiterentwicklung der Führungskräfte dazu beitragen, dass das Verhalten der Führungskraft nachvollziehbarer und dadurch gesundheitsförderlicher wird. Zudem soll die Stärkung des/der Einzelnen zur Stärkung des Kollektivs beitragen und diese unterstützen sowie in einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur münden.

#### 4.1.1 *Keep Cool – Herz, Bauch und Verstand in Einklang bringen*

Verantwortungsvolle, selbstreflektierte Kommunikation schafft hilfreiche Beziehungen, stärkt das Selbst und befreit von emotionalen Abhängigkeiten. Das Seminar „Keep Cool“ befähigte MitarbeiterInnen, die eigenen Bedürfnisse und Werte zu erkennen und zu formulieren. Durch praktische Übungen zur Reflexion der eigenen Kommunikati-

onsweise lernten die TeilnehmerInnen, ohne Schuldzuweisungen selbstverantwortlich und reflektiert zu kommunizieren.

#### *4.1.2 TEAM – Toll Ein Anderer Macht's*

Die Arbeit in einem Team kann eine große Bereicherung darstellen, doch wenn die Zusammenarbeit nicht funktioniert, ist ein erfolgreiches Arbeiten nicht möglich. Daher wurde in diesem Seminar wertschätzende Zusammenarbeit in Teams thematisiert. Mittels eines Persönlichkeitstests und praktischer Übungen reflektierten die TeilnehmerInnen ihre eigene Rolle und die Rolle anderer bei der Arbeit im Team. Gemeinsam wurden zudem Faktoren und Methoden für eine gelungene Teamarbeit erarbeitet.

#### *4.1.3 Bitte dranbleiben! – Meine Energie fokussieren*

In diesem Seminar wurden die TeilnehmerInnen befähigt, die eigene Energie und die eigenen Ressourcen für sich selbst zu nutzen und zu fokussieren. Die Reflexion über persönliche innere Einstellungen und Haltungen führt zu mehr Selbst(er)kenntnis. Zentrale Ziele des Seminars waren die Übernahme von mehr Selbstverantwortung, die eigenen Gedanken und Gefühle erkennen zu können und dadurch den eigenen Handlungsspielraum zu erweitern und sich nicht vom Weg abbringen zu lassen.

#### *4.1.4 Do it yourself – Sich durch Selbstwirksamkeit und Selbstachtsamkeit entfalten*

Ein achtsamer Umgang mit sich selbst und mit anderen ist zentral, um die eigenen Stärken zu erkennen. Das Seminar „Do it yourself“ befähigte MitarbeiterInnen, die eigenen Potentiale zu definieren und weiterzuentwickeln und vermittelte praktische Methoden, um die Stärken bestmöglich im Alltag zu nutzen.

### **4.2 Seminarreihe für Führungskräfte – „Gesundes Führen“**

Die Seminarreihe für Führungskräfte führt unter dem Titel „Gesundes Führen“ dazu, dass die Führungskräfte einerseits in ihrer individuellen Resilienz gestärkt werden und ihnen andererseits Wege für gesundheitsförderliches Führungsverhalten aufgezeigt werden. Dieses trägt nicht nur zur Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen bei, sondern stärkt auch deren eigene Gesundheit. Dadurch leisten auch sie einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur. Da Führungskräfte im Zuge der betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagement eine Schlüsselrolle innehaben, wurden die resilienzbasierten Seminare um zwei weitere Seminare mit speziellem Fokus auf gesunder Führung („Gesundes Führen“) und Betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. Betrieblichem Gesundheitsmanagement („Nachhaltigkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement“) ergänzt. Letzteres („Nachhaltigkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement“) wurde nur betriebsintern durchgeführt, da die Inhalte eine betriebspezifische Anpassung erforderten.

#### 4.2.1 *Gesundes Führen*

Gesund zu Führen bedeutet, das Wohlbefinden im Betrieb allgemein zu fördern sowie auf eine gesunde Selbstführung zu achten. Daher wurden die Führungskräfte in diesem Seminar für die Besonderheiten der Führungskräftegesundheit im Vergleich zu jener von MitarbeiterInnen sowie für den Einfluss von Führungskräften auf die MitarbeiterInnengesundheit sensibilisiert. Neben der Vermittlung von Wissen und Methoden, um MitarbeiterInnen gesund führen zu können, erfolgte im Rahmen des Simulationsspiels „Interlab“ die Reflexion des eigenen Führungsverhaltens im Alltag.

#### 4.2.2 *Gelassen-Ruhig-Souverän. Ein anderer Umgang mit Emotionen*

Verantwortungsvolle, selbstreflektierte Kommunikation als Führungskraft schafft positive Teams, stärkt das Selbst und erzeugt ein wertschätzendes Arbeitsumfeld. In diesem Seminar wurden Führungskräfte befähigt, die eigenen sowie fremde Bedürfnisse und Werte erkennen zu können. Ihnen wurden zudem Methoden vermittelt, ohne Schuldzuweisungen selbstverantwortlich, reflektiert und lösungsorientiert mit MitarbeiterInnen zu kommunizieren sowie konstruktives Feedback zu geben.

#### 4.2.3 *Leadership Branding – Gesundheit als Ihr Markenzeichen*

In diesem Seminar wurden Führungskräfte dafür sensibilisiert, dass ihr Führungsverhalten unmittelbare Folgen auf das Engagement und die Motivation ihrer MitarbeiterInnen hat. Ihnen wurden optimistische Denk- und Handlungsansätze erläutert sowie Anregungen zur Entwicklung von Handlungsideen für berufliche Schwierigkeiten und Krisen vermittelt. Die TeilnehmerInnen wurden in diesem Seminar befähigt, MitarbeiterInnen zu fordern, zu fördern und zu motivieren sowie realistische Ziele und Leistungsvorgaben zu formulieren.

#### 4.2.4 *Nachhaltigkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement*

Betriebliche Gesundheitsförderung sollte keine einmalige Intervention sein, sondern als Managementaufgabe in die Unternehmensroutine integriert werden. Im Seminar „Nachhaltigkeit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ wurde Führungskräften aufgezeigt, wie es gelingt, das eigene Unternehmen in Richtung Betriebliches Gesundheitsmanagement zu bewegen. Zudem wurde gemeinsam erarbeitet, wie die Nachhaltigkeit der Aktivitäten gesichert werden kann.

## 5 Evaluation der Seminarreihe

Die Evaluation der Seminarreihe erfolgte in zwei Schritten:

1. Unmittelbar im Anschluss an das jeweilige Seminar wurden die TeilnehmerInnen gebeten, einen Evaluationsbogen in Papierform auszufüllen.
2. Einige Zeit nach dem Seminar (ca. 3 Monate) wurden die SeminarteilnehmerInnen erneut kontaktiert und gebeten, einen Online-Evaluationsbogen zum Seminar auszufüllen.

## 5.1 Ergebnisse der unmittelbaren Evaluation

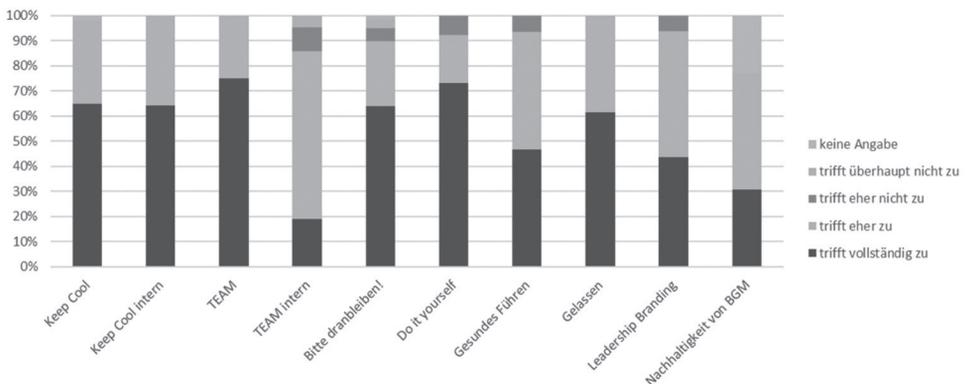
Insgesamt konnten 313 ausgefüllte Evaluationsbögen zur unmittelbaren Bewertung des jeweiligen Seminars ausgewertet werden. Dabei besteht folgende Verteilung auf die jeweiligen Seminare:

- Keep Cool: 88 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Keep Cool betriebsintern durchgeführt: 14 ausgefüllte Evaluationsbögen
- TEAM: 36 ausgefüllte Evaluationsbögen
- TEAM betriebsintern durchgeführt: 21 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Bitte dranbleiben!: 58 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Do it yourself: 26 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Gesundes Führen: 15 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Gelassen-Ruhig-Souverän: 26 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Leadership Branding: 16 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Nachhaltigkeit von BGM: 13 ausgefüllte Evaluationsbögen

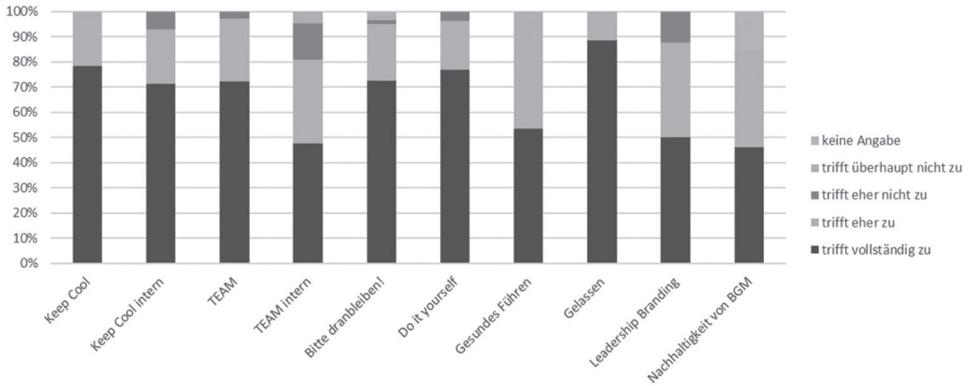
### 5.1.1 Praktische Nutzbarkeit der Seminarinhalte

Ein wesentlicher Inhalt der Evaluation stellt die wahrgenommene Nutzbarkeit der Inhalte im beruflichen und privaten Alltag dar. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass diese überwiegend gegeben ist und die Inhalte aller angebotenen Seminare sowohl in beruflichen als auch in privaten Situationen angewendet werden können.

