

## 12 Diskussion und möglicher Lerntransfer

In diesem Abschnitt werden die in der Einleitung vorgestellten Hypothesen der Reihe nach behandelt. Aus praktischen Gründen wurden die empirischen Überlegungen bereits am Anfang eines jeden Kapitels unter der Rubrik „Praxisbezogener Ausblick“ erörtert. Um eine Wiederholung möglichst zu vermeiden, werden hier nur mehr eventuelle marktrelevante Auswirkungen der Studie diskutiert, die auch Einfluss auf Marketingstrategien haben. **Es ist daher notwendig, die Zusammenfassung und den praxisbezogenen Ausblick je Hypothese zu lesen und zu berücksichtigen.**

Wie eingangs bereits erwähnt wurde, standen bei dieser Studie neben den wissenschaftlich orientierten Fragen auch unternehmensinterne und marktorientierte Interessen im Mittelpunkt:

1. Gibt es für Dienstleistungspakete, die bio-psycho-soziale Dimensionen der Wirtschafts- und Arbeitswelt abdecken möchten, ausreichendes Marktpotenzial in Kärnten und was sind marktrelevante Anforderungsprofile?
2. Kann das empirisch erhobene Datenmaterial die langjährigen praxis- und marktorientierten Erfahrungswerte im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung bestätigen, d. h. stimmen Diskurs und Empirie überhaupt überein?

Die erstgenannte Frage ist unter gewissen Einschränkungen mit einem Ja zu beantworten. Laut Datenmaterial der Wirtschaftskammer Kärnten und der Kärntner Gebietskrankenkasse sowie laut der geplanten Einführung einer BGF (14%) und der voraussichtlichen Budgets der div. Branchen wird das Marktpotenzial in einer Bandbreite zwischen 280 und 380 Unternehmen angesetzt. Ein realpolitisches und marktkonformes Marketing wird jedoch der Tatsache Rechnung tragen müssen, dass Führungspersonen dazu neigen, die Notwendigkeit einer BGF-Einführung positiver zu sehen (Wunschbild, soziale Erwünschtheit), als sie es mit tatsächlichen Aktivitäten belegen können. Oben errechnete Bandbreite hat somit eine sehr positiv gefärbte Grundannahme. Weiters ist zu beachten, dass das durchschnittliche geplante BGF-Budget mit EUR 5.500 eher niedrig angesetzt ist. Unter Berücksichtigung verschiedener Detailergebnisse bzw. Annahmen wird das Akquisitionsvolumen zwischen 1.5 Mio EUR (worst case) und 5.3 Mio EUR (best case) angesetzt. Eine Marktbearbeitung durch BGF-Anbieter wird außerhalb des Bundeslandes Kärnten daher auch notwendig sein, wenn man vom Marktpotenzial, das sich aufgrund des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes ergibt, absieht.

Die marktrelevanten Anforderungsprofile an BGF-Anbieter konnten klar definiert werden: Dem interdisziplinären Ansatz wird eindeutige Priorität eingeräumt. Das heißt, dass die Mehrzahl der gegenwärtigen BGF-Anbieter nicht umhin kommen wird, sich in eigenen Gesellschaften oder Netzwerken zusammenzuschließen, da in der Regel die potenziellen Berufe traditionell gewohnt sind, allein auf dem Markt aufzutreten. Hier wird ein Umstrukturierungsprozess stattfinden müssen.

Dies hat Auswirkungen sowohl auf die universitäre Ausbildung, die div. Ausbildungscurricula (z.B. Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Psychotherapie, Unternehmensberatung) wie auch auf die berufspolitischen Interessenvertretungen. Interdisziplinäres Denken und Kooperieren muss großteils erst gelernt werden.

*Diese Tatsache und Forderung des Marktes müsste in Ausschreibungen bzw. in die Förderpolitik Eingang finden, dass nämlich betriebswirtschaftliche wie auch psychosoziale Elemente in einer BGF gleichwertig zu beachten und nur interdisziplinär zu bearbeiten sind.*

Das Datenmaterial der Studie hat auch (leider) die langjährigen praxis- und marktorientierten Erfahrungswerte im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung bestätigt. Der Diskurs über die Bedeutung von Gesundheit, über die Mitarbeitermotivation durch psychosoziale Hygienefaktoren und damit über die unmittelbaren positiven Auswirkungen auf die Qualität der Produkte und die Produktionssteigerung ist positiv besetzt (Tendenz zur Neigung einer sozialen Erwünschtheit). Nichtsdestotrotz ist der Prozentsatz (ca. 11 %) jener Unternehmen, die tatsächlich eine BGF eingeführt haben, gering. Auch wenn die Ausgangsposition deutlich positiv besetzt ist, darf nicht übersehen werden, dass Entscheidungsträger hier auch eine Überforderung spüren. Berechtigt ist der Einwand, dass zwar das Unternehmen gesundheitserhaltende Rahmenbedingungen fördern kann, aber ArbeitnehmerInnen auch ihren proaktiven Beitrag dazu leisten müssen. *Die Arbeitnehmervertreter in der geforderten Plattform der Sozialpartnerschaft wären gut beraten, die ArbeitnehmerInnen zu ermutigen, das allgemein, kollektiv Förderliche vor Individualrechte zu stellen (siehe Problematik „Rauchen am Arbeitsplatz“).*

