

Prävention von psychosozialen Risiken in Betrieben

Konzeptionelle Grundlagen und Praxisbericht

Hochschule Luzern, 22. Dezember 2015

*Sarah Auerbach,
Dipl.-Psych.*

sarah.auerbach@hslu.ch

*Monica Basler,
MPH*

monica.basler@hslu.ch

*Gian-Claudio Gentile,
Dr. sc ETH*

gian-claudio.gentile@hslu.ch

(in alphabetischer Reihenfolge)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Projektauftrag, Ziele und Vorgehen | 5 |
| Teil 1: Psychosoziale Risiken und Psychische Gesundheit – Begriffsverständnis | 6 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Gesundheit..... | 6 |
| 3 Psychische Gesundheit: Belastung, Beanspruchung und individuelle Ressourcen | 7 |
| Teil 2: Voraussetzungen zur nachhaltigen Implementierung des Managements psychischer Gesundheit in Betrieben - Konzeptionelle Orientierungshilfe | 8 |
| 1 Einleitung | 8 |
| 2 Ganzheitliches Gesundheitsmanagement | 9 |
| 2.1 Leistung und Gesundheit im Fokus ganzheitlichen (Gesundheits-) Managements | 9 |
| 2.2 Elementare Dimensionen des Gesundheitsmanagements – die Luxemburger Deklaration | 11 |
| 2.3 Konzeptionelle Grundlagen eines ganzheitlichen Managementkonzeptes für Gesundheit | 11 |
| 2.3.1 Der Referenzrahmen | 11 |
| 2.3.2 Organisation und Person: zwei reziproke Gestaltungsebenen | 12 |
| 2.3.3 Prozesse als Verbindungselement zwischen Organisation und Person | 13 |
| 2.4 Verstetigung des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements..... | 15 |
| 2.4.1 Projektmanagement und Partizipation | 15 |
| 3 Synthese und Überleitung..... | 16 |
| Teil 3: Der Prozess der Erhebung psychosozialer Gesundheitsrisiken bei einem Versicherungsunternehmen – Ein Beispiel guter Praxis | 17 |
| 1 Ausgangslage..... | 17 |
| 1.1 Entwicklungsprozess und Praxiserprobung eines Monitoring- und Messinstrumentes..... | 17 |
| 2 Problemlage und Zieldefinition | 17 |
| 2.1 Problemlage | 17 |
| 2.2 Ziel und Themen der Befragung | 18 |
| 3 Nutzergruppe: Projektmanagement / Vorhandenes Wissen..... | 19 |
| 4 Prozess der Verfahrensauswahl und Entwicklung | 19 |
| 4.1 Literaturrecherche..... | 19 |
| 4.2 Unternehmensinterne ‚Gütekriterien‘ der Fragenwahl | 20 |
| 4.3 Antwortformate: interne und externe Vergleichbarkeit – was ist wichtiger? | 21 |
| 5 Praxiserprobung des Messinstrumentes durch das Unternehmen | 21 |
| 5.1 Pretest | 21 |
| 5.2 Vorbereitung und Durchführung Hauptbefragung..... | 22 |
| 5.2.1 Wer ist der Absender der Befragung?..... | 22 |
| 5.2.2 Partizipation wichtiger Anspruchsgruppen sichtbar machen | 22 |
| 5.2.3 Die Garantie der Anonymität ist ein Qualitätskriterium | 22 |
| 5.2.4 Verständlichkeit für die internen Akteure gewährleisten..... | 22 |
| 5.2.5 Komplexitätsreduktion der Resultate schafft Anschlussfähigkeit bei internen Akteuren | 23 |
| 5.3 Weiterführende Schritte: Kommunikation im Unternehmen und nachhaltige Verankerung | 23 |
| 6 Konklusion und Learnings aus dem vorliegenden Case | 23 |
| 6.1 Partizipation..... | 24 |
| 6.1.1 Erfolgreiche Partizipation | 24 |
| 6.1.2 Learnings: Wer partizipiert wie lange und in welcher Rolle? | 24 |
| 6.2 Integration..... | 25 |
| 6.2.1 Erfolgreiche erstmalige Durchführung | 25 |
| 6.2.2 Learnings | 25 |
| 6.3 Projektmanagement | 25 |
| 6.3.1 Zusammenarbeit Praxispartner und HSLU | 25 |
| 6.3.2 Learnings: Welche Lesart müssen wir am Schluss gewährleisten können?..... | 25 |
| 6.4 Ganzheitlichkeit..... | 26 |
| 6.4.1 Erfolgreicher Ausgleich der Einseitigkeit von Befragungen | 26 |
| 6.4.2 Learnings: Ganzheitlichkeit schafft Verständnis | 26 |
| 6.5 Fazit | 26 |
| Literatur..... | 27 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten unterschiedlicher Massnahmen Arbeitsgestaltung in unterschiedlichen Präventionsstufen (nach Richter, 2002, S. 47) | 10 |
| Abbildung 2: Referenzrahmen (in Anlehnung an Jenny & Bauer, 2013) | 12 |
| Abbildung 3: Gestaltungsebene Organisation | 13 |
| Abbildung 4: Gestaltungsebene Person..... | 13 |
| Abbildung 5: Gestaltungsebene Prozesse..... | 14 |
| Abbildung 6: Strategielandkarte „Leistungsfähigkeit und Gesundheit (L&G) | 18 |

Projektauftrag, Ziele und Vorgehen

Ziel des vorliegenden Projektes ist es, gestützt auf Erfahrungen aus anwendungsorientierten Forschungsprojekten der Hochschule Luzern Soziale Arbeit und Wirtschaft sowie aufgrund von evidenzbasierten Konzepten, Kriterien guter Praxis für die Prävention psychosozialer Gesundheitsrisiken in Betrieben zu definieren. Die Ergebnisse dieser Arbeit werden in einem Leitfaden „Kriterien guter Strategie“ den Organisationen im Feld (Betrieben aller Grösse, Weiterbildungseinrichtungen, Fachpersonen etc.) zur Verfügung gestellt. Hierfür wird folgendes Vorgehen gewählt:

- **1. Schritt:** Systematische Darstellung der Voraussetzungen für das nachhaltige Management psychischer Gesundheit in Betrieben.
- **2. Schritt:** Darstellung des Entwicklungsprozesses eines Monitoring- und Messinstrumentes für die systematische und wiederkehrende Erhebung psychosozialer Gesundheitsrisiken bei einem Versicherungsunternehmen.
- **3. Schritt:** Praxiserprobung des Instrumentes.
- **4. Schritt:** Abgeleitet aus den ersten drei Schritten sowie aus eigenen Projekterfahrungen, die Entwicklung eines strategieorientierten Leitfadens für die Prävention psychosozialer Gesundheitsrisiken im betrieblichen Kontext.

Der Auftrag zur Durchführung des Projektes wurde vom SECO im Rahmen des Vollzugsschwerpunktes der kantonalen Arbeitsinspektoren (Mitte 2014-2018) erteilt. Dieser fokussiert auf die Evaluation der Qualität der Praxis in Bezug auf die Prävention psychosozialer Risiken im Betrieb. Die im Rahmen des vorliegenden Berichtes dargestellten Erkenntnisse sowie der Leitfaden „Kriterien guter Strategie“ folgen dem Ziel des SECO, den *Austausch von guten Praxisbeispielen* der Prävention von psychosozialen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz *anzuregen*.

Der vorliegende Bericht besteht aus insgesamt drei Teilen. Diese sind sowohl als einzelne Berichtsteile lesbar, wie auch als Gesamtbericht:

- Der *erste Teil* enthält eine kurze Einführung in das Verständnis psychosozialer bzw. psychischer Gesundheit, welches diesem Bericht zugrunde gelegt wird.
- Der *zweite Teil* beschäftigt sich mit den notwendigen Voraussetzungen zur nachhaltigen Implementierung des Managements psychischer Gesundheit in Betrieben.
- Der abschliessende *dritte Teil* rekonstruiert im Sinne einer dichten Beschreibung (Geertz, 2002) den Entwicklungsprozess sowie die Praxiserprobung eines Monitoring- und Messinstrumentes für die Erhebung psychosozialer Gesundheitsrisiken bei einem Versicherungsunternehmen.

Als vierter, integrierender und vertiefender Teil ist der Leitfaden „Kriterien guter Strategie“ zu verstehen. Dieser liegt als separates Dokument vor und wird für die Dissemination bei Betrieben verwendet, welche diesen auch nutzen dürfen. Nicht zuletzt ermöglicht dies auch den angestrebten Austausch guter Praxisbeispiele, wie dieser vom SECO gewünscht wird.

Teil 1: Psychosoziale Risiken und Psychische Gesundheit – Begriffsverständnis

1 Einleitung

Psychosoziale Risiken werden wie folgt definiert: „Unter psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz werden diejenigen Merkmale der Gestaltung und Organisation von Arbeit und Arbeitsprozessen (einschliesslich der jeweiligen sozialen Kontexte) verstanden, die psychischen oder physischen Schaden verursachen können.“¹ Im Folgenden werden wir den Blick auf die genannten Risikofaktoren beibehalten, tun dies jedoch entlang des Konzeptes „psychischer Gesundheit“. Zum einen ermöglicht dies zusätzlich den Einbezug von Ressourcen. Zum anderen wird so der Anschluss an wichtige Managementkonzepte im Rahmen des Gesundheitsmanagements ermöglicht.

Das hier verwendete Begriffsverständnis von „psychischer Gesundheit“ hat die Funktion einer Arbeitsdefinition, welche den ersten beiden Berichtsteilen zugrunde gelegt wird. Um eine schnelle Orientierung zu ermöglichen, wird auf eine breite Herleitung des Begriffes verzichtet bzw. auf die wesentlichen Aspekte des hier verwendeten Verständnisses (psychischer) Gesundheit fokussiert.

2 Gesundheit

Wenn im Rahmen dieses Berichtes von Gesundheit die Rede ist, dann folgt dies dem Konzept der Salutogenese, wie dieses von Aaron Antonovsky (1997) geprägt wurde. Gesundheit wird dann nicht als eindimensionale Zustandsbeschreibung verstanden, sondern als ein prozedural hergestelltes, d.h. dynamisches Gleichgewicht aus potentiell krankmachenden Belastungen und gesunderhaltenden Ressourcen: „Gesundheit ist ein transaktional bewirktes dynamisches Gleichgewicht zwischen den physischen und psychischen Schutz, bzw. Abwehrmechanismen des Organismus einerseits und den potentiell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt andererseits“ (Udris, 2006, S. 6).

In der Salutogenese wird demnach ein Gesundheitskontinuum postuliert, auf welchem sich der individuelle Gesundheitszustand eines jeden Menschen verorten lässt. Wie dieser Zustand ausgeprägt ist, hängt nach Antonovsky wesentlich von **Generalisierten Widerstandsressourcen** ab (materielle, körperliche, psychische, soziale, kulturelle und makrostrukturelle Faktoren). Hierbei kommt dem sogenannten „**Kohärenzerleben**“ eine besonders wichtige Rolle zu. Das Kohärenzerleben „ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass:

- die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind (*Verstehbarkeit*, ZdA);
- einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen (*Handhabbarkeit*, ZdA);
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen (*Sinnhaftigkeit*, ZdA).“ (Antonovsky, 1997, S. 36)

Inwiefern Anforderungen als Herausforderungen oder negative Beanspruchungen wahrgenommen werden, hängt demnach stark mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen (z.B. im Arbeitskontext: Partizipationsmöglichkeiten, Tätigkeitsspielraum, zeitliche Spielräume oder soziale Unterstützung) sowie der Form des Auftretens von Anforderungen (z.B. im Arbeitskontext: Transparenz, Kommunikation und ganzheitliche Aufgaben) zusammen. Das Zusammenspiel von Belastungen- und Ressourcen ist auch in Hinblick auf die psychische Gesundheit von Relevanz, wie im folgenden Abschnitt erläutert wird.