*Die vermittelten Inhalte sind für meinen Arbeitsalltag gut nutzbar. (Eigene Erstellung)*



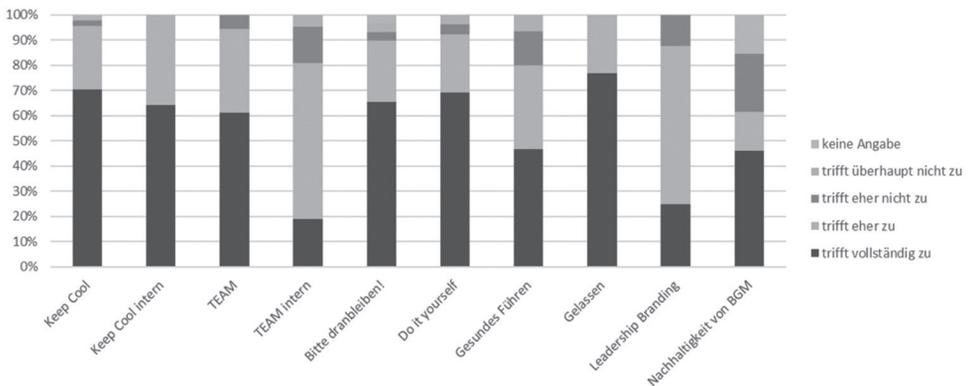
*Ich kann die Inhalte des Seminars auf berufliche und private Situationen umlegen. (Eigene Erstellung)*



### 5.1.2 Handlungshilfen

Ein Ziel der Seminare war es, den TeilnehmerInnen praktische Handlungshilfen und Methoden für Herausforderungen im Arbeitsalltag mitzugeben. Die Evaluierungsergebnisse zeigen, dass diese überwiegend vermittelt werden konnten.

*Ich habe Handlungshilfen für herausfordernde Arbeitssituationen erhalten. (Eigene Erstellung)*

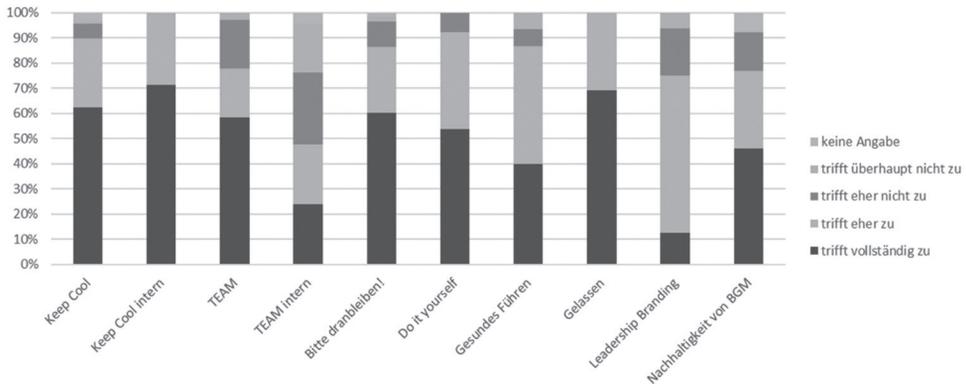


### 5.1.3 Austausch mit anderen SeminarteilnehmerInnen

Des Weiteren wurde erhoben, wie der Austausch mit den anderen SeminarteilnehmerInnen wahrgenommen wird. Die Ergebnisse zeigen, dass er durchwegs als hilfreich empfunden wurde. Einzig beim Seminar TEAM zeigt sich, dass 22 % (betriebsübergreifende Durchführung) bzw. 48 % (betriebsinterne Durchführung) den Austausch als eher nicht bis überhaupt nicht hilfreich wahrgenommen haben. Bei der Interpretation dieser Werte muss insbesondere bei der betriebsinternen Durchführung die Zusam-

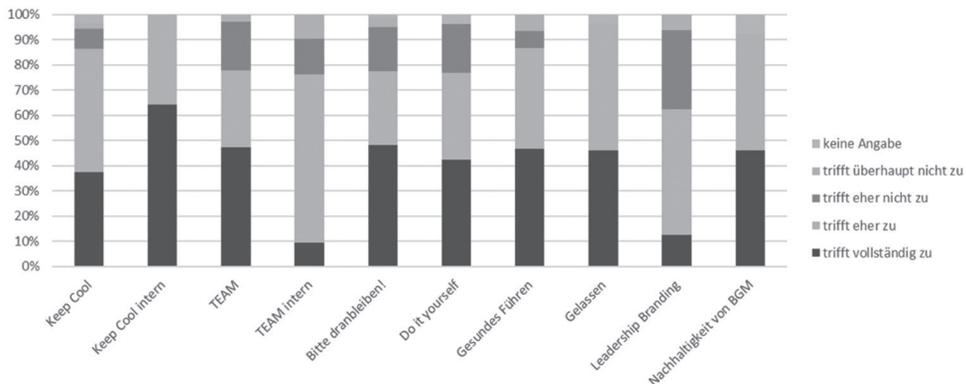
mensetzung der TeilnehmerInnen berücksichtigt werden. Persönlichen Rückmeldungen zufolge konnten durch das Seminar Konflikte zwischen der SeminarteilnehmerInnen zumindest erkannt, aber noch nicht aufgelöst werden.

*Der Austausch mit den anderen SeminarteilnehmerInnen war hilfreich. (Eigene Erstellung)*



Interessant ist, dass im Vergleich zur weitgehend positiven Bewertung des Austausches mit anderen SeminarteilnehmerInnen der Perspektivenwechsel durch diesen Austausch eine weniger starke, wenngleich überwiegend positive Zustimmung erhielt.

*Dieser Austausch mit den anderen SeminarteilnehmerInnen ermöglichte mir eine andere Sichtweise auf meine herausfordernden Arbeitssituationen. (Eigene Erstellung)*



## 5.2 Ergebnisse der Folgeevaluation

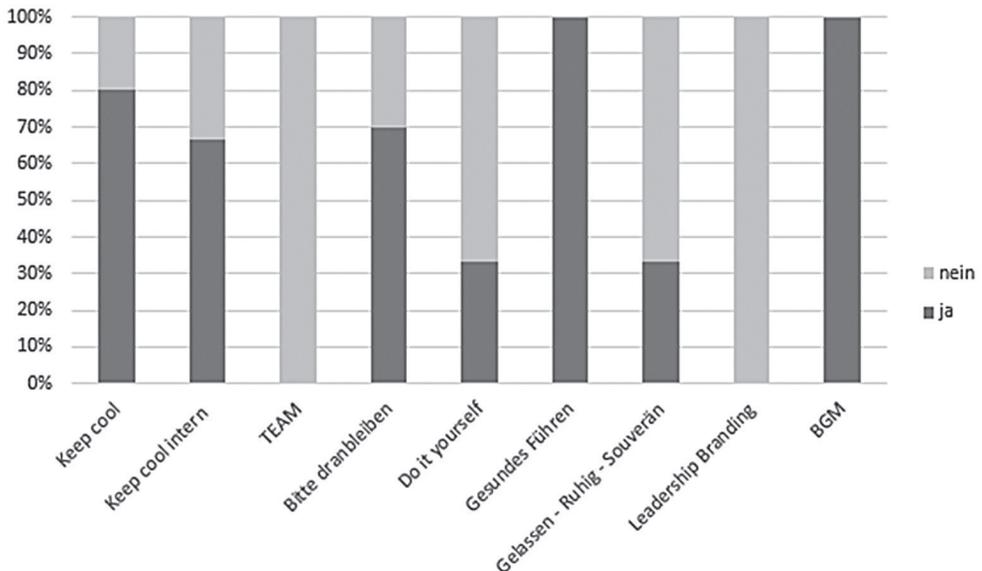
Wesentliche Schwerpunkte der Folgeevaluation einige Zeit nach dem Seminartermin waren die weiterführende Auseinandersetzung mit den Seminarthemen, die tatsächliche Umsetzung von im Seminar erlernten Handlungshilfen und Methoden sowie die Re-

flexion, welche Inhalte nicht umsetzbar sind. Diese Evaluationsbögen füllten insgesamt 45 SeminarernehmerInnen aus, wobei folgende Verteilung auf die jeweiligen Seminare besteht:

- Keep Cool: 15 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Keep Cool betriebsintern durchgeführt: 3 ausgefüllte Evaluationsbögen
- TEAM: 3 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Bitte dranbleiben!: 10 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Do it yourself: 6 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Gesundes Führen: 3 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Gelassen-Ruhig-Souverän: 3 ausgefüllte Evaluationsbögen
- Leadership Branding: 1 ausgefüllter Evaluationsbogen
- Nachhaltigkeit von BGM: 1 ausgefüllter Evaluationsbogen

Die Ergebnisse der Folgeevaluation zeigen, dass die Inhalte der Seminare Keep Cool (80 % betriebsübergreifende Durchführung, 67 % betriebsinterne Durchführung), Bitte dranbleiben! (70 %), Gesundes Führen (100 %) und Nachhaltigkeit von BGM (100 %) für den überwiegenden Anteil der SeminarernehmerInnen größtenteils neu waren.

