



Lucerne University of
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE
LUZERN**

Soziale Arbeit
FH Zentralschweiz

Prävention von psychosozialen Risiken in Betrieben

Konzeptionelle Grundlagen und Praxisbericht

Sarah Auerbach, Monica Basler und Gian-Claudio Gentile

Prävention von psychosozialen Risiken in Betrieben

Konzeptionelle Grundlagen und Praxisbericht

Luzern, 22. Dezember 2015

Kontakt

Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention
Werftstrasse 1, Postfach 2945, 6002 Luzern

Sarah Auerbach, Dr. des.
sarah.auerbach@hslu.ch

Monica Basler, MPH
monica.basler@vivaluzern.ch

Gian-Claudio Gentile, Dr. sc ETH
gian-claudio.gentile@usz.ch

(in alphabetischer Reihenfolge)

Inhaltsverzeichnis

Projektauftrag, Ziele und Vorgehen	1
1. Psychosoziale Risiken und Psychische Gesundheit – Begriffsverständnis	2
1.1 Einleitung	2
1.2 Gesundheit	2
1.3 Psychische Gesundheit: Belastung, Beanspruchung und individuelle Ressourcen	3
2. Implementierung des Managements psychischer Gesundheit in Betrieben	4
2.1 Einleitung	4
2.2 Ganzheitliches Gesundheitsmanagement	5
2.2.1 Leistung und Gesundheit im Fokus ganzheitlichen (Gesundheits-) Managements	5
2.2.2 Elementare Dimensionen des Gesundheitsmanagements – die Luxemburger Deklaration	7
2.2.3 Konzeptionelle Grundlagen eines ganzheitlichen Managementkonzeptes für Gesundheit	7
2.2.3.1 Der Referenzrahmen	7
2.2.3.2 Organisation und Person: zwei reziproke Gestaltungsebenen	8
2.2.3.3 Prozesse als Verbindungselement zwischen Organisation und Person	10
2.2.4 Verstetigung des ganzheitlichen Gesundheitsmanagements	11
2.2.4.1 Projektmanagement und Partizipation	11
2.3 Synthese und Überleitung	12
3. Prozess der Erhebung psychosozialer Gesundheitsrisiken bei einem Versicherungsunternehmen	13
3.1 Ausgangslage	13
3.1.1 Entwicklungsprozess und Praxiserprobung eines Monitoring- und Messinstruments	13
3.2 Problemlage und Zieldefinition	13
3.2.1 Problemlage	13
3.2.2 Ziel und Themen der Befragung «Leistungsfähigkeit und Gesundheit» (L&G)	14
3.3 Nutzergruppe: Projektmanagement/Vorhandenes Wissen	15
3.4 Prozess der Verfahrensauswahl und Entwicklung	16

3.4.1	Literaturrecherche	16
3.4.2	Unternehmensinterne «Gütekriterien» der Fragenwahl	16
3.4.3	Antwortformate: interne und externe Vergleichbarkeit – was ist wichtiger?	17
3.5	Praxiserprobung des Messinstrumentes durch das Unternehmen	18
3.5.1	Pretest	18
3.5.2	Vorbereitung und Durchführung Hauptbefragung	18
3.5.2.1	<i>Wer ist der Absender der Befragung?</i>	18
3.5.2.2	<i>Partizipation wichtiger Anspruchsgruppen sichtbar machen</i>	19
3.5.2.3	<i>Die Garantie der Anonymität ist ein Qualitätskriterium</i>	19
3.5.2.4	<i>Verständlichkeit für die internen Akteure gewährleisten</i>	19
3.5.2.5	<i>Komplexitätsreduktion der Resultate schafft Anschlussfähigkeit bei internen Akteuren</i>	19
3.5.3	Weiterführende Schritte: Kommunikation im Unternehmen und nachhaltige Verankerung	20
3.6	Konklusion und Learnings aus dem vorliegenden Case	20
3.6.1	Partizipation	20
3.6.1.1	<i>Erfolgreiche Partizipation</i>	21
3.6.1.2	<i>Learnings: Wer partizipiert wie lange und in welcher Rolle?</i>	21
3.6.2	Integration	21
3.6.2.1	<i>Erfolgreiche erstmalige Durchführung</i>	21
3.6.2.2	<i>Learnings</i>	22
3.6.3	Projektmanagement	22
3.6.3.1	<i>Zusammenarbeit Praxispartner und Hochschule Luzern</i>	22
3.6.3.2	<i>Learnings: Welche Lesart müssen wir am Schluss gewährleisten können?</i>	22
3.6.4	Ganzheitlichkeit	23
3.6.4.1	<i>Erfolgreicher Ausgleich der Einseitigkeit von Befragungen</i>	23
3.6.4.2	<i>Learnings: Ganzheitlichkeit schafft Verständnis</i>	23
3.6.5	Fazit	23
Literatur		24

