

Stress Prävention  
eiterbindung Kränkung  
bliche Gesundheitsför  
psychische Belastung  
Mobbing Arbeitspla  
Work-Life-Balance

V. Scherenberg (Hrsg.)

# Psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz

von C. Bergmann, K. Büttner, A. Connelly-Burscheid,  
M. Huttenlocher, A. Kühne, V. Rieger, C. Tatura

BEITRÄGE AUS DER HOCHSCHULE



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press

V. Scherenberg (Hrsg.)

# Psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz

C. Bergmann, K. Büttner, A. Connelly-Burscheid,  
M. Huttenlocher, A. Kühne, V. Rieger, C. Tatura



University of Applied Sciences  
**APOLLON**  
University Press



V. Scherenberg (Hrsg.)

# Psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz

C. Bergmann, K. Büttner, A. Connelly-Burscheid,  
M. Huttenlocher, A. Kühne, V. Rieger, C. Tatura

---

BEITRÄGE AUS DER HOCHSCHULE



Alle Rechte vorbehalten © APOLLON University Press, Bremen

1. Auflage 2020

Herausgegeben vom Dekanat der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft,  
Fachbereich II, Prof. Dr. Viviane Scherenberg

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverarbeitungen sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Projektmanagement: Julia Gwiasda, Bremen

Lektorat: Elisabeth Drimmel und Julia Gwiasda, Bremen

Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven

Cover: Elisabeth Drimmel, Bremen

Coverfoto: © manit – stock.adobe.com

Korrektur: Ruven Karr, Saarbrücken

Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen nationalbibliografie. Detaillierte Daten sind abrufbar unter:

<http://dnb.d-nb.de>

Die verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

ISBN: 978-3-9430-0182-2

[www.apollon-hochschulverlag.de](http://www.apollon-hochschulverlag.de)

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	9
<b>Einleitung</b>	11
<b>1 Ökonomische Relevanz von betrieblicher Gesundheitsförderung: Auswirkungen auf Produktivitätskennzahlen</b> (Martina Huttenlocher)	17
1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	18
1.1.1 Nutzenaspekte aus Unternehmenssicht	20
1.1.2 Harte und weiche Kennzahlen der BGF	22
1.2 Befunde der Produktivitätskennzahlen	24
1.2.1 Befunde im Hinblick auf Absentismus	25
1.2.2 Befunde im Hinblick auf Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima	27
1.2.3 Limitation der Ergebnisse	29
1.3 Handlungsempfehlungen und Fazit	31
<b>2 Kränkungen am Arbeitsplatz – Psychologische Hintergründe und Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung</b> (Katja Büttner)	37
2.1 Kränkungen: Hintergründe und Folgen	39
2.1.1 Begriffsbestimmung und Formen	39
2.1.2 Kränkungsreaktionen und Folgen	41
2.2 Ursachen von Kränkungen	42
2.2.1 Kommunikationspsychologische Aspekte	42
2.2.2 Kognitionspsychologische Aspekte	43
2.2.3 Tiefenpsychologische Aspekte	43
2.2.4 Reduktion von Kränkungen	44
2.2.5 Ableitung eines Kränkungsmodells	45
2.3 Handlungsempfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung	50
2.3.1 Verhältnispräventive Maßnahmen	50
2.3.2 Verhaltenspräventive Maßnahmen	52
2.4 Fazit und Ausblick	55

<b>3</b>	<b>Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen zur Identifizierung von Mobbinggefährdeten</b> (Christine Bergmann)	<b>61</b>
3.1	Begriffsbestimmung, Risikofaktoren sowie Folgen des Mobbings	63
3.1.1	Mobbingdefinitionen und subjektive Bewertung von Mobbingattacken	64
3.1.2	Risikofaktoren und Persönlichkeitsmerkmale	67
3.1.3	Folgen von Mobbing am Arbeitsplatz	68
3.2	Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen	69
3.2.1	Persönlichkeitsmerkmale von Mobbingverfahren und -unverfahren	69
3.2.2	Subjektive Bewertung von Mobbingattacken	71
3.2.3	Persönlichkeitsbezogene Unterschiede zwischen Mobbingverfahren und -unverfahren	73
3.3	Fazit und Ausblick	75
<b>4</b>	<b>Psychische Fehlbeanspruchungen im Rettungsdienst – Status quo und präventive Handlungsempfehlungen</b> (Vivien Rieger)	<b>81</b>
4.1	Hintergründe zum Rettungsdienst in Deutschland	82
4.2	Psychische Belastungen und Fehlbeanspruchungen im Rettungsdienst	83
4.2.1	Tätigkeitsbezogene Belastungen	83
4.2.2	Arbeitsorganisationsbezogene Belastungen	84
4.2.3	Soziale und berufspolitische Belastungen	85
4.3	Status quo psychischer Fehlbeanspruchungen und Belastungssymptome	86
4.3.1	Prävalenzen psychischer Belastungen und Fehlbeanspruchungen	87
4.3.2	Analyse psychischer Belastungen und Fehlbeanspruchungen nach zielgruppenspezifischen Aspekten	89
4.3.3	Übergreifende genderspezifische Unterschiede	89
4.3.4	Unterschiede in Abhängigkeit der beruflichen Qualifikation und derzeitigen Tätigkeit	90
4.3.5	Altersspezifische Unterschiede	92
4.3.6	Unterschiede in Abhängigkeit der Berufserfahrung	93
4.4	Prävention und Handlungsempfehlungen für den Rettungsdienst	95
4.5	Fazit	96

---

<b>5</b>	<b>Stressbewältigung durch Sport als Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung</b> (Andrea Kühne)	99
5.1	Ursachen für Stress am Arbeitsplatz	101
5.2	Bewegung und Sport im betrieblichen Kontext	103
5.3	Körperliche Reaktionen auf Sport	104
5.4	Stresstoleranz und Regeneration	104
5.5	Soziales Wohlbefinden	106
5.6	Zusammenspiel physischer, psychischer und sozialer Auswirkungen von Sport	106
5.7	Handlungsempfehlungen	107
5.8	Fazit und kritische Betrachtung	109
<b>6</b>	<b>Betriebliche Gesundheitsförderung: Verhaltensspezifische Präferenzen von Pflegekräften der Generationen X und Y</b> (Andrea Connelly-Burscheid)	115
6.1	Hintergrund zur Situation der Pflegekräfte	117
6.1.1	Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen	117
6.1.2	Gesundheitliche Belastungen	118
6.1.3	Generationsspezifische Charakteristika	119
6.2	Generationsspezifische Präferenzen von verhaltenspräventiven Angeboten	119
6.2.1	Motivbezogene Präferenzen	120
6.2.2	Inhaltliche Präferenzen	121
6.2.3	Präferenzen der Angebotsformen	122
6.3	Fazit und Handlungsempfehlungen	124



<b>7 Betriebliche Gesundheitsförderung auf Verhältnisebene: Mitarbeiterbindung in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege</b> (Christine Tatura)	131
7.1 Verhältnisprävention und ihre Relevanz	133
7.2 Mitarbeiterbindung und ihre Relevanz	134
7.3 Möglichkeiten und Grenzen der Verhältnisprävention zur Mitarbeiterbindung	135
7.3.1 Unternehmensstrategie und Führung	136
7.3.2 Arbeitskultur und -klima	138
7.3.3 Arbeitsort und -umgebung	138
7.3.4 Arbeitszeit und Pausenregelungen	139
7.3.5 Arbeits- und Aufgabenorganisation	141
7.4 Handlungsempfehlungen und Fazit	143
Autorinnen und Autoren	149
Abbildungsverzeichnis	152
Tabellenverzeichnis	153
Stichwortverzeichnis	154

# Vorwort

MICHAEL ERHART

Psychisches Wohlbefinden findet als Maß zur Beurteilung von Interventionen oder der grundlegenden Situation von Menschen seit längerem Beachtung. Psychisches Wohlbefinden stellt jedoch nicht nur ein Outcome dar, sondern hat seinerseits vielfältige Bedeutung für beispielsweise die weitere Gesundheits- und Krankheitsdynamik, die Arbeitszufriedenheit oder aber auch die Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen. Verschiedene Forschungsarbeiten zeigen, dass ein hohes psychisches Wohlbefinden mit besserem Entscheidungsverhalten, einer höheren Motivation und besseren beruflichen Leistungen assoziiert ist. Der Blick in den Arbeitsalltag vieler Beschäftigter führt hingegen schnell zur Ernüchterung: Das psychische Wohlbefinden der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ist oft gering und spielt in der Unternehmenskultur kaum eine Rolle. Von daher besteht nach wie vor ein Bedarf an weiteren wissenschaftlichen Arbeiten, die entsprechende Defizite, aber auch das Potenzial von Verbesserungen aufzeigen.

Die Beiträge der engagierten Autorinnen des vorliegenden Thesiband liefern einen gelungenen Einblick in bedeutende Defizite und die damit verbundenen möglichen Potenziale zur positiven Beeinflussung des psychischen Wohlergehens am Arbeitsplatz.

Prof. Dr. Michael Erhart

(Professor für Psychologie an der APOLLON Hochschule und  
Professor für Gesundheits- und Rehabilitationswissenschaften an der  
Alice-Salomon-Hochschule Berlin)



# Einleitung

VIVIANE SCHERENBERG

Der vorliegende Thesiband beschäftigt sich mit dem gesellschaftlich wichtigen Thema „*Psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz*“. Sieben ausgewählte Beiträge frisch gebackener Gesundheitsexpertinnen der APOLLON Hochschule aus dem Fachbereich Prävention und Gesundheitsförderung offenbaren in diesem Werk die aufschlussreichen Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Abschlussarbeiten. Die Public-Health-Relevanz des Publikationsthemas ergibt sich aus der hohen Bedeutung des psychischen Wohlergehens sowie der damit verbundenen aktuellen Prävalenz psychischer Belastungen am Arbeitsplatz. Da das psychische Wohlergehen eine wesentliche Voraussetzung für die psychische, körperliche und soziale Gesundheit des Einzelnen sowie des Kollektivs darstellt, beeinflusst das psychische Wohlergehen auch die Leistungs- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen. Umso ernüchternder sind die Ergebnisse der „*The Workforce View in Europe 2019*“-Studie, nach der mehr als ein Viertel der Beschäftigten (28 %) der Meinung ist, dass ihr Arbeitgeber tatsächlich nicht an ihrem psychischen Wohlergehen interessiert ist. Erfreulicherweise sehen hingegen die meisten Arbeitnehmer (80 %) hierzulande kein Problem, mit ihrem Arbeitgeber grundsätzlich über psychische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz zu sprechen (vgl. ADP, 2019, S. 19). Hohe Krankheitszahlen im Bereich psychischer Erkrankungen und die Wahrnehmung, dass sich Mitarbeiter nicht immer ernst genommen fühlen, aber bereit sind, über ihre psychischen Stressoren zu sprechen, eröffnen ein grundsätzliches Potenzial, um das psychische Wohlergehen von Mitarbeitern auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse zu fördern und daraus resultierende Ableitungen zur Förderung des Wohlergehens vorzunehmen.

Wird von „Wohlbefinden“ gesprochen, so wird dieser Begriff oft einseitig und unspezifisch mit Glück, Lebensqualität oder Lebenszufriedenheit gleichgesetzt. Doch das Konstrukt Wohlbefinden umfasst – gerade im Setting Arbeitsplatz – weit mehr, wie die folgenden Beiträge verdeutlichen

werden. Die WHO definiert Wohlbefinden als einen Zustand, „in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen und produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO, 2006, S. 47). Entsprechend lässt sich das subjektive Wohlbefinden des Einzelnen durch die positiven wie negativen Abstrahlungseffekte auf ein Kollektiv (z. B. in Unternehmen) in die Bereiche des persönlichen und sozialen Wohlbefindens untergliedern (vgl. Michaelson et al., 2009, S. 21). Während das persönliche Wohlbefinden Vitalität, emotionales Wohlbefinden und psychische Ressourcen miteinschließt, werden unter dem Begriff des sozialen Wohlbefindens unterstützende Beziehungen, Vertrauen und Zufriedenheit subsumiert. Damit wird deutlich, dass Wohlbefinden nicht allein auf individueller Ebene auf positive Gefühle, die Abwesenheit negativer Gefühle und die damit verbundene Leistungsfähigkeit von Mitarbeitern beschränkt ist, sondern auf kollektiver Ebene das Betriebsklima und die Produktivität von Unternehmen miteinschließt. Das psychische Wohlbefinden der Mitarbeit ist somit auch immer untrennbar mit dem ökonomischen Wohlbefinden von Unternehmen verbunden.

Genau auf diesen wesentlichen Zusammenhang und die ökonomische Relevanz der *betrieblichen Gesundheitsförderung* für Unternehmen geht Frau *Martina Huttenlocher* in dem einführenden Beitrag ein, indem sie die ökonomischen Auswirkungen mithilfe unterschiedlicher Kennzahlen näher beleuchtet. Mit ihren wissenschaftlichen Befunden zu Absentismus, Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima gelingt es ihr, die gebotene Notwendigkeit der Durchführung betrieblicher Präventionsinterventionen ökonomisch zu untermauern. Indirekt mit den Themen Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima beschäftigt sich aus psychologischer Perspektive der Folgebeitrag. Frau *Katja Büttner* widmet sich einer sehr wichtigen, aber bisher noch stark unterrepräsentierten Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung und einer sehr spezifischen *psychischen Belastung am Arbeitsplatz*, der *Kränkung*. Dieser Beitrag bietet dem Leser nicht nur aufschlussreiche psychologische Einsichten mithilfe eines komplexen Erklärungsmodells für Kränkungen, sondern zudem praxisorientierte Handlungsempfehlungen, wie Kränkungen durch unterschiedliche verhaltens-

und verhältnispräventive Maßnahmen in Unternehmen minimiert und wie ihnen proaktiv begegnet werden kann. Neben Kränkungen stellt für die Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit und des Wohlergehens von Mitarbeitern zunehmend *Mobbing* ein ernsthaftes Problem für Unternehmen dar. Um aber für Mobbingattacken am Arbeitsplatz geeignete Maßnahmen ergreifen zu können, sind auch hier zielgruppenspezifische Erkenntnisse notwendig. Der Beitrag von Frau *Christina Bergmann* bietet für die Maßnahmenableitung eine aufschlussreiche Grundlage, da empirische Befunde zu den Persönlichkeitsmerkmalen von mobbing erfahrenen und mobbingunerfahrenen Personen genauer analysiert und miteinander verglichen werden. Psychisches Wohlbefinden von Menschen am Arbeitsplatz unterscheidet sich stark von den unterschiedlichen Belastungsfaktoren abhängig vom Beruf und der jeweiligen Branche. Der Rettungsdienst stellt eine besondere gesellschaftlich wichtige Berufsgruppe dar, deren psychischer Fehlbeanspruchung bisher wenig Beachtung geschenkt worden ist. Frau *Vivien Rieger* hat in einer bisher einzigartigen deutschlandweiten Befragung des *Rettungsdienstes* Abhilfe geschaffen und die *psychischen Belastungen und Fehlbeanspruchungen* näher untersucht, um auch hier wichtige Erkenntnisse für die Prävention gewinnen und konkrete Handlungsempfehlungen für diese Zielgruppe ableiten zu können. Präventionsinterventionen scheitern allerdings nicht selten an der Unkenntnis ihrer tatsächlichen Wirksamkeit. Aus diesem Grund widmet sich der psychologische Beitrag von Frau *Andrea Kühne* der Frage, welche *Auswirkungen sportliche Aktivitäten auf die psychische Gesundheit* haben. Die wissenschaftlichen Befunde zu den physischen, psychischen und sozialen Auswirkungen und Interaktionen von Sport auf die Gesundheit münden auch hier in bereichernde Interventionsempfehlungen für die Unternehmenspraxis. Aber nicht nur die Wirkungen und die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen sind entscheidend für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung; vielmehr stellt die grundsätzliche Akzeptanz bei der jeweiligen Zielgruppe eine weitere Voraussetzung dar. Die *Präferenzen verhaltenspräventiver Maßnahmen* sind Gegenstand des Beitrags von Frau *Andrea Connelly-Burscheid*, der sich auf das Setting Pflege konzentriert. Aufgrund des aktuellen Arbeitsmarktes und gesundheitspezi-

fischer Krankheitszahlen wurde das besondere Augenmerk auf die Generationen X (Jahrgang 1965–1979) und Y (1980–1997) gelegt. Längst dienen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht mehr allein der Gesunderhaltung von Mitarbeitern, sondern stellen im Zeitalter des Fachkräftemangels zugleich ein Instrumentarium zur Mitarbeitergewinnung und *Mitarbeiterbindung* dar. Der abschließende Beitrag von Frau *Christine Tatura* geht daher der Frage nach, welche *verhältnispräventiven Maßnahmen* geeignet sind, um Mitarbeiter der stationären Gesundheits- und Krankenpflege zu binden. Die Analyse bestehender Studien bietet einen aufschlussreichen Überblick über die unterschiedlichen Möglichkeiten, das Arbeitsklima, die Arbeitsumgebung, die Arbeitszeit oder auch die Arbeitsorganisation positiv zu beeinflussen.

Zusammenfassend ist es den engagierten Autorinnen in sehr guter Weise gelungen, wissenschaftliche Erkenntnisse rund um das Thema „*Psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz*“ mit vielen praktischen Hinweisen für Unternehmen und Institutionen des Gesundheitswesens zu verbinden und damit sowohl thematisch Interessierten als auch erfahrenen Praktikern wertvolle Impulse für die Präventionsarbeit zu liefern. Das Resultat ist ein interdisziplinärer Thesiband, der verdeutlicht, welches enorme Potenzial für unsere Gesellschaft in den „*Gesundheitsexperten von morgen*“ schlummert, das mit diesem Werk weiter entfaltet wurde und zugleich hoffentlich Ansporn für alle Studierenden ist.

Für die grundsätzliche Möglichkeit, die Absolventinnen mithilfe dieser Publikation zu fördern und zu ermutigen, möchte ich mich ganz herzlich bei Frau *Dr. Petra Becker* bedanken. Mein außerordentlicher Dank geht darüber hinaus an meine liebe Kollegin, Frau *Julia Gwiasda*, die den Thesiband durch ihr Lektorat stets tatkräftig unterstützt hat. Abschließend gilt ein großes Dankeschön, verbunden mit meinem höchsten Respekt und den besten Wünschen für die Zukunft, unseren Autorinnen und Absolventinnen.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg  
(Dekanin des Fachbereichs II Prävention und Gesundheitsförderung an  
der APOLLON Hochschule)

## Literaturverzeichnis

- ADP (2019). *The Workforce View in Europe 2019*. [https://www.de-adp.com/\\_local/workforce-view-2019/ADP\\_WhitePaper2019\\_190319\\_DE\\_digi.pdf](https://www.de-adp.com/_local/workforce-view-2019/ADP_WhitePaper2019_190319_DE_digi.pdf) (22.09.2019).
- Michaelson, J./Abdallah, S./Steuer, N./Thompson, S. et al. (2009). *National Accounts of Well-Being: Bringing Real Wealth onto the Balance Sheet*. London: New Economics Foundation.
- WHO – World Health Organization (2006). *Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. Bericht über die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/96453/E87301G.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf?ua=1) (02.12.2019).





# 1

## Ökonomische Relevanz von betrieblicher Gesundheitsförderung: Auswirkungen auf Produktivitätskennzahlen

MARTINA HUTTENLOCHER

Die Arbeitswelt befindet sich im Wandel und stellt sowohl Unternehmen als auch Mitarbeitende vor vielfältige und neue Herausforderungen, etwa die zunehmende Digitalisierung, neue Technologien oder die demografische Entwicklung. Um den damit verbundenen steigenden Krankheitszahlen zu begegnen und wettbewerbsfähig zu bleiben, greifen viele Firmen zu Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Es stellt sich jedoch die Frage, ob sich entsprechende Investitionen wirtschaftlich lohnen und welchen Nutzen sie für Unternehmen haben. Um eine solide Entscheidungsbasis zu generieren, wurden spezifische harte und weiche Kennzahlen und deren Auswirkungen auf die Produktivität mithilfe einer Literaturanalyse untersucht. Der folgende Beitrag behandelt insbesondere die Ergebnisse zum Absentismus bzw. zur Mitarbeiterzufriedenheit und zum Betriebsklima. Abschließend folgt eine Interpretation der Resultate, aus der Handlungsempfehlungen für Unternehmen abgeleitet werden.

Technologischer Fortschritt, demografischer Wandel sowie Globalisierung gehören zu den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in der Arbeitswelt (vgl. Stock-Homburg, 2013, S. 603). Dies verlangt von Mitarbeitenden ein hohes Maß an Flexibilität sowie eine permanente Weiterentwicklung und Anpassung von Organisationsstrukturen. Die Folge können beispielsweise steigende Krankenstandzahlen sein. Im Jahr 2017 waren Arbeitnehmende in Deutschland im Durchschnitt 10,6 Tage krankgemeldet. Zehn Jahre zuvor, 2007, belief sich die Zahl noch auf 8,1 Tage (vgl. StBA, 2019). 45,2 % aller Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) sind auf Langzeiterkrankungen zurückzuführen, welche über mindestens sechs Wochen andauern (vgl. Rennert et al., 2018, S. 41). 16,6 % jener Ausfälle entstehen

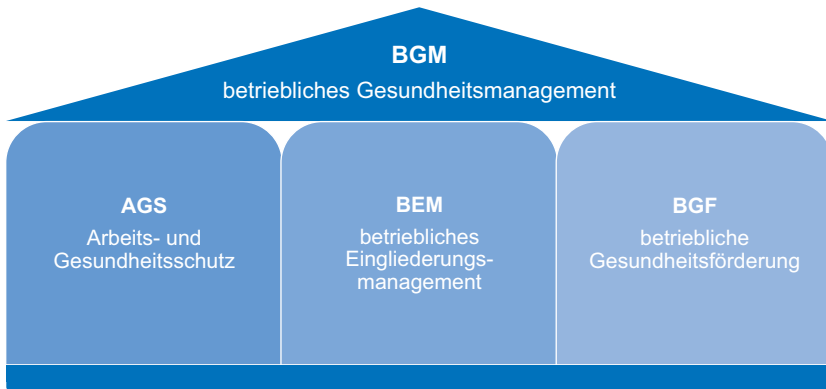
durch psychische Störungen, oft aufgrund von hohen Stress- und Arbeitsbelastungen, die mit langen Ausfallzeiten verbunden sind. Für die Unternehmen verursacht ein hoher Krankenstand enorme zusätzliche Kosten. Durch die Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall zahlten Arbeitgeber 2017 nach Schätzungen des Instituts der deutschen Wirtschaft im Durchschnitt 53,2 Milliarden Euro. 2006 waren es mit 25,2 Milliarden Euro noch weniger als die Hälfte (vgl. Pimpertz, 2018, S. 2).

Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, implementieren viele Unternehmen ein betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Laut IGA-Report 20 setzen bereits 36 % der Firmen Maßnahmen um. Dies bedeutet jedoch auch, dass 63 % noch keine Maßnahmen umsetzen. 1 % hat ein BGM aufgenommen, allerdings wieder eingestellt (vgl. Bechmann et al., 2011, S. 11). Die Gründe für die Nichteinführung eines BGM sind vielfältig. 48 % führen kein BGM ein, weil ihnen die Kosten zu hoch sind und 28 % zweifeln am Nutzen der Maßnahmen (vgl. Bechmann et al., 2011, S. 22). Daraus ergibt sich die Frage, wie sich Mittel der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) als ein wichtiger Bereich des BGM auf harte und weiche Kennzahlen und damit auf die Produktivität auswirken. Um die wirtschaftlichen Auswirkungen von Maßnahmen zur aktiven Gesundheitserhaltung von Unternehmen zu bestimmen, wurde eine Literaturanalyse durchgeführt. Diese stellt eine solide Basis für Unternehmer dar, um eine Entscheidung für oder gegen die Einführung von BGF fällen zu können bzw. um weiterhin in eine bestehende BGF zu investieren und diese ggf. auszuweiten. Es wurden insgesamt 25 Studien zu verschiedenen harten und weichen Kennzahlen hinsichtlich der Auswirkungen auf die Produktivität untersucht, deren zentrale Ergebnisse in Kap. 1.2 dargestellt werden.

## 1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Im Alltagsgebrauch werden die Begriffe betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) oft synonym verwendet. Dabei ist BGM an der Unternehmensstrategie und den Zielen ausgerichtet und beinhaltet neben der BGF auch noch die Bereiche Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) und betriebliches Eingliederungs-

management (BEM) (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 176). Folglich ist die Rede von den drei Säulen des BGM (vgl. Abb. 1.1).



**Abb. 1.1:** Die drei Säulen des BGM (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 176)

Während AGS und BEM gesetzlich vorgeschrieben sind, beruht die BGF auf einer Freiwilligkeit der Arbeitgeber (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 177 f.). Dieser Beitrag konzentriert sich ausschließlich auf die ökonomische Relevanz von BGF, da jedes Unternehmen selbst entscheidet, wie viel Geld es in diesen Bereich investieren will.

Nach der Luxemburger Deklaration zur BGF in der Europäischen Union umfasst diese „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (ENWHP, 2007). Hierbei stehen die salutogenetischen Aspekte im Vordergrund. Somit geht es bei der BGF nicht so sehr um die Vermeidung von Krankheiten, sondern vielmehr um die Stärkung von gesundheitsfördernden Ressourcen (vgl. Stierle/Vera, 2014, S. 5). Es wird zwischen Verhaltensprävention, die sich auf die Person bezieht, und Verhältnisprävention, welche die Beeinflussung der Umfeldbedingungen betrifft, differenziert (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 178; Kempf, 2010, S. 203). Zur Verhaltensprävention zählen beispielsweise Rückenschulkkurse, Workshops zu gesunder Ernährung oder Stressbewältigungsprogramme. Verhältnisänderungen umfassen etwa eine nach gesundheitlichen Kriterien gesteuerte Menüauswahl in der Kantine oder ein Schichtarbeitsmodell,

das sich nicht nur nach wirtschaftlichen Aspekten, sondern auch auf die Förderung der Gesundheit der Mitarbeitenden ausrichtet.

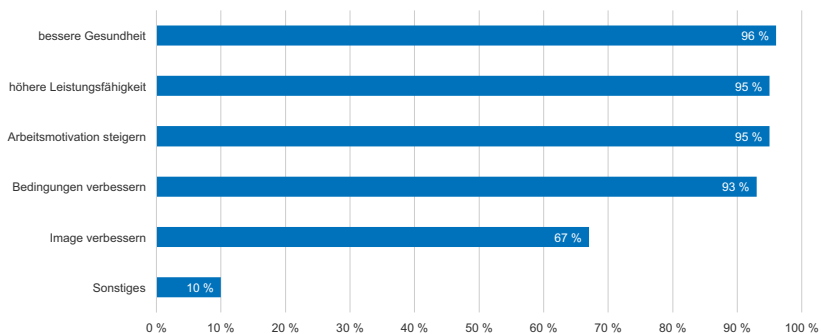
### 1.1.1 Nutzenaspekte aus Unternehmensicht

Sowohl für Mitarbeitende als auch für Unternehmer ist es von Bedeutung, welchen gesundheitlichen Nutzen BGF-Maßnahmen haben und unter welchen Bedingungen diese am wirksamsten sind. Ergibt sich ein persönlicher Nutzen für die Mitarbeitenden, so hat dies automatisch positive Effekte auf den Nutzen des Arbeitgebers. Werden Beschäftigte als interne Kunden betrachtet und ihre Bedürfnisse und Wünsche berücksichtigt, so wirkt sich dies auf die Motivation und die Arbeitsleistung und damit auch auf die harten Kennzahlen aus (vgl. Nöhammer et al., 2009, S. 426). Da sich vorliegender Beitrag mit der ökonomischen Relevanz beschäftigt und die Frage behandelt, ob sich Investitionen in BGF betriebswirtschaftlich lohnen, findet hier eine Fokussierung auf den wirtschaftlichen Aspekt statt. Hierfür werden zunächst Kostenaspekte näher betrachtet.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht ist der Arbeitgeber an den direkten Krankheitskosten beteiligt, indem er die Hälfte der gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge seiner Angestellten finanziert, die zur Deckung der medizinischen Behandlung verwendet werden (vgl. Land, 2018, S. 27). Dies sind unabhängig vom Krankenstand eines Unternehmens entstehende Kosten. Die indirekten Krankheitskosten für ein Unternehmen sind dagegen abhängig von der Höhe des Produktivitätsverlustes aufgrund von Krankheit. Hier sind insbesondere die Lohnfortzahlungen zu nennen, zu denen der Arbeitgeber in den ersten sechs Wochen eines Krankheitsfalls verpflichtet ist (vgl. § 3 Abs. 1 EntgFG). Diese müssen gezahlt werden, obwohl dem Arbeitgeber ein Produktionsausfall entsteht oder er mitunter zusätzlichen Lohn für Überstunden der Arbeitskollegen oder vorübergehendes Ersatzpersonal einsetzen muss. Weitere Kosten entstehen durch den sogenannten Präsentismus – die Tatsache, dass Mitarbeiter krank zur Arbeit kommen und dadurch eine reduzierte Arbeitsleistung erbringen. Zusätzlich sehen Uhle und Treier massive Kosten für Unternehmen aufgrund von Fehlzeiten und nennen als direkte Kosten hohe Absentismusra-

ten<sup>1</sup> (vgl. Uhle/Treier, 2015, S. 268). Zudem werden eine sinkende Produktivität sowie eine hohe Fluktuation zu den direkten Kosten gezählt. Des Weiteren ergänzen Uhle und Treier hohe indirekte Personalkosten und Unfallversicherungsprämien. Zu den indirekten Kosten werden ein negatives Firmenimage, das Risiko für eine Absentismuskultur, eine schlechte Arbeitsmoral, eine niedrige Zufriedenheit sowie Qualitätsverluste gezählt (vgl. Uhle/Treier, 2015, S. 268).

Insgesamt sehen Unternehmen den Nutzen von gesundheitsfördernden Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen. Eine Untersuchung der Begründungen für betriebliche Gesundheitsförderung unterscheidet drei Bereiche: 43 % der Betriebe ist die individuelle Gesundheit der Mitarbeitenden wichtig, 29,6 % legen Wert auf personalwirtschaftliche Aspekte (z. B. Motivation, Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima) und 27,4 % verfolgen mit der BGF Unternehmensziele (z. B. Steigerung des wirtschaftlichen Erfolgs, der Arbeitsproduktivität und des Image, Reduktion von Fehlzeiten, Unfällen und Fluktuation) (vgl. Brandl/Kugler, 2008, S. 54 ff.). Der IGA-Report 20 kommt bei einer Umfrage zu ähnlichen Ergebnistendenzen (vgl. Abb. 1.2).



**Abb. 1.2:** Ziele von Unternehmen mit BGM (vgl. Bechmann et al., 2011, S. 16)

1 Absentismus bezeichnet i. d. R. krankheitsbedingte Fehlzeiten (vgl. Schmidt, 2014, S. 491).

### 1.1.2 Harte und weiche Kennzahlen der BGF

Controlling ist heutzutage ein wichtiger Bestandteil jeder Unternehmensführung. Genauso sollte nach Meinung von Stierle und Vera Gesundheitscontrolling in die Planung, Steuerung und Koordination einbezogen werden (vgl. Stierle/Vera, 2014, S. 6 f.). Mit einem solchen Gesundheitscontrolling können mithilfe von Kennzahlen Sachverhalte komprimiert und messbar gemacht werden. Jene Kennzahlen verdeutlichen, ob ein Ziel erreicht wurde oder nicht. Dabei ist darauf zu achten, dass trotz der Verdichtung der Informationen die Komplexität der Realität abgebildet wird (vgl. Biewig et al., 2016, S. 10). Damit Kennzahlen eine hohe Akzeptanz erfahren, ist es zudem wichtig, dass sie einen Unternehmensbezug aufweisen (vgl. Burnus et al., 2014, S. 81). Dies führt zu einem Trend, hin zu befragungsbasierten Kennzahlen, mit denen ein entsprechender Zeit- und Kostenaufwand einhergeht (vgl. Uhle/Treier, 2015, S. 254).

So unterschiedlich die Kennzahlenarten, so verschieden sind in der Literatur auch die Zuordnungen der Kennzahlen im Bereich der BGF. Biewig et al. differenzieren beispielsweise zwischen Kennzahlen im Bereich Human Resource Management (HRM) und betrieblicher Gesundheitsförderung sowie weichen und ökonomischen Kennzahlen (vgl. Biewig et al., 2016, S. 13) (vgl. Abb. 1.3).

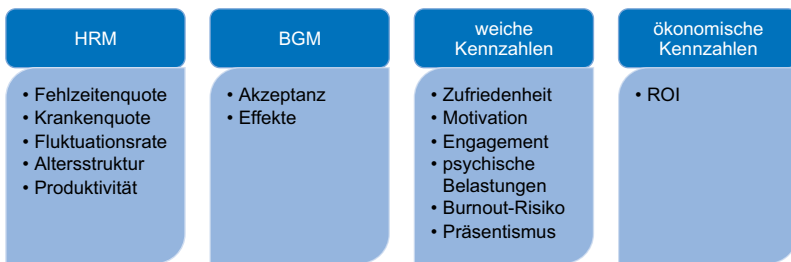


Abb. 1.3: Kennzahlen (vgl. Biewig et al., 2016, S. 13 f.)

Ziel dieses Beitrags ist es, eine Entscheidungsgrundlage für Unternehmer zu generieren, weswegen eine allgemein verständliche Kategorisierung in harte und weiche Kennzahlen vorgenommen wurde. **Harte Kennzahlen** sind durch eine hohe Objektivität gekennzeichnet und sind demnach häu-

fig leicht zu erfassen. **Weiche Kennzahlen** geben den qualitativen Kern von erreichten Veränderungen wieder (vgl. Fritz, 2009, S. 111 f.), lassen sich jedoch nur indirekt über Indikatoren messen und sind stark personen- und situationsabhängig. Hier besteht Interpretationsspielraum (vgl. Biewig et al., 2016, S. 11 f.).

Exemplarisch für die harten Kennzahlen wird hier der Absentismus, folglich gesundheitsbedingte Fehlzeiten, betrachtet. Dies können Fehlzeiten mit und ohne Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sein (vgl. Pieper et al., 2015, S. 64). Der Begriff kann dahingehend erweitert werden, dass Fehlzeiten aus privaten oder motivationalen Gründen hinzugezählt werden können. Diese beruhen jedoch auf organisationspsychologischen Aspekten und nicht auf Krankheit (vgl. Schmidt, 2014, S. 491). Zum Teil wird Absentismus als vorgetäuschte Krankheit definiert (vgl. Günther et al., 2009, S. 368), weswegen bei der Literaturanalyse beachtet werden musste, von welcher Definition die Autoren jeweils ausgehen. In diesem Beitrag wird auf die englischsprachige Begriffsdefinition und damit die Bedeutung *absenteeism* als krankheitsbedingte Fehlzeit zurückgegriffen (vgl. Schmidt, 2014, S. 491).

Stellvertretend für die weichen Kennzahlen werden Daten zu Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima analysiert. In der Literatur werden die Begriffe „Mitarbeiterzufriedenheit“ und „Arbeitszufriedenheit“ oft synonym verwendet (vgl. Bauer et al., 2004, S. 5). Eine einheitliche Definition existiert nicht. Letztendlich sollen weiche Kennzahlen Aufschluss darüber geben, inwieweit Bedürfnisse bei der Arbeit befriedigt bzw. Ziele erreicht werden. Ist dies der Fall, so stellt sich ein Gefühl der Zufriedenheit ein (vgl. Hans-Böckler-Stiftung, 2002, S. 7). Während sich der Begriff „Mitarbeiterzufriedenheit“ auf die individuelle Ebene bezieht, handelt es sich bei dem „Betriebsklima“ um die Beurteilung der Gesamtorganisation. Diese beinhaltet stabile Situationsmerkmale, die von den Mitarbeitenden erlebt werden und deren Verhalten beeinflussen. Hierzu zählen beispielsweise die Be- und Entlohnung, der Umgang mit Konflikten, die Autonomie des Einzelnen sowie die Unterstützung unter Kollegen (vgl. Bauer et al., 2004, S. 5). Insgesamt wird in der rezipierten Literatur hinreichend bestätigt, dass sich Kennzahlen gegenseitig beeinflussen. Uhle und Treier betonen



etwa die Wechselwirkung von Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung. Zufriedene Mitarbeitende leisten mehr, sodass sich die Produktivität steigert. Umgekehrt kann eine entsprechende Wertschätzung der Leistung auch die Zufriedenheit erhöhen. Zudem wurde hinreichend belegt, dass zufriedener Mitarbeitende gesünder sind, wodurch wiederum der Krankenstand sinkt (vgl. Uhle/Treier, 2015, S. 259 f.).

## 1.2 Befunde der Produktivitätskennzahlen

Zur Beantwortung der Frage, wie sich BGF-Maßnahmen auf Produktivitätskennzahlen auswirken, wurde eine Literaturrecherche in fünf Datenbanken und zusätzlich bei Veröffentlichungen von verschiedenen wissenschaftlichen Instituten durchgeführt. Die hohe Trefferquote von insgesamt 554 Studien in unterschiedlichen wissenschaftlichen Datenbanken (z. B. Pubmed, DOAJ) bestätigt die übergreifende Relevanz des Themas. Nach näherer Sichtung konnten 25 kennzahlenrelevante Studien zum Thema BGF aus den letzten 15 Jahren in die Untersuchung eingeschlossen werden, wobei manche Arbeiten mehrere Kennzahlen angeben. Hinsichtlich der harten Kennzahlen wurden Studien zu Produktivität, Absentismus und Präsentismus ausgewertet. Für die weichen Kennzahlen wurden aufgrund der geringeren Studienanzahl Arbeiten zur Mitarbeiterzufriedenheit und zum Betriebsklima sowie zur Kundenzufriedenheit und zum Image zusammengefasst. Da die Ergebnisse sehr heterogen und schwer miteinander zu vergleichen sind, um eine einfache Übersicht für Praktiker zu erstellen, wurde eine Bewertung in folgenden Kategorien vorgenommen: „++“ für sehr positive Effekte, „+“ für positive Effekte und „-“ für keine Auswirkungen oder negative Effekte.

Sowohl für die harten als auch für die weichen untersuchten Kennzahlen zeigt sich überwiegend ein positiver Effekt von BGF im Sinne einer Produktivitätssteigerung. Alle fünf Meta-Analysen, die eingeschlossen wurden und höher gewichtet werden müssen, da sie eine Vielzahl von Studien berücksichtigen, wurden mit „++“ bewertet. Allerdings gilt für den Präsentismus und für die Kundenzufriedenheit bzw. das Image, dass die Anzahl der Studien mit sehr positiven Effekten geringer ausfällt.

Tab. 1.1: Zusammenfassung aller Studienergebnisse

Kennzahl	keine Auswirkungen/ negative Effekte	positive Effekte	sehr positive Effekte
	–	+	++
Produktivität	2	1	4
Absentismus	4	2	7
Präsentismus	1	4	1
Mitarbeiterzufriedenheit/Klima	1	2	4
Kundenzufriedenheit/Image	0	3	1

Details zu den einzelnen Studien und der Bewertung werden in den folgenden Abschnitten beispielhaft für die Kennzahlen Absentismus bzw. Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima näher betrachtet.

### 1.2.1 Befunde im Hinblick auf Absentismus

Zunächst werden vier wissenschaftliche Zusammenstellungen (Meta-Evaluationen) vorgestellt, wovon jede mit sehr positiven Effekten („++“) bewertet wurde. Der IGA-Report 13 aus dem Jahr 2008 kam zu dem Ergebnis, dass der Return on Investment (ROI) zwischen 1:2,5 und 1:10,1 lag. Dies deutet darauf hin, dass das Verhältnis von Kosten für BGM zu den Einsparungen bei den Kosten durch Fehlzeiten sehr effizient war (vgl. Sockoll et al., 2008, S. 58). Sieben Jahre später – im Jahr 2015 – weist der IGA-Report 28 eine Reduktion kostenbedingter Fehlzeiten um durchschnittlich 27 % nach (vgl. Pieper et al., 2015, S. 64). Das Review von Baicker et al. von 2010 stellte durchschnittliche Einsparungen von 294 US-Dollar pro Mitarbeiter pro Jahr fest sowie einen ROI von 1:2,73. Zudem konnte der Absentismus um 1,7 bis 1,9 Tage pro Mitarbeiter und Jahr gesenkt werden (vgl. Baicker et al., 2010, S. 5). Chapman et al. eruierten 2012, dass der Absentismus im Schnitt um 25,1 % reduziert werden konnte. Die Zahl bezog sich allerdings auf unterschiedliche Zeiträume (vgl. Chapman, 2012, S. 8 f.).

Neben jenen vorgestellten Meta-Evaluationen wurden zusätzlich Befunde von Einzelstudien berücksichtigt. Eine Befragung deutscher Geschäftsführer von Eberle et al. hatte im Jahr 2005 zum Ergebnis, dass durch

BGM-Maßnahmen eine Krankenstandslenkung zwischen 0,8 und 5,0 % innerhalb von ein bis sechs Jahren möglich war. Die Einsparungen, die sich auf unterschiedliche Zeiträume bezogen, lagen zwischen 17.000 und 800.000 Euro (vgl. Eberle et al., 2005, S. 67). Einen Anstieg der Fehltage zeigte eine Längsschnittstudie von Finkelstein et al. aus dem Jahr 2009 (vgl. Finkelstein et al., 2009, S. 1371). Im Gegensatz dazu erzielten Palumbo et al. mit einer randomisiert-kontrollierten Studie sehr positive Effekte. Die Interventionsgruppe wies keine Fehlstunden auf, die Kontrollgruppe im gleichen Zeitraum 49 (vgl. Palumbo et al., 2012, S. 57). Guo et al. ermittelten in ihrer Längsschnittstudie im Jahr 2015 eine Reduktion des Absentismus um 4 % pro Jahr; demnach insgesamt positive Effekte in Bezug zu Absentismus (vgl. Guo et al., 2015, S. 1058). Ein Vorher-Nachher-Vergleich von Harden et al. ergab 2015 einen Anstieg des absoluten Absentismus nach einem Jahr um 3,42 Stunden pro Monat bzw. einen Anstieg des relativen Absentismus um 0,02 Punkte nach einem Jahr (vgl. Harden et al., 2015, S. 771 f.). In dieser Erhebung sind demzufolge negative Effekte zu verzeichnen, wie auch bei Stansfeld et al. in einer randomisierten Studie von 2015. Sie ergab einen Anstieg der Fehltage um 0,3 bis 0,4 Tage nach drei Monaten (vgl. Stansfeld et al., 2015, S. 6 f.). Im Gegensatz dazu erzielte ein Vorher-Nachher-Vergleich von Hendriksen et al. 2016 sehr positive Effekte. Hier konnten durch BGM-Maßnahmen nach 15 Monaten die Fehltage pro Monat um 16,4 % gesenkt werden (vgl. Hendriksen et al., 2016, S. 579). Für die kontrollierte Studie von Fitzgerald et al. aus dem Jahr 2018 bedeutete eine Reduktion um 0,36 bis 0,78 Fehltage im Vergleich zum Vorjahr und eine Kostenersparnis zwischen 52,01 und 112,69 Euro eine Bewertung mit „+“ (vgl. Fitzgerald et al., 2018, S. 6 f.). Negative Effekte zeigte schließlich eine randomisierte Studie von Pereira et al. im Jahr 2019. Hier betrug die Steigerung der Fehlzeiten 0,1 bis 0,6 Tage nach zwölf Monaten bezogen auf die letzten 28 Tage (vgl. Pereira et al., 2019, S. 47).

