

Masterarbeit

**Arbeits- und organisationsmedizinische Konzepte als  
Bestandteil integrierter Managementsysteme sowie  
empirische Analyse organisationsmedizinischer Aktivität  
bei ausgewählten IT-Unternehmen in Österreich**

eingereicht von

Dr.med.univ. Wolfgang Huf, B.Sc.

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science (M.Sc.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt an der

Österreichischen Akademie  
für Arbeitsmedizin und Prävention

unter der Anleitung von

Mag.rer.soc.oec. Dr.rer.soc.oec. Klaus Niedl



# Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Wien und Graz, am 15. Februar 2019

Unterschrift eh.



# Danksagung

Allen Menschen die mir die reibungslose Durchführung vorliegender Arbeit mittelbar ermöglicht haben an diesem Ort zu danken, ist ein aussichtsloses Unterfangen. Daher beschränkte ich mich in vorliegender Danksagung auf die Kerngruppe derer, die Fortschritt bzw. Abschluss dieser Arbeit im Wesentlichen direkt beeinflusst oder meine Betätigung im spannenden Feld der Arbeits- und Organisationsmedizin ermöglicht haben und hoffe diesbezüglich auf wohlwollendes Verständnis.

Für fachlich und menschlich hervorragende Unterstützung danke ich meinem Betreuer dieser Masterarbeit und Konzernpersonalchef der Novomatic AG Herrn Mag. Dr. Klaus Niedl sowie dem Geschäftsführer der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention Herrn Dr. Stefan Koth. Insbesondere auch ihre niederschwellige Erreichbarkeit und zeitliche Flexibilität haben mir die reibungslose Umsetzung vorliegender Arbeit wesentlich erleichtert bzw. überhaupt erst möglich gemacht.

Über die letzten Jahre und insbesondere auch während der Durchführung vorliegender Arbeit hat mich die ärztliche Direktorin des Krankenhauses Hietzing mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel Frau Dir. Dr. Brigitte Ettl außerordentlich inspiriert und gefördert. Ihr gilt mein größter Dank für ihre Vorbildfunktion als Managerin, ihr Mentoring sowie ihre kontinuierliche Unterstützung bei diesem und parallel laufenden Projekten.

Der Primaria des Instituts für Labormedizin Frau Univ.-Prof. Dr. Ursula Köller danke ich nicht nur für die Möglichkeit, an ihrem Institut grundsätzlich tätig zu werden sondern auch für ihre spezifische, stabile und salutogene Unterstützung beim Umgang mit den Herausforderungen des Projektmanagements im Allgemeinen und im Bereich der Arbeits- und Organisationsmedizin im Speziellen.

Meinem Kollegen Herrn OA Dr. Michael Nebosis danke ich für die hervorragende Zusammenarbeit und kontinuierlich positive Ausrichtung über die letzten Jahre, deren Bedeutung ich gar nicht genug hervorheben kann. Durch diese bereichernde Zusammenarbeit wurden und werden Ideen Realität, die andernfalls möglicherweise nicht einmal das Stadium des Konzeptes erreicht hätten.



Für die Möglichkeit im Rahmen des Programms Initiative:Arbeitsfähigkeit praktische Erfahrung im Projektmanagement von Gesundheitsförderungs- und Wiedereingliederungsprojekten zu sammeln sowie den hervorragenden persönlichen Kontakt danke ich in besonderem Ausmaß auch der geschätzten Programmleitung Herrn Regierungsrat Reinhard Faber und Frau Mag. Ursula Haider, MSc.

Die Durchführung vorliegender Arbeit wäre unmöglich gewesen ohne die zahlreichen Menschen, die bei der Entwicklung des vorliegenden Fragebogens beteiligt waren und die Gruppe jener, die sich Zeit für die Beantwortung der Umfrage genommen haben. Meine größte Wertschätzung gilt jenen, die durch ihren persönlichen Beitrag das bedeutsame Anliegen der Weiterentwicklung der Arbeits- und Organisationsmedizin in Österreich gefördert haben.

Und natürlich gilt mein allergrößter Dank meiner Familie und engsten Freunden, insbesondere auch meiner Gattin und meinen Schwiegereltern, durch deren Inspiration und tatkräftige Unterstützung hinsichtlich Kinderbetreuung sowie logistischen Support die Umsetzung vorliegender Arbeit in der mir äußerst begrenzt zur Verfügung stehenden Freizeit erst möglich geworden ist.

Wien und Graz, am 15. Februar 2019

Wolfgang Huf





# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung . . . . .	i
Danksagung . . . . .	iii
Inhaltsverzeichnis . . . . .	vii
Abkürzungen . . . . .	xi
Abbildungsverzeichnis . . . . .	xv
Tabellenverzeichnis . . . . .	xvii
Zusammenfassung in Deutsch . . . . .	xix
Abstract in English . . . . .	xxiii
<b>I Theoretische Grundlagen</b>	<b>1</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>3</b>
<b>2 Aktuelle Herausforderungen der Arbeitsmedizin</b>	<b>5</b>
2.1 Wandel der Arbeitswelt und dessen Bedeutung . . . . .	5
2.2 Qualität des gesundheitlichen Einflusses von Erwerbstätigkeit . . . . .	7
2.3 Grundsätzliche Stärken und Entwicklungspotential der klassischen Arbeits- medizin . . . . .	8
2.4 Ziele dieser Arbeit . . . . .	9
<b>3 Grundlegende arbeits- und organisationsmedizinische Konzepte und Lö- sungsansätze</b>	<b>11</b>
3.1 Aktivitätsspektrum der österreichischen Arbeitsmedizin . . . . .	11
3.2 Entwicklung der Organisationsmedizin . . . . .	13
3.3 Grundsätzliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit . . . . .	14
3.4 Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell . . . . .	16
3.5 Der Arbeitsbewältigungsindex . . . . .	17
3.6 Das Konzept der Salutogenese . . . . .	19
<b>4 Managementsysteme und integriertes Management</b>	<b>21</b>
4.1 Aufbau und Dokumentation eines Managementsystems . . . . .	21
	vii

4.2	Die Problematik des Parallelbetriebs themenzentrierter Managementsysteme	23
4.3	Integration von Managementsystemen . . . . .	24
<b>5</b>	<b>Ansatz eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements</b>	<b>29</b>
5.1	Über Gesundheitsförderung zum Gesundheitsmanagement . . . . .	29
5.2	Zentrale Komponenten wirksamer Gesundheitsmanagementsysteme . . . . .	32
5.2.1	Stressbewältigung . . . . .	34
5.2.2	Resilienztraining . . . . .	36
5.2.3	Salutogeneseorientiertes Management . . . . .	37
5.3	Gesundheitsmanagement im integrierten Managementsystem . . . . .	40
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung des Theorieteils</b>	<b>43</b>
<b>II</b>	<b>Empirische Analyse der Verbreitung organisationsmedizinischer Aktivität in informationsverarbeitenden Unternehmen</b>	<b>47</b>
<b>7</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>49</b>
7.1	Studiendesign . . . . .	49
7.2	Fragebogendesign . . . . .	50
7.3	Auswahl der Stichprobe . . . . .	52
7.4	Datenerhebung . . . . .	53
7.5	Deskriptive Statistik und Visualisierung . . . . .	53
7.6	Inferenzstatistische Auswertung . . . . .	54
<b>8</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>57</b>
8.1	Rücklaufquote und Komplettierungsrate . . . . .	57
8.2	Einsatz arbeitsmedizinischer Kernaktivitäten . . . . .	58
8.3	Einsatz organisationsmedizinischer Kernaktivitäten . . . . .	60
8.4	Verfügbarkeit arbeits- bzw. organisationsmedizinischer Betreuung . . . . .	62
8.5	Relative Bedeutung organisationsmedizinischer Kernaktivitäten . . . . .	64
8.6	Wahrgenommener Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität . . . . .	66
8.7	Arbeitszufriedenheit durch organisationsmedizinische Aktivität . . . . .	68
8.8	Unternehmenserfolg durch organisationsmedizinische Aktivität . . . . .	70
8.9	Freitextinformation . . . . .	72
<b>9</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b>	<b>73</b>
9.1	Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse . . . . .	73
9.2	Bedeutung der Ärzteschaft . . . . .	75
9.3	Stärken und Schwächen dieser Arbeit . . . . .	76

9.4	Zukünftige Arbeiten . . . . .	77
9.5	Konklusion . . . . .	78
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>81</b>
<b>A</b>	<b>Fragebogen</b>	<b>87</b>



# Abkürzungen

<b>AAMP</b>	Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention
<b>Abb.</b>	Abbildung bzw. Abbildungen
<b>ABI</b>	Arbeitsbewältigungsindex
<b>ABI+</b>	Arbeitsbewältigungsindex Plus
<b>ASchG</b>	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
<b>BEM</b>	Betriebliches (Wieder-)Eingliederungsmanagement
<b>BGF</b>	Betriebliche Gesundheitsförderung
<b>BGM</b>	Betriebliches Gesundheitsmanagement
<b>bez.</b>	bezüglich
<b>bzw.</b>	beziehungsweise
<b>COPD</b>	Chronic Obstructive Pulmonary Disease / chronisch-obstruktive Lungenerkrankung
<b>DALYs</b>	Disability Adjusted Life Years
<b>etc.</b>	et cetera
<b>F&amp;E</b>	Forschung & Entwicklung
<b>FGÖ</b>	Fonds Gesundes Österreich
<b>HCM</b>	Health Care Management
<b>IT</b>	Informationstechnologie
<b>IT-Unternehmen</b>	schwerpunktmäßig in der Informationstechnologie-Branche tätige Unternehmen
<b>ÖNBGF</b>	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung



**QALYs** Quality Adjusted Life Years

**S.** Seite

**Tab.** Tabelle

**vgl.** vergleiche

**Tab.** Tabelle

**u.a.** unter anderem

**v.a.** vor allem

**WAI** Work-Ability-Index

**z.B.** zum Beispiel





# Abbildungsverzeichnis

3.1	Tätigkeitsfelder Organisationsmedizin / Arbeitsmedizin . . . . .	15
8.1	Antwortverhalten Frage 1 IT-Unternehmen . . . . .	58
8.2	Antwortverhalten Frage 1 Health Care Manager . . . . .	59
8.3	Antwortverhalten Frage 2 IT-Unternehmen . . . . .	60
8.4	Antwortverhalten Frage 2 Health Care Manager . . . . .	61
8.5	Antwortverhalten Fragen 3 und 4 IT-Unternehmen . . . . .	62
8.6	Antwortverhalten Fragen 3 und 4 Health Care Manager . . . . .	63
8.7	Antwortverhalten Frage 5 IT-Unternehmen . . . . .	64
8.8	Antwortverhalten Frage 5 Health Care Manager . . . . .	65
8.9	Antwortverhalten Frage 6 IT-Unternehmen . . . . .	66
8.10	Antwortverhalten Frage 6 Health Care Manager . . . . .	67
8.11	Antwortverhalten Frage 7 IT-Unternehmen . . . . .	68
8.12	Antwortverhalten Frage 7 Health Care Manager . . . . .	69
8.13	Antwortverhalten Frage 8 IT-Unternehmen . . . . .	70
8.14	Antwortverhalten Frage 8 IT-Unternehmen . . . . .	71



# Tabellenverzeichnis

3.1	Subskalen und mögliche Ausprägungen für den Work Ability Index . . . . .	18
3.2	Positive Eigenschaften jüngerer und älterer Beschäftigter . . . . .	19
4.1	Dokumentation eines Managementsystems . . . . .	23
4.2	Zielkategorien der Integration von Managementsystemen . . . . .	27



# Zusammenfassung in Deutsch

Durch die weiterhin anhaltende Verschiebung der Wertschöpfung vom primären und sekundären in den tertiären Wirtschaftssektor, insbesondere hin zu informationslastigen Tätigkeiten, gewinnen statistisch Interaktionseffekte menschlicher Tätigkeit in Relation zu ihren Haupteffekten zunehmend an Bedeutung. Konkreter bedeutet dies, dass einerseits die kognitiven Fähigkeiten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zunehmend gefordert werden und andererseits Teams (ob lokal oder virtualisiert) einen steigenden Anteil an der Wertschöpfung in Unternehmen erwirtschaften. Entsprechend steigt der theoretische Bedarf an dem in Österreich insgesamt als Arbeits- und Organisationsmedizin bezeichneten Feld.

Daten hinsichtlich des spezifischen Bedarfs von Unternehmen lagen jedoch insbesondere auf Bundesniveau bisher nicht vor. Dies ist zum einen darauf zurückzuführen, dass die Arbeitsmedizin klassischerweise auf das Individuum fokussiert und weniger auf das Team. Andererseits ist das junge Gebiet der Organisationsmedizin (ursprünglich als Wirtschaftsmedizin bezeichnet) erst im Entstehen begriffen und daher in seiner konkreten Ausprägung noch nicht vollständig ausdefiniert. Entsprechend fehlte bisher eine literaturbasierte Darstellung des Kerns wirksamer organisationsmedizinischer Aktivität.

Im Rahmen vorliegender Masterarbeit wurde einerseits theoretisch die optimale Ausrichtung arbeits- und organisationsmedizinischer Aktivität in Österreich erarbeitet und andererseits mittels einer Online-Umfrage die Verbreitung sowie der Bedarf nach organisationsmedizinischer Aktivität grob abgeschätzt. Theoretisch wurden grundlegende arbeits- und organisationsmedizinische Konzepte und Lösungsansätze dargestellt, die Eigenschaften von Managementsystemen und Vorteile deren Integration erörtert sowie schließlich der Ansatz eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements skizziert. Mittels der Online-Umfrage wurden die 600 größten IT-Unternehmen sowie zur Kontextualisierung der Antworten dieser eine Gruppe von Health Care Managern befragt.

Die Rücklaufquoten betragen 7,7 Prozent bei den IT-Unternehmen und 79,3 Prozent bei den Health Care Managern. Etwa 10 Prozent der Befragten in IT-Unternehmen orteten organisationsmedizinische Aktivitäten in ihren Organisationen, bei den Health Care Managern waren dies etwa 20 Prozent. Der wahrgenommene Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität betrug bei den IT-Unternehmen etwa 20 Prozent, bei den Health Care Managern



über 80 Prozent. Einen positiven Zusammenhang zwischen organisationsmedizinischer Aktivität und ökonomischem Erfolg sahen in beiden Gruppen mehr als die Hälfte der befragten Personen.

Zusammenfassend ergibt vorliegende Studie als Kern zukünftiger organisationsmedizinischer Aktivität in Unternehmen aller Größenordnungen die Etablierung von Gesundheitsmanagementsystemen als Komponenten integrierter Managementsysteme. Die Verbreitung organisationsmedizinischer Aktivität ist derzeit als eher gering einzustufen, aufgrund des wahrgenommenen Bedarfs besteht allerdings Grund zur Annahme, dass diesbezüglich mit einer Zunahme zu rechnen ist. Für die optimale weitere Entwicklung des Feldes bedarf es Präzisierung des Profils der Arbeits- und Organisationsmedizin, Meinungsbildung und vor allem weiterer wissenschaftlicher Aktivität.





# Abstract in English

The shift in value creation from the primary and secondary to the tertiary and quaternary economic sectors has continuously been increasing the need for performing cognitively demanding tasks in the workplace. In addition, the need for human interaction and the value created by teams, in contrast to individuals, has been rising. Thus, demand for activities in the field of occupational and organisational medicine can also be expected to increase.

Clear evidence regarding the specific demand, however, has been lacking. On the one hand, this is probably due to the historic, individual-based focus of medicine; on the other hand, the particular field of organisational medicine, as an Austrian specialty, has not yet been fully developed. Accordingly, there has been no clear definition of the core of effective and efficient organisational medicine in existence.

In this thesis future directions of the field of occupational and organisational medicine were developed on a theoretical basis, and specific evidence was generated using an online survey. Basic concepts and solutions of the field were examined, key concepts of management systems were summarized, and the advantages of an integrated approach to health management described. The online survey was sent to two separate samples: the 600 largest IT companies in Austria, and a group of health care managers.

The response rate was 7.7 % in the group of IT companies and 79.3 % in the group of health care managers. About 10 % of respondents in IT companies declared organisational medicine activities to be in existence in their organisations, compared to about 20 % of health care managers. The stated demand, however, was about 20 % in the former and more than 80 % in the latter. More than half of the respondents in both groups identified a positive correlation between organisational medicine activities and economic success.

From a theoretical point of view, establishing a health management system as a component of an integrated management system can be identified as the primary objective of organisational medicine activities in organisations of any size. The level of organisational medicine activity is currently rather low, but an increase can reasonably be expected. For the future development of the field, three trajectories of activity should be considered: defining more precisely the boundaries of occupational and organisational medicine in Austria, opinion building, and increasing the level of scientific activity.



**Teil I**

**Theoretische Grundlagen**



# 1

## Einleitung

Durch die weiterhin anhaltende Verschiebung der Wertschöpfung vom primären und sekundären in den tertiären Wirtschaftssektor, insbesondere hin zu informationslastigen Tätigkeiten (quartärer Wirtschaftssektor) ist zu erwarten, dass Interaktionseffekte menschlicher Tätigkeit in Relation zu ihren Haupteffekten (Summeneffekten) zunehmend an Bedeutung gewinnen (Nowak, 2010, S. 2). Ein Ende dieses Trends ist vorläufig nicht abzusehen; ganz im Gegenteil, vor dem Hintergrund zunehmender Globalisierung und anhaltender Konkurrenz von Billiglohnländern werden Unternehmen auch weiterhin Outsourcing, Automatisierung, Personalreduktion etc. einsetzen, um insgesamt auf dem Weltmarkt konkurrenzfähig bleiben zu können (Almeida et al., 2014). So resultiert nach Nowak (2010, S. 1) für einzelne Mitarbeitende typischerweise einerseits die Notwendigkeit individueller Effizienzsteigerung (job enlargement) und andererseits generell steigende Anforderungen hinsichtlich Qualifikation, Verantwortung und Flexibilität (job enrichment).

Genannte Trends drücken sich durch im Schnitt steigende mentale bzw. psychische Belastungen sowie den konkordanten Anstieg entsprechender Erkrankungen in allen Sektoren aus. Besonders bedeutsam erscheint diese Entwicklung allerdings in schwerpunktmäßig informationsverarbeitenden Unternehmen (insbesondere IT-Unternehmen). Entsprechend steigt der Bedarf an systemischer Gesundheitsförderung und es imponiert als wesentlich, dass auch im unternehmerischen Umfeld präventive und therapeutische Maßnahmen zur Stressreduktion und Kompetenztraining im Umgang mit Stress gesetzt werden (Esch et al., 2003).

Klar ist somit, dass die Arbeitsmedizin in ihrem Verhalten auf den Wandel der Arbeitswelt reagieren muss. Unklar ist allerdings weitgehend, wie diese Reaktion optimalerweise ausgeprägt sein soll. Im konkreten Fall der österreichischen Arbeitsmedizin ist bisher nicht geklärt, ob der aus der klassischen Arbeitsmedizin erwachsende Ansatz der Organisationsmedizin mit seiner schwerpunktmäßig systemischen Betrachtungsweise von den Unternehmen angenommen wird.

## *Kapitel 1 Einleitung*

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der Frage, welches Aktivitätsspektrum seitens Arbeitsmedizin im Sinne der Entwicklung zur Organisationsmedizin in Österreich gesetzt werden sollte. Untersucht wurde einerseits der Einsatz klassischer arbeitsmedizinischer Instrumente und andererseits organisationsmedizinischer Konzepte bzw. Umsetzung dieser im Sinne von Aktivitäten. Darauf aufbauend wurde der Zusammenhang zwischen dem wahrgenommenen Bedarf nach Organisationsmedizin und Arbeitszufriedenheit sowie der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und unternehmerischem Erfolg beleuchtet.

Die methodische Umsetzung der Arbeit erfolgte über eine Befragung von Repräsentanten von IT-Unternehmen und ausgewählte Gesundheitsexperten (Health Care Managern). Ziel war, eine grobe Abschätzung der Verbreitung und des wahrgenommenen Bedarfs organisationsmedizinischer Aktivitäten in der Österreichischen IT-Landschaft zu generieren sowie diese im Lichte der Wahrnehmung ausgewählter Gesundheitsexperten zu analysieren. Letztere boten insbesondere die Möglichkeit einer groben Abschätzung von Gütekriterien der vorgenommenen Untersuchung bei IT-Unternehmen sowie eine Kontextualisierung deren Sichtweise auf die Organisationsmedizin.

Das folgende Kapitel erläutert zunächst die aktuellen Herausforderungen, mit denen die Arbeitsmedizin beispielsweise in Europa und Nordamerika konfrontiert ist. Kapitel 3 widmet sich dem aktuellen Stand arbeitsmedizinischer Konzepte und Lösungen und zeigt den grundsätzlichen Bedarf an breitenwirksamer Integration diverser Konzepte im Sinne von Aktivitäten in die arbeitsmedizinische Tätigkeit. Kapitel 4 stellt grundlegende Eigenschaften von Managementsystemen und deren Integration überblicksmäßig dar. Kapitel 5 umreißt den Ansatz eines mit anderen Managementsystemen integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagement. In Kapitel 6 werden die Überlegungen des Theorieteils der Arbeit nochmals kurz zusammengefasst sowie die Ziele des Empirieteils dargestellt. Im Empirieteil schließlich werden in drei Kapiteln die Methodik (Kapitel 7), die Ergebnisse (Kapitel 8) und die sich daraus ergebenden Schlüsse und Überlegungen für zukünftige Studien (Kapitel 9) dargestellt.

# 2

## **Aktuelle Herausforderungen der Arbeitsmedizin**

Im folgenden Kapitel wird die Problemstellung vorliegender Arbeit dargestellt. Ausgehend vom aktuellen Wandel der Arbeitswelt und Einfluss von Erwerbstätigkeit auf Gesundheit werden die Stärken und Schwächen der klassischen Arbeitsmedizin beleuchtet. Dies führt schließlich zur Fragestellung und zu den Zielen vorliegender Arbeit.

### **2.1 Wandel der Arbeitswelt und dessen Bedeutung**

Verschiedene Aspekte beeinflussen derzeit die Struktur der Arbeitswelt. Zum einen existiert die bereits oben erwähnte anhaltende Verschiebung der Wertschöpfung vom primären und sekundären in den tertiären Wirtschaftssektor, insbesondere hin zu informationslastigen Tätigkeiten. Der Bereich letzterer wird häufig aufgrund seiner besonderen Struktur auch als quartärer Wirtschaftssektor bezeichnet. Als Ergebnis ist zu erwarten, dass Interaktionseffekte menschlicher Tätigkeit in Relation zu ihren Haupteffekten (Summeneffekten) zunehmend an Bedeutung gewinnen (vgl. Nowak, 2010, S. 1 ff.). Das heißt, dass zukünftig möglicherweise zunehmend das Team und weniger das Individuum als Nukleus der Wertschöpfungskette anzusehen ist.

Zusätzlich zu der Verschiebung hin zu informationslastigen Tätigkeiten sind die weiterhin anhaltenden Effekte der Globalisierung von Bedeutung. Ein Ende ist auch hier vorläufig nicht abzusehen, obwohl die Situation durch Aufgrücken ehemaliger Schwellenländern zu Industrieländern die Situation qualitativ verändert. Wie dem auch sei, vor dem Hintergrund zunehmender Globalisierung und anhaltender Konkurrenz von Billiglohnländern werden Unternehmen auch weiterhin Outsourcing, Automatisierung, Personalreduktion etc. einsetzen,

um insgesamt auf dem Weltmarkt konkurrenzfähig bleiben zu können (Almeida et al., 2014). So resultiert nach Nowak (2010, S. 1) für einzelne Mitarbeitende typischerweise einerseits die Notwendigkeit individueller Effizienzsteigerung (job enlargement) und andererseits generell steigende Anforderungen hinsichtlich Qualifikation, Verantwortung und Flexibilität (job enrichment). Es ist also nicht nur zu erwarten, dass die Interaktion im Team für das Individuum zunehmen von Bedeutung ist sondern auch, dass die Anforderungen für das Individuum als solches steigen.

Letzteres ist insbesondere im Angesicht der im Schnitt älter werdenden Belegschaften von Bedeutung. In den nächsten Jahren ist zu erwarten, dass die Baby-Boomer-Generation zunehmend aus dem Erwerbsleben ausscheidet. Im Angesicht einer kommenden Pensionierung besteht vermutlich bis zu einem gewissen Grad eine reduzierte Bereitschaft, sich mit neuartigen Tätigkeiten auseinanderzusetzen. Dies wird vor allem in nicht bildungsaffinen sozioökonomischen Strata von Bedeutung sein. Entsprechend wird in diesen letzten Jahren der Berufstätigkeit für einen gewissen Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit zunehmender Einführung IT-lastiger Tätigkeiten ein zunehmendes Stressniveau einhergehen – was möglicherweise auch weiterhin zu vermehrten Ausfällen durch psychische Erkrankungen führt.

Nichtsdestotrotz wird genannte Baby-Boomer-Generation die nächsten Jahre vermutlich noch das Wirtschaftssystem stützen. Die nach Ausscheiden dieser leistungsfähigen Menge an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erwartende Belastung des Pensionssystems ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Schon Gegenstand sind jedoch die vermutlich durch Abgang qualifizierter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in absehbarer Zeit aufgerissenen Lücken in der Belegschaft einer nennenswerten Anzahl von Unternehmen. Damit wird die weitere Notwendigkeit des job enlargement für den verbleibenden Teil der Belegschaft einhergehen – und damit deren Stressniveau steigen.

Arbeit und Erwerbstätigkeit als solches ist jedoch nicht grundsätzlich mit Dysstress gleichzusetzen. Ganz im Gegenteil, angemessene Erwerbstätigkeit kann durchaus als positiv für den menschlichen Gesundheitszustand betrachtet werden. Der möglichen – positiven oder negativen – gesundheitswirksamen Qualität von Erwerbstätigkeit widmet sich der folgende Abschnitt.



## 2.2 Qualität des gesundheitlichen Einflusses von Erwerbstätigkeit

Obwohl angemessene Erwerbstätigkeit an sich als positiv für den menschlichen Gesundheitszustand betrachtet werden kann, geht sie per se auch mit gewissen Risiken für Erwerbsunfähigkeit einher. In Deutschland beispielsweise wird der Anteil an durch Einflüsse des Arbeitsplatz bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle an allen Arbeitsunfähigkeitsfällen auf 10 bis 30 Prozent geschätzt, die resultierenden volkswirtschaftlichen Kosten erreichen die zweistellige Milliardenhöhe (Nowak, 2010, S. 1). Analog dürfte für Österreich etwa mit Kosten von einer Milliarde Euro zu rechnen sein. Eine ökonomisch angemessene Verankerung gesundheitsförderlicher Aspekte in Managementsystemen erscheint somit angebracht. Doch worauf sollten die Anstrengungen gerichtet sein, welche medizinischen und nicht-medizinischen Faktoren beeinflussen Gesundheit und Arbeitsfähigkeit in erster Linie?

Typische nicht-medizinische die Arbeitsfähigkeit beeinflussende Faktoren sind (Nowak, 2010, S. 3): *Alter, Geschlecht, Arbeitsplatzzufriedenheit, Verhalten von Vorgesetzten, Betriebsklima, Spielraum, Arbeitsmarktlage*. Und obwohl diese Faktoren als nicht-medizinisch betrachtet werden, besteht dennoch über mannigfaltige Mechanismen ein Einfluss auf den Gesundheitszustand der Belegschaft von Unternehmen. Alter und Geschlecht sind beispielsweise grundsätzlich nicht beeinflussbar – ja es wäre in vielen Bereichen sogar unethisch, die Belegschaft nach diesen Kriterien zu selektieren. Sehr wohl beeinflussbar ist jedoch der Umgang mit diesen beiden Faktoren. Man denke alleine an Möglichkeiten der Entlastung bzw. Unterstützung junger berufstätiger Mütter bzw. Eltern generell.

Am anderen Ende des Altersspektrums gewinnt derzeit der Begriff des altersgerechten Arbeitens zunehmend an Bedeutung. In Österreich existiert beispielsweise der *Nestor Gold*-Preis, mit dem Unternehmen für ihren besonders konstruktiven Umgang mit dem Thema *altersgerechtes Arbeiten* ausgezeichnet werden können (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019). Erklärtes Ziel dabei ist, *Frauen und Männer länger und vor allem länger gesund und motiviert im Erwerbsprozess zu behalten, in sie zu investieren und den Generationendialog in der Belegschaft zu fördern*.

Auch die anderen hier konkret genannten die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden Faktoren (Arbeitsplatzzufriedenheit, Verhalten von Vorgesetzten, Betriebsklima, Handlungsspielraum der Mitarbeiterin bzw. des Mitarbeiters, Arbeitsmarktlage) sind bis zu einem gewissen Grad unternehmensintern zu beeinflussen. Bezüglich diverser möglicherweise zu setzender Maßnahmen sei auf Abschnitt 3 verwiesen. Auf das scheinbar am schlechtesten zu beeinflussende Feld sei jedoch bereits hier Bezug genommen: die Arbeitsmarktlage. Auch wenn natürlich das Gesamtniveau des Arbeitsmarktes durch das einzelne Unternehmen nur schwer beein-

flussbar ist, so gibt es doch ein Menge möglicher Maßnahmen, mit denen die Situation des einzelnen Unternehmens positiv zu beeinflussen ist; ganz im Sinne von: „Das Leben gibt dir zwar die Karten in die Hand. Aber wie du mit diesen Karten spielst, liegt in deiner Verantwortung.“

Beispielhaft sei in diesem Sinne genannt, dass die Einführung eines Gesundheitsmanagementsystems den Ruf eines Unternehmens positiv beeinflussen kann und dadurch die Möglichkeiten der Personalrekrutierung eventuell stark optimiert. Hinsichtlich der grundsätzlichen Verfügbarkeit qualifizierter Kräfte sei die *Ausbildung zum Spieleentwickler* durch Novomatic zitiert (APA<sup>OTS</sup>, 2018b). Hier wurde auf die insuffiziente Menge von durch Universitäten und Fachhochschulen Ausgebildeter konstruktiv reagiert und so de facto der Arbeitsmarkt positiv beeinflusst.