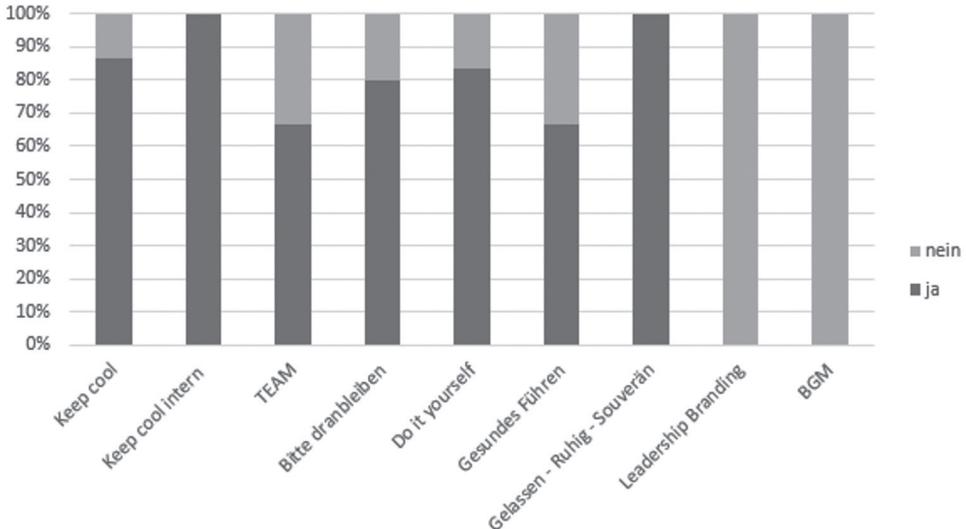
*Die Seminarinhalte waren für mich größtenteils neu. (Eigene Erstellung)*



Interessant ist, zu beobachten, dass sich 67 % der TeilnehmerInnen des Seminars TEAM nach dem Seminar mit den Inhalten auseinandergesetzt haben, obwohl die Inhalte bereits vorher durchwegs bekannt waren. Auch beim Seminar Do it yourself ist zu beobachten, dass sich trotz des als gering angegebenen Neuigkeitswertes der

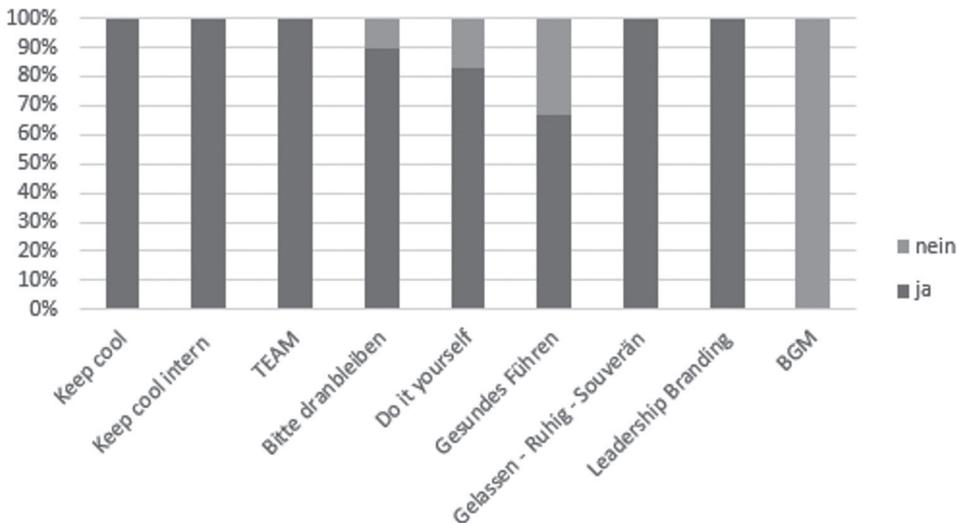
Seminarinhalte (die Inhalte waren für nur 22 % größtenteils neu) ein großer Anteil weiterhin mit den Inhalten auseinandergesetzt hat (83 %).

*Ich habe mich auch nach dem Seminar mit den Seminarinhalten näher auseinandergesetzt. (Eigene Erstellung)*



Die meisten SeminarteilnehmerInnen konnten bereits im Seminar vermittelte Techniken zum Lösen von Aufgaben, Problemen etc. anwenden. Einzig beim Seminar Nachhaltigkeit von BGM konnten diese noch nicht von dem/der SeminarteilnehmerIn angewendet werden. Dafür wurde keine Begründung angegeben.

*Ich wende bereits Techniken zum Lösen von Aufgaben, Problemen etc., die im Seminar vermittelt wurden, an. (Eigene Erstellung)*



## 6 Fazit & Handlungsempfehlungen

Zusammenfassend lassen die Ergebnisse der Seminarreihenevaluation die Möglichkeiten der im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ gewählten Vorgehensweise erkennen. So konnten die Seminarreihen den MitarbeiterInnen und Führungskräften Inhalte und praktische Handlungshilfen bieten, die sowohl im beruflichen als auch im privaten Alltag einsetzbar sind. Die SeminarteilnehmerInnen konnten in ihrer Resilienz und ihrem psychosozialen Gesundheitskapital gestärkt werden, da Methodenkompetenz aufgebaut wurde.

Wird der betriebsübergreifende Austausch im Zuge der Seminare durchwegs als wertvoll angesehen, stößt dieser bei dem Thema der Teamarbeit an seine Grenzen. Obwohl jedes Teammitglied über soziale Kompetenzen verfügen und diese weiterentwickeln muss, hat sich gezeigt, dass dieses Thema mit dem betroffenen Team bearbeitet werden sollte, um einen möglichst großen Nutzen daraus zu erzielen.

Folgende Handlungsempfehlungen können daher für die Umsetzung einer resilienzstärkenden Seminarreihe im Zuge eines BGF-Projektes formuliert werden.

### **Theoriegestützte Seminarreihe**

Die Orientierung an einer Theorie oder einem Konzept – wie beispielsweise jenem der Resilienz – unterstützt eine Reihe von aufeinander aufbauenden Seminaren, deren Inhalte miteinander verwoben sind und einander ergänzen. Um den größtmöglichen Nutzeffekt daraus ziehen zu können, sollte den MitarbeiterInnen und Führungskräften ein fortlaufender Besuch aller Seminare ermöglicht werden.

### **Trennung MitarbeiterInnen und Führungskräfte**

Um den jeweiligen Bedürfnissen der Zielgruppen MitarbeiterInnen und Führungskräfte gerecht zu werden, empfiehlt sich die Trennung in eine Seminarreihe für MitarbeiterInnen und eine Seminarreihe für Führungskräfte.

### **Unterstützung der Selbstreflexion in allen Lebenslagen**

Die Vermittlung von Inhalten, die in allen Lebenslagen – sowohl beruflichen als auch privaten Ursprungs – nutzbar sind, dienen der Entwicklung einer gesunden Selbstreflexion der SeminarteilnehmerInnen und unterstützen die intrinsische Motivation, an Aktivitäten der Betrieblichen Gesundheitsförderung teilzunehmen.

## **Literatur**

- Badura, B., Griener, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Brehm, M. (2004). *Emotionsmanagement - Emotionale Balance im Arbeitsleben*. In M.T. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte - Praxis - Perspektiven* (S. 199-216). Berlin Heidelberg: Springer.

- Felfe, J., Ducki, A. & Franke, F. (2014). Führungskompetenzen der Zukunft. In B. Badura et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2014 (S. 139-148). Berlin Heidelberg: Springer.
- Gunkel, L., Böhm, S. & Tannheimer, N. (2014). Resiliente Beschäftigte - eine Aufgabe für Unternehmen, Führungskräfte und Beschäftigte. In B. Badura et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2014 (S. 257-268). Berlin Heidelberg: Springer.
- Hammelstein, P. (2006). Resilienz. In B. Renneberg & P. Hammelstein (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 18-23). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Helmreich, I. & Lieb, K. (2015). Resilienz: Schutzmechanismen gegen Burnout und Depression. InFo Neurologie & Psychiatrie, 17 (2), 52-62.
- Hofer, P. (2014). Resilienz in Organisationen: Was MitarbeiterInnen stark macht. Inovator, 23, 12-15.
- Reivich, K. & Shatté, A. (2002). The Resilience Factor: 7 Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles. New York: Potter/TenSpeed/Harmony.
- Schulte, E.-M., Gessnitzer, S. & Kauffeld, S. (2016). Ich - wir - meine Organisation werden das überstehen! Der Fragebogen zur individuellen, Team- und organisationalen Resilienz (FITOR). Gruppe. Interaktion. Organisation. Zeitschrift für Angewandte Organisationspsychologie, 47 (2), 139-149.
- Westphal, A. & Gmür, M. (2009). Organisationales Commitment und seine Einflussfaktoren: Eine qualitative Metaanalyse. Journal für Betriebswirtschaft, 59 (4), S. 201-229.



