

3 Einleitung

3.1 Analyse der Problemstellung

Von Führungspersonen und MitarbeiterInnen in Klein- und Mittelunternehmen (KMU) werden nicht nur Fach- und Sachkompetenz verlangt, sondern auch ein hohes Maß an Selbst- und Sozialkompetenz [SCHWARZ (1995), WUNDERER, BRUCH (2000), KRAINZ, SIMSA (2000) oder, aus systemischer Sichtweise betrachtet, Systemkompetenz [KRIZ (2000)]. Diese Ansätze werden auch durch eine aktuelle Studie von KASPER, MÜHLBACHER (2002) der Wirtschaftsuniversität Wien bestätigt.

Die wissenschaftliche Forschung hat eine nicht mehr überschaubare, z. T. auch widersprüchliche Fülle von theoretischen Modellen und Ansätzen zur Personal- (PE) und Organisationsentwicklung (OE) geschaffen². Ein naives „Anwenden“ dieser Motivations- und Führungstheorien und Strategien ist aber aufgrund der Nichttrivialität des Menschen (Systeme) einfach nicht möglich³. In der Wirtschaft Agierende stehen interdependenten Einflussgrößen (z. B. technologischem Fortschritt, unternehmerischer Dynamik, finanziellen, institutionellen und interessenpolitischen Umfeldern, dem Arbeitsmarkt) gegenüber, denen sie ausgeliefert sind und z. T. nicht entinnen können⁴, die aber auf die physische Gesundheit und das psychosoziale Wohlergehen der MitarbeiterInnen unmittelbar Einfluss ausüben⁵.

Dass sich oben angeführte Problemstellungen und Herausforderungen auf das psychische, soziale und physische Wohlbefinden von arbeitenden Menschen unmittelbar auswirken, wurde nicht nur bei BECKER (1986), SCHWARZER (1996), SIEGRIST (1996), BARIC, CONRAD (1999), BAMBERG, DUCKI, METZ (1998), OTTE (1994), PELIKAN, DEMMER, HURRELMANN (1993), DÜR, PELIKAN (1998), LOBNIG, PELIKAN (1996) hinreichend dokumentiert, sondern auch in einer Vielzahl von Studien verifiziert [BÜSSING, GLASER (1991), HACKER (1991), ZAPF (1991), KALUZA (1996), BECKER; MINSEL (1986), KANNHEISER (1992), GUSY (1995), NOAK, MEGGENEDER (1998) EUROPÄISCHE KOMMISSION (1999), und SEAWARD (2000)]. Gesundheitsrelevante Fragen aus dem Blickwinkel der noetischen (geistigen) Dimension (Sinndimension) werden bereits größtenteils durch Arbeiten von ORGLER (1990), HALASZ (1993), KARAZMANN (1996) und ECKHARDT (2000) beantwortet.

² Vgl. dazu KIESER, REBER & WUNDERER (1995), Seite 848 - 1092. (u. a . Attributionstheorie (CALDER [um 1977], LORD [um 1985]), Austauschtheorie (BLAU [um 1964], GERGEN [um 1969], JONES [um 1990], PRUITT [um 1968]), Theorie der charismatischen Führung (HOUSE [um 1977]) Eigenschaftstheorie, Theorie entscheidungstheoretischer Ansätze, Theorie der Führung, Kontingenztheorie, Weg-Ziel-Theorie-Modell, VROOM/YETTON-Modell, tiefenpsycho-logische Führungstheorien, Theorie der Führungssubstitution, Situationstheorie, soziale Lerntheorie, Rollentheorie, systemisch orientierte Führungstheorien.

³ Vgl. dazu von GLASERSFELD (1998).

⁴ Vgl. dazu MALIK (1996 und 2000).

Die genannten Arbeiten beziehen sich zwar auf bio-psycho-soziale Fragestellungen mit Auswirkungen auf die Gesundheit, doch die Forschungsergebnisse werden kaum oder nicht in Relation zur Organisations- und Personalentwicklung gebracht, obwohl sie die Grundlage für eine effektive Implementierung einer betrieblichen Gesundheitsförderung darstellen (WALLNER, 2001)⁶.

3.2 Selektiver Kurzüberblick über den aktuellen regionalen, nationalen und internationalen Stand der Forschung hinsichtlich des gegenständlichen Themas⁷

Wie bereits unter Pkt. 3.1 angeführt, gibt es fundierte Literatur und Forschung im Gegenstandsbereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, die aber sehr stark auf größere Unternehmen fokussiert sind. Auch eine Projektabfrage (10/2001) beim FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (FGÖ) ließ starke Tendenzen in Richtung Großunternehmen erkennen (siehe z. B. Pro-Fit Gesundheitsförderung der GKB Bergbau GmbH oder Einladung zum 6. Informationstag zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich, 11. 10. 2001, Österr. Kontaktstelle Betriebliche Gesundheitsförderung).