Derartige Anstrengungen sind allerdings bisher nicht in relevantem Ausmaß Teil arbeitsmedizinischer Aktivität. Die Arbeitsmedizin in Österreich hat seit der Einführung des ASchG 1972 zwar laufend relevante Verbesserungen erfahren, erscheint allerdings nach wie vor im Wesentlichen durch Spezifika der Medizin sowie die gesetzlichen Anforderungen geprägt. Diese Prägung wird im folgenden Abschnitt kurz dargestellt.

## **2.3 Grundsätzliche Stärken und Entwicklungspotential der klassischen Arbeitsmedizin**

Die klassische Arbeitsmedizin hat aus der Medizin erwachsend ihres Ursprungs gemäß eher das Individuum im Auge und ist auch hinsichtlich ihres gesetzlichen Hintergrunds (ASchG etc.) eher auf die Bedürfnisse des primären und sekundären Wirtschaftssektors ausgerichtet. Die Präventionszeit für Büroarbeitsplätze beispielsweise beträgt 1,2 Stunden pro ArbeitnehmerIn und Jahr, für andere Arbeitsplätze 1,5 Stunden. Nichtsdestotrotz hat die Arbeitsmedizin in ihrer aktuellen Ausprägung beachtliche Erfolge über alle Wirtschaftssektoren erzielt, was beispielsweise durch die über die letzten Jahre fallende Zahl an Arbeitsunfällen sowie das geringe Ausmaß an Krankenstandstagen aufgrund Berufskrankheiten unterstrichen wird (APA<sup>OTS</sup>, 2018a).

In den letzten Jahren (konkret seit 2013) ist mit der *Evaluierung psychischer Belastungen* ein bisher nicht in diesem Ausmaß beachtetes Thema auch verstärkt in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt (AUVA, 2019b). Das Feld der Prävention im beruflichen Umfeld wird so durch unterschiedlichste präventiv tätige Professionen belebt. Nichtsdestotrotz besteht der Eindruck, dass der von den meisten Unternehmen und betreuenden Arbeitsmediziner

rInnen verfolgte Ansatz eher individualbasiert ist und systemische Zusammenhänge nur in eher geringem Ausmaß Beachtung finden.

Als Stärken der klassischen bzw. aus Sicht des Autors derzeit weitgehend praktizierten Arbeitsmedizin können somit die Stärken der Medizin generell genannt werden: intensiver Fokus auf das Individuum, wissenschaftlicher Hintergrund, zunehmend evidenzbasierte Ansätze. Besonders effektiv war bzw. ist die Arbeitsmedizin somit beispielsweise in der Behandlung physikalischer, chemischer und biologischer Einflussgrößen auf das Individuum. In der Dualität zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention liegt ihr Fokus in der gelebten Praxis gerne zuerst auf der Verhaltensprävention.

Die Bereiche mit Entwicklungspotential betreffen entsprechend v.a. systemische Aspekte. Dies drückt sich in Untersuchungen auch gerne in der Vernachlässigung verhältnispräventiver im Vergleich zu verhaltenspräventiven Ansätzen aus, nicht nur im Bereich der Arbeitsmedizin (Pudel, 2006). Somit bietet sich für die Zukunft der Arbeitsmedizin besonders die besondere Beachtung und Entwicklung verhältnispräventiver und systemischer Aspekte an.

Hilfreich ist für die zukünftige Abschätzung einer sinnvollen diesbezüglichen Entwicklung in der Arbeitsmedizin möglicherweise die Betrachtung der Fortschritte zum Thema Sicherheitskultur in der Medizin generell. Orientiert an entsprechenden Erfolgen in der Luftfahrt etwa seit den 80er-Jahren hält in den letzten Jahren auch in Spitälern der Fokus auf das Team als wesentliche Aktionseinheit Einzug (St. Pierre und Hofinger, 2014, S. 291). Obwohl in letzter Zeit auch die Unterschiede zwischen Luftfahrt und Medizin wieder zunehmend in den Vordergrund rücken, erscheint der Blick auf die Entwicklung der Akutmedizin im Sinne ihrer Betrachtungsebene für die weitere Entwicklung der Präventivmedizin sinnvoll (St. Pierre und Hofinger, 2014, S. 294).

## 2.4 Ziele dieser Arbeit

Aufbauend auf den dargestellten Erkenntnissen zum Wandel der Arbeitswelt und dessen Bedeutung, der Qualität des gesundheitlichen Einflusses von Erwerbstätigkeit sowie grundsätzlicher Stärken und Entwicklungspotential der klassischen Arbeitsmedizin ergeben sich als zentrale Ziele dieser Arbeit:

- Darstellung grundlegender Konzepte bzw. Komponenten der *Organisationsmedizin* als sinnvolle Teile einer modernen *Arbeits- und Organisationsmedizin* aufbauend auf der klassischen Arbeitsmedizin

- Identifikation grundlegender Eigenschaften von Managementsystemen als Basis für systemische Ansätze des Gesundheitsmanagements und der Salutogenese im Sinne betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme
- Skizzierung der Vorteile eines Ansatzes zur stabilen Umsetzung relevanter Konzepte als Aktivitäten im Kontext von Gesundheitsmanagementsystemen als zentraler Bestandteil integrierter Managementsysteme
- Grobe Abschätzung der Verbreitung arbeits- und organisationsmedizinischer Aktivitäten in informationsverarbeitenden Unternehmen
- Ermittlung des Bedarfs nach organisationsmedizinischer Aktivität aus Sicht von IT-Unternehmen
- Kontextualisierung durch ausgewählte Gesundheitsexperten ohne arbeits- und organisationsmedizinischen Schwerpunkt im Sinne der in Abschnitt 2.3 skizzierten Veränderungen der Betrachtungsebene in der Akutmedizin als Orientierungshilfe für die Präventivmedizin
- Benennung möglicher Schritte zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen und Entwurf von Fragestellungen für zukünftige Studien

# 3

## **Grundlegende arbeits- und organisationsmedizinische Konzepte und Lösungsansätze**

Im folgenden Kapitel werden allgemeine Lösungsansätze zu den im vorherigen Kapitel dargestellten Problemen skizziert. Ausgehend von der Darstellung diverser arbeitsmedizinischen Ansätze werden Eigenschaften der Organisationsmedizin andiskutiert. Eingebettet ist Letztere in eine Menge von Modellen zur Beschreibung und Beeinflussung von Arbeits- und Lebensfähigkeit. Im Sinne Letzterer bietet der Abschluss des Kapitels einen Einblick in das Konzept der Salutogenese, die Förderung und Weiterentwicklung von Gesundheit im positiven Skalenbereich.

Zwischen diesen inhaltlichen Klammern werden Ansatzpunkte arbeits- und organisationsmedizinischer Aktivität im Sinne grundsätzlicher Einflussfaktoren auf Gesundheit und Arbeitsfähigkeit diskutiert. Es wird dargestellt, wie diese Einflussfaktoren individuell unterschiedlich Auswirkungen entfalten können. Und es wird beleuchtet, wie diese Auswirkungen einer Messung zugänglich gemacht werden können. Im Sinne von „you can't manage what you don't measure“ wird das Verständnis der Messkette in dieser Arbeit als wesentliche Voraussetzung für wirksame arbeits- und organisationsmedizinische Aktivität angesehen.

### **3.1 Aktivitätsspektrum der österreichischen Arbeitsmedizin**

Aufgrund des aus Sicht der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP) bisher relativ geringen Verbreitungsgrades organisationsmedizinischer Aktivität-

ten sollte auch grundsätzliches organisationsmedizinisches Gedankengut beleuchtet werden. Von besonderem Interesse waren hierbei die Sinnhaftigkeit der Verankerung von Gesundheitsmanagement und an Salutogenese orientierter betrieblicher Gesundheitsförderung als Komponenten in Managementsystemen. Um eine grobe Gesamtabstschätzung zu ermöglichen, wurde im Empirieteil vorliegender Arbeit schließlich der erwartete Beitrag organisationsmedizinischer Aktivitäten auf den Unternehmenserfolg erfragt.

Nach Definition der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP, 2019) ist die Arbeitsmedizin Präventivmedizin und *jene ärztliche Disziplin, die sich mit den Wechselwirkungen zwischen Arbeit, Gesundheit und Krankheit beschäftigt*. Ziel der Arbeitsmedizin sei demnach, *die physische und psychische Gesundheit bzw. die individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit von Menschen bestmöglich zu erhalten und zu fördern*. Maßnahmen der Arbeitsmedizin ließen sich somit in die Bereiche

- *der Gesundheitsförderung,*
- *der Schadensverhütung (Primärprävention),*
- *der Früherkennung von Risikofaktoren und Erkrankungen (Sekundärprävention) und*
- *der beruflichen Wiedereingliederung und der Integration gesundheitlich beeinträchtigter Menschen (Tertiärprävention)*

unterteilen. Sie zielen somit auf zwei grundsätzliche Ebenen der Intervention ab:

- *auf die Vermeidung bzw. Minimierung gesundheits-beeinträchtigender Einflussfaktoren (vorrangig Verhältnisprävention) und*
- *auf die Stärkung persönlicher Gesundheitsressourcen und die Motivation zu eigenverantwortlichem gesunden Verhalten (Verhaltensprävention).*

Unmittelbar interessant bei dieser Definition erscheint dreierlei: erstens fällt auf, dass im Gegensatz zur Definition der Primärprävention nach Nowak (2010, S. 13) hier die Gesundheitsförderung explizit als weiterer Punkt genannt wurde. Es ist also möglicherweise über die Jahre das Thema der expliziten Gesundheitsförderung mehr ins Bewusstsein gerückt. Zweitens wird das Thema *Stärkung der Gesundheitsressourcen* dem Bereich der Verhaltensprävention zugewiesen. Im expliziten Kontext der Verhältnisprävention wird zwar auf die Vermeidung der Gesundheitsgefährdung eingegangen, allerdings wird die Gesundheitsförderung nicht explizit herausgehoben. Und drittens wird als Ziel der Arbeitsmedizin explizit die *individuelle Leistungs- und Arbeitsfähigkeit* hervorgehoben.

Aus Sicht des Autors widmet sich die klassische Arbeitsmedizin in Österreich somit am ehesten primärpräventiven Ansätzen und wirkt aus der Tradition der Medizin heraus meist individualbasiert. In letzter Zeit haben auch tertiärpräventive Ansätze einen Aufschwung er-

fahren. Besonders zu nennen sind hier beispielsweise das Wiedereingliederungsmanagement der Erste Bank für den privatwirtschaftlichen Sektor sowie des Wiener Krankenanstaltenverbundes für den Sektor des öffentlichen Dienstes. Im arbeitsmedizinischen Bereich eher geringer im Fokus sind in Österreich Maßnahmen aus dem Bereich der Sekundärprävention. Letzteres steht im Gegensatz zu mancherlei internationalen Vorbildern, wo durchaus auch den Sekundärprävention im betrieblichen Kontext nennenswerte Aufmerksamkeit gewidmet wird (Joyce et al., 2016).

Bei der Frage nach dem Bedarf zur Weiterentwicklung arbeitsmedizinischer Aktivitäten im Sinne organisationsmedizinischer Aktivitäten sind zwei Aspekte der Entwicklung in Österreich präsent zu halten. Einerseits besteht ein Rückgang industrieller arbeitsbedingter Risiken, andererseits ein generell relativ hohes Niveau der Arbeitsmedizin. Diverse verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze führten auch noch in den letzten Jahren zu einem laufenden Rückgang von Schadensfällen und Berufskrankheiten (AUVA, 2018). Letztere wiesen entweder einen Rückgang oder eine Stagnation auf einem relativ geringen Niveau auf.

Praktische dürfte die beschriebene Entwicklung in der Erkenntnis gipfeln, dass der Grenznutzen zunehmender klassischer arbeitsmedizinischer Aktivität in Österreich fallend ist. Somit stellt sich die Frage nach Ansatzpunkten, die einen vernünftigen Umgang mit zukünftigen Herausforderungen der Arbeitswelt (wie beispielsweise auch neuen Formen der Zusammenarbeit) zulassen. Im klassischen Angestelltenverhältnis mag die reflexartige Anwendung verhaltenspräventiver Ansätze gegebenenfalls noch Potential bieten; im Rahmen der neueren Entwicklungen ist allerdings zu erwarten, dass verhältnispräventive Ansätze einen höheren Wirkungsgrad aufweisen werden. Und auf genau diesen Überlegungen baut die Entwicklung der Organisationsmedizin auf Basis einer gut funktionierenden Arbeitsmedizin auf.

## 3.2 Entwicklung der Organisationsmedizin

Im Großen und Ganzen ist die Entwicklung der Organisationsmedizin als Antwort der österreichischen Arbeitsmedizin auf die komplexer werdende Arbeitswelt und die zunehmende Notwendigkeit systemischer Intervention zu verstehen. Weiters deckt sich die Ausrichtung der Organisationsmedizin mit den sich wandelnden Bedürfnissen junger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Bei der Organisationsmedizin steht also nicht nur der Erhalt sondern ganz explizit und vor allem auch die Förderung der Gesundheit von Beschäftigten und Unternehmen im Vordergrund: „gesunde Menschen, gesundes Unternehmen“.

Hinsichtlich Gesundheit orientierte betriebliche Aktivitäten lassen sich im Wesentlichen in zwei Bereiche unterteilen (Nowak, 2010, S. 29): ArbeitnehmerInnenschutz und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). ArbeitnehmerInnenschutz ist gesetzlich verpflichtend ver-

ankert, folgt in erster Linie dem pathogenetischen Ansatz und fokussiert primär auf die Zeit der MitarbeiterInnen im Betrieb. Involvierte Berufsgruppen sind v.a. ArbeitsmedizinerInnen, TechnikerInnen und ArbeitspsychologInnen. Betriebliches Gesundheitsmanagement andererseits wird von den Betrieben auf freiwilliger Basis durchgeführt, folgt eher salutogenetischen Ansätzen und bezieht insbesondere auch den Privatbereich der Mitarbeitenden ein. Zusätzlich zu den im Arbeitsschutz tätigen Berufsgruppen sind u.a. Sozial-, Sport- und ErnährungswissenschaftlerInnen aktiv.

In beiden Bereichen betrieblicher Aktivität zum Thema Gesundheit sind modern ausgebildete ArbeitsmedizinerInnen bei der Erstellung von Konzepten aufgrund ihres speziellen Wissens bzw. ihrer speziellen Erfahrung unverzichtbar. Insgesamt gilt es, systematisch und evidenzbasiert vorzugehen. Im Gegensatz zur individualbasierten Vorgehensweise (Verhaltensprävention) gewinnt in letzter Zeit insgesamt die systemische Sicht (Verhältnisprävention im weitesten Sinne) an Bedeutung. Beiden Ansätzen gemein ist, dass nicht nur Ausmaß und Einfluss gesundheitsschädlicher Faktoren reduziert werden sondern gleichzeitig und zunehmend auch schwerpunktmäßig gesundheitsförderliche Faktoren gestärkt werden. Solche gesundheitsförderlichen Faktoren sind z.B. Teamarbeit, Arbeitsorganisation und Kommunikation.

Der besondere Fokus der Organisationsmedizin liegt nun in genau dieser systemischen Betrachtungsweise. Wie in Abbildung 3.1 dargestellt, legt die Organisationsmedizin ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf die Bereiche der Unternehmensführung und des wirtschaftlichen Umfelds. Diese systemische Betrachtung sowie die Systematik des Umgangs mit grundsätzlichen Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit sind kennzeichnend für das Vorgehen modern ausgebildeter Arbeits- und OrganisationsmedizinerInnen.

### **3.3 Grundsätzliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit**

Historisch hat der Mensch in manchen produzierenden Unternehmen nahezu den Status eines Verbrauchsguts innegehabt (Neuberger, 1997, S. 402). In Zeiten des steigenden Wettbewerbs erscheint es jedoch als ökonomische Notwendigkeit für Unternehmen, auf den Erhalt und die Entwicklung ihrer humanen Ressourcen zu achten. Die Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit sind mittlerweile recht gut untersucht und lassen sich grundsätzlich in förderliche und hemmende Einflüsse einteilen.

Die Förderung positiver Einflussfaktoren und Reduktion negativer Einflussfaktoren kann als Zielbild der programmatischen Etablierung betrieblicher Gesundheitsförderung betrachtet



### 3.3 Grundsätzliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit

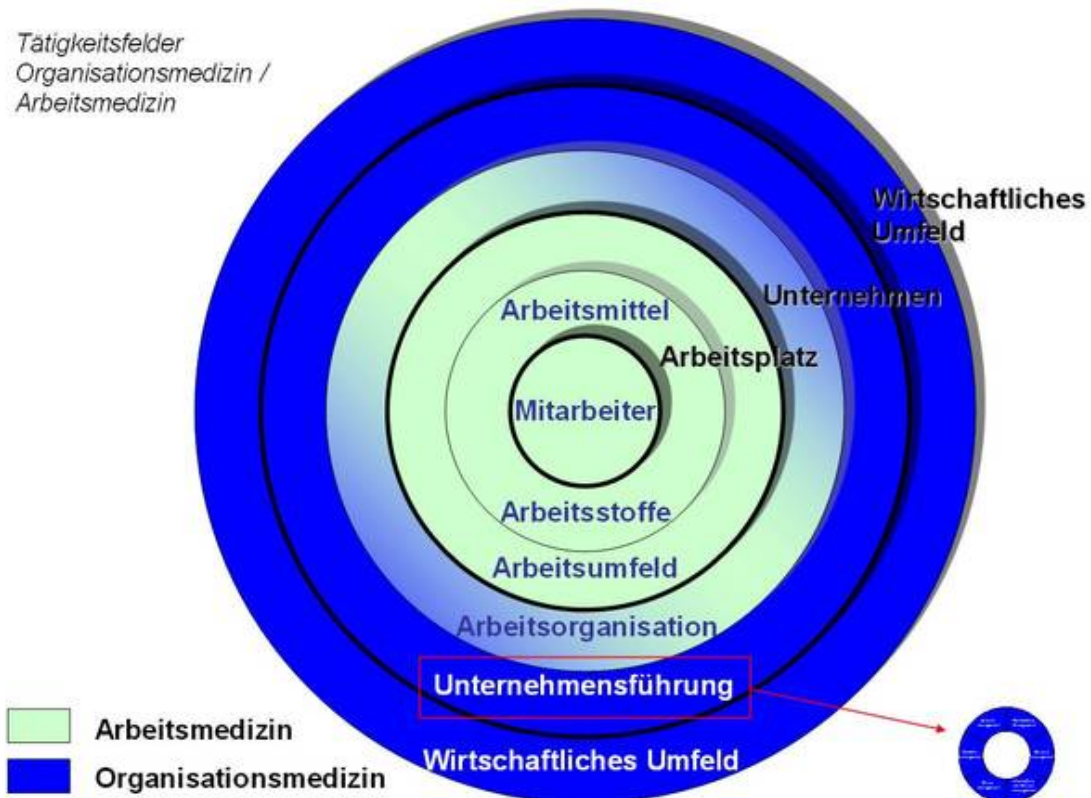


Abbildung 3.1: Tätigkeitsfelder der Organisationsmedizin als auf der klassischen Arbeitsmedizin aufbauendes Konzept, mit freundlicher Genehmigung der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention (AAMP, 2019)

werden. Konkrete Ziele sind dabei häufig beispielsweise die folgenden (Nowak, 2010, S. 29): Etablierung einer Gesundheits- und Sicherheitskultur im Unternehmen, niedrige Unfallzahlen und wenig gestörte Betriebsabläufe. Langfristig zu erwartende Vorteile sind damit erhöhte Arbeitszufriedenheit und Produktivität, gesteigerte Qualität, verbesserte Kommunikation, verbesserte Teamarbeit, niedrige Krankheitskosten sowie ein gutes Image des Unternehmens. Nach Jancik (2002, S. 11) steht die Erlebnisqualität von Arbeit *in allen Ebenen in einem direkten Bezug zu deren Ergebnisqualität*. ArbeitnehmerInnen berichten weiters als Konsequenz der Verfolgung der o.g. konkreten Ziele nicht nur über gesünderes Verhalten während der Zeit im Betrieb sondern auch in der Freizeit, was wiederum dem Betrieb durch höhere Leistungsfähigkeit zugute kommen mag (vgl. Bentner, 2018, S. 24).

Ziel betrieblicher die Gesundheit betreffender Aktivität ist meist das Anstreben des positiven Endes des Leistungsfähigkeitsspektrums, der optimalen Lebens- und v.a. Arbeitsfähigkeit. Am anderen Ende dieses Spektrums liegt die Arbeitsunfähigkeit, welcher jedoch auch aktiv vorgebeugt werden kann. Folgende Faktoren korrelieren negativ mit dem Ausmaß an Arbeitsunfähigkeitszeiten, d.h. senken diese potentiell (Nowak, 2010, S. 1): hoher

Bildungsstand, lange Betriebszugehörigkeit, flexible Arbeitszeit bzw. Teilzeit, viel Freiräume am Arbeitsplatz und hohe Arbeitszufriedenheit.

Ziel arbeits- und organisationsmedizinischer Aktivität könnte somit sein, den Einfluss negativer Einflussfaktoren zu reduzieren bzw. den Einfluss positiver Einflussfaktoren zu stärken. Was nun allerdings welcher Kategorie zuzuordnen ist, ist nicht immer ganz klar und abhängig von der individuellen Konstitution des Individuums. Ansätze für die Beantwortung dieser Frage bietet das Belastungs-Beanspruchungs-Modell.

### 3.4 Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell

Das Belastungs-Beanspruchungs-Modell ermöglicht ausgehend von gewissen objektivierbaren Gegebenheiten die subjektive Wirkung auf individuelle Organismen zu erörtern (Nowak, 2010, S. 53). Allgemein wird Belastung abhängig von der Konstitution des Individuums unterschiedliche Auswirkungen haben. Ihre Qualität entwickelt die Belastung im Sinne der Beanspruchung erst in ihrer Wechselbeziehung zur arbeitenden Person. Somit wird zwischen der Einwirkung diverser Einflussfaktoren auf den Organismus im Sinne der *Belastung* und der Reaktion des Organismus im Sinne der *Beanspruchung* unterschieden.

Der Begriff der Belastung wird im Belastungs-Beanspruchungs-Modell wertfrei eingesetzt und besteht aus den Komponenten materielle Arbeitsumwelt, soziale Umwelt sowie aufgabenbezogene Ausführungsbedingungen (Nowak, 2010, S. 53). Die Belastung ist somit objektivierbar, theoretisch und zumindest in einigen ihrer Komponenten auch praktisch messbar. Diese Komponenten sind z.B. physisch, psychisch, sozial, physikalisch, chemisch und biologisch.

Der Begriff der Beanspruchung beschreibt die Wirkung der Belastung auf den Organismus, dessen Erleben, Veränderungen von Organsystemen sowie konsekutive Handlungsfähigkeit (Nowak, 2010, S. 53). Drei Wege der Einwirkung von Belastung auf den Körper lassen sich im Sinne der Beanspruchung unterscheiden:

- Spezifische Auswirkungen von Belastungen auf Organsysteme und Einzelorgane des Körpers
- Unspezifische Auswirkungen von Reizen im Sinne allgemeiner Anpassungsreaktionen des Organismus
- Gefühle, Emotionen und kognitiven Bewertungen (zur Unterscheidung zwischen Gefühlen und Emotionen siehe beispielsweise Damasio, 2006) mit konsekutiven Anpassungsreaktionen des Organismus

Sowohl zu hohe als auch zu niedrige Belastung führt im Allgemeinen zur Maladaptation (Nowak, 2010, S. 54). Beispielhaft und auch für Laien verständlich sind u.a. das Auftreten von Herzinsuffizienz bei COPD (chronic obstructive pulmonary disease; chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) oder die Entwicklung einer Muskelatrophie bei Ruhigstellung von Extremitäten in Gipsverbänden. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Existenz und Einwirkung einer adäquaten Belastung für die Integrität des Organismus von zentraler Bedeutung ist. Adäquat bezieht sich hier auf ein angemessenes Verhältnis von Belastung zu vorhandenen Ressourcen.

Interessanterweise zeigt sich allerdings in weiten Bereichen, dass die Belastung selbst eine äußerst wichtige Maßnahme zur Ressourcenstärkung darstellt (Nowak, 2010, S. 54). Entsprechend ist davon auszugehen, dass der Begriff der Adäquatheit im genannten Sinne ein transientes Konzept darstellt. Abhängig vom Trainingszustand des Individuums ist ein gegebenes Ausmaß an Belastung somit entweder als pathogen oder als salutogen einzustufen (zum Thema *Salutogenese* siehe Abschnitt 3.6).

Es ist davon auszugehen, dass die langfristige Einwirkung von als pathogen oder salutogen einzustufenden Einflussgrößen die Lebens- und Arbeitsfähigkeit des Organismus wesentlich beeinflusst. Da der praktische Effekt diverser Einflussgrößen auf Individuum allerdings von dessen Bewertung (physisch, emotional, kognitiv) abhängt, macht weniger die direkte Messung der Belastung als vielmehr die der Beanspruchung bzw. deren Auswirkung Sinn. Eine Möglichkeit die Veränderung der Arbeitsfähigkeit und damit der resultierenden Effekte diverser Einflussgrößen zu messen, besteht im Work-Ability-Index.

## 3.5 Der Arbeitsbewältigungsindex

In den 90er-Jahren wurde von Juhani Ilmarinen et al. das Konzept des Work-Ability-Index (WAI) aus der Taufe gehoben und die Idee seither laufend weiter entwickelt (Ilmarinen, 2007). Der Work-Ability-Index wurde in Form des *Arbeitsbewältigungsindex Plus* (ABI+) von I. Kloimüller und R. Czeskleba für Österreich adaptiert und steht seit nunmehr über 10 Jahren zur Verfügung (Wertarbeit, 2018). Beurteilt wird auf sieben Skalen, die Bewertung erfolgt durch das Individuum selbst (Tabelle 3.1).

Der Wert des ABI+ ist typischerweise bei 30-Jährigen relativ gut und fällt mit steigendem Alter im Mittel ab. Bedeutsam ist allerdings, dass im Verlauf des Älterwerdens grundsätzlich zwei Gruppen unterschieden werden können: Arbeitende mit einem in etwa gleichbleibenden ABI+ und Arbeitende mit einem Abfall des ABI+. Bei Letzteren kann unter Umständen davon ausgegangen werden, dass gesundheitsförderliche Maßnahmen eine Stabilisierung des ABI+ erwirken können. Genannte Maßnahmen könnten dabei an zwei Aspekten angreifen:

Subskala	Ausprägung
Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten Arbeitsfähigkeit	0-10
Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die aktuellen Arbeitsanforderungen	2-10
Anzahl der aktuellen, ärztlich diagnostizierten Erkrankungen	1-7
Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeit aufgrund von Erkrankungen	1-6
Krankenstand während des letzten Jahres (12 Monate)	1-5
Eigene Prognose der Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren	1-7
Mentale Ressourcen	1-4

Tabelle 3.1: Subskalen und mögliche Ausprägungen für den Work Ability Index, nach Ilmarinen (2007)

Erhöhung des Ausgangswertes bzw. Maximums von dem aus der Abfall des ABI+ beginnt oder Verlangsamung des Abfalls durch kontinuierliche Förderung und Forderung in angemessenem Ausmaß.

Spezifisch interessante Fähigkeiten sind hier nach (Nowak, 2010, S. 55) soziale Kompetenz, Entscheidungskompetenz und Problemlösungskompetenz. Es ist zu erwarten, dass alle diese Fähigkeiten, sowie die Selbstwirksamkeit des Individuums generell, durch Einbindung in den Arbeitsprozess gefördert werden. Konkret ist an der Einbindung im Arbeitsprozess vorteilhaft, dass der Mensch durch kein anderes klar definierbares Tätigkeitsspektrum in verschiedenen Aspekten komplex gefordert wird und somit der Arbeitstätigkeit eine grundsätzlich besonders salutogene Wirkung zugeschrieben werden kann (Nowak, 2010, S. 56). Dies geht auffällig konkordant mit der grundsätzlichen Ausrichtung der Organisationsmedizin im Sinne ihres Fokus auf die Systemebene.

Dem Bedarf nach Training durch Arbeit kommt die zunehmende Erkenntnis der Betriebe entgegen, dass auch ältere Arbeitnehmer einen wesentlichen Beitrag liefern können. Sogenannte *bunte Teams* bieten die Möglichkeit, die spezifischen Stärken älterer Arbeitnehmer in Kombination mit der jüngerer Arbeitnehmer zu nutzen (Nowak, 2010, S. 56). In Tabelle 3.2 werden angelehnt an Nowak (2010, S. 56) die jeweils besonders hervorstechenden, positiven Eigenschaften jüngerer und älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer überblicksmäßig dargestellt. Auffällig sind hier als Stärken älterer ArbeitnehmerInnen Fertigkeiten im Umgang mit Systemaspekten, wie beispielsweise Konflikten als Ergebnis von Interaktion.

Eine Möglichkeit, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer länger im aktiven Arbeitsleben zu halten besteht darin, nicht nur Schäden durch Arbeit vorzubeugen sondern explizit positiven Einfluss von Arbeit auf den Zustand der Individuen zu ermöglichen. Dabei ist einerseits Arbeit per se als grundsätzlich positiver Einfluss im Sinne erhöhter Selbstwirksamkeit zu werten (vgl. oben), andererseits besteht die Möglichkeit über das Arbeitsumfeld auch positiv auf das Leben außerhalb der Arbeit einzuwirken. Umgekehrt wirkt dann dieses wieder

Jüngere Beschäftigte	Ältere Beschäftigte
Hohe Belastbarkeit	Erfahrung im Umgang mit Belastung
Anpassungsfähigkeit	Konfliktfähigkeit
Kreativität	Gelassenheit
Emotionalität	Rationalität
Karrierebewusstsein	Befreiung vom Zwang der Karriere
Risikobereitschaft	Erfahrung im Umgang mit Risiken

Tabelle 3.2: Gegenüberstellung korrespondierender und – je nach Setting – positiver Eigenschaften jüngerer und älterer Beschäftigter, angelehnt an Nowak (2010, S. 56)

positiv auf die Gegebenheiten während der Arbeitszeit, und es ergibt sich somit ein *circulus virtuosus* (das Gegenteil eines Teufelskreises) hinsichtlich Arbeits- und Lebensfähigkeit. Das Konzept der expliziten Gesundheitsförderung, im Gegensatz zur lediglichen Vermeidung von Erkrankung, wird weitgehend unter dem Begriff der Salutogenese subsumiert. Das grundlegende Konzept der Salutogenese und seine Ausrichtung auf den positiven Skalenbereich wird im folgenden Abschnitt dargestellt.