# **Transformation der Erkenntnisse des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“**

Erwin GOLLNER, Florian SCHNABEL  
*Fachhochschule Burgenland, Department Gesundheit*

**KURZFASSUNG:** Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) wird in den meisten Unternehmen sehr divergent betrachtet und gelebt. Das Verständnis gilt aus betrieblicher Seite noch immer vorwiegend den verhaltensorientierten Maßnahmen im Bereich der Bewegung, Ernährung und immer mehr der psychosozialen Gesundheit. Das Verständnis über Verhältnisorientierung im Rahmen der BGF ist nur in den Ansätzen vorhanden. Je länger die Erfahrung eines Unternehmens mit BGF ist oder je größer die Unternehmen sind, desto größer ist die Bereitschaft, auch verhältnisorientierte Maßnahmen wie z.B. Maßnahmen zur optimalen Arbeitsplatz-, Zeit-, Arbeitsmittelgestaltung durchzuführen.

Von erfolgreichen BGF-Projekten zu lernen und Erfahrungen branchenübergreifend auszutauschen bzw. über ähnliche Problemlagen zu diskutieren, war ein Ziel des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“. Dabei soll es nicht nur darum gehen, Best Practice Beispiele zu präsentieren, sondern Vorgehensweisen und Argumentarien für nachhaltige Implementierung der Gesundheitsförderung in Richtung Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) und institutionelle Verantwortlichkeiten zu liefern.

## **1 Einleitung**

In der heutigen Arbeitswelt, in welcher der Wettbewerbs- und Marktdruck durch Globalisierung, Digitalisierung und Deregulierung steigen, gewinnt gesundheitserhaltende oder -förderliche Arbeit in Unternehmen immer mehr an Bedeutung. Früher war der Ansatzpunkt die physische Gesundheit der MitarbeiterInnen. Durch die enorme Arbeitsverdichtung der heutigen Arbeitswelt, siehe Arbeit 4.0, wird die psychische Gesundheit immer relevanter. Es ist eine deutliche Verschiebung der betrieblichen Aufmerksamkeit der Personalverantwortlichen von physischer zu psychischer Gesundheit ersichtlich (Bruch & Kowalevski, 2013).

Aufgrund dessen ist es wichtig, dass sich in Unternehmen die Personalabteilung höhere Ziele setzt, als krankheitsbedingte Fehlzeiten zu reduzieren. Der Anstieg von psychischen Erkrankungen und der drohende Fachkräftemangel, welcher durch den demographischen Wandel bedingt ist, verpflichtet Unternehmen umso mehr, die Arbeitsfähigkeit der heutigen Generation in den Vordergrund zu stellen (Matyssek, 2011).

Unternehmen müssen sich dessen bewusst werden, dass Beschäftigte das wichtigste Kapital eines Unternehmens sind. Nur leistungsbereite und motivierte Beschäftigte tragen zu einem nachhaltigen Unternehmenserfolg bei. Dabei wird Führungskräften eine wesentliche Rolle zugesprochen. Führungskräfte besitzen eine Doppelfunktion. Das bedeutet, dass sie die Verantwortung für die Leistung und Gesundheit der Beschäftigten sowie für sich selbst tragen. Führungskräften wird dadurch ein enormes Einflusspotenzial auf die Performance ihrer MitarbeiterInnen zugesprochen (Badura et al., 2011).

Studien verdeutlichen, welchen hohen Einfluss Personalführung, besonders gesundheitsförderliche Führung, auf die Gesundheit der Beschäftigten sowie auf Führungskräfte hat. Ergebnisse dieser Studien belegen, dass MitarbeiterInnen, bei denen die Geschäftsführung auf den gesundheitlichen Aspekt im täglichen Handeln achtet, um 8 % bessere Werte im Segment psychischer Gesundheit und höherer Arbeitszufriedenheit aufweisen, als vergleichbare Unternehmen. Zusätzlich zeigt die Studie auf, dass sich durch die gesundheitsförderliche Führung der Geschäftsführung auch die gesundheitsförderliche Führung des mittleren Managements um 90 % und im unteren Management um 32 % verbessert. Dies weist daraufhin, dass neben der Geschäftsführung das mittlere Management im Bereich MitarbeiterInnengesundheit eine einflussreiche Position einnimmt (Bruch & Kowalevski, 2013).

## 2 Transformation des Pinkafelder Schlüsselmodells „Betriebe Gesund Managen“

Die Modellentwicklung basiert auf einer umfassenden Recherche und Analyse bereits bestehender Konzepte, Modelle und Theorien zu den Themen Betriebliches Gesundheitsmanagement sowie Betriebliche Gesundheitsförderung. Besonders erwähnenswert sind an dieser Stelle das Culture-Work-Health Model nach Peterson & Wilson (2002), die Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen nach Badura, Walter & Hehlmann (2010), die Zusammenhänge zwischen Organisationskultur, Arbeitsbedingungen, Gesundheitszustand und Arbeitsverhalten nach Badura, Walter & Hehlmann (2010), die Einordnung des Arbeitnehmerschutzes, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Wiedereingliederungsmanagements in die Betriebliche Gesundheitspolitik nach Blattner & Elsigan (2015) sowie die Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß der Bundesanstalt für gesundheitliche Aufklärung (2013).

Aufbauend auf diesen Modellableitungen bildete der Sozialkapitalansatz nach Badura (2008) zusammen mit dem Resilienzansatz nach Reivich & Shatté (2002) die projektbezogene wissenschaftliche Ergänzung für das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“. Darauf aufbauend wurde im Rahmen der Erweiterung dieser umfangreichen Ansätze im Rahmen des Projektes ein Modell entwickelt, welches die zentralen Aspekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verbindet und zwar in Form von:

- Visionen: Was soll durch Betriebliches Gesundheitsmanagement erreicht werden?
- Handlungsfelder: In welchen fachlichen Handlungsfeldern fallen Aufgaben des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an?

- Managementprozesse: An welche Prozesse einer Organisation knüpft Betriebliches Gesundheitsmanagement an?
- Konzepte: Welche Themenfelder hat das Betriebliche Gesundheitsmanagement zu bearbeiten?

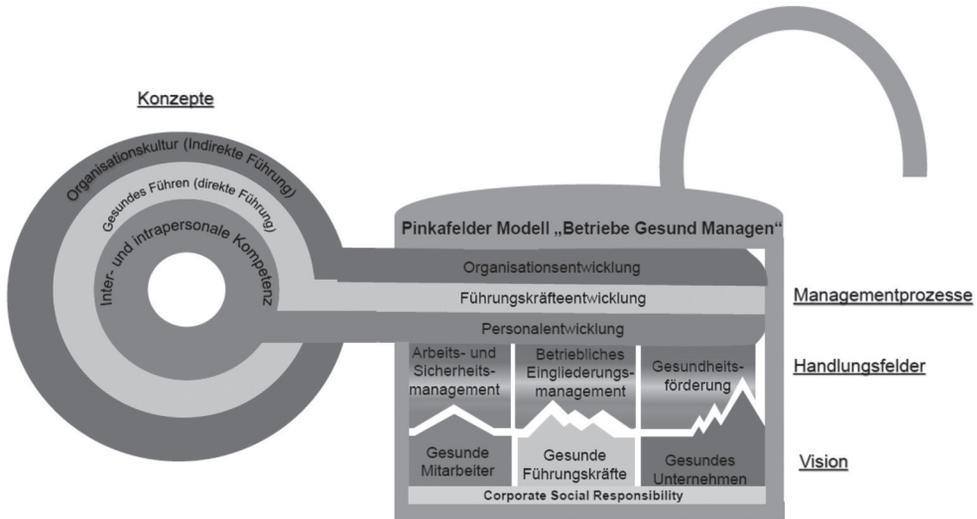


Abbildung 1: Pinkfelder Schlüsselmodell „Betriebe Gesund Managen“, Gollner et al. (2018)

Die Ausprägungen der Dimensionen sind jeweils miteinander in Form eines Schlüssels verzahnt. Dies ist in der Modelldarstellung ersichtlich. So eignet sich z.B. zur Erreichung der Vision „Gesunde MitarbeiterInnen“ das Konzept der inter- und intrapersonalen Persönlichkeitsentwicklung. Entsprechende Maßnahmen können auf der Ebene der Managementprozesse im Bereich der Personalentwicklung angesiedelt werden. Die Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements nehmen eine Sonderfunktion innerhalb der Dimensionen des Modells ein. Sie erstrecken sich jeweils quer über alle Konzepte und Managementprozesse und leisten einen Beitrag zur Erreichung der umfassenden Vision „gesunde MitarbeiterInnen, gesunde Führungskräfte, gesunde Organisation“.

Im Folgenden erfolgt eine Beschreibung der einzelnen Dimensionen. Die Darstellung des Modells als Schlüssel soll verdeutlichen, dass eine umfassende Berücksichtigung dieser vielfältigen Dimensionen der Schlüssel zum Erfolg in der praktischen Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist. Das Schloss stellt den Modellrahmen dar, wohingegen der Schlüssel über die Managementprozesse des Unternehmens eingebracht wird. Erst durch das richtige Ineinandergreifen des Schlüssels zum Schloss kann das Betriebliche Gesundheitsmanagement seiner Aufgabe nachkommen.

## 2.1 Vision

Die zentrale Vision des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sollte stets in der Förderung der MitarbeiterInnengesundheit auf organisationaler und individueller Ebene liegen. Ziel ist es, gesunde MitarbeiterInnen und gesunde Führungskräfte in einer gesunden Organisation zu entwickeln. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist dann Wirklichkeit geworden, wenn Gesundheitsförderung fest in einer Organisation verankert ist. Gesundheit bezieht sich auf personaler Ebene (MitarbeiterInnen und Führungskräfte) auf die Physis und Psyche. Im Laufe der letzten Jahre zeigt sich aufgrund der zunehmenden Arbeitsverdichtung immer stärker die Bedeutung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Erhaltung der physischen Gesundheit am Arbeitsplatz bezieht sich größtenteils auf die Bereiche des Arbeits- und Sicherheitsmanagements.