Projektauftrag, Ziele und Vorgehen

Ziel des vorliegenden Projektes ist es, gestützt auf Erfahrungen aus anwendungsorientierten Forschungsprojekten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und der Hochschule Luzern – 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 usw.) 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 wie auch als Gesamtbericht lesbar:

- 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.

1. Psychosoziale Risiken und Psychische Gesundheit – Begriffsverständnis

1.1 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 von (psychischer) Gesundheit fokussiert.

1.2 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 im 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.

1.3 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 und 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, herabgesetzte 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).

2. Implementierung des Managements psychischer Gesundheit in Betrieben

2.1 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 entgegenwirken 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 zurückzuführen. 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 erhärteten 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 Arbeitnehmern 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.

2.2 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.

2.2.1 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 einen schwer imitierbaren Wettbewerbsvorteil darstellt. Als sogenannter «soft factor» stellen die Mitarbeitenden aber auch eine Herausforderung für das Management dar, indem 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, verschiedene Aspekte der Ressource «Mitarbeitende» in Bezug auf die Wertschöpfung im Betrieb zu erkennen und zu steuern? Wie können diese Aspekte 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.

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”.

- Die salutogene «Entwicklungsperspektive»: Hier gelangen das Wahrnehmen von Chancen sowie das Schaffen von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen und Kompetenzen in den 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 ist, sind hiermit auch ökonomische Aspekte verbunden. Die Stärkung und der Erhalt von gesunden und damit auch leistungsfähigen Mitarbeitenden zahlen sich aus.

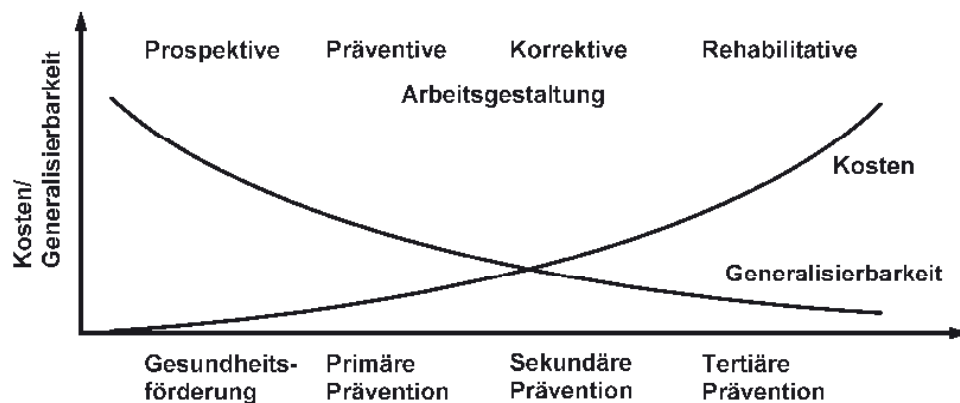


Abbildung 1: Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten unterschiedlicher Massnahmen Arbeitsgestaltung in unterschiedlichen Präventionsstufen (nach Richter, 2002, S. 47)

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 im Hinblick auf die relevanten Dimensionen eines ganzheitlichen Managements zu verstehen ist, wird in den folgenden Kapiteln erläutert.