Es wird noch sehr viel an Sensibilisierungsarbeit und Information zu leisten sein, um hier eine deutliche und nachhaltige Tendenzwende zu erzeugen. *Dieser Tatsache könnte entgegengewirkt werden, wenn der Großteil div. Förderungen erst dann ausbezahlt würde, wenn verpflichtende, kontrollierbare und evaluierbare Nachfolgeaktivitäten geplant sind.*

*Wie parallele Recherchen zu dieser Studie gezeigt haben, wäre es bei Berichten von sog. best-practice-Beispielen durchaus angebracht, kritischer die Ergebnisse der BGF-Aktivitäten zu betrachten und diese mehr auf Kontinuität und Nachhaltigkeit zu überprüfen.*

## 12.1 Aktivitäten, Motive und Einstellungen im Zusammenhang mit Branche, Alter, Position und Schulbildung

Obwohl betriebliche Gesundheitsförderung als Investition angesehen wird, die sich rechnet, diese auch als strategische Herausforderung eingestuft wird, zu einem Unternehmensleitbild gehören sollte und auch nicht als Modeerscheinung abgetan wird, sind die tatsächlich gesetzten Aktivitäten als noch nicht ausreichend einzustufen. Dies trifft generell auf alle Branchen zu, denn Aktivitäten, Motive und die Einstellung gegenüber einer betrieblichen Gesundheitsförderung sind branchenunabhängig<sup>35</sup>.

Dass nicht konsequenter konkrete BGF-Maßnahmen umgesetzt werden, ist lt. Studie folgendermaßen zu erklären:

- Sinn und Ziel einer BGF sind den Führungspersonen und Entscheidungsträgern nicht ganz klar.
- BGF wird von Führungspersonen mit einem Mehraufwand an Zeit in Verbindung gebracht. Keine Zeit haben ist jedoch auch in dieser Studie ein erhobener Stressfaktor und stellt somit ein Hindernis für die Einführung einer BGF dar.
- Für die Einführung einer BGF wird der Geschäftsführung klar die Verantwortung zugeschrieben. Diese sieht in der BGF keine generelle Verbesserung der psychosozialen Kompetenz der MitarbeiterInnen, um dadurch auch eine Stressverminderung zu erzeugen.
- Der finanzielle Spielraum für „Extraaktivitäten“ ist in der gegenwärtigen wirtschaftlichen Situation stark eingeschränkt.

*Die Bewusstseinsarbeit sollte daher in Richtung Win-Win-Position (Benefits) verstärkt werden. Eine Hilfe dabei könnten Projekte mit umfangreicher Begleitforschung bzw. Unterstützung sein, die die Wirkung und Konsequenzen einer BGF auch in betriebswirtschaftlichen Kennzahlen (Human Resource Index) erfassen und dokumentieren.*

Wirtschaftskammer und Industriellenvereinigung müssten die Ergebnisse der Pilotprojekte dazu nutzen, um brancheninterne Clusterbildungen in BGF-Aktivitäten zu fördern. Die Studie hat auch wiederum bestätigt, dass eine BGF nicht im Gießkannenprinzip erfolgen kann, sondern explizit auf ein Unternehmen und seine individuellen Problemfelder zugeschnitten werden muss. Dieses Faktum unterstreicht die essenzielle Bedeutung einer empirischen Eingangserhebung mit guten Evaluationsinstrumenten.

---

<sup>35</sup> **Hypothese 1:** Aktivitäten, Motive und Einstellung gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung sind branchenunabhängig. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

Dem Alter und der Position<sup>36</sup> wird ein entscheidender vermittelnder Faktor zugesprochen. Bezugnehmend auf die Resultate dieser Studie müssen jüngere Führungspersonen vermehrt auf die Bedeutung von Prävention angesprochen werden. Führungspersonen muss aufgezeigt werden, dass sie entscheidend daran beteiligt sind, ob BGF eingeführt wird oder nicht: Ihre Bedeutung als Entscheidungsträger muss klarer betont werden, wenn Argumente dahingehend vorgetragen werden, dass die Unternehmensleitung jederzeit zu investieren bereit wäre, wenn dies von der Arbeitnehmerseite nur gefordert würde. Da sich ältere Führungspersonen (>45 Jahre) am meisten für BGF-Maßnahmen einsetzen, sollten sie als Mentoren gewonnen werden. Eine externe fachliche Begleitung mit Praxiserfahrung ist bei der Einführung von BGF-Maßnahmen zu empfehlen.

## 12.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und der Zusammenhang mit der Unternehmensgröße bei der Einführung<sup>37, 38</sup>

BGF-Aktivitäten spielen generell in KMU eine untergeordnete Rolle, da sie sowohl bei den Mikro- und Kleinunternehmen als auch bei den Mittelunternehmen im kritischen Bereich liegen. Diese Ergebnisse zeigen also, dass die Größe eines Unternehmens nicht ausschlaggebend für eine BGF ist bzw. sein darf, obwohl sich eine BGF natürlich an die größendefinierten Rahmenbedingungen anzupassen hat.

Werbemaßnahmen sowie Meinungsbildungs- und Sensibilisierungsprozesse sollten daher generell bei allen KMU-Kategorien angesetzt werden, wobei bei Mittelunternehmen die Akquisition tendenziell leichter sein dürfte, wenn psychosoziale Belastungen als Parameter dafür herangezogen und Argumente dementsprechend auch aufgenommen werden.