### 2.1.1 Gesunde MitarbeiterInnen

Gesunde MitarbeiterInnen stellen einen wesentlichen Erfolgsfaktor für Organisationen dar. Es ist mehrfach nachgewiesen, dass MitarbeiterInnen gesünder und leistungsfähiger sind sowie eine stärkere Identifikation mit ihrem Unternehmen aufweisen, wenn die Organisation aktiv Maßnahmen zur Stärkung der Gesundheit der Beschäftigten setzt (vgl. z.B. Badura et al., 2010; Philippen & Ziemer, 2014).

Zur Erfüllung der Vision von gesunden MitarbeiterInnen bedarf es salutogenetisch orientierter Personalpolitik, die das Wohlbefinden und die individuellen Bedürfnisse der MitarbeiterInnen in den Fokus rückt. Die Vision „Gesunde MitarbeiterInnen“ steht auch in engem Wechselwirkungszusammenhang mit der Vision „Gesunde Führungskräfte“ und der Vision „Gesunde Organisation“.

### 2.1.2 Gesunde Führungskräfte

Für den Erfolg von Betrieblichem Gesundheitsmanagement kommt den Führungskräften eine zentrale Bedeutung zu. Das Verhalten der Führungskraft hat einen wesentlichen Einfluss auf das Wohlbefinden, die Motivation und folglich auch auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen. Ein gesundheitsförderlicher Führungsstil, der sich in der Beziehungsqualität zu den MitarbeiterInnen, in einer guten Organisationskultur und in einem Klima des Vertrauens äußert, hat vor allem etwas damit zu tun, wie Führungskräfte mit ihrer eigenen Gesundheit umgehen. (Badura, Walter & Hehlmann, 2010)

Bei der Verankerung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement wird Führungskräften eine hohe Verantwortung zugeschrieben. Die eigenen Ressourcen, die Führungskräften dabei zur Verfügung stehen, dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden. Nur durch „gesunde Führungskräfte“ können „gesunde MitarbeiterInnen“ und folglich eine „gesunde Organisation“ erreicht werden.

### 2.1.3 Gesunde Organisation

Wie zuvor erwähnt, ist den Führungskräften ein wesentlicher Einfluss auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen in einer Organisation zuzurechnen. Wiederum sind gesunde MitarbeiterInnen die Basis für eine gesunde Organisation. Daraus lässt sich schließen,

dass Gesundheit in einer Organisation eine strategische Aufgabe darstellt und somit ein effektives Gesundheitsmanagement notwendig macht. Folgende Merkmale zeichnen laut Badura und Hehlmann (2010) eine gesunde Organisation aus:

- partnerschaftlicher Führungsstil
- viele gemeinsame Überzeugungen, Werte und Verhaltensregeln
- flache Hierarchien
- Vertrauen und gegenseitige Hilfe
- Transparenz von Entscheidungen
- Partizipationsmöglichkeiten und Handlungsspielräume
- hochentwickeltes System der Weiterbildung
- gute, abteilungsübergreifende Zusammenarbeit
- wenig intensive Konflikte zwischen Topmanagement und Belegschaft

Ziel auf der Ebene der Organisation ist, durch Maßnahmenumsetzung der Gesundheitsförderung eine formende Wirkung auf die Unternehmensstrukturen auszuüben. Diese neu geschaffenen oder bestätigten Strukturen leiten wiederum das Handeln der Führungskräfte und MitarbeiterInnen und verändern oder prägen damit die Organisationskultur. Diese Beeinflussung der Handlungen über die Strukturen auf die Organisationskultur wäre auch über die Betriebliche Gesundheitsförderung möglich. Diese reflexive Beeinflussung der Handlungen über Strukturen zur Unternehmenskultur wird von Stahl (2018) als die „liegende Acht“ bezeichnet (s. Abbildung 2).

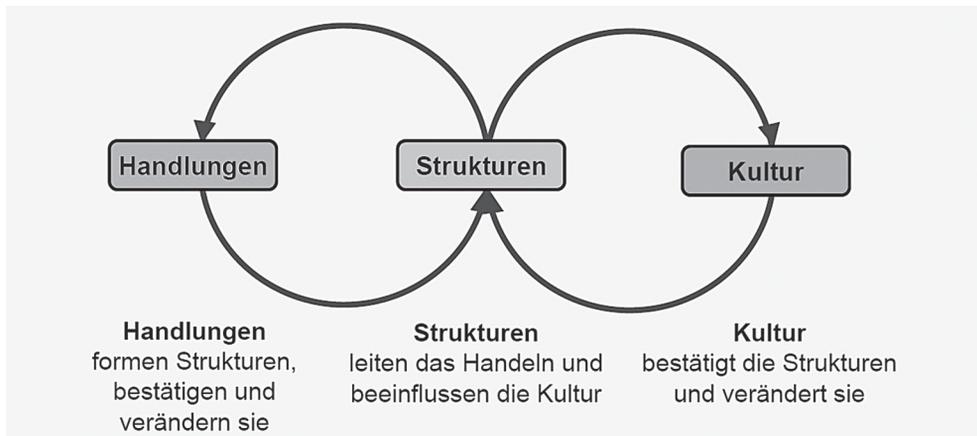


Abbildung 2: „Die liegende Acht“ Beeinflussung von Handlungen auf die Kultur, Stahl (2018)

## 2.2 Handlungsfelder

Das Pinkfelder Schlüsselmodell „Betriebe Gesund Managen“ zeigt, dass die Integration verschiedener Handlungsfelder erforderlich ist. So zielt Betriebliches Gesundheitsmanagement einerseits auf die Verhinderung von Unfällen und Erkrankungen durch Prävention, andererseits auf die Gesundheitsförderung ab. Da Betriebliches Gesundheitsmanagement ein integriertes Gesamtkonzept darstellt, vereint es die Themen Arbeits- und Sicherheitsmanagement – insbesondere den verpflichtenden Arbeitnehmerschutz – mit den freiwilligen Leistungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie des Betrieblichen Eingliederungsmanagements.

### 2.2.1 Arbeits- und Sicherheitsmanagement

Arbeits- und Sicherheitsmanagement bezieht sich auf Aktivitäten in Betrieben, die auf die Abwehr von Gesundheitsgefahren abzielen. Es beinhaltet insbesondere das Betriebliche Sicherheitsmanagement, die Betriebliche Prävention sowie den Arbeitnehmerschutz. Im Zentrum stehen das Vermeiden von Krankheiten, Gefahren und Unfällen in Betrieben sowie die Schaffung von Sicherheit. (Slesina & Bohley, 2011)

Der Arbeitnehmerschutz als zentraler Teil des Arbeits- und Sicherheitsmanagements ist in Österreich gesetzlich im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) geregelt. Er zielt auf eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit ab, welche nur dann gegeben ist, wenn die Gesundheit der Menschen nicht gefährdet und ein Höchstausmaß an Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden erreicht ist. Ein zentrales Kennzeichen des Arbeitnehmerschutzes ist der Fokus auf Gefahren, Risiken und Belastungen. (Ulich, 2008)

Zentrale Themen des Arbeits- und Sicherheitsmanagements sind

- sicheres Arbeiten im Betrieb und Unfallverhütung,
- menschengerechte Arbeitsgestaltung,
- physische und psychische Gefahren und Belastungen im Betrieb sowie
- arbeitsmedizinische Untersuchungen.

### 2.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Gegensatz zum Arbeits- und Sicherheitsmanagement – insbesondere dem Arbeitnehmerschutz – ist Betriebliche Gesundheitsförderung nicht gesetzlich verankert und zeichnet sich durch eine Ressourcenorientierung aus. Betriebliche Gesundheitsförderung verfolgt das Ziel, die Gesundheit in einer Organisation und die Gesundheitskompetenzen von MitarbeiterInnen sowie Führungskräften zu fördern. In Anlehnung an die Ottawa Charta (WHO, 1986) steht im Mittelpunkt der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Frage nach der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit und weniger jene der Entstehung und Abwehr von Krankheit. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst sowohl personenbezogene, verhaltens- und individuumsorientierte als auch bedingungsbezogene, verhältnisorientierte und strukturorientierte Interventionen. Zentrale Themenbereiche der Betrieblichen Gesundheitsförderung sind Bewegung, Ernährung, psychosoziale Gesundheit sowie Suchtmittelkonsum. (Ulich, 2008)

### *2.2.3 Betriebliches Eingliederungsmanagement*

Dieses Handlungsfeld des Betrieblichen Gesundheitsmanagements bezieht sich auf die Wiedereingliederung von Erkrankten im Betrieb und ist, ebenso wie die Betriebliche Gesundheitsförderung, eine freiwillige Leistung einer Organisation. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement stellt ein Instrument zum Erhalt der Beschäftigungsfähigkeit dar. Es zielt darauf ab, Personen nach Langzeitkrankenständen wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren und dabei etwaige veränderte Bedürfnisse an das Arbeitsumfeld zu berücksichtigen. (Huber, 2014)

Die drei Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements haben unterschiedliche Schwerpunktsetzungen, greifen jedoch im Sinne der Vision „gesunde MitarbeiterInnen, gesunde Führungskräfte, gesunde Organisation“ ineinander.

## **2.3 Managementprozesse**

Die Ebene der Managementprozesse im Modell gibt Auskunft darüber, in welche bereits bestehenden Organisationsstrukturen und -abläufe Aktivitäten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements integriert werden können.