¹ PRIMA-EF, WHO (2008). Leitlinien zum Europäischen Handlungsrahmen für Psychosoziales Risikomanagement.

3 Psychische Gesundheit: Belastung, Beanspruchung und individuelle Ressourcen

Das Begriffsverständnis von psychischer Gesundheit ist vielfältig und in der Fachliteratur Gegenstand wiederholter Ein- und Abgrenzungsversuche (Ulich & Wülser, 2009; Joiko, Schmauder & Wolff, 2010). Vor diesem Hintergrund stellt die Definition *psychischer Belastungen und Beanspruchungen* der DIN EN ISO 10075-1 (2000) einen wichtigen Bezugspunkt für ein gemeinsames und breit akzeptiertes Verständnis psychischer Gesundheit dar. Wir folgen diesem Konzept, in welchem zwei Aspekte von zentraler Bedeutung sind:

- **Psychische Belastungen:** Die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von aussen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken.
- **Psychische Beanspruchungen:** Die unmittelbare (nicht die langfristige) Auswirkung psychischer Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschliesslich der individuellen Bewältigungsstrategien.

Für den Arbeitskontext können die Einflüsse, d.h. die neutralen, psychologischen Belastungen wie folgt zusammengefasst werden (in Anlehnung an DIN EN ISO 10075-1 (2000)):

- Arbeitsaufgabe (Art und Umfang der Tätigkeit),
- Arbeitsmittel (Technische Komponenten am Arbeitsplatz),
- Arbeitsumgebung (physikalisch-chemisch-biologische sowie soziale Arbeitsumgebung),
- Arbeitsorganisation (Regelung der Arbeit, z.B. Arbeitsablauf) sowie
- Arbeitsplatz (direkte Arbeitsumgebung, z.B. Stuhl, Tisch oder Ort).

Die genannten psychologischen Belastungen wirken auf psychische Vorgänge im Menschen. Dies sind all diejenigen Vorgänge, die z. B. mit Wahrnehmen, Denken, Erinnern, Erleben, Empfinden, Verhalten zu tun haben.

Die psychologischen Beanspruchungen sind die Auswirkungen der psychischen Belastungen, in Abhängigkeit der individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten des Individuums: „Damit sind nicht nur konstitutionelle Unterschiede angesprochen, sondern vor allem auch Unterschiede in der Einschätzung und Bewältigung von Belastungen“ (Ulich & Wülser, 2009, S. 56).

Demnach ist es nicht immer klar, welche Belastung zu welcher Beanspruchung führt. Dies schliesst auch den Aspekt ein, dass die Auswirkung der Beanspruchung (psychische Anregung oder Beeinträchtigung) nicht definiert ist: „Arbeitsbedingte Belastungen können mit Beanspruchungen und Folgen verbunden sein, die nützlich, lohnend und persönlichkeits- sowie gesundheitsförderlich sind und/oder mit Beanspruchungen, die hohe psychophysische Kosten verursachend und gesundheitsschädlich sind“ (Wieland-Eckelmann, 1992, S. 28). Als Folgen von kurzfristiger Beanspruchung werden folgende Aspekte aufgeführt (DIN EN ISO 10075-1, 2000):

- **Anregung:** Aufwärmung und Aktivierung
- **Beeinträchtigung** (Fehlbeanspruchung): Psychische Ermüdung, ermüdungsähnliche Zustände (Monotonie, erabgesetzte Wachsamkeit und psychische Sättigung) und Stress

Erwünschte, kurzfristige Beanspruchung kann zur Weiterentwicklung von körperlichen und geistigen Fähigkeiten, zu einer besseren Einstellung zur Arbeit, zu allgemeinem Wohlbefinden sowie zur Gesunderhaltung beitragen. Hingegen können **kurzfristige Beeinträchtigungen** langfristig zu gesundheitlichen Beschwerden und Krankheit führen (z.B. allg. psychosomatische Störungen, erhöhtes Infarktrisiko, Unzufriedenheit und Resignation, Leistungsminderung, Fehlzeiten bis hin zu Frühverrentung).

Teil 2: Voraussetzungen zur nachhaltigen Implementierung des Managements psychischer Gesundheit in Betrieben - Konzeptionelle Orientierungshilfe

1 Einleitung

In den vergangenen Jahren hat das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) an Bedeutung gewonnen. Insbesondere Massnahmen im Bereich des Absenzenmanagements und der betrieblichen Wiedereingliederung haben in vielen Unternehmen Fuss gefasst. Hinzu kommt eine Vielzahl betrieblicher Präventionsangebote, welche den ausgewiesenen arbeitsbedingten Risikofaktoren entgegen wirken sollen.

Zunehmend jedoch geraten Führungs-, BGM- und Personalverantwortliche unter Legitimationsdruck, wenn es darum geht, den ökonomischen und betrieblichen Nutzen gesundheitsförderlicher Massnahmen auszuweisen. Zudem schildern die Verantwortlichen, dass sich, über die operativen Einzelmassnahmen hinaus, das Thema „betriebliche Gesundheit“ mangels fehlender Managementinstrumente und fehlender strategischer Einbettung nicht nachhaltig in die Unternehmenssteuerung integrieren lässt (Ulich & Wülser, 2009).

Diese veränderte Wahrnehmung der Problemlage ist nicht zuletzt auf die Verschiebung der arbeitsbezogenen Belastungs- und Krankheitsbilder zurück zu führen. Standen vor relativ kurzer Zeit noch die physischen Belastungen und Beeinträchtigungen im Fokus des Arbeitsschutzes, gewinnen die psychischen Belastungen und deren Folgen vermehrt an Aufmerksamkeit (z.B. ESWC, 2005). Aufgrund der erhöhten Einflüsse der veränderten Arbeitsanforderungen auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden ist es für Unternehmen von vitaler Bedeutung, den strategischen Faktor „Mitarbeitergesundheit“ nachhaltig, d.h. effizient und effektiv im Betrieb zu integrieren (Horvath et al., 2008). Jedoch fehlt es in der betrieblichen Praxis oft an Wissen über relevante Handlungsfelder und damit verbundene Gestaltungskriterien, welche Planungs- und Entscheidungsprozesse in Bezug auf das Management der (psychischen) Gesundheit anleiten könnten. Entsprechend stellt sich die wiederkehrende Frage: (...) *welche Bedeutung Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, deren Qualifikationsmerkmale und Leistungsvermögen sowie deren Befinden und Gesundheit für die Bewertung eines Unternehmens zuerkannt werden soll.* (Ulich & Wülser, 2009, S. 197)

Der vorliegende Berichtsteil beschäftigt sich mit dieser Problematik wie folgt. Es werden konzeptionelle Grundlagen für ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement in Betrieben erarbeitet. Dies folgt dem Ziel, eine Orientierungshilfe zu schaffen, welche die relevanten Grunddimensionen einer ganzheitlichen Gestaltung des Gesundheitsmanagements aufzeigt.

Hierbei wird die Beschreibung bewusst auf einer hohen Aggregationsstufe gehalten. Als *Landkarte* (Osterloh & Grand, 1994) hat die Beschreibung die Funktion eines Redeinstrumentes (Scherer, 1995), welches zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und praktischem Handlungsbezug vermittelt.

2 Ganzheitliches Gesundheitsmanagement

Während die Bedeutung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern für die nachhaltige Leistungserbringung in Unternehmen landläufig akzeptiert ist, zeigen sich in der Praxis in Bezug auf das systematische Management dieser Ressource ambivalente Herausforderungen. Im Folgenden werden Herausforderungen bzw. Fragen im Umgang mit Leistung und Gesundheit skizziert. Sie stehen als Grundfragen im Fokus des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements und stellen somit den Startpunkt der vorliegenden Ausführungen dar. Daran anschliessend werden die wichtigsten Rahmenbedingungen für ein ganzheitliches Konzept für das Management von (psychischer) Gesundheit erläutert, welches eine Orientierung hinsichtlich der relevanten Dimensionen des Gesundheitsmanagements leisten soll.

2.1 *Leistung und Gesundheit im Fokus ganzheitlichen (Gesundheits-) Managements*

Als „intangible asset“ (Moldaschl, 2005) haftet den Mitarbeitenden zum einen das Potential eines Alleinstellungsmerkmals für ein Unternehmen an, welches ein schwer imitierbarer Wettbewerbsvorteil darstellt. Als sogenannter „soft factor“ stellen die Mitarbeitenden aber auch eine Herausforderung für das Management dar, in dem deren Erfassung und Steuerung über Kennzahlen und Messwerte mit klassischen Controlling-Instrumenten schwierig zu bewerkstelligen ist (Horvath et al., 2008; Kaplan & Norton, 1997). Vor diesem Hintergrund stellen sich beispielhaft folgende Fragen und Herausforderungen: Welches sind die relevanten Beobachtungs- und Bewertungsdimensionen, welche es ermöglichen, die Ressource „Mitarbeitende“ in Bezug auf die Wertschöpfung im Betrieb zu erkennen und zu steuern? Wie kann diese Ressource für ein wiederkehrendes Controlling messbar gemacht werden? Was für Evidenzen gibt es diesbezüglich und mit welchen Mitteln ist dies zu leisten?

Diese Herausforderung spitzt sich weiter zu, wenn es neben den Nutzenaspekten der Ressource „Mitarbeitende“ zusätzlich um Fragen der sozialen Nachhaltigkeit im Betrieb² sowie der Resilienz der Mitarbeitenden geht (z.B. Zirkler et al., 2014; Dillard et al., 2013; Antonovsky, 1997). Ein zunehmend dynamisches Unternehmens- und Arbeitsumfeld, die Entgrenzung und die Subjektivierung von Arbeit (Voss, 1998; Moldaschl, 2002), sowie das fortwährende Streben nach Effizienz setzen den Mitarbeitenden und deren (längerfristigen) Leistungsfähigkeit zu. Während dies in der Vergangenheit mehrheitlich unter dem Aspekt der physischen Arbeitsbelastungen betrachtet werden musste, fallen in jüngerer Zeit die arbeitsbedingten psychischen Belastungen und Krankheitsfälle stärker ins Gewicht (z.B. EWCS, 2005). Entsprechend kommt es hier zu weiterführenden Fragen, welche die Gesundheit und deren Management im Fokus haben: Was ist unter (psychischer) Gesundheit zu verstehen? Wie kommt diese zustande? Wie kann sie im Kontext des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung systematisch gesteuert werden und was trägt das zur Wertschöpfung des Betriebes bei?

Mit der Erweiterung des Aufmerksamkeitsspektrums auf soziale Nachhaltigkeit und Resilienz kommen neue Aspekte zum klassischen Repertoire des Gesundheitsschutzes hinzu. Den Ausführungen von Kentner (2003) sowie Ulich und Wülser (2009) folgend, können zwei sich ergänzende Herangehensweisen bei der Integration von Gesundheit und Leistung beschrieben werden:

- **Die pathogene „Schutzperspektive“:** Hier stehen die Wahrnehmung von Gefahren und die Beseitigung gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen im Fokus. Diese Perspektive zielt auf die Einhaltung von Vorschriften, auf die Vermeidung von Arbeitsausfällen sowie die Prävention von Berufskrankheiten. Damit verfolgt sie eine zumindest partielle Unterstützung einer störungsfreien Produktion.
- **Die salutogene „Entwicklungsperspektive“:** Hier gelangen das Wahrnehmen von Chancen sowie das Schaffen von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und Kompetenzen in den

² Dillard, Dujon & King (2008, p.4) folgend, verstehen wir unter „sozialer Nachhaltigkeit“ „the processes that generate social health and well-being now and in the future, and those social institutions that facilitate environmental and economic sustainability now for the future“.