Auch hier wäre zu überlegen, inwieweit die bereits bestehenden und funktionierenden Strukturen (Cluster in verschiedenen Branchen) genutzt werden könnten, um branchenintern BGF-Projekte zu starten. *Denn es zeigt sich, dass die Einführung einer BGF bereits durch gezielte Einzelmaßnahmen erfolgen kann.* Das Potenzial für eine BGF könnte erheblich ausgebaut werden, wenn der relativ große Anteil von unschlüssigen Führungspersonen für BGF-Maßnahmen gewonnen werden könnte. BGF benötigt eine klare konzeptionelle Zeitstruktur, die in die OE und PE eingebettet ist. Das könnte auch ein Grund dafür sein, warum eine BGF bei JungunternehmerInnen (Mikrounternehmen) praktisch nicht

---

<sup>36</sup> **Hypothese 2:** Aktivitäten, Motive und Einstellung gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung sind unabhängig von Alter, Position und Schulbildung. Die Hypothese wurde nicht bestätigt.

<sup>37</sup> **Hypothese 3:** Die Unternehmensgröße ist für die Einführung einer betrieblichen Gesundheitsförderung ausschlaggebend. Die Hypothese wurde nicht bestätigt.

<sup>38</sup> **Hypothese 12:** Betriebliche Gesundheitsförderung spielt bei Klein- und Mittelunternehmen eine untergeordnete Rolle. Die Hypothese wurde teilweise bestätigt.

existiert. In diesem Zusammenhang sei auf die bereits erhobene Forderung verwiesen, dass bei Beratungsinitiativen für BetriebsneugründerInnen der psychosoziale Aspekt verpflichtend mit einbezogen wird und die Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung kein Zeichen der Schwäche oder mangelnder Qualifikation ist, sondern als Zeichen einer den Horizont erweiternden, professionellen Grundhaltung von Führungspersonen anerkannt und geschätzt wird. Auch unter diesem Gesichtspunkt ist ein Human-Resource-Index als Evaluierungsinstrument unerlässlich.

### 12.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und der Zusammenhang mit dem betriebswirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens <sup>39</sup>

Die subjektive Zufriedenheit mit betriebswirtschaftlichen Kennziffern (Situation) hat keinen sign. Einfluss auf das Thema BGF. Man kann zwar geringe positive Zusammenhänge in den Daten erkennen, doch nehmen sie bei weitem nicht das erwartete Ausmaß an. Ein relevantes Ergebnis in diesem Kontext zeigt sich aber bei weiteren wichtigen Rahmenbedingungen wie etwa der Motivation oder bei erlebten Belastungen. Eine hohe Motivation steht in Zusammenhang mit einer größeren, subjektiveren Zufriedenheit mit dem Unternehmen und große psychophysische Belastungen haben zur Folge, dass das Unternehmen mit niedrigeren Zufriedenheitswerten wahrgenommen und beurteilt wird.

Die praxisrelevanten Konsequenzen werden zurzeit sträflich vernachlässigt. Aus den Erkenntnissen der Systemtheorie weiß man, dass die „erzählte Welt“ die „erlebte Welt“ „erzeugt“ (konstruiert) und diese sich rekursiv bedingen.

Es ist also von größter Bedeutung, wie über Erlebnisse, das Betriebsklima oder das soziale Miteinander gesprochen wird, denn gleichzeitig werden diese sozialen Phänomene auch erlebt und erzählt. Dadurch werden Motivation wie auch Demotivation signifikant beeinflusst.

Die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter in der Sozialpartnerschaft müssen sich bewusst sein, welche Auswirkungen sie in der Wirtschafts- und Arbeitswelt „erzeugen“, wenn ideologisch, interessenbedingt und z. T. parteipolitisch gefärbte Argumente und Perspektiven auch in der Frage der BGF eingebracht werden. Dies gilt besonders für die Frage einer lebensdienlichen und vor allem finanzierbaren BGF: die Unternehmerseite darf hier nicht überfordert werden.

---

<sup>39</sup> **Hypothese 4:** Positive betriebswirtschaftliche Kennzahlen (Selbsteinschätzung der Zufriedenheit) fördern eine betriebliche Gesundheitsförderung. Die Hypothese wurde nicht bestätigt.

## 12.4 Betriebliche Gesundheitsförderung und der Zusammenhang mit Organisations- und Personalentwicklung<sup>40</sup>

Der enge Zusammenhang zwischen PE und OE sowie einer BGF bzw. auch der Motivation wurde sehr deutlich aufgezeigt. Je höher der Entwicklungsstand der OE und PE, desto mehr BGF-Aktivitäten werden gesetzt und umso positiver ist die Einstellung zur BGF. OE und PE hängen unmittelbar mit der Motivation der MitarbeiterInnen zusammen. Umso mehr muss es zu bedenken geben, dass OE- und PE-Maßnahmen bzw. -Instrumente in KMU nur zu etwa 50 % installiert sind.