### *2.3.1 Personalentwicklung*

Personalentwicklung dient der Förderung von Ressourcen und Potenzialen der MitarbeiterInnen, um (zukünftigen) betrieblichen Anforderungen gerecht werden zu können. Angesichts der demographischen Entwicklung und der Megatrends der Arbeitswelt wird es für Organisationen immer wichtiger, das Thema Gesundheit in den Fokus der Personalentwicklung zu stellen, um die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu gewährleisten. Bislang herrschte die Annahme vor, dass Beschäftigungsfähigkeit durch den Erwerb und Erhalt von Kompetenzen sowie die Förderung der Motivation aufrechterhalten werden kann. Derzeit steigt aber zunehmend das Bewusstsein dafür, dass sich Motivation, Kompetenzerhalt und Gesundheit gegenseitig stark beeinflussen und somit auch der Erhalt und die Förderung der Gesundheit wesentlich für die Aufrechterhaltung der Beschäftigungsfähigkeit sind. (Rump & Eilers, 2014)

Im Rahmen einer gesundheitsfördernden Personalentwicklung ist auf die Individualität der MitarbeiterInnen zu achten. Dazu zählen Rump & Eilers (2014) zufolge stärkerorientierte Entwicklungsprozesse, Lebenssituation, frühzeitiges Abwenden drohender Überlastungsmomente und alter(n)sgerechte Personalentwicklung. Zusätzlich stellt die Resilienz eine bedeutende Kompetenz der MitarbeiterInnen dar, die es im Zuge der Personalentwicklung in Hinblick auf zukünftige betriebliche Herausforderungen umfassend zu stärken gilt.

### *2.3.2 Führungskräfteentwicklung*

Führungskräfteentwicklung meint die gezielte und systematische Förderung von Führungskräften durch die (Weiter-) Entwicklung von Kompetenzen, Fähigkeiten und Grundhaltungen. Ziel ist es, zukünftige und aktuelle Leistungsaufgaben besser bewältigen zu können. Führungskräfteentwicklung ist eng mit Personalentwicklung verbunden

und kann folglich als Grundstein der Personalentwicklung und somit auch der Organisationsentwicklung verstanden werden. (Grote, 2012)

Führungskräfteentwicklung im Kontext von Betrieblichem Gesundheitsmanagement meint die Weiterentwicklung und Förderung von Führungskräften hin zu Führungskräften, die in der Lage sind, Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die eigene Gesundheit und die der MitarbeiterInnen im Arbeitsumfeld positiv beeinflusst wird. Da Betriebliches Gesundheitsmanagement zum übergeordneten Organisationsziel gehört, obliegt die Umsetzung in erster Linie der Führungskraft. Folglich stellen Führungskräfte im Rahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements eine zentrale Ressource bezüglich Schaffung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen dar. (Felfe, Ducki & Franke, 2014)

Eine kontinuierliche Entwicklung von Führungskräften hin zu gesundheits-sensitiven Führungskräften zählt daher zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren für ein umfassendes Betriebliches Gesundheitsmanagement und kann vor allem im Konzept des „Gesunden Führens“ zum Tragen kommen.

### *2.3.3 Organisationsentwicklung*

Organisationsentwicklung will unter Beteiligung aller betroffenen MitarbeiterInnen und Führungskräfte einerseits zu einer Verbesserung der organisatorischen Leistungsfähigkeit führen und andererseits deren Entfaltungsmöglichkeiten innerhalb der Organisation unterstützen. Der Prozess der Organisationsentwicklung wird von der Organisationsstruktur bzw. -kultur beeinflusst und muss die Wechselwirkungen zwischen Individuen, Gruppen, Organisationen, Technologien, Umwelt, Zeit sowie den Kommunikationsmustern, Wertestrukturen und Machtkonstellationen, die in der Organisation vorherrschen, berücksichtigen.

Bezugnehmend auf Gesundheit der MitarbeiterInnen und Führungskräfte soll die Organisationsentwicklung auf eine ständige Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitsverhaltens Aller im Unternehmen abzielen. Die gesetzten Maßnahmen gehen über die rechtlichen Verpflichtungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie der Betrieblichen Gesundheitsförderung hinaus, was die Notwendigkeit der Beteiligung aller Organisationsmitglieder unterstreicht. Als zukünftiges Endziel wird die feste Verankerung der Gesundheitsförderung als Managementstrategie in der Organisation gesehen (Kugler et al., 2016).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Ziel der Organisationsentwicklung in der Entwicklung hin zu einer gesunden Organisation im Sinne einer gesundheitsförderlichen Organisationskultur liegt. Denn die Gesundheit einer Organisation und die Gesundheit der darin beschäftigten MitarbeiterInnen und Führungskräfte bedingen einander.

## 2.4 Konzepte

Erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement zeichnet sich dadurch aus, dass es Maßnahmen auf allen drei Ebenen – MitarbeiterIn, Führungskraft und Organisation – setzt und die Themen intra- und interpersonale Kompetenz, Gesundes Führen sowie Gesunde Organisationskultur miteinander verknüpft.

### 2.4.1 Inter- und intrapersonale Kompetenzen

Personale Kompetenzen der MitarbeiterInnen werden als wichtiger Teil der Kernkompetenz von Organisationen gesehen. Stahl (2018) beschreibt die inter- und intrapersonalen Kompetenzen (kann auch synonym für personale Kompetenzen gesehen werden) als einen zentralen Baustein organisationaler Kompetenzen. Personale Kompetenzen bauen auf Ressourcen, als autonom abrufbare Fähigkeiten des Denkens, Fühlens und Handelns von Menschen, auf. Ab dem Zeitpunkt, wo personale Ressourcen mit komplexen Situationen in sozialen Kontexten eingesetzt werden, spricht Stahl von Kompetenzen. Diese Transformation interner Ressourcen, mit schwierigen Aufgabenstellungen in sozialen Kontexten, erklärt die Entwicklung von Kompetenzen. Das Kompetenzmodell nach Stahl beschreibt, wie sich explizites Wissen zu einer im Verhalten sichtbaren „Könnerschaft“ entwickelt und als einer Person zuschreibbare Kompetenz sichtbar wird. Erkennbare Kompetenz, die nicht nur zu einer erkennbaren Leistung (Output), sondern zu einer wirksamen Leistung (Outcome) führt, wird als Performanz bezeichnet.

Im Sinne der Personalentwicklung im Pinkafelder Schlüsselmodell „Betriebe Gesund Managen“ soll der Fokus auf die intra- und interpersonale Kompetenz gelegt werden. Bei der intrapersonalen Kompetenz steht der Blick des Menschen nach innen gerichtet im Sinne einer Selbsterkenntnis und Selbstführung. Die Kunst des „sich selbst gebenden ehrlichen Feedbacks“ bedingt eine Entwicklung einer Selbstwirksamkeit. Eine zweite wichtige intrapersonale Kompetenz ist der Umgang mit Gefühlen und Stress, um zu Zuversicht und Selbstgewissheit zu gelangen. Die interpersonale Kompetenz kann als Ergänzung zur intrapersonalen Kompetenz als die Fähigkeit, den Blick nach außen zu wenden, um hohe Beziehungsqualitäten aufzubauen gesehen werden. Die Bedingung dafür ist, über eine hohe Vielfalt an Kommunikationsvarianten und sozialen Schemata zu verfügen, um mannigfaltige soziale Beziehungen aufbauen zu können. (Stahl 2018)

### 2.4.2 Gesundes Führen – direkte Führung

Studien haben gezeigt, dass es deutliche Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Führungskraft und der Gesundheit der MitarbeiterInnen gibt. Zum einen kann Führungsverhalten als Ressource wahrgenommen werden, die sich gesundheitsförderlich auf MitarbeiterInnen auswirkt. Zum anderen kann es ein Stressor sein und einen negativen Einfluss auf die psychosoziale Gesundheit der MitarbeiterInnen nehmen. Gemäß Felfe et al. (2014) wirkt ein gesundheitsförderliches Führungsverhalten, welches sich in Wertschätzung, MitarbeiterInnenorientierung und einem ressourcenorientierten Führungsstil äußert, besonders positiv auf das Stresserleben und die Gesundheit von MitarbeiterInnen aus.