Blick. Diese Perspektive zielt auf die Verminderung psychosozialer Belastungen ab. Dies ist z.B. über die Verbesserung der Motivation der Mitarbeitenden, deren Arbeitszufriedenheit sowie die Identifikation mit dem Betrieb bzw. der Arbeit zu leisten. Sie verfolgt eine zumindest partielle Unterstützung von Produktivität und Wertschöpfung im Betrieb.

Durch die Integration der beiden Perspektiven ist die grundlegende Ausrichtung für ein ganzheitliches (Gesundheits-)Management beschrieben. Zum einen der Erhalt und die Förderung von Leistungsfähigkeit im Rahmen der salutogenen Entwicklungsperspektive. Zum anderen die Vermeidung von Krankheit und Arbeitsausfällen, wie dies in der pathogenen Schutzperspektive verfolgt wird. Wie in Abbildung 1 zu sehen, sind hiermit auch ökonomische Aspekte verbunden. Die Stärkung und der Erhalt von gesunden und damit auch leistungsfähigen Mitarbeitenden zahlen sich aus.

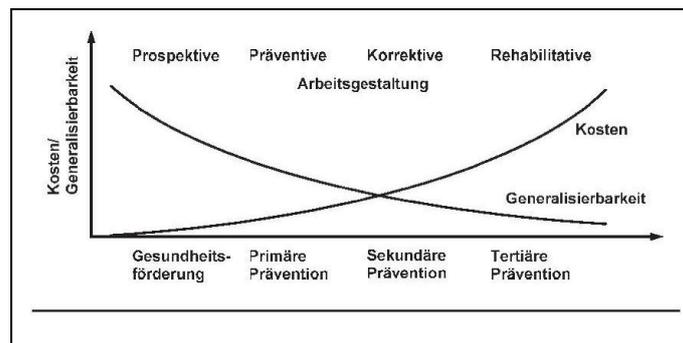


Abbildung 1: Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten unterschiedlicher Massnahmen der Arbeitsgestaltung in unterschiedlichen Präventionsstufen (nach Richter, 2002, S. 47)

Das Verhältnis zu den Kosten und der Generalisierbarkeit von gesundheitsförderlichen Massnahmen ist dann am effizientesten, wenn diese bereits in der Arbeitsgestaltung bzw. der primären Prävention von Gesundheitsgefährdungen fokussiert werden und nicht erst bei ersten Symptomen oder beim Auftreten von Krankheit oder Unfall. Nebst der Prävention gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, lohnt es sich demnach auch, eine prospektive Gestaltung von Arbeit zu verfolgen. Diese soll die Ressourcen der Mitarbeitenden auf individueller, wie auch organisationaler Ebene stärken, um so psychischen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken und nachhaltige Leistungsfähigkeit zu ermöglichen. Wie dies in Hinblick auf die relevanten Dimensionen eines ganzheitlichen Managements zu verstehen ist, wird in den folgenden Kapiteln erläutert.

2.2 *Elementare Dimensionen des Gesundheitsmanagements – die Luxemburger Deklaration*

Folgt man der Luxemburger Deklaration – BGF-Leitlinien (1997), so sind vier Elemente zu berücksichtigen, um den Erfolg der betrieblichen Entwicklung des Gesundheitsthemas zu gewährleisten:

- **Partizipation:** Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden.
- **Integration:** BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden.
- **Projektmanagement:** Alle Massnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse.
- **Ganzheitlichkeit:** BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Massnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen.

Mit Bezug zum Vorhaben, ein ganzheitliches Management von Gesundheit in seinen Grundzügen konzeptionell zu fassen, werden die Punkte Integration und Ganzheitlichkeit verstärkt im Fokus stehen. Bei der **Integration** spielt die Verankerung und Berücksichtigung des Gesundheitsmanagements in allen Unternehmensbereichen (z.B. Strategie, operatives Geschäft sowie Personalpolitik) und somit auch bei relevanten Entscheidungssituationen, eine zentrale Rolle. Um entsprechende Entscheidungen treffen zu können, braucht es eine umfassende Systematik der unterschiedlichen Massnahmenbereiche. Mit dem Postulat der **Ganzheitlichkeit** wird dies berücksichtigt, d.h. die Ebene des individuellen Verhaltens (z.B. Motivation der Mitarbeitenden), wird mit derjenigen der umgebenden (Arbeits-) Verhältnisse umfassend konzipiert (z.B. mit der strategischen Einbindung des BGM).

Die beiden Postulate der **Partizipation** und des **Projektmanagements** stellen nicht weniger wichtige Aspekte dar. Sie werden in Hinblick auf die Verstetigung des ganzheitlichen Gesundheitsmanagement von Relevanz sein, sowie im dritten Berichtsteil zur Entwicklung und Praxiserprobung des Monitoring-Instruments, als auch im Leitfaden „Kriterien guter Strategie“.

2.3 *Konzeptionelle Grundlagen eines ganzheitlichen Managementkonzeptes für Gesundheit*

Das in der Folge dargestellte Konzept eines ganzheitlichen Managements ist als *Landkarte* bzw. *Framework* zu lesen, welches zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und praktischem Handlungsbezug vermitteln möchte (Osterloh & Grand, 1999). Insofern ist es für ein wissenschaftliches Modell überkomplex und für ein Abbild der betrieblichen Realität bewusst unterkomplex gehalten. Dies gilt sowohl für Gross- als auch Kleinbetriebe. Für beide Betriebsformen verstehen wir das Konzept als generisches Framework, welches auf die spezifischen betrieblichen Rahmenbedingungen von Klein- und Grossbetrieben bzw. deren jeweiligen situativen Gegebenheiten anzupassen ist.

2.3.1 **Der Referenzrahmen**

In den Grundzügen folgt das Framework dem *Organizational Health Development* (OHD) Model nach Jenny und Bauer (2013). Das OHD bringt Managementkonzepte (z.B. neues St. Galler Managementmodell nach Rüegg-Stürm, 2003) mit Aspekten der Gesundheitsförderung zusammen (z.B. Luxemburger Deklaration, 1997). Durch seine salutogene Grundausrichtung ist es anschlussfähig an unser Begriffsverständnis von (psychischer) Gesundheit. Schliesslich bietet es aufgrund der prozeduralen Perspektive auf die Erzeugung und Aufrechterhaltung von Organisation bzw. organisationaler Realität(en) (z.B. Weick, 1995; Giddens, 1984) ein Verständnis darüber, warum Gesundheitsmanagement eine, für unterschiedliche betriebliche Akteursgruppen, fortwährende Aufgabe darstellt.

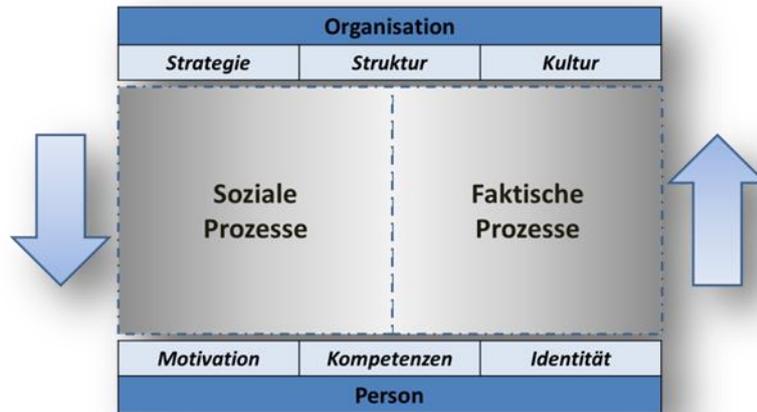


Abbildung 2: Referenzrahmen (in Anlehnung an Jenny & Bauer, 2013)

Im OHD-Modell werden drei Hauptziele verfolgt, welche sich mit den eingangs erläuterten Fokussen des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements weitgehend decken: die nachhaltige Leistungserbringung, die Qualität von Arbeitsbedingungen sowie die Mitarbeitendengesundheit. Diese Ziele sind über zwei wesentliche Gestaltungsebenen zu erreichen:

- Das Management der *organisations-* sowie *die personenbezogene Ebene*
- Das Management der *faktischen und sozialen Prozesse*, welche das wiederholte Produzieren, Aufrechterhalten und Entwickeln der betrieblichen Realität und somit auch des Gesundheitsmanagements gewährleisten.

Nebst der allgemeinen Ausformulierung der relevanten Felder des Frameworks, gilt es jeweils auch den konkreten *Bezug zum Gesundheitsmanagement herzustellen* (siehe Abbildungen 3 und 4). Die Gestaltungsebenen werden in den nächsten beiden Unterkapiteln hinsichtlich der zentralen inhaltlichen Aspekte beschrieben, wobei dies weitgehend an der Vorlage von Jenny und Bauer (2013) orientiert ist.

2.3.2 Organisation und Person: zwei reziproke Gestaltungsebenen

Mit den beiden Ebenen schliessen wir an die gängige Unterscheidung zwischen Verhältnis- und Verhaltensorientierung an (Lohman-Haislah, 2012; Ulich & Wülser, 2009). Sowohl die Gestaltung gesundheitsrelevanter, organisationaler Bedingungen, als auch der Fokus auf die individuellen Aspekte des Gesundheitsverhaltens werden berücksichtigt:

- Mit den Bereichen Strategie, Struktur und Kultur werden die drei relevanten *organisationsbezogenen Aspekte* benannt (Rüegg-Stürm, 2003). Sie geben Orientierung vor und tragen so dazu bei, dass das Alltagsgeschehen in Hinblick auf die festgelegten Ziele des Unternehmens ausgerichtet ist und bleibt (siehe Beispiele in Abbildung 3). Nebst einer nachhaltigen Leistungserbringung kommen in Bezug auf das ganzheitliche Gesundheitsmanagement die Gestaltung gesunder Arbeitsbedingungen sowie die Mitarbeitendengesundheit hinzu. Gesundheitsmanagement bleibt in dieser Form in den zentralen Ordnungsmomenten des Unternehmens verankert bzw. orientiert sich an diesen. Dies ist insofern von Bedeutung, als dass so das Gesundheitsmanagement als Teil der gesamten Leistungserbringung des Betriebes verstanden wird und nicht als lose gekoppeltes Handlungsfeld, ohne Wertschöpfungsbezug (z.B. Jenny & Bauer, 2013; Horvath et al., 2008)



Abbildung 3: Gestaltungsebene Organisation

- Die *personenbezogenen Aspekte* Motivation, Kompetenzen und Identität spiegeln in gewissem Sinne die Ordnungsmomente der Organisation auf individueller Ebene (siehe Jenny & Bauer, 2013, S. 174). Mit Blick auf das ganzheitliche Gesundheitsmanagement kommen beispielsweise das aktuelle Gesundheitsverhalten, die persönlichen Ressourcen sowie die allgemeine Achtsamkeit der Organisationsmitglieder in Hinblick auf das Thema Gesundheit in den Blick.