Alle erläuterten Studienergebnisse werden zum Zwecke der Übersichtlichkeit in Tab. 1.2 nochmals zusammengestellt.

Tab. 1.2: Zusammenfassung der Auswirkungen auf den Absentismus

Studie	keine Auswirkungen/ negative Effekte	positive Effekte	sehr positive Effekte
<b>Meta-Evaluationen</b>			
Sockoll et al.			++
Pieper et al.			++
Baicker et al.			++
Chapman			++
<b>Befragungen/Einzelstudien</b>			
Eberle et al.			++
Finkelstein et al.	–		
Palumbo et al.			++
Guo et al.		+	
Harden et al.	–		
Stansfeld et al.	–		
Hendriksen et al.			++
Fitzgerald et al.		+	
Pereira et al.	–		

### 1.2.2 Befunde im Hinblick auf Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima

Da weiche Kennzahlen schwerer zu erfassen sind und demnach deutlich weniger Studienmaterial gefunden werden konnte, wurden die Aspekte „Mitarbeiterzufriedenheit“ und „Betriebsklima“ zusammengefasst. So konnten insgesamt sieben Arbeiten ausgewertet werden, von welchen vier sehr positive Effekte und weitere zwei positive Effekte zeigten (vgl. Tab. 1.3), darunter eine Befragung deutscher Geschäftsführer aus dem Jahr 2005, die mit einem „+“ bewertet wurde. 42 % der Befragten gaben an, dass sich durch BGF-Maßnahmen die Einsatzflexibilität der Mitarbeitenden

gesteigert und die Fluktuationsrate reduziert hat (vgl. Eberle et al., 2005, S. 49). Eine vergleichbare Befragung vier Jahre später – durchgeführt von Winter und Singer – kam zu sehr guten Ergebnissen. Hier sahen 57 % der Projektleitungen einen hohen bis sehr hohen Nutzen für die Verbesserung von Arbeitszufriedenheit und Betriebsklima (vgl. Winter/Singer, 2009, S. 167). Ebenso mit sehr positiven Effekten bewertet wurde eine Längsschnittstudie von Fritz aus dem Jahr 2009. Die Studie ergab eine Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit nach Umsetzung der BGF-Maßnahmen um 0,5 Standardabweichungen im Vergleich zu vorher. Zudem zeigte sich ein Bruttonutzen aufgrund der erhöhten Zufriedenheit von 1.408.493 Euro. Der ROI lag bei 1:26,6 (vgl. Fritz, 2009, S. 116). Bräunig und Kohstall kamen 2013 in einer Befragung ebenfalls zu guten Ergebnissen. Die Reduktion der Fluktuation betrug 3,9, die Verbesserung der Betriebskultur 4,84. 21 % der Befragten nannten einen hohen Nutzen für die Motivation und Zufriedenheit der Beschäftigten. Der finanzielle Nutzen betrug 561 Euro pro Mitarbeiter (vgl. Bräunig/Kohstall, 2013, S. 23 ff.). Eine Längsschnittstudie von Kogel et al. aus dem Jahr 2014 konnte auch in die Kategorie „++“ eingeordnet werden. Sie zeigte, dass BGF-Maßnahmen für 74,5 % der Teilnehmenden zur Stärkung des Zusammenhalts beitrugen. 99,2 % hatten laut eigener Aussage Freude an den Maßnahmen. 58,1 % betonten den kommunikativen Aspekt (vgl. Kogel et al., 2014, S. 13). Die einzige Studie, die im Hinblick auf Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima keine Auswirkungen von BGF zeigte, ist die Querschnittstudie von Andersen et al. aus dem Jahr 2017. Hier wurde ein Odds Ratio (OR) zwischen 1 und 2 für körperliche Aktivitäten und gesunde Ernährung ermittelt. Für Rauchstopp, Gesundheitschecks und Kontakte mit Gesundheitsexperten belief sich der OR auf weniger als 1. Somit konnte kein Zusammenhang zwischen der präventiven Maßnahme und der Mitarbeiterzufriedenheit nachgewiesen werden (vgl. Andersen et al., 2017, S. 479 f.). Ledikwe et al. konnten 2018 in einer Querschnittstudie zeigen, dass der höchste Wert für Zufriedenheit (16,5) bei Mitarbeitenden festgestellt wurde, die an sieben oder mehr Aktivitäten zur BGF teilnahmen (vgl. Ledikwe et al., 2018, S. 5).

**Tab. 1.3:** Zusammenfassung der Auswirkungen auf Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima

Studie	keine Auswirkungen/ negative Effekte	positive Effekte	sehr positive Effekte
Eberle et al.		+	
Winter/Singer			++
Fritz			++
Bräunig/Kohstall		+	
Kogel et al.			++
Andersen et al.	-		
Ledikwe et al.			++

### 1.2.3 Limitation der Ergebnisse

Die Summe der Studienergebnisse zeigt gesamtheitlich positive Effekte und spricht für die Einführung einer BGF, dennoch müssen vorliegende Limitationen beachtet werden. Zunächst konnte bei der Literaturrecherche festgestellt werden, dass deutlich mehr Arbeiten zu harten als zu weichen Kennzahlen existieren. Hier stehen 26 Veröffentlichungen zu harten Faktoren 11 Studien zu weichen Faktoren gegenüber. Dies hängt damit zusammen, dass harte Faktoren leichter zu erfassen, allgemein verständlicher und für Unternehmen aus ökonomischer Sicht sehr relevant sind (vgl. Uhle/Treier, 2015, S. 271). Weiche Kennzahlen sind aufgrund der indirekten Messbarkeit aufwendiger zu erheben, jedoch nicht weniger wichtig. Die Unterrepräsentation solcher Arbeiten zeigt, dass hier ein Forschungsbedarf besteht.

In die Auswertung wurden verschiedene Studiendesigns eingeschlossen, um eine hohe Anzahl von Treffern zu erzielen. Dennoch zeigten sich qualitative Unterschiede; insbesondere für die harten Kennzahlen konnte eine höhere Qualität der Untersuchungen festgestellt werden als für die weichen. Für den Absentismus wurden etwa vier Reviews und drei Randomized Controlled Studies eingeschlossen, die für eine hohe Qualität

stehen. Bei den weichen Kennzahlen lagen zum Teil lediglich Befragungsergebnisse vor, die nicht mit validierten und standardisierten Methoden durchgeführt wurden und somit eine geringe Qualität aufweisen.

Hinsichtlich der Interventionen fällt auf, dass die Begriffe BGM und BGF in der rezipierten Literatur nicht deutlich voneinander abgegrenzt werden. Insbesondere bei den Übersichtsarbeiten ist nicht ersichtlich, ob AGS und BEM integriert sind oder ob es sich um reine BGF-Maßnahmen handelt. Zudem ist der Umfang der Interventionen in den einzelnen Studien sehr unterschiedlich. Sie reichen von Einzelmaßnahmen bis hin zu umfassenden BGF-Konzepten. Des Weiteren variiert die Dauer der Beobachtungen von wenigen Wochen ohne Follow-up bis hin zu mehreren Jahren. Die Themen der BGF-Maßnahmen sind ebenfalls sehr vielfältig. So werden etwa Programme zur Bewegung, zur Ernährung, zum Stressmanagement sowie zur Schulung des Führungsverhaltens angeboten, außerdem findet keine Differenzierung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention statt (vgl. Fitzgerald et al., 2018, S. 1). Zusätzlich finden die Branchenzugehörigkeit sowie die Betriebsgröße wenig Beachtung. Dies führt dazu, dass die Studienergebnisse nur sehr bedingt miteinander vergleichbar und auf andere Situationen übertragbar sind.

Die Ergebniskennzahlen der Studien sind sehr heterogen. Sie sind teilweise in Euro und teilweise in Prozent angegeben oder beziehen sich auf unterschiedliche Zeiträume, weswegen sie schwer vergleichbar sind. Zudem werden Fehltag e uneinheitlich definiert und beruhen auf verschiedenen Ursachen; so sind diese etwa krankheits-, motivations- oder kulturbedingt (vgl. Uhle/Treier, 2015, S. 262). Teilweise werden Mischwerte angegeben, die nicht zwischen z. B. Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima differenzieren (vgl. Winter/Singer, 2009, S. 167). Bei zwei Studien zur Produktivität sind die Ergebnisse sowohl für die Interventionsgruppe als auch für die Kontrollgruppe bzw. für zwei unterschiedliche Interventionsgruppen negativ im Sinne einer Reduktion der Produktivität (vgl. Pereira et al., 2019, S. 47; Puig-Ribera et al., 2017, S. 460). Somit wird nicht ersichtlich, ob die Reduktion der Produktivität mit der BGF im Zusammenhang steht oder andere Faktoren das Ergebnis beeinflussen, wie z. B. eine sinkende Auftragslage oder Veränderungen im Zusammenhang mit

neuen Technologien, da die Interventionen die negativen Auswirkungen teilweise abmildern.

### 1.3 Handlungsempfehlungen und Fazit

Damit BGF-Maßnahmen zu einer Produktivitätssteigerung beitragen, sind verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Zunächst ist es entscheidend, dass die Ist-Situation analysiert wird, sodass daraus präventive Maßnahmen abgeleitet werden können. Genauso wichtig wie unternehmensspezifische Programme sind unternehmensspezifische Kennzahlen. Diese sollten möglichst objektiv und eindeutig sein und einen hohen Kosten-Nutzen-Aufwand aufweisen. Für einen Vergleich mit anderen Unternehmen im Sinne eines Benchmarkings sind leicht zu erhebende harte Kennzahlen zu empfehlen. Aus der Auswertung jener Kennzahlen können für bestimmte Bereiche zusätzlich weiche Kennzahlen ermittelt werden, die zwar aufwendiger, jedoch auch spezifischer sind. Da es sich bei Gesundheitsförderung oft um Verhaltensänderungen der Mitarbeitenden handelt, die eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen, sind Follow-ups und langfristige Beobachtungen der Kennzahlen sinnvoll. Um das Verhältnis von Investitionen in BGF und dem Nutzen in Form einer Produktivitätssteigerung zu ermitteln, bietet sich der ROI an. Sollen Maßnahmen nach wissenschaftlichen Kriterien evaluiert werden, so stellt die randomisiert-kontrollierte Studie den Goldstandard dar (vgl. Mehrholz, 2010, S. 14). Zudem ist ein Vorher-Nachher-Vergleich im Sinne einer Längsschnittstudie mit einem langfristigen Follow-up ratsam. Hierbei müssen wissenschaftliche Ansprüche mit Kriterien der Praktikabilität und der zeitlichen und finanziellen Ressourcen abgewogen werden. Der Umfang eines BGF-Konzeptes richtet sich meist nach dem zur Verfügung stehenden Budget. Entscheidend ist nicht unbedingt der Aufwand einer BGF, sondern vielmehr, ob sie die Lösung für ein konkretes gesundheitliches Problem bietet. In Bezug auf die inhaltliche Gestaltung bestehen diverse Ansätze. Viele der genannten Studien enthalten sportliche Aktivitäten oder Bewegungsschulungen, da körperliche Betätigung auf viele Bereiche eine positive Auswirkung hat. Insofern sind bewegungsfördernde Maßnahmen aus vielerlei Hinsicht zu empfeh-



len. Zudem sollten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei der Planung von BGF-Maßnahmen beteiligt sein, um die Akzeptanz und damit auch den Erfolg zu erhöhen.

Insgesamt lassen sich mithilfe der vorgenommenen Bewertung positive Auswirkungen von BGF auf Produktivitätskennzahlen feststellen. Diese Aussage wird sowohl von Blum (vgl. Blum, 2015, o. S.) als auch von Pieper et al. (vgl. Pieper et al., 2015, S. 66) bestätigt. Zu diesem Schluss kommt auch eine übergreifende Zusammenfassung des IGA-Reports 28 (vgl. Pieper et al., 2015, S. 66).

Zusammenfassend bietet die BGF eine gute Möglichkeit, um langfristig zur Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden beizutragen und sie an das Unternehmen zu binden. Zusätzlich profitieren sowohl die Beschäftigten als auch die Unternehmen von einer erfolgreichen Durchführung einer betrieblichen Gesundheitsförderung.

## Literaturverzeichnis

- Andersen, L. L./Fishwick, D./Robinson, E./Wiezer, N. M. et al. (2017). *Job satisfaction is more than a fruit basket, health checks and free exercise – ross-sectional study among 10,000 wage earners*. Scandinavian Journal of Public Health, 45 (5), S. 476–484.
- Baicker, K./Cutler, D./Song, Z. (2010). *Workplace Wellness Programs Can Generate Savings*. Health Affairs, 29 (2), S. 1–8.
- Bauer, H. H./Neumann, M. M./Lange, M. A. (2004). *Bestimmungsfaktoren und Wirkungen von Mitarbeiterzufriedenheit. Eine empirische Studie am Beispiel des Automobilhandels*. [https://ub-madoc.bib.uni-mannheim.de/6211/1/W073\\_Bestimmungsfaktoren%20und%20Wirkungen%20von%20Mitarbeiterzufriedenheit.pdf](https://ub-madoc.bib.uni-mannheim.de/6211/1/W073_Bestimmungsfaktoren%20und%20Wirkungen%20von%20Mitarbeiterzufriedenheit.pdf) (13.11.2019).
- Bechmann, S./Jäckle, R./Lück, P./Herdegen, R. (2011). *Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Umfrage und Empfehlungen*. iga-Report 20, Berlin: Initiative Gesundheit & Arbeit. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_20\\_Umfrage\\_BGM\\_KMU\\_final\\_2011.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_20_Umfrage_BGM_KMU_final_2011.pdf) (13.11.2019).
- Biewig, L./Kämmerer, F./Ribbe, S./Rubach, C. et al. (2016). *Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Wie ein optimales Gesundheitscontrolling gelingen kann*. Arbeitspapier Nr. 16, Hannover: Leibniz-Fachhochschule. [http://www.leibniz-fh.de/fileadmin/Redaktion/pdf/FH/Arbeitspapiere/16\\_Arbeitspapier\\_Kennzahlen\\_im\\_betrieblichen\\_Gesundheitsmanagement.pdf](http://www.leibniz-fh.de/fileadmin/Redaktion/pdf/FH/Arbeitspapiere/16_Arbeitspapier_Kennzahlen_im_betrieblichen_Gesundheitsmanagement.pdf) (13.11.2019).

- Blum, M. (2015). *Vorwort. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. iga.Report 28, Berlin: Initiative Gesundheit & Arbeit. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_28\\_Wirksamkeit\\_Nutzen\\_betrieblicher\\_Praevention.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf) (13.11.2019).
- Brandl, J./Kugler, A. (2008). *Rationalität betrieblicher Gesundheitsförderung in der Unternehmenskommunikation – Eine Analyse von Begründungen für Gesundheitsförderungsprogramme in Österreich*. Zeitschrift für Personalforschung, 23 (1), S. 47–64.
- Bräunig, D./Kohstall, T. (2013). *Berechnung des internationalen „Return on Prävention“ für Unternehmen: Kosten und Nutzen von Investitionen in den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz*. DGUV Report 1/2013, Berlin: Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V.
- Burnus, M./Benner, V./Becker, L./Müller, D. et al. (2014). *Entwicklung eines Instruments zur Bedarfsermittlung und zum Monitoring im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) eines Versicherungskonzerns*. Versicherungsmedizin, 66 (2), S. 79–87.
- Chapman, L. S. (2012). *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies – 2012 Update*. The Art of Health Promotion, 2012 (3/4), S. 1–12.
- Eberle, G./Kraemer, R./Lück, P. (2005). *Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Dokumentation einer Befragung*. Bonn: AOK-Bundesverband. [http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Wirtschaftlicher\\_Nutzen\\_BGF\\_aus\\_Sicht\\_von\\_Unternehmen\\_Befragung.pdf](http://www.dnbgf.de/fileadmin/downloads/materialien/dateien/Wirtschaftlicher_Nutzen_BGF_aus_Sicht_von_Unternehmen_Befragung.pdf) (13.11.2019).
- ENWHP – Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2007). *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571220&version=1391192956> (13.11.2019).
- Finkelstein, E. A./Linnan, L. A./Tate, D. F./Leese, P. J. (2009). *A longitudinal study on the relationship between weight loss, medical expenditures, and absenteeism among overweight employees in the WAY to Health study*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 51 (12), S. 1367–1373.
- Fitzgerald, S./Murphy, A./Kirby, A./Geaney, F. et al. (2018). *Cost-effectiveness of a complex workplace dietary intervention – an economic evaluation of the Food Choice at Work study*. BMJ Open, 8 (3), S. e019182. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5879498/pdf/bmjopen-2017-019182.pdf> (13.11.2019).
- Fritz, S. (2009). *Wie lassen sich Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung in Euro abschätzen? – Ergebnisse von Längsschnittuntersuchungen in drei Unternehmen*. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2008 – Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen*. Heidelberg: Springer, S. 111–119.
- Günther, T./Albers, C./Hamann, M. (2009). *Kennzahlen zum Gesundheitscontrolling in Unternehmen*. Zeitschrift für Controlling & Management, 53 (6), S. 367–375.
- Guo, X./Coberley, C./Pope, J. E./Wells, A. (2015). *The Value of a Well-Being Improvement Strategy – Longitudinal Success across Subjective and Objective Measures Observed in a Firm Adopting a Consumer-Driven Health Plan*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 57 (10), S. 1055–1062.

- Hans-Böckler-Stiftung (2002). *Mitarbeiterzufriedenheit – Abschlussbericht. Arbeitspapier 54, Fachausschuss 2/99 der Engeren Mitarbeiter der Arbeitsdirektoren Stahl*. [https://www.boeckler.de/pdf/p\\_arbp\\_054.pdf](https://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_054.pdf) (13.11.2019).
- Harden, S. M./You, W./Almeida, F. A./Hill, J. L. et al. (2015). *Does Successful Weight Loss in an Internet-Based Worksite Weight Loss Program Improve Employee Presenteeism and Absenteeism?* *Health Education & Behavior*, 42 (6), S. 769–774.
- Hendriksen, I. J. M./Snoijer, M./Kok, B. P. H. de/Vilsteren, J. van et al. (2016). *Effectiveness of a Multilevel Workplace Health Promotion Program on Vitality, Health, and Work-Related Outcomes*. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 58 (6), S. 575–583.
- Kempf, H.-D. (2010). *Verhältnisprävention und Verhaltensprävention*. In: Kempf, H.-D. (Hrsg.): *Die Neue Rückenschule*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 203–221.
- Kogel, M./Grund, E./Kohler, A./Immerfall, S. (2014). *Verhaltensprävention im betrieblichen Setting – Implementation und Evaluation des Bewegungsprogramms „Bewegte Pause“*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, (1), S. 10–15.
- Land, B. (2018). *Das deutsche Gesundheitssystem – Struktur und Finanzierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ledikwe, J. H./Kleinman, N. J./Mpho, M./Mothibedi, H. et al. (2018). *Associations between healthcare workers participations in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout – a cross-sectional study in Botswana*. *BMJ Open*, 8, S. e018492. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5857656/pdf/bmjopen-2017-018492.pdf> (13.11.2019).
- Mehrholz, J. (2010). *Studien nach ihrer Qualität einordnen – Wissenschaft erklärt: Evidenzstufen*. *Ergopraxis*, 10 (6), S. 14.
- Nöhammer, E./Schusterschitz, C./Stummer, H. (2009). *Nutzenpotenziale und Effekte betrieblicher Gesundheitsförderung*. *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 2009 (40), S. 425–439.
- Palumbo, M. V./Wu, G./Shaner-McRae, H./Rambur, B. et al. (2012). *Tai Chi for Older Nurses – A Workplace Wellness Pilot Study*. *Applied Nursing Research Journal*, 25 (1), S. 54–59.
- Pereira, M./Comans, T./Sjøgaard, G./Straker, L. et al. (2019). *The impact of workplace ergonomics and neck-specific exercise versus ergonomics and health promotion interventions on office worker productivity – A cluster-randomized trial*. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 45 (1), S. 42–52.
- Pieper, C./Schröer, S./Haupt, J./Kramer, I. (2015). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. iga.Report 28, Berlin: Initiative Gesundheit & Arbeit. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_28\\_Wirksamkeit\\_Nutzen\\_betrieblicher\\_Praevension.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevension.pdf) (13.11.2019).
- Pimpertz, J. (2018). *IW-Kurzbericht 10/2018. Steigende Ausgaben für die Entgeltfortzahlung*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft. [https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2018/376645/IW-Kurzbericht\\_10\\_2018\\_Entgeltfortzahlung.pdf](https://www.iwkoeln.de/fileadmin/publikationen/2018/376645/IW-Kurzbericht_10_2018_Entgeltfortzahlung.pdf) (13.11.2019).
- Puig-Ribera, A./Bort-Roig, J./Giné-Garriga, M./González- Suárez, A. M. et al. (2017). *Impact of a workplace „sit less, move more“ program on efficiency-related outcomes of office employees*. *BMC Public Health*, (17), S. 455–466.

- Rennert, D./Kliner, K./Richter, M. (2018). *Arbeitsunfähigkeit*. In: Knieps, F.; Pfaff, H. (Hrsg.): BKK Gesundheitsreport 2018. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 37–121.
- Schmidt, B. (2014). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Eine strategische Kernaufgabe und ökonomische Notwendigkeit*. Ernährungsumschau, 9 (1), S. 490–498.
- Sockoll, I./Kramer, I./Bödeker, W. (2008). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. iga.Report 13, Berlin: Initiative Gesundheit & Arbeit. [http://www.von-herzen-gesund.de/wp-content/uploads/iga-Report\\_13\\_Wirksamkeit\\_Gesundheitsfoerderung\\_Praevention\\_Betrieb.pdf](http://www.von-herzen-gesund.de/wp-content/uploads/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf) (13.11.2019).
- Stansfeld, S. A./Kerry, S./Chandola, T./Russell, J. et al. (2015). *Pilot study of a cluster randomised trial of a guided e-learning health promotion intervention for managers based on management standards for the improvement of employee well-being and reduction of sickness absence – GEM Study*. BMJ Open, 5, S. e007981. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4636656/pdf/bmjopen-2015-007981.pdf> (13.11.2019).
- StBA – Statistisches Bundesamt (2019). *Krankenstand*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-2/krankenstand.html> (13.11.2019).
- Stierle, J./Vera, A. (2014). *Gesundheitsmanagement und Gesundheitscontrolling – Einführung und Überblick*. In: Stierle, J./Vera, A. (Hrsg.): Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 3–11.
- Stock-Homburg, R. (2013). *Handbuch Strategisches Personalmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Struhs-Wehr, K. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung. Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Uhle, T./Treier, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt*. 3. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Winter, W./Singer, C. (2009). *Erfolgsfaktoren Betrieblicher Gesundheitsförderung – Eine Bilanz aus Sicht bayerischer Unternehmen*. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer, S. 163–170.



# 2

## Kränkungen am Arbeitsplatz

### Psychologische Hintergründe und Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung

KATJA BÜTTNER

Bisher werden Kränkungen von Mitarbeitenden im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und im betrieblichen Gesundheitsmanagement nur wenig beachtet. Dabei können Kränkungen am Arbeitsplatz psychische und physische Belastungen oder Erkrankungen zur Folge haben und damit den Unternehmenserfolg durch destruktive Kränkungsreaktionen beeinträchtigen. Im folgenden Beitrag wird der Kränkungsbegriff aus kognitions-, kommunikations- und tiefenpsychologischer Sicht betrachtet und eine Definition des Kränkungsbegriffs vorgeschlagen. Es wird ein Kränkungsmodell vorgestellt, welches Entstehung und Folgen von Kränkungen beschreibt und aus denen verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung abgeleitet werden. Denn die Integration des Themas Kränkungen in das betriebliche Gesundheitsmanagement kann die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden stärken und den Unternehmenserfolg fördern.

20 % aller Mitarbeitenden in Unternehmen erleben kränkende, konflikthafte und beziehungsstörende Situationen am Arbeitsplatz, die zu psychischen und physischen Belastungen führen (vgl. Weinzierl, 2017; Haller, 2015, S. 165 ff.; Zapf, 2015; Wardetzki, 2014, S. 19; Wardetzki, 2013). Destruktives Verhalten als Folge von Kränkungen schädigt die Gesundheit von Mitarbeitenden und beeinträchtigt den Unternehmenserfolg (vgl. Haller, 2015, S. 165 ff.). 34,3 Arbeitsunfähigkeitstage pro Kopf und 26 % aller Tage, an denen Arbeitnehmende Krankengeld erhalten, begründen sich auf psychische Belastungen und Erkrankungen (vgl. Kliner et al., 2017, S. 17 ff.). Strukturell und personell determinierte Parameter der psychischen Arbeitsbelastung, wie subjektiv wahrgenommener Termin- und Leistungsdruck oder mangelnde Wertschätzung, beeinflussen psychische Gesundheit, Motivation

und Wohlbefinden von Mitarbeitenden. Der Fokus betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) wird aus diesem Grund immer häufiger auf Belastungen mit psychischen Komponenten gelegt. Psychologische Modelle, die psychische Ressourcen durch Maßnahmen der BGF stärken sollen, zielen auf die Stärkung von Selbstwertgefühl, Emotionssteuerung, Beziehungs- und Konfliktfähigkeit ab (vgl. Bendig et al., 2016, S. 7 ff.). Bedarfe der BGF liegen in Themen wie Konflikt-, Changemanagement und der Entwicklung einer gesunden Feedbackkultur (vgl. IFBG, S. 36). Kränkungsursachen und -folgen für die psychische Gesundheit, der Umgang mit Kränkungen am Arbeitsplatz oder in Zusammenhang mit Kränkungsresilienz werden dagegen bisher im betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) nicht explizit thematisiert. Trainings, Handlungsleitfäden und Empfehlungen zum Umgang mit Kränkungen am Arbeitsplatz im Rahmen des BGM und der BGF finden sich keine. Mit einem Stundenanteil von 64 % der Qualifizierungsangebote werden hauptsächlich arbeitsplatzspezifische, technische und praktische Kompetenzen geschult. Die Schulung von kommunikativen und Sozialverhalten stützenden Inhalten ist mit etwa 17 % Stundenanteilen gering und fällt fast ausschließlich auf die Schulung von Führungskräften. Lehrveranstaltungen aus dem Bereich Gesundheit und Arbeitsschutz spielen bislang eine untergeordnete Rolle in der Hälfte aller deutschen Unternehmen (vgl. StBA, 2017, S. 42).

Die Nichtbeachtung des Themas ist möglicherweise eine Folge der konzeptuellen Unschärfe des Begriffs Kränkung, der fehlenden Studienlage und in Ermangelung einer einheitlichen psychologischen, medizinischen und wissenschaftlichen Definition (vgl. Weinzierl, 2017; Haller, 2015, S. 12). Das Ziel dieses Beitrags ist daher, den Begriff der Kränkung einzugrenzen, eine einheitliche Definition vorzuschlagen und auf Basis kognitions-, kommunikations- und tiefenpsychologischer Erkenntnisse ein Modell vorzustellen, aus dem Maßnahmen zur Kränkungsprävention abgeleitet werden können.

## 2.1 Kränkungen: Hintergründe und Folgen

Um das vorzustellende Kränkungsmodell und die abgeleiteten kränkungspräventiven Maßnahmen zu begründen, werden in diesem Kapitel zunächst Kränkungen als subjektive Zustände, emotionale Hintergründe und Kränkungsfolgen beschrieben und ein Vorschlag zur allgemeinen Definition des Begriffs Kränkungen gemacht. Es wird beschrieben, welche Reaktionen Kränkungen als psychische Belastung auslösen, welche Folgen für die Gesundheit der betroffenen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen auftreten können und welche Auswirkungen Kränkungen auf den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen haben.

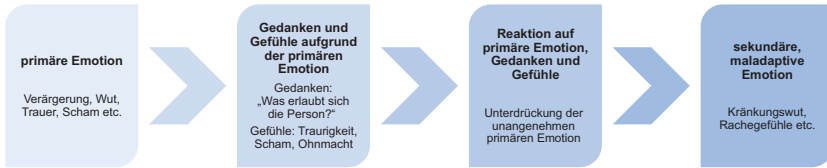
### 2.1.1 Begriffsbestimmung und Formen

Kränkungen werden als subjektive, emotionale Zustände beschrieben, die einem individuellen Muster folgen. Jeder Mensch kann in Abhängigkeit von individueller Vulnerabilität Kränkungen erleben. Grundstrukturen und Gesetzmäßigkeiten aus dem Kränkungs-begriff abzuleiten ist schwierig. Worüber manche Menschen lachen können oder was sie unberührt lässt, kann bei anderen zu Kränkungen führen (vgl. Haller, 2015, S. 21 ff.). Neben sozialen, beziehungsorientierten Situationen liegt Kränkungspotenzial in strukturellen Unternehmensgegebenheiten wie Ökonomisierungs- und Changeprozessen, steigenden Arbeitsanforderungen sowie in Unternehmensentscheidungen und -veränderungen. Beziehungsstörungen werden dadurch noch verschärft (vgl. Schreyögg, 2014; Beutel et al., 2000, S. 72 ff.).

Kränkungen werden als sekundäre Emotionen verstanden, die als Reaktionen primären Emotionen und Gefühlsprozessen folgen und mit einer ungünstigen Situationsbewältigung einhergehen (vgl. Abb. 2.1; vgl. Greenberg/Kämmerer, 2002, S. 197). Sie sind Reaktionen auf erlebte, unangenehme Emotionen wie Trauer, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Angst usw. (vgl. Puca, 2018; Barnow, 2014, S. 8; Benecke/Dammann, 2004, S. 150) und drücken Verlust und/oder Verletzung aus (vgl. Greenberg, 2000, S. 32). Die automatisiert ablaufende Kränkungsreaktion im Sinne einer Abwehrfunktion ist meist destruktiv und entwertend, um einen angenehmen Zustand



herzustellen (vgl. Galliker/Weimer, 2016, S. 89; Wardetzki, 2014, S. 15 ff.; Watzlawick et al., 2007, S. 15 ff.; Greenberg, 2000, S. 77). Es kommt zu Empörung, Rachedgedanken und kann einen Beziehungsabbruch zur Folge haben. Die Schuld für die Kränkung wird auf die Person oder Situation abgewälzt, die subjektiv verantwortlich ist für die Missachtung, Entwertung oder Zurückweisung (vgl. Wardetzki, 2013, S. 51).



**Abb. 2.1:** Primäre und sekundäre Emotionen (vgl. Greenberg/Kämmerer, 2002, S. 196 f.)

Kränkungsreaktionen zielen auf Bedürfnisbefriedigung (vgl. Brandstätter et al., 2013, S. 134 ff.) und Herstellung von psychischer Konsistenz ab, da die kränkende Emotion als Bedrohung wahrgenommen wird (vgl. Greenberg, 2000, S. 77). Das Selbstkonzept wird infrage gestellt und Kampf- und Fluchtreaktionen werden ausgelöst, die wiederum massive Stressreaktionen auslösen. Unverarbeitete Kränkungen führen in der Folge zu psychischen und physischen Erkrankungen (vgl. Weinzierl, 2017; Wardetzki, 2014, S. 19; Litcke/Schuh, 2005, S. 37).

Auch wenn in der aktuellen Literatur Kränkungen als sekundäre Emotionen eingeordnet werden, so folgt dieser Beitrag dennoch der Annahme, dass bereits die primäre Emotion eine Kränkung darstellen kann. Wird eine primäre Emotion häufig ausgelöst, kann sie zu dekonstruktivem Verhalten führen. Das erhöhte Erregungs- und Stressniveau beeinflusst Verhaltensmöglichkeiten und beeinträchtigt die Gesundheit. Um daher Maßnahmen zur Kränkungsprävention zu entwickeln, die bereits frühzeitig ansetzen, um den Kränkungsprozess zu unterbrechen, kann der Begriff Kränkung anhand der vorangestellten Ausführungen wie folgt zusammengefasst werden:

Kränkung sind alle Emotionen, die interaktionell oder strukturell ausgelöst werden und das Selbstwertgefühl bedrohen und verletzen. Diese

Angriffe stellen eine primäre Kränkung dar und gehen einher mit automatisierten, maladaptiven Emotionen und Reaktionen, die das Selbstwertgefühl stabilisieren. Bleiben primäre Kränkungsemotionen unbewusst und/oder unbewältigt und stehen keine adaptiven, selbstreflektierenden, günstigen Verhaltensweisen zur Verfügung, werden sie zu sekundären Kränkungen. Sekundäre Kränkungen wirken langfristig als Belastung und haben psychische und physische Erkrankungen zur Folge. Unbewältigte Kränkungen können immer wieder aktiviert werden, was zu einer Kränkungsspirale führt. Kränkungen können psychisch verarbeitet werden, wenn das Kränkungserleben explizit (bewusst) wird und Ressourcen wie kommunikative Fähigkeiten, Veränderung von Denkinhalten und Reflexion von früheren Kränkungen aktiviert werden.

### 2.1.2 Kränkungsreaktionen und Folgen

Kränkungen können als psychische Belastungen eingeordnet werden. Langfristige Reaktionen auf kränkende psychische Belastungen sind die Veränderung von Stimmung, Konzentration und Lebensfreude sowie das Grübeln über das kränkende Thema (vgl. Haller, 2015, S. 12, 197 f.). Nachlassendes Engagement, Fehleranfälligkeit, Fehlzeiten, Zu-spät-Kommen, sinkende Effektivität, Gereiztheit, sozialer Rückzug, Verunsicherung, Negativ Thinking, Angst etc. sind Folgen, die sich am Arbeitsplatz zeigen (vgl. Aktionsbündnis Seelische Gesundheit, o. J.). Wird die Kränkung nicht bewältigt, können Burnout, Depressionen, Suchterkrankungen und psychosomatische Beschwerden die Folge sein (vgl. Weinzierl, 2017; Haller, 2015, S. 139 ff.; Wardetzki, 2014, S. 19), was sich auch auf den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens auswirken kann.

In Bezug auf die Wirtschaftlichkeit stellt die Gesundheit der Mitarbeitenden für Unternehmen wertvolles Sozialkapital dar. Werden psychische Belastungen wie zwischenmenschliche Konflikte, mangelnde Anerkennung und Wertschätzung, soziale Isolation, usw. ignoriert, führt das zu einer Senkung der Leistungsbereitschaft und -fähigkeit. Absentismus<sup>1</sup> und

---

1 Bei Absentismus handelt es sich um „bezahlte aber wegen physischer Abwesenheit nicht erbrachte Arbeit“ (Badura et al., 2013, S. 12).

Präsentismus<sup>2</sup> sind negative Folgen, die wirtschaftliche Schäden nach sich ziehen können (vgl. Wardetzki, 2014, S. 11 ff.).

Um betriebliche Maßnahmen zu ermitteln, die dem entgegenwirken können, soll das folgende Kapitel zunächst die Ursachen von Kränkungen sowie Möglichkeiten zur Reduktion ergründen.

## 2.2 Ursachen von Kränkungen

Soziale Beziehungen am Arbeitsplatz und Formen der Arbeitsorganisation, -inhalte sowie -aufgaben stellen einen Nährboden für interaktionelle und strukturelle Kränkungen dar. Subjektiv empfundene negative Kritik, mangelnde Wertschätzung, Leistungsabwertung, Rivalitäten oder ungünstig kommunizierte oder bewertete Veränderungen der Unternehmensstruktur usw. führen zu Kränkungen. Kommunikationsmuster, Kognitionen und unbewusste Emotionen haben dabei einen erheblichen Einfluss auf die Kränkbarkeit von Menschen.

### 2.2.1 Kommunikationspsychologische Aspekte

Durch Emotionen ausgelöstes Verhalten drückt sich in Mimik, Gestik, Körperhaltung und Tonlage aus und beinhaltet eine Bewertung der Situation. Ob eine Botschaft als Kränkung wahrgenommen wird, ist abhängig von Kontext und Inhalt der Botschaft (vgl. Haller, 2015, S. 30). Konflikte entstehen, wenn der Beziehungsaspekt einer Nachricht in den Vordergrund tritt und der Inhaltsaspekt in den Hintergrund (vgl. Watzlawick et al., 2007, S. 82 f.). Das Selbstwertgefühl wird immer dann angegriffen, wenn es Widersprüche zwischen Selbstbild und Fremdeinschätzung gibt. Umso stärker es angegriffen ist, desto ungünstiger verläuft die Kommunikation zugunsten der Verteidigung des Selbstwertgefühls und des Bilds, das man von sich hat („Ausgleich kognitiver Dissonanzen“). Desto weniger gelingt dann auch die Kommunikation (vgl. Birkenbihl, 2017, S. 38 f., 94 f, 164 ff.). Psychische Verletzungen können durch Demütigung, Kritisieren, Ignorieren, Anprangern usw. entstehen (vgl. Haller, 2015, S. 31 ff.). In unserem

---

2 Präsentismus meint die Anwesenheit bei der Arbeit trotz physischer oder psychischer Belastungen (vgl. Badura et al., 2013, S. 13).

Kulturkreis sind Kränkungen und seelische Belastungen häufig ein Tabuthema (vgl. Haller, 2017, S. 35). Um Kränkungswut zu kanalisieren, wird die Kränkung nicht angesprochen, sondern auf vermeintlich sachliche Nebenthemen projiziert. Folgen sind Kommunikationsmuster, die nicht zu Klärungen, sondern zu weiteren Kränkungen führen (vgl. Willemse/Ameln, 2018, 87 f.). Solche Kommunikationsmuster finden sich auch am Arbeitsplatz.

### 2.2.2 Kognitionspsychologische Aspekte

Kognitive Bewertungen sind ausschlaggebend dafür, ob eine Situation als Kränkung wahrgenommen wird (vgl. Becker-Carus/Wendt, 2017, S. 549; Haller, 2015, S. 30; DFT, o. J.). Sie sind passive, nicht beeinflussbare emotionale Reaktionen auf physiologische Erregungszustände und die Umwelt (vgl. Becker-Carus/Wendt, 2017, S. 549; Hautzinger/Pössel, 2017, S. 1). Zudem sind sie Wahrnehmungsbewertungen, die zu Emotionen führen (vgl. Becker-Carus/Wendt, 2017, S. 549) und aktiv veränderbar sind (vgl. Hautzinger/Pössel, 2017, S. 1).

Günstige Kognitionen – z. B. positive Gedanken, die das eigene Selbstwertgefühl stärken, gedankliche Perspektivenwechsel und die Fähigkeit zur Empathie – führen dazu, dass negative Selbstbewertungen abgelegt werden, Emotionen angemessen Ausdruck verliehen und Stress vermieden wird, um sich vor Kränkungen zu schützen (vgl. Epstein, 2014, S. 163; Beck et al., 1981, S. 178 ff.). Das Erkennen stressauslösender Situationen, Bewertungen sowie Reaktionen, die Kenntnis ihrer Effekte auf die eigenen Gefühle und darauf basierend das Anpassen der Verhaltensweisen unterstützen den positiven Umgang mit kränkenden Situationen und dienen der Stressvermeidung (vgl. Beck et al., 1986, S. 26).

### 2.2.3 Tiefenpsychologische Aspekte

Die Lebensgeschichte und Biografie eines Menschen enthält unbewusste positive sowie negative innere Dynamiken, die dazu beitragen, dass ein Mensch sich so verhält, wie er sich verhält (vgl. Rohage, 2001, S. 28 ff.). Verdrängte Konflikte, unangenehme Erfahrungen und Gefühle werden

in ähnlichen Situationen aktiviert und führen zu ungünstigen Reaktionen und Stress (vgl. Kast, 2014, S. 88 ff.). Ins Unterbewusstsein verschobene Konflikte und Kränkungen nehmen Einfluss auf Emotionen, Kognitionen und das Verhalten und wirken im Hintergrund des psychischen Geschehens dynamisch weiter. Neue, aber dennoch ähnliche unangenehme Situationen und Empfindungen lösen eine unbewusste Interpretation sowie Abwehrmechanismen aus. So wird z. B. bei einer Affektersetzung Wut gegen eine Person oder Situation mobilisiert, um Schamgefühle zu vermeiden und Handlungsspielraum zu erlangen. Auch Rationalisierung dient der Abwehr von Selbstwertkränkungen. Gekränkte Menschen begründen ihr eigenes unangemessenes, aggressives Verhalten logisch und vernünftig, um sich vor dem Gefühl zu schützen, sich wertlos zu fühlen (vgl. Benecke/Dammann, 2004, S. 151 ff.).

Durch Gewinnung von Erkenntnissen über unbewusste Prozesse und Selbstreflexion der eigenen Lebensgeschichte, ungünstige Beziehungsmuster und unverarbeitete Konflikte wird es möglich, „sich aus seinen dynamisch-prozeduralen Determinismen [...] zu lösen und sein Leben freier und selbstbestimmter zu gestalten“ (Benecke/Dammann, 2004, S. 159).