Führungskräfte zeichnen sich durch ihre Vorbildfunktion, durch die Entwicklung individueller Stärken und Ressourcen der MitarbeiterInnen und durch Vermittlung sinnvoller und attraktiver Entwicklungsperspektiven aus. Gemäß dem Heidelberger Modell nach Stahl (2018) müssen sich Führungskräfte in der heutigen Zeit an folgenden Führungsansätzen orientieren:

- **Zirkuläres Führen:** Bedeutet für die Führungskraft, sich von der linear-kausalen Vorstellung von Führung hin zu einer zirkulären Führung zu entwickeln. Das bedingt für die Führungskraft ein neues Rollenverständnis und den Aufbau einer bewussten Beziehungsgestaltung mit den MitarbeiterInnen. Erst durch gemeinsame Reflexion dieser sozialen und asymmetrischen Beziehung kann die Beziehungsqualität in den Mittelpunkt gelangen. Die Kunst des Führens besteht darin, eine Resonanz zwischen den Beteiligten aufzubauen. Erst diese sich entwickelnde Resonanz ermöglicht, über ein Gefühl von Selbstwirksamkeit und Veränderungsbereitschaft eine für beide Seiten profitierende Beziehungsqualität zu erlangen.
- **Individualisierendes Führen:** Bedingt eine Führungsbeziehung abseits vorurteilsfreier persönlicher Wertevorstellungen. Führungskräfte stehen vor der Herausforderung, sich auf diese neue Vielfalt unterschiedlicher Werte ihrer MitarbeiterInnen einzustellen und dementsprechende individuelle Werteprofile als Basis ihrer Führungsarbeit heranzuziehen. Ein ergänzender Ansatz des individualisierenden Führens wäre in Anlehnung an Blanchard & Zigarmi (2002) die Orientierung am Reifegrad der MitarbeiterInnen. Dieser ergibt sich aus der Leistungsfähigkeit (Können), der Leistungsbereitschaft (Wollen), der Werteorientierung (Sollen) und der Ermächtigung (Dürfen). Eine dritte Möglichkeit wäre das Führen nach den Arbeitsmotiven der MitarbeiterInnen.
- **Balancierendes Führen:** Die Notwendigkeit des balancierenden Führens zeigt sich für Führungskräfte im Umgang mit Widersprüchlichkeiten, die Führungsdilemmata provozieren. Der Umgang mit diesen Widersprüchen des „Entweder-Oder“ kann zu einer Einschränkung oder einer Erhöhung der Handlungsmöglichkeiten der Führungskraft führen. Diese Gegensatzpaare, wie Misstrauen-Vertrauen, Straffen-Lockern, Distanz-Nähe usw. sollten nicht zu „Entweder-Oder“- sondern zu „Sowohl-als-auch“-Entscheidungen führen – ganz im Sinne des Konstruktivisten Heinz von Foerster (1998): „Handle stets so, dass die Anzahl der Wahlmöglichkeiten größer wird!“.

Gesundes Führen impliziert die direkte Interaktion zwischen MitarbeiterInnen und Führungskraft und wird daher auch als direkte Führung bezeichnet. Diese fordert Achtsamkeit der Führungskräfte gegenüber ihrer eigenen Gesundheit. Denn auch Führungskräfte sind Belastungen und steigendem Druck ausgesetzt. Durch das Erlernen eines gesundheitsförderlichen Verhaltens, welches sich in Arbeitsorganisation und Zeitmanagement äußert, können Führungskräfte Vorbilder für ihre MitarbeiterInnen sein. Erst dann kann Gesundes Führen durch Schaffung wertschätzender Führungsbeziehung und Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen umgesetzt werden.

### 2.4.3 *Gesunde Organisationskultur*

Bei der Umsetzung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement spielt die Organisationskultur eine entscheidende Rolle und wird als „Summe aller Wertvorstellungen, die sich in den direkt oder indirekt vorhandenen Verhaltensweisen widerspiegelt“ verstanden (Schuster, 2006).

In Anlehnung an das St. Galler Management-Modell betrifft der Begriff der Organisationskultur sowohl die normative als auch die strategische und operative Ebene. Der Begriff „normativ“ bezieht sich auf generelle (festgeschriebene) Ziele, Prinzipien, Leitsätze/Leitlinien, Grundsätze, Normen und Spielregeln einer Organisation. Auf strategischer Ebene werden (festgelegte) Vorgehensweisen betrachtet, die beispielsweise in einem Geschäftsplan festgeschrieben sind und zur Erreichung von (festgeschriebenen) Zielen auf normativer Ebene dienen sollen. Auf operativer Ebene wird die Umsetzung der (festgelegten) Vorgehensweisen in der Organisation betrachtet. Hierbei stehen die tatsächliche Führung der MitarbeiterInnen, Ressourcenbereitstellung, Planung, Steuerung und Überwachung der Geschäftsprozesse, aber auch soziale Aspekte des MitarbeiterInnenverhaltens im Mittelpunkt. (Rüegg-Stürm & Grand, 2014)

## 3 **Fazit**

Mit der Entwicklung des Pinkafelder Schlüsselmodells „Betriebe Gesund Managen“ wurde im Rahmen des Projektes „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ ein theoriegeleiteter Orientierungsrahmen für die konzeptionelle Entwicklung und Implementierung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement in Unternehmen geschaffen.

Im Fokus des Projektes standen sowohl verhaltensbezogene Angebote als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Auch bei diesem Projekt hat sich deutlich gezeigt, dass erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement nur dann möglich ist, wenn Maßnahmen auf allen drei Konzeptebenen – MitarbeiterIn, Führungskraft und Organisation – miteinander verknüpft werden. Die wichtigsten „lessons learned“ auf diesen drei Ebenen sind nachfolgend angeführt.

- Gemeinsames Verständnis im Unternehmen schaffen zum Thema Gesundheit und Arbeit. Wie können die Themen Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Unternehmenskultur verankert werden?
- Gemeinsame Zielvorstellungen zwischen Führungskräften und MitarbeiterInnen entwickeln, wie das Unternehmen den Weg in Richtung Betriebliche Gesundheitsförderung oder Betriebliches Gesundheitsmanagement gehen möchte.
- Zu Beginn des Projektes eine valide Datengrundlage schaffen. Optimaler Weise in Verbindung von quantitativen und qualitativen Ansätzen.
- Aufbauend auf der Datenerhebung eine bedarfsorientierte BGF- Maßnahmenableitung auf der Ebene Personal-, Führungskräfte- und Organisationsentwicklung einleiten.

- Um Betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgreich zu implementieren, bedarf es einer gleichzeitigen Entwicklungsarbeit im Bereich der Personal-, Führungskräfte- und Organisationsentwicklung.
- Das Projektteam hat im Unternehmen eine wichtige MultiplikatorInnenfunktion in allen Bereichen des Unternehmens.
- Durch das im Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ durchgeführte unternehmensübergreifende Maßnahmenangebot wurde der Austausch und die Ideenvielfalt zu BGF-Maßnahmen enorm angeregt.
- Die Maßnahmenbeteiligung hängt sehr stark vom unmittelbaren und individuellen Mehrwert für MitarbeiterInnen und Führungskräfte ab. Der Transfer vom Berufsleben in das Privatleben ist sehr wichtig für die Akzeptanz des Angebotes.
- Voraussetzung für eine nachhaltige Verankerung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist ein begleitendes Kommunikationskonzept, wie z.B. Maßnahmenkataloge, Infopoints, Gesundheitsberichte und BGM-Toolbox.
- Maßnahmen, die in den Arbeitsalltag rasch integrierbar sind haben die höchste Akzeptanz.
- Perspektivenwechsel auf Gesundheit – Gesundheit entsteht permanent im zwischenmenschlichen Miteinander auf der vertikalen als auch horizontalen Interaktionsebene.

#### 4 Diskussion und Ausblick

In der heutigen Zeit stellt die „Gesundheit am Arbeitsplatz“ ein hochaktuelles Thema dar, wenn es darum geht, als Unternehmen leistungsfähiger und erfolgreicher zu sein. Studien zufolge ist die Führung der größte Einflussfaktor auf die Gesundheit und Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten. Viele Führungskräfte sind sich dieses Einflusses noch nicht bewusst. Es ist Aufgabe der Geschäftsführung sowie der Personalabteilung der Unternehmen, leitende Personen für gesundheitsförderliche Führung zu sensibilisieren sowie vorzubereiten.

Es ist in der Wirtschaftspraxis üblich, dass der Einsatz gesundheitsförderlicher Führung für die Verwirklichung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement kaum Anwendung findet. Dies lässt sich dadurch erklären, dass es bisher kaum theoriegeleitete Kompetenzmodelle für gesundheitsförderliche Führung gibt, die auch praxistauglich sind.

Wie das Projekt „Gesunde MitarbeiterInnen - Gesunder Betrieb!“ aufzeigen konnte, besteht für Betriebliches Gesundheitsmanagement großer Bedarf in der richtigen Ableitung von Maßnahmen, weil damit ein bedarfsorientierter Personal- und Führungskräfteentwicklungsplan erstellt werden kann. Zusätzlich wird es für Unternehmen im Kampf um die besten Nachwuchskräfte ein strategischer Wettbewerbsvorteil sein, wenn den Werten der jüngeren Generationen entsprechend kommuniziert werden kann, was das Unternehmen alles an Maßnahmen für die „Life Domains“ seiner MitarbeiterInnen anbietet.

Für erfolgreiche Unternehmen wächst, auch im Sinne des „Employer Brandings“, die Bedeutung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Um diesen Ansprüchen gerecht zu wer-

den, benötigt es eine unternehmensbezogene Strategie, wie Betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt werden kann. Entsprechend dem ganzheitlichen Verständnis von Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist es notwendig, eine theoriegeleitete Vorgehensweise, wie im Pinkafelder Schlüsselmodell „Betriebe Gesund Managen“ auch dargestellt, zu wählen. Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte im Sinne der Nachhaltigkeit als Strategie im Unternehmensleitbild verankert werden.

Bezüglich der Begrifflichkeit „Gesundheit am Arbeitsplatz“ bedarf es noch eines Perspektivenwechsels und zwar in Hinblick auf die Bedeutung des Arbeitsplatzes. Führungskräfte und MitarbeiterInnen müssen noch verstärkt das Verständnis entwickeln, dass Gesundheit permanent im zwischenmenschlichen Miteinander auf allen Interaktionsebenen im Unternehmen entsteht und sie somit Teil des Problems als auch der Lösung sind.