### 3.6 Das Konzept der Salutogenese

Nach Nowak Nowak (2010, S. 13) beinhaltet das Konzept der Primärprävention auch *die Gesundheit zu fördern*. In der Praxis wird darunter allerdings häufig lediglich die Vermeidung von Krankheiten verstanden. Das Konzept der Salutogenese hingegen widmet sich explizit der Förderung von Gesundheit und im weiteren Sinn der menschlichen Leistungsfähigkeit. Der Ansatz ist dabei inhärent ein multidimensionaler, d.h. Menschen werden nicht nur aus der biologischen Perspektive sondern auch im Sinne ihrer psychologischen Bedürfnisse sowie ihres sozialen Umfelds betrachtet (Alivia et al., 2011)

Die Salutogeneseforschung, in dieser Bezeichnung begründet von Aaron Antonovsky (vgl. Antonovsky, 1996), behandelt die Frage welche Faktoren Gesundheit entstehen und erhalten helfen. Salutogenese ist dabei als dynamisches Gleichgewicht zwischen den zwei Polen Gesundheit und Krankheit zu verstehen, das wesentliche Kernkonzept ist das sogenannte Kohärenzgefühl. Das Anstreben von Kohärenzgefühl bietet seinen guten Ansatz, um im Gegensatz zur reinen Vermeidung von Krankheit auch konkret Zufriedenheit und positives Lebensgefühl anzustreben (Ellery, 2007). Empirisch zeigt sich, dass Kohärenzgefühl besser mit Gesundheit korreliert, als andere, spezifischere adaptive Stile (Johnson, 2004).

Das salutogenetische Modell als theoretische Basis für Gesundheitsförderung ermöglicht somit, schwerpunktmäßig im positiven Skalenbereich zu operieren (Antonovsky, 1996). Dies

steht in einem gewissen Gegensatz zu dem üblicherweise in der Medizin eingesetzten pathogenetischen Modell, das konzeptuell lediglich ein Operieren im negativen Skalenbereich und somit maximal ein Erreichen des Nullpunkts ermöglicht. Dies wird unmittelbar am Beispiel der Schmerztherapie klar: keinen Schmerz zu empfinden bedeutet noch lange nicht sich wohl bzw. zufrieden zu fühlen.

Tatsächlich geht die Anwendbarkeit der Idee der Salutogenese weit über die Frage des Umgangs mit rein physischen Beschwerden hinaus und ermöglicht somit eine konkrete Hilfestellung zum Umgang mit der oben erwähnten Komplexitätssteigerung der Arbeitswelt. Beispielhaft sei hier eine Arbeit von Eriksson (2018) genannt, die Möglichkeiten zum Einsatz des salutogenetischen Modells im herausfordernden Setting der Grundlagenforschung darstellt. Ausführlicher und genereller für den Arbeitsplatz wird die Anwendbarkeit des Konzeptes der Salutogenese beispielsweise von Jenny et al. im *Handbook of Salutogenesis* dargestellt (Mittelmark et al., 2017, Kapitel 20).

Um jedoch komplexe, auf Salutogenese ausgerichtete Interventionen erfolgreich setzen zu können, bedarf es der Beschäftigung mit existenten Ansätzen des Umgangs mit humanen (also komplexen, sozialen) Systemen. Diese werden gemeinhin unter dem Begriff der *Managementsysteme* zusammengefasst. Das folgende Kapitel widmet sich in diesem Sinne Managementsystemen für diverse Teilaspekte von Unternehmen und deren Integration in ein kohärentes Ganzes.

# 4

## Managementsysteme und integriertes Management

Ähnlich wie in der Akutmedizin, wo derzeit der Ansatz „getting it right first time“ diskutiert wird (Barratt et al., 2017), bietet Wissen um die Funktion von Managementsystemen vermutlich eine bessere Ausgangsbasis für kurz-, mittel- und langfristig erfolgreiche Aktivität im Bereich der Arbeits- und Organisationsmedizin. In diesem Sinne soll in den folgenden Abschnitten, orientiert an den entsprechenden Darstellungen von Riemenschneider (2001), kurz auf Eigenschaften und Artefakte eines Managementsystem als solches sowie auf themenzentrierter Managementsysteme eingegangen werden. Davon ausgehend werden Vor- und Nachteile der Integration von Managementsystemen sowie unterschiedlicher Ansätze in der Umsetzung des Integrationsprozesses angeschnitten. Diese Unterschiede sind von Relevanz, da sich praktisch zeigt, dass der Erfolg eines Managementsystems einerseits von dessen grundsätzlichem Aufbau, andererseits auch von der Art des Vorgehens bei der Implementierung wesentlich beeinflusst wird (Riemenschneider, 2001, S. VII).

### 4.1 Aufbau und Dokumentation eines Managementsystems

Historisch haben sich Managementsysteme größtenteils themenzentriert entwickelt. Dies ergibt sich nach Riemenschneider (2001, S. 20) daraus, dass Managementsysteme immer dann entstehen *wenn Aufgaben so komplex werden, dass sie nur noch durch ein geplantes Vorgehen einer Gruppe von Individuen erfüllt werden können*. Ein Managementsystem ist nach diesem Verständnis als ein Bündel von Regeln und Werten zu verstehen, das das Lenken komplexer, sozialer Systeme ermöglicht. Zu unterscheiden sind Managementkonzept als ge-

danklicher Rahmen (z.B. TQM), Managementmodell als Umsetzungshilfe (z.B. ISO 9001) und Managementsystem als real existierende Kombination von Aufbau- und Ablauforganisation.

Hinsichtlich der Ebene auf denen sie operieren, könnten Managementsysteme in solche 1. Ordnung und solche 2. Ordnung eingeteilt werden (Riemenschneider, 2001, S. 21):

- Managementsysteme 1. Ordnung: hier wird die Lenkungsfunktion betont. Insgesamt handelt es sich um Zielfindungs-, Planungs- und Kontrollsysteme, Informationssysteme, Personalmanagementsysteme sowie Wertmanagementsysteme.
- Managementsysteme 2. Ordnung: hier werden die Gestaltungs- und Entwicklungsfunktionen des Managements sowie die Koordination von Subsystemen betont. Managementsysteme 2. Ordnung ermöglichen die Integration diverser Teilmanagementsysteme des Unternehmens.

Nach ISO 8402 ist ein Managementsystem die Gesamtheit aller organisatorischen Maßnahmen zur Beherrschung von Management-Prozessen und Erreichung der Unternehmensziele. Das zentrale Dokument eines Managementsystems ist das Handbuch. Es enthält Leitlinien sowie die Darstellung der Aufbau- und Ablauforganisation. Weiters inkludiert sind Verfahrensanweisungen zur Darstellung der Abläufe innerhalb der Geschäftsprozesse und arbeitsplatzbezogene Arbeitsanweisungen. Erfordernisse an diese Art der Dokumentation sind inhaltliche Korrektheit, Vollständigkeit und Zweckmäßigkeit.

Die Dokumentation des Managementsystems bietet u.a. eine Orientierungshilfe für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und wird auch in diesem Sinne im Rahmen interner und externer Audits geprüft (Riemenschneider, 2001, S. 42). Die unterschiedlichen Ebenen auf denen üblicherweise dokumentiert wird, sind in Tab. 4.1 dargestellt. Ersichtlich ist, dass unterschiedliche Elemente der Dokumentation unterschiedliche Zielgruppen aufweisen. Auf diesen Aspekt ist bei Erstellung und Wartung sinnvollerweise Rücksicht zu nehmen.

Die Frage der Zielgruppe und des Zielbildes von Managementaktivität ist natürlich auch beim initialen Design eines Managementsystems von zentraler Relevanz. Ausgehend von den historischen Anforderungen an Unternehmen haben sich so entsprechend unterschiedliche spezifische Ausformungen von Managementsystemen ergeben. Bevor in Kapitel 5 auf die Frage des Managements von Gesundheit in Organisationen eingegangen wird, sollen somit themenzentrierte Managementsysteme sowie Ansätze zu deren Integration kurz beleuchtet werden.



Dokument	Bereich	Verteiler	Beschreibung
Handbuch	Unternehmen, Unternehmensbereiche	Unternehmensleitung	<b>Wer ist wofür verantwortlich?</b> Leitlinien, Grundsätze, Aufbau- und Ablauforganisation, betriebsumfassende Zusammenhänge, Vorgaben für Verfahrens- und Arbeitsanweisungen
Verfahrens-anweisung	Teilbereiche, Abteilungen	Unternehmens-einheiten	<b>Wie sind Geschäftsvorfälle zu bearbeiten?</b> Detaillierte Beschreibung von Teilsystemen des Managementsystems: projektneutral, produktneutral, abteilungsneutral
Arbeits-anweisung	Arbeitsplatz, einzelne Tätigkeiten	Arbeitsplätze	<b>Welche Arbeitsschritte sind notwendig?</b> Beschreibung der Ausführung: projektspezifisch, produktspezifisch, abteilungsspezifisch

Tabelle 4.1: Dokumentation eines Managementsystems nach Riemenschneider (2001)

## 4.2 Die Problematik des Parallelbetriebs themenzentrierter Managementsysteme

Aus historischen Gründen existieren in Theorie und Praxis unterschiedliche themenzentrierte Managementsysteme. Deren Zielbilder sind beispielsweise die Erfüllung von Qualitäts-, Umwelt- und Sicherheitsanforderungen. Ihre Beachtung durch das Management bzw. ihre Einbindung in Managemententscheidungen wird von diversen Normen gefordert und auch unabhängig davon immer mehr zur Selbstverständlichkeit (Riemenschneider, 2001, S. IX).

Bei konkreten Entscheidungen in der Aufbau- oder Wartungsphase stellt sich jedoch die Frage nach der Bewertung unterschiedlicher Aspekte hinsichtlich des Designs oder der laufenden Implementierung. Während der Aufbauphase eines themenzentrierten Managementsystems steht oft die Zertifizierung/Validierung im Vordergrund. Aus Sicht der Angestellten resultiert so häufig mangelhafter Nutzen der Dokumentation, was konsekutiv zu Ablehnung und schließlich einem geringen Nutzungsgrad des Systems führt (Riemenschneider, 2001, S. 46).

Die Existenz mehrerer getrennter Managementsysteme in einem Unternehmen schließlich ist problematisch (Riemenschneider, 2001, S. 45). Ineffizienzen, Konkurrenzdenken („Qualität ist immer wichtiger als Umweltschutz“ oder vice versa), unklare Zuständigkeiten, redundante und sich teilweise widersprechende Detailregelungen etc. behindern insgesamt Effektivität

und Effizienz. Bei Audits erfolgt häufig die Konzentration auf ein Teilgebiet, dadurch resultieren zeitweise Verschlechterung in anderen Teilgebieten bzw. Teilmanagementsystemen. So kommt es im schlimmsten Fall sogar zu einer Verschlechterung des Gesamtsystems, im günstigsten Fall nur zu keiner Verbesserung. Durch die mangelhafte Abstimmung verschiedener Audits schließlich kann es zur Bindung von Kapazitäten und Behinderung des betrieblichen Ablaufs kommen.

Der parallele und unabhängige Betrieb unterschiedlicher Managementsysteme erleichtert somit zwar deren Zertifizierung, unterstützt aber das Unternehmen nicht unbedingt bei der Erkennung von Synergiepotential. Entsprechend blieb in der Vergangenheit der erwartete Nutzen häufig aus und es existieren Tendenzen, auch den Prozess der Implementierung bzw. Integration systematisch zu optimieren (Riemenschneider, 2001, S. 2). Konkordant mit diesen Überlegungen ist ein gewisser Wandel im Verständnis von Managementsystemen zu beobachten: EN ISO 9001 ist im Wesentlichen elementorientiert aufgebaut, EN ISO 14001 zeigt prozessorientierten Charakter und lässt den Regelkreis der Organisation erkennen.

Zusammenfassend zeigt es sich in der konkreten Umsetzung unterschiedlicher, themenzentrierter Managementsysteme in Unternehmen unglücklicherweise immer wieder, dass teilweise Widersprüche zwischen den Systemen existieren. Auch Ineffizienzen und Redundanzen sind kein selten auftretendes Phänomen (Riemenschneider, 2001, S. VII). Vor diesem Hintergrund existiert die anhaltende Tendenz zur Entwicklung integrierter Managementsysteme. Die konkrete Operationalisierung der Integration bzw. Implementierung folgt jedoch unterschiedlichen Ansätzen. Im Folgenden wird daher kurz auf grundsätzliche Aspekte bzw. Ziele integrierter Managementsysteme sowie Vorgehen bei der Integration einer Menge themenspezifischer Managementsysteme eingegangen.

### **4.3 Integration von Managementsystemen**

In vorliegender Arbeit wird davon ausgegangen, dass Unternehmen die mit der Frage der Integration von Managementsystemen konfrontiert sind bereits ein allgemeines bzw. ein oder mehrere themenspezifische Managementsysteme implementiert haben. Unter dem Prozess Implementierung wird in der anglo-amerikanischen Managementliteratur (Riemenschneider, 2001, S. 4) die Transformation von Plänen in aktionsfähige Aufgaben verstanden sowie die Sicherstellung der effektiven Durchführung der Aufgaben. Dieser Prozess sei bezüglich der existenten Managementsysteme im Unternehmen weitgehend abgeschlossen. Unter dem Begriff der Integration hingegen wird hier die Herstellung eines Ganzen aus Teilen, Einfügen von etwas in ein größeres Ganzes verstanden (Riemenschneider, 2001, S. 3).

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch der Unterschied zwischen dem Konzept der Integration vs. dem der Koordination. Unter dem Begriff der Integration wird die Bildung eines gemeinsamen Ganzen verstanden; der Begriff der Koordination hingegen bezieht sich auf die Abstimmung unterschiedlicher, nicht integrierter Teilsysteme (Riemenschneider, 2001, S. 47). Wird also Integration angestrebt, so sind sinnvollerweise einige wesentliche Fragen vorab zu klären (Riemenschneider, 2001, S. 48):

- Diagnose: *warum* soll integriert werden?
- Nähere Spezifikation: *was und wann* soll integriert werden?
- Prozedere: *wie* soll integriert werden?

Das generelle Ziel integrierter Managementsysteme und damit deren Kernnutzen ist die angemessene Bewertung von Erfordernissen unterschiedlicher inhaltlicher oder Unternehmensbereiche bei Managemententscheidungen. Spezifischere Ziele einer Integration bestehender (Teil-)Managementsysteme sind beispielsweise die effektivere Implementierung von Unternehmenszielen, systematische Verbesserung von Qualität und Leistungen, Fehlerreduktion, Effizienzsteigerung, transparentere Gestaltung von Prozessen, Erhöhung der KundInnen- und MitarbeiterInnenzufriedenheit etc. Abhängig von der konkreten Ausprägung der Ziellandschaft zum Zeitpunkt der Entscheidung zur Integration wird im Detail des Vorgehens variiert. Angemessene Anforderungen für die Integration von Managementsystemen sind u.a. Integrationskraft, Einfachheit und Verständlichkeit sowie Akzeptierbarkeit (Riemenschneider, 2001, S. 4).

Um den angestrebten Kernnutzen eines integrierten Managementsystems letztlich gut realisieren zu können, bedarf es der Beachtung unterschiedlicher und klar voneinander trennbarer Dimensionen der Integration unterschiedlicher (Teil-)Managementsysteme. Als solche Dimensionen können die folgenden identifiziert werden (Riemenschneider, 2001, S. 2):

- Integration der themenzentrierten Managementsysteme (z.B. Qualität, Umwelt, Sicherheit, Gesundheit)
- Anbindung an das allgemeine Managementsystem des Unternehmens
- Entwicklung von Akzeptanz bei den Betroffenen
- Spezifizierung des zu realisierenden Gestaltungskonzepts
- Geeignete Anpassung von Unternehmensstruktur und -kultur

Während der Integration bzw. Systementwicklung können drei Phasen gut voneinander abgegrenzt werden (Riemenschneider, 2001, S. 48): Systemaufbau und -dokumentation, Systembetrieb und -weiterentwicklung, Zertifizierung. Relevante Ziele lassen sich grob in

Basisziele, Effizienzziele, Sicherungsziele und Innovationsziele einteilen (Riemenschneider, 2001, S. 49):

- Basisziele: ursprüngliche Ziele der einzelnen Systeme (Effektivitätskriterium)
- Effizienzziele: Gewährleistung der *effizienten* Erreichung der Basisziele (Effizienzkriterium)
- Sicherungsziele: Gewährleistung von Compliance
- Innovationsziele: Gewährleistung von Anpassungsfähigkeit bzw. konkret der Anpassung an ein sich änderndes Umfeld

Unterschiedliche Gewichtungen der Ziele aus unterschiedlichen Zielkategorien ergeben in ihrem Gesamtbild eine sehr unternehmensspezifische Ausformung des integrierten Managementsystems. Daher ist ein strukturierter Umgang mit eventuellen Zielkonflikten von großer Bedeutung. Bei Zielen, die eine positive Auswirkung auf alle Kategorien haben, wird die Umsetzung relativ einfach sein. Bei Zielen hingegen, die einen positiven Einfluss auf einige Kategorien bei einem gleichzeitig negativen Einfluss auf andere Kategorien haben, wird die Umsetzung sich als schwieriger erweisen. In den genannten Fällen sollte explizit eine Bewertung nach (möglichst vorab) festgelegter Priorisierung im Unternehmen erfolgen (Riemenschneider, 2001, S. 52). Die Problematik lässt sich mit der des klassischen Spannungsdreieck des Projektmanagements vergleichen, wo sich Zeit, Geld und Qualität (Scope) gegenüberstehen. Dieses klassische Spannungsdreieck kann somit in Integrationsanstrengungen als um zusätzliche Dimensionen (wie z.B. Sicherheit und Qualität) erweitert betrachtet werden.

Während des Integrationsvorgangs findet üblicherweise eine Mannigfaltigkeit an Integrationsaktivitäten statt. Um die Notwendigkeit für die Durchführung gewisser Aktivitäten zu identifizieren (und entsprechend argumentieren zu können), bietet es sich an diese in geeignete Kategorien einzuteilen. Derartige Kategorien (vgl. bez. Einteilung von Zielen Tab. 4.2) von Integrationsaktivitäten könnten beispielsweise die folgenden sein (Riemenschneider, 2001, S. 55):

- Informationsaustausch
- Überlappende Arbeitskreise
- Integrierte Richtlinien, Verfahrens- und Arbeitsanweisungen
- Gemeinsame Führungsverantwortung
- Ernennung einer systemverantwortlichen Person

<b>Basisziele</b>	Geringe Umwelbelastung Schonung natürlicher Ressourcen – Sustainable Development Optimale Qualität Zufriedene Kunden Keine Unfälle Gesunde MitarbeiterInnen
<b>Effizienzziele</b>	Anwendung der besten Managementpraxis Die ungestörte Betriebsstunde Kostenreduktion Redundanzvermeidung Minimierung des Auditaufwands Optimierung von Verantwortlichkeiten bzw. Schnittstellen Güte der Arbeitsanweisungen (Konfliktfreiheit) Schlankere Organisation Übersichtlichere Dokumentation Einheitlichkeit und Verständlichkeit der Sprache Motivation der Mitarbeiter
<b>Sicherungsziele</b>	Rechtskonformität Reduktion bzw. Elimination von Haftungsrisiken Gerichtsfeste Organisation Imageoptimierung
<b>Innovationsziele</b>	Wesentliche Verbesserung der Systemleistung Informationsbasis zur Entscheidungsunterstützung Neue Managementinstrumente und Organisationsabläufe Neue Produkte, Dienstleistungen, Technologien Optimierte Anpassungsfähigkeit an sich ändernde Bedingungen Anpassungsfähigkeit an interne Veränderungen, z.B. der Bereiche bzw. ursprünglichen (Teil-)Managementsysteme

Tabelle 4.2: Zielkategorien der Integration von Managementsystemen nach Riemenschneider (2001)

Als Resultat einer erfolgreichen Integration ist die Realisierung o.g. Ziele bzw. von Synergiepotential zu betrachten. Die Managementprozesse (als Abfolge von Managementaktiväten, welche nach Managementfunktionen gruppiert werden können) überspannen nun die ursprünglichen Managementsysteme im Sinne eines integrierten Ganzen. Somit wird schließlich über das gesamte Unternehmens ein höheres Niveau an Effektivität bzw. Effizienz sowie nach Möglichkeit eine kontinuierliche Verbesserung im oben dargestellten Sinne möglich.

Zusammenfassend wurden in diesem Kapitel grundlegende Eigenschaften von Managementsystemen beleuchtet, die Problematik des Parallelbetriebs mehrerer (getrennter) themenzentrierter Managementsysteme erörtert und die grundsätzlichen Vorteile integrierter Managementsysteme sowie Aspekte des Integrationsprozesses diskutiert. Nachdem in Kapitel 2

#### *Kapitel 4 Managementsysteme und integriertes Management*

aktuelle Herausforderungen beschrieben wurden und in Kapitel 3 organisationsmedizinische Lösungsansätze soll nun aufbauend auf Kapitel 4 im folgenden Kapitel der Ansatz eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements skizziert werden.

# 5

## **Ansatz eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Dieses Kapitel stellt den Ansatz eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements dar, welches die verschiedenen im vorherigen Kapitel beschriebenen Einzelkomponenten nutzt. Aufbauend auf betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. diese inkludierend widmet sich betriebliches Gesundheitsmanagement dem Thema der Gesundheit der Mitarbeitenden noch nachhaltiger. Seine volle Wirksamkeit entfaltet ein Gesundheitsmanagementsystem allerdings erst als Komponente eines umfassenderen, integrierten Managementsystems.

### **5.1 Über Gesundheitsförderung zum Gesundheitsmanagement**

Für Betriebe stellt sich die Frage, wie im aktuellen und zukünftigen ArbeitnehmerInnenmarkt MitarbeiterInnen nicht nur im Betrieb gehalten werden können sondern wie dies v.a. in einem gesunden und leistungsfähigen Zustand erreicht werden kann. Gesundheit kann dabei als erneuerbare Ressource mit der Möglichkeit zur systematischen, systemischen (Verhältnis) und individuellen (Verhalten) Stärkung betrachtet werden. Dies führt zur Grundidee des auf betrieblicher Gesundheitsförderung aufbauenden betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). Gesundheit kann dabei als erlernbare Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung definiert werden, was wiederum ermöglicht diese zu lehren (Bentner, 2018, S. 1). Erwähnt sei hier jedoch bereits vorab (vgl. Abschnitt 5.2.3) die Notwendigkeit der Weiterentwicklung von *Health Education* to *Health Literacy* für dauerhaften Erfolg (Lindström und Eriksson, 2011).

Zentrale Handlungsfelder des BGM sind in diesem Sinne nach Bentner (2018, S. 2) neben dem Kern des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung beispielsweise Suchtprävention, Notfall- und Krisenmanagement, Personal- und Organisationsentwicklung sowie Fehlzeitenmanagement. Auch das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) ist als wesentlicher Teil eines funktionierenden BGM zu werten. Konkrete Maßnahmen der Verhältnisprävention (Veränderung der Arbeitsbedingungen) sind z.B. Sensibilisierung und Weiterbildung der Führungskräfte, Verbesserung der Arbeitsmittel etc. Konkrete Maßnahmen der Verhaltensprävention (Fokus auf individuelles Gesundheitsverhalten) sind z.B. Seminare zu Stress/Entspannung.

Die Etablierung eines wirksamen BGM in Unternehmen jeder Größenordnung bietet allerdings gewisse Widerstände. In Deutschland beispielsweise beschäftigen 98% der Unternehmen weniger als 50 MitarbeiterInnen (Bentner, 2018, S. 5) und können damit meist auf kein internes, spezialisiertes Gesundheitsmanagement-Team zurückgreifen. Demgegenüber steht die Entwicklung der Arbeitswelt in Richtung tertiärer bzw. quartärer Sektor und der Trend zur *neuen Selbständigkeit*. Entsprechend dieser Entwicklung ist seit dem Inkrafttreten des Präventionsgesetzes Mitte 2016 in Deutschland die Gesundheit keine reine Privatsache mehr, und Prävention wird durch die Kranken- und Pflegekassen mit mehr als 500 Mio. EUR pro Jahr gefördert. Eine diesbezügliche Entwicklung wäre auch in Österreich anstrebenswert.

In Österreich gibt es über *AUVAsicher* eine gute und *kostenlose arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung nach den Bestimmungen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes* für Betriebe mit weniger als 50 MitarbeiterInnen und nicht mehr als 250 MitarbeiterInnen an allen Standorten gemeinsam (AUVA, 2019a). Effektives betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert allerdings aller Wahrscheinlichkeit nach mehr als diese Betreuung. Zusätzlich zu den Grundkomponenten Arbeitsschutz, betriebliches Eingliederungsmanagement und Konzeption sowie Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erscheint beispielsweise eine klare und überprüfbare Zielhierarchie sinnvoll (vgl. Abschnitt 4.3). Günstig ist hier, eine umfassende Strategie (wie z.B. nach ISO-Normen oder Arbeitsschutzsystemen formuliert) zu erarbeiten.

Relevant erscheint in diesem Zusammenhang die grundsätzliche Herangehensweise an die Beurteilungen von ArbeitnehmerInnen. Konkret stehen sich gegenüber defizitorientierte Beurteilungen und ressourcenorientierte Beurteilungen. Als Konsequenz könnte nicht mehr Gesundheit als Normalzustand betrachtet werden sondern eher als fortwährend anzustrebender Zustand. Als Zielbild für wirksames betriebliches Gesundheitsmanagement bietet sich somit *gesunde Arbeit in gesunden Organisationen* an.

Der Wunsch nach Umsetzung dieses Zielbildes führt einerseits zur Notwendigkeit der Setzung von Priorität auf Gesundheitsförderung und Primärprävention, weniger der Bewälti-



## 5.1 Über Gesundheitsförderung zum Gesundheitsmanagement

gung von Krankheiten (Bentner, 2018, S. 14). Andererseits kommen auch Tertiär- und vor allem Sekundärprävention eine tragende und zu fördernde Rolle zu (vgl. 3.1). In diesem Sinne gibt es etwa seit Ende der 90er-Jahre Studien zur Beleuchtung der Frage: welchen Kriterien muss eine Organisation genügen, um resilient zu sein? Untersuchungen dieser Art führten zur Analyse von *high reliability organizations* bei denen sich positive Fehlerkultur als eine der wichtigsten Eigenschaften zeigte (Bentner, 2018, S. 20).

Nun stellt sich die Frage: wie könnten Organisationen in Richtung von *high reliability organizations* bewegt werden. Es zeigt sich, dass eine realistische Chance auf Veränderung gewissen Vorbedingungen hat. Unter anderem gilt es, die regelhaften Kommunikations- und Entscheidungsformen, beispielsweise über Geld, Macht oder eine Kombination von beiden, dauerhaft und auf eine zusammen passende Art zu modifizieren wenn Veränderung insgesamt erfolgreich sein soll (Bentner, 2018, S. 16).

Bei Veränderungsprozessen treten jedoch nahezu unweigerlich Konflikte auf; dabei wird eine typische Kausalkette beispielsweise ausgelöst durch künstliche Komplexitätsreduktion von Entscheidungsprozessen auf der Basis eines aktiven Nicht-Hinterfragens früherer Entscheidungen oder paralleler Entscheidungsprozesse (vgl. Abschnitt 4.2 und Bentner, 2018, S. 17). So unweigerlich entstehende Widersprüche im Regelwerk werden im Allgemeinen personalisiert (und z.B. einer Person im Management zugesprochen) oder in Form von Konflikten zwischen Menschen im Unternehmen inszeniert (Bentner, 2018, S. 17). Insgesamt ist wohl zu erwarten dass eine komplexere Umwelt ohne Etablierung eines angemessenen Umgangs zu mehr Widersprüchen der genannten Art und konsekutiv zu mehr Konflikten führt.

Um einen angemessenen Umgang mit Widersprüchen und Konflikten zu finden, erscheinen Kenntnisse über deren typischen Ursprung hilfreich. Bezüglich der grundsätzlichen Integration von Management(teil)systemen siehe Abschnitt 4.3. Konflikte wiederum entwickeln sich im Unternehmen eher um schwerer kommunizierbare Themen, wie beispielsweise Angst, Überforderung, Verlust von Macht bzw. Privilegien etc. (Bentner, 2018, S. 17). Dabei lässt sich allerdings Widerstand, wenn korrekt identifiziert und betrachtet, durchaus als Ressource nutzen. Insbesondere kann er ein sehr wertvoller Hinweis auf die Existenz bestimmter Engstellen in der Weiterentwicklung von Organisationen sein. Die Verbindung zur Gesundheit (von Einzelpersonen, Teams oder größeren Organisationen) lässt sich dabei so ziehen, dass Gesundheit durchaus als Fähigkeit zur Gefühlsregulierung und Problemlösung gewertet werden kann.

Dabei gibt es durchaus interessante Parallelen zwischen der Gesundheit im genannten Sinn auf den Ebenen von Organisation und Team bzw. Gruppe sowie der des Individuums. Auf allen Ebenen wird die Problemlösungsfähigkeit und die Fähigkeit zum Umgang mit zukünftigen Herausforderungen durch ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten

oder sogar hergestellt (Badura et al., 2010, S. 32). Auf der individuellen Ebene spielt hier natürlich auf ein positives körperliches und psychisches Befinden, insbesondere ein positives Selbstwertgefühl, eine nennenswerte Rolle. Und da die physische und mentale Leistungsfähigkeit der Einzelperson in ständiger Wechselwirkung mit anderen Komponenten betrieblicher Aktivität steht, ist die Betrachtung im Zusammenhang essentiell (Jancik, 2002, S. 14).

Grundsätzlich ist in der heutigen Wirtschaft kontinuierliche Steigerung der Wirtschaftlichkeit von Unternehmen Voraussetzung für deren dauerhaften Erfolg (Jancik, 2002, S. 13). Effizienzsteigerung erfolgt dabei parallel auf der Kosten/Nutzenseite und auf der Seite persönlicher Verausgabung von MitarbeiterInnen und Führungskräften. Strukturiertes Gesundheitsmanagement auf Basis der o.g. drei Säulen ist als Teil dieses Optimierungsprozesses und hilft bei der Umsetzung langfristig gesetzter Unternehmensziele (Jancik, 2002, S. 13).