Im Rahmen dieser Befragung konnte aufgezeigt werden, dass sich eine hohe Zufriedenheit mit der OE und PE signifikant positiv auf das subjektive Wohlbefinden und die wahrgenommene fachliche und individuelle (psychophysische) Belastung auswirkt, was die Nähe zur BGF einmal mehr deutlich macht.<sup>41</sup>

Folgende Fragenbereiche sind besonders zu beachten, weil diese Themen einerseits gehäuft als belastend empfunden werden und andererseits in einem negativen Verhältnis zur Motivation bzw. zur Lebens- und Arbeitsqualität der Betroffenen stehen:

### 1. Psychosoziale Dimension:

- Psychische Anforderungen bzw. Umgang mit psychischer Überforderung
- Stress
- Privates Wohlfühlen (z. B. wenig Zeit für Familien- und Privatleben)
- Zunehmender Arbeits- und Zeitdruck

### 2. Psychosomatische Dimension:

- Rückenschmerzen, Muskelverspannungen
- Stimmungsschwankungen, Niedergeschlagenheit
- Müdigkeit, Energielosigkeit
- Konzentrationsprobleme
- Schlafstörungen
- Nervosität

### 3. Betriebs- und Organisationsstruktur:

- Konflikte mit MitarbeiterInnen
- Demotivierendes Betriebsklima (Wohlfühlen am Arbeitsplatz)
- Fachliche Anforderungen
- Probleme im Bereich Management, Führung und Organisation

---

<sup>40</sup> **Hypothese 5:** Das Vorhandensein einer Organisations- und Personalentwicklung fördert eine betriebliche Gesundheitsförderung. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

<sup>41</sup> **Hypothese 6:** Personen mit hoher Gesamtzufriedenheit gegenüber der vorhandenen Organisations- und Personalentwicklung haben weniger aktuelle Belastungen und Beschwerden als Personen, die eine niedrige Gesamtzufriedenheit aufweisen. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

Die ständige und auch verständliche Frage nach der betriebswirtschaftlich verantwortbaren Investition auf dem Gebiet der BGF wird spätestens mit oben angeführten Erkenntnissen und Ergebnissen gerechtfertigt.

Sowohl die Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz (2001) als auch die Europäische Charta für Kleinunternehmen und das Arbeitnehmerschutz-Reformgesetz (2002) setzen eine funktionierende OE und PE für die Implementierung einer BGF voraus. Bis jetzt fehlen allerdings Definitionen von qualitativen und quantitativen Mindeststandards und Hinweise darauf, welche Instrumentarien unbedingt erforderlich wären.

Eine Orientierung an den in dieser Studie erhobenen Eckdaten könnte hilfreich sein (siehe Seite 55). Wiederum kann ein Human Resource Index u. a. eine betriebswirtschaftlich orientierte Dokumentation nützlich und nachhaltig belegen<sup>42</sup>.

## 12.5 Betriebliche Gesundheitsförderung und Persönlichkeitscoaching <sup>43</sup>

Ein Bedürfnis nach Coaching geht mit einer positiveren BGF-Einstellung einher, wobei sich dieses Bedürfnis durch höhere individuelle, fachliche und soziale Belastungswerte sowie ein reduziertes Wohlbefinden sehr gut erklären lässt. Das Bild bzw. die Prävalenz in diesem Bereich ist somit ähnlich dem der BGF bzw. der PE und OE, denn Persönlichkeitscoaching wird zurzeit nur von rund einem Fünftel der Führungspersonen in Anspruch genommen. Diese drei Elemente (BGF, OE/PE und Persönlichkeitscoaching) sind somit nicht voneinander zu trennen bzw. OE, PE und Persönlichkeitscoaching können als zentrale Interventionsstrukturen bzw. -instrumente einer BGF aufgefasst werden. Das gemeinsame Ziel - die Reduktion von Belastungen und Beschwerden bzw. die Verbesserung von Wohlbefinden, Unternehmensumfeld, Motivation und Arbeitsqualität - kann letztendlich auch nur durch einen vernetzten Einsatz von angepassten Interventionen auf mehreren Ebenen erreicht werden.

Zurzeit gibt es weder eine gesetzliche Reglementierung noch eine qualitative Definition einer Mindestausbildung hinsichtlich der Frage, wer Persönlichkeitscoaching anbieten kann. Jahrelange Führungserfahrung oder die Tatsache, durch frühere berufliche Positionen selbst zu sehr vielen Vorstandsetagen amikalen Zugang zu haben, legitimiert sicherlich nicht zu einer solch verantwortungsvollen Beratungstätigkeit. In der Regel sind biographisch bedingte, dysfunktionale

---

<sup>42</sup> Vgl. dazu KUNZ (2001).

<sup>43</sup> **Hypothese 7:** Persönlichkeitscoaching ist ein wichtiges Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

Verhaltensmuster präventiv oder kurativ zu bearbeiten bzw. zu reflektieren, was nicht nur eine fundierte Ausbildung verlangt, sondern vor allem eine tiefgreifende, lange und seriöse Selbsterfahrung der BeraterInnen voraussetzt. Eine solche wird in den Ausbildungscurricula nur von den LebensberaterInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen mit psychologischer Zusatzausbildung verlangt. Diese Berufskreise sollten eigentlich nur Persönlichkeitscoaching anbieten und durchführen dürfen. Im Bereich des Fachcoachings gelten andere Mindestqualitätsmaßstäbe.

## 12.6 Betriebliche Gesundheitsförderung und bevorzugte Anbieter (Quellenberufe). Die Psychotherapie als Ergänzung zur Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie <sup>44</sup>

Mehrmals wurde bereits darauf verwiesen, dass eine BGF in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld hineinwirkt, d. h. es müssen bio-psycho-soziale und betriebswirtschaftliche, organisationsorientierte Fragen beantwortet werden. Die gegenwärtigen Ausbildungscurricula nehmen bereits auf den interdisziplinären (systemischen) Blickwinkel teilweise Rücksicht, doch in der Praxis hat sich dieser Ansatz noch nicht zufrieden stellend durchgesetzt.