Im Index (11/1999 bis 07/2000) des European Research Centers sind zwei Projekte angeführt, die sich im weiteren Umfeld mit BGF beschäftigen. Die dritte europäische Umfrage zum Thema Arbeitsbedingungen 2000 der European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (www.eurofound.ie) gab auf den gestellten Fragenkomplex ebenfalls keine befriedigenden Antworten. Der Themenkatalog der Gesundheitsprojekte beim FGÖ (280 Schlagwörter zum Thema „Gesundheit“, Stand 08/2001)⁸ enthielt auch keine Hinweise darauf, dass der Themenbereich der vorliegenden Studie inkl. der regionalen Fokussierung (Bundesland Kärnten) bereits Gegenstand der Forschung war.

Eine Literaturrecherche in den Datenbanken Medline, Psyndex, SUBITO und OPAC ergab ebenfalls keine essentiellen Forschungsergebnisse für den eingereichten Fragenkomplex. Auch die österreichische Dissertationsdatenbank enthielt keine Arbeit zum genannten Themenbereich.

⁵ Siehe Vierjahresprogramm 2001 – 2004 der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (www.eurofound.at).

⁶ WALLNER (2001).

⁷ Stand 08 / 2001.

⁸ 168 dokumentierte Forschungsprojekte beziehen sich auf den Themenbereich „Psychische Gesundheit“.

Der Fragebogen für die Pro-Fit Gesundheitsförderung des GKB Bergbau GmbH fokussiert in manchen Bereichen die Themenauswahl des eingereichten Projektes. Die Adressaten des Fragebogens sind aber MitarbeiterInnen von Unternehmen, die bereits die Grundsatzentscheidung getroffen haben, eine betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen. Dennoch lieferte dieses Projekt wertvolle Ergebnisse und Erkenntnisse, die mit dem eingereichten Projekt verglichen werden könnten. Die spezifische Themenfokussierung der Studie kann jedoch nicht abgedeckt werden.

In einem zweijährigen Projekt des „Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung“ (ENBGF) wurden auf der Grundlage von gemeinsam entwickelten Qualitätskriterien für die BGF europaweit Beispiele für vorbildliche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in (überwiegend) größeren Unternehmen [Mitarbeiter (MA) > 250] identifiziert und bekannt gemacht. Anfang 1999 startete unter Beteiligung von insgesamt 21 Ländern die zweite Gemeinschaftsinitiative des Netzwerkes. Sie beschäftigte sich zwei Jahre lang mit der besonderen Situation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU. Das ENBGF⁹ publizierte 2001 48 Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in KMU als „Kriterien und Beispiele guter Praxis“. Auf den gegenständlichen Forschungsgegenstand geben die zitierten best-of-practice Beispiele aber nur wenig oder nicht befriedigend Antwort.

Antworten auf die spezifischen Fragestellungen, die dem Projekt zugrunde liegen, konnten somit in der Literaturrecherche, bezogen auf den deutschen Sprachraum und explizit auf das Bundesland Kärnten, nicht zufrieden stellend gefunden werden, sodass eine eigene Studie gerechtfertigt erschien.

Bei der konzeptionellen Erstellung der Hypothesen und des Fragebogens geht die Studie von der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997) und von der Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU (2001) des „Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung“ aus. Die darin enthaltene Definition der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF „umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“) wurde inkl. der darin intendierten Verknüpfungen (Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen) übernommen.

⁹ BKK Bundesverband, Europäisches Informationszentrum.

3.3 Begründung der Notwendigkeit der Studie

Die Begründung bzw. Notwendigkeit der Studie (vgl. auch Pkt. 3.2) lag konkret in folgenden Zieldefinitionen und Fragestellungen, deren erhobenes Zahlenmaterial Rückschlüsse auf mögliche Konsequenzen für folgende Bereiche in der BGF ermöglichen sollten:

Zieldefinitionen und Fragestellungen:	Kapitel	Dokumentation
▪ Entwicklungsstand der Organisations- bzw. Personalentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung	5.5	55 - 62
▪ Gegenwärtige Aktivitäten, aktuelle Frage- und Problemstellungen in KMU	5.5.1	30 - 38
▪ Subjektives Wohlbefinden von Entscheidungsträgern in KMU	8 9	96 - 97 98 - 101
▪ Psychosoziale Belastungen von Entscheidungsträgern in KMU innerhalb der letzten 6 Monate.	10 10.1	102 – 104 105 – 107
▪ Betriebliche Gesundheitsförderung in KMU	5.1	27 - 38
▪ Begründung: Einführung von BGF bzw. Nichteinführung in KMU	5.1.1.3	34
▪ Gewünschte Form der betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU	5.1.1.3 6.3 und 6.4	34 – 38 86 – 90
▪ Akzeptanz und Prioritätenreihung von relevanten Quellenberufen für BGF (UnternehmensberaterInnen, MediatorInnen, ManagementberaterInnen, ArbeitsmedizinerInnen, LebenberaterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen).	5.8	70 – 77
▪ Stellenwert der Psychotherapie im Bereich BGF: Psychotherapeutische Angebote und Interventionsvarianten für das Management (Kompetenzzuschreibung, Vertrauen, Aufgabenbereiche, Inanspruchnahme, Erfahrungen, Zufriedenheit mit dem Berufsfeld „Psychotherapie“).	5.8.1	78 - 79
▪ Budgetgrenzen für BGF in KMU	5.1.1.3 7	37 – 38 93 - 95

3.4 Fokussierter Mehrwert der Studie im Hinblick auf die angewandte Gesundheitsförderung und -vorsorge

Die gewonnenen Daten sollen des Weiteren Rückschlüsse auf unten angeführte Fragestellungen liefern und als Grundlage für qualitativ verbesserte Interventionsmaßnahmen dienen. Dadurch wollen wir auch dem geforderten Mehrwert der Studie für BGF gerecht werden.

Zieldefinitionen und Fragestellungen:	Kapitel	Dokumentation
▪ Erhebung salutogener und pathogener Faktoren / Determinanten und die für die Gesundheit im Arbeitsalltag der sozialen Systeme / Settings relevanten Einflussfaktoren	5.5.1	62
	5.6	63 – 66
	6	80 – 92
▪ Psychosomatischer Gesundheitszustand und subjektives Wohlbefinden von Entscheidungsträgern (dominante Frage- und Problemstellungen, Medikamentengebrauch, ärztliche Betreuung, sportliche Freizeitaktivitäten)	8	96 – 97
	9	98 – 101
▪ Entwicklungsstand der PE und OE in KMU bzw. Kleinstunternehmen	5.3.1	45 – 51
	5.5	55 – 61
▪ Möglichkeiten und Grenzen einer Einführung von BGF bei mangelnder bzw. nicht vorhandener OE bzw. PE	5.5	55 – 56
▪ Marketing für BGF-Programme für KMU	6.3	86 – 87
	12	111 - 113
▪ Neue Strategien und Interventionsvarianten zur Etablierung von BGF in KMU	5.1	28
	5.7	67 – 69
	12.11	123
▪ Aufschlüsse über mögliche Förderungsstrategien in der interdisziplinären Zusammenarbeit im Bereich BGF	5.8	70 – 79
	12.6	117 – 119
▪ Konsequenzen und Chancen für psychotherapeutisch orientierte Interventionen	5.8.1	78 – 79
	12.6	117 – 119
	6	80 – 90
▪ Psychotherapie als fester Bestandteil einer BGF	5.8	70 – 79
	12.6	117 – 119
▪ Mögliche Auswirkungen auf die Curricula der diversen psychotherapeutischen Ausbildungen	5.8	69 – 71
▪ Motivationstheoretische Rückschlüsse über intrinsische Motivation bzw. Demotivation aus den persönlichen Problem- und Fragestellungen, die u. a. eine Motivation / Frustration aus dem Feld der OE und PE erfahren	5.5.1	62
	6.2	82 – 85
	6.3	86 – 87
	6.4	88 – 90
	6.5	91 - 92
	10	102 – 107
▪ Mögliche Rückschlüsse auf das sinnzentrierte Motivationsmodell nach V. E. Frankl.	6.1	81
	14.11	136 – 138
▪ Rückschlüsse, Konsequenzen und mögliche Neufokussierung für Schwerpunktthemen der PE und OE in KMU	5.5	56
	5.6	64
	5.7	68

3.5 Arbeitshypothesen

Die theoretischen Grundlagen für die Hypothesengenerierung orientierten sich u. a. an Arbeiten von KALUZA (1996), GRAF (1998, 2002), BAMBERG (1998), BARIC, CONRAD (1999), WUNDERER, BRUCH (2000) und WALLNER (2001). Die methodischen Grundlagen richteten sich nach dem gegenwärtigen State of the Art in der Psychologie und sozialwissenschaftlichen Forschung. Die praktische Orientierung erfolgte auf Grund von mehrjähriger Erfahrung der Autoren in den Bereichen Unter-

nehmensberatung bzw. betriebliche Gesundheitsförderung. Bei der Hypothesenerstellung wurden jene Themen berücksichtigt, die oben (siehe Pkt. 3.3 und 3.4) bereits vorgestellt wurden. Im Besonderen wurde dabei auf die Notwendigkeit und mögliche Akzeptanz einer Wirtschafts- und Arbeitspsychotherapie (WAP) bzw. auf die Bedeutung der Sinndimension (Motivation) i. S. von FRANKL im Wirtschaftskontext verwiesen.

Hypothese	Formulierung	Praxis- und erfahrungsorientierte Begründung	Dokumentation Seite
1	Aktivitäten, Motive und Einstellung gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung sind branchenunabhängig.	Themenstellungen im Bereich der Gesundheitsförderung werden tendenziell positiv konnotiert. Daher wird angenommen, dass Aktivitäten, Motive und Einstellungen branchenunabhängig und auch unabhängig von Alter, Position und Schulbildung sind.	27 – 38
2	Aktivitäten, Motive und Einstellung gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung sind unabhängig von Alter, Position und Schulbildung.		39 – 41
3	Die Unternehmensgröße ist für die Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung ausschlaggebend.	BGF-Aktivitäten werden hauptsächlich von Unternehmen (MA > 250) publiziert und thematisiert. Daher liegt es nahe, dass die Unternehmensgröße für BGF-Aktivitäten ausschlaggebend ist.	41 – 51
4	Positive betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Selbsteinschätzung der Zufriedenheit) fördern eine betriebliche Gesundheitsförderung	BGF-Aktivitäten setzen nicht nur eine positive Einstellung voraus, sondern auch monetäre Mittel. Daher erscheint eine BGF von einer positiven betriebswirtschaftlichen Ausgangssituation abhängig zu sein.	52 – 54
5	Das Vorhandensein einer Organisations- und Personalentwicklung fördert eine betriebliche Gesundheitsförderung.	Eine funktionierende Organisations- und Personalentwicklung vermindert berufs- und arbeitsplatzbezogene Belastungen und Beschwerden. Daher haben jene, die mit der vorhandenen Organisations- bzw. Personalentwicklung zufrieden sind, vermutlich geringere aktuelle Belastungen und Beschwerden.	55 – 62
6	Personen mit hoher Gesamtzufriedenheit der vorhandenen Organisations- und Personalentwicklung haben weniger aktuelle Belastungen und Beschwerden als Personen, die eine niedrige Gesamtzufriedenheit aufweisen.		63 – 66
7	Persönlichkeitscoaching ist ein wichtiges Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung.	Persönlichkeitscoaching wird in Anspruch genommen, wenn dies im Unternehmen angeboten wird (siehe GRAF 1998). Obendrein sind viele Fragestellungen unmittelbar mit der Persönlichkeitsstruktur der Führungsperson in Zusammenhang zu bringen. Im Persönlichkeitscoaching kann diesem Bedürfnis bzw. dieser Anforderung wirksam nachgegangen werden. Daher sollte Persönlichkeitscoaching ein wichtiges Instrument in der BGF sein.	67 – 69
8	Bei fachspezifischen Fragestellungen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Quellenberufe des psychosozialen Umfeldes gegenüber Quellenberufen mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund bevorzugt.	Führungspersonen und Entscheidungsträger sind in der Regel darauf bedacht, eine fachspezifische Beratung zu erhalten. Daher bevorzugen sie Fachpersonen, die in der gegenständlichen Problemstellung auch ihre Grundausbildung (Quellenberuf) erhalten haben.	70 – 81
9	Führungspersonen sind im Management mit Problemen und Fragestellungen konfrontiert, welche die Sinndimension (i. S. der Logotherapie und Existenzanalyse, V. Frankl) stark beeinflussen bzw. frustrieren.	Motivation ist in fast allen Branchen und Unternehmensgrößen eine der wesentlichsten Gegenstände in den Fragestellungen. Nach V. Frankl ist der Sinn im (Arbeits-)Leben eine der wesentlichsten Motivatoren. Demotivation wird vielfach durch das Management und mangelnde Organisation ausgelöst. Daher sollte der Motivationsdimension eine besondere Priorität eingeräumt werden.	82 – 85
10	Gewünschte Angebote und Themenbereiche in der betrieblichen Gesundheitsförderung für den Themenbereich „Sinndimension“ werden als wichtig erachtet.		86 – 87
11	Gewünschte Angebote und Themenbereiche in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind hauptsächlich inter- und intrasozialen Frage- und Problemstellungen zuzuordnen.	Viele Konflikte und Qualitätsverminderungen sind auf inter- und intrasoziale Fragen und Problemstellungen zurückzuführen. Daher könnten diese Themenbereiche in der BGF auch von Führungspersonen besonders gefordert werden.	88 – 92
12	BGF spielt bei KMU eine untergeordnete Rolle. Diese Einstellung wird auch bei der Budgetierung zum Ausdruck gebracht.	BGF-Aktivitäten werden in KMU nur fallweise durchgeführt, da hierfür nur niedrige Budgets zur Verfügung stehen. Daher spielen sie wahrscheinlich auch eine untergeordnete Rolle.	93 – 95

Tab. 01: Arbeitshypothesen.