Die Verantwortung von Führungskräften besteht somit gemeinsam für den wirtschaftlichen Erfolg des Betriebes und das gesundheitliche Wohlergehen der MitarbeiterInnen. Beides gemeinsam ist nicht nur eine ethische Verpflichtung sondern eine Notwendigkeit im Sinne der Zukunftssicherung des Betriebes, da die durch gesundheitliche Aspekte beeinflusste Produktivität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kritisch für das Überleben der Organisation ist. Dies gilt naturgemäß sowohl bei profitorientierten als auch bei gemeinnützigen Organisationen. Kompetenz, Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Gesamtheit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist essentiell für den Erfolg jeder Organisation. Mittlerweile steht zwar ausreichend Evidenz zu Verfügung, um systematisch Gesundheitsmanagement auf rationaler Basis durchführen zu können (Jancik, 2002, S. 15), dennoch findet Gesundheitsmanagement in vielen Organisationen wohl eher zufällig statt, in Breite und Tiefe abhängig von Einzelpersonen.

Nach Bentner (2018, S. 19) gibt es drei Konzepte bzw. Komponenten (als Realisierung der Konzepte), die auch in kleinen und mittleren Unternehmen gut umzusetzen sind (und in Deutschland im Rahmen des Präventionsgesetzes gefördert werden): Stress bewältigen, Resilienz trainieren, Salutogeneseorientiertes Management etablieren. Der folgende Abschnitt beschreibt diese drei Komponenten und damit die Quasi-Voraussetzungen dauerhaft wirksamen Gesundheitsmanagements etwas detaillierter.

## **5.2 Zentrale Komponenten wirksamer Gesundheitsmanagementsysteme**

Nach (Jancik, 2002, S. 15) ist Gesundheitsmanagement *gezieltes und bewusstes Einarbeiten gesundheitsfördernder, krankheitsvorbeugender und Heilung unterstützender Strategien,*

*Strukturen und Prozesse in das allgemeine Management, in die Führungsstrategie und in den Führungsstil.* Und obwohl durchaus Grund besteht gutes Gesundheitsmanagement per se als Wert zu betrachten, erscheint es sinnvoll dessen Etablierung durch unterstützenden Argumentation zu flankieren. In der Tat erscheint beispielsweise gutes Qualitätsmanagement nur in Kombination mit Gesundheitsmanagement möglich, da erst Letzteres eine dauerhaft erfolgreiche Zuwendung zu Kundenbedürfnissen ermöglicht (Jancik, 2002, S. 16). Von den mannigfaltigen Umfeldfaktoren eines Gesundheitsmanagementsystems seien nach (Jancik, 2002, S. 16 ff.) hier lediglich eine Teilmenge beispielhaft dargestellt. Erst die Akzeptanz der Realität dieses Umfelds ermöglicht effektives und effizientes (in der Kombination hier als wirksam bezeichnetes) Gesundheitsmanagement:

- Wechselseitige Treuepflichten von Betrieb und Mitarbeitenden: seitens Mitarbeitenden wird beispielsweise Arbeitsleistung, Loyalität und Wahrung der Betriebsinteressen geschuldet; seitens Betrieb beispielsweise Einkommenszahlung, Ermöglichung des Bestands des Arbeitsverhältnisses und Abwendung von Gesundheitsschäden.
- Austausch von Arbeitsleistung und Entgelt: Existenz unterschiedlicher Voraussetzungen bei unterschiedlichen Mitarbeitenden; Notwendigkeit der Verantwortungsübernahme für die individuellen Folgen durch den Betrieb.
- Aufeinandertreffen betrieblich rationalen Denkens und nicht vollständig rationalen Verhaltens: Subjektivität der Menschen.
- Aufeinandertreffen unterschiedlicher Gruppen und Interessen: Konfliktpotential und Gesundheitsgefährdung durch mangelhafte Konfliktlösung; Notwendigkeit des Informationsaustausches.
- Unvollständige Information über den Gesundheitszustand der Mitarbeitenden und über Gesundheitsgefahren: Herausforderung einer angemessenen Einschätzung der Leistungsfähigkeit; Notwendigkeit des Wissenserwerbs und der -dissemination.
- Vorsorgenotwendigkeit für den Fall reduzierter Leistungsfähigkeit.
- Aufeinandertreffen betrieblicher und privater Interessen, Einfluss privater Entscheidungen auf betriebliche Produktivität: permanente Suche nach einer guten Balance.
- Ständige Veränderung der Teamzusammensetzung, laufend Entstehung neuer Situationen.
- Einfluss der demografischen Struktur der Gesellschaft.
- Notwendigkeit der Beachtung einer Mannigfaltigkeit von Vorschriften; Einfluss des staatlichen Ordnungsrahmens, der eher vergangenheitsorientiert ist.

- Notwendigkeit der Abwägung kurzfristiger Kapitalinteressen und eher längerfristiger sozialer Interessen; Konsequenzen bestimmter Handlungen teilweise erst langfristig erkennbar.
- Aufeinandertreffen legitimer betrieblicher bzw. Einzelinteressen und moralischer Verpflichtungen für die Gesellschaft.

Trotz möglicherweise vorliegender Akzeptanz der realen Rahmenbedingungen zeigt sich jedoch, dass Gesundheitsmanagement bisher nur eher selten Ziel bewusster, intensiver Aktivität von Führungskräften ist. Dies bietet sich jedoch auch aus ökonomischer Perspektive an (Jancik, 2002, S. 23): *Durch Gesundheitsmanagement soll das mit Krankheit verbundene Kostenrisiko auf breiter Basis kalkulier- und beeinflussbar werden.* Insofern ist der Erfolg des Gesundheitsmanagements eher durch die Grundhaltung als die konkrete Abfolge von Projekten bzw. Maßnahmen gegeben. Definiert ist dieser Erfolg letztlich durch die Ergebnisqualität der Arbeit sowie die Gesundheit von Organisation und Mitarbeitenden.

Um jenen Erfolg allerdings mit einer angemessenen Wahrscheinlichkeit auch zu erzielen, bietet sich die Beachtung positiver Erfahrungswerte an. Ähnlich wie in der Physik in der drei unterstützende Punkte die stabile Positionierung einer Ebene ermöglichen, bieten die oben bereits erwähnten drei Komponenten wirksamer (d.h. effektiver und effizienter) Gesundheitsmanagementsysteme eine gute Ausgangsbasis für zielgerichtete Anstrengungen: Stressbewältigung, Resilienztraining und salutogeneseorientiertes Management.

### 5.2.1 Stressbewältigung

Die erste Komponente wirksamer Gesundheitsmanagementsysteme ist die Etablierung eines angemessenen Umgangs mit Stress. Stressbewältigung ist erlern- und trainierbar und in gewissen Sparten (z.B. Blaulicht-Einsatzorganisationen, Luftfahrt) sogar Quasi-Voraussetzung für die Berufsausübung. Drei Bestandteile des Phänomens Stress können nach Bentner (2018) unterschieden werden: Auslöser, Stressreaktion und Qualität des Phänomens Stress.

Auslöser für Stress sind sogenannte Stressoren. Diese sind diverse Anforderungen aus der Umwelt und beispielsweise physikalischer oder sozialer Natur. Stressoren als Solches sind weder positiv noch negativ bewertet. Als Folge des Auftretens eines Stressors wird im Organismus eine Stressreaktion ausgelöst.

Die Stressreaktion ist die Antwort des Organismus auf einen Stressor. Sie besteht in körperlichen Anpassungsreaktionen, Gefühlen und deren Wahrnehmung in Form von Emotionen (vgl. Damasio, 2006). Stressreaktionen können bewusst oder ungewusst ablaufen. In der Tat ist

## 5.2 Zentrale Komponenten wirksamer Gesundheitsmanagementsysteme

davon auszugehen, dass die weit überwiegende Mehrheit der Stressreaktionen unbewusst abläuft.

Die Qualität des Phänomens Stress hängt zu einem großen Ausmaß von der Konstitution des Individuums sowie dessen Interpretation des Geschehens (appraisal nach der Stresstheorie von Lazarus; vgl. Lazarus, 2006) und sonstigen Copingmechanismen (auch sozialen) ab (vgl. Abschnitt 3.4). Individuelle Bewertungen können dabei als persönliche Stressverstärker wirken oder das Ausmaß der Stresswirkung reduzieren. Kaluza (2018, S. 62 ff.) proponiert drei Hauptwege, um individuell mit Stress umzugehen: instrumentelles Stressmanagement, mentales Stressmanagement und Regeneratives Stressmanagement.

Instrumentelles Stressmanagement konzentriert sich nach Kaluza (2018, S. 63) auf die Elimination bzw. Reduktion der Stressoren. Beispielhaft genannt seien Zeitplanung, Prioritätensetzung, Abgrenzung und Fortbildungsaktivität. Benötigt werden dafür Sachkompetenz und sozio-kommunikative Kompetenz.

Mentales Stressmanagement fokussiert auf die Reduktion persönlicher Stressverstärker. Es beinhaltet nach Kaluza (2018, S. 63) beispielsweise Einstellungsänderung, positive Selbstinstruktion, Relativierung und Sinnggebung. Beziehen kann sich mentales Stressmanagement wie das instrumentelle Stressmanagement einerseits auf die konkreten Herausforderungen und andererseits auf die Landschaft an Herausforderungen generell.

Regeneratives Stressmanagement hat als Ansatzpunkt die Modulation der physischen und psychischen Stressreaktion im Verlauf. Kaluza (2018, S. 63) nennt beispielhaft Entspannungstraining, Bewegungstraining, Hobbyaktivität und sinnvolle Pausengestaltung bez. eutymes Verhalten generell. Unterschieden werden kann hier zwischen kurzfristiger (Palliation) und langfristiger Wirksamkeit (Regeneration).

Stressbewältigung im sozialen System, von Kaluza (2018) als *strukturelles Stressmanagement* bezeichnet, orientiert sich ebenfalls an den vom individuellen Stressmanagement genutzten drei Hauptwegen. Im Sinne der kombinierten Verhältnis- und Verhaltensprävention ist eine Behandlung der Ansätze auf Organisationsebene mindestens ebenso bedeutsam wie der individuelle Umgang mit Stress. Konkret nennt Kaluza (2018, S. 69) beispielhaft die angemessene Gestaltung der Arbeitsbedingungen und Ressourcensituation auf instrumenteller Ebene, eine angemessene Leistungs-, Führungs- und Fehlerkultur auf mentaler Ebene sowie Freiräume und Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf auf regenerativer Ebene.

## 5.2.2 Resilienztraining

Die zweite Komponente guter Gesundheitsmanagementsysteme ist die systematische Stärkung von Resilienz der Mitarbeitenden und der Organisation. Der Begriff der *Resilienz* entstammt ursprünglich der Materialforschung und beschreibt Eigenschaft eines Materials, nach Verformung in die ursprüngliche Konfiguration zurückzukehren (Bentner, 2018, S. 21). Metaphorisch lässt sich eine resiliente Person in diesem Sinne als Stehaufmännchen beschreiben. Welche Eigenschaften von Menschen Resilienz fördern, also sogenannte Resilienzfaktoren, lassen sich nach Bentner (2018, S. 21 f.) in einem relevanten Ausmaß aus einer 40 Jahre dauernden Studie auf der Insel Kauai (Hawaii) ableiten. Die Psychologin Emmy Werner aus Kalifornien begleitete in deren Rahmen knapp 700 Kinder, die in eher ungünstigen Verhältnissen aufwuchsen. Daraus ergaben sich folgende Resilienzfaktoren:

- Optimismus und positive Selbsteinschätzung: die Emotionsregulationskompetenz, also Fähigkeit zum Erleben positiver Emotionen in schwierigen Situationen, erhöht die Widerstandskraft.
- Akzeptanz/Realitätsbezug und Lösungsfokus: führt zu einer realistischen Zielsetzung und ermöglicht so einen tendenziell sinnvolleren Umgang mit eigenen Ressourcen.
- Selbstregulation und Selbstfürsorge: Menschen können nur geben, was sie selber haben. In diesem Sinne sind Selbstregulation und Selbstfürsorge als wesentliche Voraussetzung für entsprechend positiven Einfluss auf die soziale Umgebung anzusehen.
- Beziehungen und soziale Netzwerke: der Mensch wird fallweise als Herdentier bezeichnet; Studien legen nahe, dass die neuronale Verarbeitung sozialer Ausgrenzung ähnlich derer von Schmerzverarbeitung ist (Pieritz et al., 2017). Die in Kauai von Emmy Werner et al. durchgeführte Studie führte nach Bentner (2018, S. 22) in diesem spezifischen Punkte zu dem Ergebnis, dass bereits eine einzige stabile soziale Beziehung ausreichte um die Wahrscheinlichkeit des langfristigen Funktionierens wesentlich zu erhöhen.
- Zukunftsgestaltung, Improvisationsvermögen, wahrgenommene Sinnhaftigkeit von Leben und Arbeit: die Kombination dieser Eigenschaften ermöglicht angemessenes, flexibles Reagieren auf unerwartete Situationen und steigert so die Resilienz.

Nach (Bentner, 2018, S. 24 ff.) lassen sich die hier genannten und in einer eigentlich nicht primär die Arbeitswelt betreffenden Studie erstmals identifizierten Resilienzfaktoren gut auf die Arbeitswelt übertragen. Resilienztrainings ermöglichen so eine nachhaltige Senkung von Langzeiterkrankungen. Diverse Forschungsschwerpunkte existieren oder sind im Entstehen begriffen, die die Trainierbarkeit von Resilienz weiter untersuchen. Beispielsweise existieren Hinweise darauf, dass Entspannungsfähigkeit Menschen resilienter macht als solche,

die schnell übererregt reagieren. Entspanntere Menschen wiederum weisen tendentiell eine höhere Arbeitszufriedenheit auf, welche sich für Unternehmen wiederum in weniger Krankenständen, höherem Engagement und einer niedrigeren Fluktuationsrate niederschlägt.

Eine wesentliche Grundlage von Resilienztrainings stellt die positive Psychologie mit ihrer grundsätzlich positiven Ausrichtung dar, ganz im Gegensatz zur klinischen Psychologie mit ihrer Ausrichtung auf pathologische Aspekte (Bentner, 2018, S. 29 ff.). (Man beachte die Parallelen zur salutogeneseorientierten Herangehensweise im Gegensatz zur pathogeneseorientierten Herangehensweise in der Präventivmedizin und ziehe so die Verbindung zur dritten Komponente wirksamen Gesundheitsmanagements.) Wesentlich ist hier die Unterscheidung zwischen dem Weg zu einem gutem Leben und dem konkreten Ergebnis positiver Lebensgestaltung; Letzteres tritt selbst bei optimaler Wahl des Vorgehens nicht immer im positive Sinne ein. Dieser Aspekt findet sich auch mit der Formulierung des Strebens nach Glück (*pursuit of Happiness*) in der Unabhängigkeitserklärung der USA. Diese Bezugnahme auf die positive Ausrichtung auf nationaler Ebene unterstreicht die hohe Bedeutung der Verankerung von Gesundheitsmanagement im Top-Management und der Unternehmensphilosophie generell. Bezüglich konkreter Umsetzungsbeispiele sei auf die Darstellungen durch Bentner (2018) verwiesen.

### 5.2.3 Salutogeneseorientiertes Management

Salutogeneseorientiertes Management stellt die dritte Komponente guter Gesundheitsmanagementsysteme dar. Der Begriff der Salutogenese leitet sich von lateinisch *salus* für *Gesundheit* und altgriechisch *genesis* für *Entstehung* ab und bezeichnet eine grundsätzlich positive Ausrichtung auf das Thema Gesundheit (vgl. Abschnitt 3.6). Damit steht die salutogeneseorientierte Herangehensweise in klarem Gegensatz zur pathogeneseorientierten Herangehensweise des Großteils der klassischen Medizin.

Seit der Etablierung des Begriffs *Salutogenese* durch Aaron Antonovsky in der 70er-Jahren des vorigen Jahrhundert wurde das Konzept der Salutogenese in diversen Gebieten untersucht (vgl. Antonovsky, 1979; Mittelmark et al., 2017). Grundsätzlich lassen sich salutogeneseorientierte Ansätze im privaten wie öffentlichen, individuellen wie organisatorischen Rahmen umsetzen. Beispielhaft seien hier die Anregungen Ellerys dargestellt, nach denen sich die folgenden fünf Richtlinien zur Implementierung salutogenetischer Konzepte im Bereich der öffentlichen Gesundheit und darüber hinaus empfehlen (Ellery, 2007):

- Initialer Fokus auf Verbesserung des Unternehmensklimas sowie zwischenmenschlicher Verhältnisse.

- Betonung von Verhältnis- und Verhaltensänderungen mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit des Auftretens salutoner Einflüsse zu erhöhen.
- Entsprechend Reduktion der Bedeutung pathogeneseorientierter Kommunikation.
- Betonung von Programmen, die Win-Win-Situationen schaffen (im Gegensatz zu Win-Lose-Situationen).
- Miteinbeziehung des Themas *psychische Gesundheit* mit Schwerpunkt Selbstwirksamkeit und Bewusstseinsbildung für die eigenen Stärken/Schwächen.

Bei der Betrachtung der genannten fünf Empfehlungen fällt auf, dass das Thema Unternehmenskultur mit diesen eng verwoben ist. Tatsächlich erscheint Kultur als zentrales Thema in Antonovskys Lebenswerk zur Salutogenese (Benz et al., 2014). Die Bedeutung von Kultur vs. persönliches Kohärenzgefühl und deren Interaktionseffekts unterliegt allerdings nennenswerten Schwankungen, insbesondere auch im Lebensverlauf (Braun-Lewensohn und Sagy, 2011). Somit könnte sich das Konzept der Optimalität abhängig von Alter und persönlichem Umfeld von MitarbeiterInnen unterschiedlich ausgestalten. Relevant dürfte allerdings in allen Altersstadien die Erarbeitung selbstbestimmter und individualisierter Zielsetzungen sein (Bronikowski und Bronikowska, 2009).

Wesentlich erscheint bei Anwendung salutogeneseorientiertem Management die Hinwendung zur Individualität der Mitarbeitenden. Bezüglich gegensätzlichen Verhaltens wurde der Literatur der Begriff *coercive healthism* geprägt (Skrabanek, 1994). Die formulierte Gefahr dabei ist, dass diverse durch Bilder von Pathologien ausgelöste Ängste und quasi-gesundheitsförderliche Verhaltensweise in Kombination tatsächlich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Individuums bewirken (Davies, 2008). Demgegenüber trägt ein klarer individueller Fokus auf positive Aspekte eher zu Erhalt und Förderung von Gesundheit und Zufriedenheit bei (Davies, 2007). Insgesamt ist davon auszugehen, dass ein hoher Bildungsstand individueller und kollektiver Bildungsstand die Wirksamkeit gesundheitsförderlicher Maßnahmen erhöht; tituliert wird dieses Konzept in der Literatur als Übergang von *Health Education* to *Health Literacy* (Lindström und Eriksson, 2011).

Interessant dabei ist, dass der salutogenetische Ansatz nicht nur in dem von Davies (2007) genannten Sinne konstruktiv angewandt werden kann, sondern durchaus auch im Falle schwerwiegender Erkrankung (wie z.B. maligner Neoplasien) ein nützliches Modell zum Umgang mit diesen darstellen kann (Berberich et al., 2006). Möglicherweise ist der salutogeneseorientierte Ansatz sogar in einem grundsätzlich pathogenesorientierten Setting (wie dem Spital) von Vorteil (Jonas et al., 2014; Langeland et al., 2013). Weiters können salutogeneseorientierte Konzepte nicht nur in hochfunktionalen Umgebungen erfolgreich eingesetzt werden, sondern auch im Kontext psychischer Erkrankungen Langeland et al. (2007).



## 5.2 Zentrale Komponenten wirksamer Gesundheitsmanagementsysteme

Die Möglichkeit, salutogenesebasierte Therapieansätze im Bereich psychischer Belastungen oder Erkrankungen einzusetzen, ist im Kontext der aktuellen Entwicklungen der Arbeitswelt (Anstieg psychischer Erkrankungen) von großer Relevanz (Lindström und Eriksson, 2005). Interessant dabei ist die Dualität einerseits erhöhter psychischer Anforderungen durch im Schnitt verstärkte humane Interaktion im modernen Setting, andererseits der klaren salutogenetischen Wirkung des täglichen sozialen Umgang bzw. Einbindung in das soziale Netz einer gesunden Organisation (Hudson, 2013). Dies führt wiederum zur Feststellung der grundsätzlich positiven Wirkung von Belastung (vgl. Abschnitt 3.4). Somit kann Gesundheit in belastenden Situationen nicht nur erhalten sondern sogar gefördert werden (Lindström und Eriksson, 2006); die praktische Implikation ist quasi, dass Leiden positive Aspekte und Möglichkeit zum inneren Wachstum bietet (Oliveira, 2015).

In der Salutogenese-Wissenschaft generell und im betrieblichen Kontext empfiehlt sich ein Zyklus aus Theorieentwicklung und Anwendung (García-Moya und Morgan, 2016). Neben Interventionen auf breiter Ebene kann Kohärenzgefühl durch spezifische Interventionen optimiert werden, insbesondere im Erwachsenenalter (Mayer und Krause, 2011). Unterstützend dabei ist, dass Menschen von sich aus Kohärenz in allen Bereichen ihres Lebens anstreben (Petzold und Lehmann, 2011). Dabei wirkt emotionale Kohärenz positiv auf kulturelle Kohärenz, welche wiederum positiv auf globale Kohärenz wirkt (Petzold und Lehmann, 2011).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der salutogenetische Ansatz nicht nur Möglichkeiten bietet Individuen und Organisationen zu stärken, sondern auch die Gesellschaft als solches, Krankheit zu vermeiden, Gesundheit zu fördern und das Leben zu verlängern (Lindström, 2018). Menschen verbringen einen großen Teil ihres Lebens in Organisationen, und das Kohärenzgefühl ist wesentlich durch den durch Organisationskontext beeinflussbar (Mayer, 2011). In der Tat kann Kohärenzgefühl bereits durch Fokussierung auf die Gemeinsamkeiten der Menschen gestärkt werden (Petzold und Lehmann, 2011).

Im bisherigen Verlauf des Kapitels wurden relevante Eigenschaften von Gesundheitsmanagementsystemen generell sowie zentraler Komponenten wirksamer (effektiver und effizienter) Gesundheitsmanagementsysteme dargestellt. Aufgrund der eher geringen Sichtbarkeit der grundsätzlich in Österreich nun bereits seit knapp 20 Jahren existenten Bestrebungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung und Etablierung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme (Atzler et al., 2011), erscheint eine Adaptierung des Vorgehens angemessen. Dies erscheint zunehmend dringlich, da bereits Ende des letzten Jahrtausends ein generell vermehrtes Interesse an Integration von die Gesundheit betreffenden Themen mit allgemeinen Qualitäts- und Umweltschutzmanagementsystemen zu orten war (Pischon und Liesegang, 1999). In diesem Sinne positioniert der folgende Abschnitt als Zielbild die Integration des Gesundheitsmanagements in ein einheitliches integriertes Managementsystem und skizziert einige der zu erwartenden Vorteile.

## 5.3 Gesundheitsmanagement im integrierten Managementsystem

Bezogen auf Belastungsbewältigung äußert Kaluza (2018, S. 70): „*Der Dialektik von Verhalten und Verhältnissen wird am ehesten entsprochen, wenn strukturorientierte und individuumorientierte Maßnahmen integriert durchgeführt werden.*“ Bedeutsam ist aus Sicht des Autors vorliegender Arbeit dabei das Wort *integriert*. Kaluza bezieht sich also nicht darauf, dass lediglich einzelne Teilkomponenten eines Systems koordiniert werden sollten, sondern weist ganz bewusst auf die Sinnhaftigkeit der Integration hin. Durch die positive Nutzung von Interaktionseffekten kann durch Integration Nutzwert für das System erzielt werden, der durch Koordination nicht oder nur schwer realisierbar erscheint (vgl. Abschnitt 4.3).

Dasselbe gilt vermutlich nicht nur für Belastung als solches sondern auch für die Integration des geordneten Umgangs damit – des Gesundheitsmanagementsystems – mit anderen spezialisierten, themenzentrierten Managementsystemen. Hinsichtlich anderer themenzentrierter Managementsysteme, wie beispielsweise Umweltmanagementsystemen, wurde die Erfahrung gemacht, dass nur durch Integration von Managementsystemen Qualität, Sicherheit und Umweltschutz dauerhaft mit betriebswirtschaftlich sinnvollem Aufwand gewährleistet ist (Riemenschneider, 2001, S. 49). Ähnliches kann hinsichtlich betrieblicher Gesundheit angenommen werden. Und da im Wesentlichen lediglich der Arbeitsschutz rechtlich geregelt ist, ist Gesundheitsmanagement mit salutogenetischem Ansatz weitgehend frei gestaltbar (Nowak, 2010, S. 29). Somit lässt sich das Vorgehen durch die Organisation relativ rasch und praxisnah an neuere Erkenntnisse anpassen und so prinzipiell ein optimiertes Vorgehen finden.

Hinsichtlich der bei der Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems pragmatischerweise einzubeziehenden Fachrichtungen besteht in der Literatur eine gewisse Variabilität. Die Einbeziehung von ArbeitsmedizinerInnen bei der Aufstellung jeglicher betrieblicher gesundheitsfördernder Konzepte und Maßnahmen (ebenso wie die Involvierung der Betroffenen) erscheint jedoch unverzichtbar. Nowak (2010, S. 29) beispielsweise begründet dies mit deren speziellen Wissen und praktischen Erfahrungen.

Um Gesundheitsmanagementsystemen eine langfristige Überlebenschance zu ermöglichen, ist auch die Darstellung des betriebswirtschaftlichen Nutzens unerlässlich. Deshalb seien einige direkte und indirekte Auswirkungen entsprechender Systeme und Maßnahmenpakete hier noch beispielhaft genannt. Nowak (2010, S. 29) nennt als Quellen des wirtschaftlichen Nutzens für Unternehmen durch Gesundheitsmanagement konkret:

- *Erhöhte Arbeitszufriedenheit und Produktivität*

### 5.3 Gesundheitsmanagement im integrierten Managementsystem

- *Gesteigerte Dienstleistungs- und Produktqualität*
- *Verbesserte betriebliche Kommunikation/Kooperation*
- *Langfristige Senkung von Krankheitskosten*
- *Kontinuierliche Imageverbesserung des Unternehmens*

Abgesehen von diesen, direkt aus Unternehmenssicht wahrnehmbaren Aspekten, schildern ArbeitnehmerInnen auch die generelle Lebens- und Arbeitsqualität verbessernde Aspekte. Diese sind nach Nowak (2010, S. 29) beispielsweise die folgenden:

- *Gesteigertes Wohlbefinden am Arbeitsplatz*
- *Besseres Betriebsklima*
- *Mehr Zufriedenheit, Freude und Motivation bei der Arbeit*
- *Weniger Arbeitsbelastungen*
- *Verringerte gesundheitliche Beschwerden*
- *Erhöhte Kompetenz in Fragen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes*
- *Gesünderes Verhalten in Betrieb und Freizeit*

Da sich die geschilderten Effekte auffällig gut mit typischen Zielen bei der Integration von Managementsystemen decken (vgl. 4.2), ist insgesamt wohl davon auszugehen, dass Unternehmen von derartigen, positiven Veränderungen auch ökonomisch profitieren. Zwar sind klassische gesundheitsökonomische Messgrößen (wie QALYs und DALYs) im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements nicht direkt anzuwenden, dennoch erscheint die Darstellung des konkreten Nutzens des BGM möglich und sinnvoll (siehe dazu Atzler et al., 2011, S. 7).

Insgesamt lässt sich festhalten, dass optimiertes Gesundheitsmanagement für Organisationen jeder Größenordnung angemessen erscheint, da bereits auf der Ebene des Individuums ein strukturiertes Vorgehen Vorteile bietet. Darüber hinaus steigt die Komplexität gesundheitlicher Herausforderungen mit der Größe von Organisationen, und umso mehr Bedarf besteht für qualitativ hochwertiges, integriertes Gesundheitsmanagement in quantitativ angemessenem Ausmaß.

Hinsichtlich der Frage der Integration ist generell davon auszugehen, dass jede Organisation ein Managementsystem einsetzt, allerdings nicht immer klar darlegbaren Regeln folgend. Allerdings hilft die Existenz eines integrierten Managementmodells möglicherweise dabei, das eigene Geschäftsmodell langfristig erfolgreich am Laufen zu halten (International Organisation for Standardization (ISO), 2018). Somit bietet sich auch für kleinere und mittlere

Unternehmen die Beschäftigung mit der Frage nach optimaler Integration gesundheitlicher Themen (d.h. des betrieblichen Gesundheitsmanagement) in das allgemeine Managementsystem an.

Zusammenfassend bietet sich die Etablierung betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme als der betrieblichen Gesundheitsförderung übergeordnete und diese implizierende für Unternehmen generell an. Die konkrete Ausprägungen der Gesundheitsmanagementsysteme sind dabei vermutlich so unterschiedlich wie die Unternehmen selbst. Zentrale Komponenten die jedenfalls enthalten sein sollten sind Stressbewältigung, Resilienztraining und salutogeneseorientiertes Management. In der Umsetzung ist auf erfahrungsgemäß typische Stolpersteine zu achten (vgl. Abschnitt 5.2), eine Exazerbation von Konflikten optimalerweise im Vorfeld abzufangen. Langfristiges Überleben und Gedeihen wird Gesundheitsmanagementsystemen eher als Teil integrierter Managementsysteme denn als parallel betriebene themenzentrierte Managementsysteme beschieden sein. Bevor nun im Empirieteil vorliegender Arbeit Verbreitung und Bedarf nach organisationsmedizinischer Aktivität grob abgeschätzt werden, soll im folgenden Kapitel der Theorieteil nochmals kurz zusammengefasst werden.