Führungspersonen differenzieren je nach fachspezifischer Fragestellung die Quellenberufe zwischen psychosozialen und betriebswirtschaftlichen sehr deutlich, d. h. bei fachspezifischen Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Quellenberufe des psychosozialen Umfeldes (ArbeitsmedizinerIn, ArbeitspsychologIn, PsychotherapeutIn, LebensberaterIn) gegenüber betriebswirtschaftlichen Berufen (ManagementberaterIn, UnternehmensberaterIn) deutlich bevorzugt. ArbeitsmedizinerInnen werden hingegen sowohl bei psychosozialen als auch betriebswirtschaftlichen Fragen als kompetent angesehen.

Diese klare Zuordnung ist ein deutliches Plädoyer dafür, dass Anbieter interdisziplinäres Know-how anbieten müssen. Das hat wiederum zur Folge, dass, wie bereits einleitend betont wurde, interdisziplinär zusammengearbeitet werden muss.

Der derzeitige Kontakt von psychosozialen Quellenberufen zur Wirtschaft ist im Vergleich zu den ArbeitsmedizinerInnen, UnternehmensberaterInnen und ManagementberaterInnen viel geringer. Psychotherapie, Lebensberatung und Arbeitspsychologie müssen klarere Angebote und Rollenbilder entwickeln, damit sie in der Wirtschaft nachhaltig Fuß fassen können. Da ArbeitspsychologInnen im ARG-RG explizit genannt werden, dürfte ihnen die Etablierung leichter fallen.

---

<sup>44</sup> **Hypothese 8:** Bei fachspezifischen Fragestellungen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden Quellenberufe des psychosozialen Umfeldes gegenüber Quellenberufen mit betriebswirtschaftlichem Hintergrund bevorzugt. Die Hypothese wurde voll bestätigt.



Die erhobenen psychosozialen Probleme und psychosomatischen Beschwerden rechtfertigen aber auch ein selbstständiges Handeln der Psychotherapie. Es zeigt sich jedoch auch, dass sich diese erst etablieren und seriöse Bewusstseinsarbeit leisten muss, obwohl ihr bei psychosozialen Fragen ausreichende Kompetenz zugesprochen wird. Dabei wäre es wichtig, zwischen primären und sekundären Aufgabengebieten bzw. Interventionen innerhalb des psychotherapeutischen Angebots zu unterscheiden, ohne dabei qualitative Unterschiede zu erzeugen, wobei dieser Differenzierung eine setting-, system- und kontextbezogene Orientierung zugrunde liegt.

Die *primären* Tätigkeiten sind demnach jene, die einem ursprünglichen und allgemeinen Psychotherapieverständnis entspringen, nämlich psychotherapeutische Behandlungen samt Krankenbehandlung einschließlich Diagnostik und Indikation mit dem Ziel durchzuführen, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen (nicht hilfreiche Interaktionsmuster) und Einstellungen zu ändern, die Reifung, Entwicklung und Gesundheit zu fördern und sich unmittelbar mit seelischer Gesundheit, Rolle und Rollenverständnis sowie Identität auseinander zu setzen.

Die *sekundären* Aufgaben, bezogen auf die Wirtschafts- und Arbeitswelt, sind:

- Psychotherapeutische Beratung und Betreuung von wirtschafts- und arbeitsweltorientierten Fragen und Problemen unter Anwendung wissenschaftlich-psychotherapeutischer Methoden.
- Psychotherapeutische Ausbildungstätigkeit gemäß §§ 3ff und 6ff des Psychotherapiegesetzes.
- Maßnahmen der Persönlichkeitsentwicklung.
- Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation.
- Psychotherapeutische Forschung in der Wirtschafts- und Arbeitswelt.

Diese Zweiteilung in primäre und sekundäre Tätigkeiten ist deshalb nützlich, weil sie einerseits die stigmatisierende Kategorisierung ein wenig neutralisiert, da Krankenbehandlung und Diagnostik in der Wirtschafts- und Arbeitswelt negativ besetzt sind, und weil sie andererseits auf die ursprüngliche, wissenschaftlich und psychotherapeutisch orientierte Ausbildung Rücksicht nimmt.

Die unter den sekundären Aufgaben genannten Tätigkeiten setzen in der Regel Ausbildung, Wissen und Erfahrung voraus, die nicht Bestandteil der in Österreich anerkannten schulspezifischen Curricula sind. Für den Großteil der genannten Tätigkeiten, bezogen auf die Wirtschafts- und Arbeitswelt, wären die PsychotherapeutInnen nicht ausgebildet. Es wäre daher notwendig, eigene Lehrpläne zu erstellen, wie das in den Fort- und Weiterbildungsrichtlinien für PsychotherapeutInnen auch gefordert wird.

Die primären und sekundären Aufgabenfelder unterscheiden sich hauptsächlich dadurch, dass bei den erstgenannten der arbeitsrelevante Kontext zwar berücksichtigt wird, aber eher im Hintergrund bleibt und auf diesen nicht direkt eingegriffen wird bzw. überhaupt nicht eingegriffen werden kann. Bei den sekundären Aufgabenfeldern wird jedoch direkt im Arbeitsumfeld interveniert und verändert. Die Person rückt in den „Hintergrund“. Ist bei den primären Aufgabenbereichen der Klient das Objekt der Intervention (und nur dieser), ist bei den sekundären Aufgabenbereichen das System, der Kontext,

*Objekt der Intervention. Der Bezug zur Wirtschaft und Arbeit liegt bei beiden Kategorisierungen darin, kurativ und präventiv psychosozial oder auch psychosomatisch bedingte Verhaltensweisen und Einstellungen eigenverantwortlich als PsychotherapeutIn zu ändern, Symptome zu mildern oder zu beseitigen und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit der zu Behandelnden zu fördern.* (Mögliche Gestaltung der Weiterbildungscurricula siehe Anhang Pkt. 14.10, Seite 136).

*Durch diese Differenzierungen wird der Tatsache Rechnung getragen, dass der Horizont in der Beantwortung der Problem- und Fragestellungen in der Wirtschafts- und Arbeitswelt durch interdisziplinäres Wissen erweitert werden muss. Die daraus resultierenden Anforderungen an externes Fachpersonal verlangen daher eine interdisziplinäre Ausbildung bzw. ein Arbeiten in multidisziplinären Teams, die in psychosozialen, somatischen, geistigen und organisatorischen Dimensionen präventiv und kurativ agieren müssen. Bei interessenpolitischen Strukturen und Curricula div. Gesundheitsberufe inkl. der Unternehmensberatung müssen die notwendigen organisatorischen Konsequenzen eingeleitet werden.*

## 12.7 Betriebliche Gesundheitsförderung und die Bedeutung der Motivation für das psycho-soziale Wohlbefinden<sup>45, 46</sup>

BGF-Themen mit Sinn- und Motivationsbezug werden positiver beurteilt und als wichtig eingeschätzt. Belastungsfaktoren mit Einfluss auf Sinndimensionen treten deutlicher hervor. Besonders wichtig scheint die Erkenntnis zu sein, dass subjektiv empfundene Belastungen (z.B. Stressgefühl) großen Einfluss auf die Motivation haben, d.h. Belastungen und Beschwerden einen rekursiven Zusammenhang mit Sinnwahrnehmungsmöglichkeiten aufweisen. Das individuelle Wohlbefinden steht in einer positiven Korrelation zum allgemeinen Sinnwert, wohingegen Überforderung sich negativ auf die Motivation auswirkt.

Führungspersonen erachten allgemein Motivationsfaktoren für wichtig und sind selber hoch motiviert (Selbstzuschreibung), setzen im Unternehmen aber tatsächlich nur wenige motivationsfördernde Aktivitäten um, obwohl sie meinen, auf diesem Gebiet etwas zu tun. So zeigt sich bei den tatsächlich gesetzten BGF-Aktivitäten mit motivationsförderndem Charakter, dass Aspekte der Leistungsfähigkeit und Gestaltungsmöglichkeit der Arbeit (schöpferische Werte) am stärksten betont werden, dort also am meisten Sinnbezug (Verwirklichungsmöglichkeiten) festgestellt wird. Sozialgebundene Erlebnis-

<sup>45</sup> **Hypothese 9:** Führungspersonen sind im Management mit Problemen konfrontiert, welche die Sinndimension (i. S. der Logotherapie und Existenzanalyse, V. Frankl) stark beeinflussen bzw. frustrieren. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

<sup>46</sup> **Hypothese 10:** . Gewünschte Angebote und Themenbereiche in der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Thema „Sinndimension“ werden als wichtig erachtet. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

werte werden hingegen als wichtig erachtet, doch die umgesetzten Aktivitäten, die Erlebniswerte (Ausdruck der Persönlichkeit, soziales Für- und Miteinander) und Einstellungswerte werden vernachlässigt. Die Ergebnisse der Studie zeigen also deutlich auf, dass die Motivation sehr stark durch die Arbeit an sich und die darin vorhandenen Inhaltselemente erfolgt. Quellen der Demotivation liegen hauptsächlich im zwischenmenschlichen Bereich.

Da Mitarbeitermotivation an erster Stelle der gewünschten BGF-Themen steht und dieses Thema leider von selbsternannten „Motivationsfachleuten“ (etliche davon sind mittlerweile konkursbedingt von der Anbieterseite ebenso schnell verschwunden wie einst aufgetaucht) oft verzerrt dargestellt wurde, wäre es ein wichtiges Anliegen, Aufklärungs- und Informationsarbeit in Bezug darauf zu leisten, was unter Motivation zu verstehen ist, was sie bewirkt und wo die Grenzen einer von außen gesteuerten Intervention liegen und welcher Zusammenhang mit psychosozialer Gesundheit (salutogener Charakter) herzustellen ist.

Ziel sollte daher sein, dass OE- und PE-Maßnahmen für klare Strukturen in den Bereichen Information und Kommunikation sorgen und Führungspersonen mehr Selbsterfahrung und Persönlichkeitscoaching in Anspruch nehmen. Wenn Führungspersonen eine verbesserte Selbst- und Sozialkompetenz besitzen, kann auch eine Demotivation im sozialen Für- und Miteinander vermieden werden. Die Betonung des sinnorientierten Konzeptes der Logotherapie in einem möglichen psychotherapeutischen Angebot kann somit eine wirksame Unterstützung für das Management darstellen, da sie den an erster Stelle genannten Schwerpunktthemenbereich „Motivation“ (Sinnfrage) gut abdeckt. Durch die sog. Einstellungsmodulation (wie und in welcher Haltung begegne ich psychosozialen und betriebswirtschaftlichen Problemen und Herausforderungen) würde die Motivationsebene „Einstellungswerte“ somit als primäre Interventionsmöglichkeit dienen.

Für die praxeologische Perspektive in der Wirtschaft bedeutet dies, dass Arbeit (Bedingungen), soziales Miteinander am Arbeitsplatz und die persönliche Einstellung der Einzelnen untrennbar mit dem Themenkomplex Motivation verbunden sind.

Sinnorientierte (motivierende) Arbeit hat somit psychosozialen, gesundheitserhaltenden und gesundheitsfördernden (salutogenen) Charakter.

## 12.8 Betriebliche Gesundheitsförderung und die Bedeutung des sozialen Miteinanders (Betriebsklima)<sup>47</sup>

Inter- und intrasoziale Fragen, Fragen des sozialen Miteinanders, Fragen, die das Umfeld des Betriebsklimas betreffen, werden in einer möglichen bzw. vorhandenen BGF als bedeutungsvoller angesehen als betriebswirtschaftlich orientierte Themen.

Von diesen Fragen des sozialen Miteinanders (z. B. Motivation, Teamentwicklung, Umgang mit Konflikten, Stress, betriebsinterne Störfaktoren, Erhöhung der Leistungsfähigkeit, körperliche und seelische Gesundheit, Sozial- und Selbstkompetenz, Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben) wünscht man, dass sie, wie bereits kommentiert, vorrangig von psychosozialen Berufen bearbeitet werden.

Da aber auch betriebswirtschaftliche, organisatorische Kontextfragen und Themen in einer BGF nicht vernachlässigt werden dürfen, ist das in diesem Punkt diskutierte Studiendetailergebnis ein weiteres Indiz dafür, dass dem interdisziplinären Zugang zur BGF keine Alternative gegenübersteht.

## 12.9 Wohlbefinden, Gesundheit und Kraftquellen von Führungspersonen (Selbstbild)

Wie bereits mehrfach berichtet, beschreiben sich Führungspersonen generell als nicht überfordert, als ausreichend motiviert und fühlen sich privat und beruflich wohl. Dieses Bild darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich bei 20% der untersuchten Führungspersonen kritische Werte bei vorhandenen Belastungen bzw. notwendigen Quellen der Erholung bemerkbar machen, was sich früher oder später auch in berufsrelevanten Beschwerden und Arbeitsausfällen manifestiert. Der Zusammenhang zwischen Belastungen und Beschwerden konnte in dieser aktuellen Erhebung bei Führungspersonen klar bestätigt werden. Die enormen Kosten, die für die Wirtschaft und das Gesundheitssystem durch die festgestellten Überforderungen (Belastungen) anfallen, wären noch durch die viel höheren Kosten, die durch Qualitäts-, Leistungsverminderung und die daraus folgenden Reklamationen und eventuellen Auftragsverluste entstehen, noch zu ergänzen. Dieses Faktum wäre es wert, in einer eigenen Studie empirisch erhoben und berechnet zu werden.

Im Gesamtdurchschnitt werden 10.8 Stunden für eigene Freizeitmaßnahmen<sup>48</sup> verwendet, wobei sportliche und intersoziale Tätigkeiten an der Spitze stehen. Zumindest ein Drittel der Befragten gab

---

<sup>47</sup> **Hypothese 11:** Gewünschte Angebote und Themenbereiche in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind hauptsächlich inter- und intrasozialen Fragen- und Problemstellungen zuzuordnen. Die Hypothese wurde voll bestätigt.

<sup>48</sup> Zu den Freizeitmaßnahmen zählen u. a. auch Aktivitäten und Kontakte mit der Familie (PartnerInnen).

an, keine ausreichenden Erholungsquellen nützen zu können. Dieser Umstand wirkt sich sicher sehr nachhaltig auf die Leistungsfähigkeit im Arbeitsleben und auf psychosomatische Beschwerden aus. Daher ist für eine Förderung der organisatorischen, sozialen und psychischen Erholungsmöglichkeiten nicht nur in der Freizeit, sondern vor allem während der Arbeitszeit zu sorgen. Das spräche auch klar das vorhandene Spannungsfeld zwischen Familie und Beruf an.

Belastungen tragen nur dann pathologisches Potenzial in sich, wenn eine ausreichende Erholung von denselben nicht mehr gegeben bzw. die Erholungsfähigkeit - z. B. der Schlaf - eingeschränkt ist. Es wäre somit eine primäre Aufgabe der BGF, dafür zu sorgen, dass die Pausengestaltung und die Möglichkeiten, sich während der Arbeitszeit zu erholen, organisatorisch und räumlich so gestaltet werden, dass eine deutlich verbesserte Erholung und Erholungsfähigkeit der MitarbeiterInnen erreicht werden. Der positiven Erfahrung mit dem Nickerchen am Arbeitsplatz in anderen Ländern (z. B. USA, Japan) muss auch in Österreich zum Durchbruch verholfen werden.