## Literatur

- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klöse, J. & Macco, K. (Hrsg.). (2011). Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Badura, B., Griener, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation (2. Auflage). Heidelberg: Springer Verlag.
- Blanchard, K., Zigarmi P. (2002). Der Minuten Manager- Führungsstile. Hamburg Rowohlt.
- Blattner, A. & Elsigan, G. (2015). Leitfaden Psychische Gesundheit: Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Wien: Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
- Bruch, H. & Kowalewski, S. (2013). Gesunde Führung: Wie Unternehmen eine gesunde Performancekultur entwickeln. Überlingen: Compamedia GmbH.
- Felfe, J., Ducki, A., & Franke, F. (2014). Führungskompetenzen der Zukunft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klöse & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten (S. 139-148). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.
- Gollner, E., Szabo, B. et. al, (2018). Gesundheitsförderung Konkret. Ein forschungsgeleitetes Lehrbuch für die Praxis. Holzhausen Verlag
- Great Place To Work (2019). <https://www.greatplacetowork.at/ueber-uns/was-ist-ein-great-place-to-work/> [25.04.2019]
- Grote, S. (2012). Die Zukunft der Führung. In B., Michaelis, C., Nolte & K., Sonntag (Hrsg.) Führungskräfteentwicklung im 21. Jahrhundert – Wo stehen wir und wo müssen wir hin? (S. 365-389). Berlin-Heidelberg: Springer-Verlag
- Heinz v. Förster (1998). Wissen und Gewissen. Versuch einer Brücke; Suhrkamp, Frankfurt
- Huber, A. (2014). Das Betriebliche Eingliederungsmanagement. In S. Hahnzog (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung: Das Praxishandbuch für den Mittelstand (S. 59-73). Wiesbaden: Springer-Verlag.
- Kugler, S., Horch, D., Scholz, I. & Rankl D. (2016). Gesunde Unternehmen: Mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement zu mehr Erfolg. (2., geänderte Auflage). Hamburg: Kreuzfeldt digital
- Matyssek, A. K. (2011). Gesund führen – sich und andere! (1. Auflage). Norderstedt: Books on Demand GmbH.
- Peterson, M. & Wilson, J. F. (2002). The Culture-Work-Health Model and Work Stress. *Am J Health Behav*, 26 (1), 16-24.
- Philipsen, G. & Ziemer, F. (2014). Mit Resilienz zu nachhaltigem Unternehmenserfolg. *Wirtschaftsinformatik & Management*, (2), 68-76.

- Reivich, K. & Shatté, A. (2002). *The Resilience Factor: 7 Keys to Finding Your Inner Strength and Overcoming Life's Hurdles*. New York: Potter/TenSpeed/Harmony.
- Rüegg-Stürm, J. & Grand, S. (2014). *Das St. Galler Management-Modell: 4. Generation – Einführung*. Bern u.a.: Haupt.
- Rump, J. & Eilers, S. (2014). Personalrekrutierung und -entwicklung der Zukunft. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten* (S. 195-200). Berlin & Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schuster, C. (2006). *Organizational Culture Inventory: Nutzung von Kultur als Treiber erfolgreichen Wandels*. In Bertelsmann Stiftung (Hrsg.), *Messen, werten, optimieren: Erfolg durch Unternehmenskultur* (S. 20-25). Gütersloh: Festge.
- Slesina, W. & Bohley, S. (2011). *Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement*. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft* (S. 619-633). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Stahl, H.K. (2018). *Das neue Management des persönlichen Verkaufs*. Expert Verlag
- Ulich, E. (2008). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Arbeitspsychologische Perspektiven*. In F. Gastager (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen* (S. 49-74). Wien.

## Autorinnen und Autoren

**Dr. Gerhard Blasche** ist Psychologe und Psychotherapeut und am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien wissenschaftlich tätig. Er ist seit über 20 Jahren mit der Erforschung der Ermüdung durch die Arbeit und der Erholung von der Arbeit beschäftigt und hat insgesamt mehr als 90 wissenschaftliche und/oder facheinschlägige Publikationen verfasst. Neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit ist Gerhard Blasche als klinischer Psychologe und Psychotherapeut in eigener Praxis in Wien tätig.

**Mag. Patricia-Maria Böhm** ist Klinische und Gesundheitspsychologin und arbeitet seit 4 Jahren in der Autonom Health GesundheitsbildungsGmbH. Neben der laufenden Betreuung der Autonom Health Community, einer Gesundheitsplattform, beschäftigt sie sich mit den aktuellsten Publikationen rund um die Herzratenvariabilität (HRV), betreut den Social Media Bereich und nutzt HRV-Messungen in Coachings.

**Carmen Braun, BA MA** ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin sowie in der Hochschullehre am Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland GmbH tätig. Neben der Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten in unterschiedlichen Settings liegen ihre Forschungsschwerpunkte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, im Betrieblichen Gesundheitsmanagement sowie in der gesundheitsförderlichen Führungsforschung.

**Dr. Bernadette Frech** ist Geschäftsführerin von Instahelp, der europäischen Onlineplattform für mentale Gesundheit. Sie studierte Internationales Management an der FH JOANNEUM und der Università degli Studi di Sassari. Ihre Promotion machte sie an der Aston Business School zum Thema Emotionsmanagement. Sie kann auf mehr als 10 Jahre praktische Erfahrung in den Bereichen Business Consulting und Training zurückgreifen. Darüber hinaus arbeitet sie als Vortragende an der FH JOANNEUM, der Karl-Franzens-Universität und der Aston Business School in Birmingham.

**Silvia Geier, BA MA** zeichnet sich für das Marketing bei Instahelp verantwortlich. Sie hat einen Masterabschluss in internationalem Marketing und absolviert derzeit ihr Doktoratsstudium im Bereich Marketing an der Karl-Franzens-Universität. Zudem ist sie im Bereich Forschung und Lehre an der Fachhochschule CAMPUS 02 tätig. Sie kann auf langjährige berufliche Erfahrung und eine hohe Affinität zum Online-Marketing zurückgreifen. Darüber hinaus koordiniert sie seit 2015 die Zusammenarbeit mit der Sigmund Freud PrivatUniversität und den PsychologInnen bei Instahelp und hat dadurch psychologisches Wissen aufgebaut.

**Prof. (FH) Mag. Dr. Erwin Gollner, MPH MBA** leitet seit 2013 das Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland, in dem er bereits seit 2002 als Studiengangsleiter tätig ist. Neben einem Diplom- und Doktoratsstudium der Sportwissenschaften sowie einem Diplomstudium der Psychologie, jeweils an der Karl-Franzens-Universität Graz, absolvierte er das Masterstudium Public Health und das Health Care Managementstudium an der Medizinischen Universität Graz. Zu seinen wesentlichen Forschungsschwerpunkten zählen unter anderem systemische Organisations- und Personalentwicklung in Verbindung mit BGF und BGM sowie Arbeits- und systemische Führungspsychologie.

**Katharina Hauer, BA MA** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Forschung Burgenland GmbH und externe Lektorin an der Fachhochschule Burgenland GmbH. Ihre Arbeits- und Forschungstätigkeiten umfassen die modellorientierte Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, die Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten und die Gesundheitsberichterstattung.

**Julia Konrad, BA** ist Projektmitarbeiterin der Forschung Burgenland GmbH. Nach ihrem Bachelorstudium „Gesundheitsmanagement im Tourismus“ an der FH JO-ANNEUM, Bad Gleichenberg, absolviert sie aktuell das berufsbegleitende Masterstudium „Gesundheitsförderung und -forschung“ an der FH Burgenland, Pinkafeld. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in der Betrieblichen und Schulischen Gesundheitsförderung.

**Dr. med. Alfred Lohninger** ist Chronomediziner, Gynäkologe und Arzt für Allgemeinmedizin. Nach seiner Ausbildung an der Universitätsfrauenklinik Wien ist er als Frauenarzt und Lebensstilmediziner tätig. Er beschäftigt sich seit vielen Jahren mit vegetativer Funktionsdiagnostik und gründete 2005 die Autonom Health GesundheitsbildungsGmbH in Wien. Die von ihm entwickelte Analysesoftware ist Teil eines umfassenden diagnostisch-therapeutischen Konzepts das von namhaften Institutionen im deutschen Sprachraum erfolgreich umgesetzt wird.

**Prof. (FH) Mag. Florian Schnabel, MPH** ist seit 2010 als Hochschullehrer und seit 2014 als Studiengangsleiter des Masters „Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung“ an der Fachhochschule Burgenland tätig. Er absolvierte das Diplomstudium Soziologie mit Schwerpunkt Gesundheitssoziologie an der Karl-Franzens-Universität Graz und den Public Health Lehrgang auf der Medizinischen Universität Graz. Zu seinen wesentlichen Forschungsschwerpunkten zählen unter anderem Evaluation, kommunale und Betriebliche Gesundheitsförderung sowie Betriebliches Gesundheitsmanagement.

**Julia Stöller, BA** ist als wissenschaftliche Mitarbeiterin bei der Forschung Burgenland GmbH tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte sind kommunale und ökologische Gesundheitsförderung sowie Evaluation von Gesundheitsförderungsprojekten. Derzeit absolviert sie ihr Masterstudium „Gesundheitsförderung und Gesundheitsforschung“ an der Fachhochschule Burgenland und widmet sich im Rahmen ihrer Masterarbeit dem Thema der klimaspezifischen Gesundheitsbildung für Risikogruppen des Klimawandels.

**Dr.rer.soc.oec. Barbara Szabo, BA MA** ist wissenschaftliche Mitarbeiterin im Department Gesundheit der Fachhochschule Burgenland. Nach ihrem Bachelorstudium „Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung“ und Masterstudium „Management im Gesundheitswesen“ an der Fachhochschule Burgenland absolvierte sie ihr Doktoratsstudium der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften mit dem Schwerpunkt Soziologie an der Karl Franzens Universität Graz. Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen die Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz, die Schulische Gesundheitsförderung, die Betriebliche Gesundheitsförderung im Setting Schule, die Bewegungsförderung sowie die Evaluation von Gesundheitsprojekten.