# 6

## Zusammenfassung des Theorieteils

Dieser Abschnitt fasst noch einmal den Theorieteil der vorliegenden Arbeit kurz zusammen und leitet zum empirischen Teil der Arbeit über. In den Kapiteln 2 bis 5 wurden ausgehend von den aktuellen Herausforderungen der Arbeitsmedizin die Entwicklung und Möglichkeiten der Organisationsmedizin positiv vorgestellt. In der Kombination der beiden Teilfelder bietet die Arbeits- und Organisationsmedizin die Möglichkeit, betriebliche Herausforderungen die Gesundheit betreffend umfassender zu behandeln. In der konkreten Implementierung in Form eines Gesundheitsmanagementsystems als wesentliche Komponente eines integrierten Managementsystems besteht in der Gesamtsicht die höchste Wahrscheinlichkeit, die Gesundheit betreffende Themen langfristig insgesamt möglichst optimal in Organisationen zu verankern.

In Kapitel 2 wurde der aktuell laufende Wandel der Arbeitswelt hin zu Tätigkeiten des tertiären und quartären Wirtschaftssektors dargestellt. Es wurde erläutert, welchen Einfluss der demographische Wandel zu erwarten lässt und wie existente Jobs in ihrer konkreten Ausprägung Veränderungen von Breite und Tiefe der Tätigkeit erfahren. Es wurde die Frage nach der Qualität des gesundheitlichen Einflusses von Arbeit behandelt und grundsätzliche Stärken und Entwicklungspotentiale der Arbeitsmedizin im Umgang mit diesem erörtert.

In Kapitel 3 wurden diverse grundlegende Konzepte und Lösungsansätze vorgestellt. Ausgehend vom historischen und derzeitigen Aktivitätsspektrum der Arbeitsmedizin in Österreich wurde die Entwicklung der Organisationsmedizin als ergänzende Disziplin plausibilisiert. Um Wirksamkeitsüberlegungen anstellen zu können wurde dargestellt, welche Einflussgrößen die Arbeitsfähigkeit generell modulieren und wie diese Modulation nach derzeitigem Stand des Wissens stattfinden kann (Belastungs-Beanspruchungsmodell). Mit dem Arbeitsbewältigungsindex in Form des ABI+ wurde schließlich ein Messinstrument identifiziert, mit dem Veränderungen der Arbeitsfähigkeit mess- und damit managebar gemacht werden können.

Als grundsätzliche Herangehensweise zur Optimierung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit wurde das Konzept der Salutogenese vorgestellt. In unterschiedlichsten Implementierungen bietet dieses Vorgehen eine Abkehr von der defizitorientierten Sichtweise der Gesundheit gegenüber hin zu einer ressourcenorientierten Sichtweise, die somit grundsätzlich im positiven Skalenbereich operieren kann. Insofern stellt die salutogeneseorientierte Medizin einen gewissen Paradigmenwechsel dar, nicht zuletzt aufgrund ihres inhärenten Blicks auf die Gruppe von Menschen als Betrachtungseinheit im Gegensatz zur relativ strikt individualbasierten Betrachtungsweise der bisherigen Medizin.

In Kapitel 4 wurde als Grundlage für die weiteren Überlegungen zur optimalen Implementierung salutogenetischer Maßnahmen auf Managementsysteme generell eingegangen. Es wurden Aufbau und Dokumentation eines Managementsystems dargestellt, wie es beispielsweise als themenzentriertes Managementsystem oder als allgemeines Managementsystem in Organisationen existieren kann. Konsekutiv wurde die Problematik des Parallelbetriebs mehrerer Managementsysteme erörtert, die unter Umständen nicht nur nicht zu der üblicherweise erhofften Verbesserung sondern unter Umständen sogar zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation der Organisation führen kann. Den Abschluss des Kapitels bildete eine Darstellung des Konzeptes des integrierten Managementsystems sowie die Skizzierung üblicherweise anzutreffender Probleme bei der Implementierung eines solchen.

In Kapitel 5 wurden ausgehend von der Darstellung der Vorteile eines Gesundheitsmanagementsystems generell als über die gerne praktizierte solitäre betriebliche Gesundheitsförderung hinausgehendes, umfassenderes Aktivitätsspektrum zentrale Komponenten wirksamer Gesundheitsmanagementsysteme dargestellt. Diese wurden identifiziert als Stressbewältigung, Resilienztraining und salutogeneseorientiertes Gesundheitsmanagement und sollten in keinem Gesundheitsmanagementsystem mit Wirksamkeitsanspruch fehlen. Den Abschluss des Kapitels bildete die Darstellung der positiven Aspekte der Inklusion des Gesundheitsmanagements in ein integriertes Managementsystem.

Insgesamt lassen die theoretischen Überlegungen vorliegender Arbeit den Schluss zu, dass Gesundheitsmanagement in Form einer Komponente eines integrierten Managementsystems sein höchstes Ausmaß an Effektivität und Effizienz (hier gemeinsam als *Wirksamkeit* bezeichnet) erzielen kann. Wiewohl Organisationsmedizin von der klassischen Arbeitsmedizin generell durch einen etwas systemorientierten und breiteren Ansatz differenziert werden kann (vgl. Abb. 3.1), mag das Anstreben genannten Zielbildes somit tatsächlich als Kern organisationsmedizinischer Aktivität definiert werden. Die Zukunft wird weisen, inwiefern diese theoretische Sichtweise durch Evidenz gestützt werden kann. Die im Rahmen des dieser Arbeit zugrunde liegenden Projektes durchgeführte Befragung sollte jedenfalls einen ersten Datenpunkt in dieser Richtung schaffen.

Unter Bezugnahme auf die eingangs beschriebenen Ziele (Abschnitt 2.4) des Projektes wurden im Theorieteil nun grundlegende Konzepte bzw. Komponenten der *Organisationsmedizin* als sinnvolle Teile einer modernen *Arbeits- und Organisationsmedizin* aufbauend auf der klassischen Arbeitsmedizin dargestellt. Es wurden grundlegende Eigenschaften von Managementsystemen als Basis für systemische Ansätze des Gesundheitsmanagements und der Salutogenese im Sinne betrieblicher Gesundheitsmanagementsysteme identifiziert. Und es wurden Vorteile eines Ansatzes zur stabilen Umsetzung relevanter Konzepte als Aktivitäten im Kontext von Gesundheitsmanagementsystemen als zentraler Bestandteil integrierter Managementsysteme skizziert. Schließlich wurde eine klare Erkenntnis der theoretischen Überlegungen formuliert.

Im folgenden, empirischen Teil der Arbeit wird nun die Sichtweise informationsverarbeitender Unternehmen auf Existenz von und Bedarf nach organisationsmedizinischer Aktivität dargestellt. Die Sicht ausgewählter IT-Unternehmen wird dabei durch Führungskräfte aus dem Bereich des Health Care Managements kontextualisiert. Erstere bieten bis zu einem gewissen Grad die Möglichkeit der Darstellung des status quo in der IT-Branche als prototypisches Beispiel der modernen Arbeitswelt. Letztere bieten die Möglichkeit der Kontextualisierung und Abschätzung zukünftiger Entwicklungen der Präventivmedizin im Angesicht aktueller Änderungen der Betrachtungsebene in der Akutmedizin etwas weg vom Individuum und hin zum Team. Insgesamt ergibt sich so eine erste grobe Abschätzung auf den Zustand und die zukünftige Entwicklung organisationsmedizinischer Aktivität in Österreich.





## **Teil II**

# **Empirische Analyse der Verbreitung organisationsmedizinischer Aktivität in informationsverarbeitenden Unternehmen**



# 7

## Material und Methoden

Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung des Studiendesigns mit den Besonderheiten der Vorstudienphase kurz dargestellt. Im Anschluss wird der schließlich eingesetzte Fragebogen dargestellt, die Auswahl der Stichprobe erörtert und das Vorgehen bei der Datenerhebung beschrieben. Den Abschluss des Kapitels bilden die Beschreibungen über das Vorgehen der deskriptiven und inferenzstatistischen Auswertung.

### 7.1 Studiendesign

Als Ziel der Studie wurde zu Beginn der Vorstudienphase die nach Möglichkeit repräsentative Erhebung des Bedarfs nach der Umsetzung organisationsmedizinischer Konzepte in österreichischen Unternehmen aller Sparten, schließlich aber auf IT-Unternehmen eingeschränkt, erachtet. Die Studie sollte somit als Querschnittsstudie gestaltet werden. Befragt werden sollten die größten IT-Unternehmen Österreichs. Der Fokus wurde auf Unternehmen der IT-Branche gelegt, da Mitarbeiter dieser einen besonders hohen Grad informationsverarbeitender Tätigkeit aufweisen. Unbeantwortet war zu Beginn der Vorstudienphase noch die Fragen, wie denn die Ergebnisse der Befragung der IT-Unternehmen optimal in den Kontext der österreichischen Gesundheitsmanagement-Landschaft gesetzt werden könnten.

Im Rahmen einer informellen Vorerhebung stellte sich schließlich heraus, dass Unternehmen generell und größere Unternehmen im Speziellen eine eher geringe Tendenz aufweisen auf Umfragen der gegebenen Art zu reagieren. Entsprechend wurde das Studiendesign angemessen angepasst. Die wesentlichen Änderungen bezogen sich darauf, dass einerseits eine eingeschränkte Gruppe österreichischer IT-Unternehmen und andererseits eine Gruppe von im Gesundheitswesen tätigen Führungskräften (Health Care Manager) befragt werden soll-

ten. Bei Letzteren handelte es sich um die Teilnehmer eines Lehrgangs zum Thema Health Care Management der Wirtschaftsuniversität Wien.

Hintergrund der Inklusion der Gruppe der Health Care Manager war zweierlei. Einerseits ermöglicht die Befragung einer unabhängigen Gruppe eine grobe Abschätzung der Gütekriterien des Fragebogens. Andererseits ermöglicht die Befragung der mittleren Gruppe in der Wissenshierarchie *normale Unternehmen – Unternehmen mit Gesundheitsbezug – Unternehmen mit Expertenstatus zum Thema Gesundheitsmanagement (z.B. arbeitsmedizinische Zentren)* eine wesentlich bessere Kontextualisierung der bei IT-Unternehmen erhobenen Ergebnisse, insbesondere in Hinblick auf laufende Veränderungen in der Akutmedizin mit Adaptierung der Aufmerksamkeitsfokus hin zur Beobachtungseinheit Team. Entsprechend wurden gegen Ende der Vorprojektphase auch die Ziele für das eigentliche Masterprojekt formuliert (vgl. Abschnitt 2.4).

Aufgrund der eher geringen Tendenz zur Beantwortung von Fragebögen war das primäre Anliegen beim Fragebogendesign, die Responserate möglichst hoch zu halten und in diesem Kontext auch die Komplettierungsrate zu optimieren. Als wesentliche Voraussetzung dafür wurde die Kürze und – aus Sicht der Befragten – Spezifität des Fragebogens betrachtet. Der eingesetzte Fragebogen gliederte sich somit in lediglich acht gebundene Fragen, eine Möglichkeit mit Freitext weitere Information zu übermitteln sowie die Möglichkeit eine Kontakt-E-Mail-Adresse anzugeben.

## **7.2 Fragebogendesign**

Hauptanliegen beim Fragebogendesign war einerseits natürlich einen Fragebogen zu generieren, der nach Möglichkeit den klassischen Testgütekriterien (Validität, Objektivität, Reliabilität) genügt, andererseits jedoch der im vorherigen Abschnitt dargestellten Befragungsmüdigkeit der Unternehmen wohlwollend entgegen kommt. Im Sinne der letztgenannten Herausforderung fiel die Wahl auf einen Fragebogen mit lediglich 8 zentralen Fragen, einer Möglichkeit per Freitext rückzumelden und einer Möglichkeit zur Angabe von Kontaktdaten. Da kein ausreichend spezifisches nationales oder internationales Vorbild vorlag, wurde der Fragebogen in einem intensiven Diskussionsprozess mit Expertinnen und Experten erstellt sowie im unternehmerischen Bekanntenkreis des Autors vorgetestet. Um einen Bias durch Vorsortierung der Antwortmöglichkeiten zu vermeiden, wurden diese wo angemessen (Fragen 1, 2 und 5) in der elektronischen Befragung randomisiert. In diesem Sinne ist die im Fragebogen im Anhang (Abschnitt A) dargestellte Ordnung der Antwortmöglichkeiten bei Fragen 1, 2 und 5 als exemplarisch zu werten. Bei allen anderen Fragen erhielten alle

Beantwortenden die Antwortmöglichkeiten in der im Anhang dargestellten Reihenfolge. Im Folgenden werden die Fragen und deren gedanklicher Hintergrund jeweils kurz beschrieben.

Mit der ersten Frage sollte überblicksmäßig die Verbreitung primärpräventiver, sekundärpräventiver und tertiärpräventiver Maßnahmen erfragt werden, die ja nach Unternehmen von der Arbeitsmedizin gesetzt werden: *Welche der folgenden arbeitsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?* Die Antwortmöglichkeiten *Arbeitsplatzgestaltung*, *Gefährdungsevaluierung* und *Gesundheitsberatung (Ernährung, Rauchen, ...)* bezogen sich auf primärpräventive Aktivitäten. Der Bereich der Sekundärprävention wurde durch die Antwortmöglichkeit *Früherkennung von Erkrankungen* repräsentiert, der Bereich der Tertiärprävention durch die Antwortmöglichkeit *Wiedereingliederung* abgebildet.

Die zweite Frage des Fragebogens sollte eher organisationsmedizinische Maßnahmen erfragen: *Welche der folgenden organisationsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?* Die Antwortmöglichkeiten beziehen sich auf die Einteilung in verhaltenspräventive Maßnahmen vs. verhältnispräventive bzw. systemische Maßnahmen sowie den Übergangsbereich. Als verhaltenspräventive Maßnahmen wurden die Antwortmöglichkeiten *individuelles Coaching von Mitarbeiter/innen* sowie *Beratung von Führungskräften* gewählt. Als verhältnispräventive bzw. systemische Maßnahmen wurden die Antwortmöglichkeiten *Erarbeitung systemischer Maßnahmen zur Arbeitsorganisation* und *Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems* formuliert. Und als zwischen Individualfokus und Systemfokus liegende Maßnahme wurde die Antwortmöglichkeit *Teamentwicklung als Gesundheitsmaßnahme* gewählt.

Fragen drei und vier sollten ermitteln, ob im Unternehmen arbeitsmedizinische Betreuung wahrgenommen wurde bzw. ob organisationsmedizinische Kompetenz wahrgenommen wurde:

- *Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in?*
- *Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in mit der Zusatzqualifikation Organisationsmedizin?*

Fragen drei und vier sollten im Rahmen der Datenanalyse gemeinsam betrachtet werden und in Kombination einerseits eine Grobabschätzung der wahrgenommenen Betreuung über das gesamte Spektrum der Arbeits- und Organisationsmedizin ermöglichen, andererseits in Zusammenschau mit den Fragen eins und zwei einen gewissen Grad der inneren Validierung ermöglichen.

Ausgangspunkt für die Studie war u.a. die Annahme, dass zwar ein nennenswerter Bedarf für organisationsmedizinische Maßnahmen in Unternehmen bestünde, dieser allerdings so-

wohl in seinem Gesamtausmaß als auch in seiner Detailausprägung noch nicht klar definiert wäre. Vor diesem Hintergrund wurde Frage fünf formuliert: *Bitte ordnen Sie die folgenden organisationsmedizinischen Aktivitäten nach ihrer Wichtigkeit (1 = höchste Wichtigkeit, 5 = geringste Wichtigkeit)*. Die Antwortmöglichkeiten bezogen sich auf Frage zwei und sollten eine Priorisierung der bereits eingeführten organisationsmedizinischen Kernaktivitäten ermöglichen.

Nachdem mit Frage fünf die im Fragebogen genannten organisationsmedizinischen Maßnahmen relativ bewertet worden waren, wurde mit Beantwortung der Frage sechs das Gesamtniveau des Bedarfs ermittelt: *Welchen Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität sehen Sie in Ihrem Unternehmen?* Die Formulierung *sehen* wurde hier bewusst gewählt, um die Bedeutung der *Wahrnehmung* in den Vordergrund zu rücken und – soweit ohne explizite Erläuterungen möglich – eine Abgrenzung zu einer formalisierteren Vorgehensweise der Abschätzung zu treffen. Frage fünf bezog sich auf die Hauptzielgröße der Studie: Wahrnehmung des Bedarfs organisationsmedizinischer Aktivität.

Mit den Fragen sieben und acht sollte eine Verknüpfung des organisationsmedizinischen Bedarfs über Arbeitszufriedenheit hin zu Unternehmenserfolg gezogen werden. Arbeitszufriedenheit wird in der Literatur gerne mit Ergebnisqualität und insgesamt besserem Vorgehen in Verbindung gebracht, daher war sie Inhalt der siebten Frage: *Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität Ihrer Meinung nach die Arbeitszufriedenheit steigern?*

Die achte Frage schließlich schloss die Brücke von der klassischen Arbeitsmedizin über die Organisationsmedizin hin zum positiven Unternehmenserfolg: *Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität (z.B. über höhere Arbeitszufriedenheit) Ihrer Meinung nach den Unternehmenserfolg positiv beeinflussen?* Im Zuge der Studienplanung wurde dieser Aspekt (mittelbar positive ökonomische Aspekte organisationsmedizinischer Aktivität) explizit als Nebenzielgröße definiert.

Fragen neun und zehn der Umfrage bildeten die Möglichkeit, per Freitext eine Rückmeldung zum gesamten Fragebogen zu geben sowie eine E-Mail-Adresse für die Zusendung der Ergebnisse nach Abschluss vorliegender Studie zu hinterlassen.

### 7.3 Auswahl der Stichprobe

Die Identifikation der 600 größten IT-Unternehmen Österreichs erfolgte mittels Sortierung der von computerwelt.at publizierten Liste der 1001 größten IT-Unternehmen Österreichs nach Anzahl der Mitarbeiter (computerwelt.at, 2018). Fehlende Kontaktdaten wurden per

Web-Recherche ergänzt. Die Gruppe der Health Care Manager definierte sich durch Ihre Teilnahme an einem bestimmten HCM-Lehrgang der Wirtschaftsuniversität Wien.

## 7.4 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte anonym über die elektronische Umfrageplattform SurveyMonkey (<https://de.surveymonkey.com/>). Jeweils ein Kollektor wurden den IT-Unternehmen, ein Kollektor den Health Care Managern zur Verfügung gestellt. Der Datenerhebungszeitraum betrug vier Wochen, und es wurden keine Erinnerungen ausgesandt.

## 7.5 Deskriptive Statistik und Visualisierung

Die gesamte Datenanalyse und Erstellung von Abbildungen wurde mit der freien Softwareumgebung R durchgeführt (R Development Core Team, 2015). Insbesondere wurde dabei das Paket ggplot2 (Wickham, 2009) für Visualisierungen eingesetzt sowie diverse Pakete der Tidyverse-Sammlung für Datentransformationen (Tidyverse Developers, 2018).

Die visuelle Darstellung der Beantwortung von Fragen 1 und 2 erfolgte in Form von gestapelten 100-Prozent-Säulendiagrammen. In den jeweiligen Teilsäulen wurden jeweils die absoluten Anzahl der Fragebögen pro Subgruppe dargestellt. Bei den Fragen 1 und 2 wurde als Basis jeweils die Anzahl verfügbarer Fragebögen mit folgendem Hintergrund herangezogen: bei den beiden Fragen wurde jeweils die Möglichkeit geboten 0 bis  $k$  Antworten anzuwählen – oder eben auch nicht anzuwählen. Daher war rein auf Basis der Beantwortung dieser Fragen nicht zu entscheiden, ob die Items überhaupt beantwortet wurden. Im Falle einer Nicht-Beantwortung unterschätzen die dargestellten Werte die tatsächliche Verbreitung der jeweiligen arbeits- oder organisationsmedizinischen Maßnahme, d.h. die Schätzung fällt konservativ aus.

Bei fehlender Beantwortung von Frage 3 sollten Fragebögen als nicht vollständig beantwortet ausgeschieden werden – mit der Konsequenz einer Reduktion der Rücklaufquote. Als Vorgriff auf die Resultate der Studie sei bereits hier erwähnt, dass dieser Fall für keinen der Fragebögen zutraf.

Die Beantwortung von Frage 3 und Frage 4 wurde gemeinsam einer Plausibilitätsprüfung unterzogen. Bei der Beantwortung von Frage 4 mit *Ja* und gleichzeitig Frage 3 mit *Nein* sollte der Fragebogen als unplausibel ausgeschieden werden, da die Existenz einer organisationsmedizinischen Zusatzqualifikation die einer arbeitsmedizinischen Basisqualifikation

voraussetzt. Auch hier sei als Vorgriff auf die Resultate erwähnt, dass dies schließlich für keinen der Fragebögen tatsächlich zutraf.

Bei fehlender Beantwortung von Frage 4 wurde angenommen, dass der antwortenden Person die genaue Definition der *Zusatzqualifikation Organisationsmedizin* nicht klar war – und die Antwort wurde entsprechend mit *Nein* imputiert. Von der genaueren Erläuterung genannter Zusatzqualifikation im Rahmen der Befragung wurde im Vorfeld abgesehen, um den Fragebogen inklusive Erläuterungen möglichst kurz und so die Antwortquote hoch zu halten.

Die Visualisierung des Antwortverhaltens von Fragen 3 und 4 erfolgte gemeinsam in Form gestapelter Säulendiagramme, einmal für die Gruppe der Repräsentanten von IT-Unternehmen, einmal für die Gruppe der Health Care Manager. Dargestellt wurden jeweils links die Ergebnisse von Frage 3, rechts die Ergebnisse von Frage 4. In den jeweiligen Teilsäulen wurde wie bei den Fragen 1 und 2 jeweils die absolute Anzahl der Fragebögen pro Subgruppe dargestellt.

Die Ergebnisse von Frage 5 wurden ebenfalls mittels gestapelter 100%-Säulendiagramme dargestellt. Die Teilsäulen der einzelnen Säulen waren von oben nach unten nach Priorität geordnet: 1 = *höchste Wichtigkeit* bis 5 = *geringste Wichtigkeit*. Die Säulen selbst wurden geordnet nach dem Anteil der beiden höchsten Wichtigkeitsstufen (1 und 2) an allen gültigen Antworten. In den Teilsäulen wurde wieder jeweils die absolute Anzahl der Fragebögen pro Subgruppe dargestellt.

Die Ergebnisse der Fragen 6 bis 8 wurden in Form einfacher 100%-Säulendiagramme als Anteil gültiger Antworten dargestellt. Die Säulen wurden und links nach rechts in abfallender Bedeutung sortiert, links also *Sehr hohen* bzw. *Sehr stark*, rechts *Keinen* bzw. *Gar nicht*. Nonexistente Antworten wurden somit in den Säulendiagrammen nicht explizit dargestellt. Über den einzelnen Säulen wurde jeweils die absolute Anzahl der Antworten der jeweiligen Kategorie als Zahl notiert.

Feedback in Form von Freitext wurde grundsätzlich unverändert wiedergegeben, mit einer Ausnahme: bei Erwähnung von Unternehmensnamen oder offensichtlich deanonymisierenden Angaben wurde mittels Ersetzung durch [...] anonymisiert.

## 7.6 Inferenzstatistische Auswertung

Aufgrund der in Anbetracht der aktuellen Umfragemüdigkeit von Unternehmen nur sehr fraglich zu erwartenden Repräsentativität der Stichprobe, wurde die Entscheidung für eine sehr restriktive inferenzstatistische Vorgehensweise getroffen. Lediglich für die Hauptziel-



größe (perzipierter Bedarf an Organisationsmedizin) und die wesentliche Nebenzielgröße (Erwartung eines positiven Einflusses auf den Unternehmenserfolg) wurde mittels Binomialtest in R (R Development Core Team, 2015) jeweils die zu erwartende Wahrscheinlichkeit sowie ein 95%-Konfidenzintervall für diese berechnet. Zu diesem Zwecke wurden die Ergebnisse beider Fragen dichotomisiert: die Antwortmöglichkeiten *Sehr hohen* und *Hohen* bzw. *Sehr stark* und *Stark* galten jeweils als Zustimmung, die drei restlichen Antwortmöglichkeiten als Ablehnung.



# 8

## Ergebnisse

In den folgenden Abschnitten werden zuerst allgemeine Parameter der durchgeführten Fragebogenerhebung dargestellt und anschließend auf die Ergebnisse der individuellen Fragen eingegangen. Entsprechend der Studienplanung werden jeweils zuerst die Ergebnisse der IT-Unternehmen dargestellt und diese dann in den Kontext der Health Care Manager gesetzt. Bezüge zu den jeweiligen Antwortitems werden jeweils *in kursiv* gesetzt dargestellt.

### 8.1 Rücklaufquote und Komplettierungsrate

In der Gruppe der 600 IT-Unternehmen wurden 572 Fragebögen erfolgreich versandt, bei 28 E-Mail-Adressen konnte nicht erfolgreich zugestellt werden. Der Rücklauf betrug 44 Bögen, entsprechend einer Rücklaufquote von 7,7 Prozent. Alle Bögen bei denen der Befragungslink angeklickt wurde, wurden von der antwortenden Person auch abgeschlossen – die Komplettierungsrate betrug somit 100 Prozent. Neun Befragte lieferten zusätzlich Freitextinformation.

In der Gruppe der Health Care Manager wurden 29 Personen zur Teilnahme aufgefordert, der Rücklauf betrug 23 Bögen, entsprechend einer Rücklaufquote von 79,3 Prozent. Die Komplettierungsrate betrug wie bei der Gruppe der IT-Unternehmen 100 Prozent, Freitextinformation wurde keine rückgemeldet.

## 8.2 Einsatz arbeitsmedizinischer Kernaktivitäten

In der Gruppe der IT-Unternehmen nutzen nahezu alle Unternehmen das Werkzeug der *Arbeitsplatzgestaltung*, etwa die Hälfte der Unternehmen betrieben *Gefährdungsevaluierung* und *Gesundheitsberatung (Ernährung, Rauchen, ...)*. Etwa ein Drittel der Unternehmen beschäftigte sich mit *beruflicher Wiedereingliederung*. Praktisch kein Unternehmen bot die Möglichkeit zur *Früherkennung von Erkrankungen* (Abb. 8.1).

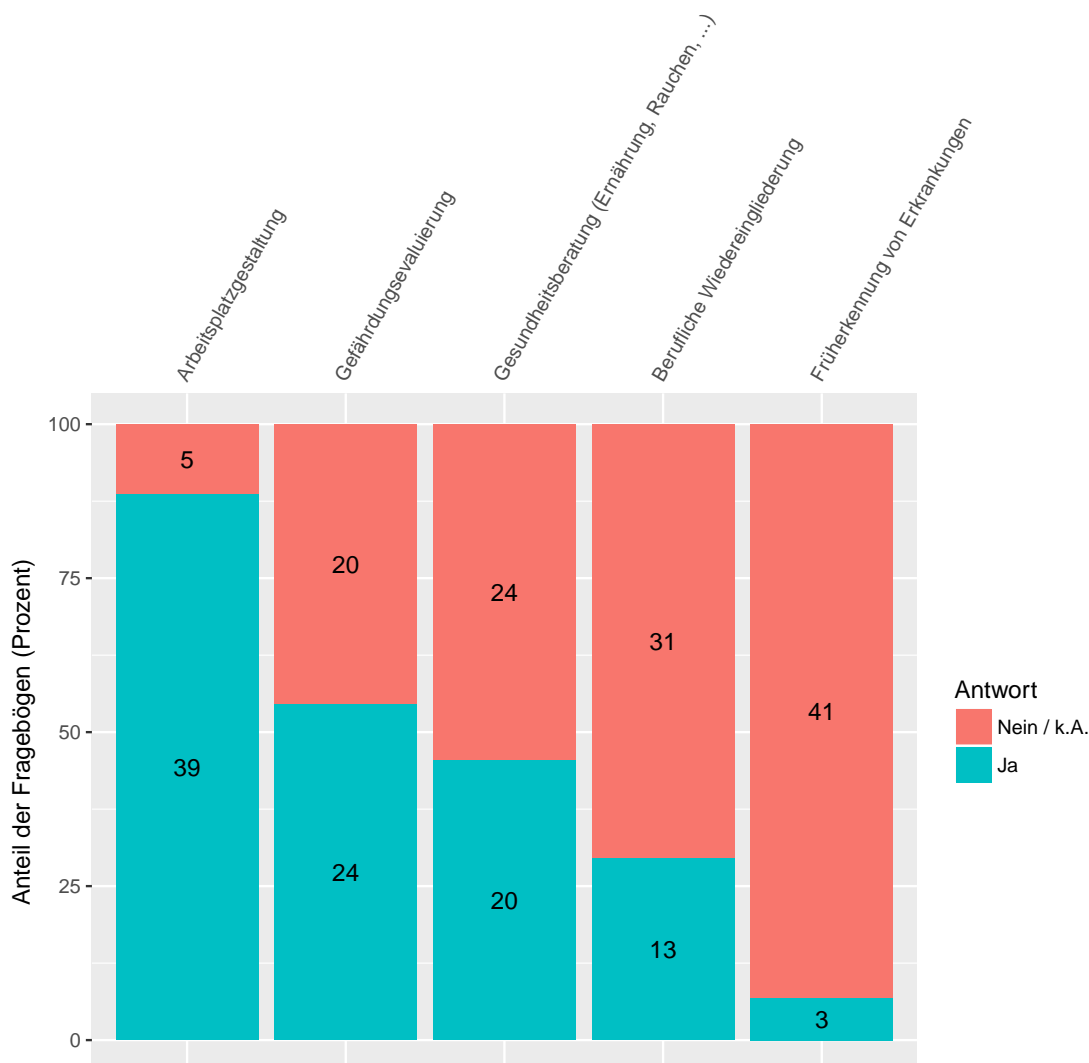


Abbildung 8.1: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu Frage 1 – Welche der folgenden arbeitsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?

In der Gruppe der Health Care Manager perzipierte jeweils mehr als die Hälfte der Befragten Aktivität zu *Arbeitsplatzgestaltung*, *Gefährdungsevaluierung* und *Gesundheitsberatung*. Maßnahmen zur *beruflichen Wiedereingliederung* wurden von praktisch allen Befragten

wahrgenommen. Etwa ein Drittel der Befragten erkannte Maßnahmen zur *Früherkennung von Erkrankungen* (Abb. 8.2).

Im Vergleich der beiden Gruppen zeigt sich, dass Maßnahmen zur Primärprävention eher höher gewichtet werden. Maßnahmen zur Sekundärprävention wurden sowohl in IT-Unternehmen als auch im Bereich der Health Care Manager kaum eingesetzt. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den beiden Gruppen zeigte sich hinsichtlich Tertiärprävention: Maßnahmen zur beruflichen Wiedereingliederung erschienen im HCM-Bereich durchgängig verbreitet, im Bereich der IT-Unternehmen wurden diese kaum wahrgenommen.