2.2.2 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 im Hinblick auf die Verstetigung des ganzheitlichen Gesundheitsmanagement von Relevanz sein, im dritten Berichtsteil zur Entwicklung und Praxiserprobung des Monitoring-Instruments sowie auch im Leitfaden «Kriterien guter Strategie».

2.2.3 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 jeweilige situative Gegebenheiten anzupassen ist.

2.2.3.1 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 Rüeegg-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.

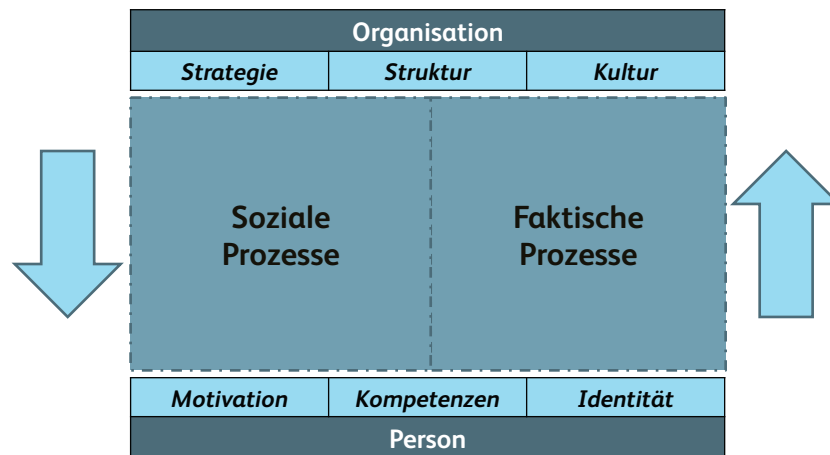


Abbildung 2: Referenzrahmen (in Anlehnung an Jenny & Bauer, 2013)

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 Aspekten beschrieben, wobei dies weitgehend an der Vorlage von Jenny und Bauer (2013) orientiert ist.

2.2.3.2 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 im 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 Ordnungsmo-

menten 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)

- 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 im Hinblick auf das Thema Gesundheit in den Blick.



Abbildung 3: Gestaltungsebene Organisation

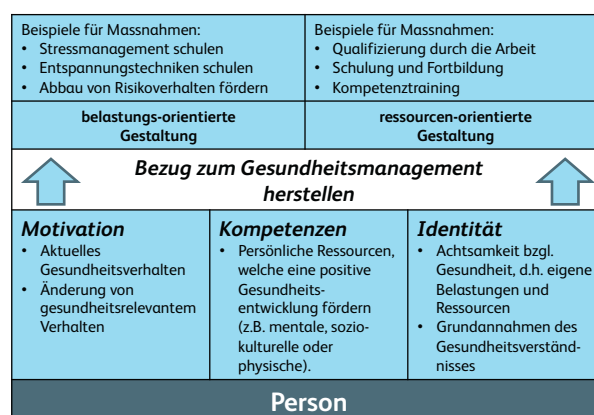


Abbildung 4: Gestaltungsebene Person

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).

2.2.3.3 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).

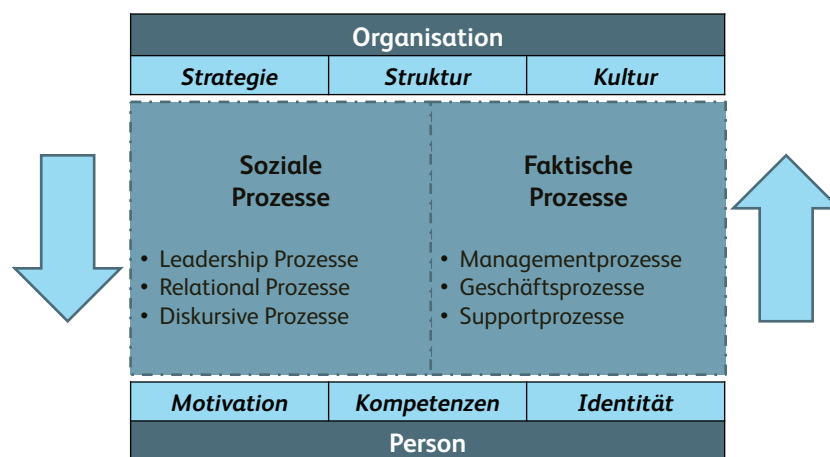


Abbildung 5: Gestaltungsebene Prozesse

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 auseinandersetzt. 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 im Hinblick auf die gesamte Wertschöpfung im Betrieb, spezifisch aber auch auf die Mitarbeitendengesundheit, d.h. das Wohlbefinden, die Motivation, das Stresserleben usw. (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.

2.2.4 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.

2.2.4.1 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 gängigerweise 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 Kommittent) 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 Wetzell & 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.

2.3 Synthese und Überleitung

Wie eingangs des letzten Kapitels 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.

3. Prozess der Erhebung psychosozialer Gesundheitsrisiken bei einem Versicherungsunternehmen³

3.1 Ausgangslage

3.1.1 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 der AXA Winterthur (Praxispartner).

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 wurden⁴.

3.2 Problemlage und Zieldefinition

3.2.1 Problemlage

Von 2012 bis 2014 führten die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und Wirtschaft und die AXA Winterthur 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 AXA-Strategielandkarte entwickelt (siehe Abbildung 6), welche Kernthemen, Gestaltungsziele und Ergebnisziele für Leistungsfähigkeit und Gesundheit enthält.

³ AXA Winterthur, Schweiz: www.axa-winterthur.ch/de

⁴ 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 vorlagen.

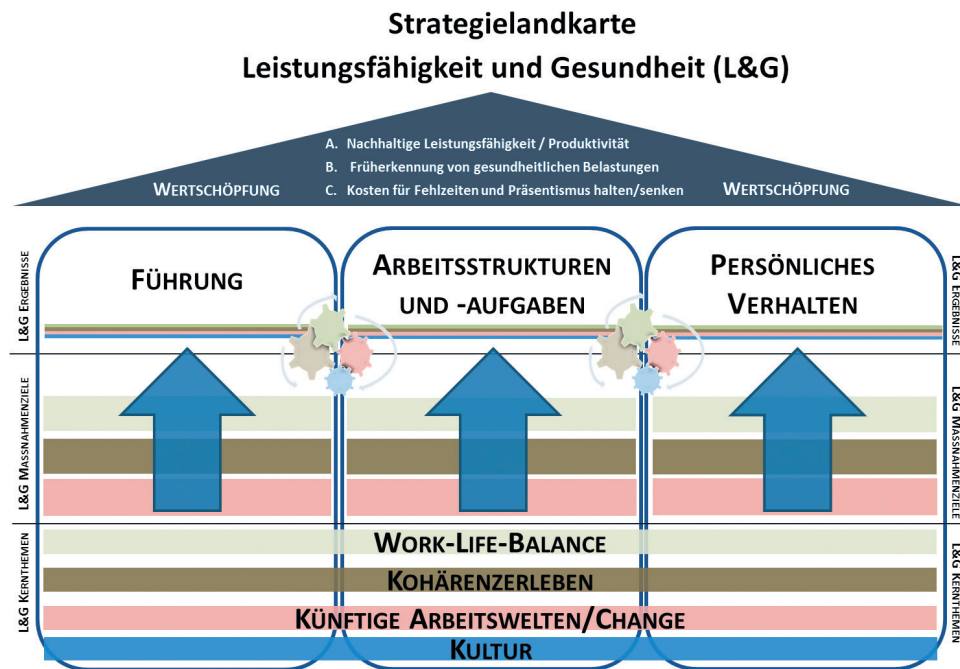


Abbildung 6: Strategielandkarte «Leistungsfähigkeit und Gesundheit (L&G) (Quelle: AXA Winterthur, Schweiz)

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).

3.2.2 Ziel und Themen der Befragung «Leistungsfähigkeit und Gesundheit» (L&G)

Das Ziel der Befragung war, einen Kurzfragebogen (max. 20 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 psychischen Befindens der Mitarbeitenden (zur Überprüfung etwaiger akuter Beanspruchung und längerfristiger Beeinträchtigung).
- **Arbeitsbezogenes Kohärenzgefühl:** Beinhaltet die Themen Sinnhaftigkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit der Arbeit.

- **Arbeitsbezogene Belastungen**⁵: 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 zur Verfügung zu haben, welches an-schlussfähig an die Gegebenheiten 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 bestehende Messinstrumente die für den Praxispartner relevanten Themen nicht (oder nur teilweise) abdeckten 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 Strategie-landkarte «Leistungsfähigkeit und Gesundheit»). Die für die Fragenauswahl relevanten unternehmensinternen Güte-kriterien sind im Kapitel 4.2 erläutert.

3.3 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 Zuständigen 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 «Leistung & Gesundheit» sowie zum anderen die Chefin der HR-Abteilung des Praxispartners, welche gleichzeitig das Projekt in der Geschäftsleitung des Unternehmens vertritt. Ausserdem fand im Vorfeld ein Meeting zwischen der internen Projektleitung, dem Vertreter der Personaldelegation und dem CEO statt.

Im Laufe der Entwicklung des Fragebogens L&G 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 Hochschule Luzern und der internen Projektleitung vorgenommen wurden, was auf beiden Seiten zu einem Mehraufwand führte. Schliesslich veränderte sich die Team-Zusammensetzung auch durch einen Krankheitsfall.
- **Wissensmanagement**: Aus den oben genannten Gründen fehlten im Folgenden bestimmte Meinungen («Stimmen») bei der Weiterentwicklung des Fragebogens und der Planung der Auswertung.

⁵ Hier wurden sowohl Belastungen (z.B. Arbeitsplanung), als auch Beeinträchtigungen (z.B. emotionale Erschöpfung) erfragt.

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 Expertin 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 bezüglich Entwicklung und Durchführung von Befragungen zu psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz.

3.4 Prozess der Verfahrensauswahl und Entwicklung

3.4.1 Literaturrecherche

Als ersten Schritt führte die Hochschule Luzern eine Literaturrecherche zu bestehenden Konzepten/Messinstrumenten im Bereich Arbeitsfähigkeit, Leistungsfähigkeit, Gesundheit am Arbeitsplatz sowie Prävention von psychosozialen Gesundheitsrisiken durch und erstellte eine Liste mit wichtigen Konzepten und zugehörigen verfügbaren Fragen und Fragebögen. Wegweisend für die Recherche waren u.a. folgende Quellen:

- die online verfügbare **Toolbox⁶ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** (baua), welche Instrumente zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz systematisch zusammenfasst, sowie
- der **DGB Index Gute Arbeit⁷**, welcher jährlich vom Deutschen Gewerkschaftsbund anhand einer repräsentativen Stichprobe deutscher Arbeitnehmenden durchgeführt wird und eine umfassende Darstellung arbeitsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren liefert. Diese Liste deckte die Themengebiete (Leistungsfähigkeit, arbeitsbezogene Belastungen/Risikofaktoren und Präsentismus) 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, sowie das Thema «**Change**» (Umgang mit Veränderung), weil es ebenfalls ein Kernthema und für die Arbeitswelt und speziell für den Praxispartner als aktueller und künftiger Trend in der Arbeitswelt eine wichtige Rolle spielt.

3.4.2 Unternehmensinterne «Gütekriterien» der Fragenwahl

Gemeinsam mit dem AXA-Projektkernteam wurde die erste, reichhaltige Fragenliste gesichtet und eine Auswahl getroffen. Die Entscheidung, welche Fragen in das Monitoring-Instrument aufgenommen werden sollten, 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), um die Ergebnisse der Ersterhebung vergleichen zu können.

⁶ www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Toolbox.html

⁷ <http://index-gute-arbeit.dgb.de/>

- **Anschlussfähigkeit:** Die Fragen sollen anschlussfähig an die bestehende Mitarbeitendenbefragung sein (also ergänzend statt redundant).
- **Aktualität und Nachhaltigkeit:** Es sollen Fragen sein, welche eine regelmässige Ermittlung wichtiger psychosozialer Risiken und Ressourcen ermöglichen (und somit Unterstützung der gezielten strategischen und operativen Intervention von gesundheitsförderlichen Massnahmen).
- **Betriebsspezifisch:** Darüber hinaus wurden einige neue Fragen formuliert, die für das Unternehmen ein wichtiges Thema im Kontext psychosozialer Gesundheitsrisiken darstellten, aber nicht in der Literaturrecherche aufschienen (z.B. zum Thema Umgang mit Change), sowie Fragen, welche die Identifikation bestimmter Personengruppen («Risikobereiche») ermöglichten. Für das Thema Change wurden Fragen aus einer im Unternehmen bereits durchgeführten Managementbefragung (Ende 2014) ausgewählt.

Die Hochschule Luzern beriet hierbei die AXA 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 (max. 20 Fragen, Ausfülldauer höchstens 5 Minuten) hinausging. In mehreren Schritten und unter Miteinbezug verschiedener Interessenvertreter 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 beim ersten Einsatz alle Fragen aufzunehmen. Dies war bemerkenswert, nachdem im Jahr 2012 zu Beginn der Zusammenarbeit mit dem Praxispartner auf Grund der vielen bestehenden Umfragen (z.B. jährlich Mitarbeiterbefragung, interne Qualitätsumfrage), eine weitere schriftliche Befragung noch ausgeschlossen worden war. Die Bedingung von Seiten der HR-Chefin war, dass die durchschnittliche Befragungsdauer 12 Minuten nicht übersteigt (dies wurde im Pretest überprüft).

3.4.3 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 aufwiesen (z.B. 5-stufig, 7-stufig, 11-stufig), und andere Fragen eine gerade Anzahl (4-stufig). Es wurde mehrfach diskutiert, die Skalen zu vereinheitlichen. Der Praxispartner entschied sich für die 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 konnte, 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.

3.5 Praxiserprobung des Messinstrumentes durch das Unternehmen

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

3.5.1 Pretest

Insgesamt füllten 49 Mitarbeitende des Praxispartners den Pretest aus. 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 zur 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 als verständlich wahrgenommen wurden. Die Zeitmessung während der «real» Version zeigte, dass die Personen im Mittel ca. zehn bis zwölf Minuten zum Ausfüllen brauchten, was für den Praxispartner eine akzeptable Länge darstellte. Aufgrund dieser Ergebnisse wurde die Entscheidung, den Fragebogen nicht zu kürzen, weiterhin aufrecht erhalten.

Die Hauptbefragung sollte in zwei 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.

3.5.2 Vorbereitung und Durchführung Hauptbefragung

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

3.5.2.1 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 für alle Mitarbeitenden ersichtlich ist, dass das Thema für die Geschäftsleitung relevant ist. Die Einladung wurde schliesslich von der Fachverantwortlichen des Health Managements (Mitglied des Kernteams) mit Doppelsignatur von ihr und der HR-Leiterin verschickt. Vor der Befragung wurden die Managementteams der GL-Bereiche von der Fachverantwortlichen Health Management über die Befragung informiert. Die Vorgesetzten informierten anschliessend ihre Mitarbeitenden direkt. Kurz vor dem Start wurde eine Information zur Durchführung der Befragung zum Thema psychosoziale Risiken/Belastungen am Arbeitsplatz im Intranet aufgeschaltet.

3.5.2.2 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 wurde, dass die Personaldelegation an allen Schritten der Entwicklung beteiligt war und die Befragung unterstützte.

3.5.2.3 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 usw.), 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.

3.5.2.4 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 Lesenden. Der Praxispartner formulierte zum Zeitpunkt des Befragungsstarts den Wunsch nach einem eigenen Bericht für jede Unterabteilung 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 im Rahmen des Budgets leistbar 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 auseinandergingen, und dass einige Sitzungen und Absprachen nötig waren, bis man sich 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.

3.5.2.5 Komplexitätsreduktion der Resultate schafft Anschlussfähigkeit bei internen Akteuren

Als weiterer Punkt kam von Seiten des Praxispartners der Wunsch auf, alle Fragen einheitlich darzustellen, 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 beinhaltete die Schwierigkeit, dass die Fragen unterschiedliche Skalierungen als Ausgangsbasis hatten. Die möglichst einfache Lesbarkeit und Reduktion der Komplexität erschienen dem Praxispartner hinsichtlich der Kommunikation der Ergebnisse im Unternehmen nach Sichtung der ersten Ergebnisse jedoch wichtiger als die ursprüngliche Forderung nach Normvergleichen. Nach sorgfältigem Abwägen 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 lediglich 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 wurde auf diese Weise mit einem gewissen Verlust an Detailinformation vereinfacht und anschlussfähig(er) für die Kommunikation im Betrieb.

3.5.3 Weiterführende Schritte: Kommunikation im Unternehmen und nachhaltige Verankerung

Die Ergebnisse wurden in Absprache mit dem Praxispartner in Form eines AXA-Gesamtberichts aufbereitet, welcher den relevanten Stakeholdern zugestellt wurde. Im Anschluss wurden die Ergebnisse in einem HR-Management Meeting vorgestellt und diskutiert. Das Health Management der AXA führte zusätzliche Auswertungen durch und erstellte für alle Ressorts einen Bericht mit den Abweichungen zu den AXA-Resultaten. Von Anfang an war geplant, dass der «L&G»-Bericht zusammen mit den Resultaten der jährlichen Mitarbeiterbefragung «Scope» kommuniziert wird. Es zeigte sich, dass die Unternehmensleitung die Resultate hinsichtlich der psychosozialen Risiken sehr ernst nimmt, und entsprechende Ressourcen in den Managementmeetings für die Diskussion der Ergebnisse und für die Entwicklung und Umsetzung von Massnahmen für das Entgegenwirken dieser Risikofaktoren investiert. Ebenso werden die Ergebnisse in einem Workshop in der Geschäftsleitung des Unternehmens diskutiert. Um Veränderungen zu messen, wird die Befragung künftig alle zwei bis drei Jahre durchgeführt.

3.6 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 auch künftig «Hotspots» identifiziert werden. Diese beziehen sich einerseits auf Themenbereiche/ Handlungsfelder, welche mit hoher Belastung für die Mitarbeitenden verbunden sind, und andererseits auf die Identifikation 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):

3.6.1 Partizipation

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

3.6.1.1 Erfolgreiche Partizipation

An verschiedenen Stellen im Entwicklungsprozess und im Prozess der Datenauswertung und Aufbereitung konnte das AXA-Projektteam 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.

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

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

- **Wissensmanagement:** Im vorliegenden Case konnte die Abteilung für die jährliche Befragung der Mitarbeitenden punktuell, aber nicht in den gesamten Entwicklungsprozess eingebunden werden.
- **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? Partizipation hat im vorliegenden Case zwei Seiten.
 - Die Möglichkeit, als fachliche Entscheidungs- und Orientierungshilfe zusätzliche interne Fachpersonen mit einzubeziehen, führte gerade, wenn sie nur punktuell genutzt wurden, 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.