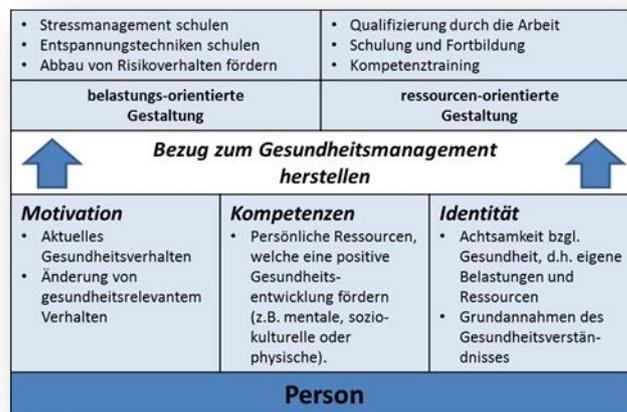


Abbildung 4: Gestaltungsebene Person

Ganzheitliches Gesundheitsmanagement ist auf dieser Ebene als belastungs- und ressourcenorientierte Gestaltung (Flake, 2001) der Arbeitsbedingungen sowie der Gesundheitskompetenzen der Mitarbeitenden zu verstehen (siehe Beispiele in der Abbildung 4).

2.3.3 Prozesse als Verbindungselement zwischen Organisation und Person

Mit der Berücksichtigung von Prozessen als vermittelnde und reifizierende, d.h. verdinglichende Elemente des organisationalen Geschehens lenken wir die Aufmerksamkeit auf die wiederholte Verfertigung der scheinbar faktischen Alltagsrealität der Organisation und deren Mitglieder (Rüegg-Stürm, 2001, Orthmann, Sydow & Windeler, 2000, Weick, 1995). Das was weiter oben als Organisation oder

Person beschrieben wurde, ist aus dieser Perspektive Teil eines wiederkehrenden Prozesses der (täglichen) gegenseitigen Bestätigung dessen, was in der Organisation als effektiv und effizient zu gelten hat. Nachhaltiges, ganzheitliches Management (der Gesundheit) ist vor diesem Hintergrund nicht nur durch faktische (d.h. arbeitsbezogene) Prozesse zu gestalten, sondern auch durch die sozialen (d.h. menschenbezogenen) Prozesse (siehe Abbildung 5).

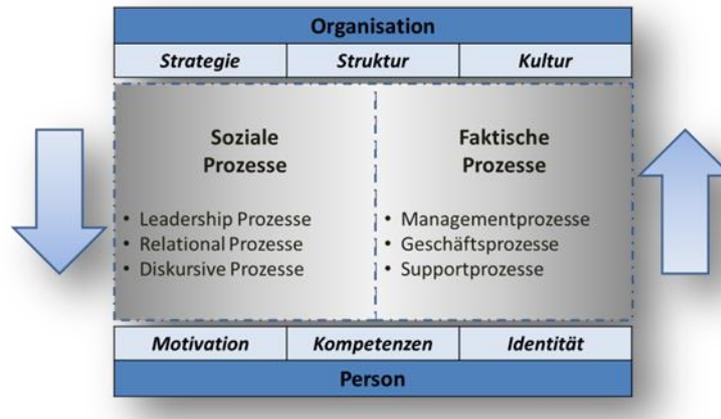


Abbildung 5: Gestaltungsebene Prozesse

Ohne vertieft auf die einzelnen Prozesselemente einzugehen (siehe hierfür Jenny & Bauer, 2013, S. 175ff. sowie Rüegg-Stürm, 2003) sollen hier die wichtigsten Bezüge zur nachhaltigen Umsetzung eines ganzheitlichen (Gesundheits-) Managements aufgezeigt werden:

- Bei den faktischen Prozessen haben die **Managementprozesse** eine Aufgabe, welche sich auf einer Metaebene mit der Steuerung von strategischen (z.B. Mitarbeiterförderung als Teil der Wertschöpfung), normativen (Mitarbeitendengesundheit als Teil der gesellschaftlichen Verantwortung des Unternehmens), wie auch operativen (z.B. Qualitäts- und Controllingaufgaben bzgl. des Managements der Mitarbeitendengesundheit) Fragen auseinander setzt. Auf der Basis der Managementprozesse spielen sich die **Geschäfts- und Supportprozesse** ab, welche die tägliche Geschäftsabwicklung (z.B. Tätigkeitsgestaltung, allg. Arbeitsbedingungen) und deren Support (z.B. Unterstützung und Entschädigung der Mitarbeitenden für geleistete Arbeit) im Fokus haben.
- Die sozialen Prozesse haben Leadership sowie den alltäglichen Austausch zwischen den Organisationsmitgliedern im Fokus. **Leadership** (Führung) hat eine wesentliche Wirkung in Hinblick auf die gesamte Wertschöpfung im Betrieb, spezifisch aber auch auf die Mitarbeitendengesundheit, d.h. das Wohlbefinden, die Motivation, das Stresserleben etc. (Gregersen et al., 2011; Skakon et al., 2010). Mit den **relationalen und diskursiven Prozessen** erweitert sich das Aufmerksamkeitsfeld über die Führungsfrage hinaus. Es kommen Aspekte der Kulturentwicklung (z.B. Badura et al., 2011) auf Gesamtsystem-, wie auch auf Subsystemebene in den Blick. Angesprochen sind dann nicht nur die Führungskräfte, sondern auch die Mitarbeitenden, welche Mitverantwortung für das Erreichen der geschäfts- und gesundheitsbezogenen Ziele tragen.

2.4 Verstetigung des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements

Belastungen am Arbeitsplatz werden dann zu psychologischen (Fehl-)Beanspruchungen, wenn die individuellen Eigenschaften und Fähigkeiten der Betroffenen nicht dafür ausreichen, in den Beanspruchungen eine Herausforderung zu erkennen bzw. diese zu meistern. Entsprechend ist das Zusammenspiel von der Gestaltung der organisationalen sowie der individuellen, d.h. personalen Ebene eine fundamentale Voraussetzung für einen **ganzheitlichen** Ansatz des Gesundheitsmanagements.

Wie von der Luxemburger Deklaration (1997) gefordert, schliesst dies eine **Integration** des Gesundheitsthemas in wichtige strategische wie auch operative Entscheidungen und Unternehmensbereiche ein. Mit dem adaptierten OHD-Modell haben wir versucht, diesen zentralen Aspekten Ausdruck zu verleihen.

2.4.1 Projektmanagement und Partizipation

Blickt man auf die beiden anderen Aspekte der Deklaration, das Projektmanagement sowie die Partizipation, werden weitere wesentliche Handlungsfelder hervorgehoben. Diese sind für die Umsetzung sowie die nachhaltige Weiterführung des Gesundheitsmanagements von herausragender Bedeutung:

- **Projektmanagement:** Dem Projektmanagement liegt, in vereinfachter Form ausgedrückt, das zugrunde, was man gängiger Weise als ‚Managementzyklus‘ bezeichnet – Analyse, Planung, Ausführung und Evaluation. Auch wenn das nachhaltige Management der Gesundheit nicht als Projekt zu verstehen ist, so zeigt dieser Aspekt trotzdem die wesentlichen Schritte der Institutionalisierung des Managementgedankens auf. Beginnend bei der Analyse (auf der Basis des oben skizzierten Modelles), folgt eine gewichtete Planung von Massnahmen, daran anschliessend kommt es zur Ausführung derselben, um dann eine Evaluation der erreichten Resultate vor dem Hintergrund der erwarteten Ergebnisse durchzuführen.

Diese Aspekte werden im adaptierten OHD-Modell weitgehend im Rahmen der *operativen Managementprozesse* konzeptualisiert. Sie stellen ein zentrales Bindeglied zwischen den Gestaltungsebenen dar und schaffen wiederholt Orientierung und Verständigungsmöglichkeit (auch im *strategischen* Sinne) darüber, warum man wie, wo, wie viel und mit welchem Erfolg in die nachhaltige Leistungserbringung der Mitarbeitenden investiert.

- **Partizipation:** Unter dem Einbezug der Belegschaft ist keine basisdemokratische Entscheidungsfindung zu verstehen. Vielmehr geht es darum, die Organisationsmitglieder über die Entwicklung und Gestaltung des Gesundheitsthemas bzw. der nachhaltigen Leistungserbringung zu informieren bzw. sie dazu zu befragen. Es geht um eine systematische Form der Kommunikation, welche im Sinne der Partizipationsstufen nach Wright (2010) unterschiedliche Beteiligungsgrade vorsieht.

Vor dem Hintergrund des adaptierten OHD-Modelles kann darin das Bemühen um eine Verstetigung des Gesundheitsthemas sowohl in den *faktischen*, wie auch in den *sozialen Prozessen* (z.B. Kulturentwicklung) gesehen werden. Zum einen schafft es Orientierung zwischen den Gestaltungsebenen. Zum anderen können so Ressourcen (z.B. Motivation und Kommitment) freigesetzt werden, welche nicht zuletzt in Krisenzeiten Konsequenzen für den Geschäftserfolg haben können (siehe z.B. Jacobshagen & Semmer, 2009).

Mit diesen beiden Aspekten komplettiert sich die konzeptionelle Darstellung eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements, welches nachhaltig umgesetzt werden soll. (Psychische) Gesundheit erhält so eine bessere Möglichkeit, hinsichtlich ihrer wesentlichen Dimensionen (Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen der Individuen) im Betrieb erkannt und steuerbar zu werden.

Inwiefern dies in der Praxis erfolgreich angewendet wird, kann derzeit empirisch nicht nachgewiesen werden. Als Anhaltspunkt mag diese Information dienen: Gut 70% der Strategieimplementierungen und Change-Prozesse in Organisationen scheitern oder führen zu nicht intendierten Folgen (siehe Wetzel & Dievernich, 2014). Diese ernüchternde Erfolgsrate von Veränderungsprozessen bietet wenig Grund für Optimismus. Gleichzeitig nimmt sie aber die Organisation bzw. deren Mitglieder in die Verpflichtung, der Nachhaltigkeit des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements in der täglichen Praxis die notwendige Relevanz zu geben.

3 Synthese und Überleitung

Wie eingangs zum letzten Kapitel erläutert, stellt die vorliegende Darstellung einen Orientierungsversuch dar, welcher im Sinne einer Landkarte (Osterloh & Grand, 1999) die wesentlichen Grundzüge eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements und dessen nachhaltige Implementierung beschreibt. Ausgehend von der Luxemburger Deklaration (1997) und deren vier Hauptelemente für eine erfolgreiche Gestaltung des Gesundheitsmanagements, wurde das adaptierte OHD-Modell nach Jenny & Bauer (2013) eingeführt. Es vereint die Verhältnis- und Verhaltensperspektive unter der Prämisse einer fortlaufenden Verfertigung dessen, was in der alltäglichen Praxis als Fakten und Strukturen hingenommen wird.

(Psychische) Gesundheit wird vor diesem Hintergrund einer ganzheitlichen Betrachtung zugänglich gemacht. Dies wird der Komplexität des Sachverhaltes gerechter als dies eine gut gemeinte Förderung isolierter Gesundheitsförderungsmassnahmen leisten kann. Gleichzeitig erfordert diese Komplexität aber auch eine Reduzierung der Informationsvielfalt, gerade wenn es um eine nachhaltige, strategische Steuerung des Themas geht (Horvath et al., 2008).

Der dritte Berichtsteil sowie der Leitfaden „Kriterien guter Strategie“ geben Einblick in Erkenntnisse aus Praxisprojekten, welche sich mit dieser Verdichtungsleistung beschäftigt haben:

- Zum einen im Rahmen der Entwicklung eines an die organisationalen Bedürfnisse angepassten Monitoring-Instruments „Leistungsfähigkeit und Gesundheit“. Das Instrument dient als Verbindungsglied zwischen operativen und strategischen Managementprozessen und soll das wiederkehrende Controlling der definierten Aspekte „psychosozialer Gesundheitsrisiken“ ermöglichen.
- Zum anderen in der Form eines generischen Leitfadens für die strategische Integration „psychosozialer Gesundheitsrisiken“. Dieser basiert auf dem Managementregelkreis. In Anlehnung an den oben beschriebenen Aspekt des „Projektmanagements“, soll er als Anleitung für die Entwicklung des systematischen, d.h. strategischen Managements psychosozialer Gesundheitsrisiken dienen.