## 2.2.4 Reduktion von Kränkungen

Bei vorhandenen kognitiven Dissonanzen entsteht bei den Betroffenen das Bestreben, diese zu beseitigen und Informationen und Situationen zu reduzieren, die die Dissonanz erhöhen (vgl. Festinger, 1957, S. 3). Rücken die Dissonanzen stattdessen jedoch in das Bewusstsein, so kann der Betroffene die Situation reflektieren, ggf. negative Situationsinterpretationen korrigieren und Dissonanzen reduzieren (vgl. Beck et al., 1986, S. 3; Aronson, 1968, S. 5 ff.). Werden Zusammenhänge zwischen unbewussten, vergangenen und gegenwärtigen Konfliktsituationen – zu denen man auch Kränkungssituationen zählen kann – vergegenwärtigt und ist die motivationale Bereitschaft vorhanden, den Konflikt zu lösen, können Kränkungen verringert werden. Problemlösungsressourcen liegen besonders in bisher nicht in Betracht gezogenen Verhaltens- und Erlebensweisen (vgl. Rudolf, 2014, S. 29, 59 ff.). Soziale Kompetenzen, wie die Fähigkeit zur Perspekti-

venübernahme und die Fähigkeit, eigene Interessen zu vertreten, können hilfreich sein, um Konflikte zu vermeiden oder positiv auszutragen (vgl. Röhner/Schütz, 2016, S. 6 ff.). Sind sich Konflikteilnehmer über ihr Fühlen und Denken im Klaren und offenbaren dies im Rahmen der Selbstoffenbarung kongruent und authentisch, können Kommunikationsprobleme gelöst werden. Sachinhalte sollten ohne Anfeindungen und Herabsetzungen formuliert werden, Beziehungsaspekte sollten auf der Beziehungsebene geklärt werden. Aussagen, die zum Sachlich-Bleiben auffordern, können dagegen in die Konflikteskalation führen. Hilfreich ist eine Klärung der Beziehung und der offene Umgang mit Appellen, d. h. seinem Gegenüber zu sagen, was man von ihm erwartet und will (vgl. Schulz von Thun, 1998, S. 116 ff.). Abb. 2.2 fasst die Faktoren, die zu einer Reduktion von Kränkung beitragen können, noch einmal zusammen.

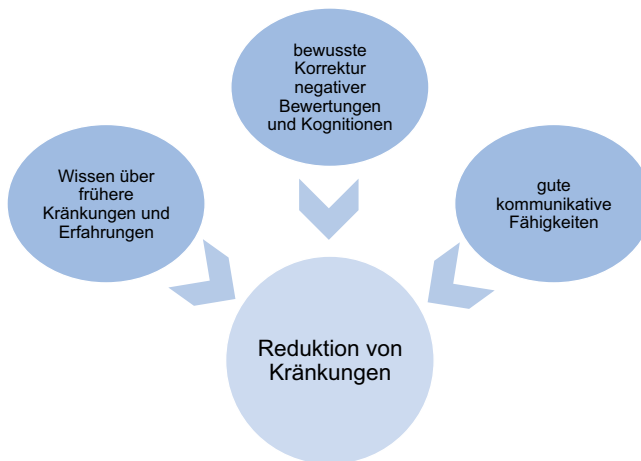


Abb. 2.2: Einflussfaktoren zur Kränkungsreduktion

### 2.2.5 Ableitung eines Kränkungsmodells

Das in Abb. 2.3 dargestellte Modell wurde aufbauend auf die Einflussfaktoren zur Kränkungsreduktion und die psychologischen Hintergründe aus Kognitions-, Kommunikations- und Tiefenpsychologie entwickelt, um die Integration des Themas Kränkungen ins BGM zu begründen und Maßnah-

men des BGF abzuleiten. Es kann als Metatheorie verstanden werden, da verschiedene Aspekte aus Kognitions-, Kommunikations- und Tiefenpsychologie mit einfließen. Das Modell basiert auf Grundannahmen, die sich aus den Ausführungen der vorangegangenen Kapitel wie folgt begründen: Grundannahme ist, dass jeder Mensch kränkbar ist und je nach Situation über eine individuelle Kränkungsbereitschaft verfügt (vgl. Haller, 2012, S. 24). Diese ist abhängig von der kognitiven Bewertung einer Interaktion und Situation (vgl. Becker-Carus/Wendt, 2017, S. 549; Hautzinger/Pössel, 2017, S. 1; Reizenzein et al., 2003, S. 11), der Fähigkeit und Fertigkeit, durch Kommunikation Konflikte zu klären (vgl. Wilemse/Ameln, 2018, S. 87 f.) und von früheren Erfahrungen und Konflikten, die eine Person unbewusst beeinflussen (vgl. Kast, 2014, S. 88 ff.; Greenberg/Kämmerer, 2002, S. 197 ff.). Kränkungen entstehen in interaktiven Situationen mit anderen Menschen (vgl. Brandstätter et al., 2013, S. 137), in denen eine Entwertung des Selbstkonzeptes erlebt und das Selbstwertgefühl verletzt wird, oder durch strukturelle Gegebenheiten in der Unternehmensorganisation (vgl. Haller, 2015, S. 31 ff.; Wardetzki, 2013, S. 50 ff.).

Im Bereich der primären Kränkungen erfolgt die Verarbeitung der Kränkung automatisiert, unbewusst und löst eine Stressreaktion aus (vgl. Weinzierl, 2017; Kast, 2014, S. 88 ff.; Greenberg, 2000, S. 77). Unbewusste emotionale Schemata werden aktiviert (vgl. Kast, 2014, S. 88 ff.; Benecke/Dammann, 2004, S. 139 ff.). Die Kränkungssituation wird automatisch negativ bewertet. Das Selbstkonzept und das Selbstwertgefühl werden verletzt (vgl. Birkenbihl, 2017, S. 38 f., 94 f.; Wardetzki, 2013). Es kommt zu Unsicherheit und einem Gefühl von Kontrollverlust (vgl. Brinkmann, 2014, S. 186 f.; Thompson, 2001, S. 211).

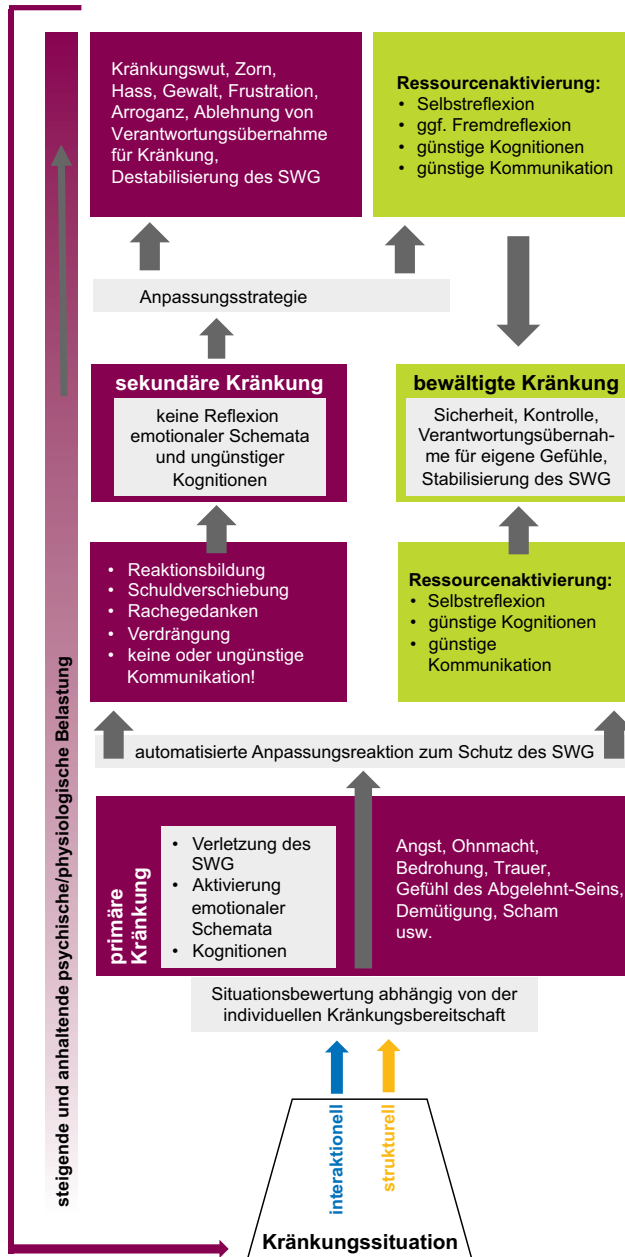


Abb. 2.3: Modell zur Entstehung von Kränkungen aus kommunikations-, kognitions- und tiefenpsychologischer Sicht



Stehen günstige Anpassungsstrategien zur Verfügung (in Abb. 2.3 grün hinterlegt) und wird die Kränkung bewusst wahrgenommen, führt sie zu einer günstigen, entlastenden Bewältigungsreaktion. Stress wird abgebaut. Psychische oder physische Belastungsfolgen sind nicht zu erwarten (vgl. Epstein; 2014, S. 163). Ungünstige Anpassungsstrategien (in Abb. 2.3 rot hinterlegt) führen zu Stressreaktionen durch Reaktionsbildung, Schuldverschiebung etc. und gehen mit Kränkungswut einher. Eine hohe Stressbelastung und unverarbeitete Emotionen führen zu psychischen und physischen Erkrankungen. Die Anpassungsreaktionen sind dauerhaft ungünstig und fördern Konflikte und Beziehungsstörungen. Sekundäre, sich stabilisierende Kränkungen entstehen (vgl. Weinzierl, 2017; Wardetzki, 2014, S. 19; Litcke/Schuh, 2005, S. 37; Benecke/Dammann, 2004, S. 152 ff.). Weitere Anpassungsreaktionen sind i. d. R. destruktiv, ebenfalls entwertend (vgl. Galliker/Weimer, 2016, S. 89; Watzlawick et al., 2007, S. 57 ff.) und als Abwehrreaktion im Sinne eines Schutzmechanismus zu verstehen (vgl. Wardetzki, 2014, S. 15 ff.).

Um das Kränkungsmodell auch in der Arbeitspraxis einsetzen und Handlungsempfehlungen sowie Interventionen ableiten zu können, wurde die Komplexität noch weiter reduziert (vgl. Abb. 2.4).

So wurde es um Punkte ergänzt, an denen eine Unterbrechung der Kränkungsemotionen und -reaktionen vorstellbar wären und an denen primäre, sekundäre und tertiäre Maßnahmen zur Kränkungsabwägung eingesetzt werden können. Aus dem vereinfachten Kränkungsmodell werden im folgenden Kapitel Interventionen für das BGM abgeleitet, mit denen Kränkungen und Kränkungsfolgen reduziert werden können.

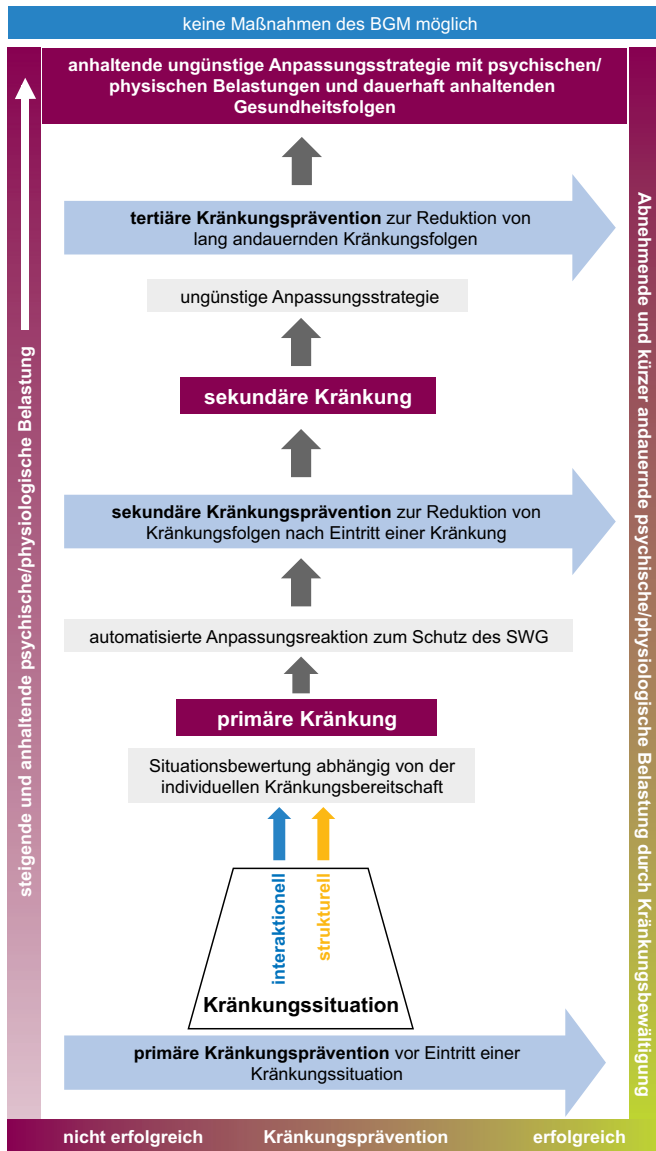


Abb. 2.4: Vereinfachtes Kränkungsmodell zur Ableitung von Maßnahmen für das BGM

## 2.3 Handlungsempfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung

Um Kränkungen und Kränkungsfolgen vorzubeugen, ist es wichtig, im Rahmen der Verhältnisprävention ein wertschätzendes Arbeitsumfeld zu schaffen. Eine positive Feedback- und Fehlerkultur sowie ein gutes Konflikt- und Changemanagement unterstützen ein gesundes Arbeitsklima (vgl. Riedel-Heller et al., 2013, S. 834).

Verhaltenspräventive Maßnahmen, die auf Verhaltensänderung von Mitarbeitenden abzielen und eine Veränderung der Situationswahrnehmung und -bewertung bewirken, sind sinnvoll. Sie sollten ergänzt werden um das Erlernen von kommunikativen Fähigkeiten und der Selbstreflexion der eigenen Kränkungsanfälligkeit (vgl. Kast, 2014, S. 88 ff.; Beck et al., 1986, S. 26 ff.). Alle Mitarbeitenden im Unternehmen sowie das Unternehmen selbst sollten dafür zuständig sein, Konflikte zu lösen und Verantwortung für Kränkungsbedinglichkeiten zu übernehmen.

### 2.3.1 Verhältnispräventive Maßnahmen

Im Rahmen der Verhältnisprävention auf Wirkungsebene des Unternehmens lassen sich folgende Empfehlungen aussprechen.

#### **Aufbau eines Konfliktmanagements**

Ein gutes Konfliktmanagement unterstützt Mitarbeitende bei intrapersonellen und strukturellen Kränkungen. Verhältnispräventive Maßnahmen im Rahmen des Konfliktmanagements können sein (vgl. Proschk, 2014, S. 28 ff.):

- personenbezogene Maßnahmen: individuelle Lösungssuche durch Coaching- und Beratungsangebote; persönliche Gespräche mit dem Ziel, Strategien für den persönlichen Umgang mit einer herausfordernden Situation zu finden; Teamentwicklungsmaßnahmen
- integrierende Maßnahmen: Mediationsangebote; Gespräche mit Konfliktparteien mit dem Ziel, eine Kommunikationskultur herzustellen und das Klima zu verbessern

- sachbezogene Maßnahmen: Analyse von Fehlern in der Unternehmensorganisation, die zu Kränkungen und Konflikten führen
- trennende Maßnahmen: Trennende Maßnahmen, wie Versetzung oder Kündigung von Mitarbeitenden, sollten nur in Betracht gezogen werden, wenn alle anderen Maßnahmen fehlgeschlagen sind, der Kostenaspekt für das Unternehmen nicht mehr tragbar ist und das Verhalten von Mitarbeitenden nicht mehr mit der Unternehmenskultur vereinbar ist, z. B., wenn Kränkungen in Mobbing und aggressivem Verhalten münden und nicht eingedämmt werden können.

### **Positive Feedback- und Fehlerkultur unterstützen**

Fehler und ungünstige Feedbacks können zu Kränkungen des Selbstwertgefühls führen. Die vermeintlich Schuldigen fühlen Angst, Scham und Schuldgefühle (vgl. Steinke, 2007, S. 260), was zu Kränkungsreaktionen führen kann. Als Setting können Teamcoachings gewählt werden, in denen die Teilnehmer Werte und Regeln für einen positiven Umgang mit Fehlern und Feedback festlegen. Verhaltensregeln sollten verabredet werden. Auch sollten Kommunikationstechniken eingeübt werden, um sie im Arbeitsalltag abzurufen. Die Ergebnisse sollen dann im Leitbild und im Qualitätsmanagement verankert werden. Eine gute Feedback- und Fehlerkultur fokussiert Fehler nicht als per se schlecht, sondern geht davon aus, dass man durch Fehler lernen kann und sich weiterentwickelt. Feedback dient als Wachstums- und Entwicklungschance und nicht der Suche nach Schuldigen. Durch annehmbares Feedback lernen Mitarbeitende sich selbst und andere besser kennen, was zu einer Einstellungsänderung führen kann. Statt gekränkt zu reagieren, wird eine offene, wertschätzende Haltung sowie die Reflexion, ob Selbst- und Fremdwahrnehmung stimmig sind, möglich (vgl. Steinke, 2007, S. 258 ff.).

### **Einführung eines Changemanagements**

Kränkungspotenziale, die durch den schnellen Wandel der heutigen Zeit und ständige Reorganisation von Unternehmensabläufen bedingt sind, können durch Changemanagement reduziert werden. Changemanagement

unterstützt das Wohlbefinden und die Gesundheit von Mitarbeitenden, die Veränderungsprozesse häufig passiv mittragen müssen. Change-Prozesse lösen häufig Ängste und Unsicherheiten aus (vgl. Bickerich/Michel, 2018, S. 76 ff.). Strukturelle Kränkungen bei Veränderungsprozessen entstehen z. B. durch das Gefühl, übergangen worden zu sein (vgl. Wardetzki, 2013, S. 51). Klare Kommunikation des Unternehmens in Veränderungsprozessen und der Einbezug der Mitarbeitenden in diese Prozesse können Kränkungsreaktionen verringern.

### 2.3.2 Verhaltenspräventive Maßnahmen

Auf der Wirkungsebene der Mitarbeitenden und Führungskräfte im Rahmen der Verhaltensprävention werden folgende Maßnahmen empfohlen (vgl. Tab. 2.1):

**Tab. 2.1:** Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Kränkungsprävention im Rahmen des BGM

Maßnahmen der primären Kränkungsprävention: Maßnahmen sollen dazu beitragen, interaktionelle und strukturelle Kränkungssituationen zu vermeiden und zu reduzieren.	
gesundheitsfördernde Maßnahmen	Ziele und Inhalte
1. <i>Aushändigung des Selbsthilfeleitfadens<sup>3</sup> an die Mitarbeitenden</i>	sich mit dem Thema Kränkungen auseinandersetzen und erste Ideen entwickeln, wie mit dem Thema umgegangen werden kann, wenn es zu einer Kränkungsituation kommt
2. <i>Informationsvermittlung</i>	Stärkung von Empowerment und Selbstwirksamkeit; es soll Wissen zur Entstehung und zu den Folgen von Kränkungen in einem strukturierten und didaktisch sinnvoll aufbereiteten Konzept erworben werden, das dazu befähigt, Kränkungsituationen zu erkennen und zu reflektieren. Inhalte: Kränkungen durch dysfunktionale Kommunikationsmuster, kognitive Bewertungen und frühere Erfahrungen

---

3 Die Autorin dieses Beitrags hat im Rahmen ihrer Thesis einen solchen Selbsthilfeleitfaden erstellt. Dieser kann über den Downloadbereich der Verlagswebsite heruntergeladen werden.

<p>3. <i>allgemeine Kommunikations- trainings</i></p>	<p>Kommunikationsstrategien erlernen und einüben, die dazu beitragen, Konflikte zu lösen, sich mit anderen zu verständigen und Beziehungen trotz Konflikte zu erhalten (vgl. Allhoff/Allhoff, 2016, S. 15)</p> <p>Inhalte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ das Vier-Ohren-Modell zur Vermeidung von Kommunikationsdefiziten (vgl. Schulz von Thun, 1998, S. 13 ff.)</li> <li>■ die Maximen nach Grice zur Gestaltung klarer Kommunikation (vgl. Krauss/Fussell, 2007, S. 665; Röhner/Schütz, 2016, S. 26)</li> <li>■ die Perspektivenübernahme nach Rogers, um ein Verständnis für das Verhalten des Anderen zu entwickeln und den „guten Grund“ für Verhalten zu erkennen (vgl. Sanders, 1999, S. 54 ff.)</li> <li>■ das Dialogmodell nach Watzlawick: Lernen, wie Kommunikation funktioniert (vgl. Watzlawick et al., 2007, S. 32 ff.)</li> </ul>
<p>4. <i>Workshops zum Umgang mit Kränkungen</i></p>	<p>Stärkung von Empowerment und Selbstwirksamkeit durch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erlernen und Trainieren von individuellen, günstigen Kommunikationsstrategien nach den oben genannten Methoden</li> <li>■ Lernen, Bewertungen und Wahrnehmungen zu prüfen und aktiv zu verändern (vgl. Hautzinger/Pössel, 2017, S. 1)</li> <li>■ Erfahren und Reflektieren, in welchen Situationen ggf. Kränkungsreaktionen aktiviert werden; eigene Empfindlichkeiten und Verletzlichkeiten kennenlernen (vgl. Benecke/Dammann, 2004, S. 159)</li> </ul>
<p>5. <i>Führungskräfte- training</i></p>	<p>eine wertschätzende Führungskultur schaffen; Führungskräfte sind ebenfalls kränkbar. Sie müssen nicht nur mit eigenen Kränkungen umgehen, sondern auch mit der Kränkbarkeit von Mitarbeitenden (vgl. Wardetzki, 2013, S. 50 f.). „Konfliktmanagement ist Führungsverantwortung“ (Proksch, 2014, S. 31). Führungskräfte sollten in die Lage versetzt werden, Konflikte und Kränkungen aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und im Rahmen des Konfliktmanagements geeignete Methoden zur Auflösung des Konflikts anzubieten (vgl. Proksch, 2014, S. 31). Gerade Führungskräfte sollten sich in geeigneten Coaching-Maßnahmen mit ihrer eigenen Kränkbarkeit, mit Entstehung, Folgen und Überwindungsmöglichkeiten auseinandersetzen, um ihre Rolle auszufüllen (vgl. Wardetzki, 2013, S. 53).</p>

**Maßnahmen der sekundären und tertiären Kränkungsprävention:**

Maßnahmen sollen dazu beitragen, Kränkungsfolgen nach Eintritt einer Kränkung zu reduzieren, Kränkungen aufzulösen und langfristige Kränkungsfolgen zu vermeiden. Im Rahmen der tertiären Prävention sollen Maßnahmen verstärkt werden, wenn bisherige Maßnahmen zwar hilfreich, aber noch nicht erfolgreich waren.

gesundheitsfördernde Maßnahmen	Ziele und Inhalte
1. <i>Nutzung eines Selbsthilfleitfadens</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Bewusstmachen von Entstehung und Folgen von Kränkungen</li> <li>■ eigene Verantwortung erkennen</li> <li>■ ungünstige Kognitionen bewusstmachen und überprüfen</li> <li>■ eigene Emotionen im Kränkungsgeschehen wahrnehmen</li> <li>■ Ideen finden, wie Kränkungsempfindungen ausgedrückt werden können (Kommunikation)</li> <li>■ Ressourcenaktivierung</li> <li>■ wissen, wo weitere Hilfe und Unterstützung zu finden ist</li> </ul>
2. <i>Coaching/Beratung intern durch z. B. kollegiale Beratung oder extern durch Coach/Berater/Mediator</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ lernen und trainieren, ungünstige kognitive Bewertungen durch Gedankenkontrolle, Selbstinstruktion, kognitives Analysieren und durch Achtsamkeit zu unterbrechen (vgl. Wimmer, 2012, S. 140); Trainieren von Selbstbehauptungsstrategien und Kommunikation von Emotionen (vgl. Beck et al., 1986, S. 26) im Rahmen von Selbsterfahrung; ggf. Abgleich der Kränkungsituation mit früheren Erfahrungen</li> <li>■ Ressourcenaktivierung: Bewusstmachen von subjektiven und objektiven personalen, interpersonalen und externen Ressourcen, die die Problemlösung unterstützen (vgl. Willutzki/Teismann, 2013, S. 3)</li> </ul>
3. <i>Mediation</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Analyse des Konflikts durch einen unbeteiligten Mediator und Unterstützung bei der Konfliktdeeskalation (vgl. Freitag/Richter, 2015, S. 14)</li> </ul>

Können Konflikte und Kränkungsfolgen durch diese Maßnahmen nicht aufgelöst werden, weil sie offensichtlich in der personellen und psychischen Struktur der betroffenen Person liegen, sollten eine Beratung und Empfehlung zu weiterführenden therapeutischen Maßnahmen durch Sozialberatung, Betriebsarzt oder andere geschulte Personen erfolgen. Eine Problemverschiebung durch Versetzung oder Trennung vom Mitarbeitenden sollte nur erfolgen, wenn das Verhalten für das Unternehmen untragbar wird (vgl. Proksch, 2014, S. 28 f.).

## 2.4 Fazit und Ausblick

Dass interaktionelle oder strukturelle Kränkungen am Arbeitsplatz sich auf die psychische Gesundheit von Mitarbeitenden auswirken, kann nicht bestritten werden. Kränkungen können nicht vermieden werden, sie müssen aber nicht zwingend als dauerhafte psychische Belastung wirken und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben. Voraussetzung hierfür sind zur Verfügung stehende Ressourcen, die sich durch präventive Maßnahmen der BGF stärken lassen. Das vorgestellte Modell zur Kränkungsprävention bietet eine Basis, um ungünstige Kränkungsreaktionen durch verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen der BGF zu vermeiden und/oder zu unterbrechen: vor Eintritt von Kränkungen als primäre Kränkungsprävention, als sekundäre Kränkungsprävention, wenn die Reflexion der Kränkung noch möglich ist, und als tertiäre Kränkungsprävention, wenn alle bisherigen Maßnahmen noch nicht erfolgreich waren. Eine gute Gesprächs-, Kontakt- und Beziehungskultur, die Fähigkeit, Wahrnehmungen und Situationen aus verschiedenen Perspektiven zu bewerten und das Bewusstsein über den Einfluss früherer Erfahrungen können die persönliche Kränkungsanfälligkeit und damit auch die psychische Belastung am Arbeitsplatz reduzieren. Arbeitsverhältnisse, in denen ein offener Umgang mit Emotionen und Befinden möglich ist, stärken die psychische Gesundheit und die Kränkungsresilienz.

Gerade in Zeiten von multiprofessionellen und multikulturellen Teams ist die Integration des Themas Kränkungen ins BGM sinnvoll, da allein aus der Zusammensetzung von heterogenen Teams Konfliktpotenziale und Kränkungen entstehen können. Beziehungen stärkende und Kränkungen vorbeugende Maßnahmen sind auch in kleinen oder mittelständischen Unternehmen sinnvoll, da dort eine sehr persönliche Arbeitsatmosphäre vorherrscht und beziehungsgeprägte Strukturen zu erwarten sind. Führungskräfte können durch eine stärkere Übernahme von Selbstverantwortung für Konflikte und Beziehungsstörungen von Mitarbeitenden entlastet werden.

Im Modell zur Ableitung von kränkungspräventiven Maßnahmen sind nicht alle wissenschaftlichen Erkenntnisse und Perspektiven berücksich-



tigt. Dass das Thema wissenschaftlich noch wenig bearbeitet ist, wird aus der bisher noch nicht vorhandenen einheitlichen Definition deutlich. Die vorgestellte Definition des Kränkungsbegriffs unterstützt bei weiteren wissenschaftlichen Betrachtungen des Themas im Rahmen der BGF. Die weitere wissenschaftliche Beschäftigung mit Kränkungen ist notwendig, da Kränkungen einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Dem Einfluss auf die psychische Gesundheit sollte in der wissenschaftlichen Forschung Beachtung geschenkt werden. Die Evaluation kränkungspräventiver Maßnahmen und die Messung der Effekte auf die psychische Gesundheit sind sinnvoll, um den Nutzen für Unternehmen und Mitarbeitende abzuschätzen. Des Weiteren wäre es lohnenswert, das Thema Kränkungsprävention im Rahmen von Stressprävention und Resilienz aufzugreifen und die Bereitschaft von Mitarbeitenden zu nutzen, sich mit psychologischen Themen und psychischen Erkrankungen auseinanderzusetzen.

## Literaturverzeichnis

- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (o. J.). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*.  
<https://www.seelischegesundheits.net/themen/psychisch-gesund-am-arbeitsplatz/praevention/betriebliches-gesundheitsmanagement> (28.10.2019).
- Allhof, D./Allhoff W. (2016). *Rhetorik & Kommunikation. Ein Lehr- und Übungsbuch*. 17., aktual. Auflage, München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Aronson, E. (1968). *Dissonance theory: Progress and problems*. In: Ableson, R. P./ Aronson, E./McGuire, W. J./Newcomb, T. M. et al. (Hrsg.): *Theories of cognitive consistency: A sourcebook*. Chicago: Rand McNally & Company, S. 5–27.
- Badura, B./Greiner, W. G./Rixgens, P./Ueberle, M. et al. (2013). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. 2., erw. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Barnow, S. (2014). *Gefühle im Griff! Wozu man Emotionen braucht und wie man sie reguliert*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Beck, A. T./Rush, J./Kovacs, M. (1986). *Therapeuten-Manual für die kognitive Verhaltenstherapie von Depressionen*. Tübingen: DGVT.
- Beck, A. T./Rush, J./Shaw, B. F./Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München/Wien: Beltz.
- Becker-Carus, C./Wendt, M. (2017). *Allgemeine Psychologie. Eine Einführung*. Berlin: Springer.

- Bendig, H./Lück, P./Mätschke, L.-M./Paridon, H. (2016). *iga.Fakten 10. Psyche und Gesundheit im Erwerbsleben*. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Fakten/Dokumente/Publicationen/iga-Fakten\\_10\\_Psyche\\_und\\_Gesundheit.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Fakten/Dokumente/Publicationen/iga-Fakten_10_Psyche_und_Gesundheit.pdf) (28.10.2019).
- Benecke, C./Dammann, G. (2004). *Unbewusste Emotionen*. In: Stephan, A./Walter, H. (Hrsg.): *Natur und Theorie der Emotion*. 2., unv. Auflage, Paderborn: Mentis, S. 139-163.
- Beutel, M./Kayser, E./Kehde, S./Dommer, T. et al. (2000). *Berufliche Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Lebenszufriedenheit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. Vergleich von drei Altersgruppen in der psychosomatischen Rehabilitation*. *Psychotherapeut*, 45 (2), S. 72-81.
- Bickerich, K./Michel, A. (2018). *Change-Prozesse als Anwendungsfeld im Coaching*. In: Greif, S./Möller, H./Scholl, W. (Hrsg.): *Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 75-83.
- Birkenbihl, V. F. (2017). *Kommunikationstraining. Zwischenmenschliche Beziehungen erfolgreich gestalten*. 37. Auflage, München: mvg.
- Brandstätter, V./Schüler, J./Puca, R. M./Lozo, L. (2013). *Motivation und Emotion. Allgemeine Psychologie für Bachelor*. Berlin: Springer.
- Brinkmann, R. D. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Hallbergmoos: Pearson.
- DFT – Deutsche Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte/ Psychodynamische Psychotherapie e. V. (o. J.). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. <https://www.dft-online.de/die-dft/was-ist-tfp.html> (28.10.2019).
- Epstein, S. (2014). *Cognitive-experiential theory. An integrative theory of personality*. Oxford: Oxford University Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. California: Stanford University Press.
- Freitag, S./Richter, J. (2015). *Eskalation: Wie eskalieren Konflikte?* In: Freitag, S./Richter, J. (Hrsg.): *Mediation. Das Praxisbuch. Denkmodelle, Methoden und Beispiele*. Weinheim/Basel: Beltz, S. 14-26.
- Galliker, M./Weimer, D. (2016). *Psychologie der Verständigung. Eine Einführung in die kommunikative Praxis*. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Greenberg, L. (2000). *Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie*. In: Sulz, S./Sulz, K. D./Lenz, G./Fiedler, P. et al. (Hrsg.): *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien, S. 5-76.
- Greenberg, L./Kämmerer, A. (2002). *Die Bedeutung von Emotionen in der modernen Psychotherapie*. *Psychotherapie im Dialog*, 3 (2), S. 195-198.
- Haller, R. (2015). *Die Macht der Kränkung*. 7. Auflage, Wals bei Salzburg: Ecowin.
- Hautzinger, M./Pössel, P. (2017). *Kognitive Interventionen*. Göttingen: Hogrefe.
- IFBG – Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung (o. J.). *#whatsnext – Gesund arbeiten in der digitalen Arbeitswelt*. <https://www.tk.de/resource/blob/2033608/c27f647a9999aaaa8c9bce15e31ae1f5/whatsnext-data.pdf> (28.10.2019).
- INQA – Initiative neue Qualität der Arbeit (2014). *Gesunde Mitarbeiter – gesundes Unternehmen. Eine Handlungshilfe für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. Hg. v. Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Berlin.

- Kast, V. (2014). *Die Tiefenpsychologie nach C. G. Jung. Eine praktische Orientierungshilfe*. Ostfildern: Patmos.
- Kliner, K./Rennert, D./Richter, M. (Hrsg.) (2017). *Gesundheit und Arbeit. Blickpunkt Gesundheitswesen*. BKK Gesundheitsatlas 2017. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. [https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/2017/BKK\\_Gesundheitsatlas\\_2017.pdf](https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsatlas/2017/BKK_Gesundheitsatlas_2017.pdf) (28.10.2019).
- Litcke, S. M./Schuh, H. (2005). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Nolting, H-P./Paulus, P. (2008). *Psychologie lernen. Eine Einführung und Anleitung*. 9. Auflage, Weinheim: Beltz.
- Proksch, S. (2014). *Konfliktmanagement im Unternehmen. Mediation und andere Methoden für Konflikt- und Kooperationsmanagement am Arbeitsplatz*. Berlin: Springer Gabler.
- Puca, M. R. (2018). *Dorsch – Lexikon der Psychologie. Stichwort: Emotionen*. <https://m.portal.hogrefe.com/dorsch/emotionen/> (28.10.2019).
- Reisenzein, R./Meyer, W.-U./Schützwohl, A. (2003). *Einführung in die Emotionspsychologie. Kognitive Emotionstheorien*. Bern: Huber.
- Rohage, R. (2001). *Tiefenpsychologie II*. In: Cierpak, M./Buchheim, P. (Hrsg.): *Psychodynamische Konzepte*. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.
- Röhner, J./Schütz, A. (2016). *Psychologie der Kommunikation*. Wiesbaden: Springer.
- Rudolf, G. (2014). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Schneider, W. (2011). *Psychische Gesundheit und Arbeit*. *Psychotherapeut*, 56 (1), S. 6–7.
- Schreyögg, A. (2014). *Strukturelle Kränkungen als Thema im Coaching*. In: *Organisationsberatung – Supervision – Coaching*, 21 (3), S. 343–352.
- Schulz von Thun, F. (1998). *Miteinander reden*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2017). *Berufliche Weiterbildung in Unternehmen. Fünfte Europäische Erhebung über die berufliche Weiterbildung in Unternehmen (CVTS5)*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Weiterbildung/Publikationen/Downloads-Weiterbildung/weiterbildung-unternehmen-5215201159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bildung-Forschung-Kultur/Weiterbildung/Publikationen/Downloads-Weiterbildung/weiterbildung-unternehmen-5215201159004.pdf?__blob=publicationFile) (15.01.2020).
- Steinke, I. (2007). *Die Entwicklung der Fehler- und Feedbackkultur durch Team-Coaching*. In: *Organisationsberatung – Supervision – Coaching*, 14 (3), S. 257–273.
- Sulz, S. K. D./Lenz, G. (Hrsg.) (2000). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien.
- Thompson, R. (2001). *Das Gehirn. Von der Nervenzelle zur Verhaltenssteuerung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Wardetzki, B. (2014). *Ohrfeige für die Seele. Wie wir mit Kränkung und Zurückweisung besser umgehen können*. 14. Auflage, München: dtv.
- Wardetzki, B. (2013). *Gefangen in der Opferrolle: Persönlicher Stress durch Kränkung*. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, (2), S. 50–53.
- Watzlawick, P./Bavelas, J. B./Jackson, D. D. (2007). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. 11., unv. Auflage, Bern: Huber.

- Weinzierl, M. (2017). Psychoneuroimmunologie. Krank durch Kränkung. Österreichische Ärztezeitung, 10.02.2017, <https://www.aerztezeitung.at/archiv/oeaez-2017/oeaez-3-10022017/psychoneuroimmunologie-kraenkung-psychozoialer-stress-univ-doz-monika-graninger-univ-prof-reinhard-haller.html> (28.10.2019).
- Willutzki, U./Teismann, T. (2013). *Ressourcenaktivierung in der Psychotherapie*. Göttingen/Bern/Wien/Paris: Hogrefe.
- Zapf, D. (2015). *Mobbing: Psychoterror am Arbeitsplatz. Ursachen, Folgen und Handlungsmöglichkeiten*. <http://mobbing-frankfurt.de/wp-content/uploads/2016/03/Zapf-Mobbing-Frankfurt-2015.pdf> (28.10.2019).



# 3

## Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen zur Identifizierung von Mobbinggefährdeten

CHRISTINE BERGMANN

Mehr und mehr Menschen sind von Mobbing am Arbeitsplatz betroffen und die damit verbundenen Folgen sind immens. Betroffene erleiden erhebliche gesundheitliche Schäden psychischer und physischer Art, die zu Arbeitsunfähigkeit oder Frühverrentung führen können. Dies wirkt sich negativ auf die Sozialkassen, die Betriebe und damit die gesamte Volkswirtschaft aus. Der folgende Beitrag erforscht mögliche Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen Betroffener und Nichtbetroffener und der subjektiven Bewertung von Mobbingattacken, um präventiv Mobbing in Unternehmen entgegenzuwirken. Nach einer Onlinebefragung werden drei Profile erstellt, zwischen denen im nächsten Schritt Unterschiede gesucht werden, die Rückschlüsse auf die Mobbinggefährdung am Arbeitsplatz zulassen. Darauf aufbauend können Interventionsmaßnahmen entwickelt werden, um schon im Vorfeld Mobbing am Arbeitsplatz weitgehend zu vermeiden.

Mobbing am Arbeitsplatz ist ein kontinental übergreifendes Problem und zeigt sich in Australien, Amerika und Europa seit Ende der 1990er-Jahre als ernstzunehmend mit steigender Prävalenz (vgl. Sevin, 2014, S. 186). Einer Studie des Bündnisses gegen Cybermobbing e. V. mit Unterstützung der privaten Krankenkasse INTER zufolge, stieg die Prävalenz zwischen 2014 und 2018 um 6,4 %, bei Cybermobbing sogar um 13,6 % an (vgl. Schneider/Leest, 2018, S. 7). Durch Mobbingattacken entstehen erhebliche gesundheitliche Folgen für die Betroffenen. Dabei reichen die Diagnosen von Rückenschmerzen und Einschlafstörungen über depressive Verstimmungen bis hin zu Konzentrationsstörungen, Zwangs- und Angststörungen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen (vgl. Franke, 2004, S. 182).

Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit den Unterschieden in den Persönlichkeitsmerkmalen und der subjektiven Bewertung von mobbing-

erfahrenen und mobbingunerfahrenen Personen. Denn menschliches Verhalten resultiert aus gemachten Erfahrungen, der individuellen Sozialisation und den auf die Person einwirkenden Umwelt- und biologischen Einflüssen. Durch diese werden die Persönlichkeitsmerkmale und das Bewertungssystem beispielsweise für Situationen individuell geprägt (vgl. Rammsayer/Weber, 2016, S. 15; Borkenau, 2005, S. 27 ff.; Schneewind, 2005, S. 41 f.). Werden Unterschiede erkennbar, so könnte präventiv interveniert werden, um Mobbing am Arbeitsplatz künftig einzudämmen.

Zur Erforschung von Unterschieden in den Persönlichkeitsmerkmalen wurde eine Onlinebefragung im Zeitraum vom 19.02.2019 bis zum 12.03.2019 über Unipark durchgeführt. Hierbei wurden die Persönlichkeitsmerkmale nach den Big Five (*Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, negative Emotionalität und Offenheit gegenüber Neuem*) über die deutsche Fassung des Big Five Inventory 2 (BFI-2) (nach Danner et al., 2016), die subjektiven Mobbing-Bewertungen und -Erfahrungen sowie die persönlichen Daten erfasst. Die Wahl zu dem BFI-2 fiel aufgrund der Wichtigkeit der möglichst genauen Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale, um Unterschiede im Vergleich von Mobbinganfälligkeit bzw. -resistenz herauszufinden, da die Reliabilität auf mehreren Dimensionen bei Tests mit weniger Items sinkt (vgl. Schmidt-Atzert/Amelang, 2018, S. 265). Jedes Item erlaubt eine Antwortmöglichkeit auf einer fünfstufigen Intervallskala von 1 = „stimme überhaupt nicht zu“ bis 5 = „stimme voll und ganz zu“ (vgl. Rammstedt et al., 2012, S. 8). Der Test wird als valide angegeben und folgt einer Reliabilität von .60–.88 (vgl. Danner et al., 2016, S. 2). Die auswertbare Stichprobe der Onlinebefragung betrug abzüglich der Drop-Outs und Item-Non-Response insgesamt 106 vollständige Datensätze, die mit SPSS 24 ausgewertet wurden. Die Einteilung der Variablen wird in Abb. 3.1 dargestellt.