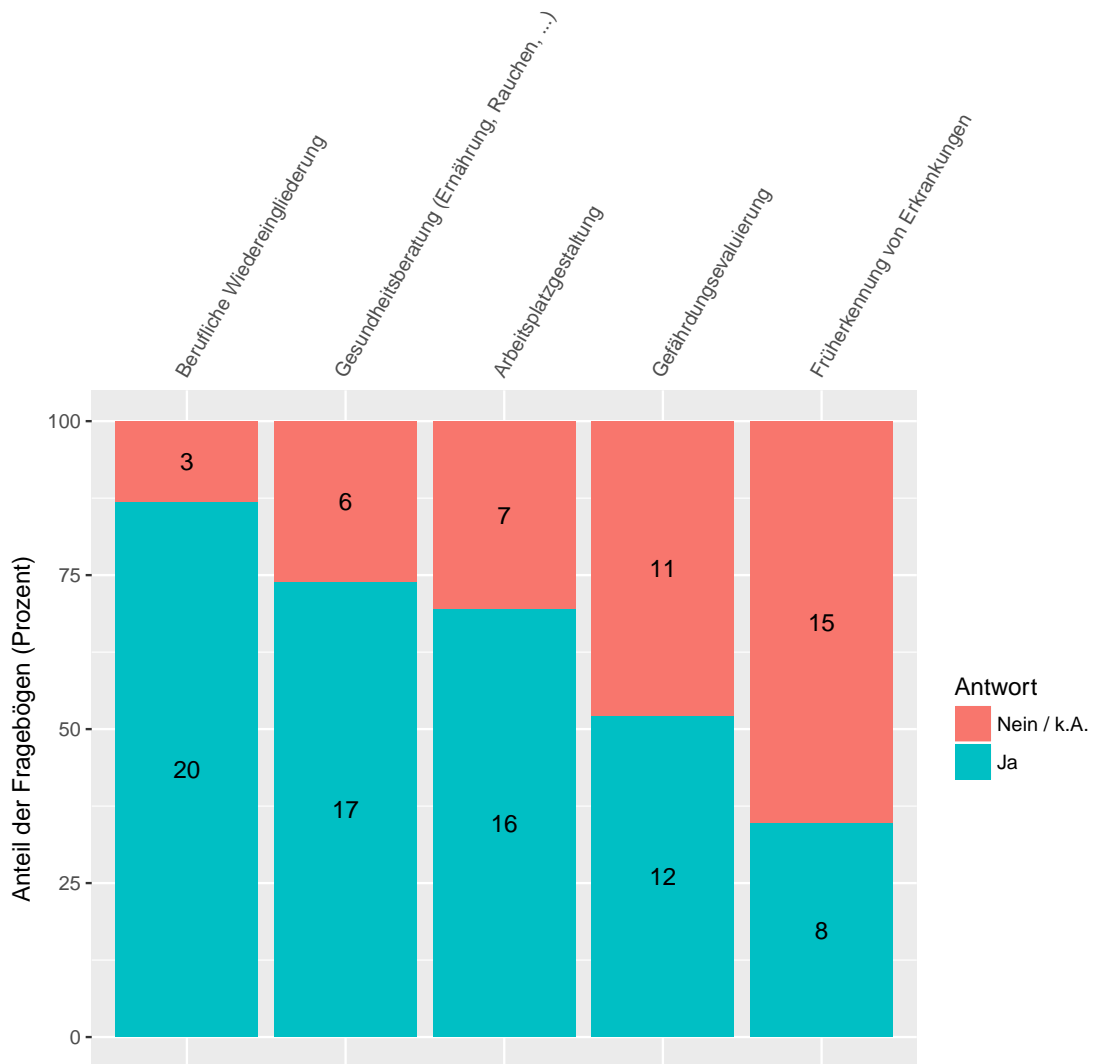


Abbildung 8.2: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu Frage 1 – Welche der folgenden arbeitsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?

### 8.3 Einsatz organisationsmedizinischer Kernaktivitäten

In IT-Unternehmen perzipierten etwa zwei Drittel der Befragten den Einsatz von *individuellem Coaching für Mitarbeiter/innen*, alle anderen abgefragten Maßnahmen wurden in geringerem Ausmaß gesetzt (Abb. 8.3). Die Maßnahmen *Beratung von Führungskräften*, *Teamentwicklung als Gesundheitsmaßnahme* und *Erarbeitung systemischer Maßnahmen zur Arbeitsorganisation* wurden jeweils lediglich in etwa einem Drittel der Unternehmen eingesetzt. Abgeschlagen mit lediglich einem Sechstel der Unternehmen lag die *Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems*.

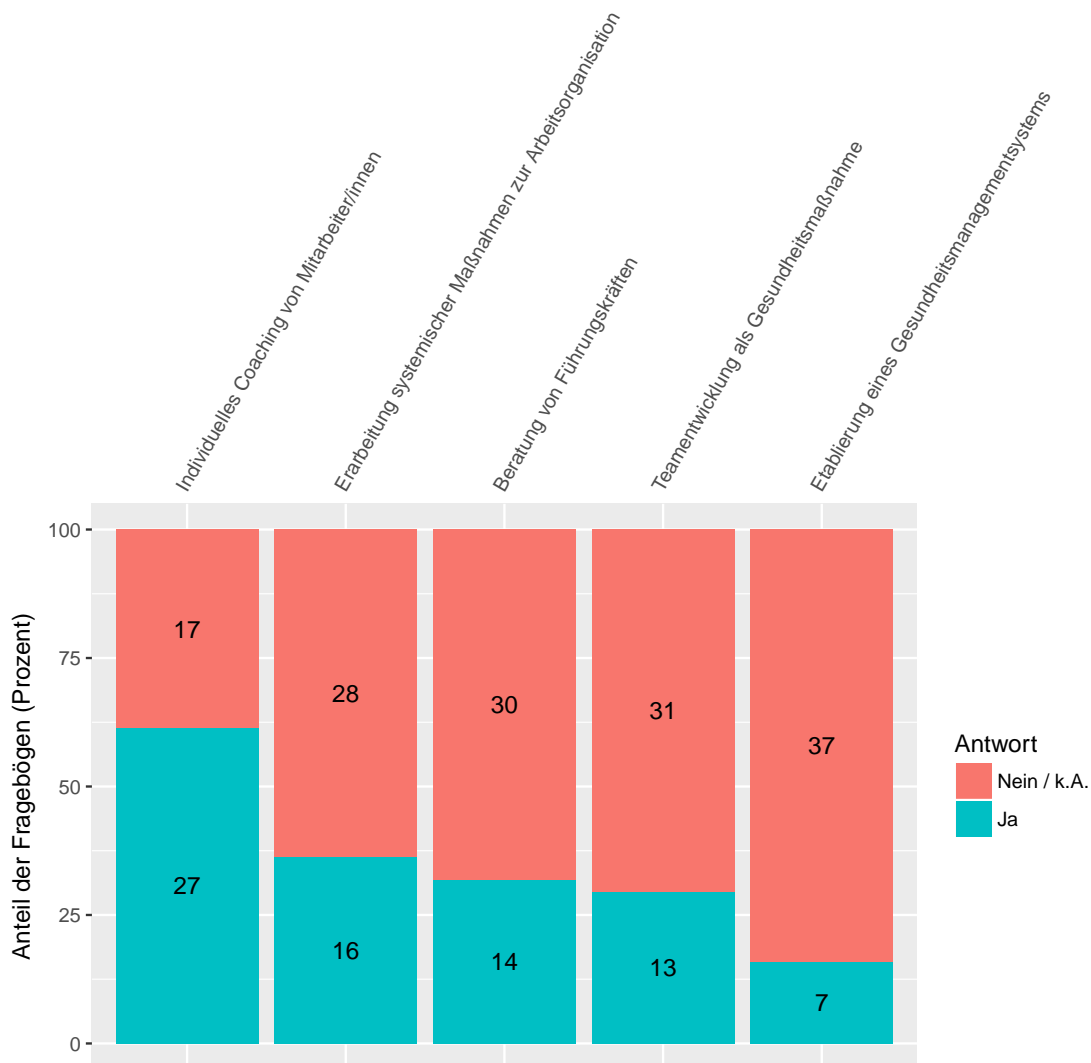


Abbildung 8.3: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu Frage 2 – Welche der folgenden organisationsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?

### 8.3 Einsatz organisationsmedizinischer Kernaktivitäten

Ein ähnliches Antwortmuster zeigten die Health Care Manager (Abb. 8.4). Der wesentliche Unterschied gegenüber dem Antwortverhalten der IT-Unternehmen zeigte sich in einem insgesamt etwas höheren Nutzungsniveau sowie speziell einem höheren wahrgenommenen Aktivitätsniveau im Bereich der *Beratung von Führungskräften*.

Eine auffällige Gemeinsamkeit des Antwortverhaltens der IT-Unternehmen und der Health Care Manager ergab sich im hohen wahrgenommenen Nutzungsgrad individualpräventiver Maßnahmen und relativ geringen wahrgenommenen Nutzungsgrad systemisch präventiver Maßnahmen.

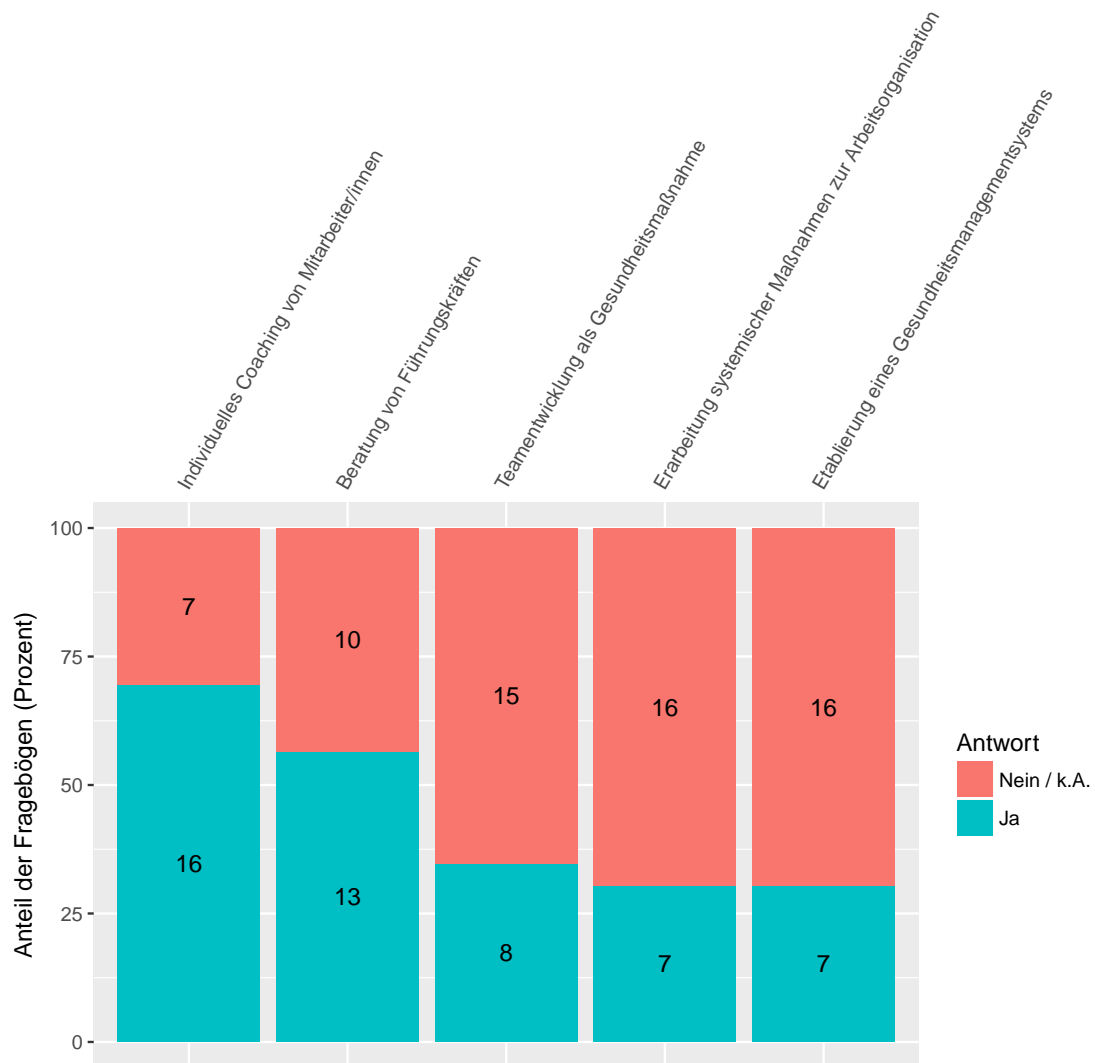


Abbildung 8.4: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu Frage 2 – *Welche der folgenden organisationsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?*

## 8.4 Verfügbarkeit arbeits- bzw. organisationsmedizinischer Betreuung

Repräsentanten der IT-Unternehmen nahmen knapp in der Hälfte der Fälle arbeitsmedizinische Betreuung wahr (Abb. 8.5), bei den Health Care Managern waren dies 100 Prozent (Abb. 8.6).

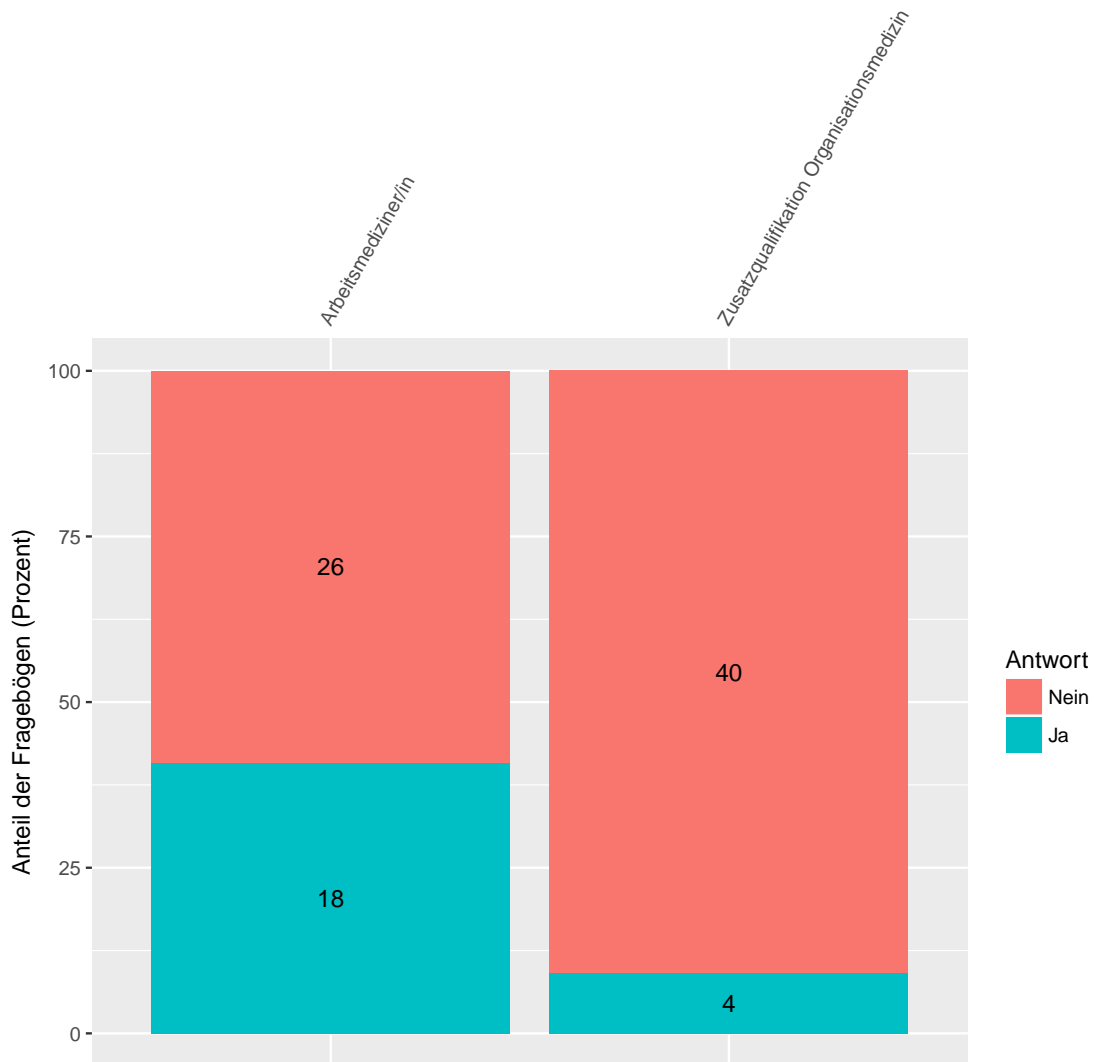


Abbildung 8.5: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu den Fragen 3 und 4 – *Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in?* – *Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in mit der Zusatzqualifikation Organisationsmedizin?*



#### 8.4 Verfügbarkeit arbeits- bzw. organisationsmedizinischer Betreuung

Organisationsmedizinische Zusatzqualifikationen wurden in beiden Subgruppen lediglich in geringer Ausprägung wahrgenommen; im Bereich der IT-Unternehmen lag der Anteil etwa bei 10 Prozent, im Bereich der Health Care Manager etwa bei 20 Prozent (Abb. 8.5 und 8.6).

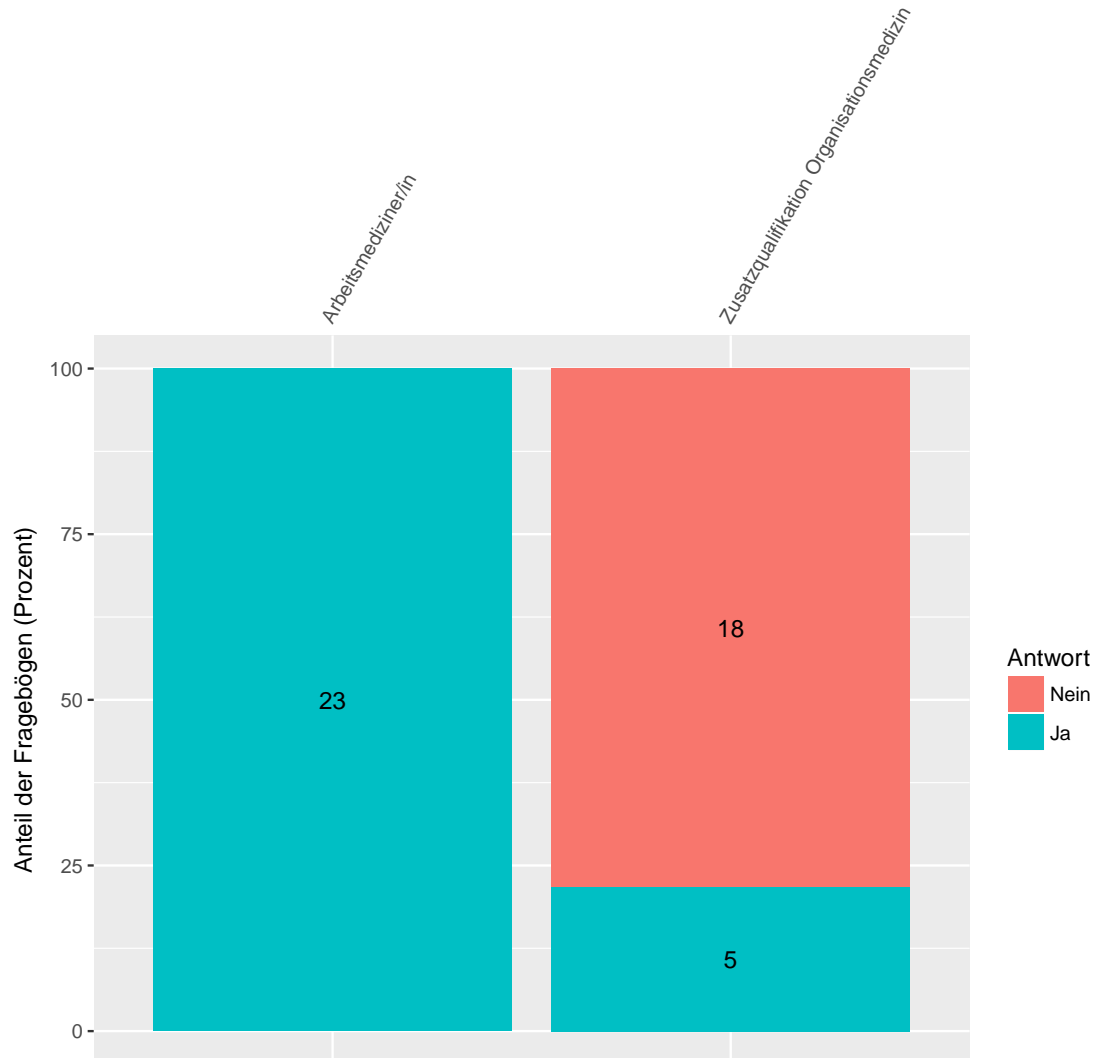


Abbildung 8.6: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu den Fragen 3 und 4 – *Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in? – Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in mit der Zusatzqualifikation Organisationsmedizin?*

## 8.5 Relative Bedeutung organisationsmedizinischer Kernaktivitäten

In Repräsentanten der IT-Unternehmen erkannten in individualbasierten Maßnahmen und *Teamentwicklung als Gesundheitsmaßnahme* den höchsten Nutzen im Sinne prioritär zu setzender Maßnahmen (Abb. 8.7). Systemische Maßnahmen wurden als nicht so bedeutsam wahrgenommen.

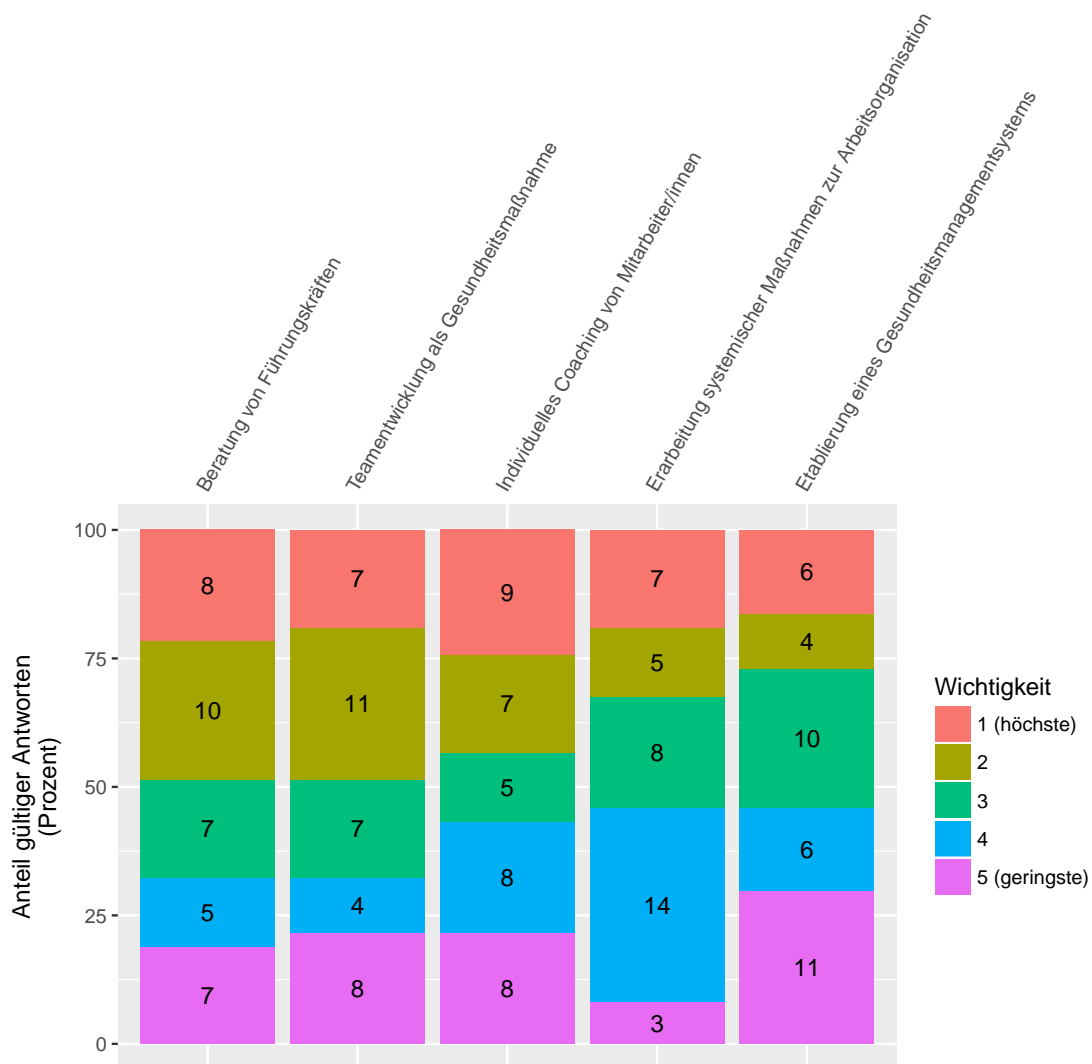


Abbildung 8.7: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu Frage 5 – Bitte ordnen Sie die folgenden organisationsmedizinischen Aktivitäten nach ihrer Wichtigkeit (1 = höchste Wichtigkeit, 5 = geringste Wichtigkeit).

## 8.5 Relative Bedeutung organisationsmedizinischer Kernaktivitäten

Die Health Care Manager hingegen sahen eher systemische Maßnahmen als besonders bedeutsam, individualbasierte Maßnahmen und Teamentwicklung standen jeweils mit etwa einem Drittel als prioritär zu setzende Maßnahme (höchste oder hohe Wichtigkeit) nicht so stark im Vordergrund (Abb. 8.8).

Im Vergleich des Antwortverhaltens der Repräsentanten von IT-Unternehmen und der Health Care Manager sticht die diametrale Bewertung der Bedeutung systemischer Maßnahmen ins Auge.

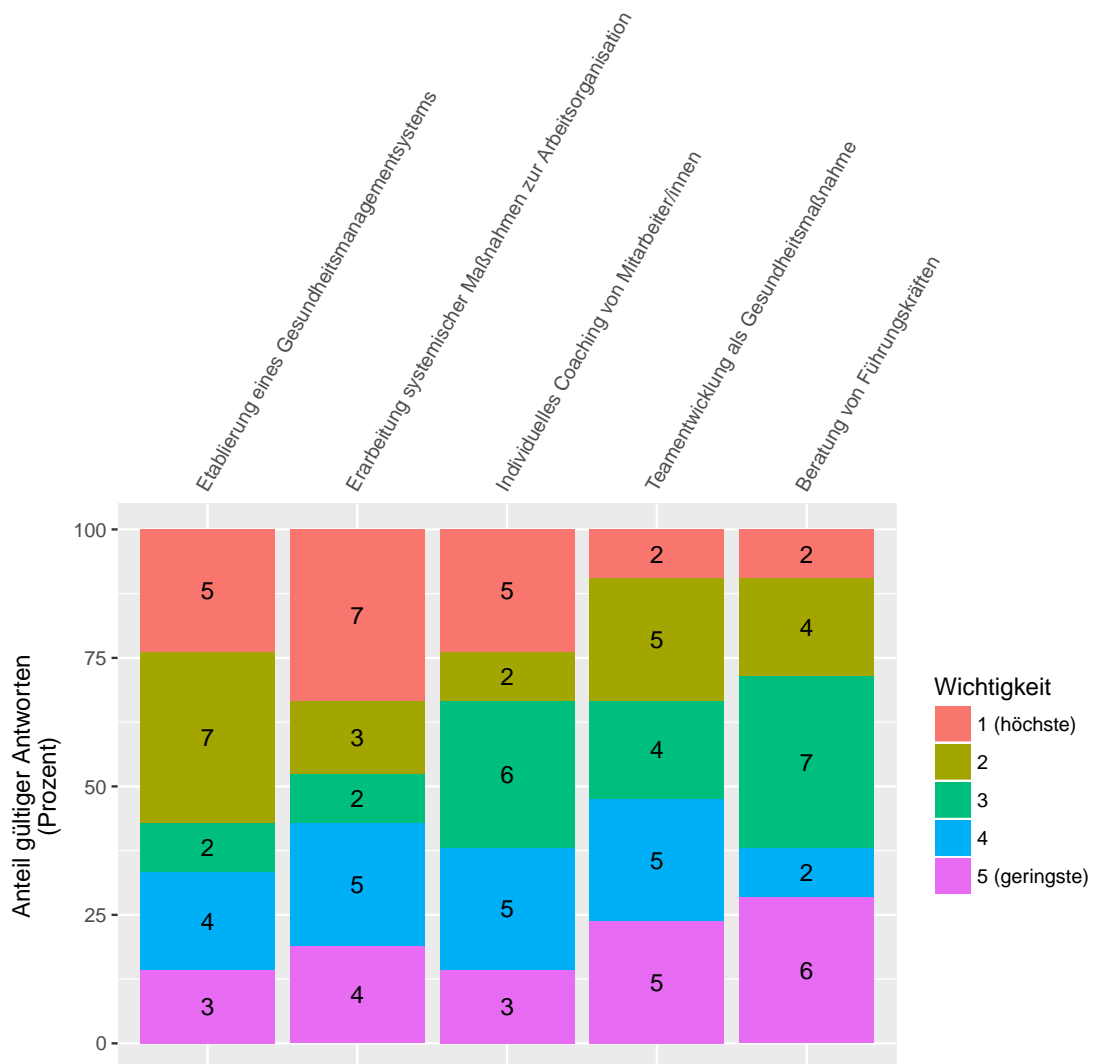


Abbildung 8.8: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu Frage 5 – Bitte ordnen Sie die folgenden organisationsmedizinischen Aktivitäten nach ihrer Wichtigkeit (1 = höchste Wichtigkeit, 5 = geringste Wichtigkeit).

## 8.6 Wahrgenommener Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität

Etwa 20 Prozent der Repräsentanten von IT-Unternehmen sahen in der gegebenen Formulierung einen *sehr hohen* oder *hohen* Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität in ihrem jeweiligen Unternehmen (Abb. 8.9). Weniger als 5 Prozent der Repräsentanten von IT-Unternehmen sahen gar keinen Bedarf, ein Repräsentant antwortete auf diese Frage nicht. Inferenzstatistisch lässt sich mittels Binomialtest ein 95%-Konfidenzintervall von 10 Prozent bis 36 Prozent um einen Erwartungswert von 21 Prozent ermitteln.