## 12.10 Belastungen im Berufsalltag

Folgende Belastungen im Alltag kommen am häufigsten bzw. am stärksten bei Führungspersonen in KMU vor: (1) Arbeits- und Zeitdruck, (2) Stress, psychische bzw. fachliche Überforderung und (3) wenig Zeit für die Familie und das Privatleben. Diese Belastungsquellen senken, wie bereits mehrfach vorgestellt, die Motivation.

Rund 20 % der Führungspersonen haben massive psychosomatische Beschwerden, die sich vor allem durch folgende Symptome beschreiben lassen und einmal mehr im negativen Zusammenhang mit der individuellen Leistungsbereitschaft stehen: (1) Rückenschmerzen, (2) Müdigkeit (3) Konzentrationsprobleme, (4) Stimmungsschwankungen. (5) Nervosität und (6) Schlafstörungen.

Allgemein werden Belastungen bei Mikro- und Jungunternehmen (MA < 10 und Gründung nach 1. 1. 1998) weniger stark empfunden als bei den restlichen KMU, wobei zentrale BGF-Aktivitäten, PE- und OE-Elemente praktisch nicht vorhanden sind.

Berufliche und private Belastungen sind in der BGF bei Führungspersonen nicht voneinander zu trennen, da sich beide Belastungsquellen negativ auf die Motivation auswirken und in einer systemischen Sichtweise immer der ganze Mensch und sein Umfeld von einer Intervention betroffen sind.

Eine BGF muss daher immer auch auf private Umstände und Perspektiven von Betroffenen Rücksicht nehmen.

## 12.11 Strategien, Interventionsvarianten und Marketing bei der Einführung von BGF<sup>49</sup>

Bei der Erarbeitung von Strategien für BGF-Anbieter sind aufgrund der Studie folgende externe und interne Aspekte der Rahmenbedingungen zu berücksichtigen, die allerdings keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

- (1) Eine Unterstützung von Politik, Sozialpartnerschaft, Interessenvertretungen und anderen Institutionen, die sich mit diesem Themenbereich auseinandersetzen, ist noch nicht so koordiniert, wie es angesichts der Ankündigungen zu erwarten wäre. Daher ist ein Appell an die Eigeninitiative und Selbstverantwortung der EntscheidungsträgerInnen nach wie vor ausschlaggebend.
- (2) BGF-Anbieter müssen den begrenzten Markt (Kärnten) und die eingeschränkte Sichtweise der EntscheidungsträgerInnen zu diesem Thema einfach zur Kenntnis nehmen.
- (3) Um die Qualitätsstandards zu wahren bzw. zu heben, müssen BGF-Anbieter nachvollziehbare, evaluierbare, interdisziplinär orientierte Leistungs- und Qualitätskataloge erstellen.
- (4) Eigentümer und Geschäftsführer sind Entscheidungsträger zur Einführung von BGF-Aktivitäten. PersonalvertreterInnen, BetriebsärztInnen, SicherheitstechnikerInnen, ArbeitspsychologInnen und sonstiges Fachpersonal müssen bei der Sensibilisierungsarbeit mit einbezogen werden.
- (5) Eine Reduzierung des administrativen und zeitlichen Aufwandes bei der Installation von Gesundheitszirkeln auf das Notwendige und Nützliche ist unumgänglich. Die Grundsätze dabei können sein: (a) Qualität vor Quantität, (b) Einbeziehen der MeinungsbildnerInnen (MitentscheiderInnen) so weit wie möglich, (c) Freiraum in der Gestaltung, Durchführung und Dynamik so weit, wie von den Hauptentscheidungsträgern gewünscht wird und notwendig erscheint.
- (6) Eine Förderung der individuellen, proaktiven Grundhaltung zur BGF ist notwendig. Diese Haltung soll für alle im Unternehmen zur innerlichen Verpflichtung und täglichen Praxis werden. Führungspersonen und PersonalvertreterInnen haben eine Vorbild- und Vorreiterfunktion zu übernehmen.
- (7) Aufnahme der qualitativen Grundsätze und des Selbstverständnisses von BGF in das Unternehmensleitbild, die Führungsgrundsätze sowie in die Organisations- und Personalentwicklung. Aktionismus und Populismus sind hier fehl am Platz.
- (8) Teilnehmergechte und kundenorientierte Dokumentation des Kunden- bzw. MitarbeiterInnennutzens. Folgende Variablen müssen hervorgehoben werden:
  - Beachtung der kontextuellen und individuellen Voraussetzungen (z. B. Unternehmensgröße, Stand der Organisations- und Personalentwicklung).
  - Definition der primären und sekundären BGF-Aktivitäten.
  - BGF-Budget, Zeithorizont und Garantie der Kontinuität der BGF-Maßnahmen.
  - Konzentration auf sinnzentrierte und motivationsfördernde BGF-Maßnahmen.
  - Konzentration auf eine Reduzierung der erhobenen Schwachstellen, der psychosozialen Belastungen, die im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung beseitigt werden müssen.
  - Definition der Evaluierung der BGF-Maßnahmen.
- (9) Langfristige Dokumentation der Änderungen der BGF-Maßnahmen in einem Human Resource Index.

---

<sup>49</sup> Es wurde bereits eine Fülle von sehr fundierten und ausführlichen Strategien und Konzepten publiziert. Um eine Redundanz zu vermeiden, werden hier nur jene Aspekte angeführt, die aufgrund der Studie schlussfolgernd zu beachten wären.