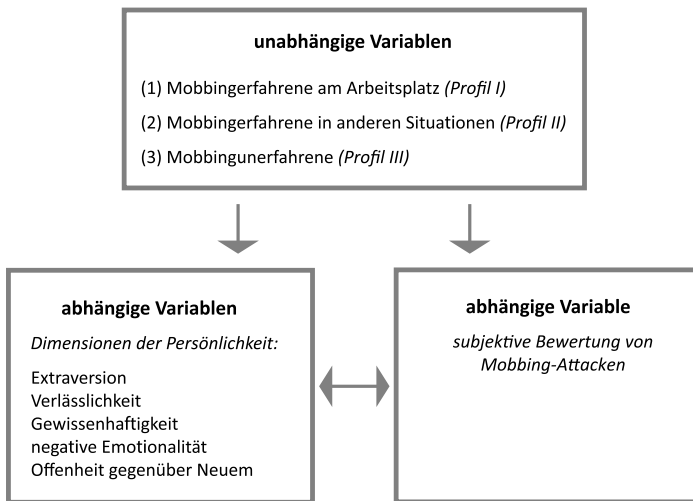


Abb. 3.1: Grafische Darstellung der Variablen

Zur Grundlage der Ergebnisdarstellung werden in Kap. 3.1 die verschiedenen Definitionsansätze des Begriffs „Mobbing“ und die Formen subjektiver Bewertung von Mobbingattacken dargestellt. Zudem werden die Folgen von Mobbing am Arbeitsplatz näher beleuchtet und es wird betrachtet, welche Risikofaktoren und Persönlichkeitsmerkmale Mobbing fördern können. In Kap. 3.2 werden die Ergebnisse der Onlinebefragung und damit die Unterschiede zwischen den drei Profilen (1) „Mobbing erfahrene am Arbeitsplatz“ (24 % der Stichprobe), (2) „Mobbing erfahrene in anderen Situationen“ (z. B. in Sozialen Medien; 24 %) und (3) „Mobbing unerfahrene“ (42 %) dargestellt. Abschließend wird in Kap. 3.3 ein Fazit der Studie gezogen und Handlungsempfehlungen werden ausgesprochen.

### 3.1 Begriffsbestimmung, Risikofaktoren sowie Folgen des Mobbing

In den letzten Jahren erhielt das Thema Mobbing am Arbeitsplatz mehr Aufmerksamkeit und wird heute gesamtheitlich in der Gesellschaft ernster genommen (vgl. Litzcke et al., 2013, S. 100). So bekommen Mobbingbetroffene schneller Unterstützung und können beispielsweise hilfreiche



Ratschläge von Krankenkassen oder anderen Institutionen beziehen (vgl. § 20b Art. 1 SGB V). Hinsichtlich der dennoch steigenden Prävalenz und der gesundheitlichen Schäden der Betroffenen als auch der immensen volks- und betriebswirtschaftlichen Kosten und Schäden (vgl. Schneider/Leest, 2018, S. 7 ff.; BG RCI, 2013, S. 6) werden Hinweise in den Persönlichkeitsmerkmalen zwischen Mobbingverfahren und Mobbingunerfahrenen untersucht.

Im folgenden Abschnitt wird versucht, Mobbing zu definieren. Zudem werden die aktuelle Forschung zur subjektiven Bewertung von Mobbingattacken, Mobbing am Arbeitsplatz und die daraus resultierenden Schäden und Kosten beleuchtet und die Risikofaktoren Mobbingbetroffener sowie Persönlichkeitsmerkmale im Zusammenhang mit Mobbingverfahren betrachtet.

### **3.1.1 Mobbingdefinitionen und subjektive Bewertung von Mobbingattacken**

Das Wort „Mobbing“ kommt aus dem Englischen „to mob“ und bedeutet „bedrängen, attackieren, angreifen“ (vgl. Litzcke et al., 2013, S. 100). Mobbing als Begriff für ein bestimmtes Verhalten wurde Ende der 1960er-Jahre durch Peter Paul Heinemann aus der Tierforschung auf ein soziales Gruppenverhalten von Kindern übertragen. In den 1990er-Jahren definierte der Mobbingforscher Heinz Leymann Mobbing wie folgt:

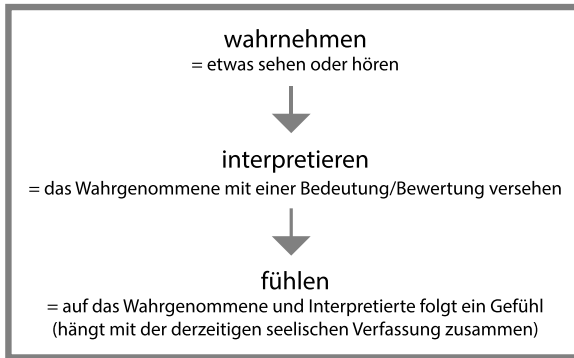
„Der Begriff Mobbing beschreibt negative kommunikative Handlungen, die gegen eine Person gerichtet sind (von einer oder mehreren anderen) und die sehr oft und über einen längeren Zeitraum hinaus vorkommen und dann die Beziehung zwischen Täter und Opfer kennzeichnen.“ (Leymann, 1994, S. 21)

Hingegen definiert Habicht (2003) den Begriff Mobbing im Kontext der Arbeitswelt „als Zuspitzung ungelöster Konflikte am Arbeitsplatz“ (Habicht, 2003, S. 295). Diesen Definitionen zufolge erschließt sich für die Autorin dieses Beitrags eine eigene Definition für Mobbing am Arbeitsplatz: ein ungelöster Konflikt, der in kleinen oder großen Unternehmen über einen längeren Zeitraum besteht, bis er unkontrollierbar wird und unerwartet eskaliert. Fehlende konfliktauflösende Kompetenzen, befürchtete Konse-

quenzen und übergreifende Interessen stehen hinderlich dem Lösen des Konflikts gegenüber – und können zu Ausgrenzungen einzelner Personen führen (vgl. Habicht, 2003, S. 295).

Vor Gericht werden Streitigkeiten unter gleich starken Konfliktpartnern in Form von negativen Handlungen, die in mehreren unregelmäßigen und/oder mit längeren Abständen (> eine Woche) erfolgen, nicht als Mobbing gewertet (vgl. Litzcke et al., 2013, S. 101 f.; Schuster, 2006, S. 136 f.; Zapf, 2004, S. 13). Zeitliche Aspekte wie Dauer und Häufigkeit scheinen demzufolge einen wesentlichen Aspekt zur Definition von Mobbing beizutragen, da diese häufig genannte Kriterien in den Definitionen darstellen. Daher werden diese Aspekte für die Bewertung dessen, was unter Mobbing verstanden wird, für diese Studie herangezogen und in Antwortmöglichkeiten zur subjektiven Bewertung von Mobbingattacken inkludiert.

Die persönliche Bewertung, die ein Mensch einer ihm gegenüber getätigten Handlung eines anderen zuschreibt, entscheidet u. a. über das Gefühl, gemobbt oder nicht gemobbt worden zu sein (vgl. Schulz von Thun, 2008a, S. 72 ff.). Das individuelle Erleben von Mobbing und die damit verbundene subjektive Wahrnehmung der Personen können eine wesentliche Rolle für Interventionen zur Vorbeugung von Mobbing spielen (vgl. Wietzig et al., 2004, S. 75). Menschen bewerten Situationen unterschiedlich, was dazu führt, dass sich eine Person durch bestimmte Handlungen am Arbeitsplatz gekränkt fühlt, eine andere jedoch nicht (vgl. Flader, 2016, S. 143).



**Abb. 3.2:** Vorgänge, aus denen sich Reaktionen des Empfängers ableiten lassen (vgl. Schulz von Thun, 2008a, S. 72)

Das Modell nach Schulz von Thun (1981) stellt die drei Empfangsvorgänge (vgl. Abb. 3.2) dar, in Bezugnahme der Verarbeitung von Außenreizen. Demzufolge nehmen Menschen etwas wahr, das sie daraufhin bewerten bzw. interpretieren und abschließend mit einem Gefühl belegen (vgl. Schulz von Thun, 2008a, S. 72 ff.). Beispielsweise wird ein Stirnrunzeln während jemand anderes sein Anliegen vorträgt als Zeichen von „genervt sein“ interpretiert, woraufhin diese Person ihre Anliegen zukünftig lieber für sich behält. Jedoch kann es sein, dass der Gesprächspartner mit dem Stirnrunzeln eigentlich suggeriert, über den Sachverhalt betroffen zu sein und diesen ernst zu nehmen (vgl. Oster, 2003, S. 69). Das Missverständnis kann in weiterer Folge durch fehlendes Nachfragen nicht beseitigt werden, was Auswirkungen auf die zukünftige Beziehung der beiden Personen haben kann. Diese Auswirkungen von Fehlinterpretationen führen zu einem Teufelskreis, der Beziehungsstörungen zur Folge hat, die wiederum zu einem gefühlten Mobbing führen können (vgl. Schulz von Thun, 2008b, S. 33 ff.; Oster, 2003, S. 69).

Eine Situation oder Handlung kann subjektiv als Bedrohung oder Herausforderung bewertet werden, woraus eine mehr oder weniger wirkungsvolle Reaktion abhängig von der wahrgenommenen Kontrolle über die Gegebenheiten resultiert (vgl. Myers, 2014, S. 526; 538). Eine als Bedrohung interpretierte Situation – z. B. Mobbingattacken gegen die eigene Person –

löst starke Stressreaktionen aus und führt zu Kontrollverlust, der in erster Linie als Machtlosigkeit empfunden wird und Menschen für Krankheiten anfällig machen kann (vgl. Myers, 2014, S. 538 f.; Zapf, 2004, S. 13).

Eventuelle Unterschiede in der Bewertung, welche Handlungen unter Mobbing fallen und welche eher nicht, sollen in der Onlinebefragung ermittelt werden, um klären zu können, ob Persönlichkeitsprofile von Mobbingbetroffenen und -nichtbetroffenen in der individuellen Sichtweise einen Unterschied aufweisen.

### 3.1.2 Risikofaktoren und Persönlichkeitsmerkmale

Zu den Risikofaktoren, die Mobbing am Arbeitsplatz begünstigen, werden u. a. Unter- und Überforderung bzw. chronischer Stress, Zeit- und Erfolgsdruck, Perspektivlosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit, pathologisches Konkurrenzdenken, schlechtes Betriebsklima, mangelhafte Personalpolitik und fehlende Anerkennung gezählt (vgl. Köllner/Söllner, 2016, S. 21).

Mobbinganfällige Personen weisen dabei entweder ein konfliktvermeidendes Profil (vgl. Kolodej, 2018, S. 38) oder aber aggressives und provozierendes Verhalten auf. Dieser Typus ist unruhig, jähzornig, wenig selbstbewusst und kann sich selbst nicht gut kontrollieren (vgl. Baling et al., 2009, S. 674 ff.; Schuster, 2006, S. 138; Schwartz et al., 1998, S. 432). Zu den Persönlichkeitsmerkmalen von Mobbinggefährdeten zeigte sich in einer Studie von Podsiadly und Gamian-Wilk (2017) eine höhere Ausprägung im Neurotizismus (negative Emotionalität) und niedrigere Werte in den Persönlichkeitsausprägungen soziale Kompetenz, Extraversion und Verträglichkeit (vgl. Podsiadly; Gamian-Wilk, 2017, S. 44). In der Literatur wird häufig erwähnt, dass zwischen Neurotizismus, einem niedrigen Selbstwert und Mobbing ein Zusammenhang besteht (vgl. Litzcke et al., 2013, S. 114; Zapf, 2004, S. 24).

Um Mobbingattacken bewältigen zu können, braucht der Mensch u. a. psychische und physische Stabilität, Selbstvertrauen, Selbstwert/Selbstsicherheit, Problemlösefähigkeit und soziale Kompetenz, die der Mobbingbetroffene jedoch durch die Zuspitzung der Arbeitssituation kaum aufweisen kann (vgl. Schwickerath/Kneip, 2004, S. 191).

### 3.1.3 Folgen von Mobbing am Arbeitsplatz

Neuere Untersuchungen haben ergeben, dass sich 30,1 % der über 18-Jährigen in Deutschland schon mindestens einmal Mobbingattacken ausgesetzt fühlten. Bei Frauen liegt das Risiko mit 37 % etwa 1,5-mal höher als bei Männern (24 %). Zudem haben vor allem Auszubildende und Personen in sozialen Berufen ein hohes Mobbingrisiko. Jüngere (< 25 Jahre) und ältere Arbeitnehmer (> 55 Jahre) sind ebenfalls besonders betroffen (vgl. Schneider/Leest, 2018, S. 8, 22 f.; Litzcke et al., 2013, S. 103; Kolodej, 2008; S. 46 f.).

Die Folgen für Betroffene durch Mobbing am Arbeitsplatz reichen von körperlichen Beschwerden wie Magen-Darm-Erkrankungen, Migräne, Bluthochdruck, Herzbeschwerden, Konzentrations-, Gedächtnis- und Schlafstörungen über psychische Folgen wie Selbstzweifel, Angstzustände, Persönlichkeitsveränderungen und Depression, wobei nach Loerbroks et al. eine Depression Folge wie Ursache sein kann (vgl. Schneider/Leest, 2018, S. 8 f.; Köllner/Söllner, 2016, S. 21 ff.; Loerbroks et al. 2015, S. 169 f.; BG RCI, 2013, S. 6; Köhler, 2003, S. 138 ff.). Etwa 12 % der Betroffenen würden sich selbst als suizidgefährdet einstufen, das entspricht ca. 2,5 Mio. Menschen (vgl. Schneider/Leest, 2018, S. 8). Hinzu kommt eine erhöhte Suchtgefahr durch Alkohol und/oder Medikamente (vgl. BG RCI, 2013, S. 6).

Nach regelmäßigen feindseligen Mobbingattacken kann es bei den Betroffenen zu starker Verunsicherung kommen, was schwerwiegende Folgen auf die Berufsausübung haben kann (vgl. Köllner/Söllner, 2016, S. 22). Das Selbstwertgefühl leidet, negative Gefühle breiten sich aus und können beispielsweise zur inneren Kündigung oder Isolation im Berufsleben, aber auch privat führen. Diese Wirkung auf das Privatleben zieht weite Kreise und führt u. a. zu Familienkrisen, Problemen in der Partnerschaft und im Sexualleben bis hin zu eventuellen Trennungen (vgl. Köllner/Söllner, 2016, S. 22).

Neben den gesundheitlichen Schäden an der Person selbst verursacht Mobbing auch hohe volks- und betriebswirtschaftliche Probleme. Berechnungen zufolge macht der volkswirtschaftliche Schaden in Deutschland durch Mobbing am Arbeitsplatz jährlich 15–25 Mrd. Euro aus (vgl. Flader,

2016, S. 142; Köllner/Söllner, 2016, S. 22; BG RCI, 2013, S. 5). Für diese Kosten sind vor allem Arztbehandlungen, Therapien, stationäre Klinikaufenthalte, Arbeitslosigkeit und Frühverrentung verantwortlich (vgl. Köllner/Söllner, 2016, S. 22). Betriebswirtschaftliche Schäden durch Kündigungen, erhöhte Fehlzeiten, verminderte Produktivität und Qualität werden auf bis zu 30.000 Euro pro Mobbingfall geschätzt. Damit können die Wettbewerbsfähigkeit einzelner Unternehmen und die Existenz der Organisationen stark gefährdet werden (vgl. Köllner/Söllner, 2016, S. 22). Die Zahlen sprechen für sich und können Unternehmen dazu veranlassen, Mobbing stärker zu fokussieren, Ursachen zu analysieren und präventive Maßnahmen einzuleiten, um Schäden für ihren Betrieb schon im Vorfeld abzuwenden (vgl. Köllner, 2017, S. 7).

## 3.2 Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen

Das folgende Kapitel gibt einen Einblick in die Ergebnisse der durchgeführten Studie. Um Unterschiede in den Persönlichkeitsmerkmalen und der subjektiven Bewertung erforschen zu können, wird die Gesamtstichprobe  $n = 106$  in die drei definierten Profile (Mobbing erfahrene am Arbeitsplatz, Mobbing erfahrene in anderen Situationen, Mobbing unerfahrene) aufgeteilt. Im Folgenden wird das Vokabular der Profileinteilung zur leichteren Differenzierung verwendet.

### 3.2.1 Persönlichkeitsmerkmale von Mobbing erfahrenden und -unerfahrenen

Insgesamt nahmen an der Studie 90 Frauen, 15 Männer und 1 Divers teil, die sich wie folgt auf die Profile verteilen:

Profil I: 86,1 % Frauen (31); 11,1 % Männer (4); 2,8 % Divers (1)

Profil II: 92,0 % Frauen (23); 8,0 % Männer (2)

Profil III: 80,0 % Frauen (36); 20,0 % Männer (9)

Demnach fühlen sich Frauen eher gemobbt als Männer, auch wenn aufgrund des unausgewogenen Verhältnisses der teilnehmenden Frauen/Männer/Divers das Ergebnis nicht repräsentativ ist. Auffällig ist aller-

dings, dass über die Hälfte der befragten Männer laut eigenen Aussagen noch keine Mobbing Erfahrungen gemacht haben (60,0 %), während es bei den Frauen nur 40,0 % waren, die sich als Nichtbetroffene sehen. Mobbing am Arbeitsplatz zeigt sich vor allem in der Altersgruppe der 45–54-Jährigen (36,1 %), während die jüngeren Personen (> 25 Jahre und zwischen 26–34 Jahren) sich eher in anderen Situationen – z. B. in sozialen Medien – gemobbt fühlen (28 % und 44 %). Mit den Altersgruppen steigt jedoch parallel auch die Mobbing Erfahrung.

Einen groben Überblick über die Verteilung im Hinblick auf die Persönlichkeitsmerkmale gibt die Tab. 3.1. Die Werte weisen darauf hin, dass sich Mobbingunerfahrene etwas offener gegenüber Neuem geben und eine geringere *negative Emotionalität* und damit Empfindsamkeit auf äußere Reize aufweisen. Mobbingunerfahrene sind laut eigenen Angaben weniger gewissenhaft und extravertiert. Mobbing am Arbeitsplatz hebt sich durch das Persönlichkeitsmerkmal einer höheren *Verträglichkeit* von den anderen beiden Profilen ab. Hieraus könnte geschlossen werden, dass sich mobbinggefährdete Personen insbesondere am Arbeitsplatz eher altruistisch, selbstlos, bescheiden, zurückhaltend und rücksichtsvoll verhalten.

**Tab. 3.1:** Einteilung in die jeweiligen Profile

Profile	Persönlichkeitsmerkmale	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Profil I</b> (Mobbing am Arbeitsplatz)	Extraversion	36	33,00	42,00	37,6111	2,18145
	Verträglichkeit	36	33,00	44,00	37,8056	2,88661
	Gewissenhaftigkeit	36	32,00	45,00	38,0833	2,95079
	negative Emotionalität	36	29,00	49,00	36,4722	3,80591
	Offenheit	36	32,00	48,00	37,7500	3,30692
	gültige Werte (Listenweise)	36				

Profile	Persönlichkeitsmerkmale	N	Min.	Max.	Mittelwert	Standardabweichung
<b>Profil II</b> (Mobbing in anderen Situationen, z. B. in sozialen Netzwerken)	Extraversion	25	31,00	44,00	37,2400	2,94788
	Verträglichkeit	25	32,00	42,00	36,9600	2,77609
	Gewissenhaftigkeit	25	33,00	44,00	37,9200	3,17438
	negative Emotonalität	25	28,00	47,00	36,5200	3,83101
	Offenheit	25	30,00	40,00	36,5200	2,38258
	gültige Werte (Listenweise)	25				
<b>Profil III</b> (Mobbing-unerfahrene)	Extraversion	45	32,00	41,00	37,0889	2,08700
	Verträglichkeit	45	30,00	43,00	36,8667	2,88885
	Gewissenhaftigkeit	45	34,00	46,00	37,8667	2,81716
	negative Emotonalität	45	29,00	43,00	35,7333	3,03315
	Offenheit	45	31,00	45,00	37,9556	3,18345
	gültige Werte (Listenweise)	45				

Über Histogramme wird die Häufigkeitsverteilung zur weiteren Darstellung der Ergebnisse herangezogen. Zusammenfassend kann das Ergebnis aus den Mittelwerten leicht korrigiert werden. Die Prozentangaben und die Häufigkeitsverteilung zeigen, dass Profil III prozentual etwas höhere Werte in *Extraversion*, *Verträglichkeit* und *Gewissenhaftigkeit* aufweist als die Profile I und II.

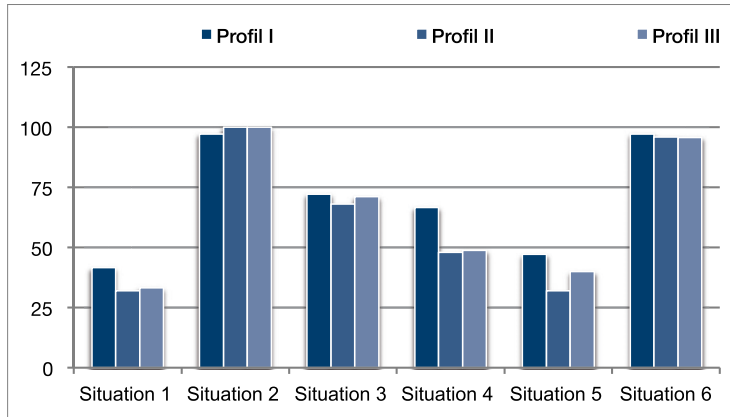
### 3.2.2 Subjektive Bewertung von Mobbingattacken

Zur Erforschung der subjektiven Bewertung konnten die Teilnehmenden als Mehrfachantwortmöglichkeit aus sechs Situationen auswählen, von denen sie glaubten, es bestünde eine Mobbing-situation. Situation 2 und 6 wiesen laut Definitionen die auch vor Gericht geltenden Merkmale auf (vgl. Litzcke et al., 2013, S. 101 f.; Schuster, 2006, S. 136 f.; Zapf, 2004, S. 13).



Die anderen Situationen sind allgemein und unkonkret gehalten und somit nach Sichtweise der Teilnehmenden als Mobbingssituation einzustufen oder nicht. Beispielsweise lautet Situation 1: „Eine Person wird von ihrem Chef häufiger getadelt als eine andere.“ Diese Aussage ist sehr individuell gestellt, denn wann empfindet eine Person im Vergleich zu einer anderen sich häufiger getadelt? Die Zustimmung dieser Fragestellung setzt voraus, dass eine Person sich überhaupt „getadelt“ fühlt bzw. was die einzelne Person als „Tadel“ bezeichnet. Ist es eine Aufforderung, etwas den Wünschen des Chefs entsprechend anders zu machen, oder hat die Person das Gefühl, zu Unrecht getadelt zu werden? Macht eine andere Person im Arbeitsumfeld weniger Fehler? Vielleicht handelt es sich hierbei um Mobbing, da der Chef diese Person aus der Firma haben möchte; oder ist es doch kein Mobbing und der Vorgesetzte hat hohe Erwartungen an den Mitarbeiter?

Aus dieser individuellen Sichtweise auf die verschiedenen Situationen resultieren schließlich die Bewertungen für oder gegen Mobbingattacken, die in Abb. 3.3 dargestellt sind.



- 1) Eine Person wird von ihrem Chef häufiger getadelt als eine andere.
- 2) Eine Person wird von einem oder mehreren Mitarbeitern immer wieder und über einen längeren Zeitraum systematisch und gezielt Anfeindungen, Schikanen und/oder Diskriminierungen ausgesetzt.
- 3) Eine Abteilung boykottiert Vorschläge aus einer anderen Abteilung, speziell auch die Vorschläge einer Person.
- 4) Eine Person wird nie gefragt, ob sie sich in der Mittagspause oder in der Freizeit den Anderen anschließen möchte.
- 5) gezeigtes Desinteresse gegenüber einer Person
- 6) Eine oder mehrere Personen äußern sich feindselig und beleidigend monatlang gegenüber einer anderen Person.

**Abb. 3.3:** Subjektive Bewertung der Situationen nach der Aufteilung in Profile

Die Situationsbeschreibungen 2 und 6 werden von fast allen Teilnehmenden als Mobbingattacke und damit als Angriff auf die eigene Person gewertet. Situation 1, 4 und 5 wurden häufiger von Profil I gewählt, wobei letztere Situationsbeschreibung nur etwas weniger von den Mobbingunerfahrenen als Mobbingattacke eingestuft wurde. Situation 3 wird von allen drei Profilen etwa gleichermaßen als Mobbing angesehen.

### 3.2.3 Persönlichkeitsbezogene Unterschiede zwischen Mobbingverfahren und -unerfahrenen

Über den t-Test wurden die Mittelwerte mit Standardabweichung verglichen und Unterschiede zwischen den drei Profilen hinsichtlich der Persönlichkeitsmerkmale und der subjektiven Bewertung von Mobbingattacken gesucht. Von Bedeutung zur Beantwortung der Fragestellung ist vor allem der Vergleich zwischen Profil I, den Mobbingverfahren am Arbeitsplatz, und Profil III, den Mobbingunerfahrenen.

Die Gruppe der Mobbingverfahren am Arbeitsplatz zeigt im direkten Vergleich zu den Mobbingunerfahrenen in fast allen Merkmalen höhere Werte. Das heißt, Personen, die sich bereits am Arbeitsplatz gemobbt fühlten, sind leicht extravertierter, verträglicher und etwas gewissenhafter. Im Gegensatz zu den Befunden aus dieser Studie kamen Podsiadly et al. (2017) in ihrer Studie zu dem Ergebnis, dass Mobbingbetroffene eher niedrige Werte in *Extraversion* und *Verträglichkeit* erreichten (vgl. Podsiadly/Gamian-Wilk, 2017, S. 44). Dies konnte in der hier vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden, dennoch gibt es eine Übereinstimmung in dem Persönlichkeitsmerkmal *negative Emotionalität*. In beiden Studien weisen Mobbingverfahren eine höhere Ausprägung dieses Merkmals auf. Eine weitere Gemeinsamkeit mit anderen Untersuchungen zeigt sich im Merkmal *Gewissenhaftigkeit*, worin Personen, die bereits von Mobbing betroffen waren, höhere Werte zeigen (vgl. Wietzig et al., 2004, S. 83; Zapf, 2004, S. 24).

Interessant an der vorliegenden Studie ist der Befund, dass Mobbingverfahren Situationen deutlich stärker als Mobbingattacken bewerten als die Unerfahrenen. Der t-Test zeigt jedoch bei keinen Merkmalen einen signifi-

kanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Eventuell könnte das an den unterschiedlichen Gruppengrößen liegen, wobei der t-Test gesamtweitlich als relativ robust gilt (vgl. Nachtigall/Wirtz, 2013, S. 141).

Zwischen Profil II und Profil III zeigte sich ebenfalls kein statistisch signifikanter Unterschied, auch wenn der Vergleich der Mittelwerte höhere Werte im Profil II für *Extraversion*, *Verträglichkeit*, *Gewissenhaftigkeit* und *negative Emotionalität* und im Profil III für *Offenheit gegenüber Neuem* und in der subjektiven Bewertung von Mobbing zeigt. Demnach scheinen Mobbingunerfahrene Situationen eher als Mobbingattacken zu bewerten als Mobbingerfahrene in anderen Situationen außerhalb der Arbeit, was zeigt, dass Personen aus Profil II die niedrigsten Werte der Gruppen in Bezug auf die Situationsbewertung aufweisen. Daraus kann gefolgert werden, dass Mobbingerfahrung außerhalb des Arbeitskontextes grundsätzlich nicht auf eine Überbewertung von Mobbingattacken hinweist.

Es fällt auf, dass Mobbingunerfahrene sich Neuem gegenüber offener zeigen als die beiden Profile der Erfahrenen. Menschen mit hoher Ausprägung in diesem Persönlichkeitsmerkmal sind u. a. vielseitig interessiert, kreativ und verfügen über Einfallsreichtum. Möglicherweise könnten diese Eigenschaften auf eine Art von Schutz vor Mobbing hinweisen.

Unterschiede zwischen den beiden Profilen I und II der Mobbingbetroffenen zeigen sich im Mittelwertvergleich dahingehend, dass Mobbingerfahrene am Arbeitsplatz leicht höhere Werte in allen Bereichen außer in der *negativen Emotionalität* aufweisen und Mobbing-situationen deutlich stärker bewerten als Mobbingerfahrene in anderen Situationen. Daraus kann geschlossen werden, dass Personen aus Profil I andere persönliche Merkmale mitbringen, die am Arbeitsplatz eher zur Mobbinggefährdung beitragen können, als Menschen, die beispielsweise in sozialen Netzwerken Mobbingerfahrungen gemacht haben. Um dies jedoch genauer bestimmen zu können, müsste spezifischer in diese Richtung weiter geforscht werden.

Die Ergebnisse zeigen durch den t-Test keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den drei Gruppenprofilen, was nicht bedeutet, dass es keinen gibt. Um genauere Ergebnisse zu erzielen, könnte im Vorfeld z. B. eine Poweranalyse (a priori-Analyse) helfen, die benötigte Stichprobengröße zu errechnen, um einen Populationseffekt aufzudecken (vgl. Sedl-

meier/Renkewitz, 2013, S. 398). Zusätzlich können die Tendenzen durch andere Rahmenbedingungen und eine darauf ausgerichtete Methode zu signifikanten Ergebnissen führen.

### 3.3 Fazit und Ausblick

Aufgrund eines tendenziellen Anstiegs von Mobbing am Arbeitsplatz und der daraus folgenden immensen Gesundheitsschäden an der Person als auch der zusätzlichen Kosten für Sozialkassen, Betriebs- und Volkswirtschaft ging die vorliegende Studie der Frage nach Unterschieden in den Persönlichkeitsmerkmalen Betroffener und Nichtbetroffener nach. Ziel war es, durch Unterschiede zwischen den Profilen eine mögliche Gefährdungstendenz aufgrund der Persönlichkeitsmerkmale und der subjektiven Bewertung von Mobbing Situationen zu identifizieren und durch Interventionen wie z. B. Coaching zur Persönlichkeitsentwicklung gesundheitliche Folgen an der Person und Schäden im Betrieb zu vermeiden.

Die Ergebnisse zeigen Tendenzen, dass Mobbing erfahrene am Arbeitsplatz subjektiv Situationen eher als Mobbingattacken bewerten als Mobbing unerfahrene. Auch zeigen sich Personen aus dem ersten Profil extrovertierter, verträglicher, etwas gewissenhafter und negativ emotionaler als Mobbing erfahrene. Zusätzlich kann festgestellt werden, dass zwischen den beiden Profilen, die Mobbing betroffene am Arbeitsplatz sowie in anderen Situationen einschließen, ebenfalls Unterschiede erkennbar sind. So zeigte Profil I in allen Merkmalen, außer der *negativen Emotionalität* und der subjektiven Bewertung, höhere Werte als Profil II. Dies könnte darauf hindeuten, dass je nach Mobbing Situation unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale und Sichtweisen eine Rolle spielen können. Profil III (Mobbing unerfahrene) hingegen unterscheidet sich gegenüber den beiden Profilen der Mobbing erfahrenden darin, dass sie höhere Werte in *Offenheit gegenüber Neuem* erreichten. Die damit verbundene Kreativität, Neugier, Vielseitigkeit und der Einfallsreichtum könnten eine mögliche Erklärung sein, warum diejenigen Personen aus Profil III bisher weniger anfällig für Mobbing waren.

Dennoch wies keiner der Befunde einen statistisch signifikanten Unterschied auf. Demnach ist die Identifikation von Mobbinggefährdeten im Vorfeld erschwert und zunächst nicht durch Interventionsmaßnahmen regulierbar. Grundsätzlich könnte – zumindest infolge der Ergebnisse auf Basis der Persönlichkeitsmerkmale und der subjektiven Bewertung – jede Person für Mobbing gefährdet sein. Firmen können sensibler mit dem Thema Mobbing am Arbeitsplatz umgehen, den Geschehnissen im Betrieb mit mehr Aufmerksamkeit begegnen und Führungskräfte sowie Mitarbeitende aufklären und schulen, um eventuelle Eskalationen und damit verbundene hohe Kosten zu vermeiden. Mobbinggefährdete und -erfahrene, die ohnehin in ihrem Selbstbewusstsein beeinträchtigt sind und auf äußere Reize empfindlicher reagieren, können entsprechend im Umgang mit ihren Gefühlen und potenziellen Attacken gecoacht werden.

Es empfiehlt sich, auf dem Gebiet, insbesondere unter Berücksichtigung soziodemografischer und berufsgruppenspezifischer Aspekte, weiter zu forschen, um zielgruppenspezifische Maßnahmen ergreifen zu können. Ein Ansatz kann der Frage nachgehen, ob es – wie die Tendenzen aus der Studie gezeigt haben – Unterschiede zwischen Mobbingverfahren in verschiedenen Kontexten gibt, wie z. B. in dieser Untersuchung am Arbeitsplatz oder beispielsweise in sozialen Netzwerken; oder ob *Offenheit gegenüber Neuem* ein Persönlichkeitsmerkmal darstellt, das Menschen weniger anfällig für Mobbing macht. Solche Erkenntnisse könnten wichtige Impulse für inhaltliche Ausrichtungen von präventiven Interventionen zur Reduzierung von Mobbingattacken am Arbeitsplatz liefern.

## Literatur

- Barling, J./Dupré, K. E./Kelloway, E. K. (2009). *Predicting Workplace Aggression and Violence*. In: Annual Review of Psychology, 60 (1), S. 671–692. <https://www.annualreviews.org/doi/pdf/10.1146/annurev.psych.60.110707.163629> (02.10.2019).
- BG RCI – Bundesgenossenschaft Rohstoff und chemische Industrie (2013). *Fair geht vor! Mobbing im Betrieb. Merkblatt A 035 (BGI 5173)*. Heidelberg: Jedermann-Verlag GmbH.
- Borkenau, P. (2005). *Persönlichkeitsentwicklung: Biologische Einflussfaktoren*. In: Weber, H./Rammesayer, T. (Hrsg.): Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen: Hogrefe, S. 27–38.
- Danner, D./Rammstedt, B./Bluemke, M./Treiber, L. et al. (2016). *Die deutsche Version des Big Five Inventory 2 (BFI-2). Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen*. <https://zis.gesis.org/pdfFiles/Dokumentation/Danner+%20BFI-2.pdf> (02.10.2019).
- Flader, D. (2016). *Vom Mobbing bis zur Klimadebatte. Wie das Unterbewusste soziales Handeln bestimmt*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Franke, W. (2004). *Sozialmedizinische Begutachtung von Patienten mit Mobbing-Erfahrungen in der psychosomatischen Rehabilitation*. In: Schwickerath, J./Carls, W./Zielke, M./Hackhausen, W. (Hrsg.): Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 175–185.
- Habicht, S. (2003). *Konflikte – Mobbing – Gewalt am Arbeitsplatz. Konzepte und Beratungsangebote des Kirchlichen Dienstes in der Arbeitswelt (KDA)*. In: Arentewicz, G./Fleissner, A. (Hrsg.): Arbeitsplatzkonflikte. Mobbing als Psychoterror am Arbeitsplatz – Ursachen, Folgen und Formen der Hilfe. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 291–306.
- Köhler, T. (2003). *Welche psychosomatischen Krankheiten können durch Mobbing am Arbeitsplatz entstehen oder sich verschlechtern?* In: Arentewicz, G./Fleissner, A. (Hrsg.): Arbeitsplatzkonflikte. Mobbing als Psychoterror am Arbeitsplatz – Ursachen, Folgen und Formen der Hilfe. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 135–143.
- Köllner, V. (2017). *Mobbing am Arbeitsplatz*. [https://www.researchgate.net/profile/Volker\\_Koellner/publication/319987605\\_Mobbing\\_am\\_Arbeitsplatz/links/5a47a4560f7e9ba868ab475e/Mobbing-am-Arbeitsplatz.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Volker_Koellner/publication/319987605_Mobbing_am_Arbeitsplatz/links/5a47a4560f7e9ba868ab475e/Mobbing-am-Arbeitsplatz.pdf) (02.10.2019).
- Köllner, V./Söllner, W. (2016). *Mobbing am Arbeitsplatz. Erklärungsmodelle, Differenzialdiagnostik und resultierende Gesundheitsfolgen*. Klinikarzt, 45 (1), S. 20–25. [https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber\\_uns/Fachabteilungen\\_KN/kliniken/psychosomatik/fachinformationen/Artikel/Koellner-und-Soellner\\_Mobbing-am-Arbeitsplatz\\_Klinikarzt-2016.pdf](https://www.klinikum-nuernberg.de/DE/ueber_uns/Fachabteilungen_KN/kliniken/psychosomatik/fachinformationen/Artikel/Koellner-und-Soellner_Mobbing-am-Arbeitsplatz_Klinikarzt-2016.pdf) (02.10.2019).
- Kolodej, C. (2018). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und in der Schule*. 3., vollst. überarb. und erw. Auflage, Wien: Facultas.
- Kolodej, C. (2008). *Mobbingberatung. Fallbeispiele und Lösungen für Beraterinnen und Betroffene*. Wien: Facultas.
- Leymann, H. (1994). *Mobbing. Psychoterror am Arbeitsplatz und wie man sich dagegen wehren kann*. Hamburg: Rowohlt.

- Litzcke, S. M./Schuh, H./Pletke, M. (2013). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. 6. vollst. überarb. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Myers, D. G. (2014). *Psychologie*. 3., vollst. überarb. und erw. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Nachtigall, C./Wirtz, M. (2013). *Wahrscheinlichkeitsrechnen und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2*. 6., überarb. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Oster, U. (2003). *Ausgewählte Grundlagen der Kommunikation – Erklärungsmodelle und Konfliktquellen*. In: Arentewicz, G./Fleissner, A. (Hrsg.): *Arbeitsplatzkonflikte. Mobbing als Psychoterror am Arbeitsplatz – Ursachen, Folgen und Formen der Hilfe*. Frankfurt am Main: Peter Lang, S. 59–72.
- Podsiadly, A./Gamian-Wilk, M. (2017). *Personality traits as predictors or outcomes of being exposed to bullying in the workplace*. *Personality and Individual Differences*, 115, S. 43–49. [https://www.researchgate.net/profile/Malgorzata\\_Gamian-Wilk/publication/317196488\\_Personality\\_traits\\_as\\_predictors\\_or\\_outcomes\\_of\\_being\\_exposed\\_to\\_bullying\\_in\\_the\\_workplace/links/5a2a867045851552ae774a03/Personality-traits-as-predictors-or-outcomes-of-being-exposed-to-bullying-in-the-workplace.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Malgorzata_Gamian-Wilk/publication/317196488_Personality_traits_as_predictors_or_outcomes_of_being_exposed_to_bullying_in_the_workplace/links/5a2a867045851552ae774a03/Personality-traits-as-predictors-or-outcomes-of-being-exposed-to-bullying-in-the-workplace.pdf) (02.10.2019).
- Rammsayer, T./Weber, H. (2016). *Differentielle Psychologie – Persönlichkeitstheorien*. 2., korr. Auflage, Göttingen: Hogrefe.
- Rammstedt, B./Kemper, C. J./Klein, M. C./Beierlein, C. et al. (2012). *Eine kurze Skala zur Messung der fünf Dimensionen der Persönlichkeit: Big-Five-Inventary-10 (BFI-10)*. [https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working\\_papers/BFI10\\_Workingpaper.pdf](https://www.gesis.org/fileadmin/kurzskalen/working_papers/BFI10_Workingpaper.pdf) (02.10.2019).
- Schmidt-Atzert, L./Amelang, M. (2018). *Psychologische Diagnostik*. 5. vollst. überarb. und erw. Auflage, Berlin: Springer.
- Schneewind, K. A. (2005). *Persönlichkeitsentwicklung: Einflüsse von Umweltfaktoren*. In: Weber, H./Rammsayer, T. (Hrsg.): *Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 39–52.
- Schneider, C./Leest, U. (2018). *Mobbing und Cybermobbing bei Erwachsenen – die allgegenwärtige Gefahr. Eine empirische Bestandsaufnahme in Deutschland, Österreich und der deutschsprachigen Schweiz*. [https://www.buendnis-gegen-cybermobbing.de/fileadmin/pdf/studien/mobbingstudie\\_erwachsene\\_2018.pdf](https://www.buendnis-gegen-cybermobbing.de/fileadmin/pdf/studien/mobbingstudie_erwachsene_2018.pdf) (02.10.2019).
- Schulz von Thun, F. (2008a). *Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation*. Sonderausgabe. Reinbek: Rowohlt.
- Schulz von Thun, F. (2008b). *Miteinander reden: 2. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Differenzielle Psychologie der Kommunikation*. Sonderausgabe. Reinbek: Rowohlt.
- Schuster, B. (2006). *Mobbing – Bulling*. In: Bierhoff, H.-W./Frey, D. (Hrsg.): *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie*. Göttingen: Hogrefe, S. 136–142.
- Schwartz, D./Dodge, K. A./Coie, J. D./Hubbard, J. A. et al. (1998). *Social-Cognitive and Behavioral Correlates of Aggression and Victimization in Boys' Play Groups*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26 (6), S. 431–440.

- Schwickerath, J./Kneip, V. (2004). *Mobbing am Arbeitsplatz – Konzept und Evaluation stationärer Verhaltenstherapie psychosomatischer Reaktionsbildung bei Mobbing*. In: Schwickerath, J./Carls, W./Zielke, M./Hackhausen, W. (Hrsg.): *Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 186–230.
- Sedlmeier, P./Renkewitz, F. (2013). *Forschungsmethoden und Statistik. Ein Lehrbuch für Psychologen und Sozialwissenschaftler*. 2. aktual. und erw. Auflage, Hallbergmoos: Pearson.
- Sevin, H. D. (2014). *The Analysis of the Workers Perceptions Regarding Mobbing Towards Themselves and Against Colleagues: Applied to Teachers*. *International Journal of Business and Social Science*, 5 (7), S. 185–189.  
[http://ijbssnet.com/journals/Vol\\_5\\_No\\_7\\_June\\_2014/22.pdf](http://ijbssnet.com/journals/Vol_5_No_7_June_2014/22.pdf) (02.10.2019).
- Wietzig, D./Keßler, B. H./Kneip, V./Schwickerath, J. (2004). *Zum subjektiven Erleben arbeitsrelevanter Merkmale Mobbing-Betroffener*. In: Schwickerath, J./Carls, W./Zielke, M./Hackhausen, W. (Hrsg.): *Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 75–85.
- Zapf, D. (2004). *Mobbing in Organisationen – Wissenschaftliche und konzeptionelle Grundlagen*. In: Schwickerath, J./Carls, W./Zielke, M./Hackhausen, W. (Hrsg.): *Mobbing am Arbeitsplatz. Grundlagen, Beratungs- und Behandlungskonzepte*. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 11–35.





# 4

## Psychische Fehlbeanspruchungen im Rettungsdienst

### Status quo und präventive Handlungsempfehlungen

VIVIEN RIEGER

Rettungsdienstmitarbeitende in Deutschland sind in ihrem Arbeitsalltag vielfältigen psychischen Belastungen ausgesetzt. Aus diesen können sich – abhängig von individuellen Ressourcen – positive Effekte oder negative Fehlbeanspruchungen entwickeln. Im Rahmen einer deutschlandweiten Onlinebefragung konnte bei Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern eine Prävalenz psychischer Fehlbeanspruchung bzw. eine entsprechende Tendenz festgestellt werden. Die Erkenntnisse jener Erhebung zeigen deutlich, wie wichtig die erfolgreiche Implementierung entsprechender Präventionsmaßnahmen ist. Der folgende Beitrag stellt die Ergebnisse der Befragung zur Prävalenz psychischer Fehlbeanspruchungen vor. Zusätzlich wurden Maßnahmen zur Prävention sowie Faktoren für deren erfolgreiche Umsetzung im Setting Rettungsdienst mittels Literaturanalyse ermittelt, welche nachfolgend erläutert werden.

In der öffentlichen Wahrnehmung ist der Arbeitsalltag im deutschen Rettungsdienst durch die Versorgung, Stabilisierung und den Transport schwerverletzter oder erkrankter Personen charakterisiert. In der Realität zeigt sich ein deutlich vielfältigeres Bild: Vor allem notfallmedizinisch wenig anspruchsvolle Einsatzindikationen – z. B. Einweisung eines Patienten mit Pneumonie, einfache Frakturen – und Routinearbeiten auf der Wache prägen die Arbeitsaufgaben (vgl. Karuz et al., 2013, S. 204 ff.). Neben den täglichen Aufgaben beeinflusst auch die Arbeitsorganisation den Alltag im Rettungsdienst. Unter anderem sind Schichtarbeit, lange Schichtdauern, nicht planbare Mehrarbeit und teilweise ein nicht unerheblicher Teil einsatz- und aufgabenfreier Bereitschaftszeit kennzeichnend. Dieser Arbeitsalltag birgt eine Vielzahl von Belastungen u. a. für die Psyche der Mitarbeitenden.

Der folgende Beitrag stellt die Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung vor und leitet daraus Empfehlungen für eine erfolgreiche Prävention psychischer Fehlbeanspruchungen ab. Die Befragung fand online mittels Burnout-Mobbing-Inventar (BMI) statt. Dieses Instrument ist berufsgruppenneutral und erfasst die Dimensionen der Über- und Unterforderung sowie der sozialen Ausgrenzung und die daraus resultierenden Folgen wie Motivationsverlust und psychische sowie physische Belastungssymptome (vgl. Satow, 2018). Auf Basis der erhobenen Erkenntnisse zu den psychischen Fehlbeanspruchungen werden zielgruppenspezifische Handlungsempfehlungen zur Prävention abgeleitet.

Zunächst gibt Kap. 4.1 einen Überblick über den Rettungsdienst in Deutschland. Die sich daraus ergebenden psychischen Belastungen für die Mitarbeitenden werden in Kap. 4.2 erläutert. Welche Präventionsmaßnahmen im Rettungsdienst wie umgesetzt werden müssen, damit sie erfolgreich sind, wird im Anschluss an die Befragungsergebnisse (Kap. 4.3) in Kap. 4.4 erläutert.

## **4.1 Hintergründe zum Rettungsdienst in Deutschland**

Der Rettungsdienst in Deutschland schließt die Notfallrettung sowie den Krankentransport von Patientinnen und Patienten ein. Die Aufgaben umfassen u. a. die Durchführung lebensrettender Maßnahmen, die Herstellung der Transportfähigkeit sowie die fachgerechte Betreuung während der Beförderung in eine weiterbehandelnde Einrichtung. Dabei ist die Durchführung des Rettungsdienstes auf Länderebene individuell geregelt (vgl. Deutscher Bundestag, 2016, S. 5).

Im Rettungsdienst werden Mitarbeitende mit unterschiedlichen Qualifikationen beschäftigt. Der Notfallsanitäter stellt dabei die Person mit der höchsten nicht ärztlichen Qualifikation dar. Diese Qualifikation wurde bis zur Einführung des Notfallsanitäters am 01.01.2014 dem Rettungsassistenten zugeschrieben. Rettungsassistenten können sich bis Ende des Jahres 2020 durch eine Ergänzungsprüfung zu Notfallsanitätern weiterqualifizieren. Des Weiteren werden Rettungssanitäter und Rettungshelfer beschäf-

tigt. Rettungssanitäter werden gemäß § 9 Abs. 1 RDG BW als Fahrer und zweite fachlich geeignete Person im Rettungswagen eingesetzt. Die Einsatzkoordinierung des Rettungsdienstes wird durch Leitstellendisponenten übernommen.

Arbeiteten im Jahr 2012 bundesweit ca. 50.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Rettungsdienst, waren es im Jahr 2017 bereits 70.000. Der Anteil der weiblichen Rettungsdienstmitarbeiterinnen blieb in diesem Zeitraum stabil bei ca. 25 % (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2019).

## 4.2 Psychische Belastungen und Fehlbeanspruchungen im Rettungsdienst

Psychische Belastungen sind neutrale äußere Einflüsse, die auf die Psyche wirken. Abhängig von Art, Stärke und Dauer der Belastung sowie individuellen Persönlichkeitsmerkmalen, Verhaltensweisen und den einer Person zur Verfügung stehenden (Bewältigungs-)Ressourcen, entsteht aus der psychischen Belastung kurzfristig eine erwünschte oder beeinträchtigende psychische Beanspruchung. Die kurzfristige beeinträchtigende Beanspruchung wird auch als Fehlbeanspruchung bezeichnet. Hierzu zählen beispielsweise psychische Ermüdung sowie Stressreaktionen. Aus diesen können sich in weiterer Folge manifestierte psychische und psychosomatische Störungen wie beispielsweise ein Burnout-Syndrom entwickeln (vgl. Joiko et al., 2010, S. 7 ff.).

Psychische Belastungen im Rettungsdienst ergeben sich aus den Tätigkeiten im Einsatz und auf der Wache sowie aus organisatorischen, sozialen und berufspolitischen Rahmenbedingungen, die im Folgenden näher beleuchtet werden.

### 4.2.1 Tätigkeitsbezogene Belastungen

Die tätigkeitsbezogenen Belastungen schließen alle Bereiche ein, in welchen die Rettungsdienstmitarbeitenden ihre Dienstzeit verbringen. Neben den Einsätzen betrifft dies auch die Zeit auf der Wache. Je nach Einsatzfrequenz kann die tätigkeitsfreie Bereitschaftszeit auf der Wache bis zu

70 % der Anwesenheitszeit beanspruchen (vgl. Karutz/Blank-Gorki, 2015, S. 356). Insbesondere jene auf der Rettungswache zu erledigenden Aufgaben unterfordern die Mitarbeitenden zumeist und führen zu Frustration und Langeweile (vgl. Karutz et al., 2013, S. 205).

Im Gegensatz dazu kommt es zu qualitativer oder quantitativer Überforderung, wenn die Mitarbeitenden fachlich einer Aufgabe nicht gewachsen sind bzw. im Dienst oder Einsatz Zeitdruck entsteht (vgl. Bengel/Heinrichs, 2004, S. 28 f.). Da Zeitpunkt und Grund für den nächsten Einsatz unbekannt sind, werden die Mitarbeitenden durch Anspannung und Ungewissheit belastet (vgl. Karutz et al., 2013, S. 205). Fahrten mit Sonder- und Wegerechten, die Verhältnisse am Einsatzort (z. B. ungebundene Zuschauer, schlechte Lichtverhältnisse, schwierige Erreichbarkeit), Informationsmangel oder -überfluss und die Verantwortung für die Gesundheit und das Leben der Patientinnen und Patienten stellen weitere Belastungsfaktoren dar (vgl. Karutz/Blank-Gorki, 2015, S. 358; Bengel/Heinrichs, 2004, S. 26 ff.).

Der Alltag im Rettungsdienst ist zusätzlich geprägt von der Zusammenarbeit mit anderen Institutionen, wie z. B. Rettungsdienst beim Patienten, Leitstelle, Kliniken, Praxen, Feuerwehr. Probleme an diesen Schnittstellen belasten die Arbeit der Mitarbeitenden (vgl. Hering/Beerlage, 2004, S. 418).

Darüber hinaus gibt es Einsätze, die aufgrund ihrer Charakteristik als besonders belastend gelten und sich so von alltäglichen Einsätzen unterscheiden. Hierzu gehören etwa Unfälle, in welchen Kinder oder Kollegen schwerverletzt oder getötet wurden, Mitarbeitende einen persönlichen Bezug zum Patienten herstellen oder extreme Handlungsunfähigkeit erleben, viele Betroffene versorgt werden müssen oder Einsätze mit besonders tragischem Verlauf (vgl. Bergner, 2018, S. 193; Karutz/Blank-Gorki, 2015, S. 359; Hering/Beerlage, 2004, S. 415).

#### **4.2.2 Arbeitsorganisationsbezogene Belastungen**

Die Arbeit im Rettungsdienst findet im Schichtdienst statt. Durch den Bereitschaftszeitanteil sind 12- bis 24-Stunden-Dienste möglich. Hierbei werden insbesondere hohe Wochenarbeitszeiten, kurzfristig vorgenom-

mene Dienstplanänderungen sowie Mehrarbeit als belastend wahrgenommen. Hinzu kommen die Belastungen der Schichtarbeit, wie z. B. Schlafstörungen, welche wiederum psychische und kognitive Fähigkeiten beeinträchtigen.

Häufig werden Tätigkeiten auf der Wache durch Einsätze unterbrochen, wodurch sich nach jedem Einsatz wieder neu in die Aufgabe eingearbeitet werden muss und sich die Beendigung in die Länge zieht. Um die Wahrscheinlichkeit der Aufgabenbewältigung zu erhöhen, wird die Arbeit unter Zeitdruck ausgeführt, da die Mitarbeitenden nie wissen, wie viel Zeit für die Erledigung jener Aufgaben vor der nächsten Alarmierung zur Verfügung steht. Jene Unterbrechungen der Arbeit können ein Stressempfinden auslösen und als belastend wirken.

Regulationshindernisse (z. B. als unsinnig empfundene Regelungen), Banalbelastungen (z. B. abgetragene Dienstkleidung), aber auch schlecht ausgestattete oder zu kleine Räumlichkeiten gelten zudem als erschwerend hinzukommende Aspekte für Rettungsdienstmitarbeitende (vgl. Karutz/Blank-Gorki, 2015, S. 357; Karutz et al., 2013, S. 205 f.; Bengel/Heinrichs, 2004, S. 31).

### 4.2.3 Soziale und berufspolitische Belastungen

Das Verhalten von Kollegen und Vorgesetzten kann belastend auf Mitarbeitende wirken, insbesondere der Umgang mit Fehlern und Schwächen im Kollegenkreis und durch die Vorgesetzten. Konflikte mit Kollegen und/oder Vorgesetzten können ebenfalls eine psychische Belastung außerhalb der Einsatzfähigkeit darstellen.

Um sich selbst nicht auszugrenzen, übernehmen Rettungsdienstmitarbeitende häufig Verhaltensweisen, die sie eigentlich ablehnen, wie z. B. das Rauchen von Zigaretten in Dienstpausen. Auch dieser Gruppendruck sowie mangelnde Anerkennung und Wertschätzung können eine Belastung darstellen (vgl. Karutz et al., 2013, S. 205).

Trotz Weiterbildungen sind die beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten im Rettungsdienst durch flache Hierarchien sehr begrenzt. Dies wirkt ebenso belastend wie die derzeitige Handhabung mit Rettungsassistenten, welche

sich zum Notfallsanitäter weiterqualifizieren müssen, um auch zukünftig im gleichen Verantwortungsumfang arbeiten zu können (vgl. Kap. 4.1).

Die beschriebenen psychischen Belastungen werden von jedem Mitarbeitenden unterschiedlich wahrgenommen. Dennoch ist zu konstatieren, dass Menschen eine Situation als belastend bewerten, wenn diese von Unkontrollierbarkeit, Unvorhersagbarkeit, Mehrdeutigkeit und/oder Antizipation negativer Konsequenzen geprägt ist. Jene vier Kriterien treffen alle auf das Tätigkeitsfeld im Rettungsdienst zu (vgl. Bengel/Heinrichs, 2004, S. 26 ff.).

Die Befragungsergebnisse der durchgeführten Onlineumfrage, welche im folgenden Kapitel vorgestellt werden, verdeutlichen die derzeitige psychische Fehlbeanspruchung der Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeiter in Deutschland.

### **4.3 Status quo psychischer Fehlbeanspruchungen und Belastungssymptome**

Die Höhe der Prävalenz psychischer Fehlbeanspruchung bei Rettungsdienst- und Leitstellenmitarbeitenden in Deutschland stellt ein wichtiges Kriterium für die Notwendigkeit und Art entsprechender Präventionsmaßnahmen dar. Um einen aktuellen Eindruck der Beanspruchungssituation im Rettungsdienst und eventuell vorliegender psychischer Fehlbeanspruchungssymptome zu erlangen, wurde über einen Zeitraum von drei Wochen (18.09.2018–08.10.2018) eine Online-Befragung mittels Burnout-Mobbing-Inventar (BMI) durchgeführt (vgl. Satow, 2018). Der standardisierte Fragebogen wurde um soziodemografische Fragen und Fragen zur Berufstätigkeit ergänzt, um zielgruppenspezifische Aspekte bei der Ableitung von präventiven Handlungsempfehlungen stärker berücksichtigen zu können.

Die Stichprobe ( $n = 733$ ) ist repräsentativ und umfasst etwa 1 % der rund 70.000 Rettungsdienstmitarbeitenden in Deutschland (Stand: 2017) (vgl. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2019).

Die Geschlechterverteilung innerhalb der Stichprobe entspricht der bereits beschriebenen Verteilung für alle Rettungsdienstmitarbeitenden in

Deutschland mit einem weiblichen Anteil von 25 % der Befragten. 87 % arbeiten in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis. Im Mittel sind die Befragten 33 Jahre alt. 39 % der Befragten haben eine Berufserfahrung zwischen 0 und 5 Jahren, weitere 33 % zwischen 6 und 15 Jahren. Je höher Alter und Berufserfahrung, desto geringer ist der Anteil der Teilnehmenden an der Grundgesamtheit. Eine rettungsdienstliche Qualifikation üben 90 % der Befragten aus, die anderen 10 % arbeiten als Leitstellendisponentinnen und -disponenten. Disponenten, Notfallsanitäter und Rettungsassistenten sind im Mittel deutlich älter und berufserfahrener als Rettungsassistenten und Rettungshelfer.

#### 4.3.1 Prävalenzen psychischer Belastungen und Fehlbeanspruchungen

Für die Erhebung der Prävalenz wird der BMI verwendet, welcher die Skalenwerte Burnout, Boreout, Mobbing, Motivationsverlust und Belastungssymptome erfasst. Ein Wert von 2,5 entspricht hierbei dem Grenzwert, ab welchem ungünstige Antworten überwiegen; Werte oberhalb von 3,31 gelten als hoch (vgl. Satow, 2013).

In der Gesamtstichprobe ( $n = 733$ ) weisen 25 % einen **Burnout-Wert** oberhalb von 2,5 auf; vier Prozentpunkte davon belegen einen Wert oberhalb von 3,31.

In der Dimension **Boreout** besitzen 14 % einen Wert oberhalb von 2,5; Werte, die oberhalb von 3,31 liegen, belaufen sich auf 2 % der Befragten.

97 % der Stichprobe haben bei der Dimension **Mobbing** einen Skalenwert von 2,5 oder darunter. Nur 1 % weisen Werte oberhalb von 3,31 auf.

Von **Motivationsverlust** und **Belastungssymptomen** sind jeweils 15 % der Befragten betroffen (Wert  $> 2,5$ ). Hohe Werte über 3,31 weisen 4 % (bei Motivationsverlust) bzw. 3 % (bei Belastungssymptomen) der Befragten auf (vgl. Abb. 4.1).



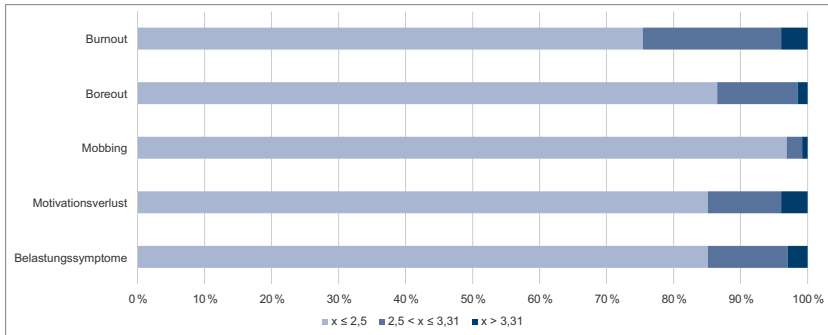


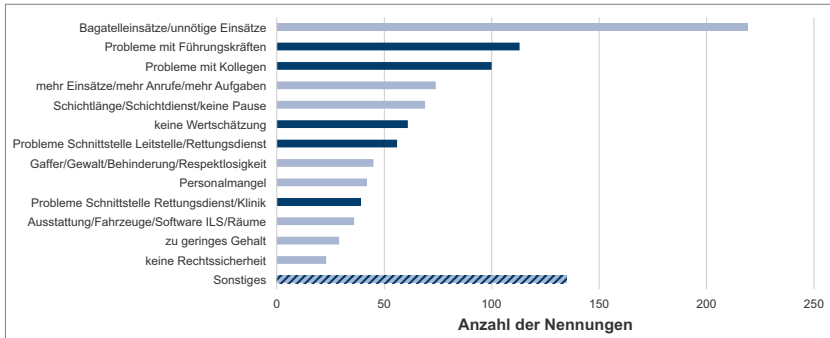
Abb. 4.1: Übersicht der Skalenwertgruppen (n = 733)

Die für die drei Belastungsprobleme und zwei Folgedimensionen gruppierte Analyse zeigt, dass bei 5,6 % der Befragten mindestens einer der Skalenwerte für Burnout, Boreout oder Mobbing oberhalb von 3,31 liegt. Bei weiteren 27,7 % liegt mindestens einer der drei Werte über 2,5. An mindestens einer der beiden Belastungsfolgen leiden 6,0 % der Befragten, weitere 17,1 % weisen eine entsprechende Tendenz auf. Diese Werte zeigen, dass sich nicht aus jedem Belastungsproblem (insgesamt ca. 33 %) direkte Belastungsfolgen (insgesamt ca. 23 %) ergeben.

Für die fünf Skalen ergeben sich folgende Korrelationen (berechnet nach Pearson, Interpretation vgl. Döring/Bortz, 2016, S. 820): Zwischen den Dimensionen „Burnout“ und „Belastungssymptome“ besteht ein starker positiver Zusammenhang ( $r = .6235$ ), ebenso wie zwischen Boreout und Motivationsverlust ( $r = .6105$ ). Auch die anderen Dimensionen zeigen einen mittleren bis starken Zusammenhang. Ausnahme ist die Korrelation zwischen Burnout und Boreout, wobei diese durch die positive Ausprägung auffällt ( $r = .1857$ ).

Im Zuge der durchgeführten Onlinebefragung wurde den Befragten folgende offene Frage gestellt: „Wenn Sie an Ihre Arbeit im Rettungsdienst/der Leitstelle denken – was ärgert Sie, was nervt Sie, was belastet Sie psychisch negativ?“ (vgl. Abb. 4.2). Die Antworten der Teilnehmenden verdeutlichen, dass die größten Ärgernisse aufgrund von Bagatelleinsätzen und unnötigen Einsätzen entstehen. Zusätzlich zeigt sich jedoch auch eine Vielfältigkeit der Belastungsfaktoren im Rettungsdienst. Zum Teil können

diese den Organisationsressourcen zugeordnet und somit durch die Verantwortlichen direkt beeinflusst werden (in Abb. 4.2 dunkelblau markiert).



**Abb. 4.2:** Belastungsfaktoren (Mehrfachnennungen sind möglich, n = 1041)

Anhand der erhobenen soziodemografischen Daten wurden weitere Analysen nach zielgruppenspezifischen Aspekten durchgeführt, welche im folgenden Kapitel dargelegt werden.

### 4.3.2 Analyse psychischer Belastungen und Fehlbeanspruchungen nach zielgruppenspezifischen Aspekten

Die Betrachtung der Umfrageergebnisse anhand soziodemografischer Merkmale lässt diverse Unterschiede erkennen. Diese sollten für die erfolgreiche Implementierung von Präventionsmaßnahmen berücksichtigt werden.

### 4.3.3 Übergreifende genderspezifische Unterschiede

Der Vergleich der Skalenwerte nach dem Geschlecht bzw. zwischen Männern (n = 548, 75 %) und Frauen (n = 185, 25 %) zeigt vor allem in der Folgedimension „Motivationsverlust“ einen deutlichen Unterschied. Hier weisen 5 % der Männer, aber nur 1 % der Frauen einen hohen Wert über 3,31 auf (vgl. Abb. 4.3).

Eine Differenzierung der Qualifikation (z. B. Rettungsanitäter, Notfallsanitäter, Disponent) und der Berufserfahrung nach Geschlecht zeigt,

dass der Anteil der Männer mit steigender Erfahrung und Qualifikation zunimmt. Langjährige Berufserfahrung kann ebenso als Ursache für Motivationsverlust genannt werden, wie auch nicht erfüllte Erwartungen im Berufsumfeld Rettungsdienst (z. B. unterfordernde Einsätze).

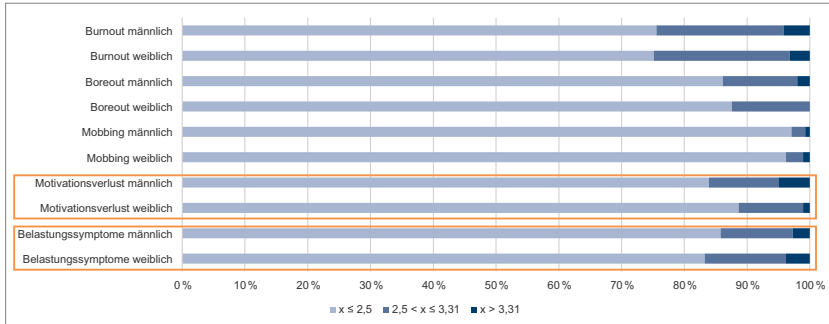


Abb. 4.3: Skalenwerte nach Geschlecht

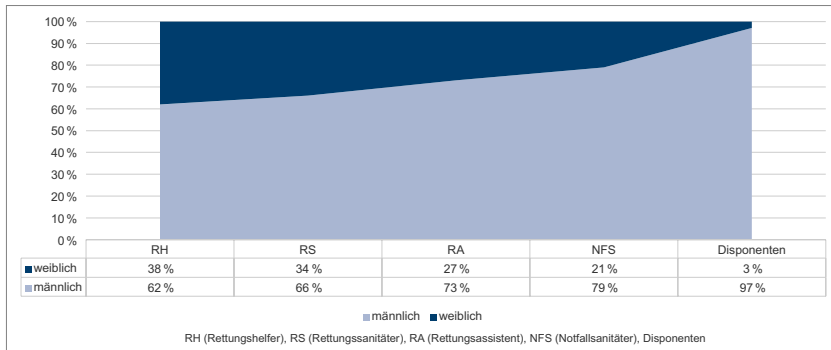
Auch bei der Folgedimension „Belastungssymptome“ ist ein Unterschied zwischen Männern (14 % > 2,5) und Frauen (17 % > 2,5) ersichtlich, während sich die drei Belastungsproblemdimensionen auf vergleichbarem Niveau bewegen. Es lässt sich festhalten, dass bei vergleichbar erlebter Belastungsproblematik Männer eher als Frauen mit einem Motivationsverlust reagieren, Frauen hingegen etwas häufiger Belastungssymptome als Folge aufweisen. Weitere Auswertungen zeigen jedoch auch, dass nicht das Geschlecht allein ursächlich ist. Es ist zu berücksichtigen, dass die Umfrageteilnehmenden mit höherem Alter und längerer Berufserfahrung überwiegend männlich sind.

#### 4.3.4 Unterschiede in Abhängigkeit der beruflichen Qualifikation und derzeitigen Tätigkeit

Im Rettungsdienst werden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit unterschiedlichen Qualifikationen eingesetzt (vgl. Kap. 4.1). Differenziert man die Stichprobe anhand der fünf möglichen Qualifikationen, lassen sich Rettungshelfer (RH, n = 13), Rettungssanitäter (RS, n = 233), Rettungsassistenten (RA, n = 180) und Notfallsanitäter (NFS, n = 234) zum Tätigkeitsbereich

mit direktem Patientenkontakt („Fahrdienst“) zusammenfassen. Die Disponenten (n = 73) finden sich im Tätigkeitsbereich „Leitstelle“ wieder.

Je höher – im Falle des Disponenten: fachspezifischer – die Qualifikation, desto größer fällt der Anteil der Männer am jeweilig ausgeübten Berufsbild aus (vgl. Abb. 4.4).



**Abb. 4.4:** Geschlechterverteilung nach Qualifikation

Vergleicht man die Skalenwerte des Fahrdienstes mit denen der Leitstelle, wird deutlich, dass der Burnout-Wert der Disponenten (45 % über 2,5, davon 7 Prozentpunkte über 3,31) deutlich über dem zusammengefassten Wert der Kollegen mit direktem Patientenkontakt (22 % über 2,5, davon 4 Prozentpunkte über 3,31) liegt.

Auch in den Folgedimensionen „Motivationsverlust“ und „Belastungssymptome“ lassen sich Unterschiede zwischen den Tätigkeitsbereichen erkennen. Während in der Folgedimension „Motivationsverlust“ die Befragten der Leitstelle mit 22 % über dem Grenzwert 2,5 liegen und mit 5 Prozentpunkten über 3,31, belaufen sich die Werte des Fahrdienstes auf 14 % über 2,5 und 4 Prozentpunkte über 3,31. In der Dimension Belastungssymptome weisen in der Leitstelle 19 % der Befragten Werte über 2,5 auf (1 Prozentpunkt über 3,31), bei dem Bereich des Fahrdienstes belaufen sich diese auf 14 % (3 Prozentpunkte über 3,31) (vgl. Abb. 4.5).

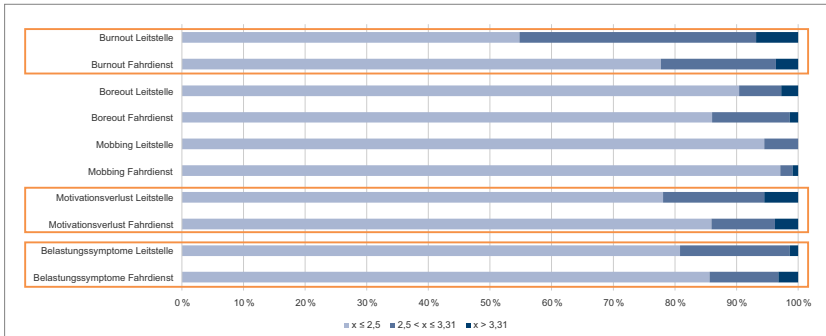


Abb. 4.5: Skalenwerte nach Qualifikation

Die genannten Unterschiede zwischen den Tätigkeitsbereichen lassen sich nicht durch das Geschlecht begründen, sondern vielmehr hat die zunehmende Berufserfahrung eine Auswirkung auf die Belastungssituation und deren Folgen, wie die folgenden Ausführungen zeigen werden.

#### 4.3.5 Altersspezifische Unterschiede

Die lineare Trendentwicklung der Skalenwerte in Abhängigkeit vom Alter zeigt, dass die Mittelwerte von Burnout und Demotivation mit zunehmendem Alter deutlich ansteigen. Auch der Mittelwert von Mobbing nimmt zu, während sich der Boreout-Wert als einziger mit zunehmendem Alter verringert. Der Mittelwert der Belastungssymptome ist gleichbleibend (vgl. Abb. 4.6).

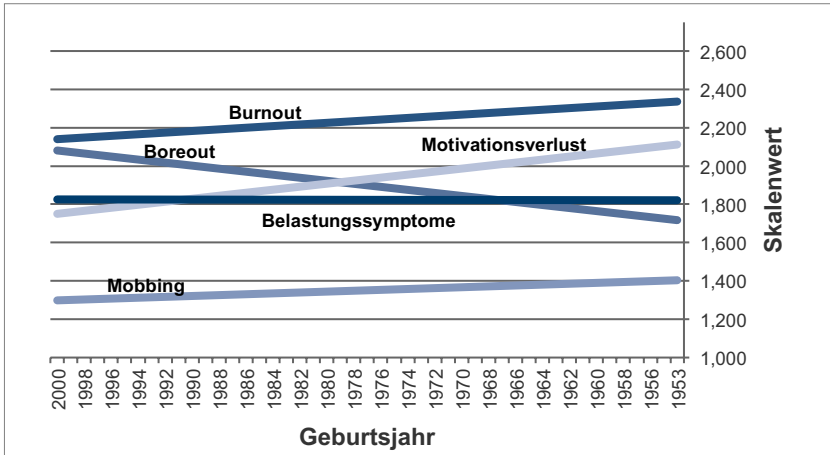


Abb. 4.6: Entwicklung (Trendlinie linear) der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit vom Alter

### 4.3.6 Unterschiede in Abhängigkeit der Berufserfahrung

Werden die Erhebungsergebnisse nach den Jahren der Berufserfahrung untersucht, so wird deutlich, dass der Anteil der Männer mit zunehmender Berufserfahrung stetig ansteigt (vgl. Abb. 4.7).

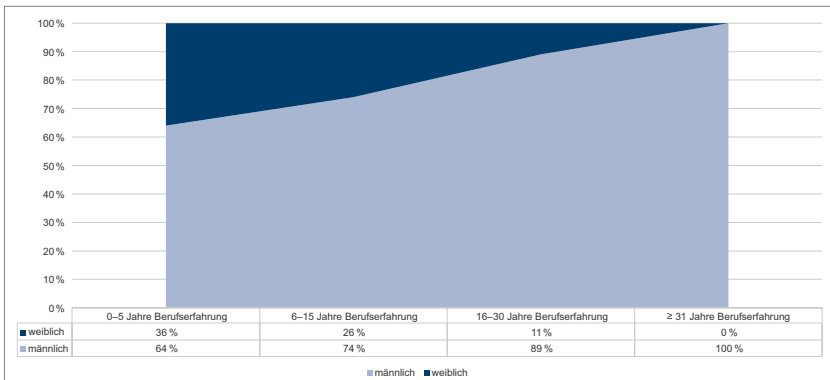


Abb. 4.7: Genderverteilung nach Berufserfahrung

Ebenso steigen der Burnout-Wert sowie die Folgenskalenwerte für Motivationsverlust und Belastungssymptome über die ersten 30 Jahre der Be-

rufserfahrung an. Einzig die Werte des Motivationsverlusts und der Belastungssymptome steigen auch bei über 30-jähriger Berufserfahrung weiter an. Bei den Skalenwerten Mobbing und Boreout können keine eindeutigen Tendenzen hinsichtlich der Berufserfahrung festgestellt werden (vgl. Abb. 4.8).

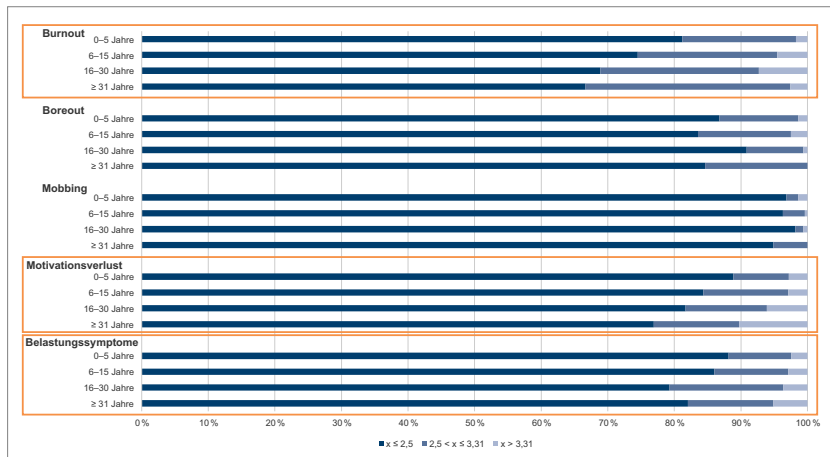


Abb. 4.8: Skalenwerte nach Berufserfahrung

Die Auswertungen zeigen, dass geschlechtsunabhängig vor allem das steigende Alter und die zunehmende Berufserfahrung eine Rolle bei der Wahrnehmung psychischer Belastung spielen. Ein besonderes Augenmerk gilt hierbei den Leitstellendisponentinnen und -disponenten, die sich vor allem durch ein höheres Durchschnittsalter insgesamt (ca. 39 Jahre zu durchschnittlich 33 Jahren im „Fahrdienst“) und langjährige Berufserfahrung charakterisieren lassen.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass alle Rettungsdienstmitarbeitende diversen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Die Schutzfaktoren, die beeinflussen, ob aus einer psychischen Belastung eine gewünschte oder beeinträchtigende Beanspruchung wird, spielen demnach eine zentrale Rolle und müssen durch Präventionsmaßnahmen gestärkt werden.

## 4.4 Prävention und Handlungsempfehlungen für den Rettungsdienst

Angesichts der beschriebenen Befunde sollten Präventionsmaßnahmen im Rettungsdienst verhaltens- und verhältnisorientiert ausgerichtet werden. Für eine erfolgreiche Umsetzung sind außerdem Zielgruppenbezug, Multiplikatoren, niederschwellige Arbeitsweise, umfassende Partizipation, gelebtes Qualitätsmanagement, Empowerment der Mitarbeiterinnen und -mitarbeiter, ein günstiges Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis, Nachhaltigkeit, Settingbezug und eine schlüssige Konzeption erforderlich (vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit, 2017).

Der Motivationsverlust bei männlichen Rettungsdienstmitarbeitern kann durch die klare Vermittlung des zu erwartenden Berufsalltags präveniert werden (vgl. Karutz et al., 2013, S. 208). Werden die Erwartungen an den Arbeitsalltag bereits bei der Einstellung und Ausbildung der Mitarbeitenden an die Realität angepasst, kommt es später zu weniger Enttäuschung und der Motivationsverlust ist geringer. Der Anteil der männlichen Mitarbeiter nimmt mit steigender Berufserfahrung und zunehmendem Alter zu. Auch diese beiden Faktoren spielen beim Motivationsverlust eine maßgebliche Rolle. Kontinuierliche Fort- und Weiterbildung, berufliche Aufstiegsmöglichkeiten, ein angenehmes Organisationsklima sowie Wertschätzung durch Vorgesetzte, Kollegen, Patienten und die Öffentlichkeit können dazu beitragen, den im Lauf der Jahre eintretenden Motivationsverlust zu vermeiden. Auch die Burnout-Werte steigen im Lauf der Lebens- und Berufserfahrungsjahre an. Durch diverse verhaltenspräventive Maßnahmen – z. B. Erlernen von Strategien zur positiven Stressbewältigung, Erhöhen der Stresskompetenz, Vermeiden von Überforderung durch Schulungen und Training, Nutzen von Leitfäden und Handlungsalgorithmen, Aufbau und Pflege eines sozialen Netzwerks, aktive und sinnvolle Gestaltung der Bereitschaftszeit – und verhältnispräventive Maßnahmen – z. B. Schichtplanung, Teambuilding, Transparenz, Mitbestimmung, Erhöhen der Aufenthaltsqualität –, die ab Eintritt in den Rettungsdienst umgesetzt werden sollten, kann das Auftreten von Burnout-Komponenten verhindert werden.



Im aktiven Berufsalltag sind die Mitarbeitenden vielen psychischen Belastungen ausgesetzt. Hier können sekundärpräventive Maßnahmen wie Erfahrungsaustausch, Supervision, Entspannungstechniken oder Einsatzbegleitung und -nachbesprechung umgesetzt werden (vgl. Steinitz et al., 2014; Karutz et al., 2013, S. 207 ff.; Darius/Böckelmann, 2012, S. 194; Hering/Beerlage, 2004, S. 415 ff.; Flatten et al., 2003, S. 269; Reinhard/Maercker, 2003, S. 3).

## 4.5 Fazit

Die vorgestellten Befragungsergebnisse zeigen, dass bei Rettungsdienstmitarbeiterinnen und -mitarbeitern verschiedene Aspekte psychischer Fehlbeanspruchung vorliegen. Dennoch ist zusätzlich ersichtlich, dass ein Großteil der Mitarbeitenden im Rettungsdienst ohne entsprechende negative Auswirkungen seiner Arbeit nachgehen kann. Bei der Betrachtung einzelner Subgruppen wurde deutlich, dass die psychische Fehlbeanspruchung zunehmend bei älteren Mitarbeitenden mit langjähriger Berufserfahrung auftritt. Diese beiden Merkmale treffen häufiger auf Disponenten in Leitstellen zu als auf die Kollegen, die direkt beim Patienten im Fahrdienst arbeiten. Da alle Mitarbeitende grundsätzlich vergleichbaren Rahmenbedingungen und Belastungssituationen ausgesetzt sind, haben die persönlichen Ressourcen einen maßgeblichen Einfluss auf den individuellen Umgang mit diesen. Die Konsequenzen aus psychischen Fehlbeanspruchungen haben sowohl für die Mitarbeitenden als auch für die Arbeitgebenden weitreichende Konsequenzen. Beide Seiten sollten ein grundlegendes Interesse an einer erfolgreichen Implementierung von Maßnahmen zur Prävention psychischer Fehlbeanspruchungen im Rettungsdienst aufweisen.

## Literatur

- Bengel, J./Heinrichs, M. (2004). *Psychische Belastungen des Rettungspersonals*. In: Bengel, J. (Hrsg.): *Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst*. Mit 12 Tabellen. Berlin: Springer, S. 25–43.

- Bergner, T. (2018). *Belastungen in der Notfallmedizin*. *Notfall & Rettungsmedizin*, 21 (3), S. 192–198.
- Darius, S./Böckelmann, I. (2012). *Psychische Belastungen und mögliche Prävention bei Polizeibeamten*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 7 (3), S. 190–195.
- Deutscher Bundestag (2016). *Organisation der Notfallversorgung in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung des Rettungsdienstes und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes*. <https://www.bundestag.de/resource/blob/408406/0e3ec79bfb78d7dde0c659a2be0927ca/wd-9-105-14%E2%80%93pdf-data.pdf> (18.09.2019).
- Döring, N./Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Fehn, K. (2017). *Analgesie mit opioidhaltigen Arzneimitteln durch Notfallsanitäter unter der Geltung des Notfallsanitätergesetzes*. *Medizinrecht*, 35 (6), S. 453–459.
- Flatten, G./Seiger, K./Roissant, R./Petzold, E. R. (2003). „Der hilflose Helfer“. *Notfall & Rettungsmedizin*, 6 (4), S. 265–270.
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2019). *Gesundheitspersonal in 1.000. Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Geschlecht, Einrichtung, Beruf*. [http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=Gesundheitspersonal\\_Geschlecht\\_Einrichtung\\_Beruf\\_89D](http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=Gesundheitspersonal_Geschlecht_Einrichtung_Beruf_89D) (27.12..2019).
- Hering, T./Beerlage, I. (2004). *Arbeitsbedingungen, Belastungen und Burnout im Rettungsdienst*. *Notfall & Rettungsmedizin*, 7 (6), S. 415–424.
- Joiko, K./Schmauder, M./Wolff, G. (2010). *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben*. 5. Auflage, Dortmund: Baua.
- Karutz, H./Blank-Gorki, V. (2015). *Psychische Belastungen und Bewältigungsstrategien in der präklinischen Notfallversorgung*. *Notfallmedizin up2date*, 9 (4), S. 355–374.
- Karutz, H./Overhagen, M./Stum, J. (2013). *Psychische Belastungen im Wachalltag von Rettungsdienstmitarbeitern und Feuerwehrleuten*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 8 (3), S. 204–211.
- Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2017). *Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit*. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/pdf.php?id=cd82d07635b7a783faaba0d28430f8f9> (19.11.2019).
- Reinhard, F./Maercker, A. (2003). *Sekundäre Traumatisierung, posttraumatische Belastungsstörung, Burnout und soziale Unterstützung bei medizinischem Rettungspersonal*. *Zeitschrift für medizinische Psychologie*, 12, S. 1–8.
- Satow, L. (2018). *Burnout-Mobbing-Inventar (BMI)*. <https://www.drSATOW.de/tests/burnout-mobbing-inventar/> (19.11.2019).
- Satow, L. (2013). *Burnout-Mobbing-Inventar (BMI) – Beispiel-Profil*. <https://www.drSATOW.de/tests/BMI-Beispielprofil.pdf> (19.11.2019).
- Steinitz, D./Carius-Düssel, C./Bergner, B. S./Papastefanou, G. et al. (2014). *Verbesserung des Stressmanagements von Einsatzkräften*. *Notfall & Rettungsmedizin*, 17 (5), S. 432–439.



# 5

## Stressbewältigung durch Sport als Maßnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung

ANDREA KÜHNE

Zeitdruck, Angst um den Arbeitsplatz und unangenehme Situationen mit Vorgesetzten und Kollegen können vermehrt zu psychischen Fehlbelastungen führen, die sich nicht nur negativ auf die Gesundheit der betreffenden Person, sondern auch auf die Motivation, die Arbeitsleistung und die Qualität der Arbeit auswirken können. Angesichts der steigenden Prävalenzen psychischer Erkrankungen wird der Durchführung von geeigneten Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine immer größer werdende Bedeutung beigemessen. Dass sowohl die physische Gesundheit als auch das psychische Wohlbefinden durch geeignete sportliche Aktivitäten gestärkt werden können, gilt auf wissenschaftlicher Ebene als unbestritten. Da nicht alle Sportaktivitäten für eine Umsetzung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung geeignet sind und das Erreichen von bisher sportlich inaktiver Zielgruppen eine besondere Herausforderung darstellt, sind vor der Implementierung präventiver Maßnahmen verschiedene Kriterien zu berücksichtigen – dies mit dem Ziel, eine nachhaltige Verbesserung der psychischen Gesundheit aller Mitarbeitergruppen zu erreichen. Daran angelehnt reflektiert der vorliegende Beitrag die Möglichkeiten und Grenzen der Stressreduktion durch die Integration von sportlichen Aktivitäten in die betriebliche Gesundheitsförderung.

Stress ist in aller Munde und scheint für den Großteil der Beschäftigten in der heutigen Arbeitswelt eine mit der Arbeit verbundene Begleiterscheinung zu sein (vgl. Kaluza, 2015, S. 15). Häufiger Leistungs- und Zeitdruck, verbunden mit höher werdenden Anforderungen sowie weiteren Einflussfaktoren wie z. B. die zunehmende Digitalisierung bleiben bei vielen Arbeitnehmern nicht ohne Folgen (vgl. TK, 2016a, S. 33 f.). Unternehmen können – und müssen nach dem Arbeitsschutzgesetz – dazu beitragen, dass Beschäftigte möglichst lange und gesund am Arbeitsleben

teilhaben können. Aufgabe ist es, die Leistungsfähigkeit und -bereitschaft der Beschäftigten zu erhalten bzw. zu fördern. Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) beschäftigt sich mit dem zielgerichteten und systematischen Planen und Steuern von gesundheitsbezogenen Aktivitäten in einem Unternehmen/einer Organisation. Anhand einer strukturierten Durchführung von gesundheitsförderlichen und gesundheitspräventiven Maßnahmen soll das Wohl der Mitarbeitenden gestärkt werden. Bestenfalls können so u. a. Faktoren wie Motivation, Leistungsfähigkeit und Arbeitsqualität bei den Arbeitnehmern gefördert und erhalten werden (vgl. Badura et al., 1999, S. 34). Hierfür eignet sich ein Managementansatz, der im Idealfall schrittweise aufgebaut und weiterentwickelt wird, um eine mögliche Überforderung der Organisation zu vermeiden (vgl. Faller, 2017, S. 307). Wie bei anderen Managementsystemen sollen Ziele festgelegt, Maßnahmen eruiert und entwickelt werden sowie eine Weiterentwicklung durch die Berücksichtigung von Evaluationen stattfinden (vgl. Faller, 2017, S. 297). Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), als Bestandteil des BGM, umfasst Elemente der Verhältnis- und Verhaltensprävention und bietet verschiedene Möglichkeiten, um „Arbeit zu einer Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“ (Faller, 2018, S. 284) werden zu lassen.

Aus einer von der pronova BKK im Jahr 2016 durchgeführten Onlinebefragung (n = 1.660) geht hervor, dass es nur für 65 % der Befragten Angebote zur BGF gibt. Dies deutet auf ein Ungleichgewicht zwischen Nachfrage und Angebot der Verhaltensprävention hin, da von diesen Angeboten in erster Linie die allgemeine Gesundheitsprüfung (29 %), eine Kantine mit gesundem Essen (27 %) und Augenuntersuchungen (22 %) in Anspruch genommen werden. Erst an vierter Position wird mit 18 % die Teilnahme am Betriebssport aufgeführt (vgl. pronova BKK, 2016, S. 8).

Anhand von Präventionskursen wird die individuelle verhaltensbezogene Prävention mit dem Ziel gefördert, nicht nur gesundheitsrelevante Kompetenzen zu vermitteln, sondern auch Möglichkeiten aufzuzeigen, wie das Erlernte im Alltag umgesetzt werden kann. Im Jahr 2017 förderten die Krankenkassen 1.675.008 Teilnahmen an individuellen Kursangeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention, wobei 70 % im Bereich Bewe-

gung und 26 % im Bereich der Stressbewältigung zu verzeichnen waren (vgl. GKV, 2018, S. 39). 69 % der Maßnahmen bezogen sich hierbei nicht auf spezielle (Risiko-)Zielgruppen, sondern wurden nach dem Gießkannenprinzip an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet (vgl. GKV, 2018, S. 95).

Vor diesem Hintergrund sollen auf der Grundlage des aktuellen Erkenntnisstands die Möglichkeiten und Grenzen der Stressreduktion durch die Integration von sportlichen Aktivitäten bei Mitarbeitenden im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung kritisch reflektiert werden. Zu diesem Zweck wurde eine umfangreiche Literaturrecherche zum Anlass genommen, aktuelle wissenschaftliche Befunde zur Wirksamkeit von sportlichen Aktivitäten auf Stress näher zu beleuchten, um Empfehlungen hinsichtlich geeigneter Maßnahmen innerhalb der BGF aussprechen zu können.

## 5.1 Ursachen für Stress am Arbeitsplatz

Psychische Fehlbelastungen im beruflichen Kontext treten vermehrt dann auf, wenn Mitarbeitende nicht über ausreichende Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten verfügen, um den zahlreichen und vielseitigen Anforderungen gerecht zu werden (vgl. Riechert, 2015, S. 19).

Der im Juli 2019 erschienene Psychoreport 2019 der DAK-Gesundheit zeigt die Entwicklung der psychischen Erkrankungen im Arbeitsumfeld in einer Langzeitanalyse von 1997 bis 2018 auf. Hieraus ist zu entnehmen, dass die Zunahme der Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen in diesem Zeitraum um 208 % angestiegen ist, wobei die höchste Steigerungsrate auf Reaktionen bezüglich schwerer Belastungen und Anpassungsstörungen zurückzuführen ist (vgl. DAK, 2019, S. 3 ff.). Grundsätzlich wird dabei unterschieden zwischen Belastungen aus der Arbeitsaufgabe, Belastungen aus der Arbeitsumgebung und Belastungen aus der Arbeitsorganisation (vgl. Windemuth et al., 2014, S. 4). Richter et al. sowie Litzcke und Schuh ergänzen diese Faktoren durch Belastungen aus der sozialen Situation am Arbeitsplatz (vgl. Richter et al., 2011, S. 34; Litzcke/Schuh, 2010,

S. 7). Die Tab. 5.1 liefert einen Überblick darüber, welchen potenziellen Fehlbelastungen Mitarbeitende am Arbeitsplatz ausgesetzt sein können.

**Tab. 5.1:** Potenzielle Ursachen von Fehlbelastungen am Arbeitsplatz (vgl. Reif et al., 2018, S. 8 f.)

Merkmalsbereich	Erklärung	Beispiel
<b>Arbeitsaufgabe</b>	betrifft u. a. die Vollständigkeit der Aufgabe, den Handlungsspielraum etc.	nur vorbereitende oder nur ausführende Handlungen, kein Einfluss auf Arbeitsinhalte
<b>Arbeitsumgebung</b>	betrifft u. a. physikalische und chemische Faktoren, z. B. die Arbeitsplatzgestaltung	Lärm, Gefahrstoffe, ungünstige Arbeitsräume
<b>Arbeitsorganisation</b>	betrifft u. a. die Arbeitszeit und Arbeitsabläufe	wechselnde und/oder lange Arbeitszeiten, Zeitdruck, häufige Unterbrechungen
<b>soziale Situation</b>	betrifft u. a. die Situation mit Kollegen und Vorgesetzten	Mobbing, fehlende soziale Unterstützung, fehlendes Feedback

Zusätzlich zu den in der Tab. 5.1 dargestellten Fehlbelastungen stellen für Reif et al. neue Arbeitsformen, wie beispielsweise atypische Arbeitsverhältnisse und die u. a. damit verbundene reduzierte Abgrenzung zwischen Arbeit und Privatleben, ebenfalls psychische Belastungen dar (vgl. Reif et al., 2018, S. 9). Hinzu kommen überbetriebliche Belastungen, die im Berufsleben nicht einfach „ausgeblendet“ werden können. Zum einen können dies alltägliche Stressoren mit geringerem Ausmaß sein (z. B. Stau auf dem Arbeitsweg) und zum anderen kritische Lebensereignisse (z. B. Tod eines nahen Angehörigen) (vgl. Windemuth et al., 2014, S. 349 f.). Hält Stress über einen längeren Zeitraum an, kann es zu verschiedenen Auswirkungen kommen. Diese „Beanspruchungsfolgen“ (Windemuth et al., 2014, S. 346) werden auf drei Ebenen sichtbar: der kognitiven, der emotionalen und der körperlichen Ebene. Somit kann Stress auf das Denken, Fühlen und Verhalten der Menschen einen negativen Einfluss nehmen (vgl. Windemuth et al., 2014, S. 346). Sportliche Aktivitäten können diese Auswirkungen mindern und wirksam vorbeugen.

## 5.2 Bewegung und Sport im betrieblichen Kontext

Sportangebote zur Stressbewältigung nehmen im beruflichen Kontext eine immer größer werdende Rolle ein. Laut Präventionsbericht waren im Jahr 2017 bereits 47 % der verhältnisorientierten Interventionen inhaltlich im Bereich „bewegungsfreundliche Umgebung“ angesiedelt (vgl. GKV, 2018, S. 104). Bei den verhaltensorientierten Interventionen sind bewegungsförderliches Arbeiten und körperlich aktive Beschäftigte sogar mit 77 % aller Sportangebote vertreten. Überwiegend sind bei Berufsgruppen, die bedingt durch ihren Tätigkeitsschwerpunkt über ein gewisses Level an Fitness verfügen müssen – z. B. bei der Feuerwehr –, Sportangebote vorhanden und an der Tagesordnung. Diese Sportangebote sind jedoch in der Hauptsache zur Erhaltung der notwendigen körperlichen Fitness gedacht und weniger auf die Bewältigung von Stress ausgelegt (vgl. TK, 2016b, S. 39).

Eine gezielte Intervention von Sport als Maßnahme zur Stressbewältigung ist laut Präventionsbericht der GKV nicht vorhanden. Einerseits gibt es einen großen Anteil von verhaltensbezogenen Interventionen mit der Ausrichtung im Handlungsfeld Bewegung, andererseits einen großen Anteil im Bereich Stressbewältigung/Ressourcenstärkung (vgl. GKV, 2018, S. 105). Während im Bereich Stressbewältigung eine Differenzierung zwischen den Bereichen „Stärkung psychischer Ressourcen“ und „Stressreduktion und Entspannung“ vorgenommen wird, erfolgt keine Verknüpfung der beiden Handlungsfelder Bewegung und Stress, wie z. B. Stressabbau durch sportliche Aktivitäten. Welche bewegungsspezifischen bzw. sportlichen Aktivitäten bezüglich einer erfolgreichen Stressbewältigung geeignet sind, ist nicht ersichtlich. Auch eine Selektionsmöglichkeit mehrerer präventiver Handlungsfelder für potenzielle Kursteilnehmer sieht die Präventionsdatenbank der gesetzlichen Krankenkassen aktuell nicht vor.

Dass Sport und sportliche Aktivitäten einen positiven Einfluss auf den Gesundheitszustand haben, ist unbestritten (vgl. Zacharias et al., 2016, S. 36; Gerber, 2008, S. 168). Das derzeitige Wissen bezüglich der „spezifische[n] Rolle von Sport und Bewegung bei der Entstehung bzw. Bewältigung von Stress“ (Fuchs/Gerber, 2018, S. 7) ist noch eingeschränkt.



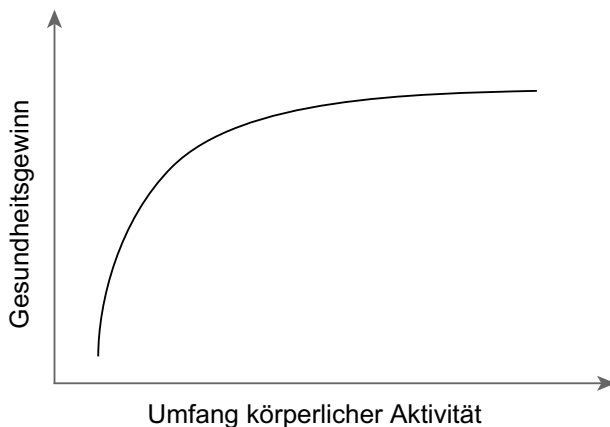
### 5.3 Körperliche Reaktionen auf Sport

In mehreren Studien wurde untersucht, wie sich Sport und körperliche Aktivitäten auf den Körper auswirken. Es gibt keinerlei Zweifel, dass Sport zu einer körperlichen Leistungssteigerung und zu einer Prävention körperlicher Erkrankungen führen kann (vgl. Brandstetter/Steinacker, 2014, S. 317; Edenfield/Blumenthal, 2011, S. 309 ff.). Ergebnisse bezüglich der spezifischen Rolle von Sport bei der Entstehung von Stress liegen derzeit jedoch nicht hinreichend vor (vgl. Gerber, 2018, S. 259 ff.). Dennoch ist zu konstatieren, dass durch Sport die Aktivität des vegetativen Nervensystems sowie die Aktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (kurz: HHNR-Achse oder Stressachse) positiv beeinflusst werden können (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018, S. 220 ff.). Durch die sportliche Aktivität können die durch Stress ausgelösten körperlichen Reaktionen abgemildert werden, da die Aktivierung der beiden Stressregulationssysteme geringer ausfällt. Dies ist bedeutend für die Vorbeugung stressbedingter Erkrankungen – z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen – sowie die Stärkung des Immunsystems. Denn während des Sporttreibens werden in Reaktion auf Bewegung stressabbauende Hormone – Endorphine, Serotonin und Dopamin – ausgeschüttet. Diese Freisetzung der Neurotransmitter hat eine gehobene Stimmung, gesteigerte Motivation sowie Glücksgefühle zur Folge (vgl. Windemuth et al., 2014, S. 317 f.). Ein biologischer Zusammenhang zwischen Sport und Stress scheint somit nachvollziehbar und wird lediglich durch unterschiedliche Messverfahren – z. B. Tierstudien mit künstlich erzeugtem Stress – sowie uneinheitliche Befunde vorliegender Studien empirisch nicht eindeutig belegt (vgl. Gerber, 2018, S. 261). Auch bezüglich der Auswirkungen von Sport auf Gehirnstrukturen und -funktionen scheint es nach Ludyga kaum Zweifel zu geben, wobei eindeutige Effekte bisher nur bei Tierversuchen nachgewiesen werden konnten (vgl. Ludyga, 2018, S. 286).

### 5.4 Stresstoleranz und Regeneration

Regelmäßige sportliche Aktivität kann das neurophysiologische Stresssystem trainieren bzw. aktivieren. Der Körper kann dadurch widerstandsfä-

higer gegenüber Stressreizen werden, sodass Stressreaktionen unter Umständen erst zu einem späteren Zeitpunkt einsetzen. Auch können sich sporttreibende Personen schneller von einem Stressreiz erholen, wobei die größte Effektstärke bei der Fokussierung von kardiovaskulären Indikatoren erreicht wird (vgl. Gerber, 2018, S. 268). Dabei kann laut „Nationaler Empfehlung für Bewegung und Bewegungsförderung“ bei untrainierten und wenig trainierten Menschen bereits eine geringe körperliche Aktivität zu einem verbesserten Wohlbefinden beitragen. Für die Erhaltung und Förderung der Gesundheit wird beispielsweise empfohlen, 150 Minuten die Woche eine aerobe körperliche Aktivität mit moderater Intensität durchzuführen (vgl. Wunsch/Gerber, 2018, S. 363). Auch bei der Studie von Hamer et al. wurden Effekte bereits bei einer geringen sportlichen Aktivität nachgewiesen (1x 20 Min. pro Woche) (vgl. Hamer et al., 2009, S. 1114). Die Abb. 5.1 zeigt den kurvlinearen Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und dem daraus angenommenen resultierenden Gesundheitsgewinn. Bereits eine geringe Steigerung der körperlichen Aktivität führt demnach zu einer gravierenden Verbesserung der Gesundheit. Mit zunehmender körperlicher Aktivität steigt der Gesundheitsgewinn langsamer an, wobei hier eine genaue Festlegung hinsichtlich des Umfangs nicht möglich ist (vgl. Rütten/Pfeifer, 2016, S. 36).



**Abb. 5.1:** Angenommene Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit (Rütten/Pfeifer, 2016, S. 36)

An genannter Studie von Hamer et al. wird jedoch kritisiert, dass im Rahmen der Forschung keine ausreichende Differenzierung bezüglich der Auswirkungen auf das Stressempfinden und der damit verbundenen Auswirkungen auf die Stresstoleranz und der Regeneration stattfindet (vgl. Rütten/Pfeifer, 2016, S. 36). Damit bleibt die Frage nach der empirischen Evidenz für die Effektstärke von körperlicher Aktivität auf die Stresstoleranz und Regeneration unbeantwortet.

## 5.5 Soziales Wohlbefinden

Neben den körperlichen und psychischen Aspekten ist die Betrachtung von sportlichen Aktivitäten auf das soziale Wohlbefinden wichtig, da auch hier Wirkungszusammenhänge entstehen können (vgl. Sudeck/Schmid, 2012, S. 61). Es zeigt sich, dass Sport und körperliche Aktivitäten innerhalb einer Gruppe zu einer Verbesserung der sozialen Unterstützung beitragen können. So kann der gemeinsam ausgeübte Sport als eine Form der sozialen Integration gewertet werden, denn durch das Aufeinandertreffen von Menschen außerhalb des Arbeitsumfelds kann es zu Freundschaften und anderen wertvollen Beziehungen kommen, die mit einer gegenseitigen Hilfestellung und/oder Unterstützung, z. B. durch Ermutigung, Trost etc., einhergehen können. Hinzu kommt das Gefühl der Gruppenzugehörigkeit (vgl. Sudeck/Schmid, 2012, S. 56 ff.). Bei organisiertem Sport, bei dem u. a. ein fester Termin einzuhalten ist und/oder Mannschaften gebildet werden, können das Erleben von gemeinsamen Erfolgen sowie die Ablenkung vom „stressigen Arbeitsleben“ zu einem psychischen Wohlbefinden führen. Zudem können die dadurch entstehende Strukturierung des Alltags und das Gefühl, sich selber etwas Gutes zu tun, das Wohlbefinden stärken (vgl. Brandstetter/Steinacker, 2014, S. 318).

## 5.6 Zusammenspiel physischer, psychischer und sozialer Auswirkungen von Sport

Häufige Erwähnung in der rezipierten Literatur fand die Stresspuffer-Hypothese, die den Puffereffekt von Sport und körperlicher Aktivität in Bezug auf die Wirksamkeit auf die physischen und psychischen Auswirkungen

von Stress beschreibt (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018, S. 209; Fuchs/Klaperski, 2012, S. 100; Gerber/Pühse, 2009, S. 801). Insgesamt wird die These vertreten, dass sich Stress negativ auf die Gesundheit auswirkt (vgl. Fuchs/Gerber, 2018, S. 6; Semmer/Zapf, 2018, S. 24). Untersuchungen zur Stresspuffer-Hypothese haben zudem ergeben, dass Personen mit einem höheren Stresslevel mehr Gesundheitsprobleme haben. Der Beitrag „Sportaktivität als Stresspuffer“ von Klaperski et al. thematisiert diese Stresspuffer-Hypothese anhand einer quer- und längsschnittlichen Analyse. Diese Untersuchungsmethode führte zu einem eindeutigeren Nachweis der Stresspufferwirkung. Zudem kann durch die Ergebnisse der Studie geschlossen werden, dass es keinen Unterschied macht, ob viel Sport getrieben wird oder nicht, wenn dauerhaft wenig Stress erlebt wird. Wird jedoch viel Stress erlebt, zeigt sich ein Unterschied zwischen den sporttreibenden und nicht sporttreibenden Personen, welcher beim seelischen Wohlbefinden zuungunsten der Letztgenannten zu verzeichnen ist. Bei den Personen, die viel Sport getrieben haben, war keine signifikante Differenz zwischen den Messzeitpunkten in dem Niveau der negativen seelischen Befindlichkeit trotz hohen Stresserlebens erkennbar. Folglich kann Sport die negativen Auswirkungen von Stress abmildern. Wie die Ergebnisse zeigen, stellen regelmäßige Sportaktivitäten gerade bei chronischem Stresserleben eine wichtige Pufferfunktion dar. Bei Personen hingegen, die dauerhaft wenig Sport treiben und ständigem Stress ausgesetzt sind, verschlechtert sich die seelische Befindlichkeit im Laufe der Zeit (vgl. Brandstetter/Steinacker, 2014, S. 316).

## 5.7 Handlungsempfehlungen

Stress braucht zur Bewältigung immer ein Gegengewicht, um der Anspannung eine Entspannung entgegenzusetzen. Ob eine Maßnahme bewusst oder intuitiv eingesetzt wird, ist hierbei nicht von Bedeutung. Welche Methoden wirksam sind, hängt sowohl von der Art des Stresses ab als auch von der individuellen Fähigkeit zu entspannen. So kann bei Personen, die beispielsweise in der Produktion einer lauten Werkshalle arbeiten, nach Feierabend Ruhe hilfreich für den Stressabbau sein, während Personen, die

in ruhiger Umgebung vor dem Bildschirm arbeiten, das Gegenteil – viel Bewegung und der Kontakt zu Menschen – zu einer Entspannung führen kann (vgl. TK, 2016a, S. 17). Dies stellt bei der Entwicklung von Sport- bzw. Bewegungsangeboten eine Herausforderung dar. Entsprechend kann Mannschafts- und Gruppensport dann positiv sein, wenn der Fokus bei der Bewältigung des Stressors „soziale Isoliertheit am Arbeitsplatz“ liegt (vgl. Fuchs/Klaperski, 2018, S. 221 f.). Positive Erfolge bei Firmenläufen (z. B. Durchhaltevermögen etc.) können mitunter zu einer Stärkung der Selbstwirksamkeit beitragen. Kognitive Effekte, die dem „Abschalten“ dienen, können durch Aktivitäten erzielt werden, die eine erhöhte Konzentration – wie z. B. beim Bogenschießen – abverlangen (vgl. Fuchs/Klaperski, 2012, S. 116). Bewegungsförderung sollte im Rahmen der BGF bestenfalls mehrere Komponenten enthalten, wobei idealerweise eine Kombination aus Verhältnis- und Verhaltensänderungen Anwendung findet (vgl. Klenke, 2016, S. 23; GKV, 2018, S. 103). So können auf Verhältnisebene gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, indem u. a. eine bewegungsförderliche Arbeitsumgebung, z. B. in Form höhenverstellbarer Tische, geschaffen wird. Auf Verhaltensebene bieten sich kombinierte Maßnahmen zur sportlichen Aktivierung und zur Steigerung der Stresskompetenz an. Auch können innerbetriebliche, professionell durchgeführte Bewegungsberatungen oder Schrittzähler mit individuellen oder kollektiven Zielen das Bewegungsverhalten positiv beeinflussen (vgl. Rütten/Pfeifer, 2016, S. 88). Auch im Rahmen von Gesundheits-Apps mit Gamification-Elementen kann gesundheitsförderliches Verhalten spielerisch gefördert werden, um Mitarbeitende mithilfe von kontinuierlichen Feedbacks bzw. Erfolgserlebnissen – z. B. Abzeichen – zu motivieren (vgl. Scherenberg, 2017, S. 42 f.; iga, 2019, S. 24). Folgende Unterstützungsmöglichkeiten können im Rahmen der betrieblichen Förderung von Sport bzw. körperlicher Aktivität umgesetzt werden:

- Unterstützung des privaten Sporttreibens, u. a. in Form von vergünstigten Tarifen beim Training in Fitnessstudios oder durch finanzielle Anreize (engl.: *incentives*) bei einem Nachweis über durchgeführte Sport- bzw. Trainingsmaßnahmen

- Unterstützung im innerbetrieblichen Bereich, z. B. durch Sportangebote für Betriebssportgruppen oder Sportmöglichkeiten im Betrieb (Fitnessraum), ggf. mit Nutzung auch während der Arbeitszeit
- Errichtung von bewegungsförderlichen Elementen/Infrastrukturen, die z. B. in Verbindung mit Nudging (zu Deutsch: sanftes Schubsen) zu einer Verbesserung des Bewegungsverhaltens führen können; Mitarbeitende können beispielsweise durch grüne Aufkleber in Form von Fußabdrücken dazu motiviert werden, anstatt des Aufzugs die Treppe zu nutzen. So findet durch eine minimale Veränderung der Verhältnisse eine Beeinflussung des Verhaltens statt. Nudging ist als ergänzende Maßnahme zu verstehen, die eine Veränderung des Verhaltens lediglich begünstigt, nicht aber dazu verpflichtet (vgl. iga, 2019, S. 16).
- Integration sinnvoller körperlicher Tätigkeiten bei monotonem oder im Sitzen stattfindendem Arbeitsalltag kann zu einer vermehrten Bewegung führen (vgl. Brandstetter/Steinacker, 2014, S. 319 f.).

Da Stressreaktionen bei jedem Menschen aufgrund von persönlichen Ressourcen und Erfahrungen unterschiedlich ausfallen, können die Auswirkungen von Sport sehr individuell sein. Vorlieben können hinsichtlich der Wahl der Sportart differieren. Auch wenn die Befunde gezeigt haben, dass sich Gruppensport positiv auf das psychische Wohlbefinden auswirken kann, ist anzumerken, dass mitunter Wettbewerbsdenken individuell als belastend empfunden werden kann. Demnach können sportliche Betätigungen auch als Stressoren wahrgenommen werden, wenn Wettkampfsituationen entstehen oder zu viel Sport ausgeübt wird und damit Stresshormone eher aufgebaut statt abgebaut werden. Die Freude an der körperlichen Aktivität sollte daher im Vordergrund stehen.

## 5.8 Fazit und kritische Betrachtung

Inwieweit sich Sport im Rahmen der Stressbewältigung und des -abbaus eignet, hängt davon ab, ob Sport das Potenzial hat, Stressreaktionen abzumildern bzw. die Stressregeneration zu fördern. Der Nachweis dieser Zu-

sammenhänge ist sehr schwer, da Menschen nicht dauerhaft einen hohen Stressreiz aushalten können (vgl. Fuchs/Gerber, 2018, S. 12).

Die ausgewerteten Studien liefern kein einheitliches Ergebnis bezüglich der Wirkungsweisen von Sport auf das Stressempfinden. Zum einen kann es an der fehlenden/uneinheitlichen Operationalisierung der Variablen Stress und Sport bzw. körperliche Aktivitäten liegen (vgl. Fuchs/Gerber, 2018, S. 12 f.; Wunsch/Gerber, 2018, S. 369), zum anderen wird teilweise nicht zwischen den verschiedenen Stressauswirkungen, Beschwerdeformen und Wohlfühlempfindungen differenziert (vgl. Fuchs/Gerber, 2018, S. 13).

Des Weiteren unterlagen die genannten Studien dem subjektiven Empfinden der teilnehmenden Personen. Es gab bezüglich der Beschwerdewahrnehmung weder einheitliche objektive Mess- und Untersuchungsmethoden – z. B. in Form einer Blutabnahme – noch objektive Angaben der Teilnehmer. Auch besteht die Problematik der Selektivität der Stichproben, da vor allem Personen an Studien teilnehmen, die sich für das Themenfeld interessieren und eventuell einen besonderen Bezug dazu haben. Zudem bleibt die Frage offen, inwiefern aus den abgeleiteten Ergebnissen/Befunden eine kausale Interpretation durchgeführt werden kann. Ein häufiges Problem bei betrieblichen Gesundheitsförderprogrammen besteht darin, dass meist die Mitarbeitenden Interesse an Präventionsinterventionen zeigen, die bereits eine gesundheitliche Verhaltensweise aufweisen (engl.: *healthy user effect*), während Mitarbeitende, die einer Risikogruppe angehören, sich eher zurückhalten (vgl. Schneider, 2011, S. 207). Hier können die Berücksichtigung von Bedürfnissen spezieller Mitarbeitergruppen und damit verbunden eine zielgruppenspezifische Gestaltung von Präventionsangeboten abhelfen. Sowohl der Verzicht auf Wettkämpfe – Firmenläufe etc. – als auch die Förderung sozialer Beziehungen („Wir-Gefühl“) können durch Ermutigung zu einer Überwindung des Präventionsdilemmas beitragen (vgl. Scherenberg, 2016, S. 3). Abschließend bleibt festzuhalten, dass negative Auswirkungen von Stress nicht allein dadurch gemindert werden sollten, indem Maßnahmen im Rahmen der BGF angeboten werden. Zusätzlich muss vielmehr bei der Ursachenbeseitigung von Hauptstressoren angesetzt werden, sodass unerwünschte negative Auswirkungen

bestenfalls ausbleiben oder zumindest auf ein Minimum reduziert werden können. Auch mithilfe eines betrieblichen Resilienz-Managements – als Bestandteil des BGM – in Form von Maßnahmen, die den einzelnen Mitarbeitenden, das Team und das Unternehmen stärken, könnte beispielsweise ein nachhaltiger Umgang mit Stressoren und den möglichen Fehlbelastungen erreicht werden (vgl. Rolfe, 2019, S. 94 f.). Die Bereitschaft von Unternehmen zur Einführung von betrieblichen Interventionen als BGF im Rahmen des BGM reicht nicht aus: Eine Maßnahme kann nachhaltig nur effektiv sein, wenn sie auf die Bedürfnisse der Zielgruppen zugeschnitten und fortlaufend angepasst wird.

## Literaturverzeichnis

- Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Rainer Bohn.
- Brandstetter, S./Steinacker, J. (2014). *Sport und körperliche Bewegung*. In: Windemuth, D./Jung, D./Petermann, O. (Hrsg.): *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf*. 2. erw. Auflage, Wiesbaden: Universum, S. 316–324.
- DAK (2019). *Psychoreport 2019. Entwicklung der psychischen Erkrankungen im Job. Langzeitanalyse: 1997–2018*. <https://www.dak.de/dak/download/190725-dak-psychoreport-pdf-2125500.pdf> (06.11.2019).
- Edenfield, T./Blumenthal, J. (2011). *Exercise and stress reduction*. In: Contrada, R./Baum, A. (Hrsg.): *The handbook of stress science*. New York: Springer, S. 301–319.
- Faller, G. (2018). *Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung/Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Deutschland. Stand und Entwicklungsbedarfe der einschlägigen Forschung*. *Gesundheitswesen*, 80 (3), S. 278–285.
- Faller, G. (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.) (2018). *Handbuch Stressregulation und Sport*. Berlin: Springer.
- Fuchs, R./Klaperski, S. (2018). *Stressregulation durch Sport und Bewegung*. In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): *Handbuch Stressregulation und Sport*. Heidelberg: Springer, S. 205–222.
- Fuchs, R./Klaperski, S. (2012). *Sportliche Aktivität und Stressregulation*. In: Fuchs, R./Schlicht, W. (Hrsg.): *Seelische Gesundheit und Sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe, S. 100–121.
- Gerber, M. (2018). *Physiologische Wirkmechanismen des Sports unter Stress*. In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): *Handbuch Stressregulation und Sport*. Berlin: Springer, S. 251–269.
- Gerber, M. (2008). *Sportliche Aktivität und Stressreaktivität: Ein Review*. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 59 (7–8), S. 168–174.



- Gerber, M./Pühse, U. (2009). *Do exercise and fitness protect against stress-induced health complaints? A review of the literature*. Scandinavian Journal of Public Health, 37, S. 801–819.
- GKV – Gesetzliche Krankenversicherung (2018). *Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung. Leistungen der sozialen Pflegeversicherung: Prävention in stationären Pflegeeinrichtungen. Berichtsjahr 2017*. GKV-Spitzenverband: Berlin.  
[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_selbsthilfe\\_beratung/praevention/praeventionsbericht/2018\\_GKV\\_MDS\\_Praeventionsbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf) (26.09.2019).
- Hamer, M./Stamatakis, E./Steptoe, A. (2009). *Dose-response relationship between physical and mental health: the Scottish Health Survey*. British Journal of Sports Medicine, 43 (14), S. 1111–1114.
- iga – Initiative Gesundheit und Arbeit (2019). *iga.Report 38. Nudging im Unternehmen. Den Weg für gesunde Entscheidungen bereiten*.  
[https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Reporte/Dokumente/iga-Report\\_38\\_Nudging\\_im\\_Unternehmen.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_38_Nudging_im_Unternehmen.pdf) (31.08.2019).
- Kaluza, G. (2015). *Stressbewältigung*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Klenke, B. (2016). *Psychische Gefährdungsbeurteilungen in deutschen Unternehmen – Anforderungen, aktueller Stand und Vorgehensweisen*. In: Ghadiri, A./Ternès, A./Peters, T. (Hrsg.): *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 17–25.
- Litzcke, S./Schuh, H. (2010). *Stress, Mobbing und Burn-out am Arbeitsplatz*. 5. aktual. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Ludyga, S. (2018). *Sportaktivität, Stress und das Gehirn*. In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): *Handbuch Stressregulation und Sport*. Berlin: Springer, S. 275–287.
- pronova BKK (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement 2016. Ergebnisse der Befragung*. [https://www.pronovabkk.de/media/downloads/presse\\_studien/studie\\_bgm\\_2016/pronovaBKK-160317-Arbeitnehmerbefragung-BGM-2016-Gesamt.pdf](https://www.pronovabkk.de/media/downloads/presse_studien/studie_bgm_2016/pronovaBKK-160317-Arbeitnehmerbefragung-BGM-2016-Gesamt.pdf) (06.11.2019).
- Reif, J./Spieß, E./Stadler, P. (2018). *Stress verstehen*. In: Reif, J./Spieß, E./Stadler, P. (Hrsg.): *Effektiver Umgang mit Stress*. Reihe: Die Wirtschaftspsychologie. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 1–12.
- Richter, P./Buruck, G./Nebel, C./Wolf, S. (2011). *Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung*. In: Bamberg, E./Ducki, A./Metz, A. (Hrsg.): *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*. Göttingen: Hogrefe, S. 25–60.
- Riechert, I. (2015). *Psychische Störungen bei Mitarbeitern. Ein Leitfaden für Führungskräfte und Personalverantwortliche – von der Prävention bis zur Wiedereingliederung*. 2. überarb. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Rolfé, M. (2019). *Positive Psychologie und organisationale Resilienz*. Springer: Berlin.
- Rütten, A./Pfeifer, K. (Hrsg.) (2016). *Nationale Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung*. Erlangen-Nürnberg: FAU.
- Scherenberg, V. (2017). *Präventionsmarketing*. Konstanz/München: UTB.

- Scherenberg, V. (2016). *Fokus verhaltenspräventive Maßnahmen: Qualitätskriterien in der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. [http://www.scherenberg-online.de/mediapool/127/1277638/data/BGM\\_WISSEN\\_APOLLON.pdf](http://www.scherenberg-online.de/mediapool/127/1277638/data/BGM_WISSEN_APOLLON.pdf) (26.09.2019).
- Schneider, C. (2011). *Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz*. Bern: Hogrefe.
- Semmer, N./Zapf, D. (2018). *Theorien der Stressentstehung und -bewältigung*. In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): *Handbuch Stressregulation und Sport*. Berlin: Springer, S. 23–50.
- Sudeck, G./Schmid, J. (2012). *Sportaktivität und soziales Wohlbefinden*. In: Fuchs, R./Schlicht, W. (Hrsg.): *Seelische Gesundheit und sportliche Aktivität*. Göttingen: Hogrefe, S. 56–77.
- TK – Techniker Krankenkasse (2016a). *Entspann dich, Deutschland. TK-Stressstudie 2016*. <https://www.tk.de/resource/blob/2026630/9154e4c71766c410dc859916aa798217/tk-stressstudie-2016-data.pdf> (06.11.2019).
- TK – Techniker Krankenkasse (2016b). *Beweg Dich, Deutschland. TK-Bewegungsstudie 2016*. Hamburg. <https://www.tk.de/resource/blob/2033598/9f2d920e270b7034df3239cbf1c2a1eb/beweg-dich-deutschland-data.pdf> (09.01.2020).
- Windemuth, D./Jung, D./Petermann, O. (Hrsg.) (2014). *Praxishandbuch psychische Belastungen im Beruf*. 2. erw. Auflage, Wiesbaden: Universum.
- Wunsch, K./Gerber, M. (2018). *Sportaktivität, Stress und Burnout*. In: Fuchs, R./Gerber, M. (Hrsg.): *Handbuch Stressregulation und Sport*. Berlin: Springer, S. 343–370.
- Zacharias, C./Stüber, S./Ioele, G./Züllighofen, C. (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement im Spannungsfeld neuer Arbeitsformen*. In: Ghadiri, A./Ternès, A./Peters, T. (Hrsg.): *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 27–42.



# 6

## **Betriebliche Gesundheitsförderung: Verhaltensspezifische Präferenzen von Pflegekräften der Generationen X und Y**

ANDREA CONNELLY-BURSCHEID

Pflegefachkräftemangel, der demografische Wandel sowie die Veränderung von Werten zwingen Unternehmen dazu, verstärkt gesundheitsfördernde Konzepte umzusetzen, um ihre Attraktivität als Arbeitgeber zu steigern. Es gilt, sowohl die Gesundheit und Motivation der bestehenden Belegschaft zu erhalten als auch die Akquise von neuen Mitarbeitenden zu sichern. Eine Möglichkeit der Steigerung der Attraktivität ist die Einführung von verhaltenspräventiven Maßnahmen. Eine Analyse von Präferenzen der verschiedenen Generationen und die Anwendung gewonnener Erkenntnisse erhöhen die Effizienz dieser Maßnahmen signifikant. Der vorliegende Beitrag gibt zunächst einen Überblick über die Herausforderungen in der Pflege. Auf der Grundlage einer hierfür durchgeführten Meinungsumfrage und eines Vergleichs mit weiteren Studienergebnissen zeigen sich die Präferenzen der Generationen X und Y hinsichtlich verhaltenspräventiver Angebote. Daraus leiten sich Handlungsempfehlungen ab, die die Arbeitgeberattraktivität nachhaltig verbessern können.

Die Bundesagentur für Arbeit beobachtete 2017 Engpässe bei Pflegefachkräften sowohl in der Altenpflege als auch in der Gesundheits- und Krankenpflege. Bei examinierten Altenpflegefachkräften beträgt die Vakanzzeit von Stellenangeboten 171 Tage (67 % über dem Durchschnitt). Bei der Gesundheits- und Krankenpflege sind die Stellen 146 Tage vakant (43 % über dem Durchschnitt) (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2018, S. 12 f.). Qualifizierte Arbeitnehmende haben somit die Möglichkeit, sich das Unternehmen, in welchem sie arbeiten möchten, auszusuchen. Aus diesem Grund müssen Unternehmen umdenken und zusätzliche Personalmarketingmaßnahmen kreieren, um zukünftig wettbewerbsfähig zu bleiben.

Eine weitere Schwierigkeit für die Akquise und Bindung von Mitarbeitenden stellt der Wertewandel innerhalb der Gesellschaft dar, von einem „Leben für die Arbeit“ hin zu der Einstellung, die Arbeit als Grundlage für das Leben zu betrachten (vgl. Oppolzer, 1994, S. 349 ff.). Die vier Generationen, die heute auf dem Arbeitsmarkt vertreten sind, haben individuell unterschiedliche Wertevorstellungen. Derzeit dominieren Generation X und Y mit über 75 % der Bevölkerung im Erwerbsalter den deutschen Arbeitsmarkt (vgl. StBA, 2017). Die Generation X (1965–1979) stellt aktuell den Großteil der Eltern dar und ist dadurch in der Verantwortung, Beruf, Familie und Privatleben unter einen Hut zu bringen (vgl. Oertel, 2014, S. 49). Zur Generation Y (1980–1993) werden die jungen Nachfolger der Unternehmen gezählt, deren Rolle als Arbeitnehmer in Zukunft immer wichtiger wird (vgl. Kötter et al., 2009, S. 1).

Verhaltenspräventive Angebote wie Bewegung, Ernährung und Stressbewältigung werden zunehmend wichtiger, nicht nur, um die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten und zu verbessern, sondern auch, weil die Arbeitnehmer mehr und mehr der Meinung sind, dass auch der Arbeitgeber im eigenen Interesse Verantwortung für die allgemeine Gesundheit der Mitarbeitenden trägt. Die Studie des Meinungsforschungsinstituts Forsa im Auftrag der Techniker Krankenkasse (TK) hat im Jahr 2016 belegt, dass fast 60 % der Beschäftigten die Arbeitgeber in der Pflicht sahen, für ausreichend Bewegungsangebote zu sorgen (vgl. TK, 2016, S. 37). Insgesamt 39 % der Befragten wünschten sich Gesundheitskurse direkt im Unternehmen (vgl. TK, 2016, S. 38).

Die hier vorgestellte Meinungsumfrage zum Zusammenhang zwischen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Arbeitgeberattraktivität wurde mittels eines onlinegestützten Fragebogens bei Pflegefachkräften der Generationen X und Y durchgeführt. Der folgende Beitrag analysiert die Präferenzen dieser Generationen. Anschließend werden Handlungsempfehlungen ausgesprochen, wie Unternehmen verhaltenspräventive Maßnahmen als strategisches Instrument zur Gewinnung und Bindung von Mitarbeitenden nutzen können.

Das Kap. 6.1 gibt zunächst einen Überblick über Arbeitsbedingungen der Pflegefachkräfte sowie gesundheitliche Belastungen im Pflegebereich

und stellt die Charakteristika der Generationen dar. Anschließend beschreibt Kap. 6.2 die generationsspezifischen Präferenzen von verhaltenspräventiven Angeboten. Schließlich zeigt Kap. 6.3 gesundheitsfördernde Maßnahmen auf, die sich zur Einführung eignen.

## 6.1 Hintergrund zur Situation der Pflegekräfte

Pflegefachkräfte arbeiten vorrangig in Krankenhäusern (490.000 Beschäftigte) und in der ambulanten Pflege (98.000 Beschäftigte). Diese Berufsgruppe besteht überwiegend aus Frauen (85 %). Die Zahl der Pflegekräfte ist von 1997 bis 2007 um 5 % gestiegen; in absoluten Zahlen von 678.000 auf 712.000 Beschäftigte. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Vollzeitbeschäftigten von 518.000 auf 512.000 gesunken. Diese Veränderung ist auf die Zunahme von Teilzeitkräften und geringfügig Beschäftigten um rund 39 % zurückzuführen (vgl. StBA, 2009).

Der demografische Wandel in Deutschland führt zu einer vermehrt älter werdenden Gesellschaft und damit zu einer Zunahme an Pflegebedürftigen. Dem gegenüber stehen alternde Belegschaften und der Rückgang potenzieller Pflegefachkräfte (vgl. iga, 2017, S. 3). Der Berufszweig Pflegefachkraft ist außerdem durch körperliche und psychische Belastung, Schichtarbeit, eng getaktete Arbeitsprozesse sowie mäßige Bezahlung gekennzeichnet, weswegen ein schlechtes Image in der Gesellschaft besteht und er als wenig attraktiv, vor allem bei Berufseinsteigern, gilt (vgl. iga, 2017, S. 3).

### 6.1.1 Arbeitsbezogene Rahmenbedingungen

Die Arbeit in Schicht-, Wochenend- und Nachtdiensten ist ein belastender Faktor für Pflegefachkräfte. Etwa 69 % der Gesundheits- und Krankenpfleger arbeiteten im Jahr 2007 immer, regelmäßig oder gelegentlich im Schichtdienst. 82 % arbeiteten abends und 58 % nachts. 84 % der Pflegefachkräfte waren von Arbeitszeiten an Sonn- und Feiertagen betroffen und 85 % arbeiteten samstags (vgl. StBA, 2009).

Ein weiterer belastender Aspekt der Arbeitsbedingungen von Pflegefachkräften sind die Überstunden und die geleistete Wochenarbeitszeit.

Diese lag im Jahr 2007 im Durchschnitt bei 32,0 Stunden. Im Vergleich arbeiteten Beschäftigte in der Gesamtwirtschaft in diesem Jahr durchschnittlich 35,7 Stunden in der Woche. Der Hauptgrund für diesen Unterschied ist, dass Pflegefachkräfte wesentlich häufiger einer Teilzeitbeschäftigung nachgehen als Beschäftigte in der Gesamtwirtschaft. Im Jahr 2007 leisteten knapp 22 % der Pflegefachkräfte Mehrarbeit (vgl. StBA, 2009).

Aus Sicht der Unternehmen wird der hohe Anteil von Teilzeitbeschäftigungen damit begründet, dass nur dadurch die Schichten, Feiertage und Wochenenden abgedeckt werden können. Mit einem hohen Anteil an Teilzeitkräften können Ausfälle besser kompensiert werden, als es mit Vollzeitkräften möglich wäre (vgl. Isfort et al., 2018, S. 43 f.). Pflegefachkräfte nehmen Teilzeitbeschäftigungen aus klassischen Gründen wie beispielsweise Kindererziehung, jedoch auch aufgrund der als zu groß empfundenen Arbeitsbelastung an. Nach einer Umfrage des Instituts für Arbeit und Technik empfanden 41 % der befragten Pflegefachkräfte eine Vollzeitbeschäftigung als zu belastend (vgl. Isfort et al., 2018, S. 44).

### **6.1.2 Gesundheitliche Belastungen**

Physische Belastung ist die chronisch hohe mechanische Beanspruchung des Körpers, die durch schweres Heben oder eine häufige Fehlbelastung des Bewegungsapparats zu Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems führen kann. Muskel-Skelett-Erkrankungen stellten im Jahr 2016 mit 24,7 % die Spitze der Krankheitsursachen für Arbeitsunfähigkeit dar (vgl. Knieps/Pfaff, 2016, S. 44).

Für Pflegefachkräfte entstehen körperliche Belastungen durch häufiges Heben und Tragen, ungenügende Hilfsmittel bzw. Einweisung in der Bedienung von Hilfsmitteln, zu langes Stehen und schwierige Körperhaltungen bei der Verrichtung von pflegerischen Arbeiten (vgl. StBA, 2009). Im Mikrozensus von 2007 gaben 35 % der Pflegefachkräfte schwierige Körperhaltungen, Bewegungsabläufe oder Hantieren mit schweren Lasten als Belastungsfaktoren an. 33 % litten unter Zeitdruck und Arbeitsüberlastung (vgl. StBA, 2009).

Neben physischen Belastungen sind Pflegefachkräfte auch von psychischen Belastungen betroffen. Nach der europäischen Norm 10075 stellen psychische Belastungen bei der Arbeit alle Einflüsse von außen dar, die auf den Menschen psychisch einwirken (vgl. Schigutt/Püringer, 2017, S. 78). Sie können entstehen, wenn man Schwierigkeiten hat, persönliche Belange mit dem Arbeitsleben in Einklang zu bringen. Mangelhafte Fehlerkultur, Kommunikationsdefizite, Fremdbestimmtheit in den Arbeitsabläufen, fehlende Wertschätzung durch Kollegen, Vorgesetzte und andere Berufsgruppen sowie unkalkulierbares Arbeitsaufkommen, häufige Arbeitsunterbrechungen, ständiger Zeitdruck, Konfrontation mit dem Leid und Tod von Patienten, zunehmend hoher Erwartungsdruck und Teamkonflikte erzeugen ebenso psychische Belastungen (vgl. DBfK, 2014, S. 11).

### 6.1.3 Generationsspezifische Charakteristika

Die Generationen X und Y dominieren mit ungefähr 70 % der Pflegefachkräfte zurzeit den Arbeitsmarkt in Pflegeberufen (vgl. StBA, 2017).

Die Generation X wurde zwischen 1965 und 1979 geboren und sehnt sich nach Zufriedenheit und einem glücklichen Leben. Ihr ist ein Ausgleich zwischen Beruf und Privatleben wichtig. Ihre Loyalität gilt weniger dem Arbeitgeber als einzelnen Vorgesetzten (vgl. Krüger, 2016, S. 46).

Die Generation Y wurde zwischen 1980 und 1997 geboren. Sie ist technikaffin und auf der Suche nach Sicherheit sowie einem guten Betriebsklima, strebt aber auch nach einer Karriere. Die Loyalität der Generation Y gilt weniger dem Arbeitgeber als der Tätigkeit (vgl. Krüger, 2016, S. 46).

## 6.2 Generationsspezifische Präferenzen von verhaltenspräventiven Angeboten

Im Zeitraum vom 27. November bis zum 31. Dezember 2018 wurde eine Meinungsumfrage mittels eines onlinegestützten Fragebogens durchgeführt. Ziel der Umfrage war es, zu ermitteln, nach welchen Kriterien Pflegefachkräfte der Generationen X und Y die diversen verhaltenspräventiven Angebote bei der Entscheidung für einen Arbeitgeber bewerten. Die insgesamt 79 ausgefüllten Fragebögen unterteilten sich in 66 weibliche und



13 männliche Teilnehmer. Der Teilnehmeranteil der Generation X betrug 43 %, die Generation Y war mit 57 % etwas stärker vertreten. Die Pflegefachkräfte, die an der Umfrage teilgenommen haben, teilten sich auf in 46 Gesundheits- und Krankenpfleger, 24 Altenpfleger sowie 3 Altenpflegehelfer und 6 Kindergesundheits- und Kinderkrankenpfleger. Es arbeiteten 61 % im stationären, 24 % im ambulanten Bereich und 15 % auf anderen Gebieten. Vollzeitbeschäftigt waren 56 % der Befragten, 41 % gaben an, in einer Teilzeitbeschäftigung zu sein, 3 % studierten und 1 % der Befragten war arbeitssuchend. Der hohe Anteil an Teilzeitbeschäftigten und der niedrige Anteil an Arbeitslosen sind vergleichbar und stimmen überein mit der Studie von Isfort et al. „Pflege-Thermometer 2018“ (vgl. Isfort et al., 2018).

### 6.2.1 Motivbezogene Präferenzen

Die beiden Themenbereiche der betrieblichen Gesundheitsförderung, die von einem Drittel der Gesamtteilnehmenden als sehr wichtig eingestuft wurden, war die Einführung einer Rückenschule sowie eines Burnout-Präventions-Seminars. Auffällig ist dabei, dass die Hälfte der Berufsgruppe Altenpfleger sowohl das Thema Rückenschule am Arbeitsplatz als auch die Burnoutprävention als sehr wichtig erachtete. Daraus lässt sich schließen, dass die beruflichen Belastungen in der Altenpflege höher sind als in der Krankenpflege.

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich auch in der BGW-DAK-Studie zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen (vgl. BGW, 2001). Im Rahmen der Studie „Was beschäftigt Pflegekräfte?“ von Elisabeth Scharfenberg nahmen im Zeitraum von April bis Mai 2016 4.439 Pflegefachkräfte an einer Umfrage teil (vgl. Scharfenberg, 2016, S. 3). Die Frage, welche Arbeitsbedingungen zu Unzufriedenheit im Arbeitsalltag führen, beantworteten drei Viertel mit „seelische Arbeitsbelastung“ und/oder „körperliche Arbeitsbelastung“ (vgl. Scharfenberg, 2016, S. 22). Sowohl die Studienergebnisse der durchgeführten Meinungsumfrage als auch die der BGW-DAK-Studie zeigen, dass die Pflegefachkräfte wegen dieser spezifischen Belastungen einen verstärk-

ten Bedarf an Maßnahmen gegen Muskel-Skelett-Erkrankungen und zur Stressbewältigung haben.

Gesunde Ernährung im Arbeitsalltag und Ernährung im Schichtdienst erachteten über 40 % der Teilnehmenden der Meinungsumfrage als wichtige Handlungsfelder. Darüber hinaus erklärten 41 % der Befragten, dass sie an einer Ernährungsberatung von Fachexperten teilnehmen würden. Ernährung ist in der Pflege ein zentrales Thema, da die Schichtarbeit zu einer Veränderung im Ernährungsverhalten führt (vgl. Meßmer et al., 2018, S. 233). Hinzu kommen der Zeitdruck und die dadurch vielfach fehlenden Möglichkeiten, vorgesehene Pausen einzuhalten (vgl. DAK, 2005, S. 13). Die Tendenz geht bei der Schichtarbeit zudem eher zu einer fettreichen und einseitigen Ernährung. Darüber hinaus steigert Schlafmangel den Hunger um 25 %, vor allem auf zuckerreiche Nahrungsmittel, was zu einer ungewollten Gewichtszunahme führen kann (vgl. Kamensky, 2017). Eine Studie von Biggi et al. zeigt, dass Nacht- und Schichtarbeiter einen signifikant höheren Body-Mass-Index haben als ausschließlich tagsüber Arbeitende (vgl. Biggi et al., 2008, S. 443 ff.). Amelvoort et al. belegten ebenfalls einen Zusammenhang zwischen der Dauer von Schichtarbeit und dem BMI (vgl. Amelvoort et al., 1999, S. 973 ff.).

Diese Studien bestätigen das Ergebnis der Umfrage der Verfasserin, wonach bei Pflegefachkräften ein erhöhter Handlungsbedarf bezüglich gesunder Ernährung besteht.

### 6.2.2 Inhaltliche Präferenzen

Für die Meinungsumfrage wurden den Teilnehmenden vier Handlungsfelder vorgegeben, welche sie nach Wichtigkeit unterschiedlich bewerten konnten. Damit die Handlungsfelder im Verhältnis zueinander betrachtet werden können, wurde das gewichtete arithmetische Mittel der verschiedenen Themenbereiche errechnet. Ernährung und Stressbewältigung wurden hierbei als am wichtigsten eingestuft, gefolgt von Suchtprävention und Bewegung (vgl. Tab. 6.1).

Tab. 6.1: Wichtigkeit der Handlungsfelder

Wichtig- keit Hand- lungsfeld	un- wichtig (1)	weniger wichtig (2)	neutral (3)	wichtig (4)	sehr wichtig (5)	gewichteter arithme- tischer Mittelwert
Bewegung	4	44	29	2	0	2,37
Ernährung	5	12	21	29	12	3,53
Stress- bewältigung	1	13	31	32	2	3,27
Sucht- prävention	26	8	22	16	7	2,62

Besonders hervorzuheben ist die unterschiedliche Beurteilung der beiden Generationen X und Y. Die Generation Y bewertet alle Handlungsfelder wesentlich höher als die Generation X. Eine Ausnahme bildet die Suchtprävention, hier liegen beide Generationen ähnlich in ihren Bewertungen (vgl. Tab. 6.2).

Tab. 6.2: Gewichteter arithmetischer Mittelwert der Präferenzen nach Generationen geordnet

Handlungsfeld	Generation X (1965–1979)	Generation Y (1980–1993)
Bewegung	1,91	2,24
Ernährung	2,69	3,51
Stressbewältigung	2,51	3,22
Suchtprävention	2,36	2,24

### 6.2.3 Präferenzen der Angebotsformen

Fast ein Drittel der befragten Pflegefachkräfte empfand den Themenbereich „Sonderkonditionen für Fitnessstudioverträge“ als sehr wichtig und 41 % als wichtig. Die Kostenübernahme bei Verträgen für das Fitnessstudio bietet den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit, die An-

gebote der Studios flexibel in ihrer Freizeit in Anspruch zu nehmen. Da Pflegefachkräfte in Schicht-, Wochenend- und Nachtdiensten arbeiten (vgl. StBA, 2009), können vom Unternehmen angebotene Maßnahmen möglicherweise nicht regelmäßig in Anspruch genommen werden, weshalb ein hoher Anteil der Befragten die Subventionen für öffentliche Studios als wichtig einstuft. Hinzu kommt die Schwierigkeit der Pflegefachkräfte, einen ausreichenden Gleichgewichtszustand zwischen Arbeits- und Privatleben (Work-Life-Balance) zu erreichen. Das externe Angebot bietet eine Möglichkeit, Freunde zu treffen und neue Menschen kennenzulernen, die nicht im selben Berufszweig arbeiten. Der Gesundheitstag als einmaliges Angebot wurde von 11 % als sehr wichtig und von 41 % als wichtig bewertet. Die Teilnahme an sportlichen Firmenevents wurde von 13 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer als unwichtig beurteilt und von 18 % mit weniger wichtig. Jedoch empfanden 25 % der Befragten das Thema als wichtig.

Die Beurteilung des Yogaangebots zeigt, dass 37 % einen dreimonatigen Kurs mit einem Yogalehrer gegenüber dem dauerhaften, jedoch von einem Laien durchgeführten Yogakurs bevorzugen. 40 % der Befragten hatten keine bestimmte Präferenz. Hervorzuheben ist, dass die Teilnehmenden, bei denen betriebliche Gesundheitsförderung keine Rolle bei der Wahl eines Arbeitgebers spielt, mit 61 % dem Yogakurs mit einem Yogalehrer den Vorzug geben würden und nur 29 % der Befragten keiner der beiden Optionen.

Die Aufteilung der Bewertung einer einmaligen Ernährungsberatung von Fachexperten im Vergleich zu einem wöchentlichen Motivationstreffen mit Kolleginnen und Kollegen bei der Gewichtsabnahme weicht bei Personen, die Nachtschichten leisten, von der Attraktivitätsbeurteilung aller anderen Befragten ab. Fast 50 % der Nachtarbeitenden würden lieber eine einmalige Ernährungsberatung von Fachexperten in Anspruch nehmen und nur 25 % würden ein wöchentliches Motivationstreffen mit Kolleginnen und Kollegen bei der Gewichtsabnahme vorziehen. 28 % der Teilnehmenden mit Nachtschichtdiensten würden keines dieser beiden Angebote in Anspruch nehmen; im Vergleich liegt der Wert aller Befragten bei 37 %.

## 6.3 Fazit und Handlungsempfehlungen

Pflegefachkräfte werden in ihrem Arbeitsalltag mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Häufig stellen sich zu den physischen Belastungen zusätzlich psychische Belastungen mit ein. Hinzu kommen die ungünstigen Arbeitszeiten in Schicht-, Wochenend- und Nachtdiensten, die sich negativ auf die Work-Life-Balance auswirken können.

Die onlinegestützte Umfrage zeigt, dass die Präferenzen der Pflegefachkräfte hinsichtlich verhaltenspräventiver Angebote die Hauptbelastungen der Berufsgruppe widerspiegeln. Es besteht eine hohe Nachfrage nach Stressbewältigungsmaßnahmen und Rückenschule bzw. Wirbelsäulengymnastik. Informationen und Hilfestellungen über Ernährung im Arbeitsalltag und im Schichtdienst wurden von den Teilnehmern der Umfrage ebenfalls vermehrt gewünscht.

Wie die präferierten Maßnahmen konkret in Unternehmen eingeführt werden könnten, zeigt etwa das Projekt des Seniorenzentrums der Diakonie Neuendettelsau „Balance in der Altenpflege“ (BidA). Nachdem eine Mitarbeiterbefragung und eine Arbeitssituationsanalyse durchgeführt worden sind, entwickelte man Lösungsansätze für die verschiedenen Probleme (vgl. Bayer/Hiller, 2012, S. 157 ff.). Ein wesentlicher Bestandteil des Projekts war die Einführung eines Gesundheitsprogramms, das genau an die Bedürfnisse der Mitarbeitenden angepasst wurde. Das Programm bestand im Wesentlichen aus fortlaufenden Kursen, Maßnahmen am Arbeitsplatz und der Einführung einer einmal im Jahr stattfindenden Gesundheitswoche (vgl. Bayer/Hiller, 2012, S. 162 f.).

Die Umfrageergebnisse der Verfasserin ergaben, dass 29 % der Pflegefachkräfte Sonderkonditionen für Fitnessstudioverträge als sehr wichtig empfanden. Eine Möglichkeit, diese Herausforderung zu lösen, zeigt ein weiteres Mal das Projekt BidA. Ein persönliches Gesundheitsbudget wurde im Rahmen des Projekts als Anreizsystem entwickelt. Es bestand u. a. aus einem Geldbudget, welches zu je 50 % für interne und externe Maßnahmen verwendet wurde. Der Anteil für interne Maßnahmen wurde einbehalten und zur Finanzierung der Gesundheitswoche, von Kursen und alltagsbegleitenden Maßnahmen genutzt. Das externe Geldbudget

konnten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beispielsweise verwenden, um einen Teil der Fitnessstudiobeiträge zu finanzieren oder Massagen in Anspruch zu nehmen (vgl. Bayer/Hiller, 2012, S. 164).

Ariane Lange zeigt in ihrer Publikation „Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Pflege“ weitere Möglichkeiten auf, wie die Präferenzen der Pflegefachkräfte berücksichtigt werden können und wie dies die Entscheidung für einen Arbeitgeber positiv beeinflusst (vgl. Lange, 2015). Das von Lange entwickelte Konzept „Gesund und fit im Schichtbetrieb“ beinhaltet Seminare zum Thema „Gesunder Schlaf“, „Gesunde Ernährung“ und „Bewegung, Stressbewältigung und Freizeit“ (vgl. Lange, 2015). Die Seminarteilnehmenden lernen verschiedene Entspannungstechniken kennen, wie beispielsweise autogenes Training und progressive Muskelrelaxation (vgl. Lange, 2015, S. 75 ff.). Sie erhalten Ernährungsempfehlungen unter spezieller Berücksichtigung des Schichtdienstes und allgemeine Informationen zur gesunden Ernährung (vgl. Lange, 2015, S. 77 f.). Zudem haben die Teilnehmenden die Möglichkeit, während des Seminars ihre Erfahrungen im Alltag und ihre Erwartungen für die Zukunft zu den verschiedenen Themen auszutauschen.

Die Geschlechterverteilung der Umfrage (84 % Frauen, 16 % Männer) wurde auf die der Berufsgruppe (85 % Frauen, 15 % Männer) abgestimmt (vgl. StBA, 2009). Sowohl die Rahmenbedingungen der Geschlechter als auch die Gesundheitsindikatoren unterscheiden sich, weshalb Männer und Frauen differenziert auf ihre jeweiligen Gesundheitsbedürfnisse angesprochen werden müssen (vgl. Kolip/Altgeld, 2006, S. 15). Die Resultate der Umfrage zeigten in den Präferenzen keine Unterscheidung bei den Geschlechtern, jedoch sollten die Themenbereiche geschlechtsspezifisch konzipiert werden.

Girreßer und Wilkens betonen die Wichtigkeit der Auswahl der Zielgruppe, z. B. nach demografischen Kriterien wie Alter oder Geschlecht (vgl. Girreßer/Wilkens, 2016, S. 64). Sie beschreiben einen genderspezifischen Ernährungskurs, wobei zwei Präventionsangebote konzipiert wurden – „Nur für Männer!“ und „Nur für Frauen!“ (vgl. Girreßer/Wilkens, 2016, S. 69). Das Angebot „Nur für Männer!“ beinhaltete Informationen über die Energiebilanz, Vitalstoffe und Power Nährstoffe. Die Teilnehmer bekamen

zusätzlich Tipps zur Gewichtskontrolle und für eine herzaktive Ernährung (vgl. Girreßer/Wilkens, 2016, S. 69). Der Kurs „Nur für Frauen!“ informierte die Teilnehmerinnen über Ernährungsempfehlungen zur Stressprävention, Gewichtskontrolle sowie zur Förderung starker Knochen und eines stabilen Immunsystems (vgl. Girreßer/Wilkens, 2016, S. 69).

Stressbewältigungsmaßnahmen stellen jene verhaltenspräventiven Maßnahmen dar, die für die befragten Pflegefachkräfte höchste Priorität haben. Hierzu untersuchte Khashabi geschlechtsspezifische Stresswahrnehmung und Stressbewältigung am Arbeitsplatz (vgl. Khashabi, 1996). Nach seinen Erkenntnissen gehen die meisten Studien über Stressbewältigung am Arbeitsplatz davon aus, dass zwischen Männern und Frauen kein Unterschied auszumachen ist (vgl. Khashabi, 1996, S. 54). Aus diesem Grund wurde die Mehrzahl der Studien unabhängig vom Geschlecht durchgeführt und sich dabei überwiegend auf Männer der Mittelschicht konzentriert. Korabik et al. fanden jedoch heraus, dass Frauen eher als Männer Gespräche als Stressbewältigungsmaßnahmen nutzen (Korabik et al., 1993, S. 133 ff.). Die Erkenntnisse von Korabik et al. sollten demnach bei der Wahl der verhaltenspräventiven Angebote berücksichtigt werden. Die von der Initiative Gesundheit und Arbeit (iga) in ihrer Broschüre „Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag“ empfohlenen Seminare für Pflegefachkräfte zum Thema Selbstpflege und Emotionsarbeit könnten zur Stressbewältigung eingesetzt werden (vgl. iga, 2017, S. 13).

Das Ergebnis der von der Verfasserin durchgeführten Meinungsumfrage zeigt die eindeutigen Präferenzen der Pflegefachkräfte für Wirbelsäulengymnastik bzw. Rückenschule. Die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hat diesen Bedarf erkannt und ein Rückenpräventionskonzept entwickelt (vgl. BGW, 2018). In diesem Zusammenhang bietet sie ein BGW-Rückenkolleg an, welches sich besonders an Pflegefachkräfte in der stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflege richtet (vgl. BGW, 2018, S. 13). Es ist empfehlenswert, das Modell in das betriebliche Gesundheitsmanagement bzw. in das Qualitätsmanagement zu integrieren (vgl. BGW, 2018, S. 23).

Die Präferenzen der beiden Generationen X und Y sind sich im Allgemeinen sehr ähnlich. Daraus kann abgeleitet werden, dass auch andere

Generationen – z. B. die Babyboomer oder die Generation Z – ähnliche Vorlieben haben. Besonders hervorzuheben sind jedoch die Präferenzen der Altenpfleger im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen. Die Hälfte der Altenpfleger erachtete sowohl das Thema Rückenschule am Arbeitsplatz als auch Burnoutprävention als sehr wichtig; im Vergleich gab lediglich ein Drittel der Gesamtteilnehmenden diese Themenbereiche als sehr wichtig an.

Die Konzepte und Studienergebnisse, die im Rahmen dieses Beitrags vorgestellt worden sind, verdeutlichen die Wichtigkeit, eine Mischung aus verschiedenen Handlungsfeldern anzubieten, anstelle einzelner Maßnahmen. Die verhaltenspräventiven Maßnahmen sind ein Weg, die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu fördern, Zufriedenheit und Motivation zu steigern und als attraktive Arbeitgeber die Mitarbeitenden sowohl zu gewinnen als auch langfristig zu binden.

## Literaturverzeichnis

- Amelvoort, L. van/Schouten, E./Kok, F. (1999). *Duration of shiftwork related to body mass index and waist to hip ratio*. International Journal of Obesity, 23, S. 973–978.
- Bayer, K./Hiller, S. (2012). *Projekt BidA – Balance in der Altenpflege*. In: Bandura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler, S. 157–168.
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2018). *Prävention von Rückenbeschwerden. TOPAS\_R: Handlungsrahmen zum Bewegen von Menschen in Pflege und Betreuung*.  
[https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW07-00-001\\_Praevention-Rueckenbeschwerden-TOPAS-R-Konzept\\_Download.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaft-Forschung/BGW07-00-001_Praevention-Rueckenbeschwerden-TOPAS-R-Konzept_Download.pdf?__blob=publicationFile) (28.11.2019).
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2001). *BGW-DAK Stress-Monitoring 2001. Überblick über die Ergebnisse einer BGW-DAK-Studie zum Zusammenhang von Arbeitsbedingungen und Stressbelastung in ausgewählten Berufen*. [http://people.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/instrumente/KFZA-BGW-DAK-StressMonitoring\\_UEBERBLICK.pdf](http://people.f3.htw-berlin.de/Professoren/Pruemper/instrumente/KFZA-BGW-DAK-StressMonitoring_UEBERBLICK.pdf) (28.11.2019).
- Biggi, N./Consonni, D./Galluzzo, V./Sogliani, M. et al. (2008). *Metabolic syndrome in permanent nightworkers*. Chronobiology International, 25, S. 443–454.



- Bundesagentur für Arbeit (2019). *Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*.  
<https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (09.12.2019).
- DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse (2005). *DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 Stationäre Krankenpflege*. [http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport\\_statioaenre\\_Krankenpflege\\_2005.pdf](http://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2013/24481/pdf/Gesundheitsreport_statioaenre_Krankenpflege_2005.pdf) (28.11.2019).
- DBfK – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (2014). *Balance halten im Pflegealltag. Was sie selbst tun können, um bei Ihrer Arbeit im Krankenhaus gesund zu bleiben*. [https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Balance-halten-im-Pflegealltag\\_ueberarb2014-08-13.pdf](https://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Balance-halten-im-Pflegealltag_ueberarb2014-08-13.pdf) (28.11.2019).
- Girreßer, U./Wilkins, L. (2016). *Ernährungskommunikation*. In: Ghadiri A./Ternès A./Peters, T. (Hrsg.): *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Ansätze aus Forschung und Praxis*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 59–72.
- iga – Initiative Gesundheit und Arbeit (2017). *Gesundheit für Pflegekräfte im Berufsalltag. Empfehlungen für die betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention in der Pflege*. [https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga\\_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser\\_Gesundheit\\_fuer\\_Pflegekraefte.pdf](https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Wegweiser/Dokumente/iga-Wegweiser_Gesundheit_fuer_Pflegekraefte.pdf) (06.12.2019).
- Isfort, M./Rottländer, R./Weidner, F./Gehlen, D. et al. (2018). *Pflege-Thermometer 2018. Eine bundesweite Befragung von Leitungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in der stationären Langzeitpflege in Deutschland*. Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
- Kamensky, J. (2017). *Essen und Trinken bei Schichtarbeit*. [https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung\\_gruppen/ernaehrung\\_schichtarbeit.htm](https://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_gruppen/ernaehrung_schichtarbeit.htm) (28.11.2019).
- Khashabi, M. (1996). *Geschlechtsspezifische Stresswahrnehmung und Stressbewältigung am Arbeitsplatz*. München: Ludwig-Maximilians-Universität.
- Knieps, F./Pfaff, H. (2016). *BKK Gesundheitsreport 2016*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kötter, P./Berkowski, N./Schultze C. (2009). *Was motiviert die Generation Y im Arbeitsleben? Studie der Motivationsfaktoren der jungen Arbeitnehmergeneration im Vergleich zur Wahrnehmung dieser Generation durch ihre Manager*. [http://www.kienbauminstitut-ism.de/fileadmin/user\\_data/veroeffentlichungen/Kienbaum\\_Studie\\_Generation\\_Y\\_2009\\_2010.pdf](http://www.kienbauminstitut-ism.de/fileadmin/user_data/veroeffentlichungen/Kienbaum_Studie_Generation_Y_2009_2010.pdf) (04.12.2019).
- Kolip, P./Altgeld T. (2006). *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen*. In: Kolip, P./Altgeld, T. (Hrsg.): *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim/München: Juventa, S. 15–26.
- Korabik, K./McDonald, L./Rosin, H. (1993). *Stress, coping and social support among women managers*. In: Long, B./Kahn, S. (Hrsg.): *Women, Work and Coping: A Multidisciplinary Approach to Workplace Stress*. Montreal/Kingston: MacGill-Queen's University Press, S. 133–153.

- Krüger, K.-H. (2016). *Gesellschaftlicher Wertewandel: Generation X, Y, Z – und dann?* In: Klaus, H./Schneider, J. (Hrsg.): *Personalperspektiven*. Human Resource Management und Führung im ständigen Wandel. 12. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler, S. 39–72.
- Lange, A. (2015). *Betriebliche Gesundheitsförderung in der stationären Pflege*. Bremen: Apollon University Press.
- Meßmer, J./Nössler, C./Carlsch, A. (2018). *Ernährungsverhalten von Gesundheits- und Krankenpflegern im Nachtdienst*. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13 (3), S. 233–236.
- Oertel, J. (2014). *Baby Boomer und Generation X – Charakteristika der etablierten Arbeitnehmer-Generation*. In: Klaffke, M (Hrsg.): *Generationen-Management. Konzepte, Instrumente, Good-Practice-Ansätze*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 27–56.
- Oppolzer, A. (1994). *Wertewandel und Arbeitswelt*. *Gewerkschaftliche Monatshefte*, 45 (6), S. 349–357.
- Scharfenberg, E. (2016). *Was beschäftigt Pflegekräfte?* [http://elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage\\_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf](http://elisabeth-scharfenberg.de/daten/downloads/ErgebnissederUmfrage_WasbeschaeftigtPflegekraefte.pdf) (28.11.2019).
- Schigutt, B./Püringer J. (2017). *Evaluierung psychischer Belastungen: Ein neuer Weg der Betrieblichen Gesundheitsförderung? Aktuelle Entwicklungen in Österreich*. In: Faller G. (Hrsg.): *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. 3. Auflage, Bern: Hogrefe, S. 77–87.
- StBA – Statistisches Bundesamt (2017). *Gesundheitspersonal: Deutschland, Jahre, Beschäftigungsverhältnis, Altersgruppen, Berufe im Gesundheitswesen*. [https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data/sid=945BC45C220FF874A46E159470463F40%20.GO\\_1\\_4?operation=previous&levelindex=4&levelid=1546248901798&levelid=1546248813777&step=3](https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/data/sid=945BC45C220FF874A46E159470463F40%20.GO_1_4?operation=previous&levelindex=4&levelid=1546248901798&levelid=1546248813777&step=3) (16.12.2019).
- StBA – Statistisches Bundesamt (2009). *Krankenpflege – Berufsbelastung und Arbeitsbedingungen*. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009\\_08/Gesundheit2009\\_08.html](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/STATmagazin/Gesundheit/2009_08/Gesundheit2009_08.html) (20.12.2018).
- TK – Techniker Krankenkasse (2016). *Beweg Dich, Deutschland! TK-Bewegungsstudie 2016*. <https://www.tk.de/resource/blob/2033598/9f2d920e270b7034df3239cbf1c2a1eb/beweg-dich-deutschland-data.pdf> (06.12.2019).



# 7

## **Betriebliche Gesundheitsförderung auf Verhältnisebene: Mitarbeiterbindung in der stationären Gesundheits- und Krankenpflege**

CHRISTINE TATURA

Stationär wirkende Gesundheits- und Krankenpfleger arbeiten in einem physisch wie psychisch beanspruchenden Arbeitsumfeld. Zudem münden neben der erhöhten Pflegebedürftigkeit der zunehmend alternden Bevölkerung auch das steigende Alter der Pflegenden selbst und der verbundene Mangel an kompetenten Nachwuchskräften in einem Pflegefachkräftemangel. Aufgrund der daraus resultierenden Arbeitsverdichtung herrscht unter Pflegekräften ein hohes Aussteigerpotenzial und die Bindung von wertvollen Mitarbeitenden nimmt einen immer größeren Stellenwert im Krankenhausmanagement ein. Die Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Verhältnisprävention kann einen positiven Einfluss auf psychologische Parameter nehmen, die maßgeblich darüber entscheiden, wie sehr ein Mitarbeiter sich mit seinem Arbeitsplatz verbunden fühlt. Arbeitszufriedenheit, soziale Identifikation und Commitment können dabei – in Wechselbeziehung zueinanderstehend – das Ausmaß der Mitarbeiterbindung prägen. Der vorliegende Beitrag verschafft einen Überblick über Interventionen, die die besagten Parameter und damit das Bindungsverhalten von Pflegekräften positiv bestärken. Die Ableitung von praktisch relevanten Handlungsempfehlungen für den Krankenhausbetrieb und Gestaltungsvorschläge für ihre Implementierung schließen den Beitrag ab.

Auf dem deutschen Pflegemarkt stellt die stationäre Krankenpflege den größten Sektor dar (vgl. Glaser/Höge, 2005, S. 10). Seit über einem Jahrzehnt erfährt das Arbeitsfeld der Krankenpfleger einen stetigen Wandel, der seinen Ursprung in vielen großen Gesundheitsreformen hat (vgl. Abeler, 2013, S. 151). Ergebnisse einer repräsentativen Beschäftigtenbefragung der Vereinten Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di) und des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) zu den Arbeitsbedingungen in der Alten-

und Krankenpflege zeigen, dass vor allem die Arbeitsverhältnisse (Arbeitsbedingungen, Arbeitszeiten, Arbeitsorganisation) dazu führen, dass Pflegerinnen und Pfleger ihre Arbeitsbedingungen als hart und miserabel empfinden (vgl. Bühler/Buntenbach, 2018, S. 3). Zentrale Kritikpunkte an den Arbeitsbedingungen sind, neben der empfundenen überdurchschnittlichen **Arbeitssetze** (80 % der Befragten), die **körperliche Schwerarbeit** (71 %) sowie die **psychischen Anforderungen** durch die Auseinandersetzung mit Patientenleiden, unheilbaren Krankheiten und dem Tod (vgl. Abeler, 2013, S. 154; Bühler/Buntenbach, 2018, S. 7 ff.). Als Schlussfolgerung daraus ziehen Pflegekräfte daher immer häufiger einen Arbeitsplatzwechsel in Betracht.

Für den allgemeinen nicht ärztlichen Dienst in stationären Einrichtungen des Gesundheitswesens ist daher bereits jetzt ein Personalengpass zu verzeichnen, der sich zwischen 2020 und 2030 noch weiter zuspitzen wird. Fehlen im Jahr 2020 voraussichtlich schon 135.000 nicht ärztliche Vollzeitkräfte, so steigt diese Zahl bis 2030 auf 350.000 an (vgl. Ostwald et al., 2010, S. 45).

Auch Arbeitsunfähigkeitsanalysen von AOK-versicherten Gesundheits- und Krankenpflegern spiegeln die erschwerten Arbeitsbedingungen wider: Vor allem Gesundheits- und Krankenpfleger ohne Spezialisierung hatten 2017 einen in Relation zum Gesamtdurchschnitt um einen Prozentpunkt erhöhten Krankenstand (6,3 %). Zudem waren Fachkrankenpfleger mit 14,3 Tagen und allgemeine Gesundheits- und Krankenpfleger mit 13,7 Tagen je Fall länger krankgeschrieben als der Branchendurchschnitt (vgl. Meyer et al., 2018, S. 454). Insbesondere bei psychischen Arbeitsunfähigkeitsgründen zeigt sich ein überdurchschnittliches Vorkommen im gewählten Setting. Mit 15,5 % bei den Gesundheits- und Krankenpflegern und 14,3 % bei den Fachkrankenpflegern lagen psychische Arbeitsunfähigkeitsursachen über dem Gesamtdurchschnitt von 11,2 % (vgl. Meyer et al., 2018, S. 459).

Der folgende Beitrag soll Aufschluss darüber geben, inwiefern die Verbesserung der Arbeitsbedingungen durch Verhältnisprävention einen so positiven Einfluss auf die Mitarbeiterbindung haben kann, dass die Unternehmen davor geschützt werden, auf einem durch Fachkräftemangel

geprägten Markt nach Mitarbeitenden suchen zu müssen. Durch eine Literaturanalyse wurden verhältnispräventive Maßnahmen identifiziert, die sich dazu eignen, Pflegekräfte in Deutschland im Setting stationärer Krankenhauspflege durch eine erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit, soziale Identifikation und Commitment an ihren Arbeitsplatz zu binden. Ergebnis ist die Darstellung der Schnittstelle zwischen Verhältnisprävention und Pflege.

## 7.1 Verhältnisprävention und ihre Relevanz

Als übergeordnete Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich die Steigerung der individuellen Lebensqualität sowie die Verlängerung der bei guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre nennen (vgl. Glaeske et al., 2008, S. 9). Betriebliche Prävention steht in diesem Zusammenhang für alle vorausschauenden und vorbeugenden betrieblichen Entscheidungen, die eine produktive, nachhaltige, sichere und gesunde Arbeitsumgebung hervorbringen sollen (vgl. Cernavin, 2007, S. 1002). Für den vorliegenden Beitrag weist Verhältnisprävention die größte Relevanz auf. Schlechte Arbeitsverhältnisse stellen nicht selten die Ursache für gesundheitsschädliche Verhaltensweisen dar und sind am ehesten durch den Arbeitgeber zu beeinflussen. Im betrieblichen Sinne verfolgt Verhältnisprävention das Ziel, die Arbeitsbedingungen durch technische und organisatorische Maßnahmen vorbeugend so zu formen, dass es den Individuen möglich ist, unter ihnen in gesundheitsförderlicher Art und Weise zu arbeiten (vgl. Braun, 2004, S. 89). Folglich reduziert Verhältnisprävention Belastungen, die ihren Ursprung in der beruflichen Tätigkeit haben, und eliminiert Betriebsverhältnisse, die die Gesundheit der Mitarbeitenden beeinträchtigen (vgl. Schaper, 2019, S. 593). Arbeitsbedingungen und -verhältnisse, die in diesem Zusammenhang eine besondere Relevanz mit sich bringen, sind die Arbeitszeit, -umgebung, -aufgaben und -organisation. Auch soziale Beziehungen am Arbeitsplatz - beispielsweise zu Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen sowie Patienten - beeinflussen das Ausmaß körperlicher und geistiger Anforderungen, die eine Tätigkeit charakterisieren (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018, S. 106).

## 7.2 Mitarbeiterbindung und ihre Relevanz

Zentraler Untersuchungsaspekt des Beitrags ist die Mitarbeiterbindung. Es lassen sich drei Variablen erkennen, die maßgeblich darüber entscheiden, wie sehr sich ein Mitarbeiter mit seinem Arbeitsplatz verbunden fühlt (vgl. Kanning, 2017, S. 192):

- 1) Arbeitszufriedenheit
- 2) soziale Identifikation
- 3) Commitment

Die Arbeitszufriedenheit nährt sich aus der grundsätzlichen Einstellung des Mitarbeitenden gegenüber seiner beruflichen Tätigkeit (vgl. Kirchler/Hözl, 2008, S. 243). Daraus resultiert ein Gefühl, das in einer Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit gegenüber der Arbeit mündet (vgl. Kauffeld/Schermuly, 2019, S. 239). Für den hier thematisierten Kontext spielt zudem die soziale Identifikation eine entscheidende Rolle. Sie bezieht sich auf die Frage, inwiefern sich ein Individuum einer sozialen Gruppe zugehörig fühlt. Im betrieblichen Kontext ist eine soziale Differenzierung hinsichtlich des Geschlechts, des Berufs, einer Abteilung etc. möglich (vgl. Kanning, 2017, S. 201).

Organisationales Commitment kann als Bindungsgrad des Mitarbeitenden an das Unternehmen, für das er arbeitet, verstanden werden. Es beschreibt, wie sehr sich ein Mitarbeiter an „sein“ Unternehmen gebunden und sich ihm gegenüber verpflichtet fühlt. Eine zentrale Rolle spielt die emotionale Verbundenheit (affektives Commitment). Eine für den Mitarbeitenden wichtig erscheinende Beziehung zwischen ihm und der Organisation sorgt ggf. dafür, dass der Mitarbeitende trotz temporärer Missstände unerwünschte Arbeitsumstände eher toleriert und es seltener zu Fluktuationen kommt (vgl. Felfe, 2008, S. 26). Mitarbeitende, die ein hohes affektives Commitment vorweisen, bleiben dem Unternehmen aus eigenem Willen treu, da sie sich selbst als Teil der Organisation ansehen (vgl. van Dick, 2004, S. 3). Folglich kann affektives Commitment als die Komponente beschrieben werden, die es aus Arbeitgebersicht am ehesten zu fördern gilt.

Zusammengefasst wird eine verhaltenspräventive Maßnahme dann als mitarbeiterbindend eingestuft, wenn sie einen positiven Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit, die soziale Identifikation oder das Commitment nimmt. Zudem sollte sie eine Zielgruppeneignung vorweisen sowie wirksam und nachhaltig sein.

### **7.3 Möglichkeiten und Grenzen der Verhältnisprävention zur Mitarbeiterbindung**

Mit dem § 20b SGB V ist die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) gesetzlich verankert. Der Leitfadens Prävention des GKV-Spitzenverbands legt den Handlungsspielraum für Maßnahmen zur betrieblichen Verhältnisprävention fest (vgl. GKV-Spitzenverband, 2018). Aus dem Präventionsbericht 2018 des GKV-Spitzenverbands und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen geht hervor, dass im Berichtsjahr 2017 die deutschen Krankenkassen Präventionsleistungen im betrieblichen Setting mit 158.123.580 Euro unterstützt haben. 13 % der BGF-Maßnahmen erhielten Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialwesens (vgl. Bauer/Römer, 2018, S. 89 ff.). 48 % dieser Einrichtungen waren Einrichtungen im Gesundheitswesen. Eine reine Verhältnisbezogenheit wiesen 8 % der Aktivitäten auf. Im Branchenvergleich führte keine weitere Branche so viele rein verhältnisbezogene Aktivitäten durch (vgl. Römer, 2018, S. 45 ff.).

In den folgenden Unterkapiteln werden die Maßnahmen, denen im Rahmen der Literaturanalyse eine mitarbeiterbindende Wirkung zugeschrieben werden konnte, fünf Handlungsfeldern zugeordnet: (1) Unternehmensstrategie und Führung, (2) Arbeitskultur und -klima, (3) Arbeitsort und -umgebung, (4) Arbeitszeit und Pausenregelungen, (5) Arbeits- und Aufgabenorganisation. Den Maßnahmen gemeinsam ist die Tatsache, dass sie mindestens einen der oben genannten psychologischen Parameter positiv bestärken.



### 7.3.1 Unternehmensstrategie und Führung

Die Unternehmensstrategie wird durch die obere Managementebene festgelegt und bildet die Grundlage für jegliche Unternehmens- bzw. Marketingziele. Auch im Krankenhaussektor treffen diese Umstände zu, sodass es dem Pflegedirektor als Vertreter des Top-Managements obliegt, die Unternehmensstrategie in relevante Teilbereiche zu gliedern und sie den stationsleitenden Pflegekräften zu vermitteln (vgl. Pfeiffer, 2018, S. 22 f.). Grundlage für die zu wählende Unternehmensstrategie stellen die Vision, die Mission und die Oberziele des Krankenhauses dar (vgl. Hungenberg, 2014, S. 418). Vor dem Hintergrund des herrschenden Fachkräftemangels sind viele gegenwärtige Unternehmensstrategien darauf ausgerichtet, neue Mitarbeitende zu rekrutieren.

Bragg und Bonner ergründeten im Rahmen ihrer Studie die Rücktrittsgründe von Pflegenden in ländlich gelegenen Krankenhäusern Australiens. Sie untersuchten, inwiefern sich homogene Wertvorstellungen von Pflegenden und dem Krankenhaus auf die Retentionsrate im Pflegebereich auswirken. Die Autorinnen sahen die Gründe für die veränderten organisatorischen Werte u. a. in der Zentralisierung der Budgets, sodass ein Bezug zum deutschen DRG-System vorgenommen werden kann. Sie kamen zu dem Entschluss, dass die Unternehmensstrategien eine **gemeinsame Vision** der anzustrebenden **Pflegewerte** enthalten sollten, um seitens der Pflegekräfte ein Verbundenheitsgefühl entstehen zu lassen. Anlass für diese Schlussfolgerung war die Tatsache, dass sehr widersprüchliche Wertevorstellungen mit einer höheren Fluktuation einhergingen (vgl. Bragg/Bonner, 2014, S. 1 f.).

Loffing und Loffing sehen eine konkrete **Unternehmensvision** sowohl im gesundheitswirtschaftlichen Sektor als auch branchenunabhängig als unerlässlich an. Vor allem die Glaubwürdigkeit der vermittelten Werte spielt eine wichtige Rolle. Nur, wenn das Unternehmen seine Grundsätze im Alltag wirklich umsetzt, hat dies eine positive Wirkung auf den Arbeitnehmenden. Die Unternehmenskultur hat gemäß den beiden Autoren Einfluss auf die Mitarbeitermotivation und -zufriedenheit (vgl. Loffing/Loffing, 2010, S. 44).

Eine gemeinsame und konkrete Unternehmensvision stärkt das Verbundenheitsgefühl (vgl. Bragg/Bonner, 2014, S. 2). Aus dieser Emotion lässt sich wiederum ein erhöhtes (affektives) Commitment ableiten. Fühlt sich ein Mitarbeiter einem Unternehmen zugehörig, steigen die Arbeitszufriedenheit und die soziale Identifikation mit dem Beruf (vgl. Kanning, 2017, S. 193). Pflegende werden folglich als gesamte Gruppe angesprochen, sodass eine Zielgruppeneignung vorliegt. Insofern mitarbeiterbindende Faktoren tatsächlich in der Unternehmensstrategie verankert sind, können sie nachhaltig, da zeitlich anhaltend, wirken.

Loffing und Loffing raten ebenfalls zu mehr Anerkennung und Wertschätzung im Führungsalltag. Demnach sollen kleine Präsente und Ehrungen zu Geburtstagen, Dienstjubiläen und bestandenen Weiterbildungen die Arbeit der Mitarbeitenden anerkennen. Je individueller eine solche Anerkennung ist, umso mehr positiven Einfluss nimmt sie auf die Bindung der Zielperson an das Unternehmen (vgl. Loffing/Loffing, 2010, S. 147 f.).

Pfeiffer hält Führungsstile aus der Familie der universellen Verhaltenstheorien für ein stabiles Commitment als besonders relevant. Ihnen unterliegt der Gedanke, dass es eine allgemeingültige und richtige Führungsweise gibt. Insbesondere die **transaktionale Führung** und die **transformationale Führung** sind an dieser Stelle zu nennen (vgl. Pfeiffer, 2018, S. 29). Die transaktionale Führung sieht Führung als eine Tauschbeziehung an. Dabei gewährleistet der Führende Anreize, die bei Zielerfüllung seitens des Mitarbeitenden gegeben werden, z. B. eine Gehaltserhöhung. Folglich wird Leistung belohnt, der Mitarbeitende selbst soll dabei nicht verändert werden. Der transformationale Führungsstil hingegen beinhaltet den Wunsch, einen so großen Einfluss auf den Mitarbeitenden auszuüben, dass seine Denkweise verändert wird. Durch ideologische Visionen soll der Mitarbeitende so zu einem „Anhänger“ des Unternehmens werden (vgl. Becker, 2019, S. 82).

Tourangeau, Cummings und Kollegen führten eine Befragung unter kanadischen Krankenschwestern durch, um aufzudecken, welche Determinanten mit dem Vorhaben einhergehen, den Beruf verlassen zu wollen. So ist die Beziehung zu und die Unterstützung durch Vorgesetzte für die Befragten an der Entscheidung beteiligt, ob sie in der aktuellen Position

verbleiben werden. Die Autoren weisen auch im beruflichen Kontext auf die Wichtigkeit von menschlichen Beziehungen hin (vgl. Kap. 7.3.2). Missachtet man diesen Faktor, drohen andere Retentionsstrategien zu scheitern (vgl. Tourangeau et al., 2010, S. 30).

### 7.3.2 Arbeitskultur und -klima

Neben der Beziehung zu den Führungskräften arbeiteten Tourangeau, Cummings und Kollegen ebenfalls die Wichtigkeit der Beziehung zu den Kollegen als maßgebenden Faktor zur Mitarbeiterbindung heraus. So raten sie dazu, im Betrieb **respektvolle Beziehungen** zu pflegen, um die Absicht der Pflegenden, beschäftigt zu bleiben, zu stärken (vgl. Tourangeau et al., 2010, S. 30).

Auch der Leitfaden „Gute Stationsorganisation“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hebt eine funktionierende Teamarbeit zur Motivationssteigerung unter den Pflegenden hervor. Demnach ist ein vertrauensvolles Betriebsklima an Bindungsgedanken beteiligt. Offene Kommunikationsprozesse fördern diesen Zustand (vgl. BAuA, 2016, S. 36).

Ein respektvoller Umgang mit den Kolleginnen und Kollegen sowie offene Kommunikationsprozesse stellen Bindungsfaktoren innerhalb der stationären Krankenpflege dar (vgl. BAuA, 2016, S. 36; Tourangeau et al., 2010, S. 30). Es erscheint plausibel, dass so die Arbeitszufriedenheit steigt. Vor allem der Faktor „soziale Identifikation“ wird durch den entgegengebrachten Respekt unterstützt, da er den positiven sozialen Selbstwert der jeweiligen Person stärkt (vgl. Kanning, 2017, S. 203).

### 7.3.3 Arbeitsort und -umgebung

Zahlreiche Studien zeigen auf, dass sich der Zustand des Arbeitsumfelds der Pflegenden auf die Absicht auswirkt, den Job weiterhin ausführen zu wollen (vgl. Tourangeau et al., 2010, S. 26; vgl. Applebaum et al., 2014, S. 323; vgl. Kilańska et al., 2016, S. 15). An dieser Stelle lassen sich zusammenfassend folgende Maßnahmen der Verhältnisprävention nennen:

- gute Ausstattung des Arbeitsumfelds und kontinuierliche Verfügbarkeit von Verbrauchsmaterialien (vgl. Tourangeau et al., 2010, S. 26)
- gute Luftqualität, Sauberkeit des Arbeitsorts, bequeme Möbel und eine ausreichende Privatsphäre (vgl. Tourangeau et al., 2010, S. 26)
- Beseitigung von negativen Umweltfaktoren wie Geruch, Lärm, Licht und Farbe (vgl. Applebaum et al., 2014, S. 323)
- die Möglichkeiten schaffen, Wertsachen wegzuschließen, während des Dienstes essen zu können und Arbeitskleidung vor Ort reinigen zu lassen (vgl. Kilańska et al., 2016, S. 15)
- gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung durch Qualitätsstandards (vgl. Löffert/Golisch, 2013, S. 72 ff.)

Die genannten Maßnahmen lassen sich hinsichtlich der zugrunde liegenden Bewertungskriterien und der angestrebten Mitarbeiterbindung gemeinsam bewerten. Sie verfolgen grundsätzlich das Ziel, die Arbeitsumgebung in Bezug auf verschiedene Parameter wie Ausstattung, Umweltfaktoren und Ergonomie zu verbessern. Da eine Verbesserung der Arbeitsumgebung idealerweise zur Folge hat, dass der Arbeitnehmende mit seinem Arbeitsplatz und seiner beruflichen Tätigkeit zufriedener ist, wird bereits eine psychologische Komponente der Mitarbeiterbindung bedient. An einen Arbeitsort, der einem ein reibungsloses Nachkommen seiner beruflichen Pflichten ermöglicht, fühlt sich ein Arbeitnehmer besser gebunden. Zudem kann er so in einem größeren Umfang seiner sozialen Rolle innerhalb des Unternehmens nachkommen.

### 7.3.4 Arbeitszeit und Pausenregelungen

Grundsätzlich verfolgen viele verschiedene Arbeitszeitmodelle dasselbe Ziel: eine flexible und bedarfsgerechte Gestaltung der Arbeitszeiten. Die gewünschte Flexibilität hängt maßgeblich von den individuellen Umständen der Pflegekräfte ab, sodass die einzelnen Maßnahmen grundsätzlich individuell bewertet werden müssen. Es lässt sich jedoch festhalten, dass eine Reduktion der Belastungen, die durch Schicht- und Wochenenddienst

entstehen, zur Arbeitsplatzzufriedenheit beitragen kann. Eine erhöhte Zufriedenheit mit der beruflichen Tätigkeit wiederum erhöht das Commitment und somit die grundlegende Mitarbeiterbindung. Es handelt sich um Maßnahmen, die es den Pflegenden ermöglichen, die Arbeitszeiten an die individuellen privaten und gesundheitlichen Bedürfnisse anzupassen.

Pantelmann benennt folgende Möglichkeiten zur Flexibilisierung der Arbeitszeiten, die über das klassische, für den Pflegebereich nicht anwendbare, Gleitzeitmodell hinausgehen: Arbeitsverträge beinhalten zumeist Vereinbarungen über die **durchschnittlichen wöchentlichen Arbeitszeiten**. Diese Formulierung eröffnet die Möglichkeit, diesen Durchschnitt über einen längeren Zeitraum hinweg zu erreichen und so mehr Flexibilität gewährleisten zu können. Zudem bieten **Teilzeitmodelle** oder **geringfügige Beschäftigungsverhältnisse** eine mögliche Vereinbarkeit von Beruf und familiären Pflichten. Es gelingt so unter Umständen, Mitarbeitende mit familiären Verpflichtungen, wie die Pflege pflegebedürftiger Angehöriger oder betreuungspflichtiger Kinder, in einem geringeren Umfang in den Betrieb zu integrieren. Auch ein **Sabbatical** oder die Führung eines **Langzeitkontos** kann die beschriebenen Umstände unterstützen (vgl. Pantelmann, 2018, S. 304 f.).

Baum sieht in der Tatsache, dass es sich um durchschnittliche Angaben handelt, ebenfalls die Möglichkeit, die Arbeitszeiten an den Leistungsfall anzupassen. Die Vereinbarungen beschreiben lediglich eine Jahresarbeitszeit. Daher ist die Arbeitszeit im Kalenderjahr flexibel verteilbar. In diesem Zusammenhang erläutert Baum ein sogenanntes **Ampel- oder Arbeitszeitkonto**: Ein Umfang von bis zu 35 Überstunden ist dabei ohne weitere Steuerungsmaßnahmen planbar (Ampel grün). Weist das Arbeitszeitkonto ein Zeitguthaben von bis zu 70 Stunden auf, muss innerhalb der nächsten 13 Kalenderwochen durch den Vorgesetzten ein Freizeitausgleich angeordnet werden (Ampel gelb). Ein Zeitguthaben von mehr als 70 Stunden gilt als Grund für eine sofortige Dienstfreistellung (Ampel rot). Diese Grenzwerte dienen als Grundlage für feste Handlungsrahmen (vgl. Baum, 2013, S. 110 f.). Durch die gerechte Personalbedarfsplanung trägt diese Maßnahme zur Verbesserung der sozialen Identifikation bei. Die Tatsache, dass sich einzelne Pflegekräfte im Vergleich zu ihren Kolleginnen und Kollegen

nicht „ausgebeutet“ fühlen können, erhöht ihren Selbstwert. Folglich kann diese Maßnahme die psychologischen Komponenten der Mitarbeiterbindung im besonderen Maße bedienen.

### 7.3.5 Arbeits- und Aufgabenorganisation

Dem Themenfeld Arbeitsorganisation lässt sich eine Vielzahl an Maßnahmen und Angeboten zuordnen, die jeweils einen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Pflegenden haben. Stab und Hacker fanden im Rahmen ihrer Untersuchung hinsichtlich der Arbeitsorganisation auf deutschen Krankenhausstationen heraus, dass die Anzahl sich „stark beansprucht“ fühlender Pflegenden auf den Stationen höher ist, die arbeitsanalytisch weniger gut organisiert sind. Sie schlussfolgerten daraus, dass der Bedarf für Verhältnisprävention in Form einer Verbesserung der Arbeitsorganisation gegeben ist. Stab und Hacker entwickelten ein Verfahren, das eine objektive Arbeitsanalyse hinsichtlich der Organisation auf den Stationen ermöglicht und so als Intervention in Krankenhäusern und Kliniken angewandt werden kann. Im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen werden dabei die Parameter „Pflegeprinzip und -organisation“, „Voraussetzungen der Patientenfreundlichkeit“, „mögliche Partizipation an der Stationsorganisation“, „Kooperationsmöglichkeiten im Team“, „Vorhersehbarkeit/Planbarkeit der Tätigkeiten“ und „Informationsflusssicherung“ abgefragt. Die Erkenntnisse daraus sollen dazu dienen, Arbeitsbedingungen zu schaffen, die das Pflegepersonal entlasten und die Patientenversorgung verbessern. Das Verfahren zur objektiven Arbeitsanalyse ist auf den ersten Blick keine klassische Maßnahme, die direkt auf den Mitarbeitenden einwirkt, sondern sie kann als Basis für die Implementierung solcher Interventionen verstanden werden. Somit ist die Analyse dennoch als Instrument zur Verhältnisprävention anzusehen, da sie den Fokus auf Arbeitsbedingungen legt, die im weiteren Verlauf einen positiven Einfluss auf die relevanten Komponenten nehmen. Der Aspekt „Pflegeprinzip“ führt zu gemeinsamen Vorstellungen hinsichtlich der zu tätigenen Pflege und unterstützt somit gemeinsame Werte und ein Verbundenheitsgefühl. Die Tatsache, dass die Mitarbeitenden an der Stationsorganisation beteiligt werden sollen, erhöht

die Autonomie und somit das Selbstwertgefühl (vgl. Stab/Hacker, 2014, S. 204 ff.). Naturgemäß geht die Arbeitsanalyse mit analytischen Phasen einher, sie dient im weiteren Verlauf aber als Grundlage für strategische Planungen und Veränderungen. Stetige Kontrollen schaffen eine nachhaltige Wirkung.

Eine gelungene Arbeitsorganisation lässt sich womöglich bereits mit einem auf den Betrieb zugeschnittenen **Einarbeitungskonzept** initiieren. Durch das frühzeitige Onboarding wird die Integration eines neuen Mitarbeitenden gefördert (vgl. Klinke, 2017, S. 265). Diese Tatsache wiederum setzt das Thema Commitment von Beschäftigungsbeginn an in den Fokus. So kommt es zu einem frühzeitigen organisationalen Verbundenheitsgefühl und die Grundlage für eine hohe Arbeitszufriedenheit ist geschaffen. Es handelt sich bei der beschriebenen Intervention zunächst um eine Eingangsveranstaltung, jedoch stellt sie eine gelungene Bindungsgrundlage dar und ermöglicht, dass weitere Maßnahmen nachhaltig wirken können.

Betrieblich organisierte oder unterstützte Kinderbetreuung stellt ebenfalls einen essenziellen Aspekt zur Bindung von Mitarbeitenden mit Familien dar. Frase erläutert einige praktische Beispiele für eine organisationale Kinderbetreuung: (1) unternehmenseigener Kindergarten mit Randzeitenbetreuung oder die finanzielle Bezuschussung des extern genutzten Betreuungsaufwands, (2) Wochenendbetreuung über externe Dienstleister, (3) Notfallbetreuung in Form von Notmütter-Pools, (4) Ferienbetreuung in Form von Ferienprogrammen durch externe Dienstleister, (5) mobile Spielkisten für den Fall, dass ein Kind kurzfristig mit zum Arbeitsplatz genommen werden muss, (6) Stillzimmer für noch stillende Arbeitnehmerinnen (vgl. Frase, 2017, S. 297). Der Fokus liegt vor allem in der schnellen und flexiblen Darbietung von Lösungsmöglichkeiten (vgl. Frase, 2017, S. 298). Die genannten Maßnahmen unterstützen vorrangig die psychologische Komponente der Arbeitszufriedenheit. Die Pflegenden müssen sich z. B. in Notfallsituationen nicht mit blockierenden Gedanken hinsichtlich der Familienorganisation beschäftigen. Besuchen die Kinder der Mitarbeitenden einen gemeinsamen Kindergarten, so kann dies zudem Freundschaften unterstützen und eine erhöhte Verbundenheit mit dem beruflichen Umfeld hervorrufen.

Im weiteren Verlauf spielt die Organisation der Arbeitsprozesse selbst eine entscheidende Rolle für die wahrgenommene Mitarbeiterzufriedenheit. Wilke kommt zu dem Schluss, dass **Prozessoptimierung** die Arbeitszufriedenheit der im Krankenhaus Tätigen erhöht. Als konkrete Maßnahmen zählt er die strukturierte Analyse, Entschlackung und Standardisierung von Arbeitsprozessen auf (vgl. Wilke, 2013, S. 25). Als beispielhafte Maßnahme im Rahmen von Lean Healthcare lässt sich die Portionierung von komplexen Arbeitsabläufen in Teilprozesse nennen. Verschwendung – insbesondere Arbeitszeitverschwendung – wird dadurch vermieden, was wiederum zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit führt (vgl. Wilke, 2013, S. 26). Durch Prozessoptimierung in einem OP-Bereich eines Schwerpunktversorgungskrankenhauses konnten so vielzählige Parameter verbessert werden: OP-Wechselzeiten konnten verkürzt, akkumulierte Überstunden reduziert und die Durchführung von 200 zusätzlichen Operationen mit einem Mehrerlös von 620.000 Euro gewährleistet werden (vgl. Wilke, 2013, S. 46; 50). Aus den Ergebnissen resultiert die Schlussfolgerung, dass Lean-Prinzipien im Gesundheitswesen als Instrument zur Steigerung der Arbeitsplatzzufriedenheit durch eine angepasste Arbeitsmenge geeignet sind (vgl. Wilke, 2013, S. 51). Durch den Zusammenhang von Arbeitszufriedenheit, sozialer Identifikation und Commitment können die Maßnahmen folglich positiv auf die Mitarbeiterbindung einwirken. Prozessoptimierung kann dahingehend als nachhaltig beschrieben werden, da durch die Reduzierung von Arbeitszeitverschwendung nachhaltig mit den Ressourcen der Mitarbeitenden umgegangen wird (vgl. Wilke, 2013, S. 26).

## 7.4 Handlungsempfehlungen und Fazit

Vor dem Hintergrund des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG) zeigen die Themen Mitarbeitergewinnung und -bindung eine hohe Relevanz. Gemäß § 17b KHG werden die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-Vergütungssystem seit dem Budgetjahr 2020 ausgegliedert. Stattdessen werden sie unter Berücksichtigung des krankenhausindividuellen Pflegepersonalbedarfs über ein neu eingeführtes Pflegebudget finanziert, das seit dem Jahr 2020 verhandelt wird (§ 6a KHentG). Ferner wird nach § 4 Abs. 8 KHentG



jede Neueinstellung (oder Arbeitszeitaufstockung) einer vollsexaminierten Pflegekraft in vollem Umfang von den Krankenkassen refinanziert. Auch für die Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf wird ein neues Fördervolumen in Höhe von 0,1 % des Krankenhausbudgets gewährt (vgl. § 4 Abs. 8a KHEntG). Zwar existiert ab diesem Zeitpunkt für die Krankenhäuser kein Grund mehr, keine neuen Pflegekräfte einzustellen, jedoch liegt weiterhin das Grundproblem vor, dass der Arbeitsmarkt zu wenig Personal bietet. Folglich sollte das Unternehmen Krankenhaus seine Bemühungen hinsichtlich der Mitarbeitergewinnung und -bindung verstärken.

Es erscheint sinnvoll, eine Gewichtung der zuvor vorgestellten Maßnahmen vorzunehmen. Die unternehmerischen und strategischen Entscheidungen müssen als übergeordnet angesehen werden. Sie müssen zeitlich betrachtet vorausgehen, um eine Umsetzung im Klinikalltag erst zu ermöglichen. Erst wenn Rahmenbedingungen geschaffen sind, die für den Zweck der Mitarbeiterbindung förderliche Bedingungen ermöglichen, können die weiteren Parameter aufgegriffen werden. Die prioritäre Maßnahme, die dem einzelnen Krankenhaus anzuraten ist, ist somit die Überarbeitung der Unternehmensvision, des Leitbilds und der Oberziele. Vor allem hinsichtlich der Pflege, die das Krankenhaus anbieten möchte, müssen gemeinsame Werte festgelegt werden (vgl. Bragg/Bonner, 2014, S. 2). Die konkrete Unternehmensvision sollte zudem den Mitarbeitenden in den Fokus stellen (vgl. Loffing/Loffing, 2010, S. 44 f.).

Im nächsten Schritt erfolgt die Anpassung der Arbeitsbedingungen im direkten Arbeitsumfeld der Pflegenden. Verhältnisprävention kann als Säule eines betrieblichen Gesundheitsmanagements verstanden und im Zuge einer solchen Konzeption eingeführt werden. Denkbar ist folglich eine strukturierte Vorgehensweise mithilfe des PDCA-Zyklus, der zur Optimierung von Prozessen und anderen Problemen geeignet ist (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 156). Eine Arbeitsplatzanalyse (vgl. Stab/Hacker, 2014, S. 207) lässt sich dem ersten Schritt („Plan“) zuordnen, während im zweiten Schritt („Do“) die Maßnahmendurchführung stattfindet (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 157). Es folgen die Arbeitsschritte „Check“ und „Act“, die für einen fortlaufenden Prozess sorgen und den Erfolg der Maßnahmen

evaluieren (vgl. Bertagnolli, 2018, S. 157 f.). Hinsichtlich des genauen Maßnahmenplans, der auf die IST-Analyse aufbaut, sollten vor allem die Handlungsfelder Arbeitsort, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation und Arbeitsaufgabe inhaltlich beachtet werden. Zusammengefasst sind die genannten Handlungsempfehlungen als Teil einer komplexen Konzeption zu verstehen. Zur konkreten Umsetzung im Krankenhausbereich bedarf es demnach einer individuellen Betrachtung und umfangreichen Gestaltung.

## Literaturverzeichnis

- Abeler, J. (2013). *Sucht unter Pflegekräften*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2013*. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 151–160.
- Appelbaum, D./Fowler, S./Fiedler, N./Osinubi, O. et al. (2014). *The Impact of Environmental Factors on Nursing Stress, Job Satisfaction, and Turnover Intention*. *The Journal of Nursing Administration*, 40 (7–8), S. 323–328.
- BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2016). *Gute Stationsorganisation. Ein Leitfaden für Pflegeeinrichtungen*. [https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/Stationsorganisation.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://www.baua.de/DE/Angebote/Publicationen/Praxis/Stationsorganisation.pdf?__blob=publicationFile&v=7) (10.03.2019).
- Bauer, S./Römer, K. (2018). *Präventionsbericht 2018*. Hrsg. durch GKV-Spitzenverband, Berlin; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., Essen. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praeventionsbericht/2018\\_GKV\\_MDS\\_Praeventionsbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Praeventionsbericht.pdf) (10.03.2019).
- Baum, S. (2013). *Effizienter und mitarbeitergerechter Personaleinsatz in einer Uniklinik*. In: Dilcher, B./Hammerschlag, L. (Hrsg.): *Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus*. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer, S. 107–124.
- Becker, F. (2019). *Mitarbeiter wirksam motivieren. Mitarbeitermotivation mit der Macht der Psychologie*. Berlin: Springer.
- Bertagnolli, F. (2018). *Lean Management*. Wiesbaden: Springer.
- Bragg, S. M./Bonner, A. (2014). *Degree of value alignment – a grounded theory of rural nurse resignations*. *Rural and Health*, 14 (2), S. 2648.
- Braun, M. (2004). *Unternehmensstrategie Gesundheit. Konzepte für einen zeitgemäßen Arbeitsschutz*. expert: Renningen.
- Bühler, S./Buntenbach, A. (2018). *Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage*. <http://www.dgb.de/presse/++co++6c0d41f4-b1d2-11e8-a703-52540088cada> (10.03.2019).
- Cernavin, O. (2007). *Prävention*. In: Landau, K. (Hrsg.): *Lexikon Arbeitsgestaltung. Best Practice im Arbeitsprozess*. Stuttgart: Gentner, S. 1002–1004.

- Dick, R. van (2004). *Commitment und Identifikation mit Organisationen*. Göttingen: Hogrefe.
- Felfe, J. (2008). *Mitarbeiterbindung*. Göttingen: Hogrefe.
- Frase, H. (2017). *Kinderbetreuungsangebote*. In: Pröhl, J./van Loo, M. (Hrsg.): *Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding, Personalgewinnung, Mitarbeiterbindung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 295–299.
- GKV-Spitzenverband (2018). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V*. <https://www.vdek.com/content/dam/vdeksite/LVen/BRE/Presse/Bildarchiv/PDFs/Leitfaden-Prävention%202018.pdf> (10.03.2019).
- Glaeske, G./Francke, R./Kirschner, K./Kolip, P. et al. (2003). *Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen*. [http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B\\_Basiswissen\\_GF/B9\\_Materialien/B9\\_Dokumente/Dokumente\\_national/Fried\\_Ebert\\_Stift\\_GF\\_Praevention.pdf](http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_national/Fried_Ebert_Stift_GF_Praevention.pdf) (15.09.2019).
- Glaser, J./Höge, T. (2005). *Probleme und Lösungen in der Pflege aus Sicht der Arbeits- und Gesundheitswissenschaften*. <https://d-nb.info/1010621394/34> (10.03.2019).
- Hungenberg, H. (2014). *Strategisches Management in Unternehmen. Ziele – Prozesse – Verfahren*. 8. aktual. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kanning, U. P. (2017). *Personalmarketing, Employer Branding und Mitarbeiterbindung. Forschungsbefunde und Praxistipps aus der Personalpsychologie*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kauffeld, S./Schermyly, C. C. (2019). *Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmotivation*. In: Kauffeld, S. (Hrsg.): *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie für Bachelor*. 3. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 261–303.
- Kirchler, E.; Hölzl, E. (2008). *Arbeitsgestaltung*. In: Kirchler, E. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. 2. korr. Auflage, Wien: Facultas, S. 199–316.
- Klinke, C. (2017). *Einarbeitungskonzept*. In: Pröhl, J./ Loo, M. van (Hrsg.): *Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding, Personalgewinnung, Mitarbeiterbindung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 264–268.
- Löffert, S./Golisch, A. (2013). *Alter(n)sgerechtes Arbeiten im Krankenhaus. Stand und Perspektiven einer langfristigen Bindung von Pflegekräften. Eine Studie im Auftrag der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)*. [https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/altersgerechtes\\_arbeiten.pdf](https://www.dki.de/sites/default/files/downloads/altersgerechtes_arbeiten.pdf) (29.11.2019).
- Loffing, D./Loffing, C. (2010). *Mitarbeiterbindung ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen*. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Meyer, M./Wenzel, J./Schenkel, A. (2018). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H./ Klose, J. et al. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2018. Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit*. Berlin: Springer.
- Ostwald, D. A./Erhard, T./Bruntsch, F./Schmidt, H. et al. (2010). *Fachkräftemangel. Stationärer und ambulanter Bereich bis zum Jahr 2030*. <https://www.pwc.de/de/gesundheitswesen-und-pharma/assets/fachkraeftemangel.pdf> (15.09.2019).

- Pantelmann, N. (2017). *Flexibilisierung der Arbeitszeiten*. In: Pröhl, J./Loo, M. van (Hrsg.): *Attraktiver Arbeitgeber Krankenhaus. Employer Branding, Personalgewinnung, Mitarbeiterbindung*. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 303–307.
- Pfeiffer, S. (2018). *Commitment in der stationären Krankenpflege. Organisationsbindung als unternehmerische Ressource des Personalmanagements*. Wiesbaden: Springer.
- Römer, K. (2018). *Tabellenband zum Präventionsbericht 2018. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und Gesundheitsförderung*. Hrsg. durch GKV-Spitzenverband, Berlin; Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V., Essen. [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/praevention\\_\\_selbsthilfe\\_\\_beratung/praevention/praeventionsbericht/2018\\_GKV\\_MDS\\_Tabellenband\\_Praeventionsbericht.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praeventionsbericht/2018_GKV_MDS_Tabellenband_Praeventionsbericht.pdf) (10.03.2019).
- Schaper, N. (2019). *Wirkungen der Arbeit*. In: Nerdinger, F. W./Blickle, G./Schaper, N. (Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. 4. voll. überarb. Auflage, Berlin: Springer, S. 573–600.
- Stab, N./Hacker, W. (2014). *Arbeitsorganisation von Krankenhausstationen – Bedarf für Verhältnisprävention?* In: Bornewasser, M./Kriegesmann, B./Zülch, J.: *Dienstleistungen im Gesundheitssektor*. Wiesbaden: Springer, S. 191–213.
- Tourangeau, A. E./Cummings, G./Cranley, L. A./Ferron E. M. et al. (2010). *Determinants of hospital nurse intention to remain employed: broadening our understanding*. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (1), S. 22–32.
- Wilke, M. (2013). *Prozessoptimierung steigert die Arbeitszufriedenheit*. In: Dilcher, B./Hammerschlag, L. (Hrsg.): *Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement im Krankenhaus*. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer, S. 23–54.



---

## Autorinnen und Autoren

### **Christine Bergmann**

studierte angewandte Psychologie (B. Sc.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen. 2017 gründete sie die Firma CB Biografie-Design. Seit 2019 ist sie tätig in CB Coaching und Mediation, speziell bei Mobbing, Burnout und Prüfungsangst.

### **Katja Büttner**

geboren 1973, ist seit 2015 am Institut für Berufs- und Sozialpädagogik als Bildungscoach und Dozentin für Arbeits-, Persönlichkeits- und Gesundheitspsychologie und im Coaching zur beruflichen Weiterentwicklung tätig. Davor war sie u. a. als Arbeitsvermittlerin für die Arbeitsagentur Gießen, im Rahmen der sozialpädagogischen Beratung, in der Supervision, im Coaching und als systemische Familientherapeutin und Ergotherapeutin tätig. Im Rahmen des Studiums der angewandten Psychologie galt ihr großes Interesse der Gesundheits- und Motivationspsychologie und dem betrieblichen Gesundheitsmanagement. Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass Mitarbeiter psychisch gesund und zufrieden bleiben und damit zum Unternehmenserfolg beitragen, und gleichzeitig der Unternehmenserfolg gesteigert wird, sind Themen, die ihr am Herzen liegen.

### **Andrea Connelly-Burscheid**

geboren 1972, ist seit 20 Jahren als Betriebswirtin im Maschinenbau tätig. Seit 2015 entwickelte sich bei ihr ein großes Interesse am Themengebiet Fitness, Gesundheit und betriebliches Gesundheitsmanagement; deshalb studierte sie berufsbegleitend „Präventions- und Gesundheitsmanagement“ (B. A.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Seit Juli 2019 ist sie freiberuflich als Beraterin für betriebliches Gesundheitsmanagement aktiv.

### **Prof. Dr. Michael Erhart**

(geb. 1970) ist Diplom-Psychologe und promovierte 2007 an der Universität Bielefeld zum Thema „Testtheoretische Grenzen und Möglichkeiten der Lebensqualitätserfassung“. Er arbeitete als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Charité in Berlin, dem Robert Koch-Institut in Berlin, der Universität Bielefeld und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und

wirkte dort an verschiedenen internationalen Gesundheitsforschungsprojekten und Studien mit. Außerdem war er als Gastdozent für Lebensqualität an der Ludwig-Maximilians-Universität in München und als Gastdozent für Statistik an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften in Hamburg tätig. Seit 2010 ist er Epidemiologe und Statistiker am Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Dort leitet er seit 2012 den Fachbereich „Versorgungsforschung und Risikostruktur“ und führt die Geschäftsstelle „Wissenschaftlicher Beirat für Forschungsförderung“. 2015 wurde er auf eine Professur für Psychologie mit Schwerpunkt klinische Psychologie und Diagnostik an die APOLLON Hochschule berufen.

### **Martina Huttenlocher**

geboren 1975, lebt heute, nach beruflichen Aufenthalten in der Schweiz und in Schweden, in Düsseldorf und ist freiberuflich in der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig. Martina Huttenlocher ist Absolventin des Bachelorstudiengangs Präventions- und Gesundheitsförderung und staatlich anerkannte Physiotherapeutin. Sie ist als Referentin und Trainerin im Rahmen von Gesundheitstagen tätig und berät Unternehmen langjährig in verschiedenen Gesundheitsbereichen ([www.von-herzen-gesund.de](http://www.von-herzen-gesund.de)). Ihr Themenschwerpunkt „Ökonomische Relevanz von betrieblicher Gesundheitsförderung“ unterstützt sie dabei, Unternehmer von der präventiven sowie wirtschaftlichen Bedeutung von BGF-Maßnahmen zu überzeugen.

### **Andrea Kühne**

geb. 1968, lebt mit ihrer Familie im Rheinland. Seit 2011 ist sie an einer Hochschule als Dekanatsassistentin tätig und dort zuständig für das Prüfungswesen. Von Ende 2015 bis Anfang 2019 studierte sie berufsbegleitend „Angewandte Psychologie“ (B. Sc.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft.

### **Vivien Rieger**

ist Notfallsanitäterin und Qualitätsmanagerin. Sie studierte Präventions- und Gesundheitsmanagement (B. A.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft und war als Führungskraft im Rettungsdienst tätig. Derzeit arbeitet sie im Projekt- und Qualitätsmanagement einer Hilfsorganisation.

**Prof. Dr. Viviane Scherenberg, MPH**

Seit 2009 Tätigkeit als Autorin und Lehrbeauftragte für den Bereich Public Health und seit April 2011 Position als Dekanin des Fachbereichs Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft in Bremen; zuvor Studium der Betriebswirtschaft (Marketing) an der Hochschule AKAD sowie Angewandte Gesundheitswissenschaften und Public Health an der Universität Bielefeld; Promotion am Zentrum für Sozialpolitik (Universität Bremen) bei Prof. Dr. Gerd Glaeske; Beschäftigung vor Hochschultätigkeit: 8 Jahre in der Industrie und 13 Jahre in einer Marketingagentur (u. a. Bereichsleitung Health- und Socialcare); besonders bedachte Themengebiete im Bereich der Forschung: u. a. Gesundheits-/Präventions-Apps, die gesundheitliche Aufklärung über neue Medien und Präventionsmarketing (bzw. Vermarktung, Gewinnung und Bindung von Teilnehmern präventiver Maßnahmen).

**Christine Tatura**

geb. 1986 in Bocholt, arbeitete nach ihrer Ausbildung als Physiotherapeutin zehn Jahre lang in verschiedenen niedergelassenen Praxen als Physiotherapeutin und Kursleitung für Präventionskurse. Nach der Geburt ihrer beiden Kinder studierte sie von 2016–2019 „Präventions- und Gesundheitsmanagement“ (B. A.) an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Aktuell ist sie als Assistentin der Geschäftsführung in einem freigemeinnützigen Krankenhaus am Niederrhein tätig.



## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1:	Die drei Säulen des BGM	19
Abb. 1.2:	Ziele von Unternehmen mit BGM	21
Abb. 1.3:	Kennzahlen	22
Abb. 2.1:	Primäre und sekundäre Emotionen	40
Abb. 2.2:	Einflussfaktoren zur Kränkungsreduktion	45
Abb. 2.3:	Modell zur Entstehung von Kränkungen aus kommunikations-, kognitions- und tiefenpsychologischer Sicht	47
Abb. 2.4:	Vereinfachtes Kränkungsmodell zur Ableitung von Maßnahmen für das BGM	49
Abb. 3.1:	Grafische Darstellung der Variablen	63
Abb. 3.2:	Vorgänge, aus denen sich Reaktionen des Empfängers ableiten lassen	66
Abb. 3.3:	Subjektive Bewertung der Situationen nach der Aufteilung in Profile	72
Abb. 4.1:	Übersicht der Skalenwertgruppen (n = 733)	88
Abb. 4.2:	Belastungsfaktoren (Mehrfachnennungen sind möglich, n = 1041)	89
Abb. 4.3:	Skalenwerte nach Geschlecht	90
Abb. 4.4:	Geschlechterverteilung nach Qualifikation	91
Abb. 4.5:	Skalenwerte nach Qualifikation	92
Abb. 4.6:	Entwicklung (Trendlinie linear) der Skalenmittelwerte in Abhängigkeit vom Alter	93
Abb. 4.7:	Genderverteilung nach Berufserfahrung	93
Abb. 4.8:	Skalenwerte nach Berufserfahrung	94
Abb. 5.1:	Angenommene Dosis-Wirkungsbeziehung zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit	105

---

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1:	Zusammenfassung aller Studienergebnisse	25
Tab. 1.2:	Zusammenfassung der Auswirkungen auf den Absentismus	27
Tab. 1.3:	Zusammenfassung der Auswirkungen auf Mitarbeiterzufriedenheit und Betriebsklima	29
Tab. 2.1:	Maßnahmen der primären, sekundären und tertiären Kränkungsprävention im Rahmen des BGM	52
Tab. 3.1:	Einteilung in die jeweiligen Profile	70
Tab. 5.1:	Potenzielle Ursachen von Fehlbelastungen am Arbeitsplatz	102
Tab. 6.1:	Wichtigkeit der Handlungsfelder	122
Tab. 6.2:	Gewichteter arithmetischer Mittelwert der Präferenzen nach Generationen geordnet	122

## Stichwortverzeichnis

### A

Absentismus	23, 25, 41
– absoluter	26
– relativer	26
Absentismusrate	21
Alten- und Krankenpflege	132
– Arbeitsverhältnisse	132
Arbeitsleistung	24
Arbeitsorganisation	141
Arbeitsschutzgesetz	99
Arbeitsumgebung	139
Arbeits- und Gesundheitsschutz	18
Arbeitszeitmodelle	139
Arbeitszufriedenheit	23, 24, 134

### B

Belastung	101
– physische	118
– psychische	94, 119
Betriebsklima	23, 27, 138
Bewegung	121
Bewegungsförderung	108
Burnout	93

### C

Changemanagement	50, 51
Change-Prozesse	52
Commitment	
– affektives	134
– organisationales	134
Controlling	22
Cybermobbing	61

### E

Eingliederungsmanagement	
– betriebliches	19
Emotion	
– primäre	40
– sekundäre	40
Entspannung	107
Ernährung	121

### F

Feedback	51
Feedback- und Fehlerkultur	51
Fehlbelastung	102
– psychische	101
Fitness	103
Führung	137
Führungsstil	137
– transaktionaler	137
– transformationaler	137

### G

Gamification	108
Generation X	116, 119, 122
Generation Y	116, 119, 122
Gesundheits-Apps	108
Gesundheitscontrolling	22
Gesundheitsförderung	133
– betriebliche	18, 21, 38, 50, 100, 135
Gesundheitsmanagement	
– betriebliches	18, 38, 100, 144

### I

Identifikation	
– soziale	134
Integration	
– soziale	106
Intervention	
– verhaltensorientierte	103
– verhältnisorientierte	103

### K

Kennzahlen	22, 23
– harte	22, 23
– weiche	23
Kommunikationsprozesse	
– offene	138
Konflikte	45, 54
Konfliktmanagement	50
Krankenpflege	
– stationäre	131

Krankenstand	24, 132	<b>P</b>	
Krankenstandsenkung	26	PDCA-Zyklus	144
Krankenstandzahlen	17	Personalengpass	132
Krankheitskosten		Pflegefachkräfte	117
– direkte	20	Pflegeprinzip	141
– indirekte	20	Präsentismus	20, 42
Kränkung	37, 39	Prävention	133
– primäre	41, 46	– betriebliche	133
– sekundäre	41, 48	– verhaltensbezogene	100
Kränkungsbewältigung	48	Produktivitätskennzahlen	24
Kränkungspotenzial	39	Produktivitätssteigerung	24
Kränkungsprävention	52	Prozessoptimierung	143
Kränkungsreaktion	39, 40	<b>R</b>	
Kränkungsreduktion	44	Regeneration	106
<b>L</b>		<b>S</b>	
Lean Healthcare	143	Selbstreflektion	44
<b>M</b>		Selbstwertkränkung	44
Maßnahmen		Sport	103, 104, 107
– gesundheitsfördernde	21	Störung	
– integrierende	50	– psychische	18
– personenbezogene	50	Stress	99, 102
– sachbezogene	51	Stressbewältigung	103, 121
– trennende	51	Stressempfinden	106
– verhaltenspräventive	50, 52	Stressor	102, 109
– verhältnispräventive	50	Stresspuffer-Hypothese	106
Mitarbeiterbindung	132, 134	Stressreaktionen	109
Mitarbeiterzufriedenheit	23, 27	Stressreiz	105
Mobbing	61, 63	Stresstoleranz	104, 106
– Definition	64	Suchtprävention	121
– Folgen	68	<b>U</b>	
– Risikofaktoren	67	Unternehmensstrategie	136
Mobbingattacken	66	Unternehmensvision	136
Mobbinggefährdete	67	<b>V</b>	
<b>N</b>		Veränderungsprozesse	52
Neurotizismus	67	Verhaltensprävention	19, 52, 116
<b>O</b>		Verhältnisprävention	19, 50, 132, 133, 144
Onboarding	142		

### W

Wohlbefinden	105
– soziales	106
Work-Life-Balance	123