Teil 3: Der Prozess der Erhebung psychosozialer Gesundheitsrisiken bei einem Versicherungsunternehmen – Ein Beispiel guter Praxis

1 Ausgangslage

1.1 Entwicklungsprozess und Praxiserprobung eines Monitoring- und Messinstruments

Dieser Teilbericht beschreibt den Entwicklungsprozess und die Praxiserprobung eines Monitoring- und Messinstruments für die Erhebung psychosozialer Risikobereiche bei einem Versicherungsunternehmen.

Der Aufbau dieses Teilberichts folgt grob einer Systematik nach Richter (2010, Toolbox Version 1.2, Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen), welche den Ablauf einer Auswahl für ein geeignetes Verfahren zur Erhebung psychischer Belastungen mit den folgenden vier Schritten beschreibt:

- Problemlage und Zieldefinition
- Beschreibung der Nutzergruppe (Projektmanagement, Fachwissen, Branche / Verwendungszweck)
- Verfahrensauswahl und Entwicklung
- Einsatz im Betrieb

Im Sinne der prozesshaften Darstellung der Entwicklung sowie der Praxiserprobung des Instrumentes wird im Folgenden ein erzählender Ansatz der Ergebnispräsentation gewählt (Kapitel 2-5). In Anlehnung an die Form der „dichten Beschreibung“ (Geertz, 1983), welche eine Interpretation und Analyse von beobachteten Ereignissen im Feld meint, wird in Kapitel 6 das Fazit gezogen. Somit fließen Beobachtungen aus dem Entwicklungs- und Erprobungsprozess in die Darstellung des Entwicklungsprozesses ein, welche seitens der Forschenden im Prozess beobachtet und aus Feldnotizen (z.B. Protokolle oder Fragebogenversionen) dokumentiert und rekonstruiert wurden³.

2 Problemlage und Zieldefinition

2.1 Problemlage

Von 2012 bis 2014 führten die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Wirtschaft und der Praxispartner gemeinsam ein Forschungsprojekt zum Thema *integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement (iBGM)* durch. Das Ziel war – im Sinne der oben beschriebenen *strategischen Managementprozesse* – die Integration strategierelevanter Aspekte des Managements der Mitarbeitergesundheit in die Unternehmenssteuerung zwecks Erhalts und nachhaltiger Förderung der Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Mitarbeitenden (siehe auch Leitfaden Kriterien guter Strategie). Aufbauend auf der Identifikation gesundheits- und leistungsrelevanter strategischer Handlungsfelder zum Thema BGM (Dreischritt: systematische Literaturrecherche, qualitative Befragung im Betrieb, Bestandsaufnahme „BGM-Massnahmen“) wurde eine Strategielandkarte entwickelt (siehe Abbildung 6), welche Kernthemen, Gestaltungsziele und Ergebnisziele für Leistungsfähigkeit und Gesundheit beim Praxispartner enthält.

³ Zum anderen werden zu einem späteren Zeitpunkt noch erläuternde Zitate aus Expertengesprächen mit den drei Kernmitgliedern des Praxisunternehmens einfließen, welche zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Berichtsversion noch nicht vorliegen.

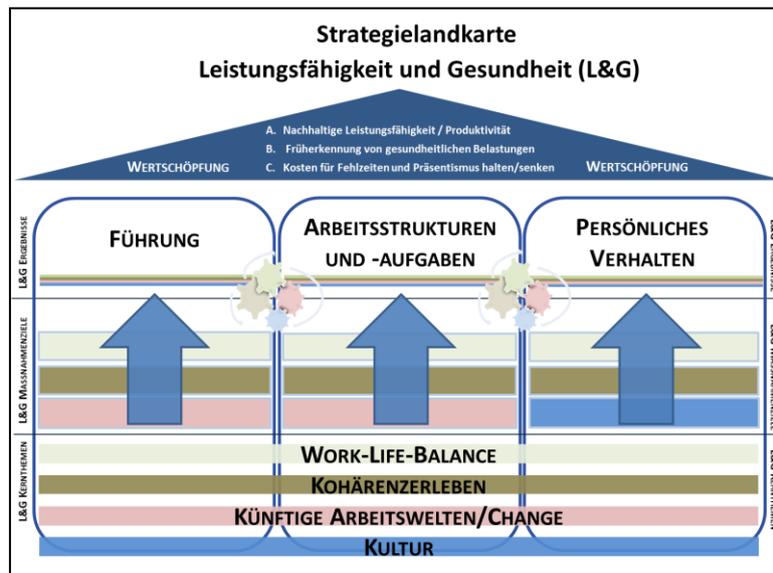


Abbildung 6: Strategielandkarte „Leistungsfähigkeit und Gesundheit (L&G)“

Diese im Projekt herausgearbeitete Übersicht wurde bisher im Unternehmen nicht messbar gemacht und war deshalb nicht systematisch steuerbar. Aus diesem Grund entschloss sich der Praxispartner, gemeinsam mit der Hochschule Luzern einen Fragebogen zu entwickeln, welcher sich der in der Strategielandkarte definierten Themen annimmt und diese künftig für die strategische Führung psychosozialer Gesundheitsrisiken im Betrieb kontrollier- und steuerbar macht (im Sinne eines *operativen Managementprozesses*).

2.2 Ziel und Themen der Befragung

Das Ziel der Befragung war, einen Kurzfragebogen (ca. 10-15 Fragen) zu entwickeln, welcher es ermöglicht, relevante Risikokennzahlen zu gewinnen, um die Prävention von psychosozialen Risiken gezielt zu verbessern. Die Fragen decken fünf Themen ab:

- **Leistungsfähigkeit & Gesundheit:** Identifizierung der nachhaltigen Leistungsfähigkeit und Selbsteinschätzung des physischen und mentalen Gesundheitszustandes der Mitarbeitenden (zur Überprüfung etwaiger akuter Beanspruchung und längerfristiger Beeinträchtigung).
- **Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl:** Beinhaltet die Themen Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Arbeit.
- **Arbeitsbezogene Belastungen⁴:** Identifikation von arbeitsrelevanten psychosozialen Belastungsfaktoren, welche sich negativ auf die Leistungsfähigkeit und Produktivität auswirken.
- **Präsentismus & Selbstgefährdendes Verhalten:** Beinhaltet Handlungen, mit denen Erwerbstätige arbeitsbezogene Stressfaktoren zu bewältigen versuchen, die jedoch gleichzeitig die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Erkrankungen erhöhen oder notwendige Regeneration verhindern. Präsentismus meint das Verhalten, trotz einer Erkrankung am Arbeitsplatz zu erscheinen.
- **Change:** Umgang mit und Befindlichkeit im aktuellen Veränderungsprozess.

Das Hauptanliegen des Praxispartners war es, ein Monitoring-Instrument zu Verfügung zu haben, welches anschlussfähig an die Begebenheiten des Unternehmens ist, und welches es zulässt, obige Themen zu erheben. Mit Start des Entwicklungsprojekts wurde eine Recherche zu bestehenden Messinstrumenten in der Literatur durchgeführt. Während der Recherche stellte sich heraus, dass bereits

⁴ Hier wurden sowohl Belastungen (z.B. Arbeitsplanung), als auch Beeinträchtigungen (z.B. emotionale Erschöpfung) erfragt.

bestehende Messinstrumente jene für den Praxispartner relevanten Themen nicht (oder nur teilweise) abdecken, und somit nicht zur Zielerreichung des Projekts verwendet werden konnten. Somit wurde gemeinsam beschlossen, ein neues Instrument zu entwickeln. Es handelt sich hierbei nicht um ein standardisiertes Instrument, sondern um eine Eigenentwicklung (vor allem basierend auf der Strategielandkarte „Leistungsfähigkeit und Gesundheit“). Die für die Fragensauswahl relevanten „unternehmensinternen Gütekriterien sind im Kapitel 4.2 erläutert.

3 Nutzergruppe: Projektmanagement / Vorhandenes Wissen

Das Projektteam setzte sich zusammen aus drei Mitarbeitenden der Hochschule Luzern sowie einem Kernteam des Praxispartners bestehend aus Personen des Health Managements, der Personaldelegation, des Controlling, sowie Zuständige für die jährliche Befragung der Mitarbeitenden. Darüber hinaus wurden an relevanten Stellen (z.B. Besprechung der Ergebnisse eines Pretests, „Absegnung“ des finalen Fragebogens) weitere Stakeholder des Praxispartners hinzugezogen. Dies waren zum einen eine neu eingesetzte Steuergruppe „Arbeit & Gesundheit“, sowie zum anderen die Chefin der HR-Abteilung des Praxispartners, welche gleichzeitig das Projekt in der Geschäftsleitung des Unternehmens vertritt.

Im Laufe der Entwicklung des Fragebogens und des ersten Einsatzes veränderte sich die Zusammensetzung des Projektteams von Seiten des Praxispartners mehrfach. Gründe hierfür waren folgende Punkte:

- **Reorganisationen:** Es fanden innerhalb des Unternehmens während des Projekts Umstrukturierungen / Reorganisationen statt. Diese beinhalteten, dass Personen, welche eine bestimmte Funktion im Projekt hatten oder zukünftig haben sollten, nun andere Posten im Unternehmen übernahmen, was mit einer Umverteilung von Aufgaben einherging.
- **Arbeitsbelastung:** Dies führte dazu, dass bestimmte Ressourcen, mit denen das Kernteam des Praxispartners gerechnet hatte, nun nicht mehr zur Verfügung standen. Im Verlauf des Projekts bedeutete dies konkret, dass zum Beispiel Datenauswertungen allein von der HSLU und dem Kernteam vorgenommen wurden (was mehr Zeit- und Kostenaufwand beinhaltete). Schliesslich veränderte sich die Team-Zusammensetzung auch durch einen Krankheitsfall.
- **Wissensmanagement:** Auch fehlten im Folgenden bestimmte Meinungen („Stimmen“) bei der Weiterentwicklung des Fragebogens und der Planung der Auswertung.

Der Systematik von Richter (2010; siehe auch Leitfaden Kriterien guter Strategie), hinsichtlich der Einteilung von Nutzern nach dem Umfang ihrer Kenntnisse auf den Gebieten psychische Belastung und Erfassung psychischer Belastung, folgend, kam es im Kernprojektteam zu folgender Rollenteilung:

- Die *Hochschule Luzern* hatte die Rolle der *Experten* inne. Dies für die Bereiche betriebliches Gesundheitsmanagement / Prävention von psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz sowie Fragebogenkonstruktion und Quantitative / Qualitative Datenauswertung.
- Der *Praxispartner* setzte sich zusammen aus einer *geschulten Anwenderin* und zwei *ungeschulten Anwendern* von der Entwicklung und Durchführung von Befragungen zu psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz.

4 Prozess der Verfahrensauswahl und Entwicklung

4.1 Literaturrecherche

Als ersten Schritt führte die Hochschule Luzern eine Literaturrecherche zu bestehenden Konzepten / Messinstrumenten im Bereich Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Gesundheit am Arbeitsplatz, Prävention von psychosozialen Gesundheitsrisiken durch und erstellte eine Liste mit wichtigen Konzepten

ten und zugehörigen verfügbaren Fragen und Fragebögen. Wegweisend für die Recherche waren u.a. folgende Quellen:

- die online verfügbare *Toolbox⁵ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin* (baua), welche Instrumente zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz systematisch zusammenfasst, sowie
- der *DGB Index Gute Arbeit⁶*, welcher jährlich vom Deutschen Gewerkschaftsbund anhand einer repräsentativen Stichprobe deutscher Arbeitnehmer durchgeführt wird und eine umfassende Darstellung arbeitsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren liefert. Diese Liste deckte die Themengebiete (Leistungsfähigkeit, arbeitsbezogene Belastungen/Risikofaktoren und Präsenzismus) ab.