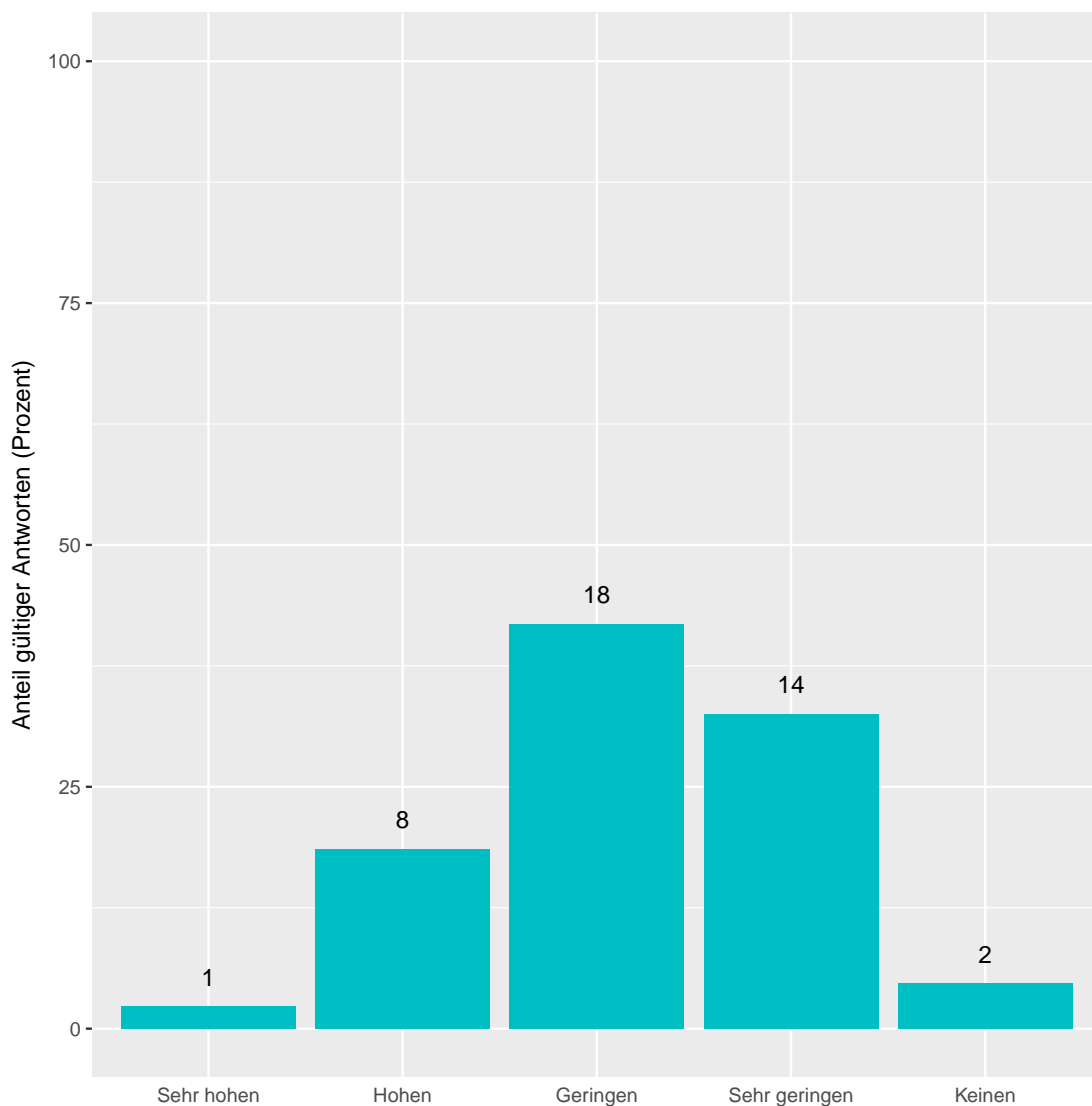


Abbildung 8.9: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu Frage 6 – *Welchen Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität sehen Sie in Ihrem Unternehmen?*

## 8.6 Wahrgenommener Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität

Demgegenüber orteten mehr als 80 Prozent der Health Care Manager einen derartigen Bedarf (Abb. 8.10). Bei den Health Care Managern wurde der Bedarf auch als durchgängig gegeben wahrgenommen. Inferenzstatistisch lässt sich mittels Binomialtest ein 95%-Konfidenzintervall von 66 Prozent bis 97 Prozent um einen Erwartungswert von 87 Prozent ermitteln.

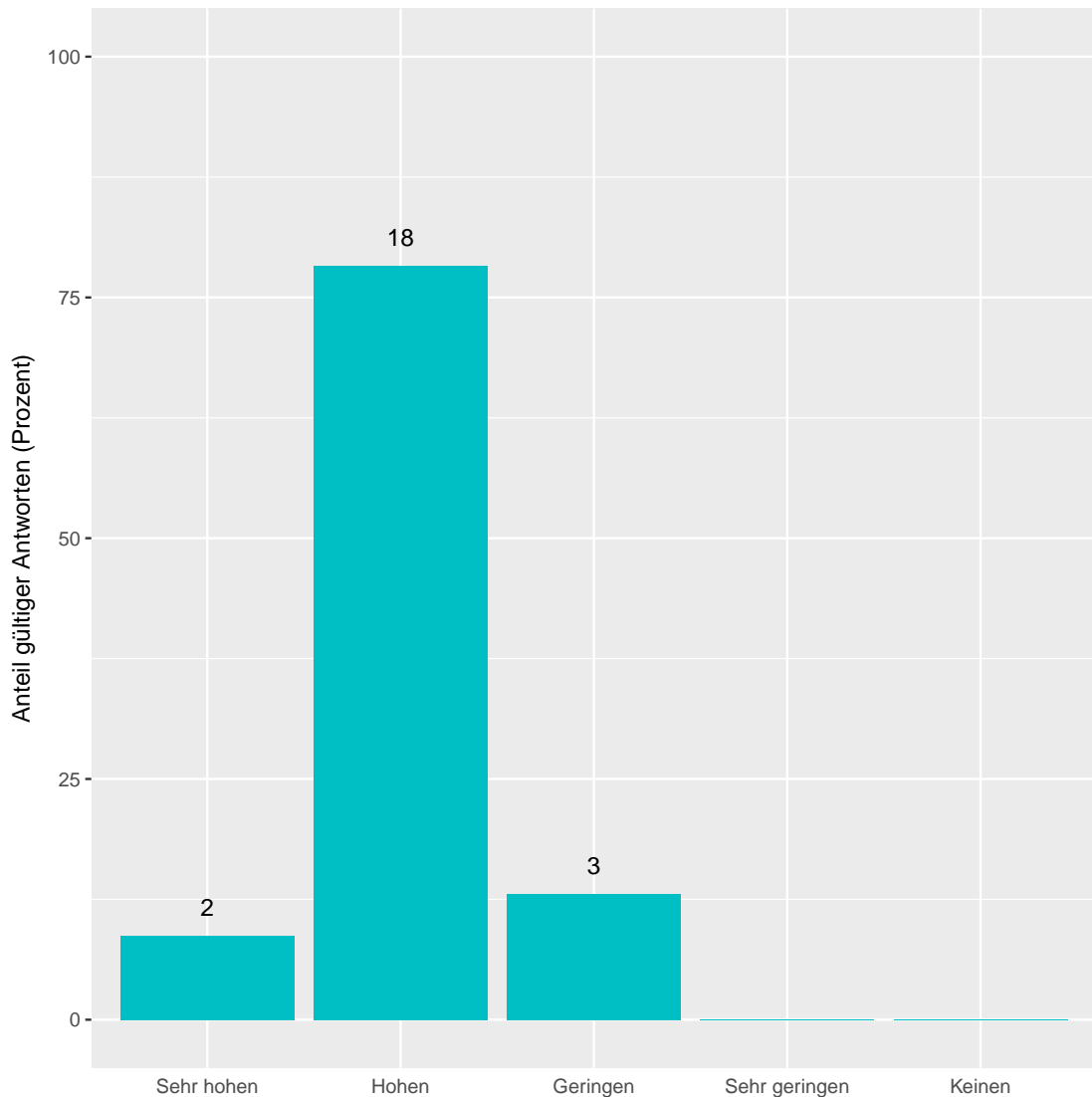


Abbildung 8.10: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu Frage 6 – *Welchen Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität sehen Sie in Ihrem Unternehmen?*

## 8.7 Arbeitszufriedenheit durch organisationsmedizinische Aktivität

Etwa die Hälfte der Repräsentanten von IT-Unternehmen ortete die Möglichkeit, die Arbeitszufriedenheit durch organisationsmedizinische Aktivität positiv zu beeinflussen (Abb. 8.11). Eine Person antwortete auf diese Frage nicht.

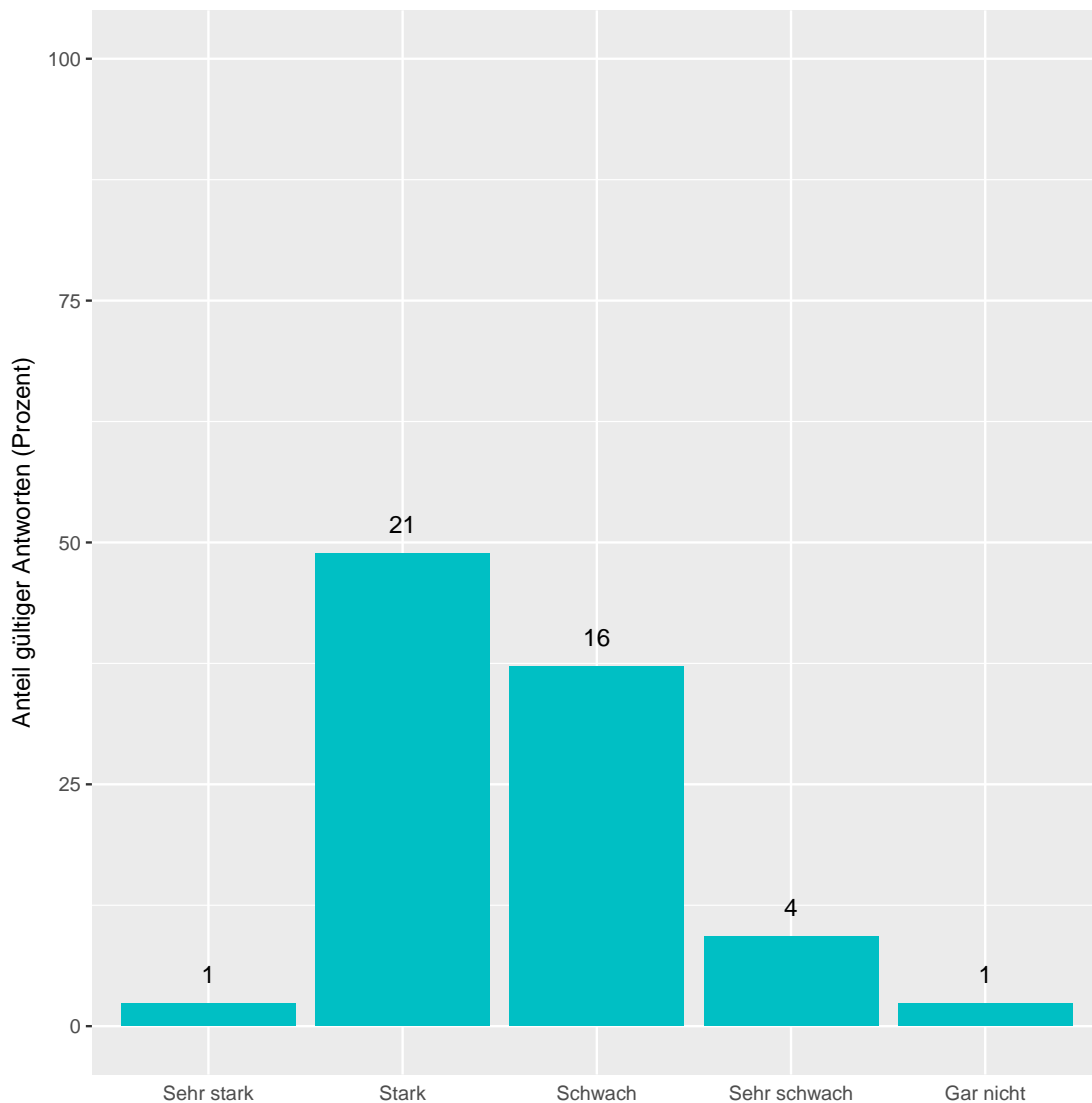


Abbildung 8.11: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu Frage 7 – *Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität Ihrer Meinung nach die Arbeitszufriedenheit steigern?*

## 8.7 Arbeitszufriedenheit durch organisationsmedizinische Aktivität

Bei den Health Care Managern sprachen sich etwa zwei Drittel für die Existenz der Möglichkeit aus, die Arbeitszufriedenheit durch organisationsmedizinische Aktivität positiv zu beeinflussen (Abb. 8.12).

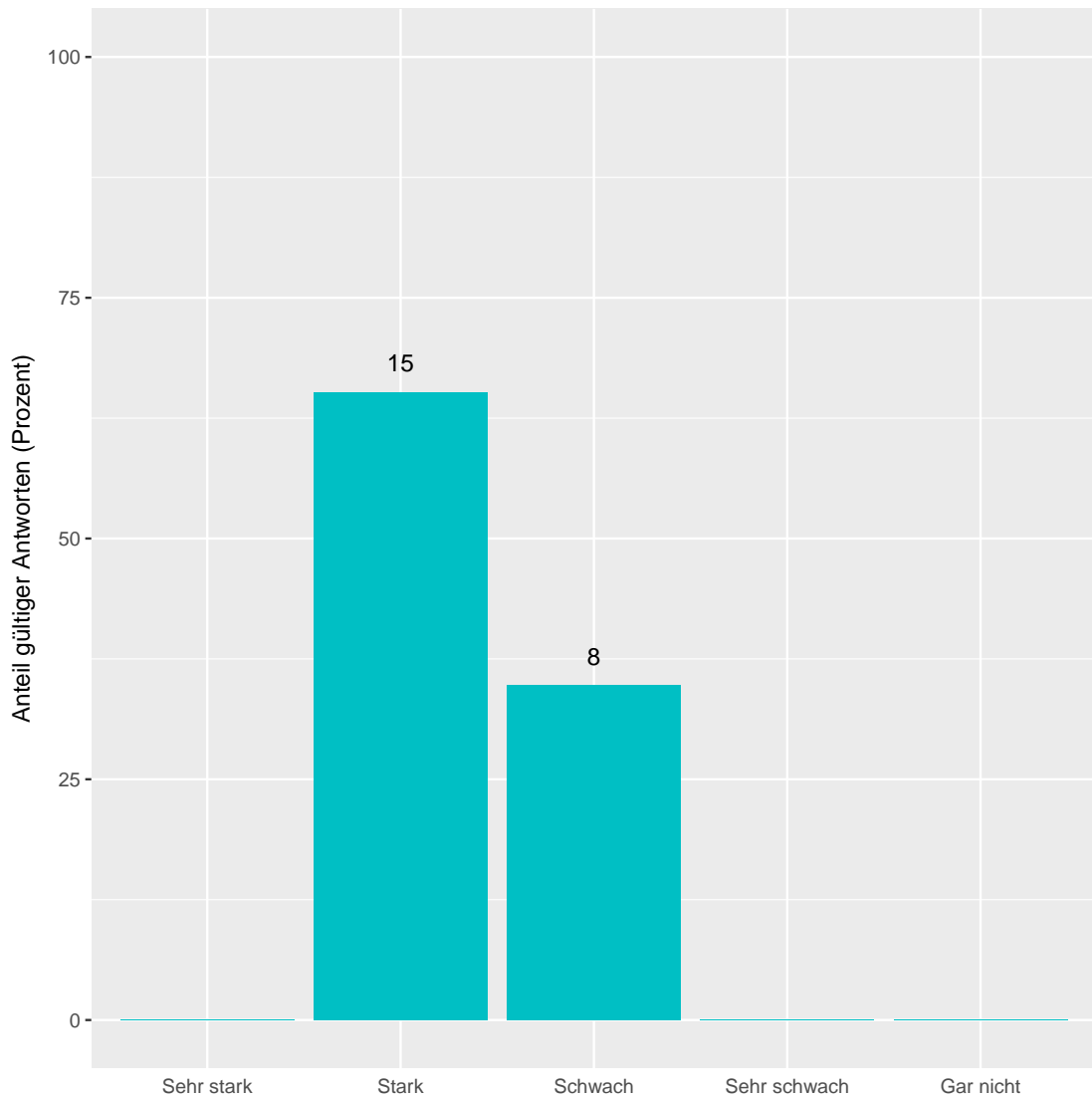


Abbildung 8.12: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu Frage 7 – *Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität Ihrer Meinung nach die Arbeitszufriedenheit steigern?*

## 8.8 Unternehmenserfolg durch organisationsmedizinische Aktivität

Die Verteilung der Antworten zu Frage 8 folgte in etwa der Verteilung der Antworten zu Frage 7. Etwa die Hälfte der Repräsentanten von IT-Unternehmen antwortete mit *sehr stark* oder *stark* (Abb. 8.13). Zwei Personen antworteten auf diese Frage nicht. Inferenzstatistisch lässt sich mittels Binomialtest ein 95%-Konfidenzintervall von 41 Prozent bis 72 Prozent um einen Erwartungswert von 57 Prozent ermitteln.

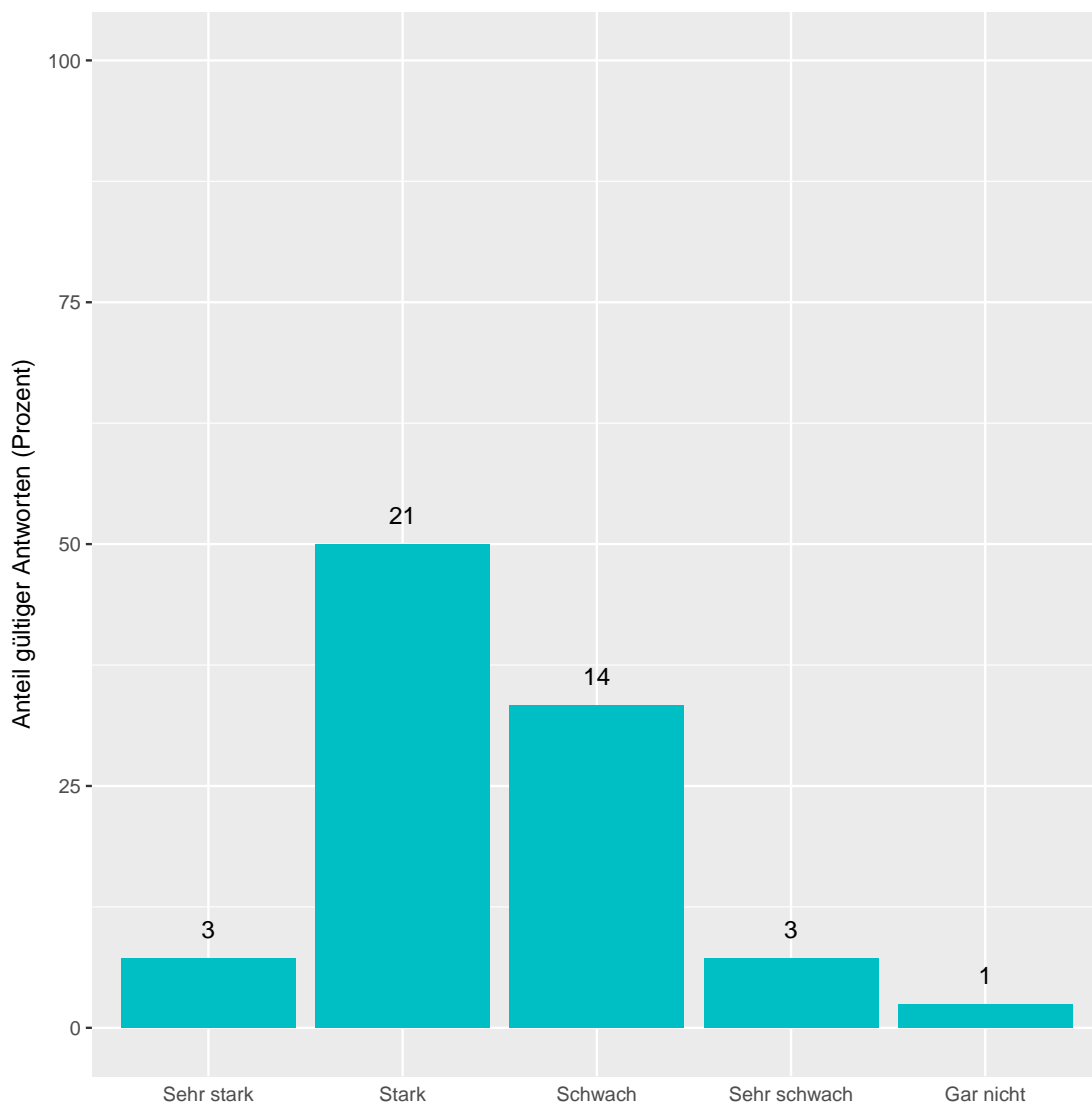


Abbildung 8.13: Verteilung der Antworten durch Repräsentanten von IT-Unternehmen zu Frage 8 – *Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität (z.B. über höhere Arbeitszufriedenheit) Ihrer Meinung nach den Unternehmenserfolg positiv beeinflussen?*



## 8.8 Unternehmenserfolg durch organisationsmedizinische Aktivität

Bei den Health Care Managern waren etwa zwei Drittel der Meinung, organisationsmedizinische Aktivität könne den Unternehmenserfolg wesentlich positiv beeinflussen (Abb. 8.14). Inferenzstatistisch lässt sich mittels Binomialtest ein 95%-Konfidenzintervall von 43 Prozent bis 84 Prozent um einen Erwartungswert von 65 Prozent ermitteln.

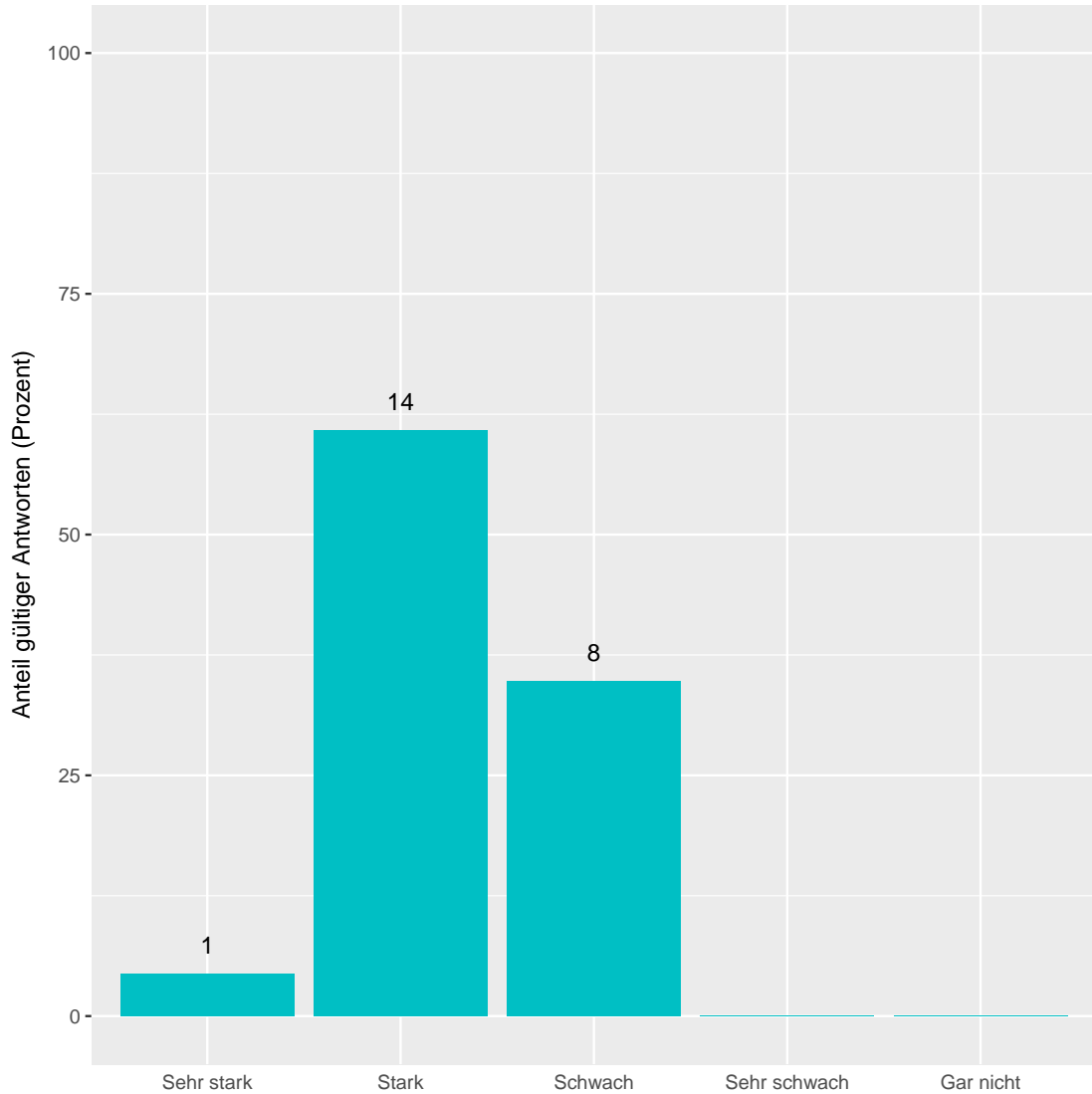


Abbildung 8.14: Verteilung der Antworten durch Health Care Manager zu Frage 8 – *Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität (z.B. über höhere Arbeitszufriedenheit) Ihrer Meinung nach den Unternehmenserfolg positiv beeinflussen?*

## 8.9 Freitextinformation

Die folgenden Freitextinformationen wurden alle durch die Repräsentanten der IT-Unternehmen gegeben; seitens Health Care Manager wurden keine Freitextinformation rückgemeldet. Insgesamt lagen neun Freitextantworten vor, was einer Rückmelderate von 20,0 Prozent bei den IT-Unternehmen entspricht. Lediglich bei einer Rückmeldung wurde in der folgenden Darstellung mittels Ersetzung durch [...] anonymisiert, alle anderen Rückmeldungen sind unverändert dargestellt.

*Arbeitsmedizin und Arbeitspsychologie sollten hier stark zusammenarbeiten. Die Arbeitspsychologie sollte genau so gut verankert werden wie die Arbeitsmedizin!*

*Als [...] mit [...] Mitarbeitern haben wir nicht die Größe, spezielle arbeitsmedizinische Organisationen zu betreiben oder initiieren*

*Unseren vorhandenen Präventivfachkräften war es wichtig, dass wir die frei verteilbaren Präventivzeiten mit Arbeitspsychologen besetzen.*

*Unser Fokus liegt auf einer Stärkung der Führungsarbeit und der Qualifizierung der Führungskräfte.*

*Mir ist nicht klar, was Mediziner in einer Organisationsmedizin besser können als Berater, Coaches, Therapeuten und Psychologen, die das Thema vermutlich in ihrer Ausbildung bereits hatten (Beispiel „systemische Zusammenhänge in Unternehmen“).*

*Ich verstehe nicht warum wirklich ALLES – sogar Lebensstil und Gesundheit an die Unternehmen delegiert wird. Erwachsene Menschen sollten selbst die Verantwortung übernehmen und wer das nicht tut muss eben mit den Konsequenzen leben.*

*Bei Frage 8. fehlt mir ein mittlerer Wert zum Ankreuzen. Den Sprung von „Schwach“ auf „Stark“ finde ich zu groß.*

*Die Mitarbeiter wollen sehr viele Möglichkeiten in Zeiteinteilung haben. Die Mitarbeiter befürworten auch den 12 Stundentag, nur die Geschäftsleitung verhindert es!*

*Persönlichkeitsbildung der Mitarbeiter (Kommunikationsstärke/Selbstbild) ist sehr wichtig und gehen mit Gesundheitsstatus einher. Wir sehen, dass Perfektionismus bzw eigene Ansprüche des MA zu gesundh. Problemen führen können.*

# 9

## Diskussion und Ausblick

Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Resultate der Studie im Sinne der eingangs dargestellten Ziele (Abschnitt 2.4) nochmals kurz zusammengefasst. Im Anschluss wird auf die Frage eingegangen, welche Bedeutung die Ärzteschaft für die Zukunft präventiver Anstrengungen in Unternehmen haben möge. Abgerundet wird das Kapitel schließlich durch eine Darstellung der Stärken und Schwächen vorliegender Studie sowie Empfehlungen für mögliche zukünftige Arbeiten.

### 9.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Zusammenfassend zeigt sich in den Ergebnissen die in der theoretischen Ausarbeitung zu erwartende Schwerpunktsetzung bei individualbasierten Maßnahmen (Verhaltensprävention) im Bereich der Primär- und Tertiärprävention. Da durch die Verschiebung des Tätigkeitsspektrums der im Erwerbsleben befindlichen Personen jedoch vermehrt sitzende Tätigkeiten und Interaktion mit anderen Menschen, Zusammenarbeit in Teams etc. von Bedeutung sein werden, müsste sich dieser Trend auch im Verhalten der Arbeitsmedizin wiederfinden. Vorliegende Datenerhebung zeigt, dass dieses Bewusstsein bei Health Care Managern (als im Wesentlichen Health Professionals im Kontext der Akutmedizin) möglicherweise bereits etwas stärker ausgeprägt ist als in der allgemeinen Bevölkerung, im konkreten Fall repräsentiert durch die MitarbeiterInnen bzw. das Management von IT-Unternehmen. Nichtsdestotrotz zeigt sich auch bei IT-Unternehmen bereits ein aufkeimendes Interesse (ca. 20 Prozent, vgl. Abschnitt 8.6) an Organisationsmedizin und deren systemischer Herangehensweise.