3.6.2 Integration

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

3.6.2.1 Erfolgreiche erstmalige Durchführung

Das neu entwickelte Monitoring-Instrument wurde erstmalig im Unternehmen eingesetzt. Vorgesehen sind 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). Dies wurde auch durch das Projektteam bestätigt. Schliesslich verdeutlicht die «Managementattention» (Durchführung der Befragung, GL-Workshop zu den Ergebnissen und künftigen Massnahmen) die strategische Relevanz des Themas.

3.6.2.2 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 eine Herausforderung, 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 im Hinblick auf die unterschiedlichen Akteure und deren Interessen und Ansprüche.

3.6.3 Projektmanagement

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

3.6.3.1 Zusammenarbeit Praxispartner und Hochschule Luzern

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 Nutzer 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 der Entwicklungsphase Einblicke zu geben, in welcher Form die Ergebnisse am Ende vorliegen sollen und welche Möglichkeiten und Grenzen in der Auswertung und Darstellung berücksichtigt werden müssen (siehe oben Kapitel 5.2.5).

3.6.3.2 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 nötig ist, parallel zur Entwicklung des Fragebogens Beispiele für die Ergebnisdarstellung anzuschauen und zu diskutieren. Es wäre sinnvoll einige Ergebnisse der Pretests in einem Musterbericht darzustellen, um Klarheit darüber zu gewinnen, in welcher Form die Daten anschliessend aufbereitet werden sollen, 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 seine eigenen Normwerte und ist nicht primär auf eine Vergleichbarkeit mit externen Stichproben angewiesen.

3.6.4 Ganzheitlichkeit

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

3.6.4.1 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 usw. 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).

3.6.4.2 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 (Zusage weiterer Unterstützung für das Thema und den Prozess der Massnahmengestaltung) auf die Ergebnisse der entwickelten und durchgeführten Befragung verdeutlicht die Relevanz des ganzheitlichen Managementansatzes in Bezug auf psychosoziale Risiken in Unternehmen.

3.6.5 Fazit

Der vorliegende Case «AXA Winterthur» dient als Beispiel für «gute Praxis», womit er dem Ziel des SECO folgt. Vor diesem Hintergrund konnten Empfehlungen abgegeben werden, was sich im vorliegenden Fall bewährt hat und wo es in Zukunft erhöhte Aufmerksamkeit bei der Gestaltung entsprechender Vorhaben bräuchte.

Das Ziel des Projekts, «Messbar-machen von Aspekten der Strategielandkarte», ist erreicht. Die AXA verfügt heute, in Ergänzung zur bestehenden Mitarbeiterbefragung, über ein geeignetes Monitoring-Instrument zur Überprüfung der gesundheits- und leistungsrelevanten Handlungsfelder (u.a. psychosoziale Risiken und Ressourcen), welche den Bezug zur betrieblichen Wertschöpfung aufzeigen und herstellen. In Ergänzung dazu konnte das Thema «psychosoziale Belastungen am Arbeitsplatz» noch stärker in die relevanten Managementebenen integriert werden – die «awareness» ist auf der strategischen wie auch auf der Controllingebene deutlich gestiegen. Das Unternehmen hat wesentliche und zentrale Schritte hinsichtlich strategischer Prävention von psychosozialen Risiken geleistet.

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). *Fehlzeitenreport 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 Work-ing Conditions Survey—Overview report. www.eurofound.europa.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), *Salutogenic 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 www.baua.de/de/Publikationen/Broschueren A, 45.
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1997). Balanced Scorecard-Strategien erfolgreich umsetzen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- 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 Strukturation* (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: www.unizh.ch/ifbf/orga/n_publicationen.htm.
- 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.

Literatur

Prävention von psychosozialen Risiken in Betrieben

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 sense-making. *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. 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*.