Zusätzlich entschied das Projektkernteam, zwei weitere Themen mit aufzunehmen: das Thema „*arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl*“, da es ein wichtiger Indikator für gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen darstellt (Bauer et al., 2015), und als Kernthema auf der Strategielandkarte identifiziert wurde, und das Thema „*Change*“ (Umgang mit Veränderung), weil es für die Arbeitswelt und speziell für den Praxispartner als aktuellen und künftigen Trend in der Arbeitswelt eine wichtige Rolle spielt.

4.2 *Unternehmensinterne ‚Gütekriterien‘ der Fragenwahl*

Gemeinsam mit dem Projektkernteam des Praxispartners wurde die erste, reichhaltige Fragenliste gesichtet, und eine Auswahl getroffen. Die Entscheidung, welche Fragen in das Monitoring-Instrument aufgenommen werden sollen, lag mehrheitlich beim Praxispartner. Hier waren die unternehmensinternen Gütekriterien ausschlaggebend:

- **Wertschöpfung:** Jede Frage misst einen Bereich der Wertschöpfung der *Strategielandkarte*,
- **Bench-Mark:** möglichst viele Fragen sollen einen *Normvergleich* ermöglichen (Angaben von Werten aus der Literatur), die Ergebnisse der Ersterhebung vergleichen zu können,
- **Anschlussfähigkeit:** die Fragen sollen *anschlussfähig an die bestehende Mitarbeiterbefragung* sein (also ergänzend statt redundant).
- **Aktualität und Nachhaltigkeit:** Fragen, welche eine regelmässige Ermittlung wichtiger psychosozialer Risiken und Ressourcen ermöglichen (und somit Unterstützung der gezielten strategischen und operativen Intervention von gesundheitsförderlichen Massnahmen)
- **Betriebspezifisch:** Darüber hinaus wurden einige neue Fragen formuliert, die für *das Unternehmen ein wichtiges Thema* im Kontext psychosoziale Gesundheitsrisiken darstellten, aber nicht in der Literaturrecherche aufschienen (z.B. zum Thema Umgang mit Change), sowie Fragen, welche die Identifikation bestimmter Personengruppen („Risikobereiche“) ermöglichen

Die Hochschule Luzern beriet hierbei das Unternehmen hinsichtlich methodischer (Fragebogenkonstruktion: Handhabbarkeit des Instruments und Verständlichkeit der Fragen für die Befragten, Vorausschau auf mögliche Auswertungen, Möglichkeit der Implementierung in ein Online-Befragungstool) und inhaltlicher Überlegungen („Misst die Frage auch tatsächlich das interessierende Konstrukt?“).

In diesem ersten Auswahlprozess wurden 45 Fragen (exklusive soziodemographische Fragen) ausgewählt, was deutlich über das ursprüngliche Entwicklungsziel (10-15 Fragen, Ausfülldauer höchstens 5 Minuten) hinausging. In mehreren Schritten und unter Miteinbezug verschiedener Interessenvertreter

⁵<http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Toolbox.html>

⁶ <http://index-gute-arbeit.dgb.de/>

wuchs die Anzahl inhaltlicher Fragen dann auf 49 an. Hinzu kamen noch 13 Fragen zur Person (z.B. Alter, Geschlecht, Führungsfunktion, Abteilung). Das Kernteam des Praxispartners entschied sich nach Rücksprache mit den Verantwortlichen, die Anzahl der Fragen nicht zu reduzieren, sondern bei dem ersten Einsatz alle Fragen aufzunehmen. Dies war ein grosser Fortschritt, nachdem im Jahr 2012 zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem Praxispartner nicht einmal eine schriftliche Befragung der Mitarbeitenden in Erwägung gezogen werden konnte. Voraussetzung von Seiten der HR-Chefin war, dass die durchschnittliche Befragungsdauer 12 Minuten nicht übersteigt (dies wurde im Pretest überprüft).

4.3 Antwortformate: interne und externe Vergleichbarkeit – was ist wichtiger?

Die Fragen enthielten teilweise unterschiedliche Antwortformate. Einige Fragen boten die Möglichkeit der Vergleichbarkeit mit Normwerten (z.B. der Einsatz des Work-SOC zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls). Diese müssen genauso eingesetzt werden wie in der entsprechenden Publikation, damit man die Werte vergleichen kann. Dadurch ergab sich, dass einige Fragen eine ungerade Anzahl an Antwortmöglichkeiten aufwies (z.B. 5-stufig, 7-stufig), und andere Fragen eine gerade Anzahl (4-stufig). Es wurde mehrfach diskutiert, die Skalen zu vereinheitlichen, aber der Praxispartner entschied sich für diese komplexere Variante (Beibehalten der ursprünglichen Skalierung mit der Kehrseite, dass die Antwortformate immer wieder wechseln). Das Hauptargument war, dass man die Werte des Unternehmens in einen Referenzrahmen setzen wollte, damit man eine Einschätzung vornehmen kann, ob das Unternehmen insgesamt gut unterwegs ist (Stichwort „Bench-Mark“). Zusätzlich sollte so auch besser abgeschätzt werden können, ob es Risikobereiche gibt. Insgesamt sollte dieses Vorgehen auch die Argumentation vor der Geschäftsleitung vereinfachen, wenn es um das Thema Entwicklung von Massnahmen zum Umgang mit diesen Risiken geht.

5 Praxiserprobung des Messinstrumentes durch das Unternehmen

Der Fragebogen wurde in zwei Schritten im Unternehmen angewendet. Beide Erhebungen wurden Online implementiert und durchgeführt.

5.1 Pretest

Insgesamt haben 49 Mitarbeitende des Praxispartners den Pretest ausgefüllt. Es gab zwei verschiedene Varianten.

- **Stichprobe 1** wurde gebeten, den Fragebogen „real“ auszufüllen, d.h. Mitarbeitende des Praxispartners bearbeiteten den Fragebogen anhand ihrer aktuellen Befindlichkeit und Arbeitssituation, und hatten im Anschluss die Möglichkeit, in einem offenen Textfeld ihre Erfahrungen mit dem Fragebogen sowie ihre Vorschläge für Optimierung zu äussern. In dieser Version wurde auch eine reale Zeitmessung der Bearbeitungsdauer vorgenommen.
- **Stichprobe 2** wurde der Fragebogen mit der Bitte vorgelegt, alle Fragen auf Verständlichkeit und Schwierigkeit zu überprüfen, sowie die Handhabbarkeit der Antwortformate zu testen. Zusätzlich zu jeder Frage erschien ein Kommentarfeld, in welches die Testpersonen alle Auffälligkeiten hineinschreiben konnten. Dabei ging es nicht um eine realistische Einschätzung der aktuellen Befindlichkeit, sondern um die Akzeptanz des Instruments durch die Zielgruppe.

Im Anschluss an den Pretest wurden kleine Veränderungen und Anpassungen des Fragebogens vorgenommen. Es zeigte sich, dass die Personen keine Schwierigkeiten mit den verschiedenen Antwortformaten hatten, und die Fragen allesamt verständlich wahrgenommen wurden. Die Zeitmessung während der „real“ Version zeigte, dass die Personen im Mittel ca. 10-12 Minuten zum Ausfüllen brauchten, was für den Praxispartner eine akzeptable Länge darstellte. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die Entscheidung, den Fragebogen nicht zu kürzen, weiterhin aufrechterhalten.

Die Haupt-Befragung sollte in 2 Sprachen zur Verfügung stehen (Deutsch und Französisch), die Entwicklung fand aber ausschliesslich auf Deutsch statt. Der finale Fragebogen wurde ins Französische übersetzt, und von einer unabhängigen bilingualen Fachperson ins Deutsche rückübersetzt. Die beiden Versionen wurden von der Hochschule Luzern auf sprachliche Äquivalenz verglichen und letzte Änderungen an der französischen Version vorgenommen. Der Praxispartner entschied sich aus Kostengründen, keine Übersetzung ins Italienische anfertigen zu lassen, da die Fallzahlen hier zu klein waren.

5.2 Vorbereitung und Durchführung Hauptbefragung

Vor dem eigentlichen Start der Befragung wurden noch eine Reihe von Fragen diskutiert und Entscheidungen getroffen:

5.2.1 Wer ist der Absender der Befragung?

Lange war man sich im Unternehmen unschlüssig, aus welcher Mailbox der Link zur Befragung verschickt werden sollte. Zunächst war geplant, dass der CEO des Unternehmens die Einladung selbst verschickt, damit allen Mitarbeitern ersichtlich wird, dass das Thema für die Geschäftsleitung relevant ist. Dann wurde diskutiert, ob die Chefin der HR Abteilung (auch GL Mitglied) dies übernimmt. Beide Vorschläge wurden verworfen, stattdessen wurde die Einladung von einer Mitarbeiterin des Kernteams (Abteilung „Health Management“) versendet, mit dem Hinweis auf die Unterstützung durch die genannten GL-Mitglieder. Diese Mitarbeiterin nahm vor der Befragung einen Termin in allen Ressorts wahr, in welchem sie die Ressortleitungen über die Befragung informierte. Kurz vor Start gab es auch eine interne Notiz („News“) für alle Mitarbeitenden mit dem Hinweis zur baldigen Durchführung einer Befragung zum Thema psychosoziale Risiken/Belastungen am Arbeitsplatz.

5.2.2 Partizipation wichtiger Anspruchsgruppen sichtbar machen

Der Einleitungstext der Email mit der Erläuterung der Befragung, Hinweisen zur Anonymität und Informationen zur Kommunikation der Ergebnisse wurde mit dem Projektkernteam gemeinsam entwickelt. Dem Praxispartner war in diesem Zusammenhang besonders wichtig, dass für die Befragten deutlich wird, dass die Personaldelegation an allen Schritten der Entwicklung beteiligt war und die Befragung unterstützt.

5.2.3 Die Garantie der Anonymität ist ein Qualitätskriterium

Die Frage nach der Anonymität der Teilnahme wurde mehrfach diskutiert, da eine Reihe von Personenangaben erfasst wurden (z.B. Alter, Geschlecht, Abteilung, Führungsfunktion etc.), welche möglicherweise vereinzelt Befragte abschrecken könnte („Kann man dann rausfinden, wer gemeint ist?“). Man entschied sich, die Personenangaben an den Schluss der Befragung zu stellen, und damit den Befragten die Möglichkeit zu geben, diese nicht zu beantworten, aber gleichzeitig die inhaltlichen Fragen „gesichert“ zu haben. Dies führte bei der Hauptbefragung tatsächlich dazu, dass die Abbruchquote bei der ersten Personenfrage gegenüber den inhaltlichen Fragen erhöht war.

5.2.4 Verständlichkeit für die internen Akteure gewährleisten

Ein weiterer Punkt, der vor und während der Durchführung der Hauptbefragung sehr lange und ausführlich diskutiert wurde, war die Frage nach der Auswertung und Darstellung der Ergebnisse und die Verständlichkeit für die Leser. Der Praxispartner formulierte zum Zeitpunkt des Befragungsstarts den Wunsch nach einem eigenen Bericht für jede Unter-Abteilung des Unternehmens, was von der Hochschule Luzern aufgrund der Länge der Befragung (49 inhaltliche Fragen) und der Menge an Unterabteilungen (19 Abteilungen) aus Zeit- und Kostengründen nicht machbar war. So musste eine Lösung für die Auswertung und Ergebnisdarstellung gefunden werden, welche für die Hochschule Luzern recht einfach zu erstellen war. Gleichzeitig sollte der Praxispartner die Möglichkeit haben, auf Basis

dieser Gesamtdarstellung weitere Auswertungen vornehmen zu können. Es zeigte sich, dass die Vorstellungen der verschiedenen Projektpartner sehr stark auseinander gingen, und dass einige Sitzungen und Absprachen nötig waren, bis man sich gemeinsam auf eine Lösung einigen konnte. Für beide Parteien (Hochschule und Praxispartner) war dies bei der Auftragsklärung nicht vorhersehbar gewesen. Einige Fragen kamen erst bei der ersten Sichtung der Ergebnisse auf, und konnten auch erst auf Basis einer ersten Auswertung entschieden werden.

5.2.5 Komplexitätsreduktion der Resultate schafft Anschlussfähigkeit bei internen Akteuren

Als weiteren Punkt kam von Seiten des Praxispartners der Wunsch auf, dass man eine Lösung finden müsse, damit alle Fragen einheitlich dargestellt werden können, da die unterschiedliche Darstellung der Skalierungen einen Gesamtbericht in seiner Lesbarkeit für die Adressaten erschweren würde. Dies widersprach dem ursprünglichen Kriterium, empirisch ermittelte Werte mit Normwerten aus der Literatur zu vergleichen, und es widersprach der Tatsache, dass die Fragen unterschiedliche Skalierungen als Ausgangsbasis hatten. Aber die möglichst einfache Lesbarkeit und Reduktion der Komplexität erschien dem Praxispartner hinsichtlich der Kommunikation der Ergebnisse im Unternehmen nach Sichtung der ersten Ergebnisse wichtiger als die ursprüngliche Forderung nach Normvergleichen. Nach ausgiebiger Diskussion im Projektteam und nach Einholen verschiedener Meinungen von Mitgliedern des Unternehmens entschied sich der Praxispartner, dass bei der Auswertung alle Fragen auf eine 3-Stufige Skala umcodiert werden sollten und die Ergebnisse nur nach „positiv“, „neutral“, und „negativ“ dargestellt werden sollten (bei den 4-Stufigen Skalen ohne logische Mitte wurde die ursprüngliche Form beibehalten). Die Darstellung der Ergebnisse war nun auf Kosten eines gewissen Verlusts an Detailinformation vereinfacht und für die Kommunikation im Betrieb anschlussfähig(er).

5.3 Weiterführende Schritte: Kommunikation im Unternehmen und nachhaltige Verankerung

Die Ergebnisse wurden in Absprache mit dem Praxispartner in Form eines Gesamtberichts aufbereitet, welcher den relevanten Stakeholdern zugestellt wurde. Im Anschluss wurden die Ergebnisse in einem HR-Management Meeting vorgestellt und mit den relevanten Stakeholdern diskutiert. Es zeigte sich, dass die Unternehmensleitung die Resultate hinsichtlich der psychosozialen Risiken sehr ernst nimmt, und entsprechend Ressourcen für die Diskussion der Ergebnisse auf allen Ebenen und die Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen für das Entgegenwirken dieser Risikofaktoren investieren will. Als nächsten Schritt wird eine Person aus dem Kernteam einen Unter-Bericht für alle Ressorts erstellen und die Ergebnisse mit den verantwortlichen Personen diskutieren. Auch werden die Ergebnisse in einem Workshop gemeinsam mit der Geschäftsleitung des Unternehmens diskutiert werden. Die Befragung wird in spätestens 2 Jahren erneut durchgeführt, um Veränderungen zu messen.

6 Konklusion und Learnings aus dem vorliegenden Case

Abschliessend werden Erkenntnisse aus der oben beschriebenen Entwicklung und erstmaligen Anwendung des Monitoring- und Messinstruments dargestellt, welche im vorliegenden Case für die Erfassung psychosozialer Risiken in Unternehmen aus der Sicht der Forschung und aus der Sicht der Praxis relevant sind.

Das Ziel des Projekts war die Entwicklung eines unternehmenseigenen Instruments zur Erhebung von psychosozialen Risiken im Betrieb, welches anschlussfähig an bestehende Strukturen des Unternehmens ist. Damit war gemeint, dass das Monitoring-Instrument eine Ergänzung / Erweiterung zur regulären Mitarbeiterbefragung darstellt, ohne redundant zu sein (strukturelle Anschlussfähigkeit), und die wichtigen Wertschöpfungsthemen der Strategielandkarte abdeckt (inhaltliche Anschlussfähigkeit), welche bislang im Unternehmen nicht systematisch erhoben wurden. Mit dem Instrument sollen künftig ‚Hotspots‘ identifiziert werden. Dies bezieht sich einerseits auf Themenbereiche / Handlungsfelder, welche mit hoher Belastung für die Mitarbeitenden verbunden sind, und andererseits auf die Identifi-

kation von Risikotätigkeitsgruppen, welche im Vergleich mit anderen Gruppen / Abteilungen über die Massen belastet sind.

Analog der Luxemburger Deklaration – BGF-Leitlinien (1997) werden die Konklusionen aus dem vorliegenden Fall anhand der vier definierenden Elemente gegliedert. Sie ermöglichen eine systematisierte und verdichtete Wiedergabe der zentralen Learnings sowie die Rückkoppelung an den Berichtteil „Ganzheitliches Gesundheitsmanagement“ (siehe Teilbericht 2):

6.1 Partizipation

Miteinbezug verschiedener Stakeholder bei der Entwicklung und Auswertung / Ergebnispräsentation der Befragung.

6.1.1 Erfolgreiche Partizipation

An verschiedenen Stellen im Entwicklungsprozess und im Prozess der Datenauswertung und Aufbereitung konnte das Projektkernteam verschiedene Personen aus anderen Bereichen und Abteilungen miteinbeziehen, welche mit ihrem Wissen und ihrer Erfahrung den Prozess bereicherten und mitsteuerten. Dies waren Personen aus:

- der *Personaldelegation* (Ziel: Erhöhung des *Commitment* und der Akzeptanz der Teilnehmenden an der Befragung),
- der *Abteilung für die jährliche Mitarbeitendenbefragung* (Ziel: Gewährleistung der Anschlussfähigkeit der Befragung, Input bei der Entwicklung des Fragebogens) und
- des *Controllings* (Ziel: Information über die Generierung von Kennzahlen für die strategische Steuerung des Themas psychosoziale Gesundheitsrisiken).

Zusätzlich konnte mehrfach Feedback durch eine neu etablierte Steuergruppe Gesundheit & Leistungsfähigkeit, sowie die HR Chefin eingeholt werden.

6.1.2 Learnings: Wer partizipiert wie lange und in welcher Rolle?

Der Einbezug verschiedener Personen führte auch an einigen Stellen zu Komplikationen. Die im Unternehmen vorhandene Ressourcen (Personen, die Wissen und Erfahrung in dem Bereich mitbringen), konnten nicht immer maximal genutzt werden:

- **Wissensmanagement:** Im vorliegenden Case wurde die Abteilung für die jährliche Befragung der Mitarbeitenden nur punktuell, aber nicht in den gesamten Entwicklungsprozess eingebunden. Es stellte sich (zu) spät im Projekt heraus, dass Personen aus dieser Abteilung für die Anschlussfähigkeit der Befragung an die Unternehmensstrukturen wichtige Hinweise liefern konnten. Diese Zusammenarbeit sollte künftig unbedingt intensiviert werden, um dem Ziel „Anschlussfähigkeit“ noch gerechter werden zu können.
- **Zeitliche Ressourcen:** Ein besonderes Hindernis hierbei schienen die sehr knapp verfügbaren Zeitressourcen aller Mitarbeitenden zu sein; hierdurch wurde bereits zugesprochene Unterstützung teilweise sehr kurzfristig wieder abgesagt.
- **Rollenklärung:** Wer sind die Entscheidungsträger, und wer steht eher beratend zur Seite? Das Projektkernteam wurde immer wieder von aussen hinsichtlich bereits bestehender Entscheidungen beeinflusst. Partizipation hat im vorliegenden Case zwei Seiten.
 - Die Möglichkeit, für Entscheidungen andere Personen mit einzubeziehen, führte gerade wenn sie nur punktuell genutzt wurde, eher zu Verwirrung und mehr Komplexität.
 - Dagegen war die regelmässige Partizipation, z.B. in Form von regelmässigen Projekttreffen mit den relevanten Anspruchsgruppen, für den Entwicklungsprozess förderlich.

6.2 Integration

Berücksichtigung des Monitoring-Instruments und der Ergebnisse aus den Erhebungen bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen.

6.2.1 Erfolgreiche erstmalige Durchführung

Das neu entwickelte Monitoring-Instrument wurde erstmalig im Unternehmen eingesetzt, geplant ist ein zukünftiger regelmässiger Einsatz und ein regelmässiges Controlling der Kennzahlen. Es machte den Eindruck, als hätte eine systematische, unternehmensrepräsentative Überprüfung psychosozialer arbeitsplatzbezogener Risiken in den letzten drei Jahren für die Entscheidungsträger an Relevanz und Wichtigkeit gewonnen (nachdem zu Beginn des Projekts i-BGM eine systematische schriftliche Befragung im Jahr 2012 zunächst ausgeschlossen wurde). Dieser Eindruck wurde auch durch die Gruppe „Leistungsfähigkeit & Gesundheit“ bestätigt, welche den Ergebnissen sehr positiv und mit hoher Aufmerksamkeit begegnete. Schliesslich verdeutlicht die strategische Relevanz des Themas, dass die Befragungsergebnisse in einem 90-minütigen GL-Workshop präsentiert werden.

6.2.2 Learnings

Die Integration gesundheitsrelevanter Kennzahlen in bestehende Managementsysteme bzw. in die strategische Unternehmenssteuerung, war und ist ein zentrales Ziel des Projektes. Die Umsetzung dieses Zieles war in unterschiedlichen Phasen jedoch hart umkämpft, da zum einen um Verständnis und Legitimation für das Thema Gesundheit geworben werden musste. Zum anderen wurden durch die Breite und Komplexität des Themas sehr unterschiedliche Akteure und Unternehmensbereiche angesprochen, was die Integration der verschiedenen Interessen zu einer grossen Herausforderung werden liess. Entsprechend gilt es, die Integration sowohl auf einer inhaltlich methodischen Ebene zu verfolgen, wie auch in Hinblick auf die unterschiedlichen Akteure und deren Interessen und Ansprüche.

6.3 Projektmanagement

Alle Massnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse

6.3.1 Zusammenarbeit Praxispartner und HSLU

Die obige Beschreibung des Prozesses der Entwicklung des Monitoring-Instruments hat aufgezeigt, dass sehr viel Kommunikation und Diskussion von beiden Seiten (Forschung und Praxis) nötig ist. Im Laufe der Entwicklung und Durchführung kam es immer wieder zu Änderungen in den Bedürfnissen des Unternehmens, welche für beide Seiten nicht vorhersehbar waren.

Im Nachhinein wurde beiden Seiten klar, dass es zu Beginn eines solchen Entwicklungsprozesses wiederholt Auftragsklärungen bedarf. Aus Sicht der Forschung wurde deutlich, dass sowohl die ungeübten, als auch die geübten Nutzern aus der Praxis nur bedingt Wissen über den Prozess der Datenauswertung sowie eine Vorstellung über die Aufbereitung von Analyseergebnissen mitbringen bzw. explizit ausformulieren. Es wäre sinnvoll und empfehlenswert, schon zu Beginn einer Entwicklungsphase Einblicke zu geben, in welcher Form die Ergebnisse am Ende vorliegen werden, welche Möglichkeiten und Grenzen in der Auswertung und Darstellung herrschen (siehe oben Kapitel 5.2.5).

6.3.2 Learnings: Welche Lesart müssen wir am Schluss gewährleisten können?

Für andere Unternehmen, welche einen Fragebogen zur Erfassung psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz entwickeln bzw. einsetzen möchten (dieses Problem stellt sich weniger bei bestehenden Instrumenten), bedeutet dies, dass es sinnvoll ist, vor Befragungsstart Beispiele für die Ergebnisdarstellung anzuschauen und zu diskutieren (zum Beispiel in Form von Pretest-Daten oder Daten aus anderen Erhebungen), damit kein Zweifel mehr darüber besteht, in welcher Form die Daten anschlies-

send aufbereitet werden, und wie die Ergebnisse zu interpretieren sind. Als wichtigster Faktor für ein erfolgreiches Projektmanagement einer solchen Befragung hat sich die Anschlussfähigkeit an bereits bestehende Verfahren im Betrieb herausgestellt. Wenn Betriebe bereits regelmässig Befragungen ihrer Mitarbeitenden durchführen, sind die Personen an eine bestimmte „Lesart“ der Ergebnisberichte gewöhnt, und es ist empfehlenswert, diese für zukünftige Befragungen beizubehalten.

Eine erstmalige Erhebung neuer Konstrukte (wie in diesem Fall psychosoziale Belastungsfaktoren) bedeutet immer eine gewisse Pilotphase, bietet aber gleichzeitig die Möglichkeit, damit Baseline-Daten zu erheben (also unternehmensinterne „Normwerte“). Dies wiederum ermöglicht es, in den kommenden Jahren die Ergebnisse zu vergleichen. Ein Unternehmen erarbeitet sich so ihre eigenen Normwerte, und ist nicht primäre auf eine Vergleichbarkeit mit externen Stichproben angewiesen.

6.4 Ganzheitlichkeit

Die ganzheitliche Erfassung von Ressourcen und Belastungen im Hinblick auf das Management psychosozialer Risiken.

6.4.1 Erfolgreicher Ausgleich der Einseitigkeit von Befragungen

In vielen bereits etablierten Befragungen findet sich eine Art „Positiv-Verzerrung“. Positiv formulierte Fragen werden im Hinblick auf Vorgesetzte, Team, Arbeitszufriedenheit etc. gestellt, aber es fehlen häufig Fragen zu psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz. Mit Blick auf Modelle der psychosozialen Gesundheit im Arbeitsleben zeigt sich aber, dass es wichtig ist sowohl Ressourcen (Schutzfaktoren) als auch Belastungen (Risikofaktoren) zu erheben und somit ein regelmässiges Monitoring des Verhältnisses von Ressourcen und Belastungen zu gewährleisten (z.B. Job-Stress Index, Gesundheitsförderung Schweiz).

6.4.2 Learnings: Ganzheitlichkeit schafft Verständnis

Der vorliegende Case hat gezeigt, dass trotz einiger „Stolpersteine“ im Prozess der Entwicklung eine solche Ausbalancierung der Positiv-Verzerrung sehr wichtig ist, und im Unternehmen auch Anklang und Unterstützung findet. Die positive Reaktion der relevanten Stakeholder im vorliegenden Case (Zuspruch weiterer Unterstützung für das Thema und den Prozess der Massnahmengestaltung) auf die Ergebnisse der entwickelten und durchgeführten Befragung verdeutlicht noch einmal mehr die Relevanz des ganzheitlichen Managementansatzes in Bezug auf psychosoziale Risiken in Unternehmen.

6.5 Fazit

Der hier vorgestellte Case ist als Fallbeispiel zu lesen, wie der Versuch, psychosoziale Belastungsfaktoren zu erfassen und in ein Managementsystem zu integrieren, im Praxisunternehmen zum Erfolg geführt hat.

Dieser Case dient als Beispiel für „gute Praxis“, womit er dem Ziel des SECO folgt. Vor diesem Hintergrund können Empfehlungen abgegeben werden, was sich im vorliegenden Fall bewährt hat und wo es erhöhte Aufmerksamkeit bei der Gestaltung entsprechender Vorhaben braucht.

Im Hinblick auf das primäre Ziel des Projekts („Messbar-machen von Aspekten der Strategielandkarte“) ist dies gelungen, und das Unternehmen verfügt nun über ein geeignetes Monitoring-Instrument zur Überprüfung der gesundheits- und leistungsrelevanten Handlungsfelder im Kontext der betrieblichen Wertschöpfung. Noch dazu konnte das Thema psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz, zusätzlich zur bereits erarbeiteten Strategielandkarte, noch stärker in verschiedene Management-Ebenen integriert werden – die „awareness“ ist somit auf strategischer, wie auch auf der Controllingebene deutlich gestiegen und der Betrieb ist einem ganzheitlicheren Management der psychosozialen Gesundheit einen Schritt näher gekommen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Badura, A. D. B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J., & Macco, K. (2011). *Fehlzeiten-report 2011*. Springer Berlin Heidelberg.
- Bauer, G. F., Vogt, K., Inauen, A., & Jenny, G. J. (2015). Work-SoC–Entwicklung und Validierung einer Skala zur Erfassung des arbeitsbezogenen Kohärenzgefühls. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 23, 20-30.
- Deutsches Institut für Normung. (2000). DIN EN ISO 10075-1, Ausgabe: 2000-11. Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung – Teil 1: Allgemeines und Begriffe (ISO 10075:1991); Deutsche Fassung EN ISO 10075-1:2000.
- Dillard, J., Dujon, V. & Brennan, E. M. (2013). Introduction to Social Sustainability. A Multilevel Approach to Social Inclusion. In V. Dujon, J. Dillard & E. M. Brennan (Hrsg.), *Social Sustainability. A Multilevel Approach to Social Inclusion* (S. 1-12). New York: Routledge.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Fifth European Working Conditions Survey—Overview report. <http://www.eurofound.eu/publications/htmlfiles/ef1182.htm> (Zugriff, Dezember 2015).
- Flake, C. (2001). Psychische Belastungen in der Arbeitswelt erkennen und bewerten. In Flake, C., Freigang-Bauer, I., Gröben, F. & Wenchel, K.-T.: *Psychischer Stress in der Arbeitswelt erkennen - mindern - bewältigen. Dokumentation der RKW. Fachtagung am 24.11.1999*. Eschborn: RKW-Verlag, 15-54.
- Geertz, C. (2002). Thick description: Toward an interpretive theory of culture. *The interpretation of cultures*, 537-56.
- Giddens, A. (1984). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.
- Gregersen, S., Kuhnert, S., Zimmer, A., & Nienhaus, A. (2011). Führungsverhalten und Gesundheit – Zum Stand der Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 73(1), 3-12.
- World Health Organization. (2008). PRIMA-EF: guidance on the European framework for psychosocial risk management: a resource for employer and worker representatives.
- Horváth, P.; Gamm, N.; Möller, K.; Kastner, M.; Iserloh, B.; Kliesch, G.; Schmidt, B.; Otte, R.; Braun, M.; Matter, M.; Pennig, S.; Vogt, J. (2008). Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Hilfe der Balanced Scorecard am Beispiel eines Unternehmens in der Automobilindustrie. Forschungsbericht F 2126 im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2008.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.) (2013). *DGB Index Gute Arbeit. Der Report 2013*. Berlin: Institut DGB-Index Gute Arbeit.
- Jenny, G., & Bauer, G. F. (2013). The Limits of Control: A Systemic, Model-Based Approach to Changing Organisations Towards Better Health. In G. F. Bauer & G. J. Jenny (2013), *Saluto-*

- genic organizations and change: the concepts behind organizational health intervention research.* Springer Science & Business Media, 167-187.
- Joiko, K., Schmauder, M., & Wolff, G. (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen-Gestalten.(5. Auflage) Hg. v. BAuA. Online verfügbar unter [http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren A](http://www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren/A), 45.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1997). Balanced Scorecard-Strategien erfolgreich umsetzen.
- Kentner, M. (2003). Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 261-266). Berlin: Springer.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). Stressreport Deutschland 2012. *Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.* Berlin: BAuA.
- Moldaschl, M. (2005). Ressourcenorientierte Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit. In M. Moldaschl (Hrsg.), *Immaterielle Ressourcen* (S. 243-280). München: Rainer Hampp.
- Moldaschl, M. (2002). *Subjektivierung von Arbeit.* München, Mering: Hampp.
- Ortmann, G., Sydow, J., & Windeler, A. (2000). *Organisation als reflexive Strukturierung* (pp. 315-354). VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Osterloh, M., & Grand, S. (1998). Praxis der Theorie-Theorie der Praxis. *Zum Verhältnis der Alltagstheorien des Managements und der Praktiken der theoretischen Forschung.* Online im Internet, URL:(http://www.unizh.ch/ifbf/orga/n_publicationen.htm)(ff).
- Richter, G. (2010). *Toolbox Version 1.2 – Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen.* Dortmund/Berlin: BAUA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin).
- Richter, P. (2002). Psychische Belastungen in der modernen Arbeitswelt – neue Herausforderungen, Bewältigungs- und Gestaltungsansätze. *Arbeitsökologie*, 5, 26-29.
- Rüegg-Stürm, J. (2003a). *Das Neue St. Galler Management-Modell: Grundkategorien einer integrierten Managementlehre. Der HSG-Ansatz* (2. Auflage). Bern: Paul Haupt.
- Scherer, A. G. (1995). *Pluralismus im strategischen Management.* Deutscher Universitäts Verlag, Wiesbaden.
- Jacobshagen, N., & Semmer, N. K. (2009). Wer schätzt eigentlich wen? Kunden als Quelle der Wertschätzung am Arbeitsplatz. *Wirtschaftspsychologie*, 11 (1), 11-19.
- Skakon, J., Nielsen, K., Borg, V., & Guzman, J. (2010). Are leaders' well-being, behaviours and style associated with the affective well-being of their employees? A systematic review of three decades of research. *Work & Stress*, 24(2), 107-139.
- Udris, I. (2006). Salutogenese in der Arbeit – ein Paradigmawechsel? In P. Richter & T. Wehner (HRSG), *Salutogenese in der Arbeit* (Themenheft). *Wirtschaftspsychologie*, 8, (2), 4-13.
- Ulich, E., & Wülser, M. (2009). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen.* Springer Fachmedien.
- Voß, G. G. (1998). Die Entgrenzung von Arbeit und Arbeitskraft. *Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung*, 31(3), 473-487.

- Weick, K. E. (1995). *Der Prozess des Organisierens*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Wetzel, R., & Dievernich, F. E. (2014). Mind the gap. The relevance of postchange periods for organizational sensemaking. *Systems Research and Behavioral Science*, 31(2), 280-300.
- Wieland-Eckelmann, R. (1992). *Kognition, Emotion und psychische Beanspruchung: theoretische und empirische Studien zu informationsverarbeitenden Tätigkeiten*. Hogrefe, Verlag für Psychologie.
- Wright, M. T. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Zirkler, M., Kontrubczik, H., Bommeli, B., & Spiegelberg, S. (2014). Soziale Nachhaltigkeit. Auf der Suche nach einem angemessenen Verständnis sozialer Nachhaltigkeit in einem Unternehmen der Gastronomie. https://www.zhaw.ch/storage/psychologie/upload/forschung/organisation-fuehrung/Forschungsbericht_Soziale_Nachhaltigkeit.pdf (abgerufen Dezember, 2015).
- zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, L. D. (1997). Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. *Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW*.