Interessanterweise besteht zu einem wesentlich stärkeren Grad (mehr als die Hälfte der Befragten) die Wahrnehmung, dass organisationsmedizinische Maßnahmen den Erfolg eines

Unternehmens positiv beeinflussen können (vgl. Abschnitt 8.8). Warum einerseits die Hälfte der Befragten der Meinung ist, dass Organisationsmedizin den Erfolg eines Unternehmens wesentlich beeinflussen kann und andererseits nur ein Fünftel einen Bedarf für Organisationsmedizin sieht, kann nur spekuliert werden. Möglicherweise ist in den Köpfen der Menschen bisher die Verbindung zwischen dem Wunsch nach Unternehmenserfolg und den dafür notwendigen systemischen Maßnahmen noch nicht stark genug gezogen. Überhaupt dürfte das Bewusstsein für die Interventionsmöglichkeiten einer modernen Arbeits- und Organisationsmedizin bisher nicht besonders stark ausgeprägt sein. Im folgenden Abschnitt wird darauf kurz eingegangen.

In Anbetracht der mangelnden Repräsentativität der Stichprobe für die Gesamtlandschaft österreichischer Unternehmen bzw. auch nur IT-Unternehmen soll von Überinterpretation hier Abstand genommen werden. Bezogen auf die eingangs erwähnten Ziele (Abschnitt 2.4; *Grobe Abschätzung der Verbreitung arbeits- und organisationsmedizinischer Aktivitäten in informationsverarbeitenden Unternehmen*) lässt sich jedoch festhalten, dass zwar eine relativ geringen Verbreitung organisationsmedizinischer Aktivitäten vorliegt (etwa 10 Prozent bei den IT-Unternehmen, etwa 20 Prozent bei den Health Care Managern), allerdings ca. ein Sechstel der IT-Unternehmen, und etwa ein Drittel der Health Care Manager beispielsweise die Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems als bedeutsam ansehen. Somit dürfte zwar das Aktivitätsniveau gering sein, das grundsätzliche Gedankengut allerdings bereits in Verbreitung begriffen.

Der Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität (Hauptzielgröße perzipierter Bedarf an Organisationsmedizin) liegt in den befragten IT-Unternehmen bzw. den IT-Unternehmen für die diese Gruppe steht bei etwa 20 Prozent; im Bereich der Health Care Manager ist das Bewusstsein für die Bedeutung systemischer Maßnahmen bereits wesentlich stärker ausgeprägt und liegt bei über 80 Prozent. Bezüglich der Nebenzielgröße (Erwartung eines positiven Einflusses der Organisationsmedizin auf den Unternehmenserfolg) liegen die beiden Gruppen der Befragten interessanterweise näher beieinander. Jeweils etwa die Hälfte bis zwei Drittel der Befragten war der Meinung, dass ein positiver Zusammenhang zwischen organisationsmedizinischer Aktivität und Unternehmenserfolg besteht.

Zusammenfassend kann hinsichtlich der Ziele *Ermittlung des Bedarfs nach organisationsmedizinischer Aktivität aus Sicht von IT-Unternehmen* und *Kontextualisierung durch ausgewählte Gesundheitsexperten ohne arbeits- und organisationsmedizinischen Schwerpunkt* festgehalten werden, dass wohl ein Bedarf seitens der Befragten wahrgenommen wird, dieser allerdings anscheinend unter den theoretischen Erwartungen liegt. Letztere (vgl. Kap. 5) ließen idealerweise erwarten, dass knapp 100 Prozent der Befragten aller Unternehmensgrößen die Notwendigkeit zur Einrichtung von Gesundheitsmanagement orten. Praktischerweise könnten wohl 80 bis 90 Prozent als entsprechendes Ergebnis gewertet werden. Inter-

essanterweise wird diese Marke hinsichtlich der Bedeutung systemischer Maßnahmen bei den Health Care Managern in etwa erreicht. Dies kann im Sinne des eingangs erwähnten Ziels *Kontextualisierung [ . . . ] im Sinne der in Abschnitt 2.3 skizzierten Veränderungen der Betrachtungsebene in der Akutmedizin als Orientierungshilfe für die Präventivmedizin* durchaus als Zukunft der Wahrnehmung auch im nicht-medizinischen Bereich (wie dem der IT-Unternehmen) oder zumindest der Präventivmedizin gewertet werden.

Der Rest dieses Kapitels widmet sich der Bedeutung der Ärzteschaft für die Zukunft präventiver Anstrengungen in Unternehmen, beleuchtet weiters die spezifischen Stärken und Schwächen dieser Studie und schließt, korrespondierend mit dem eingangs definierten Ziel *Benennung möglicher Schritte zum Umgang mit aktuellen Herausforderungen und Entwurf von Fragestellungen für zukünftige Studien* mit einem Ausblick auf mögliche zukünftige Arbeiten.

## 9.2 Bedeutung der Ärzteschaft

Bei Diskussionen über die Stärken und Schwächen moderner Arbeits- und Organisationsmedizin wird nach Erfahrung des Autors und der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention immer wieder die Frage aufgeworfen, was denn der spezifische Vorteil des Engagements von Ärztinnen und Ärzten im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen sei. Dies spiegelt sich auch zumindest in drei der Freitextrückmeldungen wider. Hier gibt es also möglicherweise Aufklärungsbedarf.

Nicht nur der angemessene Umgang mit Leistungsgewandelten erfordert ärztliche Erfahrung und Wissen über systemische Zusammenhänge (Nowak, 2010, S. VII). Die Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte hat Kraft ihrer außergewöhnlich langen Ausbildung und ihrer rechtlich abgesicherten Kompetenz der Pharmakotherapie einen herausragenden Einblick in die Interaktion physischer und psychischer Einflussgrößen mit dem menschlichen Körper. In diesem Zusammenhang sei beispielhaft die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse genannt. Diese ist vielleicht auch anderen Berufsgruppen mehr oder weniger durchgängig ein Begriff, ein besonders tiefgehendes Verständnis weißt wohl allerdings besonders die Ärzteschaft auf.

Weiters sind einige Komponenten mit eher organisationsmedizinischer Natur in Deutschland, wo die Arbeitsmedizin einen wesentliche prominenteren Status genießt als in Österreich, explizit als Komponenten moderner arbeitsmedizinischer Tätigkeit genannt (Nowak, 2010, S. VI): *betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheitsförderung, Unternehmensberatung in allen Fragen von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, Steigerung der Führungskräftekompetenz*. Ganz in diesem Sinne sind nach Nowak (2010, S. 2) auch nicht nur

Themen wie Prävention und Gesundheitsschutz sondern auch explizit Gesundheitsförderung im Ethik-Code der Internationalen Gesellschaft für Arbeitsmedizin (ICOH) enthalten; das Recht auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen findet sich wiederum auch in der Europäischen Sozialcharta von 1961.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass zwar einerseits offensichtlich Aufklärungsbedarf hinsichtlich der spezifischen Qualitäten von Ärztinnen und Ärzten herrscht, aber andererseits klare Argumente für die herausragende Bedeutung dieser Berufsgruppe existieren. Beispielhaft für Letztere sind der umfassende Charakter der ärztlichen Ausbildung und der wohl aufgrund dessen rechtlich abgesicherte Status in gewissen Aktionsbereichen. Und zuletzt gibt es internationale Vorbilder hinsichtlich der integrativen Definition des Feldes der Arbeitsmedizin, die schon an die Formulierung des Feldes der Arbeits- und Organisationsmedizin in Österreich heranreichen.

### **9.3 Stärken und Schwächen dieser Arbeit**

Traditionellerweise streben Studien in der Arbeitsepidemiologie Responseraten von 80 Prozent an (Nowak, 2010, S. 10). Nun lag die Reponserate bei vorliegender Studie in der Kerngruppe (Repräsentanten von IT-Unternehmen) bei unter 10 Prozent. Dies ist einerseits für Umfragen der gegebenen Art nicht überraschend (Benfield und Szlemko, 2006), allerdings wirft eine Responserate in dieser Größenordnung naturgemäß die Frage der Generalisierbarkeit auf. Ganz in diesem Sinne wurde in vorliegender Arbeit auch von Überinterpretation bewusst Abstand genommen und alle möglichen Schlüsse sehr vorsichtig formuliert. Als Stärke wiederum ist zu werten, dass vorliegende Arbeit die erste – wenn auch nur sehr grobe – potentiell österreichweite Abschätzung für den Bedarf organisationsmedizinischer Maßnahmen aus Sicht der Betroffenen speziell in informationslastigen Unternehmen darstellt.

In diesem Zusammenhang stellt sich auch nochmals die Frage nach der konkreten Wahl der betroffenen Unternehmen. In der Planungsphase fiel die Entscheidung von IT-Unternehmen vs. andere Unternehmen, da erstere dem Zielbild informationsverarbeitender Tätigkeit am nächsten liegen. Andererseits könnte argumentiert werden, dass andere Unternehmen vom Wandel möglicherweise mehr betroffen seien als IT-Unternehmen. Bei Letzteren steckt die Informationsverarbeitung ja quasi bereits *in der DNA*. Bei ersteren hingegen könnte der aktuelle Wandel der Arbeitswelt besonders intensiv auf geringe Vorbereitung treffen. Im Sinne einer halbwegs homogenen Stichprobe musste schließlich jedoch die Wahl auf eine Sparte fallen, und IT-Unternehmen erschienen hier am geeignetsten.

Eine weitere Limitation vorliegender Studie ist offensichtlich, dass kein validierter Fragebogen eingesetzt werden konnte sondern lediglich eine kleine Menge spezifischer Fragen. Als Stärke wiederum kann die Kompensationsmaßnahme gesehen werden: Validität und Reliabilität lassen sich durch Betrachtung des Kollektivs der Health Care Manager grob abschätzen, da diese einerseits eine völlig unabhängige Stichprobe darstellen und andererseits einem relativ homogenen System entspringen. Zusammenfassend wäre natürlich die Etablierung eines validierten Fragebogens von großem Interesse, doch diesbezüglich sei auf den folgenden Abschnitt verwiesen.

Und nicht zuletzt sei das Thema möglicher Störgrößen (Confounder) vorliegender Studie angesprochen. Ein wesentliches Bedürfnis der klassischen Testtheorie ist, ein Bewusstsein für mögliche Störgrößen bei der Erfassung der interessierenden Größe zu entwickeln. Im vorliegenden Fall kommen beispielsweise unmittelbar in den Sinn: Unternehmensgröße, Berufserfahrung, Hierarchiestufe oder auch konkretes Betätigungsfeld der antwortenden Person. Um den Fragebogen kurz zu halten und überhaupt eine nennenswerte Menge an Rückmeldungen mit dem für eine Masterarbeit angemessenen Aufwand zu erlangen, wurde von der Erhebung diverser Confounder bewusst Abstand genommen. Als Stärke der Studie kann in diesem Zusammenhang die hohe Komplettierungsrate (vgl. Abschnitt 8.1) genannt werden.

## 9.4 Zukünftige Arbeiten

Von Interesse für zukünftige Arbeiten wäre v.a., die im vorhergehenden Abschnitt aufgezeigten Aspekte näher zu beleuchten. So wäre einerseits generell die Erhebung repräsentativer Daten von Interesse. Die offensichtlichen Schwierigkeiten bei der Erstellung reliabler Wahlprognosen in den letzten Jahren lassen allerdings darauf schließen, dass die Beantwortung der Frage der Repräsentativität im gegebenen Kontext durchaus ihre Widerstände bietet.

Da in vorliegender Arbeit auch primär IT-Unternehmen beleuchtet wurden, wäre im Interesse zukünftiger Arbeiten darauf abzielen die Landschaft österreichischer Unternehmen generell besser abzudecken. Aus im vorherigen Abschnitt genannten Gründen wäre unter Umständen auch eine Folgestudie besonders in Unternehmen des primären und des sekundären Wirtschaftssektors von Interesse. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang der hohe Anteil kleiner und mittelständischer Unternehmen an der österreichischen Wirtschaft. Eine Herausforderung dieser ist üblicherweise, dass a priori nur geringe Ressourcen für die Etablierung arbeits- und organisationsmedizinischer Maßnahmen zur Verfügung stehen (wie auch in den Freitextrückmeldungen erwähnt). Umso bedeutsamer ist die generelle Bewusstseinsbildung für die ökonomischen Vorteile von Investitionen in genanntes Maßnahmenpektrum.

Generell und insbesondere auch für Folgeuntersuchungen wäre die Etablierung eines validierten Fragebogens von Interesse. Hier stieße man jedoch sofort auf die Herausforderung, eine angemessene Kürze des Fragebogens gegen die notwendige Erfassung von Störgrößen (Confounder) abzuwägen. Letztlich wird jedoch im Sinne der Volksgesundheit auch in Zukunft eine Anpassung der entsprechenden gesetzlichen Vorgaben (z.B. ASchG, Evaluierung psychischer Belastungen) nötig sein und somit die Etablierung entsprechender Werkzeuge ermöglichen und fördern.

## **9.5 Konklusion**

Die vorliegende Arbeit zeigt ausgehend von den aktuellen Herausforderungen der Arbeitsmedizin auf, welche grundsätzlichen Lösungsmöglichkeiten existieren sowie den Weg, den die österreichische Arbeit- und Organisationsmedizin mehr oder weniger evolutionär beschreitet. Auf Basis des offensichtlichen Entwicklungsbedarfs der Arbeits- und Organisationsmedizin wurde eine Studie konzipiert, die für die besonders relevante Gruppe der IT-Unternehmen die Verbreitung, das Verständnis und den Bedarf für Organisationsmedizin grob abschätzte. Mit Hilfe einer unabhängigen Vergleichsgruppe von Health Care Managern wurden die Ergebnisse der Befragung der Repräsentanten von IT-Unternehmen weiter in Kontext gesetzt. So zeigte sich, dass in der Gruppe der Health Care Manager bereits ein etwas höheres Bewusstsein für systemische und sekundärpräventive Maßnahmen vermutet werden kann. Insgesamt ergeht die Empfehlung an die österreichische Arbeits- und Organisationsmedizin, einerseits das in der relevanten Öffentlichkeit präsentierte Bild zu schärfen und andererseits den Zusammenhang zwischen arbeits- und organisationsmedizinischen Maßnahmen und positivem Unternehmenserfolg noch besser zu transportieren.

Unabhängig davon, dass die Arbeits- und Organisationsmedizin das Potential hat, ein wesentlich größeres Spektrum an Bedarf und Bedürfnissen abzudecken als seitens Unternehmen anscheinend vermutet, erscheint die verstärkte Zusammenarbeit inter- und transdisziplinär von großer Bedeutung. Gemeinsame Aktivität mit diversen präventiv tätigen Kräften, wie Präventivfachkräften und Arbeits- und Organisationspsychologinnen und -psychologen, erscheint unerlässlich um eine optimale Versorgung der Belegschaften zu ermöglichen. Im Angesicht des Mangels junger Arbeits- und Organisationsmediziner könnte auch die Hervorhebung der Bedeutung der Teamarbeit möglicherweise zu verstärktem Influx führen.

Abgesehen vom absehbaren Mangel an verfügbaren Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern ist leider die eher ungünstige Zukunftsperspektive der akademischen Arbeitsmedizin in Österreich generell zu beklagen. Empirisch zeigt sich, dass die Bedeutung eines medizinischen Faches zu einem hohen Grad von dessen eigenständiger und extensiver Verankerung im uni-



versitären System geprägt wird – man bedenke die diebezügliche Diskussion um den Status der Allgemeinmedizin. In Deutschland, wo die Arbeitsmedizin einen wesentliche höheren Stellenwert aufweist, ist diese Verankerung auch gegeben. Es resultiert vermutlich nicht nur ein höherer durchschnittlicher Ausbildungsgrad (Facharzt) der tätigen Arbeitsmediziner bzw. Betriebsärzte, im Gegensatz zu Österreich werden auch laufend neue Fachärzte für diese wichtige Disziplin in nennenswerten Zahlen ausgebildet.

Somit sind für den universitären Bereich zwei weitere Empfehlungen unvermeidbar: Etablierung jeweils einer Professur für Arbeits- und Organisationsmedizin bzw. *Arbeitsmedizin und angewandte Physiologie* (so die neue Facharzt-Bezeichnung in Österreich), zumindest an den großen medizinischen Universitäten, in Verbindung mit aktiver Forschungstätigkeit zu relevanten Fragen und Ausbildung neuer Fachärztinnen und neuen Fachärzten. Nur mit der Etablierung letzterer und einer engen Kooperation mit der restlichen Ärzteschaft, nicht nur generell dem extra- und intramuralen Bereich sondern insbesondere auch den hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen, sieht der Autor vorliegender Arbeit einen optimalen Gesundheitszustand der österreichischen erwerbstätigen Bevölkerung langfristig gewährleistet.

Abschließend lassen sich aus vorliegender Arbeit als die drei wichtigsten aktuellen Handlungsfelder ableiten: Präzisierung des Profils der Arbeits- und Organisationsmedizin, Meinungsbildung in der unternehmerischen und medizinischen Öffentlichkeit sowie Stärkung der personellen Ausstattung des Feldes via genereller und spezifisch wissenschaftlicher Attraktivierung. Hinsichtlich Präzisierung wäre beispielsweise ein klarer Schritt die Veröffentlichung eines Standardwerks zur österreichischen Arbeitsmedizin bzw. Organisationsmedizin. Hinsichtlich Meinungsbildung wäre ein sinnvoller Schritt die Etablierung von Feedbackschleifen mit interessierten Unternehmen und den bisher ausgebildeten OrganisationsmedizinerInnen bzw. WirtschaftsmedizinerInnen (so die ursprüngliche Bezeichnung des im Entstehen begriffenen Feldes der Organisationsmedizin), beispielsweise über eine spezifische Interessensplattform. Hinsichtlich des dritten genannten Handlungsfeldes bietet sich die Kooperation interessierter OrganisationsmedizinerInnen mit der *Universitätsklinik für Physikalische Medizin, Rehabilitation und Arbeitsmedizin* der Medizinischen Universität Wien oder anderen dedizierten Zentren an. Ein lebhafter wissenschaftlicher Diskurs wäre nach Meinung des Autors vorliegender Arbeit jedenfalls das beste Indiz für eine positive Entwicklung des spannenden Feldes der Arbeits- und Organisationsmedizin in Österreich.



# 10

## Literaturverzeichnis

- AAMP, 2019. Homepage der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin und Prävention. Abgerufen: 2019-01-04.  
URL <http://www.aamp.at/>
- Alivia, M., Guadagni, P., Sarsina, P. R. D., 2011. Towards salutogenesis in the development of personalised and preventive healthcare. EPMA J 2, 381–384.
- Almeida, J., Domingues, P., Sampaio, P., 2014. Different perspectives on management systems integration. Total Quality Management & Business Excellence 25 (3-4), 338–351.
- Antonovsky, A., 1979. Health, stress, and coping. Jossey-Bass, San Francisco.
- Antonovsky, A., 1996. The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int 11, 11–18.
- APA<sup>OTS</sup>, 2018a. AUVA-Arbeitsunfallstatistik 2017: Unfallrate erreicht neues Rekordtief. Abgerufen: 2019-02-12.  
URL [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20180405\\_OTS0070/auva-arbeitsunfallstatistik-2017-unfallrate-erreicht-neues-rekordtief](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180405_OTS0070/auva-arbeitsunfallstatistik-2017-unfallrate-erreicht-neues-rekordtief)
- APA<sup>OTS</sup>, 2018b. NOVOMATIC startet Ausbildung zum Spieleentwickler. Abgerufen: 2019-01-19.  
URL [https://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20180709\\_OTS0011/novomatic-startet-ausbildung-zum-spieleentwickler-bild](https://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20180709_OTS0011/novomatic-startet-ausbildung-zum-spieleentwickler-bild)
- Atzler, B., Bencic, W., Langmann, H., Gerger, M., 2011. Ökonomische Evaluation von Betrieblicher Gesundheitsförderung (Wissen 1). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.

AUVA, 2018. Auszug aus der Statistik 2017. Abgerufen: 2019-01-20.

URL <https://www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.633448&version=1474356231>

AUVA, 2019a. AUVAsicher. Abgerufen: 2019-02-14.

URL <https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.671750&viewmode=content>

AUVA, 2019b. Evaluierung psychischer Belastungen. Abgerufen: 2019-01-19.

URL <https://www.auva.at/cdscontent/?contentid=10007.771637&viewmode=content>

Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T., 2010. Betriebliche Gesundheitspolitik. Springer.

Barratt, H., Turner, S., Hutchings, A., Pizzo, E., Hudson, E., Briggs, T., Hurd, R., Day, J., Yates, R., Gikas, P., Morris, S., Fulop, N. J., Raine, R., Jan. 2017. Mixed methods evaluation of the Getting it Right First Time programme - improvements to NHS orthopaedic care in England: study protocol. BMC health services research 17, 71.

Benfield, J. A., Szlemko, W. J., 2006. Internet-based data collection: Promises and realities. Journal of Research Practice 2, Article D1.

Bentner, A., 2018. Gesundheitsmanagement für Einsteiger. Springer Gabler.

Benz, C., Bull, T., Mittelmark, M., Vaandrager, L., 2014. Culture in salutogenesis: the scholarship of Aaron Antonovsky. Glob Health Promot 21, 16–23.

Berberich, H. J., Rösing, D., Neutze, J., 2006. Salutogenese und Sexualmedizin. Urologe A 45, 960–966.

Braun-Lewensohn, O., Sagy, S., 2011. Salutogenesis and culture: Personal and community sense of coherence among adolescence belonging to three different cultural groups. Int Rev Psychiatry 23, 533–541.

Bronikowski, M., Bronikowska, M., 2009. Salutogenesis as a framework for improving health resources of adolescent boys. Scand J Public Health 37, 525–531.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, 2019. NESTOR<sup>GOLD</sup> Gütesiegel für altersgerechte Unternehmen und Organisationen. Abgerufen: 2019-01-19.

URL [https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Guetesiegel/NESTOR\\_GOLD/](https://www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Guetesiegel/NESTOR_GOLD/)

- computerwelt.at, 2018. Top 1001 - IT Anbieter finden. Abgerufen: 2018-11-06.  
URL <https://computerwelt.at/top-1001>
- Damasio, A., 2006. *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. Vintage, London.
- Davies, P., 2007. Between health and illness. *Perspect Biol Med* 50, 444–452.
- Davies, P., 2008. In praise of salutogenesis: the missing component of most public health work. *J Epidemiol Community Health* 62, 572.
- Ellery, J., 2007. Integrating salutogenesis into wellness in every stage of life. *Prev Chronic Dis* 4.
- Eriksson, M., 2018. Research supervision as a mutual learning process: introducing salutogenesis into supervision using 'the collegial model'. *Health Promot Int*, 1–7.
- Esch, T., Fricchione, G. I., Joos, S., Teut, M., 2003. Self-care, stress management, and primary care: From salutogenesis and health promotion to mind-body medicine. *Evid Based Complement Alternat Med*.
- García-Moya, I., Morgan, A., 2016. The utility of salutogenesis for guiding health promotion: the case for young people's well-being. *Health Promot Int*.
- Hudson, K., 2013. Salutogenesis: The origin of health. *Nurs Manage*.
- Ilmarinen, J., 2007. The Work Ability Index (WAI). *Occupational Medicine* 57, 160.
- International Organisation for Standardization (ISO), 2018. *The Integrated Use of Management System Standards (IUMSS)*. International Organisation for Standardization (ISO).
- Jancik, J. M., 2002. *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Gabler Verlag, Wiesbaden.
- Johnson, M., 2004. Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of 'active' self-esteem and coping. *Br J Health Psychol* 9, 419–432.
- Jonas, W. B., Chez, R. A., Smith, K., Sakallaris, B., 2014. Salutogenesis: The defining concept for a new healthcare system. *Glob Adv Health Med* 3, 82–91.
- Joyce, S., Modini, M., Christensen, H., Mykletun, A., Bryant, R., Mitchell, P. B., Harvey, S. B., Mar. 2016. Workplace interventions for common mental disorders: a systematic meta-review. *Psychological medicine* 46, 683–697.
- Kaluza, G., 2018. *Stressbewältigung – Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Springer.

- Langeland, E., Robinson, H. S., Moum, T., Larsen, M. H., Krogstad, A.-L., Wahl, A. K., 2013. Promoting sense of coherence: Salutogenesis among people with psoriasis undergoing patient education in climate therapy. *BMC psychology* 1, 11.
- Langeland, E., Wahl, A. K., Kristoffersen, K., Hanestad, B. R., 2007. Promoting coping: salutogenesis among people with mental health problems. *Issues in mental health nursing* 28, 275–295.
- Lazarus, R. S., 2006. *Stress and Emotion – A New Synthesis*. Springer.
- Lindström, B., Feb. 2018. Workshop salutogenesis and the future of health promotion and public health. *Scandinavian journal of public health* 46, 94–98.
- Lindström, B., Eriksson, M., Jun. 2005. Salutogenesis. *Journal of epidemiology and community health* 59, 440–442.
- Lindström, B., Eriksson, M., Sep. 2006. Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international* 21, 238–244.
- Lindström, B., Eriksson, M., Mar. 2011. From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science. *Scandinavian journal of public health* 39, 85–92.
- Mayer, C.-H., 2011. *The meaning of sense of coherence in transcultural management*. Waxmann.
- Mayer, C.-H., Krause, C., Dec. 2011. Promoting mental health and salutogenesis in transcultural organizational and work contexts. *International Review of Psychiatry* 23, 495–500.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., Espnes, G. A., 2017. *The Handbook of Salutogenesis*.
- Neuberger, O., 1997. *Personalwesen 1: Grundlagen, Entwicklung, Organisation, Arbeitszeit, Fehlzeiten*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Nowak, D., 2010. *Arbeitsmedizin und klassische Umweltmedizin*. Urban und Fischer.
- Oliveira, C. C., Jun. 2015. Suffering and salutogenesis. *Health promotion international* 30, 222–227.
- Petzold, T. D., Lehmann, N., Dec. 2011. Salutogenesis, globalization, and communication. *International review of psychiatry* 23, 565–575.

- Pieritz, K., Schäfer, S. J., Strahler, J., Rief, W., Euteneuer, F., 2017. Chronic stress moderates the impact of social exclusion on pain tolerance: an experimental investigation. *Journal of pain research* 10, 1155–1162.
- Pischon, A., Liesegang, D. G. H., 1999. *Integrierte Managementsysteme für Qualität, Umweltschutz und Arbeitssicherheit*. Springer, Heidelberg.
- Pudel, V., 2006. Verhältnisprävention muss Verhaltensprävention ergänzen. *Ernährungs-Umschau* 53, 95–98.
- R Development Core Team, 2015. *R: a language and environment for statistical computing*. Tech. rep., R Foundation for Statistical Computing.
- Riemenschneider, F., 2001. *Implementierung integrierter Managementsysteme*. Deutscher Universitäts-Verlag.
- Skrabaneck, P., 1994. The death of humane medicine and the rise of coercive healthism. The Social Affairs Unit.
- St. Pierre, M., Hofinger, G., 2014. *Human Factors und Patientensicherheit in der Akutmedizin*. Springer, Berlin Heidelberg.
- Tidyverse Developers, 2018. Tidyverse. Abgerufen: 2018-12-30.  
URL <https://www.tidyverse.org/>
- Wertarbeit, 2018. Arbeitsfähigkeit erhalten. Abgerufen: 2018-12-06.  
URL <http://www.wertarbeit.at/arbeitsfaehigkeit.php>
- Wickham, H., 2009. *ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis*. Springer-Verlag New York.  
URL <http://ggplot2.org>





# A

## Fragebogen

Der eingesetzte Fragebogen wurde mittels PDF-Druck aus SurveyMonkey extrahiert und ist in dieser Form auf den folgenden drei Seiten zu finden.

Aktuelle Entwicklung der Arbeits- und Organisationsmedizin in Österreich

**Beantworten Sie die folgenden Fragen bitte einfach so gut wie möglich. Wenn Sie sich bei der Beantwortung einer Frage nicht ganz im Klaren sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihnen wahrscheinlicher erscheint. Wenn Sie eine Frage gar nicht beantworten wollen, können Sie diese auch auslassen. Ich bitte Sie jedoch, nach Möglichkeit zu den Fragen 1 bis 8 Antworten zu geben.**

1. Welche der folgenden arbeitsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?

- Arbeitsplatzgestaltung
- Gesundheitsberatung (Ernährung, Rauchen, ...)
- Gefährdungsevaluierung
- Früherkennung von Erkrankungen
- Berufliche Wiedereingliederung

2. Welche der folgenden organisationsmedizinischen Kernaktivitäten nutzt Ihr Unternehmen bereits?

- Erarbeitung systemischer Maßnahmen zur Arbeitsorganisation
- Individuelles Coaching von Mitarbeiter/innen
- Teamentwicklung als Gesundheitsmaßnahme
- Beratung von Führungskräften
- Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems

3. Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in?

- Ja
- Nein

4. Verfügt Ihr Unternehmen über eine/n (angestellte/n oder nicht angestellte/n) Arbeitsmediziner/in mit der Zusatzqualifikation Organisationsmedizin?

- Ja
- Nein

5. Bitte ordnen Sie die folgenden organisationsmedizinischen Aktivitäten nach ihrer Wichtigkeit (1 = höchste Wichtigkeit, 5 = geringste Wichtigkeit):

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Erarbeitung systemischer Maßnahmen zur Arbeitsorganisation
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Individuelles Coaching von Mitarbeiter/innen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Teamentwicklung als Gesundheitsmaßnahme
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Beratung von Führungskräften
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Etablierung eines Gesundheitsmanagementsystems

6. Welchen Bedarf an organisationsmedizinischer Aktivität sehen Sie in Ihrem Unternehmen?

- Keinen
- Sehr geringen
- Geringen
- Hohen
- Sehr hohen

7. Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität Ihrer Meinung nach die Arbeitszufriedenheit steigern?

- Gar nicht
- Sehr schwach
- Schwach
- Stark
- Sehr stark

8. Wie stark kann organisationsmedizinische Aktivität (z.B. über höhere Arbeitszufriedenheit) Ihrer Meinung nach den Unternehmenserfolg positiv beeinflussen?

- Gar nicht
- Sehr schwach
- Schwach
- Stark
- Sehr stark

9. Was wollen Sie mir noch mitteilen?

*Anhang A Fragebogen*

10. Wenn Sie die wesentlichen Studienerkenntnisse bereits vor Publikation in Fachmedien erhalten wollen, geben Sie bitte hier eine E-Mail-Adresse an: