

Burnout-Gefährdung bei Projektmanagerinnen und Projektmanagern

Ergebnisse Burnout-Studie 2014



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	5
Vorwort	7
Anmerkung des Autorenteam	8
Interviews - Teil 1	9
1 Ergebnisse der Studie	17
1.1 Ausgangssituation	17
1.1.1 Anlass zur Studie	17
1.2 Wissenswertes zum Thema „Burnout“	17
1.3 Methodik der Datenerhebung	20
1.3.1 Entwicklung des Fragebogens und Pretests	20
1.3.2 Befragung und statistische Auswertungsmethoden	20
1.3.3 Datenvolumen	21
2 Auswertungsergebnisse	22
2.1 Alter, Geschlecht, Ausbildung	22
2.2 Arbeitsverhältnisse	22
2.3 Burnout-Risiko	24
2.4 Externe Risikofaktoren: Welche sind für das Arbeitsgebiet Projektmanagement relevant?	27
2.4.1 Externe Faktoren, die das Burnout-Risiko erhöhten	28
2.4.2 Externe Faktoren, die das Burnout-Risiko nicht erhöhten oder sogar reduzierten	31
2.4.3 Innere Faktoren (Persönlichkeitsfaktoren) und Burnout-Risiko	32
2.4.4 Burnout-Risiko und Zufriedenheit mit der Arbeit	33
2.4.5 Burnout-Risiko und die Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen	34
2.4.6 Burnout-Risiko und Hauptbelastungen (privat, beruflich bzw. beruflich und privat gleichermaßen)	34
2.4.7 Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Lebensqualität	35
2.4.8 Burnout-Risiko und Führungsverantwortung	37
2.4.9 Burnout-Risiko im deutschsprachigen Raum	37
2.4.10 Burnout-Risiko und Geschlecht	40
2.4.11 Angebote der Unternehmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie	42
2.5 Vergleich der Ergebnisse mit bereits publizierten Daten	43

2.5.1	Rate an Erschöpfung und Burnout	43
2.5.2	Äußere und innere Risikofaktoren der Studienteilnehmer	43
2.5.3	Geschlechtsspezifische Unterschiede	45
3	Gesamtbewertung der Studie	46
3.1	Einordnung der Studienergebnisse aus medizinischer Sicht	46
3.2	Implikationen der Ergebnisse für die Praxis	46
3.3	Stärken und Einschränkungen der Studie	48
4	Ausblick und Empfehlungen	49
	Interviews - Teil 2	50
	Literaturverzeichnis	56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Äußere und innere Risikofaktoren für Burnout	18
Abbildung 2	Entstehung des Burnout-Syndroms	19
Abbildung 3	Altersverteilung der Studienteilnehmer	22
Abbildung 4	Verantwortungsbereiche der Studienteilnehmer (Mehrfachnennungen möglich)	24
Abbildung 5	Erreichte Burnout-kritische Werte in den 3 Domänen	25
Abbildung 6	Erreichte Burnout-kritische Werte je Branche	26
Abbildung 7	Erreichen Burnout-kritischer Werte in Abhängigkeit der ausgeübten Funktion	27
Abbildung 8	Angaben der Studienteilnehmer zu den äußeren Burnout- Risikofaktoren in %	30
Abbildung 9	Ausprägung der Burnout-begünstigenden Persönlichkeitsfaktoren	33
Abbildung 10	Empfundene Hauptbelastung der Studienteilnehmer	34
Abbildung 11	Auflistung der Beschwerden der Studienteilnehmer	35
Abbildung 12	Empfundener Gesundheitszustand der Studienteilnehmer	36
Abbildung 13	Empfundene Lebensqualität der Studienteilnehmer	36
Abbildung 14	Einfluss der Führungsverantwortung auf Burnout	37
Abbildung 15	Burnout-kritische Werte für österreichische und deutsche Studienteilnehmer	38
Abbildung 16	Burnout-kritische Werte getrennt nach österreichischen und deutschen Männern	39
Abbildung 17	Burnout-kritische Werte getrennt nach österreichischen und deutschen Frauen	40
Abbildung 18	Burnout-kritische Werte und Geschlecht	41
Abbildung 19	Bekannte und wahrgenommene Angebote der Unternehmen zur Entlastung der Mitarbeiter	42
Abbildung 20	Belastende Faktoren im Vergleich mit anderen Studien	44
Abbildung 21	Warnzeichen für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms bei den Studienteilnehmern	46
Abbildung 22	Präventionsmöglichkeiten auf Organisations- und individueller Ebene	47

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Ausgeübte Funktionen der Studienteilnehmer	23
Tabelle 2	Projektspezifische Angaben der Studienteilnehmer	23
Tabelle 3	Burnout-Scores der Studienteilnehmer aufgeteilt nach Branchen	25
Tabelle 4	Burnout-Scores der Teilnehmer und Funktion im Unternehmen	26
Tabelle 5	Burnout-relevante äußere Risikofaktoren	28
Tabelle 6	Einfluss der empfundenen Wertschätzung auf die 3 Burnout-Subskalen	29
Tabelle 7	Zusatzbelastungen der Studienteilnehmer	31
Tabelle 8	Persönlichkeitsfaktoren	32
Tabelle 9	Burnout-Scores und Zufriedenheit mit der Arbeit	33
Tabelle 10	Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen	34
Tabelle 11	Burnout-Scores aufgeteilt nach Deutschland und Österreich	38

Burnout-Gefährdung bei Projektmanagerinnen und Projektmanagern

Ergebnisse Burnout-Studie 2014 – Langversion

Oktober 2014

Autoren

Dr. Tatjana Reichhart
Roswitha Müller-Ettrich

Vorwort



Sind ProjektmanagerInnen mehr als andere Berufsgruppen gefährdet, bei ihrer anspruchsvollen, herausfordernden Arbeit auszubrennen? Das war die Leitfrage für die im Jahr 2013 durchgeführte Studie mit dem Centrum für Disease Management an der TU München, die von den PM-Expertinnen der GPM initiiert wurde. Das Risiko, an Burnout zu erkranken, ist den meisten ProjektmanagerInnen offenbar sehr bewusst. Aber wie hoch ist diese Gefahr wirklich?

Die Zahl der psychischen Erkrankungen, zu denen Burnout gezählt wird, nimmt in Deutschland rapide zu: von 8,1 Krankheitstagen pro 1.000 Krankenversicherten im Jahr 2004 stiegen die Ausfalltage bis 2011 auf 94,4 Tage (Quelle: Fehlzeitenreport 2012). Das gleiche Bild zeigt sich bei den Frühverrentungen: mittlerweile sind psychische Erkrankungen mit rund 50 % die häufigste Ursache für Frühverrentungen in Deutschland (Quelle: Ärzteblatt vom 24.7.2013).

Bereits die überaus hohe Studienbeteiligung mit über 1.300 Teilnehmern aus dem Bereich Projektmanagement beweist das immense Interesse an diesem uns alle betreffenden Thema.

Die Ergebnisse zeigen: Burnout-Symptome treten bei den befragten ProjektmanagerInnen deutlich häufiger auf als bei Mitarbeitern in anderen Berufen. 35 % der Befragten haben den Cut-off Score für Burnout erreicht, 40 % fühlen sich von ihrer Arbeit ausgebrannt, über 50 % sind mindestens einmal im Monat ausgelaugt von ihrer Arbeit. Das sind besorgniserregende Zahlen.

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass es nicht nur die beruflichen Anforderungen sind, sondern insbesondere die eigenen Erwartungen an uns selbst, die uns überfordern und auf Dauer krank machen. 90 % der Studienteilnehmer stimmen der Aussage „ich bin erst dann mit mir zufrieden, wenn ich mein Bestes gegeben habe“ zu. Hier ist jeder Einzelne aufgefordert, die Ansprüche an sich selbst kritisch zu hinterfragen.

Genauso wichtig sind die äußeren Bedingungen, die das Burnout-Risiko von ProjektmanagerInnen im positiven Fall deutlich mindern, im negativen Fall jedoch erheblich verstärken können. Diese sind in erster Linie:

- | die Wertschätzung durch den Vorgesetzten
- | die Arbeitsbelastung
- | die Zufriedenheit mit dem Gehalt
- | häufige Unterbrechung bei der Arbeit
- | die Unterstützung durch den Vorgesetzten
- | die Bewertung der Wichtigkeit der eigenen Arbeit
- | die empfundenen eigenen Handlungsspielräume
- | die Klarheit der Zielvorgaben
- | flexible Arbeitszeiten
- | zeitlich befristete Anstellungen
- | die Anzahl der Auftraggeber bzw. Kunden eines Projektes

Hier besteht für die Organisationen und Führungskräfte großer Handlungsbedarf, die Unternehmenskulturen und ihren Führungsstil dahingehend weiterzuentwickeln, dass sie die Mitarbeiter deutlich besser bei ihrer anspruchsvollen Projektstätigkeit unterstützen. Denn der wichtigste Erfolgsfaktor für die immer stärker expandierende Projektwirtschaft sind gut ausgebildete, motivierte, gesunde und belastbare ProjektmanagerInnen.

Prof. Dr. Yvonne Schoper
GPM Deutsche Gesellschaft
für Projektmanagement e.V.
Vorstand Forschung

Anmerkung des Autorenteam



Das Thema Burnout und psychische Belastung am Arbeitsplatz und im privaten Alltag ist nicht nur in den Medien ein Dauerthema. Auch die Politik, Unternehmen, Krankenkassen und Gewerkschaften haben aufgrund der Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage als auch der Frühverrentungen infolge psychischer Erkrankungen die vieldiskutierte Tatsache im Focus.

In einer Studie der PM-Expertinnen der GPM über die Arbeitsbedingungen und Karrierechancen von Projektmanagerinnen und Projektmanagern aus 2009 sahen 65 % der Befragten die Furcht vor Burnout als größten Nachteil ihrer Tätigkeit an. Woher kommt diese Besorgnis? Ist es der tägliche Druck des Berufslebens – immer schneller, immer komplexer mit weniger Mitarbeitern? Sind es die täglichen Warnsignale wie Erschöpfung, Frustration, Schlafstörungen und vieles mehr. Welchen Anteil hat das Privatleben an dieser Überforderung?

Wie die vielfältigen Ergebnisse der Online-Studie, an der über 1.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Projektmanagement aus Deutschland, Österreich und der Schweiz teilgenommen haben, zeigen, sind 35 % der in der Projektwirtschaft Tätigen Burnout-gefährdet!

In dieser Broschüre werden

- | zahlreiche demographische und berufsbezogene Daten
- | das Burnout-Risiko allgemein und differenziert nach Branchen und Funktionen
- | die externen und internen Risikofaktoren, die einen Burnout „befeuern“
- | Burnout-Risiko und die Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen
- | die Unterschiede zwischen deutschen und österreichischen Projektmanagern
- | Präventionsmöglichkeiten auf der individuellen Ebene wie der Unternehmensseite

und a. m. beschrieben.

Zudem wird in Interviews z. B. die Bedeutung von Burnout-Erkrankungen für die Unternehmen und die Volkswirtschaft von einem Experten, der täglich mit dieser Materie befasst ist, beleuchtet. Eine betroffene Managerin beschreibt anschaulich, wie sie in einen Burnout „geschlittert“ ist. Vertreter der Wirtschaft zeigen auf, was sie seit Jahren an präventiven Maßnahmen unterstützend für ihre Mitarbeiter zur Verfügung stellen.

Die Projektleitung seitens der GPM hatte Roswitha Müller-Ettrich. Frau Müller-Ettrich ist Gründungsmitglied der GPM und in der Leitung der SIG (special interest group) PM-Expertinnen der GPM. Sie suchte einen geeigneten Kooperationspartner, der die medizinische Seite mit profunden Kenntnissen abdecken konnte. Zusammen mit der Projektleiterin des Kooperationspartners, Frau Dr. Tatjana Reichhart, vom Centrum für Disease Management der Technischen Universität München organisierte sie die Online-Umfrage und die Datenauswertung. Frau Dr. Reichhart ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und hat ihren Arbeitsschwerpunkt auf dem Gebiet psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. Sie leitet Workshops für Führungskräfte, Personalreferenten, Betriebsräte sowie Mitarbeiter.

An dieser Stelle möchten wir allen Teilnehmern der Umfrage danken, wie auch den vielen anderen Unterstützern der Studie. Für den beruflichen Alltag wünschen wir den Lesern „happy projects“.

Dr. T. Reichhart
Centrum für Disease
Management,
Technische Universität
München

Roswitha Müller-Ettrich
GPM SIG
„PM-Expertinnen“,
Projektleiterin

Interview – Dr. Werner Kissling



Dr. Werner Kissling

Leiter des Centrums für Disease Management (CFDM) der TU München

Dr. Kissling ist Experte auf dem Gebiet „Gesundheitsmanagement für psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“. Das CFDM hat in den letzten Jahren über 300 Unternehmen und Behörden zu diesem Thema beraten und führt Workshops dazu durch. Zum Aufgabengebiet gehört auch die Gefährdungsbeurteilung hinsichtlich psychischer Belastungen. Das Interview führte Dr. Tatjana Reichhart, Centrum für Disease Management der Technischen Universität München.

Herr Dr. Kissling, man liest ja zurzeit überall von Burnout und der Zunahme von psychischen Erkrankungen. Ist das ein Medien Hype oder tatsächlich ein echtes Problem?

Die Fehltagestatistiken wegen psychischer Erkrankungen haben in den letzten Jahren um 165 % zugenommen. Das ist für Unternehmen und Behörden tatsächlich ein riesiges und ein sehr teures Problem. Burnout selbst führt dabei nur bei 2-4 % der Mitarbeiter direkt zur Arbeitsunfähigkeit. Wir sehen Burnout eher als einen Risikozustand, der zu anderen psychischen Störungen wie Depression oder Angsterkrankungen führen kann, wenn man nicht rechtzeitig etwas dagegen unternimmt.

Was kann man denn dagegen tun?

Das Unternehmen als Ganzes, die Führungskräfte und jeder einzelne Mitarbeiter können da sehr viel tun. Zum einen präventiv, zum anderen aber auch, wenn jemand schon überlastet oder erkrankt ist.

Wie sieht das dann konkret aus? Was kann ein Unternehmen denn für die psychische Gesundheit seiner Mitarbeiter tun?

Am wichtigsten ist die Schulung von Führungskräften, Personalern und Betriebsräten zu diesem Thema. Ihnen kommt bei der Bewältigung

des Problems eine Schlüsselfunktion zu und sie sind meistens auf diese Aufgabe überhaupt nicht vorbereitet. Sie müssen geschult werden, psychische Belastungen und Erkrankungen bei ihren Mitarbeitern frühzeitig zu erkennen, in der richtigen Weise anzusprechen und dann den Mitarbeiter zu motivieren, sich professionelle Hilfe für die Bewältigung seiner Erkrankung zu suchen. Solche Schulungen bewirken sehr viel, wie wir in einer Studie in 300 Unternehmen zeigen konnten, die wir in den letzten Jahren geschult haben.

Und was kann man präventiv tun?

Unternehmen und Behörden sind ja gesetzlich verpflichtet, in einer Gefährdungsbeurteilung alle Arbeitsplätze auf psychische Belastungen hin zu untersuchen. Das wissen viele noch nicht, aber die Gewerbeaufsichtsämter haben damit begonnen, die Einhaltung dieses Arbeitsschutzgesetzes sehr genau zu überprüfen. Und abhängig vom Ergebnis dieser Gefährdungsbeurteilung müssen die Unternehmen dann die erforderlichen Maßnahmen umsetzen: Gesundheitsmanagement, Führungskräfte Schulungen, Beratungsangebote für alle Mitarbeiter etc.

Sind die Unternehmen überhaupt bereit in Gesundheitsmanagement zu investieren?

Seit diese Fehltagestatistiken wegen psychischer Erkrankungen auf dem Tisch liegen, häufen sich bei uns die Anfragen nach Beratung zum Gesundheitsmanagement und nach Schulungen für die Führungskräfte. Denn jedem Unternehmen entstehen hohe Kosten durch psychische Erkrankungen der Mitarbeiter. Ein Unternehmen mit 1.000 Mitarbeitern z. B. verliert im Jahr mindestens 3 Millionen €, wenn es sich nicht um dieses Problem kümmert. Im Vergleich dazu sind 30.000 € für ein wirksames Gesundheitsmanagement „peanuts“.

Und welchen Einfluss hat der Führungsstil?

Es gibt zahlreiche Studien, die eindeutig zeigen, dass der Führungsstil großen Einfluss auf den Krankenstand hat. Deshalb führen wir in allen Unternehmen, die wir betreuen, auch Schulungen zum Thema „Gesund führen“ durch.

Und was kann jeder Einzelne für seine psychische Gesundheit tun?

Viele – gerade die jüngeren Mitarbeiter und die Führungskräfte – denken in der Alltagshektik relativ selten an ihre Gesundheit. Dafür muss man sie durch entsprechende Maßnahmen wie Sensibilisierungsvorträge, Gesundheitstage, Schulungen, E-Learning Programme etc. erst

einmal sensibilisieren. Dabei ist Vorbeugung gegen stressbedingte psychische Störungen recht einfach:

Die 5 wichtigsten Maßnahmen („Big Five“) sind:

- | Jeden Tag ausreichend erholsame Kurzpausen einplanen
- | regelmäßig Sport treiben
- | mindestens 7 Stunden täglich schlafen
- | nicht in allem perfekt sein wollen (selektiver Perfektionismus)
- | befriedigende Sozialkontakte pflegen, ausreichend Spaß haben, Lachen, Freunde treffen etc.

Jeder kennt diese Punkte, das Problem ist die praktische Umsetzung. Aber die kann man in entsprechenden Trainings lernen.

Wie sehen Sie die Entwicklung in den nächsten Jahren? Werden die Fehltage wegen psychischer Störungen weiter ansteigen?

In den nächsten Jahren vermutlich schon noch. Aber mittelfristig bin ich zuversichtlich. Immer mehr Unternehmen und Behörden haben inzwischen die Relevanz der psychischen Gesundheit ihrer Mitarbeiter für das Unternehmensergebnis erkannt und haben mit einem wirksamen Gesundheitsmanagement und Schulungsmaßnahmen begonnen. Wenn diese Entwicklung anhält, wird sich die Fehltagekurve in maximal 5 Jahren abflachen und dann sogar wieder sinken. Ähnlich wie das bei den Rückenbeschwerden der Fall war.

Und was kann ein Mitarbeiter tun, wenn seine Firma die Relevanz des Themas noch nicht erkannt hat?

Dann soll er den Verantwortlichen vorrechnen, wieviel Geld sie jedes Jahr verlieren, wenn sie sich nicht um die Lösung dieses drängenden Problems kümmern.

Vielen Dank Herr Dr. Kissling für das Interview.

Interview – Betsy Uphus



Betsy Uphus

Projektleiterin

Frau Betsy Uphus arbeitete 20 Jahre als Managerin in Medienunternehmen, bevor sie 2008 an Burnout erkrankte. Heute ist sie zertifizierter Business-Coach mit den Schwerpunkten Burnout-Prävention und Konfliktmanagement. Das Interview führte Dr. Tatjana Reichhart, Centrum für Disease Management der Technischen Universität München.

Frau Uphus, wie war Ihre berufliche Situation, als Sie das Burnout-Syndrom bekommen haben?

Im Jahr 2008 erkrankte ich an dem so genannten Burnout-Syndrom. Damals war ich seit knapp einem Jahr „Leiterin Marketing & Vertrieb“ bei einem Tochterunternehmen eines Medienunternehmens in Hamburg. Mein Mann lebte und arbeitete noch in München, wo ich vorher als „Leiterin Presse-Information“ bei einem Fernsehsender tätig war.

Wie hat sich das genau angefühlt?

Die Warnzeichen kamen bereits Jahre vorher, in Form von Rückenschmerzen, Verspannungen, einem Hörsturz und kleinere Beschwerden, die sich regelmäßig meldeten.

Als es zum Ausbruch der Krankheit kam, ging bei mir nichts mehr. Ich fühlte nur noch Leere. Ich fühlte mich absolut hilflos und bekam einen tagelangen Weinkrampf. Ich wollte/konnte mehrere Tage nicht sprechen. Ich hatte kein Leben in mir. Alles war mir zu viel. Ich stand von meinem Arbeitsplatz auf und ging einfach weg, ohne meiner Sekretärin oder einem anderen Kollegen Bescheid zu sagen. Mir war alles zu viel. Dieser Zustand hielt dann fast ein Jahr lang an.

Haben Sie kommen sehen, dass Sie in ein Burnout driften?

Aus heutiger Sicht: Ja! Die Anzeichen waren da, fast schon bilderbuchmäßig. Aber ich habe mich nie mit dem Thema auseinandergesetzt und konnte so die Zeichen nicht deuten.

Außerdem war meine innere Haltung ungesund preußisch: „Zusammenreißen, Weitermachen ...“ Rückblickend war das fahrlässig mir gegenüber.

Wer oder was hat Ihnen in der Situation geholfen? Und wie sind sie da wieder raus gekommen?

Geholfen hat mir zunächst ein Freund. Er war selbst vor Jahren an einem Burnout erkrankt, und ich wusste um seine Sensibilität und sein Verständnis. Er ging lange mit mir spazieren, er war einfach da. Anschließend organisierte er für mich einen Flug nach München, wo mich mein Mann vom Flughafen abholte. Ich selbst war nicht in der Lage, das zu organisieren. Am nächsten Tag suchten wir zu zweit unsere Hausärztin auf. Sie erkannte gleich, was mit mir los war, schrieb mich krank und verschrieb mir Antidepressiva. Zusätzlich riet sie mir, dringend einen Therapeuten zu konsultieren. Damit begann ein langer und schwieriger, aber auch erkenntnisreicher Weg. Eine unersetzliche Hilfe war mein Mann. Er stand immer an meiner Seite und unterstützte mich uneingeschränkt. Auch für ihn war es nicht leicht, da er nicht wusste, wie er sich verhalten sollte. Weitere Unterstützung kam von Freunden und Nachbarn. Das aber erst zu einem späteren Zeitpunkt, da ich die ersten Monate nur zu Hause mit meinem Mann verbrachte. Sehr wichtig waren auch meine Hausärztin und mein Therapeut. Meine Hausärztin ist bis heute eine kompetente, verständnisvolle und mitfühlende Ansprechpartnerin, und mein Therapeut hat mir vieles aufgezeigt, z. B. dass es keine Schwäche ist, psychisch erkrankt zu sein.

Ist man nachher schlauer?

Gott sei Dank JA! Dank meiner Therapie, einem Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik und meiner anschließenden Ausbildung zum Business Coach habe ich sehr viel gelernt. Ich habe mich intensiv mit meiner Erkrankung und den Umständen, die dazu führten, auseinandergesetzt. Das war kein einfacher, aber für mich der beste Weg. Diesen Weg führe ich bis heute fort.

Was haben Sie persönlich aus dieser Erfahrung gelernt?

Ich habe sehr viel gelernt. Als erstes, dass ich selbst für mich und mein Wohlergehen verant-

wortlich bin. Niemand kommt und nimmt mich an die Hand. Ich muss mich selbst um mich und meine Belange kümmern.

Das hört sich einfach an, aber es ist nicht einfach, es im Alltag umzusetzen. Dazu musste ich zuerst meine Bedürfnisse und Kräfte kennen, anschließend Grenzen setzen, um so auf mich „aufzupassen“. Das hat sicherlich einige Menschen vor den Kopf gestoßen, aber mir geht es deutlich besser.

Zusätzlich habe ich meine Kommunikation verändert. Heute kommuniziere ich deutlicher und klarer. Und das funktioniert tatsächlich. Ich fühle mich viel besser.

Würden Sie sagen, dass ausschließlich die Arbeit „schuld“ war an Ihrem „Zusammenbruch“?

Meiner Meinung nach gibt es keine Schuld. Weder haben die „anderen“ noch „ich“ Schuld. Ich bin einfach krank geworden. Ich habe mich mit meiner Geschichte auseinandergesetzt und handle heute nach meinen aktuellen Erkenntnissen. Ein Blick zurück um den oder die „Schuldigen“ auszumachen, ist mir zu destruktiv.

Welche Tipps können Sie anderen Betroffenen geben, die merken, dass sie vielleicht in ein Burnout rutschen könnten?

Ich persönlich höre heute mehr auf mein Bauchgefühl und nehme mir ausreichend Zeit für Entscheidungen und Antworten. Und ich bin nicht mehr „Everybody's Darling“. Außerdem höre ich bei besorgten Rückmeldungen meiner Familie und von Freunden genauer hin. Ziehe ich mich wieder zurück? Spreche ich zu viel über meine Arbeit?

Was war das Schlimmste an der Zeit?

Die Angst, versagt zu haben. Die Scham – habe ich versagt? Was sagen die Kollegen? Und was fürchterlich war: Selbst als ich am Boden lag, machte ich mir noch Gedanken über eine Entscheidungsvorlage für die Geschäftsführung, die ich nicht fertig gestellt hatte. Ganz schlimm war auch: Als ich mich meinem Vorgesetzten offenbarte, beschwichtigte er mich, dass ich erst einmal gesund werden soll. Wenige Tage später wurde mir gekündigt. Mein Vertrauen in die Menschheit war erst einmal dahin. Außerdem hatte ich große Angst um meine berufliche Zukunft. Ich sah damals nur schwarz und weiß: Entweder zurück in den Job oder ein Leben auf der Straße.

Gab es auch was Positives aus der Zeit?

Ja, die Ruhe. Und vor allem das Zusammensein mit meinem Mann. Dass wir wieder gemeinsam unter einem Dach lebten, machte mich zufried-

den. Das kam Schritt für Schritt. Ich fühlte mich geschützt. Darüber hinaus die langsame Auseinandersetzung mit meiner Erkrankung. Ich wollte wissen, warum, wieso und weshalb. Ich habe so unendlich viel gelernt, das gab mir immer mehr Kraft. Darüber hinaus meine Entscheidung, mit offenen Karten zu spielen. Mit meiner Diagnose bin ich offen umgegangen. Keine Geheimnisse, keine Ausflüchte, sondern dazu stehen, dass ich krank bin. Des Weiteren hilft mir bis heute mein ehrenamtliches Engagement für BASTA (Bündnis gegen die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen). Ich stehe nicht allein da, und ich sensibilisiere vor allem junge Menschen für das Thema.

Wie geht es Ihnen jetzt? Beruflich und privat?

Ich beginne mit dem Privaten. Ich bin glücklich. Ich lebe wieder. Mein Leben ist reicher geworden. Beruflich war es schwieriger, denn ich verspürte eine lähmende Angst. Mir war nun klar, dass ich nicht mehr als Führungskraft und nicht mehr Vollzeit arbeiten werde. In der Klinik haben mich dann eine Therapeutin und eine Trainerin auf meine hohe soziale Kompetenz und berufliche Erfahrung angesprochen. Sie regten an, mich in diese Richtung zu orientieren. Das fühlte sich für mich gut und richtig an. Nach einer Ausbildung bei der IHK zum systemischen Business Coach berate ich heute Menschen zu beruflichen Themen wie Burnout-Prophylaxe, dem Umgang mit Konflikten und dem Wiedereingliederungsmanagement. Letzteres ist die optimale Vorbereitung zur Rückkehr in den Job, z. B. nach einem Burnout. Darüber hinaus arbeite ich als Texterin – eine Arbeit, die ich liebe. Ich bin froh, keine Führungsverantwortung mehr zu haben und meine Zeit selbst einteilen zu können.

Wie hat Ihr berufliches Umfeld auf Ihre Erkrankung reagiert?

Da gab es keine Reaktionen. Ich bin ja auch nicht zurück in meine alte Firma gegangen, da mir ja gekündigt wurde. Als mir meine Unterlagen nach München geschickt wurden, fand ich in dem Karton eine Karte von einer Kollegin mit sehr freundlichen Worten. Das hat mich tief berührt und gefreut. Als ich vor Jahren an Krebs erkrankte, haben sich viele Menschen gemeldet, als ich psychisch krank wurde, waren die Reaktionen deutlicher verhaltener. Genau deshalb engagiere ich mich für BASTA – Bündnis für psychisch erkrankte Menschen.

Gab es von beruflicher Seite irgendeine Unterstützung? Hat Sie mal jemand gefragt, wie es Ihnen geht?

Meine Freunde und meine Familie haben natürlich meinen Weg verfolgt. Auch viele Freunde aus Berlin, wo ich 13 Jahre gelebt habe, nahmen regen Anteil. Es war schön zu merken, wie viele

tragfähige und belastbare Freundschaften ich habe. Eine Ressource, die ich erst in der Klinik begriffen habe.

Was hätten Sie sich von Ihrem Chef gewünscht?

Vor der Erkrankung sicherlich, dass er echte Führung ausübt. Ich hatte nur einmal in meinem Leben das Glück, eine Führungskraft zu haben, die den Titel verdient. Das war in Berlin, und zu den ehemaligen Kollegen habe ich immer noch engen Kontakt. Da ich nicht in mein altes Berufsleben zurückgekehrt bin, ersetze ich jetzt mal den „Chef“ durch „Umfeld“. Hier wünsche ich mir mehr Verständnis. Sätze wie: „Wie lange dauert das denn noch?“, „Mir geht es auch mal schlecht, deshalb renne ich nicht gleich zum Arzt“, „Sowas bezahlt die Krankenkasse?“ oder „Wie lange soll die Therapie denn noch dauern“ nerven. Ich persönlich kann gut damit umgehen und angemessen reagieren. Aber nicht jeder Mensch hat diese Fähigkeit. Manche Menschen sind verletzbarer,

nicht schlagfertig oder haben einfach keine Lust und Kraft, sich ständig zu rechtfertigen. Deshalb mein Wunsch „Einfach mal die Klappe halten“ und sich in die Situation des anderen reinfühlen und -denken, das wäre prima.

Was hat sich seit dieser Erfahrung noch in ihrem Leben geändert?

Mein Mann und ich teilen heute unser Leben mit Frieda, einem bildhübschen Parson Terrier. Von ihr kann man lernen, wie man seine eigenen Bedürfnisse durchsetzt. Die junge Dame hat ein enormes Forderungsmanagement und sie sorgt dafür, dass ich selbst bei schlechtem Wetter mehrmals am Tag an die Luft muss. Da muss sich jede Depression „hintenanstellen“. Ach ja, ich habe noch ein schönes Motto: „Hinfallen, aufstehen, Krone richten und weiter gehen“.

Vielen herzlichen Dank, Frau Uphus, für dieses offene Interview.

Interview – Dr. Ulrich Birner



Dr. Ulrich Birner

Leiter des Fachreferats Psychosocial Health and Well-Being im Zentralbereich Environmental Protection, Health Management and Safety der Siemens AG, München.

Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Konzeption, Umsetzungsunterstützung und Monitoring von Maßnahmen zur Wiederherstellung, Prävention und Förderung psychischer Gesundheit einschließlich der psychischen Gefährdungsbeurteilung im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Konzernebene. Das Interview führte Roswitha Müller-Etrich von der Special Interest Group PM-Expertinnen der GPM.

Herr Dr. Birner, Sie sind Leiter des Fachreferats „Psychosocial Health and Well-Being“. Das klingt sehr innovativ und progressiv. Siemens hat ja eine lange Tradition im Bereich der betrieblichen sozialen Leistungen. So gab es bereits 1888 einen eigenen Betriebsarzt in Berlin und ab 1956 erste Kreislauftrainingskuren für Mitarbeiter. Wie sieht heute das Angebot im Bereich der Gesundheitsprävention aus?

2009 wurde mit dem Aufbau der Zentralabteilung Environmental Protection, Health Management and Safety, für die zwischenzeitlich ca. 40 Mitarbeiter tätig sind, und die dem Personalvorstand direkt unterstellt ist, auch das betriebliche Gesundheitswesen bei Siemens neu geregelt. Man sah einerseits die Herausforderungen der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts mit einer fortschreitenden Dynamisierung und starken demografischen Veränderungen und weiß gleichzeitig um den Stellenwert eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements für den Geschäftserfolg. Das bedingt auch, dass man das betriebliche Gesundheitswesen – über die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen hinaus – nicht mehr alleine von der Konjunkturlage, sprich Kassenlage, und dem Interesse und Engagement einzelner Führungskräfte abhängig machen kann.

Wie sieht dieses „Global Health Management System“ nun konkret aus?

Unser Health Management System muss vor allem den zahlreichen Standorten des Konzerns im In- und Ausland und deren speziellen Anforderungen gerecht werden.

Deshalb ist die Hauptfrage bei der Implementierung immer: „Wo stehen wir in der Gesundheitsprävention und wo wollen wir hin?“

Zur Beantwortung dieser zentralen Frage stellen wir den verschiedenen Standorten und Landesgesellschaften einen „Baukasten“ zur Verfügung, der ein Reifegradmodell für ein Self Assessment aber auch Umsetzungshilfen und Instrumente und Methoden enthält, und zum Aufbau von Kompetenz im Gesundheitsmanagement „vor Ort“ dient. Voraussetzung ist immer eine Bedarfsanalyse. Grundlagen sind hier z. B. Daten aus dem Personalbereich zum Krankenstand, Gesundheitsberichte von Krankenkassen, Statistiken von Betriebsärzten und Sozialdienststellen sowie Daten aus den Arbeitssicherheitsberichten. Diese Auswertung der vorhandenen Daten erfolgt natürlich nur anonymisiert und aggregiert auf Organisationsebene und in Abstimmung mit dem Datenschutzbeauftragten und dem Betriebsrat.

Mit dem Baukasten und seinen Modulen alleine wird es nicht getan sein. Oder?

Ganz sicher nicht! Dieses System basiert auf einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, d.h. der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeit und der Befähigung von Mitarbeitern zu gesundheitsförderlichem Verhalten.

Um dies nachhaltig zu erreichen, bedarf es v.a. der Unterstützung der Führungskräfte. Deshalb ist es so wichtig, sie für diese Rolle im Gesundheitsmanagement fit zu machen. Dafür haben wir entsprechende Trainingsmodule für unterschiedliche Zielgruppen installiert.

Das heißt, Ihr Fachbereich gibt Hilfestellung bei einer bedarfsorientierten Nutzung des „Baukastens“, und unterstützt das Management vor Ort bei der Wahrnehmung seiner Verantwortung für möglichst gesunde Mitarbeiter.

Nur wer sich körperlich und psychisch wohlfühlt und dessen Life-Balance eine gewisse Ausgewogenheit aufweist, hat Freude an der Arbeit, ist motiviert und leistungsstark.

Deshalb müssen die Führungskräfte die Treiber des Programms sein. Und es braucht klare Rollen und Verantwortlichkeiten für alle Beteiligten aber auch die Integration in die Geschäftsprozesse.

Herr Dr. Birner, welche Handlungsfelder umfasst Ihr Gesundheitsmanagement?

Wir haben zum einen den Bereich „Gesunde Arbeitswelt“. Hier steht das Erfüllen der gesetzlichen Auflagen im Bereich des Arbeitsschutzes im Vordergrund. Dazu kommen die freiwilligen hausinternen Regelungen und Maßnahmen, die über Jahre entwickelt wurden. Als nächstes ist die „medizinische Betreuung“ der Mitarbeiter zu nennen, die bei Siemens eine lange Tradition hat. Jeder Standort in Deutschland verfügt über einen betriebsärztlichen Dienst. Hervorzuheben ist auch die Zusammenarbeit unserer Betriebsärzte mit den externen Gesundheitseinrichtungen zum Nutzen der Mitarbeiter. Bereits früh installiert wurden auch umfassende Programme zur „Bewegungsförderung“. Eingangs erwähnten Sie hier die Kreislauf-Trainingsprogramme. Dazu kommen aber auch noch arbeitsplatznahe Maßnahmen, z. B. im Rahmen von Ergonomieprogrammen oder in Form sogenannter aktiver Pausen. Weiter bieten wir schon seit längerer Zeit Info-Veranstaltungen und Beratungen zum Thema „Gesunde Ernährung“ an. Diese Erkenntnisse werden auch in unseren Kantinen „auf den Tisch“ gebracht. Wir wissen aus vielen Untersuchungen, dass z. B. in der Altersgruppe der über 50-Jährigen Erkrankungen wie Diabetes, Herzkreislauf oder auch Arthrosen deutlich zunehmen, häufig als Folge fehlender Bewegung oder unausgewogener Ernährung. Und letztendlich der Bereich „Unterstützung der psychischen Gesundheit“.

Wie Sie wissen, hat unsere großangelegte Studie über die „Burnout-Gefährdung“ von Projektmanagern in Deutschland, Österreich und der Schweiz ergeben, dass ca. 35 % der Befragten aufgrund von dauerhafter Überlastung und Stress durch Arbeit und privates Umfeld Burnout-gefährdet sind. Das heißt u. a., sie leiden unter chronischen Beschwerden, fühlen sich ausgelaugt und erschöpft, haben immer weniger Freude am „Leben“ und der Arbeit und 63,5% der Studienteilnehmer gingen, obwohl sie nach ihrer subjektiven Einschätzung krank waren, trotzdem in die Arbeit.

Das Problem des Präsentismus, also der Anwesenheit in der Arbeit trotz Krankheit und Unwohlsein, ist ein relevanter wirtschaftlicher Faktor und dies nicht nur für die Betriebe. Hierzu gibt es mittlerweile profunde Untersuchungen, u. a. die sog. Stanfordformel. Den sehr hohen Kosten durch Präsentismus stehen vergleichsweise niedrige Investitionen in effiziente betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen entgegen.

Wie sehen diese Maßnahmen in Ihrem Haus aus?

Wir wissen, dass ein hoher Prozentsatz der Fehltage in Europa heute direkt und indirekt durch Stress sowie psychische Belastungen und Störungen verursacht werden. Wir wissen auch durch zahlreiche Untersuchungen, ihre zählt hier auch dazu, wie Stress und psychische Belastung die Effektivität der Arbeitsleistung vermindern. Deshalb hat unser Programm „Life in Balance“ im Rahmen der Gesundheitsprävention einen besonderen Stellenwert mit zunehmender Bedeutung.

Im Wesentlichen geht es darum, gefährdete bzw. betroffene Mitarbeiter mit mentalen Gesundheitsproblemen zu unterstützen, sie für einen gesundheitsorientierten Lebensstil zu gewinnen und in diesem Verhalten zu bestärken. Am Anfang wird durch breit angelegte Information (in Form von Vorträgen zu speziellen Themen wie Burnout-Gefährdung, Suchterkrankungen etc.) ein Verständnis für die Themen persönliche Resilienz, Vorbeugungsmöglichkeiten bei psychischen Belastungen und Problemen, Interventionsmöglichkeiten und die psychische Gesundheit fördernde Maßnahmen geschaffen. Dazu zählen auch Maßnahmen, um diesen ganzen Themenbereich zu entstigmatisieren, besser zu verstehen und anzunehmen – genau so, wie körperliche Phänomene auch. Diese Informationen werden durch interne und externe Gesundheitsberater über unterschiedliche Informationskanäle (Intranet-Portal, Gesundheitstage, Lunch and Learn Treffen u. a. m.) verbreitet.

Wie versuchen Sie die Führungsebene für dieses Thema zu sensibilisieren und ein Bewusstsein und Verständnis dafür aufzubauen, denn nicht alle Mitarbeiter haben lapidar gesagt „Rückenbeschwerden“, bzw. fühlen sich schlapp und ausgebrannt.

Wir bieten z. B. eintägige Seminare zum Thema „Success factor psychosocial health – training for leaders“ an. Dazu kommen abgestimmte Trainings und Coachings der betrieblichen Gesundheitsexperten über psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Und für die betroffene Mitarbeiter? Wie unterstützen Sie diese?

Wir haben z. B. offene und umfassende 3-tägige Gesundheitsseminare, geleitet von erfahrenen Trainern, mit dem Fokus auf Sport, Ernährung und Stressbewältigungsstrategien. Außerdem bieten wir die Begleitung von betroffenen Mitarbeitern an, die unmittelbare Hilfe benötigen. Es kommt für jeden Betroffenen zu einer schnellen Abklärung des Anliegens durch die betriebliche Sozialberatung, Betriebsärzte und auch eine extern betriebene 24-Stunden-Hotline um Lösungsansätze zu finden.

Diese Beratungen decken inhaltlich ein breites Spektrum ab, wie z. B. private und familiäre Konflikte, Konflikte am Arbeitsplatz, Schulden, Drogen- und Alkoholmissbrauch und anderes mehr. Diese Beratung und Begleitung durch ausgewählte Experten kann situativ persönlich, telefonisch, über E-mail oder auch per Videogespräch erfolgen.

Dazu kommen die hausinternen Angebote zur Kinderbetreuung, „Elder Care“-Programme, eine große Bandbreite von Arbeitszeitmodellen, Home-Office-Angebote u. a. m.

Bei einem so vielfältigen Einsatz an so unterschiedlichen Einsatzorten auf verschiedenen Kontinenten lässt sich da nicht voneinander lernen und ggf. adaptieren?

Wir haben im Laufe der Jahre eine Informationsplattform aufgebaut und fortlaufend mit „Success Stories“ gefüllt. Hier beschreiben Health Manager wie sie an Ihrem Standort ihre Probleme gelöst haben. 2 Beispiele hierzu:

Das betriebliche Gesundheitsmanagement am Standort Kemnath/Oberpfalz hat die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit der Mitarbeiter zum Ziel. So wurde die Gestaltung von Standardarbeitsplätzen ergonomisch so optimiert, dass sie v. a. im höheren Alter effektiv und angenehm zu nutzen sind.

Das 2. Beispiel kommt aus Mumbai, Indien. Das Health Care Management Team hat 2012 das Programm „Fit4Life“ eingeführt. Das Ziel des Programms ist, mehr Bewusstsein für den Problemfaktor Stress am Arbeitsplatz und eine gesunde Balance zwischen Arbeit und Freizeit zu schaffen.

Fit4Life konzentriert sich auf die 4 Faktoren

Übergewicht, Bluthochdruck, Stress und Diabetes. Dabei unterstreicht es die Wichtigkeit einer ausgewogenen Life-Balance. Das Programm war überaus erfolgreich. Es steigerte nicht nur die Motivation am Arbeitsplatz, die Arbeitnehmer nahmen positive Veränderungen auch mit nach Hause.

Diese Good Practices eignen sich sehr für einen Gedanken- und Erfahrungsaustausch über ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement orientiert an den jeweiligen Bedarfen vor Ort. Was empfehlen Sie den Anwendern Ihres Health Management Systems darüber hinaus?

Zum einen natürlich die strikte Einhaltung der nationalen gesetzlichen Auflagen im Bereich Gesundheitsschutz, Sicherheit am Arbeitsplatz und auch Umweltschutz (Immissionsschutz, Abwasserschutz, etc.)

Der 2. Appell lautet, dass sich das Management zusammen mit den unterschiedlichen betrieblichen Fachleuten wenigstens einmal im Jahr mit dem Thema Gesundheitsprävention systematisch auseinander setzt und die passenden Maßnahmen anwendet.

Vielen Dank Herr Dr. Birner für Ihre sehr informativen Ausführungen. Ich möchte das Interview mit einem Statement von Dr. Ralf Franke, Corporate Medical Director der Siemens AG schließen: „Mit unserem betrieblichen Gesundheitsmanagement beeinflussen wir die Unternehmenskultur positiv. Zielsetzung ist es, Rahmenbedingungen zu schaffen, die unsere Mitarbeiter gesund erhalten“.

1 Ergebnisse der Studie

1.1 Ausgangssituation

1.1.1 Anlass zur Studie

In 2009 wurde von der „SIG (Special Interest Group) PM-Expertinnen“ und dem Gender-Zentrum der Universität Augsburg eine Studie zur Karriere von Frauen und Männern im Projektmanagement durchgeführt.

Im Rahmen dieser Studie wurden u. a. die Erfolgsfaktoren für eine Karriere im Projektmanagement, die Projektmanagement-Funktionen, das Projektumfeld, die geschlechtsspezifischen Unterschiede und vieles mehr erhoben. Bei den Vor- und Nachteilen der Projektarbeit ergab sich, dass sich die Projektmanager mit regelmäßigen Dienstreisen und wechselnden Einsatzorten arrangiert haben. Diese Art zu leben und zu arbeiten kann zu Lasten von Gesundheit und Wohlbefinden gehen. Dies war den Befragten durchaus bewusst. Dem klaren Vorteil der Projektarbeit, immer neuen Herausforderungen zu begegnen (knapp 100 % der Befragten) stellten fast 65 % der Frauen und Männer die Furcht vor Burnout als größten Nachteil gegenüber. Dieser hohe Anteil war überraschend und machte zugleich betroffen [2].

Das Thema Burnout und psychische Belastung am Arbeitsplatz und im privaten Alltag ist nicht nur in den Medien ein Dauerthema. Auch Politik, Unternehmen, Krankenkassen und Gewerkschaften haben das viel diskutierte Problem auf die Agenda geschrieben. Dies ist leicht nachzuvollziehen, wenn man den deutlichen Anstieg bei den Arbeitsunfähigkeitstagen als auch bei den Frühverrentungen infolge psychischer Erkrankungen in den letzten 10 Jahren verfolgt [4].

Warum haben so viele ProjektmanagerInnen Furcht vor Burnout? Was sind die größten Treiber dafür? Ist es der Termin- und Leistungsdruck, der Innovationsdruck, sind es unrealistische Pläne, nicht beherrschbare Änderungen in den Projekten, ist es die fehlende Unterstützung/ Anerkennung durch die Vorgesetzten? Nicht zu vergessen die Führungsverantwortung der Projektmanager! Welchen Einfluss haben private Konflikte, Erziehung und Betreuung von Kindern, hohe Ansprüche an sich selbst? Welche Rolle spielt die fortlaufende Beschleunigung von Produktions-, Dienstleistungs- und Kommunikationsprozessen bei steigender Komplexität der Aufgaben und zunehmenden Lernanforderungen? Und letztlich auch die Frage, ist diese Furcht berechtigt? Sind Mitarbeiter im Projektmanagement tatsächlich Burnout-gefährdet und in welchem Maße?

Diese und weitere Fragen veranlassten uns zusammen mit dem Centrum für Disease Management der TU München, einem Partner, der sowohl die medizinische Seite der Burnout-Symptomatik als auch die Gegebenheiten in den Unternehmen bestens kennt und beurteilen kann, im deutschsprachigen Raum die Situation der Projektmanager zu untersuchen. Im Wesentlichen geht es um folgende Fragen:

- I Wie Burnout-gefährdet sind Männer und Frauen, die in der Projektwirtschaft arbeiten?
- I Gibt es markante äußere und innere Faktoren, die die Entstehung von Burnout bei Projektmanagern fördern?
- I Wie sehen Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten von Projektmanagern aus?
- I Welche Bedeutung haben die Ergebnisse und welche Maßnahmen lassen sich daraus ableiten?

An dieser Stelle möchten wir den Mitgliedern des Arbeitskreises Burnout-Studie der SIG „PM-Expertinnen“, namentlich Eva Aue, Martina Baehr, Ilona Eggert und Anke Makkai sowie Frau Dr. Rosmarie Mendel und Herrn Dr. Werner Kissling vom Centrum für Disease Management der TU München für die vielen Anregungen und Beiträge herzlich danken.

1.2 Wissenswertes zum Thema „Burnout“

Bevor auf die Methodik und die Ergebnisse der Studie ausführlich eingegangen wird, zunächst einige Informationen zum Thema Burnout.

Was ist „Burnout“?

Geprägt wurde der Begriff Burnout von dem deutsch-amerikanischen Psychoanalytiker Herbert Freudenberger. Er beobachtete bei Menschen in sozialen Berufen und im Ehrenamt einen Zustand körperlicher, seelischer und geistiger Erschöpfung durch andauernde Überbelastung. Obwohl der Begriff Burnout weit verbreitet ist, bestehen viele Unklarheiten und Missverständnisse bezüglich des „Konzepts“ Burnout. Burnout ist keine anerkannte Diagnose und es gibt auch keine einheitliche, international gültige Definition von Burnout [5]. Dennoch sind sich die Experten einig, dass es den Zustand des „Ausgebrannt-seins“ gibt.

Typischerweise zeigen sich dabei Erschöpfung, Zynismus, Frustration sowie im Verlauf verringerte Arbeitsleistung. Burnout bildet eine mögliche Vorstufe für psychische (z. B. Alkoholabhängigkeit, Depression, Angststörungen) aber auch körperliche Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck) [1; 3; 6]. Insgesamt gibt es wesentlich weniger Fälle von Burnout als gemeinhin angenommen, denn oft werden fälschlicherweise psychische Erkrankungen, wie Depression oder Angststörungen, mit dem Begriff „Burnout“ betitelt. Auch haben psychische Erkrankungen insgesamt innerhalb der letzten 20 Jahre nicht wesentlich zugenommen: etwa jeder dritte bis vierte Erwachsene ist betroffen, wie epidemiologische Studien

zeigen [7]. Es stimmt allerdings, dass die durch psychische Erkrankungen verursachten Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten 12 Jahren um ca. 80 % gestiegen sind; davon entfallen die meisten Fehltage auf Depressionen und Angsterkrankungen [8; 9]. Auch die Rate an Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen steigt an. Mittlerweile sind in Deutschland psychische Erkrankungen der häufigste Grund für Frühverrentungen [10]. Die Gründe für diese Zunahme bei gleichbleibender Anzahl an psychisch Erkrankten sind vielfältig und dürften u. a. an einer verbesserten hausärztlichen Wahrnehmung und Akzeptanz auf Patientenseite, aber auch an veränderten Arbeitsbedingungen liegen [7].

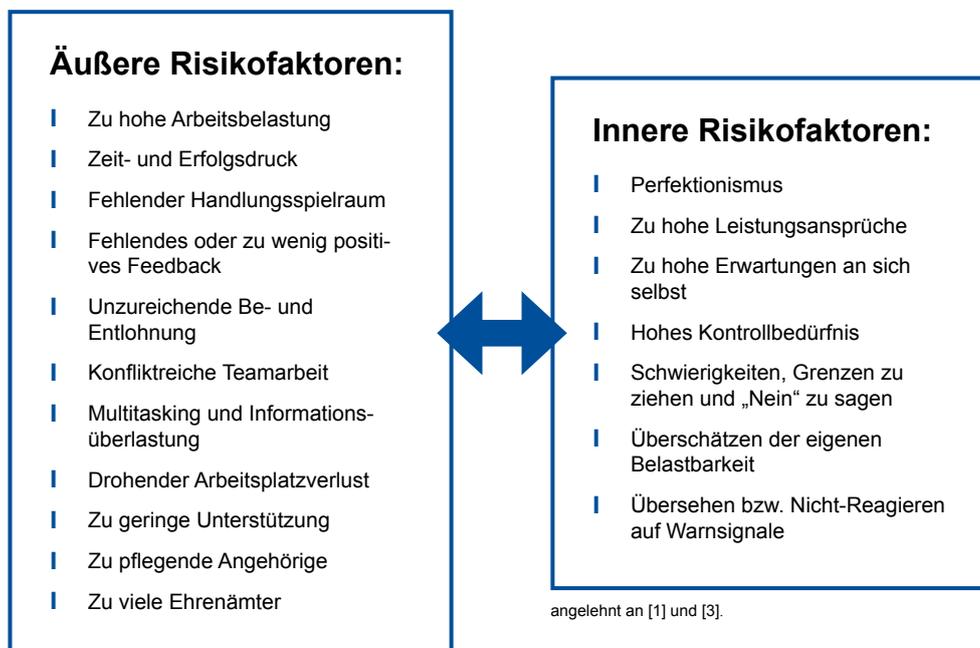


Abb. 1: Äußere und innere Risikofaktoren für Burnout

Wie entsteht „Burnout“?

Kurzfristige Belastungen und Stress in der Arbeit oder im Privaten sind völlig normal. Daher sollte nicht von Burnout gesprochen werden, wenn Stress absehbar und zeitlich begrenzt ist. Hält ein Zustand der Überforderung jedoch längere Zeit an, d. h. mehrere Monate bis Jahre, ist ein Ende nicht absehbar und führen Wochenenden und Urlaube nicht mehr zu einer Entspannung und Erholung, dann kann dies ein Risiko für die Entwicklung eines Burnouts sein. Dabei können nicht nur Arbeitsbelastungen zu Burnout führen. Auch dauerhafte Überlastungen durch die Pflege eines Angehörigen, Ehrenämter, Kinderbetreuung etc. können alleine oder in Verbindung mit Belastungen am Arbeitsplatz in ihrer Summe zu Burnout führen. Es sind nie die äußeren Faktoren (z. B. Arbeitsbedingungen, Belastungen im Privaten)

alleine Ursache eines Burnouts. Immer kommen auch innere Faktoren, sogenannte Persönlichkeitseigenschaften, dazu (siehe Abbildung 1).

Im Verlauf solcher Überlastungen sendet der Körper Signale in Folge des dauerhaften Stresses. Diese können vielfältig sein: z. B. Verdauungsprobleme, Tinnitus, Hörstürze, Schmerzen, Schlafstörungen, Schwindel, Gereiztheit, Bluthochdruck etc. Jeder Mensch hat seine individuellen Stresszeichen. Wenn auf diese Warnzeichen nicht reagiert wird und die eigenen Bedürfnisse ignoriert oder vernachlässigt werden, also keine Energie mehr getankt wird, kann es im Verlauf zu einem Zusammenbruch und totaler Erschöpfung kommen.

Dieser Zustand ist möglicherweise nur mehr schwer von einer Depression oder einer anderen psychischen Erkrankung zu unterscheiden und bedarf unbedingt professioneller Hilfe und Abklärung. Es besteht auch die Gefahr, dass dieser Erschöpfungszustand in eine schwerwiegende psychische Erkrankung übergeht, schlimmstenfalls einhergehend mit Suizidalität.

Die folgende Abbildung 2 fasst die Entstehung von Burnout zusammen (angelehnt an [11]).

Wie kann „Burnout“ verhindert werden?

Am wichtigsten ist, auf seine individuellen Stresswarnzeichen zu achten und diese ernst zu

nehmen und zu reagieren, d. h. Energie tanken, Ressourcen stärken und Stressoren reduzieren. Gleichzeitig sollten auch die äußeren Belastungsfaktoren, wo möglich, reduziert werden. So könnte jemand, der sehr perfektionistisch ist und dadurch in Stress gerät, lernen, dass 90 % Perfektion oft ausreichen. Ein anderer, der sich schlecht abgrenzen kann, lernt „nein“ zu sagen, um damit wieder „Luft“ zu gewinnen. Vielleicht muss jemand, der neben dem fordernden Beruf noch Ehrenämter ausübt, diese reduzieren, um seine „Waage“ wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Zusammenfassend kann man sagen: **Derjenige, der zu viel für zu viele und zu lange mit zu wenig Rücksicht auf sich selbst tut, ist am stärksten Burnout-gefährdet.**

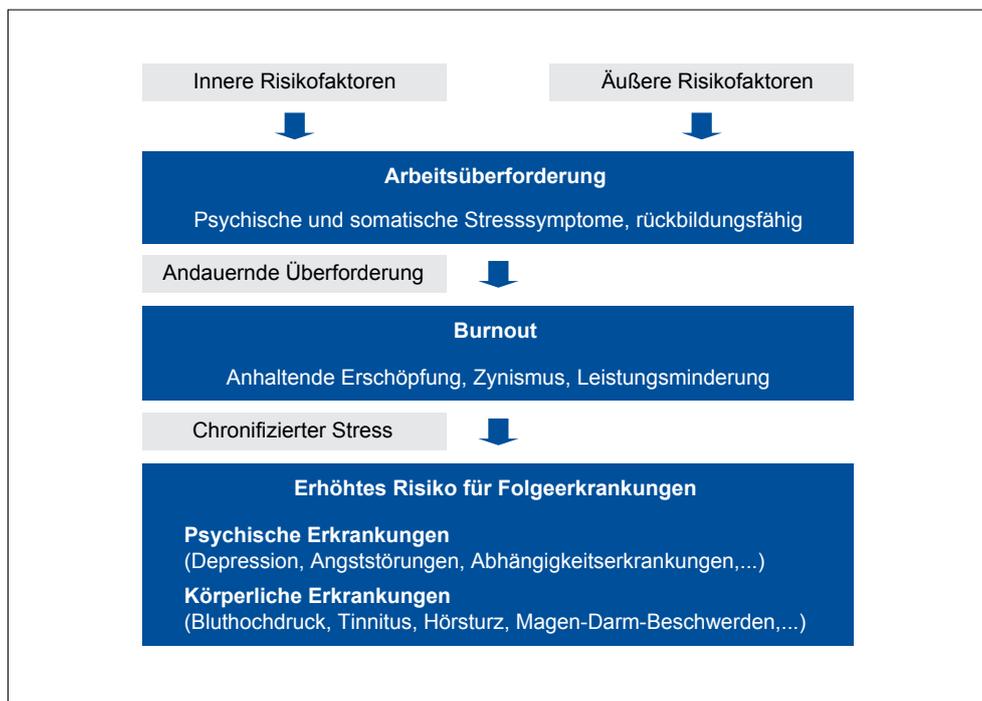


Abb. 2: Entstehung des Burnout-Syndroms

Auch der Gestaltung der Arbeitsbedingungen kommt eine ganz wesentliche Bedeutung in der Prävention von Burnout zu. Hierfür sind vorwiegend die Unternehmen verantwortlich. In Anbetracht der zunehmenden Fehltagelast „rechnet“ es sich, entsprechende Maßnahmen einzuleiten wie z. B. Workshops zum Thema „psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ für Führungskräfte und Mitarbeiter, Führungskräftetrainings zum Thema „Gesund Führen“, Gesundheitstage und innerbetriebliche Mitarbeiterberatung etc., durchgeführt von erfahrenen Experten bzw. spezialisierten Einrichtungen.

Wo findet man Hilfe?

Erster Ansprechpartner ist in der Regel der Hausarzt, der auch die körperliche Abklärung übernehmen kann. Es sollte immer ausgeschlossen werden, dass eine körperliche Ursache (z. B. Schilddrüsenfunktionsstörung, Blutarmut etc.) zu Grunde liegt. Bei speziellen Fragestellungen (z. B. „Wie kann ich besser nein sagen?“) ist ein Coaching zu empfehlen. Coaches bieten keine Diagnostik oder Therapie; vielmehr begleiten sie zeitlich eng begrenzt bei konkreten Fragestellungen. Auch empfiehlt es sich ein Beratungsgespräch bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder bei einem psychologischen

Psychotherapeuten zu vereinbaren. Anonymer und kostenloser Ansprechpartner kann immer auch ein Sozialpsychiatrischer Dienst sein, der in jedem Ort verfügbar ist und zu allen Themen (z. B. Therapieangebote, Schuldenberatung, Familie, Pflege, Arbeitsplatz etc.) berät.

1.3 Methodik der Datenerhebung

1.3.1 Entwicklung des Fragebogens und Pretests

Von den PM-Expertinnen des Arbeitskreises „Burnout-Studie“ und dem Centrum für Disease Management der TU München wurde ein Online-Fragebogen entwickelt, der nicht länger als 20 Minuten für das Ausfüllen beansprucht, relevante demographische sowie projektmanagementspezifische Daten erhebt und externe sowie interne Risikofaktoren abfragt. Es wurden die internen und externen Faktoren erhoben, die bereits in der Fachliteratur als Risikofaktoren für die Entwicklung von Burnout und psychischen Erkrankungen im Allgemeinen beschrieben sind [8; 12-17], wobei wir uns an Fragen aus dem „Stressreport“ [18] sowie an bereits etablierten Fragen von Professor Matthias Burisch, mit dessen freundlicher Genehmigung (siehe www.swissburnout.ch), orientierten.

Als standardisierten Fragebogen zur Erhebung des Burnout-Risikos wurde das Maslach Burnout Inventory – General Survey (MBI-GS) [19; 20] gewählt. Das Instrument besteht aus 16 Items, welche die drei Domänen von Burnout abbilden, nämlich: Zynismus (5 Items), Effektivität (6 Items) und Erschöpfung (5 Items). Der MBI-GS ist eine Weiterentwicklung des MBIs, der ursprünglich für soziale Berufe mit Klientenkontakt konzipiert wurde. Der General Survey ist allgemeiner formuliert und kann bei verschiedenen Berufsgruppen eingesetzt werden. Jedes einzelne Item wird auf einer 7-stufigen Likert Skala von 0 (nie) bis 6 (täglich) beurteilt. Aus den einzelnen Skalen werden Summenscores gebildet. Im Fall der Skalen Zynismus und Erschöpfung bedeuten höhere Mittelwerte auch ein höheres Burnout-Risiko. Im Falle der Skala Effektivität bedeutet ein niedrigerer Mittelwert ein höheres Burnout-Risiko. Maslach et al. [20] geben in ihrem Manual folgende Richtwerte für die einzelnen Skalen (Summenscores) an:

Effektivität: niedriges Burnout-Risiko > = 30;
mittleres Burnout-Risiko 24-29;
hohes Burnout-Risiko 0-23;

Zynismus: niedriges Burnout-Risiko 0-5;
mittleres Burnout-Risiko 6-12;
hohes Burnout-Risiko > = 13;

Erschöpfung: niedriges Burnout-Risiko 0-7;
mittleres Burnout-Risiko 8-15;
hohes Burnout-Risiko > = 16.

Die subjektive Lebensqualität, sowie der subjektive aktuelle Gesundheitszustand wurden anhand einer 5-stufigen Likert-Skala abgefragt. Das Gesundheitsverhalten und weitere Informationen zum aktuellen Gesundheitszustand wurden erhoben, indem nach der Einnahme von rezeptfreien Medikamenten zur Beruhigung und Schlafförderung gefragt wurde sowie nach der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Hilfe innerhalb der letzten 12 Monate wegen körperlicher und psychischer Beschwerden. Anhand einer Checkliste mit unterschiedlichen körperlichen und psychischen Beschwerden, die in den letzten 12 Monaten mindestens einmal pro Woche aufgetreten sein müssen, wurde nach chronischen Beschwerden wie Schmerzen, Schlafstörungen und Müdigkeit gefragt. Ergänzt wurde um die Frage, ob innerhalb der letzten 12 Monate trotz Krankheit gearbeitet wurde (Präsentismus). Des Weiteren wurde nach der subjektiven Einschätzung der aktuellen Hauptbelastung (beruflich, privat oder gleichermaßen beruflich und privat), sowie nach der empfundenen Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben gefragt.

Die Fragensammlung wurde in Pretests mit 22 ProjektmanagerInnen evaluiert und nach Praktikabilität, Dauer und Verständlichkeit beurteilt. Im Durchschnitt benötigten die Teilnehmer 16 Minuten; ein sinnvolles Beantworten der Fragen in unter neun Minuten wurde als ausgeschlossen angesehen. Die Anordnung der Fragen wurde schließlich angepasst, eine Frage zum Konsum von Alkohol herausgenommen, aufgrund der Befürchtung zu intim zu fragen und damit einen Abbruch des Beantwortens des Fragebogens zu provozieren. Unklare Formulierungen wurden präzisiert und redundante Fragen eliminiert.

1.3.2 Befragung und statistische Auswertungsmethoden

Von Juni bis Anfang September 2013 stand der Fragebogen online zur Verfügung und wurde in unterschiedlichen Medien (Homepage der GPM, Hinweise in Newslettern und Publikationen) sowohl in Deutschland, als auch in Österreich und der Schweiz beworben. Als Anreiz für das Ausfüllen des Fragebogens wurde eine Verlosung an das Ende des Fragebogens gestellt, nämlich die Teilnahme an einem Präsenzworkshop zum Thema Burnout-Prävention. Zusätzlich erhielt jeder Teilnehmer am Ende des Fragebogens eine Information zum Thema Burnout sowie eine kurze Auswertung zum eigenen Burnout-Risiko. Die Umfrage wurde so programmiert, dass Anonymität zugesichert werden konnte (IP-Adressen wurden nicht gespeichert). Des Weiteren mussten alle Fragen beantwortet werden, um „weiter klicken“ zu können. Es wurde sichergestellt, dass von einer IP-Adresse der Fragebogen nicht mehrfach ausgefüllt werden konnte. Somit konnte das Risiko minimiert werden, dass ein und dieselbe Person den Bogen mehrfach ausfüllte.

Für die Auswertung wurden nur vollständig ausgefüllte Fragebögen berücksichtigt. Zusätzlich gingen nur die Fragebögen in die Auswertung ein, deren Beantwortung mindestens neun Minuten brauchte.

Die Daten wurden uns vom Dienstleister netzumfrage.de als Excel-Tabelle zur Verfügung gestellt. Die Auswertung erfolgte nach Transformation in SPSS Version 21. Nachdem die vorliegende Studie explorativen Charakter hat und keine spezifische Hypothese getestet wurde, konnte auf eine Korrektur für multiples Testen verzichtet werden. Da die meisten Daten nicht normalverteilt waren (nach Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest und Q-Q- Normalverteilungsplot), kamen nichtparametrische Tests zum

Einsatz. Bei Mittelwerten wird die Standardabweichung (SD) angegeben und das Signifikanzniveau α mit $p < 0,05$ festgelegt.

1.3.3 Datenvolumen

2.537 Teilnehmer haben den HTML-Link aufgerufen, wovon 1.304 Teilnehmer den Fragebogen begonnen und 989 abschlossen haben. Nach Ausschluss derer, die weniger als neun Minuten Zeit benötigten, verblieben 965 vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung. Keine der bisher von der GPM durchgeführten Studien hatte eine derart hohe Beteiligung aufzuweisen, was sicherlich der Bedeutung des Themas für Projektmanager geschuldet ist.

2 Auswertungsergebnisse

2.1 Alter, Geschlecht, Ausbildung

Im Folgenden wird einfachheitshalber nur die männliche Form gewählt. Gemeint sind sowohl Frauen als auch Männer.

Die Teilnehmer (36,7 % Frauen) waren im Durchschnitt 41,78 (SD 8,65) Jahre alt, wobei 70,9 %

der Teilnehmer aus Deutschland, 23,6 % aus Österreich, 4,6 % aus der Schweiz und 0,9 % aus anderen Ländern kamen.

Die nachstehende Grafik zeigt die Altersverteilung der Teilnehmer.

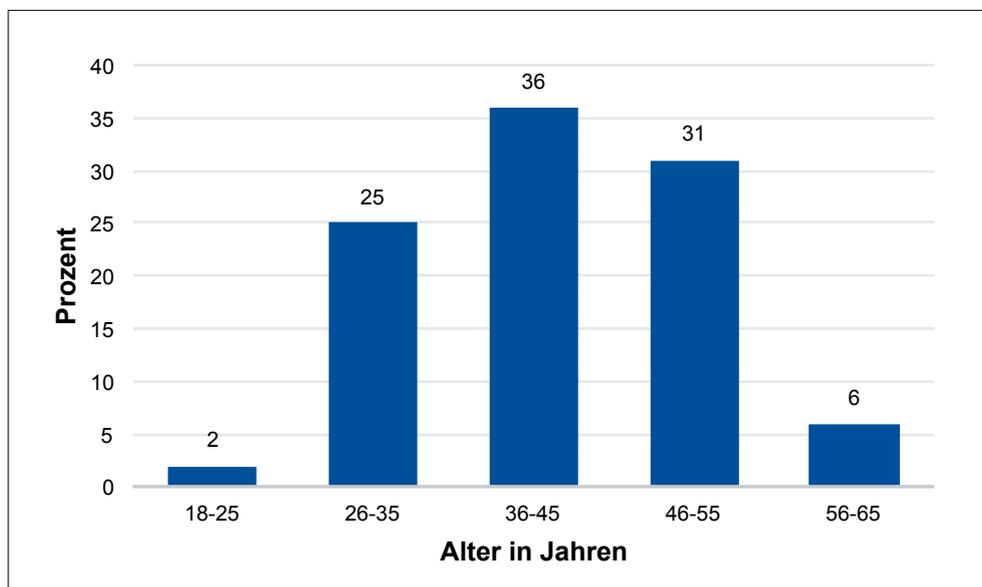


Abb. 3: Altersverteilung der Studienteilnehmer

Einen Hochschulabschluss hatten 71,7 % der Teilnehmer. Bezüglich der aktuellen Arbeitssituation gaben 7 % (N = 68) an, Teilzeit zu arbeiten, 2,3 % (N = 22) waren im Sabbatical oder in Elternzeit; 5 % (N = 48) waren befristet angestellt und 12,1 % (N = 117) selbstständig tätig.

2.2 Arbeitsverhältnisse

Im Durchschnitt haben die Teilnehmer bisher 9,94 (SD 6,52) Jahre im Projektmanagement gearbeitet. Bezüglich der Branchen (Mehrfachnennungen waren möglich), gaben 8,9 % (N = 86) an, in der Automobilindustrie, 4,5 % (N = 43) in der Bauindustrie, 9,6 % (N = 93) im

Bereich Finanzdienstleister, 49,9 % (N = 482) in der Informationstechnologie, 14,8 % (N = 143) im Maschinen-/Anlagebau, 2,6 % (N = 25) in der Pharmaindustrie, 17,1 % (N = 165) in der Unternehmensberatung zu arbeiten und 25,9 % (N = 250) gaben sonstige Branchen an. Das heißt, die Mehrheit der Teilnehmer arbeitete in der Informationstechnologie.

Die **Funktionen/Positionen**, in denen die Teilnehmer arbeiteten (Mehrfachnennungen möglich) sind in der folgenden Tabelle 1 dargestellt. Die meisten Teilnehmer arbeiten als Projektmanager/-leiter.

Funktion (Mehrfachnennungen möglich)	N	Prozent
Projektmanagement-Assistenz/-Administrator(in)	70	7,3
Berater(in)/Coach	187	19,4
Projekt- oder Programm-Office-Manager(in)	71	7,4
Programm-Manager(in)	172	17,8
Projekt- oder Programm-Office-Mitarbeiter(in)	47	4,9
Projektmanager(in) oder Projektleiter(in)	808	83,7
Projektmitarbeiter(in)	235	24,4
Sonstiges	40	4,1
Trainer(in)	84	8,7

Tab. 1: Ausgeübte Funktionen der Studienteilnehmer

Die Angaben zu den gegenwärtig bearbeiteten Projekten wie Größe, Dauer in Monaten, Anzahl der beteiligten Abteilungen, Lieferanten,

Stakeholder etc. sind in der folgenden Tabelle 2 aufgelistet (N jeweils 965).

Projektspezifische Angaben (Mehrfachnennungen möglich)	Mittelwert	SD
Größe der Kernprojektteams (Anzahl Mitarbeiter) in den letzten beiden Projekten	11,5	13,2
Umfang der letzten beiden Projekte in Monaten	17,7	20,7
Anzahl beteiligte Abteilungen	7,1	9,6
Anzahl Schnittstellen zu anderen Projekten	4,0	8,3
Anzahl Auftraggeber/Kunden	9,8	147,5
Anzahl Lieferanten/Dienstleister	6,5	15,0
Anzahl Stakeholder	22,6	156,9
Anzahl Standorte	6,4	24,0

Tab. 2: Projektspezifische Angaben der Studienteilnehmer

Führungsverantwortung hatten 72,4 % (N = 699) der Teilnehmer, wobei 53 % (N = 511) Budgetverantwortung, 64,5 % (N = 622) Entscheidungsverantwortung, 37,1 % (N = 358)

personelle Weisungsbefugnis, 31,3 % (N = 302) Verantwortung für Strategiefragen und 2,9 % (N = 28) sonstige Führungsverantwortung hatten (Mehrfachnennungen möglich).

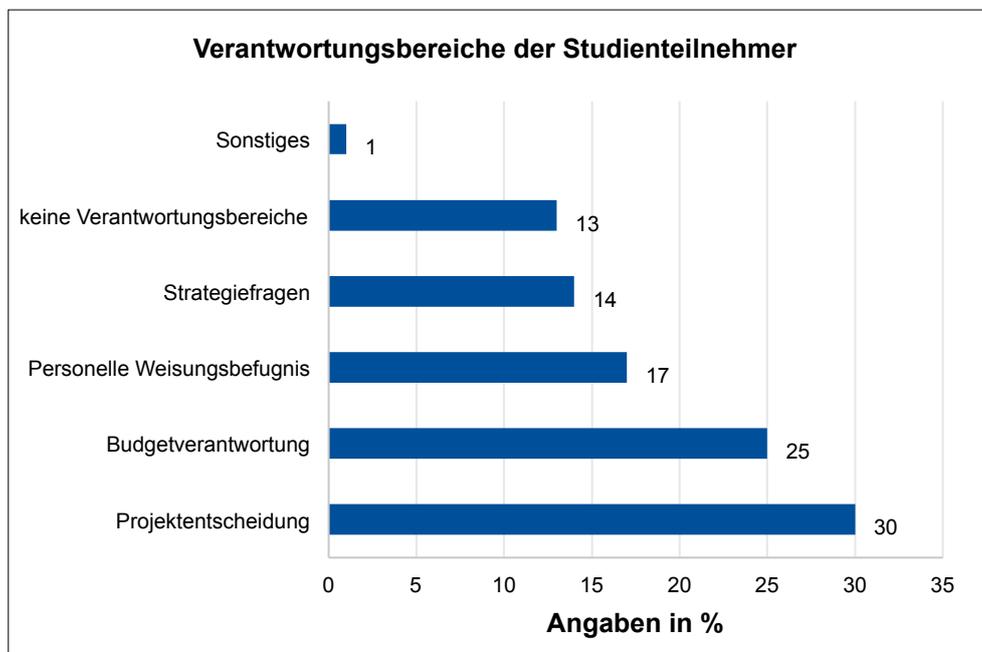


Abb. 4: Verantwortungsbereiche der Studienteilnehmer (Mehrfachnennungen möglich)

Die **wöchentliche Arbeitszeit** bei den Studienteilnehmern mit Führungsverantwortung lag bei 48,35 Stunden, bei denen ohne Führungsverantwortung bei 44,86 Stunden.

Für alle Teilnehmer zusammen belief sich die durchschnittliche Wochenarbeitszeit inklusive regelmäßig geleisteter Überstunden, Mehrarbeit an Wochenenden sowie Reisetätigkeit auf 47,39 (SD 10,56) Stunden. Diese Wochenarbeitszeit unterlag bei 43,6 % (N = 421) starken Schwankungen. Nicht an ihrem Arbeitsplatz aufgrund von **Reisetätigkeit** im Rahmen der Projekte waren die Teilnehmer im Durchschnitt zu 17,26 % (SD 19,2 %). Keinen Ausgleich von Überstunden gab es bei 36,1 % (N = 348) der Teilnehmer. Wenn Überstunden ausgeglichen werden, dann hauptsächlich durch Auszahlung (21,5 %) oder Freizeitausgleich (48,2 %).

Nicht international tätig waren 45,3 % (N = 437) der Teilnehmer. Bezüglich der **internationalen Tätigkeit** gaben 11,2 % (N = 108) an, dass sie mit ausländischen Unternehmen in Deutschland zusammen arbeiten, 25,4 % (N = 245) gaben an, dass sie mit ausländischen Unternehmen weltweit zusammen arbeiten und 33,1 % (N = 319) sagten, dass sie mit Niederlassungen/ Tochterunternehmen weltweit zusammen arbeiten (Mehrfachnennungen möglich).

Im Durchschnitt wurde an 3,31 (SD 3,24) **Projekten gleichzeitig gearbeitet** und 53,7 % (N = 518) hatten neben der Projektarbeit noch **weitere Funktionen** inne.

2.3 Burnout-Risiko

Die vorliegende Stichprobe insgesamt erreichte einen Summenscore in der Skala Zynismus von 10,41 (SD 7,73), in der Skala Erschöpfung von 13,25 (SD 7,08), und in der Skala Effektivität von 26,56 (SD 5,66), ohne signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede.

Bezüglich der Fragen aus dem MBI-GS, die auch einzeln eine gute Vorhersagekraft bezüglich des Burnout-Risikos haben [21], zeigte sich, dass mehr als ein Drittel der Teilnehmer (38,5 %) angaben, sich mehrmals im Monat bis hin zu täglich durch die Arbeit ausgebrannt zu fühlen. Setzt man den Cut-off für Burnout-Gefährdung bei mindestens „einmal in der Woche“, so traf dies noch immerhin für 24,7 % zu.

Mehr als die Hälfte der Befragten (53,1 %) fühlte sich mehrmals pro Monat bis hin zu täglich von der Arbeit ausgelaugt. Setzt man auch hier den Cut-Off bei mindestens „einmal in der Woche“, so traf dies weiterhin für 29,6 % der Teilnehmer zu. Eine weitere relevante Einzelfrage war:

„Ich bin zynischer geworden, ob meine Arbeit zu irgendetwas nützt.“ Diese Aussage traf für 37 % mehrmals im Monat, einmal in der Woche, mehrmals die Woche oder täglich zu. Setzt man den Cut-Off bei mindestens „einmal in der Woche“, so stimmten der Aussage noch 25 % zu.

Legt man die Referenzwerte von Maslach et al. [26] (cut-off scores) an, so erreichten 35,3 % (N = 341) ein hohes Burnout-Risiko in der Domä-

ne Erschöpfung, 36,1 % (N = 348) in der Domäne Zynismus und 26,7 % (N = 258) in der Domäne Effektivität; das heißt mehr als 35 % zeigten ein erhöhtes Risiko ein Burnout zu entwickeln.

Der prozentuale Anteil derer, die Burnout-kritische Werte in den drei Unterskalen erreichten, ist in der folgenden Abbildung dargestellt:

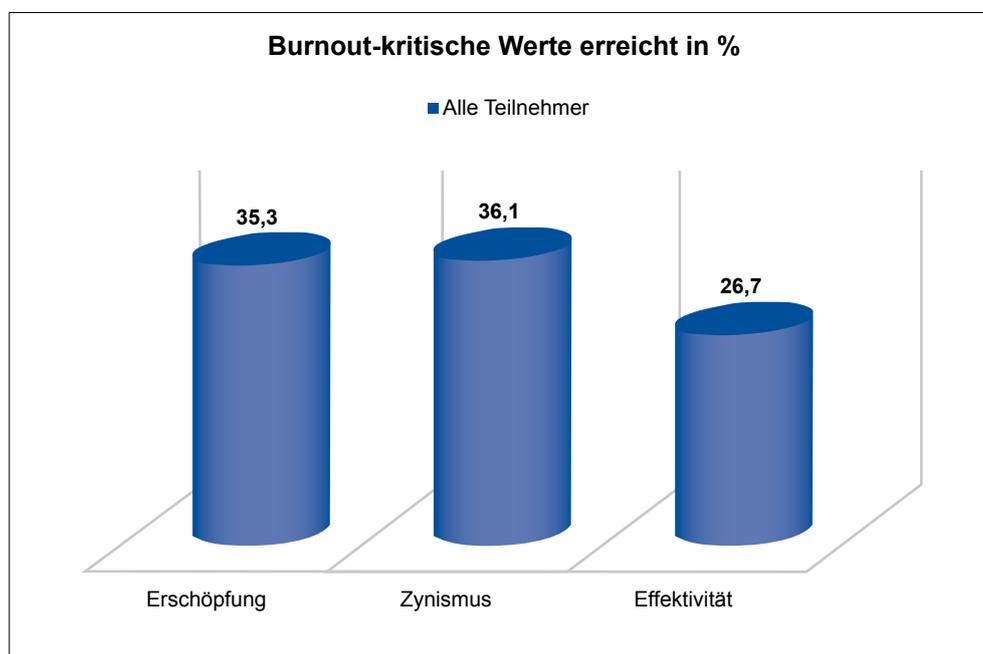


Abb. 5: Erreichte Burnout-kritische Werte in den 3 Domänen

Teilnehmer aus unterschiedlichen Branchen erreichten unterschiedliche Scores in den einzelnen Unterskalen. Eine Auflistung der Summenscores der einzelnen Unterskalen in Abhängigkeit der **Branchen** findet sich in der folgenden

Tabelle. Hierbei ist zu beachten, dass höhere Werte in den Skalen Zynismus und Erschöpfung sowie niedrigere Werte in der Skala Effektivität ein höheres Burnout-Risiko bedeuten:

Branchen	Summenscore Zynismus je höher die Werte, desto Burnout- gefährdeter	Summenscore Effektivität je niedriger die Werte, desto Burnout- gefährdeter	Summenscore Erschöpfung je höher die Werte, desto Burnout- gefährdeter
Anlage/Maschinenbau	9,7	25,6	12,7
Automobilindustrie	9,7	26,4	12,9
Bauindustrie	8,7	27,0	13,2
Finanzdienstleister	11,6	25,5	14,8
Informationstechnologie	10,4	26,7	13,0
Pharmaindustrie	10,8	25,4	15,2
Unternehmensberatung	9,3	27,3	12,4

Tab. 3: Burnout-Scores der Studienteilnehmer aufgeteilt nach Branchen

Die Branchen Finanzdienstleistung und Pharmaindustrie zeigen die kritischsten Werte im MBI-GS, wie auch aus der Abbildung 6 ersichtlich ist.

Sie zeigt, wieviel Prozent der Teilnehmer je nach Branche Burnout-kritische Werte erreicht haben:

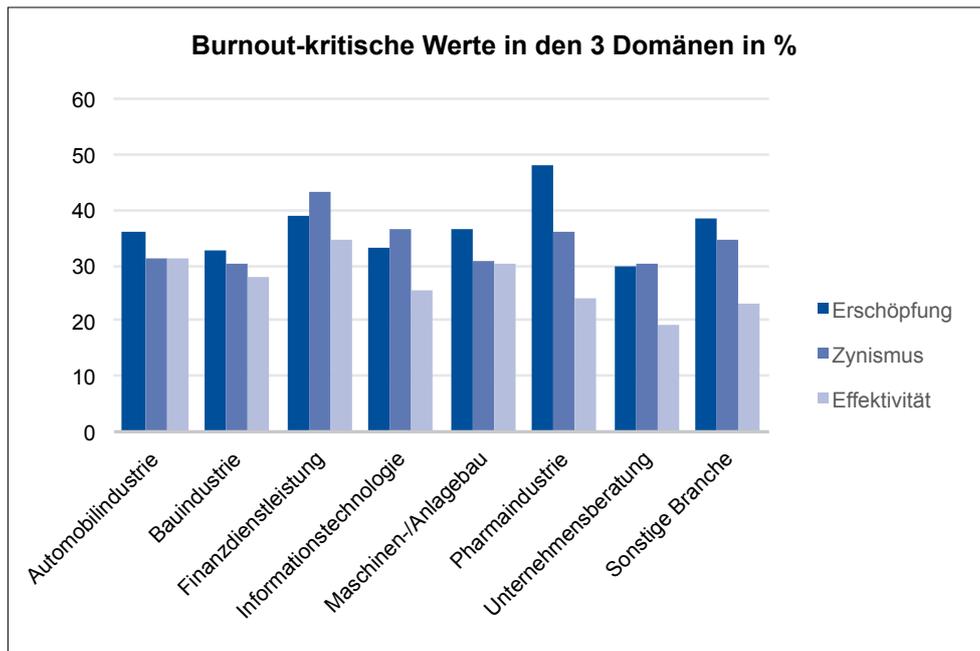


Abb. 6: Erreichte Burnout-kritische Werte je Branche

Die Skalenwerte des MBI-GS unterschieden sich auch abhängig von der Funktion der Teilnehmer (siehe folgende Tabelle 4):

Funktion im Unternehmen	Summenscore Zynismus je höher die Werte, desto Burnout- gefährdeter	Summenscore Effektivität je niedriger die Werte, desto Burnout- gefährdeter	Summenscore Erschöpfung je höher die Werte, desto Burnout- gefährdeter
Assistenz	11,3	26,8	14,9
Coach	9,5	27,3	12,4
Office Manager	10,2	27,8	13,3
Programm Manager	9,1	27,2	12,7
Programm Mitarbeiter	12,8	25,8	15,5
Projekt Manager	10,5	26,5	13,3
Projekt Mitarbeiter	11,7	26,2	13,6
Trainer	9,0	28,0	12,6

Tab. 4: Burnout-Scores der Teilnehmer und Funktion im Unternehmen

Die geringste Burnout-Gefährdung zeigten Trainer, Coaches sowie Programm-Manager. Die höchsten, also kritischsten Werte in der Skala Erschöpfung erreichten Programm-Mitarbeiter sowie Assistenten. Das heißt also, dass diejenigen mit leitenden Funktionen bzw. die im

Bereich Training/Coaching Beschäftigten eine niedrigere Gefährdung zeigten. Die unterschiedlichen Werte bei den verschiedenen Funktionen in Abbildung 7 verdeutlichen nochmals das höhere Burnout-Risiko bei Teilnehmern ohne leitende Funktionen.

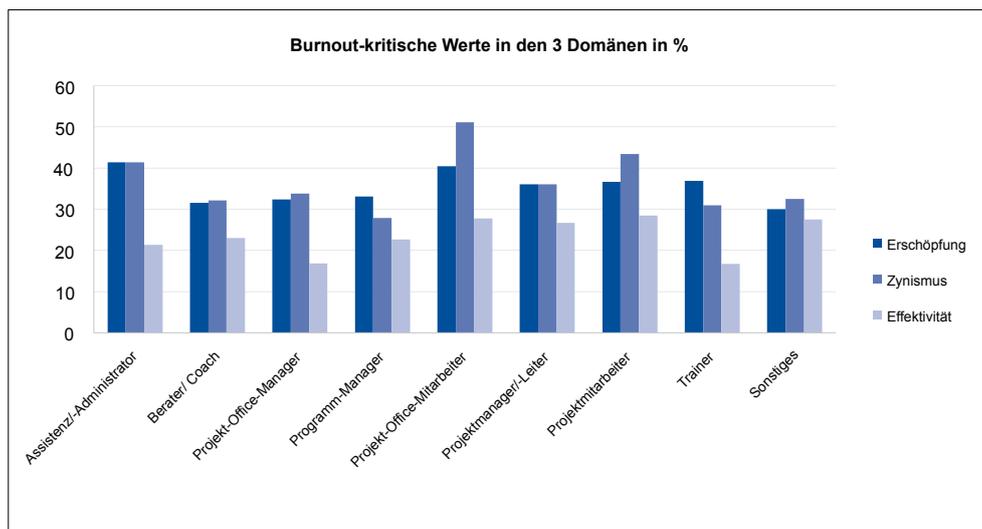


Abb. 7: Erreichen Burnout-kritischer Werte in Abhängigkeit der ausgeübten Funktion

Signifikante Unterschiede zeigten sich bei den Programm-Managern, die signifikant weniger häufig Burnout-kritische Werte in der Skala Zynismus erreichten, als die Nicht-Programm-Manager (27,9 % versus 37,8 %, $p = 0,014$). Projekt-Office-Mitarbeiter hingegen zeigten signifikant häufiger Burnout-kritische Werte in der Skala Zynismus, als die anderen Funktionsträger (51,1 % versus 35,3 %, $p = 0,028$). Auch Projektmitarbeiter erzielten in der Skala Zynismus signifikant häufiger Burnout-kritische Werte, als die anderen Funktionsträger (43,4 % versus 33,7 %, $p = 0,007$). Verglichen mit anderen Funktionsträgern, erreichten hingegen Trainer signifikant seltener Burnout-kritische Werte in der Skala Effektivität (16,7 % versus 27,7 %, $p = 0,029$).

2.4 Externe Risikofaktoren: Welche sind für das Arbeitsgebiet Projektmanagement relevant?

In der folgenden Tabelle 5 sind die externen Faktoren aufgelistet, die generell in der Literatur als risikoreich bezüglich der Entstehung von Burnout bekannt sind. In der ersten Spalte stehen die Faktoren, die in der Online-Umfrage erhoben wurden. In der zweiten Spalte finden sich die Ergebnisse des vorliegenden Samples und in der dritten Spalte ist aufgelistet, wieviel Prozent der Studienteilnehmer sich dadurch belastet fühlten. Zum Beispiel fühlten sich 24 % der Befragten nicht ausreichend wertgeschätzt und von diesen 24 % fühlten sich 90 % dadurch belastet.

Äußere Risikofaktoren	%-Anteil der Befragten	%-Anteil der dadurch Belasteten
Zu große Arbeitsbelastung	33 % gehen an die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit	89 %
	24 % fühlen sich überfordert	
Zu geringe Wertschätzung	24 % fühlen sich nicht ausreichend wertgeschätzt	90 %
Zu geringe Entlohnung	37 % sind weniger oder nicht zufrieden mit ihrem Einkommen	*
Zu viele Unterbrechungen bei der Arbeit	80 % werden häufig bei der Arbeit unterbrochen	79 %
Ständige Erreichbarkeit auch in der Freizeit	21 % werden häufig in ihrer Freizeit kontaktiert	57 %
Zu geringe Unterstützung durch Vorgesetzten	12 % bekommen nie Unterstützung	70 %
	35 % bekommen nur manchmal Unterstützung	46 %
Keinen Sinn in der Arbeit sehen/die berufliche Tätigkeit als nicht wichtig einschätzen	3 % empfinden ihre Arbeit nie als wichtig	85 %
	35 % empfinden ihre Arbeit nur manchmal als wichtig	46 %
Zusatzbelastung (z. B. Pflege eines Angehörigen, Ehrenamt, Weiterbildung)	72 % haben Zusatzbelastung, die durchschnittlich 9,23 (SD 11,19) Stunden/Woche beanspruchen	*
Zu geringer Handlungsspielraum	22 % können nur manchmal selbst planen	59 %
	1 % können nie selbst planen	78 %
Keine klaren Ziel-/Projektvorgaben	45 % erhalten keine klaren Ziel-/Projektvorgaben	*
Keine flexiblen Arbeitszeiten	5 % können sich ihre Arbeitszeit nicht selbst einteilen	*

Tab. 5: Burnout-relevante äußere Risikofaktoren

* bei diesen Items wurde nicht nach der Belastung gefragt

Welche äußeren Risikofaktoren sind nun bei den Studienteilnehmern mit einem erhöhten Burnout-Risiko verbunden? Dazu wurden die MBI-GS Subskalenscores von denjenigen, die bestimmte Risikofaktoren erfahren haben, mit denjenigen verglichen, die diese Risikofaktoren nicht erfahren. Zum Beispiel: Unterscheiden sich diejenigen, die nur selten Unterstützung durch ihren Vorgesetzten erfahren (= Risikofaktor) von denjenigen, die häufig Unterstützung erfahren, in den Subskalen des MBI-GS, und damit im Burnout-Risiko?

2.4.1 Externe Faktoren, die das Burnout-Risiko erhöhten

Arbeitsbelastung: An die Grenzen der Leistungsfähigkeit gingen nie 4,2 % (N = 41), manchmal 62,5 % (N = 603) und häufig 33,3 % (N = 321). Also gingen über 90 % manchmal oder

häufig an ihre Grenzen. Diejenigen, die manchmal an ihre Grenzen gingen, fühlten sich in 46,8 % und diejenigen, die häufig an ihre Grenzen gingen, in 88,5 % dadurch belastet. Analog zeigten diejenigen, die oft an ihre Grenzen gingen, signifikant höhere Scores in den Subskalen Zynismus und Erschöpfung, also ein höheres Burnout-Risiko, als diejenigen, die nur manchmal an ihre Grenzen gingen (jeweils $p < 0,001$). Von allen Studienteilnehmern fühlten sich 23,6 % (N = 228) im Rahmen ihrer Arbeit überfordert, 9,7 % (N = 94) unterfordert und die Mehrheit 66,6 % (N = 643) weder unter- noch überfordert. Diejenigen, die sich überfordert fühlten, hatten signifikant höhere Werte in der Domäne Erschöpfung ($p < 0,001$), als jene, die sich unterfordert fühlten bzw. weder unter- noch überfordert einschätzten. Sie hatten in allen drei Subskalen ein signifikant niedrigeres Burnout-Risiko als diejenigen, die von der Arbeit überfordert waren (jeweils $p < 0,001$).

Wertschätzung durch Vorgesetzte: Diejenigen, die ausreichend Wertschätzung durch ihren Vorgesetzten erfuhren (N = 208; 21,6 %), zeigten ein niedrigeres Burnout-Risiko in allen drei Subskalen als jene, die keine ausreichende Wertschätzung empfanden (N = 235; 24,4 %); (jeweils $p < 0,001$).

Da sich die Subskalenscores zwischen den Gruppen stark unterschieden, sind sie in der folgenden Tabelle 6 gesondert aufgeführt:

Haben Sie das Gefühl ausreichend für Ihre berufliche Tätigkeit wertgeschätzt zu werden?	Summenscore Zynismus je höher die Werte, desto Burnout-gefährdeter	Summenscore Effektivität je niedriger die Werte, desto Burnout-gefährdeter	Summenscore Erschöpfung je höher die Werte, desto Burnout-gefährdeter
Ausreichend (21,6 %)	5,68	28,66	9,54
Nicht ausreichend (24,4 %)	15,38	25,64	16,42
Teils/Teils (54,1 %)	10,05	26,14	13,29

Tab. 6: Einfluss der empfundenen Wertschätzung auf die 3 Burnout-Subskalen

Es kann angenommen werden, dass eine ausreichend empfundene Wertschätzung durch Vorgesetzte zu einem niedrigeren Stresslevel führt und damit zu einem niedrigeren Burnout-Risiko. Besonders auffällig ist dieser Zusammenhang in den Domänen Zynismus und Erschöpfung. Eine nicht ausreichende Wertschätzung war assoziiert mit deutlich stärkerer Frustration (Zynismus) und deutlich größerer Erschöpfung. Interessant ist hierbei, dass sich nur der kleinste Anteil der Teilnehmer ausreichend gewertschätzt fühlte, wohingegen fast ein Viertel keine ausreichende Wertschätzung erfuhr.

I Finanzielle Entlohnung: Die Mehrheit der Teilnehmer war zufrieden mit ihrem aktuellen Gehalt (53,7 %; N = 518), 8,9 % (N = 86) waren sehr zufrieden, 28,0 % (N = 270) waren weniger zufrieden und nicht zufrieden waren 9,4 % (N = 91). Hier zeigten sich signifikante Unterschiede hinsichtlich der Summenscores aller drei MBI-GS Unterskalen (Zynismus $p < 0,001$; Erschöpfung $p < 0,001$ und Effektivität $p = 0,039$) zwischen denen, die zufrieden und denen, die weniger oder nicht zufrieden mit ihrem Gehalt aus der aktuellen beruflichen Tätigkeit waren. Somit stellte sich ein höheres Burnout-Risiko für diejenigen dar, die unzufriedener mit ihrem Gehalt waren.

I Unterbrechungen bei der Arbeit: Häufig gestört oder unterbrochen wurden 79,9 % (N = 771), manchmal unterbrochen wurden 19,9 % (N = 192) und nie gestört wurden nur 0,2 % (N = 2). Diejenigen, die manchmal gestört wurden, empfanden das zu 25,5 % als belastend und die, die häufig gestört wurden, zu 78,7 % ($p = 0,000$) als belastend. Zusätzlich zeigten diejenigen, die häufig unterbrochen wurden, ein signifikant höheres

Burnout-Risiko in den Subskalen Zynismus und Erschöpfung (jeweils $p < 0,001$).

I Unterstützung durch den Fachvorgesetzten/Auftraggeber/Programm-Manager: Keine Unterstützung erhielten 12,1 % (N = 117), 63,2 % (N = 610) erhielten manchmal und 24,7 % (N = 238) häufig Unterstützung. Von denjenigen, die sagten, sie bekommen keine Unterstützung, belastete das 69 %, von denen, die nur manchmal Unterstützung bekommen, belastete das 45,6 % und von denen, die angaben, häufig Unterstützung zu bekommen, sagten 3,8 %, dass es sie belasten würde. Dabei zeigten diejenigen, die subjektiv weniger Unterstützung empfanden in allen drei Subskalen ein höheres Burnout-Risiko (jeweils $p < 0,001$).

I Wichtigkeit der Arbeit: Das Gefühl, dass ihre Arbeit wichtig ist, hatte die Mehrheit mit 61,6 % (N = 594). Nur manchmal hatten das Gefühl 35 % (N = 338) und nie das Gefühl hatten 3,4 % (N = 33). Von denjenigen, die ihre Arbeit nie als wichtig erachteten, waren 84,8 % dadurch belastet, von denen, die ihre Arbeit manchmal als wichtig einschätzten, waren 46,4 % und von denen, die ihre Arbeit häufig als wichtig einschätzten, waren nur 14,6 % belastet (jeweils $p < 0,001$). Analog waren diejenigen stärker Burnout-gefährdet (in allen drei Subskalen), die nie oder nur manchmal ihre Arbeit als wichtig einschätzten (Skalen Zynismus und Effektivität $p < 0,001$; Skala Erschöpfung $p = 0,006$).

I Handlungsspielraum: Ihre Arbeit häufig selbst planen und einteilen konnte die Mehrheit mit 77,6 % (N = 749), nur manchmal selbst planen konnten 21,5 % (N = 207) und

nie ihre Arbeit einteilen konnten nur 0,9 % (N = 9). Diejenigen, die ihre Arbeit nie selbst planen konnten, fanden das in 77,8 % belastend und diejenigen, die nur manchmal Handlungsspielraum empfanden, belastete dies zu 58,5 %. Ein höheres Burnout-Risiko in allen drei Subskalen zeigten diejenigen, die nur manchmal Handlungsspielraum empfanden im Vergleich zu denjenigen, die oft ihre Arbeit selbst einteilen und planen konnten (jeweils $p < 0,001$).

Projekt-/Zielvorgaben: Klare Projekt- bzw. Zielvorgaben erhielten 55,1 % (N = 532) und im Durchschnitt änderten sich diese Vorgaben 1,22 Mal im Verlauf eines Projekts (SD 1,19). Diejenigen, die keine klaren Zielvorgaben erhielten (44,9 %; N = 433), zeigten ein signifikant höheres Burnout-Risiko in allen drei Subskalen (Skala Zynismus $p < 0,001$; Skala Erschöpfung $p < 0,001$, Skala Effektivität $p = 0,001$) verglichen mit denjenigen, die klare Zielvorgaben bezüglich ihrer Projekte erhielten.

Flexible Arbeitszeit: Von allen Studienteilnehmern konnte knapp die Hälfte (45,5 %; N = 439) ihre Arbeitszeit sogar sehr flexibel einteilen, die andere Hälfte (49,5 %; N = 478)

konnte sie flexibel einteilen. Nur 5 % (N = 48) konnten ihre Arbeitszeit nicht flexibel einteilen. Allerdings wiesen diejenigen, die ihre Arbeitszeit „nur“ flexibel einteilen konnten im Vergleich zu denen, die ihre Arbeitszeit sehr flexibel einteilen konnten, signifikant höhere Burnout-Risikowerte in den Subskalscores Zynismus und Erschöpfung auf (jeweils $p < 0,001$).

Befristete Anstellung: Obwohl nur 47 (4,9 %) Teilnehmer angaben, einen befristeten Arbeitsvertrag zu haben, zeigte sich, dass diese in der Subskala Erschöpfung signifikant höhere Scores, also ein höheres Burnout-Risiko hatten, als diejenigen mit unbefristeten Verträgen ($p = 0,030$).

Zusätzlich zeigte sich eine signifikant positive Korrelation zwischen der Anzahl der Auftraggeber/Kunden eines Projektes und dem Summenscore der Skala Zynismus. Das heißt, je mehr Kunden/Auftraggeber in einem Projekt, desto höher war der Wert der Skala Zynismus ($r = 0,072$; $p = 0,026$).

Im Überblick gibt die folgende Abbildung 8 einen Ausschnitt der Faktoren, die als risikoreich aufgetreten sind:

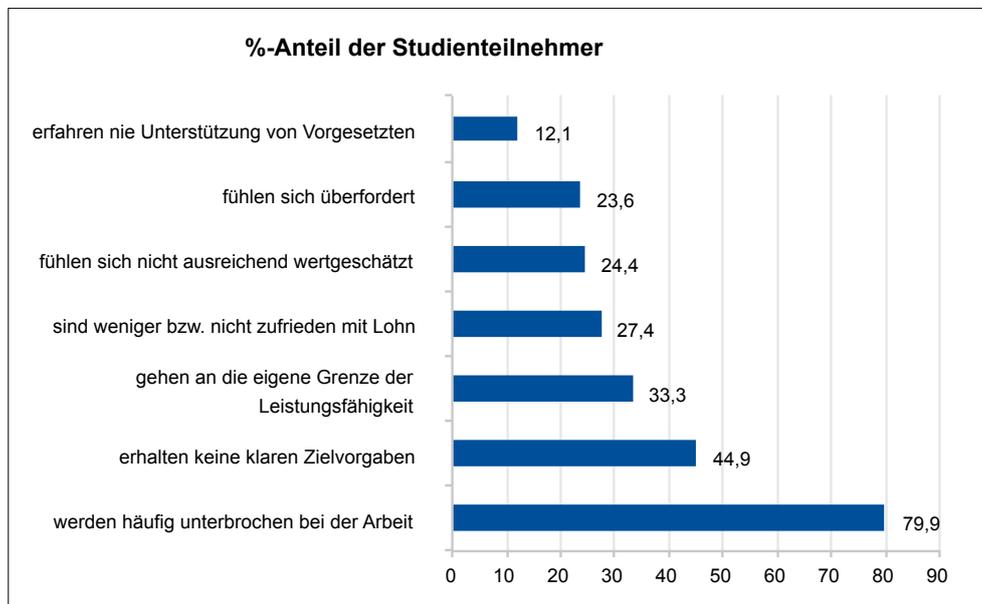


Abb. 8: Angaben der Studienteilnehmer zu den äußeren Burnout-Risikofaktoren in %

2.4.2 Externe Faktoren, die das Burnout-Risiko nicht erhöhten oder sogar reduzierten

Erreichbarkeit in der Freizeit: Wegen beruflicher Angelegenheiten wurden in der Freizeit häufig kontaktiert 20,6 % (N = 199), 63,6 % (N = 614) manchmal und 15,8 % (N = 152) nie. Von denen, die nie kontaktiert wurden, fühlte sich auch niemand belastet. Von denen, die manchmal kontaktiert wurden, belastete dies 24,9 % und von denen, die häufig kontaktiert wurden, belastete das 57,3 %. Dennoch zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den drei Subskalen des MBI-GS. Das heißt, dass diejenigen, die häufig in ihrer Freizeit kontaktiert wurden, kein

erhöhtes Burnout-Risiko aufwiesen im Vergleich zu denjenigen, die nur manchmal oder nie kontaktiert wurden.

Zusatzbelastung: Insgesamt gaben nur 27,7 % der Befragten an, keine Zusatzbelastungen zu haben. Die 698 Teilnehmer mit Zusatzbelastungen benötigten für diese im Durchschnitt pro Woche 9,23 (SD 11,19) Stunden Zeit. Welche Zusatzbelastungen (Mehrfachnennungen möglich) hauptsächlich genannt wurden zeigt Tabelle 7:

Zusatzbelastung	Für % der Teilnehmer zutreffend
Weiterbildung	39,8
Ehrenamt	27,5
Kinderbetreuung	30,2
Pflege von Angehörigen	7,8
Sonstiges	12,3

Tab. 7: Zusatzbelastungen der Studienteilnehmer

Als sonstige Zusatzbelastungen wurden u. a. Nebenbeschäftigung als Selbstständiger, Lehrtätigkeit, Verbands- und Vereinsarbeit, Forschungstätigkeit, Hausbau-/Renovierung, Politik sowie Betreuung der Haustiere genannt.

Interessanterweise gab es jedoch keinerlei signifikante Unterschiede in den drei Burnout-Risiko-Skalen zwischen denjenigen mit Zusatzbelastung (N = 698; 72,3 %) und denjenigen ohne Zusatzbelastung (N = 267; 27,7 %); es gab also für keine Gruppe ein erhöhtes Burnout-Risiko.

Ergänzend konnte festgestellt werden, dass Zynismus und **Berufserfahrung** in Jahren signifikant negativ korrelierten ($r = -0,112$; $p = 0,001$). Das heißt, je länger die Teilnehmer im Projektmanagement gearbeitet hatten, desto geringer ausgeprägt war der Wert für Zynismus; dasselbe galt für die Domäne Erschöpfung: je berufserfahrener die Teilnehmer waren, desto geringer war die Ausprägung in der Skala Erschöpfung ($r = -0,118$; $p < 0,001$). Signifikant positiv korrelierten Effektivität und Berufserfahrung: je größer die Berufserfahrung war, desto ausgeprägter war auch die Effektivität ($r = 0,082$; $p = 0,011$). Zusammengefasst: je größer die Berufserfahrung umso geringer war das Burnout-Risiko.

Dies zeigte sich auch in der Korrelation mit dem **Lebensalter**. Hier gab es eine niedrige, jedoch signifikant negative Korrelation des Alters mit der Skala Zynismus ($r = -0,080$, $p = 0,013$) und ebenso mit der Skala Erschöpfung ($r = -0,098$, $p = 0,002$). Bezüglich der Effektivität gab es keinerlei Zusammenhang. Das heißt also, je älter die Teilnehmer, desto weniger zynisch und erschöpft waren sie.

Zusätzlich gab es keine signifikanten Korrelationen zwischen den Skalen Erschöpfung, Zynismus und Effektivität und der **Größe der Kernprojektteams**, ebenso nicht mit der **Anzahl der gleichzeitig betreuten Projekte**. Auch zeigte sich kein signifikanter Unterschied in den drei Subskalen des MBI-GS hinsichtlich derer, die nicht im **interkulturellen Umfeld** arbeiteten (N = 437) und denen, die im interkulturellen Umfeld arbeiteten (N = 528).

Diejenigen, die **mehrere Funktionen gleichzeitig** bekleideten, zeigten signifikant höhere, also „bessere“ Werte in der Skala Effektivität, als diejenigen, die keine zusätzlichen Aufgaben hatten. Die anderen Summenscores unterschieden sich nicht signifikant.

Auch gab es keine signifikanten Korrelationen der drei Skalen mit der geleisteten Arbeitszeit in Stunden/Woche und der **geleisteten Reisetätigkeit** in Prozent.

Weiterhin zeigten sich keine signifikanten Korrelationen der Burnout-Risiko-Subskalen und der **Dauer der Projekte in Monaten**, der **Anzahl beteiligter Abteilungen**, der Anzahl von **Schnittstellen zu anderen Projekten**, der **Anzahl an Lieferanten/Dienstleistern** sowie der **Anzahl der Stakeholder**. Eine signifikant negative Korrelation konnte für die **Größe der Kernprojektteams** in den letzten zwei Projekten mit der Skala Zynismus ($r = -0,082$; $p = 0,011$) festgestellt werden. Je größer also die Kernprojektteams, desto geringer ausgeprägt der Score Zynismus. Eine signifikant positive Korrelation ergab sich zwischen der **Anzahl der Standorte** eines Projekts und der Effektivität ($r = 0,092$; $p = 0,004$): je mehr Standorte pro Projekt, desto effizienter waren die Projektmanager unserer Erhebung.

Diejenigen, die mehr **Zeit pro Woche für ihre Entspannung** aufwandten, hatten signifikant niedrigere Werte in den Skalen Zynismus und Erschöpfung und signifikant höhere Werte in der Skala Effektivität (jeweils $p < 0,001$), also eine signifikant niedrigere Burnout-Gefährdung.

2.4.3 Innere Faktoren (Persönlichkeitsfaktoren) und Burnout-Risiko

Neben den äußeren Bedingungen, welche die Entstehung eines Burnout-Syndroms oder auch anderer psychischer Erkrankungen begünstigen können, spielen auch innere Faktoren, sogenannte Persönlichkeitseigenschaften, eine wichtige Rolle. Bekannt ist, dass beispielsweise Perfektionismus, nicht „Neinsagen“ können und „nicht abschalten“ können im Zusammenspiel mit belastenden äußeren Bedingungen die Entstehung eines Burnout-Syndroms „befeuern“ können.

In der vorliegenden Studie wurden diese und weitere bereits bekannte Persönlichkeitsfaktoren, die in Zusammenhang mit der Entwicklung eines Burnouts stehen können, erhoben. Die Studienteilnehmer wurden gebeten, auf einer 7-stufigen Likert Skala anzugeben, inwieweit folgende Aussagen auf sie zuträfen („trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (7)).

In der Auswertung der Aussagen wurden die Skalenwerte 5, 6 und 7 zu der Kategorie „trifft zu“ zusammengefasst (siehe Tabelle 8). Ein Auszug aus diesen persönlichen Risikofaktoren findet sich in Abbildung 9.

Aussagen	Trifft zu für % der Teilnehmer
„Ich bin erst dann mit mir zufrieden, wenn ich mein Bestes gegeben habe.“	87,5
„Über Enttäuschungen komme ich schwerer hinweg als andere.“	38,9
„Viel von meinem Stress kommt von meinen Ansprüchen an mich selbst.“	69,2
„Die höchsten Anforderungen stelle ich an mich selbst.“	81,4
„Ich neige dazu die Dinge schwer zu nehmen.“	46,6
„Ich neige dazu, an meine Leistungen strenge Maßstäbe anzulegen.“	85,5
„Ich finde es oft schwierig, nach der Arbeit abzuschalten.“	57,6
„Ich nehme oft Probleme aus meiner Arbeit mit in die Freizeit.“	57,5
„Ich neige zum Perfektionismus.“	79,4
„Mir fällt es schwer, Aufgaben zu delegieren.“	40,7
„Mir fällt es schwer, „nein“ zu sagen/mich abzugrenzen.“	56,2
„Meine Arbeit steht in meinem Leben an erster Stelle.“	39,1
„Emotionale Belastungen stehe ich gut durch.“	trifft bei 27,8% nicht zu

Tab. 8: Persönlichkeitsfaktoren

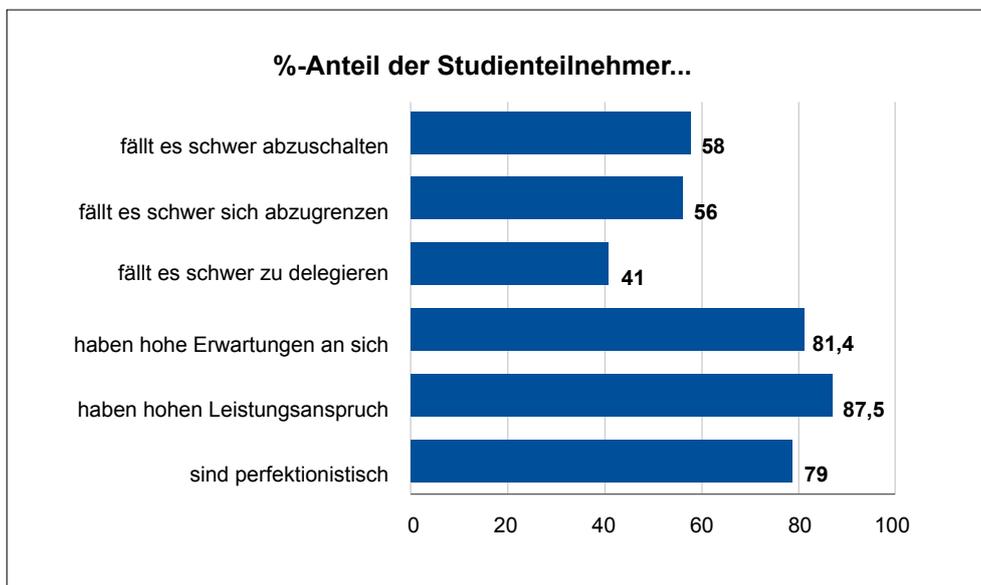


Abb. 9: Ausprägung der Burnout-begünstigenden Persönlichkeitsfaktoren

Es zeigte sich, dass eine stärkere Ausprägung der risikoreichen inneren Faktoren (Persönlichkeitsfaktoren) signifikant positiv korrelierte mit den Subskalenscores Zynismus ($r = 0,322$; $p < 0,001$) und Erschöpfung ($r = 0,404$; $p < 0,001$) sowie signifikant negativ korrelierte mit der Subskala Effektivität ($r = -0,123$; $p < 0,001$). Eine stärkere Ausprägung der inneren Risikofaktoren bedeutet also ein höheres Burnout-Risiko.

2.4.4 Burnout-Risiko und Zufriedenheit mit der Arbeit

Die Mehrheit der Studienteilnehmer (52,2 %; $N = 504$) war zufrieden mit ihrer aktuellen Arbeit, weniger zufrieden waren 30,6 % ($N = 295$), sehr zufrieden waren 10,2 % ($N = 98$) und nicht zufrieden waren 7,1 % ($N = 68$). Diejenigen, die sehr zufrieden und zufrieden mit ihrer Arbeit waren, zeigten ein niedrigeres Burnout-Risiko in den drei Unterskalen des MBI-GS. Die Mittelwerte der Summscores sind in der folgenden Tabelle aufgelistet:

Zufriedenheit mit der aktuellen Arbeit	Summscore Zynismus je höher die Werte, desto Burnout-gefährdeter	Summscore Effektivität je niedriger die Werte, desto Burnout-gefährdeter	Summscore Erschöpfung je höher die Werte, desto Burnout-gefährdeter
Sehr zufrieden	3,7	29,9	8,3
Zufrieden	7,4	27,4	11,5
Weniger zufrieden	15,1	24,8	16,1
Nicht zufrieden	21,7	23,6	20,8

Tab. 9: Burnout-Scores und Zufriedenheit mit der Arbeit

Je zufriedener die Teilnehmer mit der Arbeit waren, desto geringer das Burnout-Risiko. Die Zufriedenheit mit der Arbeit war aber auch abhängig von anderen Faktoren. Zum Beispiel konnte festgestellt werden, dass diejenigen, die ihre Arbeit flexibler einteilen konnten auch zufriedener mit ihrer Arbeit insgesamt waren: Von denjenigen, die nicht flexibel arbeiten konnten, waren 16,7 % mit ihrer aktuellen Arbeit nicht zufrieden. Von denjenigen, die ihre Arbeit sehr flexibel einteilen konnten, waren nur 4,1 % nicht zufrieden ($p < 0,001$). Ähnlich verhielt es sich mit empfundenem Handlungsspielraum und empfun-

dener Unterstützung des Vorgesetzten. Je mehr Handlungsspielraum und je mehr Unterstützung, desto zufriedener waren die Studienteilnehmer mit ihrer Arbeit insgesamt (jeweils signifikant mit $p < 0,001$).

2.4.5 Burnout-Risiko und die Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen

Die Frage: „Wie häufig gelingt es Ihnen, bei der Arbeitszeitplanung auf Ihre familiären und privaten Interessen Rücksicht zu nehmen?“ wurde folgendermaßen beantwortet:

Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen:	N	Prozent	Anteil in % der dadurch Belasteten
Nie	33	3,4	72,7
Manchmal	558	57,8	70,0
Häufig	374	38,8	7,0

Tab. 10: Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen

Diejenigen, die nie oder nur manchmal ihre privaten und beruflichen Interessen berücksichtigen konnten, fühlten sich dadurch zu 72,7 % bzw. 70 % belastet. Diejenigen, die häufig ihre privaten und beruflichen Interessen vereinbaren konnten, zeigten sich signifikant weniger belastet (7 %; $p = 0,000$). Bezüglich des Burnout-Risikos hatten die Teilnehmer, die angaben, oft beide Interessen berücksichtigen zu können, in allen drei Subskalen ein signifikant geringeres Risiko verglichen mit denjenigen, die nur manchmal beide Interessen verbinden konnten (Subskalen Zynismus und Erschöpfung $p < 0,001$; Subskale Effektivität $p = 0,002$).

2.4.6 Burnout-Risiko und Hauptbelastungen (privat, beruflich bzw. beruflich und privat gleichermaßen)

Die Teilnehmer dieser Studie wurden gefragt, in welchem Bereich sie ihre momentane Hauptbelastung sehen: entweder hauptsächlich im Privaten, oder hauptsächlich im Beruflichen, oder aber gleichermaßen im Beruflichen **und** Privaten. Die Alternativantwort war: momentan keine Belastung.

Knapp die Hälfte der Befragten sagte, dass momentan ihre Hauptbelastung ausschließlich im Beruflichen liege (45,8 %; $N = 442$). Nur etwas weniger Teilnehmer empfanden ihre Hauptbelastung gleichermaßen im Beruflichen und Privaten (41,6 %; $N = 401$). 6,6 % ($N = 64$) sahen ihre Hauptbelastung ausschließlich im Privaten und nur 6 % ($N = 58$) empfanden aktuell gar keine Belastung (siehe folgende Grafik).

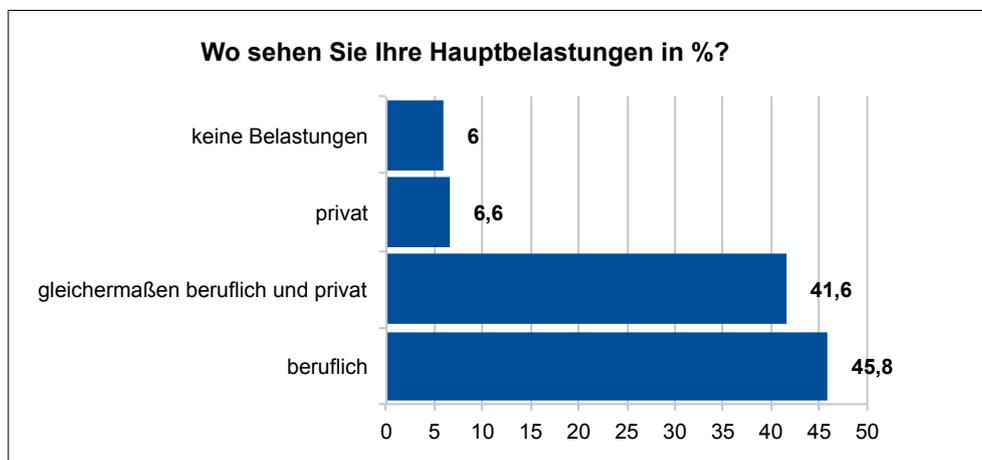


Abb. 10: Empfundene Hauptbelastung der Studienteilnehmer

Je nach Einschätzung der Hauptbelastungen unterschieden sich auch die Werte in den Subskalen des MBI-GS. So bildete sich bei jenen, die angaben, hauptsächlich beruflich belastet zu sein, ein signifikant höheres Burnout-Risiko ab, als bei denjenigen, die angaben, hauptsächlich privat oder gleichermaßen beruflich und privat belastet zu sein.

2.4.7 Gesundheitsverhalten, Gesundheitszustand und Lebensqualität

Innerhalb der letzten 12 Monate arbeiteten 63,5 % der Studienteilnehmer, obwohl sie nach ihrer subjektiven Einschätzung krank waren (dies wird als „Präsentismus“ bezeichnet). Weiter gaben 18 % an, manchmal und 3,9 % an, häufig nicht-rezeptpflichtige Schlaf- bzw. Beruhigungsmedikamente innerhalb des letzten Jahres genommen zu haben.

Über die Hälfte der Teilnehmer (56 %) war wegen körperlicher und 17,8 % wegen psychischer Beschwerden innerhalb der letzten 12 Monate in Behandlung.

Es ist bekannt, dass bei der Entwicklung von Burnout Stresswarnzeichen auf körperlicher sowie psychischer Ebene auftreten. Anhand einer Checkliste sollten die Studienteilnehmer angeben, welche der Beschwerden bei ihnen mindestens einmal pro Woche innerhalb der letzten 12 Monate auftraten (Mehrfachnennungen möglich). Die große Mehrheit der Befragten (84,6 %) gab an, körperliche bzw. psychische Beschwerden gehabt zu haben. Nur 149 (15,4 %) sagten, dass sie keinerlei Beschwerden hätten. Bei jenen, die angaben, regelmäßig Beschwerden zu haben, waren es im Durchschnitt 3,2 (SD 1,77) Beschwerden. In der nachstehenden Grafik sind die genannten Beschwerden aufgelistet.

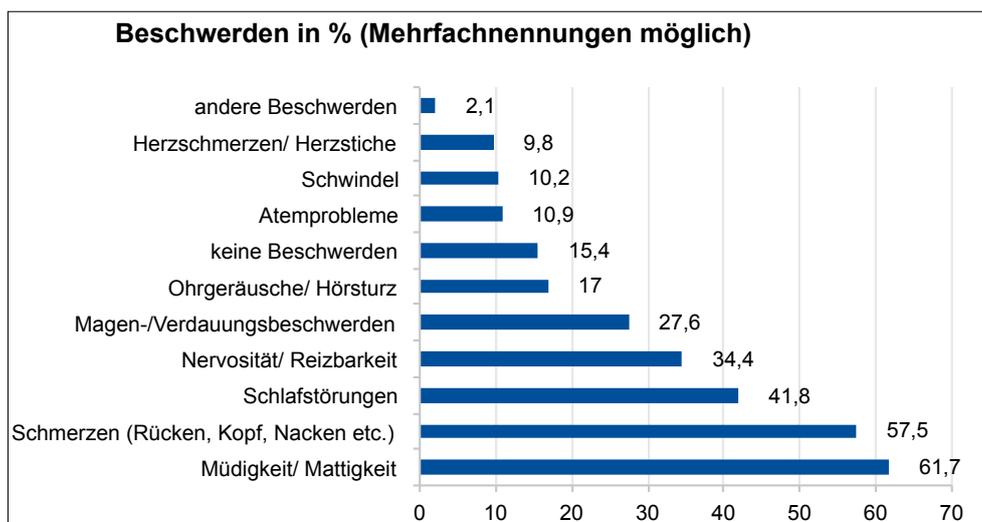


Abb. 11: Auflistung der Beschwerden der Studienteilnehmer

Der Zusammenhang zwischen erwähnten Beschwerden und Burnout-Risiko soll am Beispiel „Nervosität/Gereiztheit“ erläutert werden: Von allen Befragten gaben 332 (34,4 %) an, mindestens einmal in der Woche innerhalb der letzten 12 Monate gereizt bzw. nervös gewesen zu sein. Diejenigen, für die dies zutrif, erzielten in allen drei Subskalen des MBI-GS ein höheres Burnout-Risiko im Vergleich zu denen, die nicht regelmäßig gereizt oder nervös waren (N = 633; jeweils $p < 0,001$).

Nur 3 % der Befragten schätzten ihren aktuellen Gesundheitszustand als ausgezeichnet ein, 23,8 % sagten, er sei sehr gut, 51,3 % empfanden ihn als gut und 21,9 % gaben an, dass sie ihren aktuellen Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht empfanden (siehe Abbildung 12).

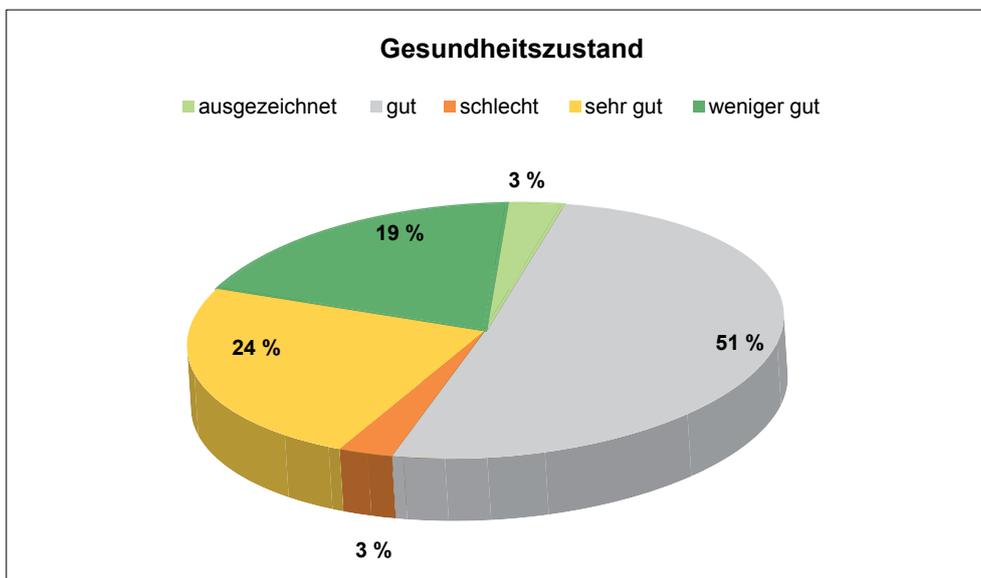


Abb. 12: Empfundener Gesundheitszustand der Studienteilnehmer

Die aktuelle Lebensqualität wurde von fast einem Drittel (27,4 %) der Befragten als weniger gut bzw. schlecht eingeschätzt. Eine ausgezeichnete Lebensqualität empfanden 4 %, sehr gute

Lebensqualität 22,7 % und eine gute Lebensqualität gab fast die Hälfte der Befragten (45,8 %) an (siehe Abbildung 13).

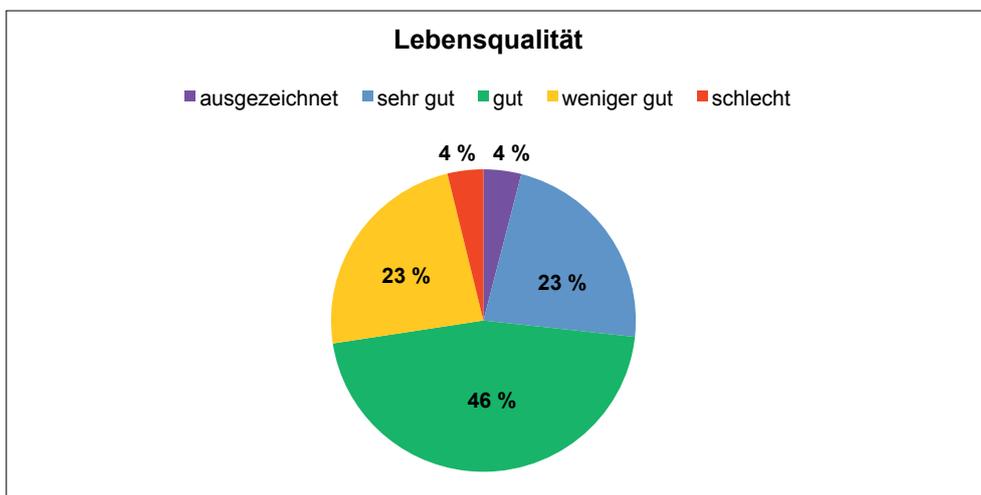


Abb. 13: Empfundene Lebensqualität der Studienteilnehmer

Es zeigte sich, dass diejenigen, die regelmäßig etwas für ihre Entspannung taten, ein signifikant niedrigeres Burnout-Risiko hatten. Es ist wissenschaftlich belegt, dass Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Yoga, Ausdauersport) präventiv wirken können. In der aktuellen Stichprobe gaben 59,8 % der Teilnehmer an, regelmäßig etwas für ihre Entspannung zu tun und zwar im Durchschnitt 3 Mal pro Woche. Dabei betrieben 49,1 % regelmäßig Sport und 15,9 % nutzen anerkannte

Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Yoga). Ein Anteil von 17,9 % gab an, etwas anderes regelmäßig zur Entspannung zu tun – zum Beispiel: Beten, Sex haben, Ausgehen, Freunde treffen, Gartenarbeit, Fernsehen, Musik hören, Lesen, Kochen, Musikinstrument spielen, Hobbies, Haustiere, Kinder, Massage, Physiotherapie, Sauna, Akupunktur, Schlafen, Singen, Computerspielen und Wandern.

2.4.8 Burnout-Risiko und Führungsverantwortung

Die 72,4 % (N = 699), die angaben, Führungsverantwortung zu haben, erzielten in der Skala Zynismus einen Score von 10, in der Skala Effektivität von 26,7 und in der Skala Erschöpfung von 13,2. Diejenigen, die angaben, keine Führungsverantwortung zu haben, erzielten in der Skala Zynismus einen höheren Wert, nämlich 11,5, in der Skala Effektivität einen etwas niedri-

geren Wert von 26,1 und in der Skala Erschöpfung einen etwas höheren Wert von 13,5. In den Skalen Zynismus ($p = 0,006$) und Effektivität ist der Unterschied signifikant ($p = 0,04$). Die folgende Grafik stellt dar, wie viele Teilnehmer mit Führungsverantwortung versus Teilnehmer ohne Führungsverantwortung Burnout-kritische Werte erreichten:

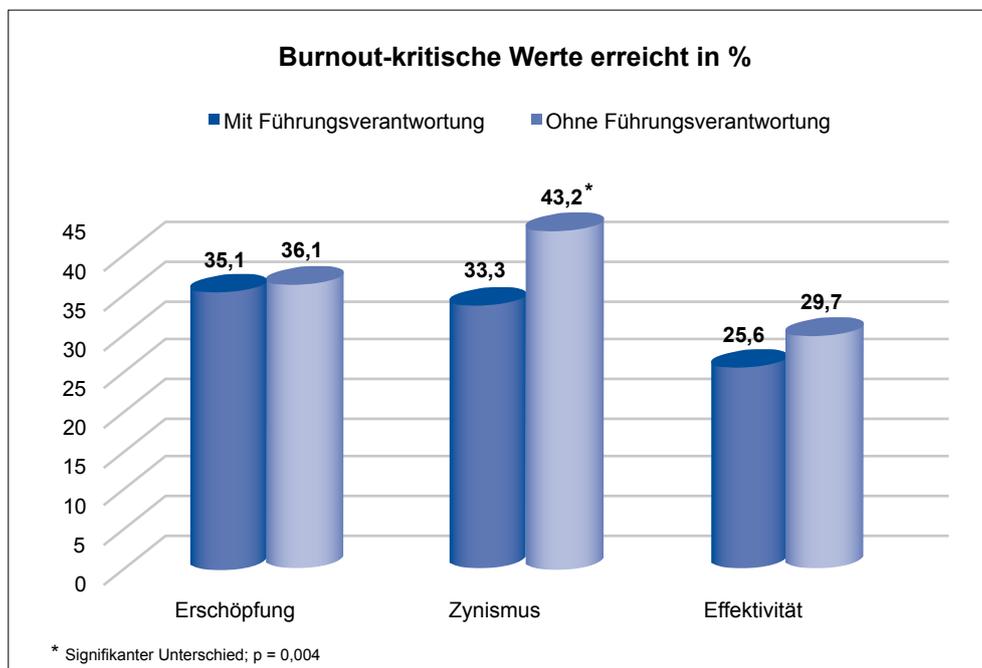


Abb. 14: Einfluss der Führungsverantwortung auf Burnout

Insgesamt scheinen somit diejenigen mit Führungsverantwortung ein etwas geringeres Burnout-Risiko zu haben.

Woran könnte dies liegen? Es zeigten sich folgende signifikante Unterschiede in der Ausprägung der „inneren Faktoren“ (Persönlichkeitsmerkmale): Diejenigen mit Führungsaufgabe gaben häufiger an, dass sie emotionale Belastungen gut durchstehen können ($p = 0,007$). Jenen ohne Führungsverantwortung fiel es häufig schwerer zu delegieren ($p = 0,011$), sich abzugrenzen und „nein“ zu sagen ($p = 0,024$) als denjenigen mit Führungsverantwortung. Des Weiteren hatten die mit Führungsverantwortung häufiger klare Projekt-/Zielvorgaben (58,2 % vs. 47,0 %; $p = 0,002$) und häufiger Handlungsspielraum (81,3 % vs. 68 %; $p < 0,001$). Ebenso nahmen die Teilnehmer mit Führungsverantwortung ihre Arbeit häufiger als wichtig war (64,5 % vs. 53,8 %; $p = 0,008$) und fühlten sich häufiger ausreichend wertgeschätzt (22,5 % vs. 19,2 %) bzw. deutlich seltener nicht ausreichend wertgeschätzt (30,5 % vs. 22,0 %; $p = 0,023$).

Auch zeigte sich eine größere Zufriedenheit mit der Arbeit unter den Führungskräften.

2.4.9 Burnout-Risiko im deutschsprachigen Raum

Wie zu Beginn beschrieben, wurde der Fragebogen von Teilnehmern aus Deutschland (N = 684), aus Österreich (N = 228), aus der Schweiz (N = 44) und aus anderen Ländern (N = 9) beantwortet. In die Analyse bezüglich der Länderunterschiede gingen aufgrund der geringen Teilnehmerzahlen aus der Schweiz und den anderen Ländern nur die Daten der Österreicher und der Deutschen (N deutsche und österreichische Teilnehmer = 912) ein.

Die österreichischen Teilnehmer zeigten in allen drei MBI-GS Subskalen ein signifikant niedrigeres Burnout-Risiko als die deutschen Teilnehmer (jeweils $p < = 0,005$). Das heißt, die Österreicher waren signifikant weniger Burnout-gefährdet als die Deutschen.

Abbildung 15 zeigt den prozentualen Anteil derer, die Burnout-kritische Werte erreicht haben, aufgeteilt in Österreicher und Deutsche:

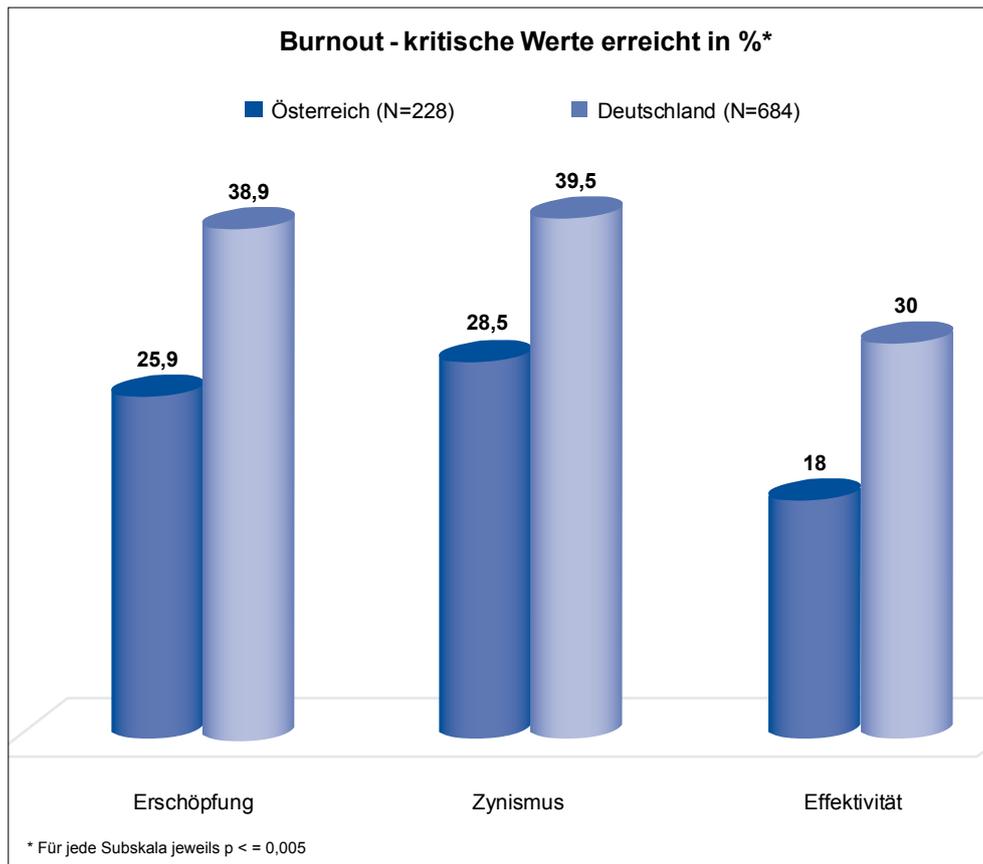


Abb. 15: Burnout-kritische Werte für österreichische und deutsche Studienteilnehmer

Die Teilnehmer aus Österreich zeigten in allen drei MBI-GS Skalen „bessere“ Werte, also insgesamt eine niedrigere Burnout-Gefährdung als ihre deutschen Kollegen (siehe Tabelle 11).

Subskala Summenscore	Land	Mittelwert	SD
Zynismus	Deutschland	10,92	7,86
	Österreich	9,10	7,24
Effektivität	Deutschland	26,07	5,83
	Österreich	27,89	4,97
Erschöpfung	Deutschland	13,81	7,12
	Österreich	11,75	6,82

Tab. 11: Burnout-Scores aufgeteilt nach Deutschland und Österreich

Das gleiche gilt für die Analyse nach Männern und Frauen. Wie den Abbildungen 16 und 17 zu entnehmen ist, zeigten die Österreicher bzw.

Österreicherinnen jeweils ein signifikant niedrigeres Burnout-Risiko.

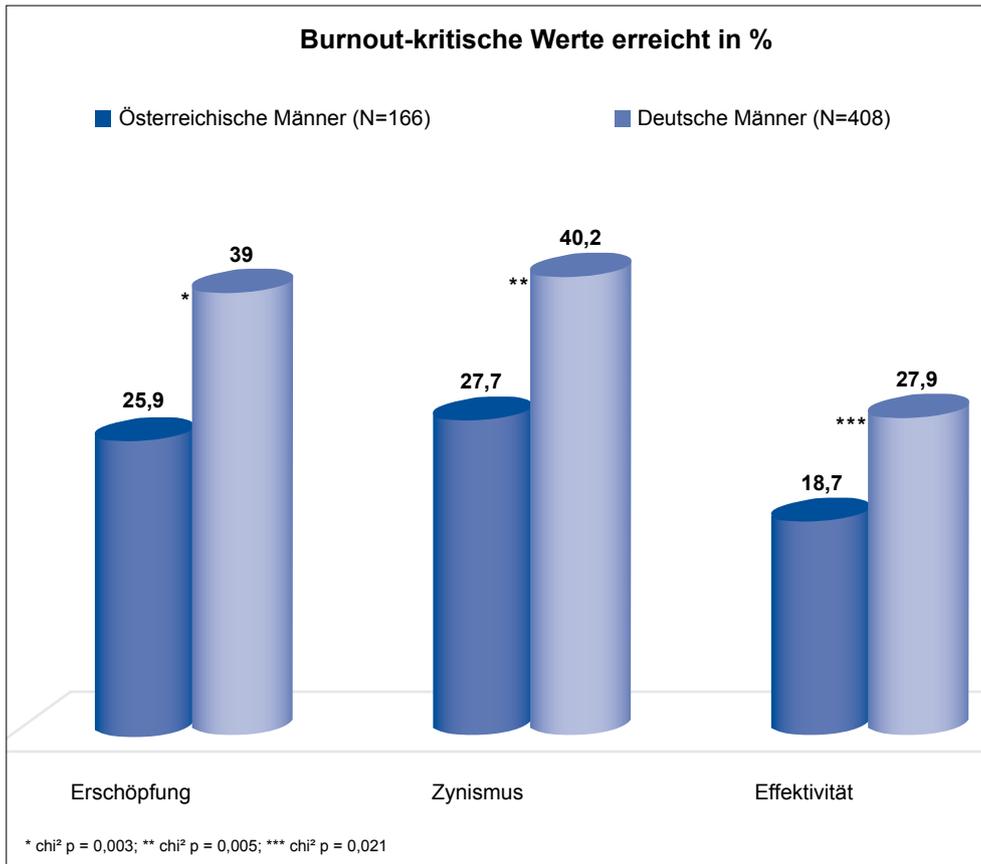


Abb. 16: Burnout-kritische Werte getrennt nach österreichischen und deutschen Männern

Bei den Frauen sieht es wie folgt aus:

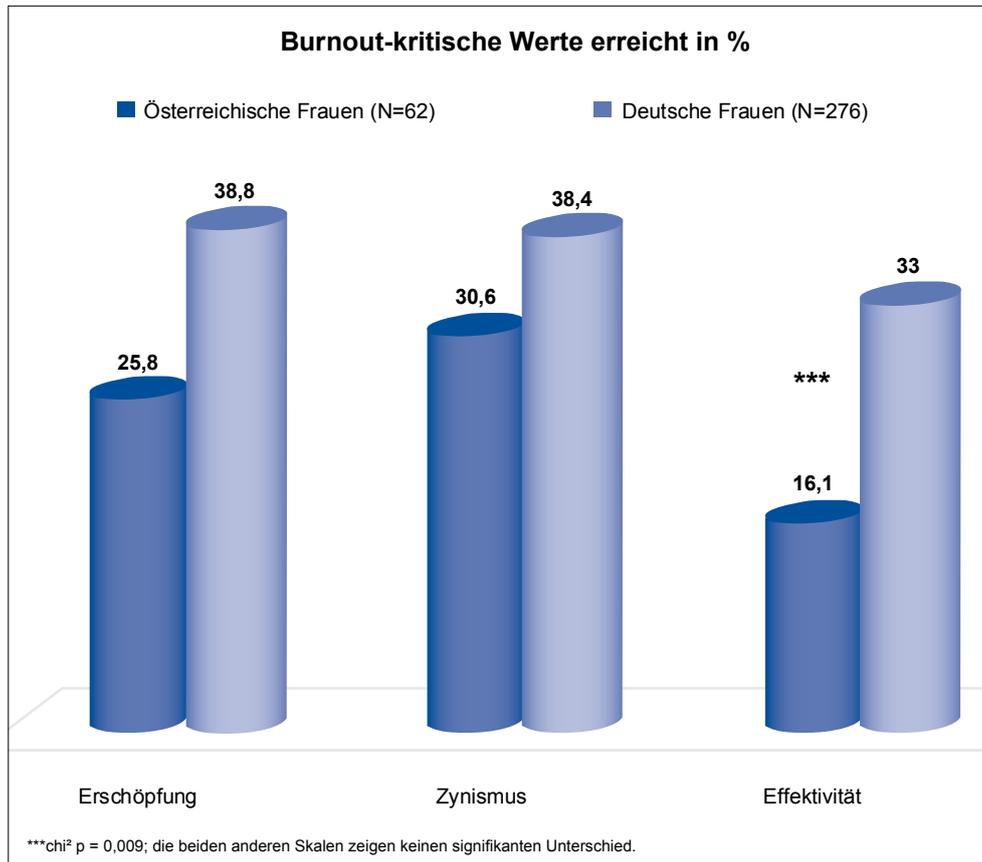


Abb. 17: Burnout-kritische Werte getrennt nach österreichischen und deutschen Frauen

Wie lassen sich diese Unterschiede erklären? Zum einen zeigte sich, dass die Ausprägung der Burnout-risikoreichen „inneren Faktoren“ (Persönlichkeitseigenschaften) bei den Österreicher im Vergleich zu den Deutschen insgesamt weniger stark ausgeprägt waren. So stellten beispielsweise signifikant mehr Deutsche als Österreicher höchste Anforderungen an sich selbst ($p = 0,002$), signifikant mehr Deutsche als Österreicher gaben Schwierigkeiten an, von der Arbeit abschalten zu können ($p = 0,007$), bei signifikant mehr Deutschen stand die Arbeit im Leben an erster Stelle ($p = 0,002$) und signifikant mehr Deutsche als Österreicher tendierten dazu, die Dinge schwer zu nehmen ($p = 0,006$).

Zusätzlich stellten sich Unterschiede in den äußeren Bedingungen dar. So hatten signifikant mehr Österreicher als Deutsche Führungsverantwortung (80,3 % vs. 70,3 %; bei einer Gesamtzahl von 912 deutschen und österreichischen

Teilnehmern, $p = 0,003$), und die Österreicher hatten signifikant öfter Handlungsspielraum ($p = 0,032$), was wiederum mit einer geringeren Burnout-Gefährdung einhergeht. An die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gingen signifikant weniger Österreicher als Deutsche (28,9 % vs. 35,8 %; $p = 0,037$). Zusätzlich gaben die österreichischen Teilnehmer häufiger an, dass sie aktuell keine Belastungen (11 % vs. 5 %; $p = 0,006$) haben, bzw. die Belastungen v. a. im Privaten liegen, was wiederum mit einem niedrigeren Burnout-Risiko assoziiert war.

2.4.10 Burnout-Risiko und Geschlecht

Bezüglich des Erreichens Burnout-kritischer Werte in allen drei Subskalen des MBI-GS gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen, wie aus der folgenden Grafik hervorgeht.

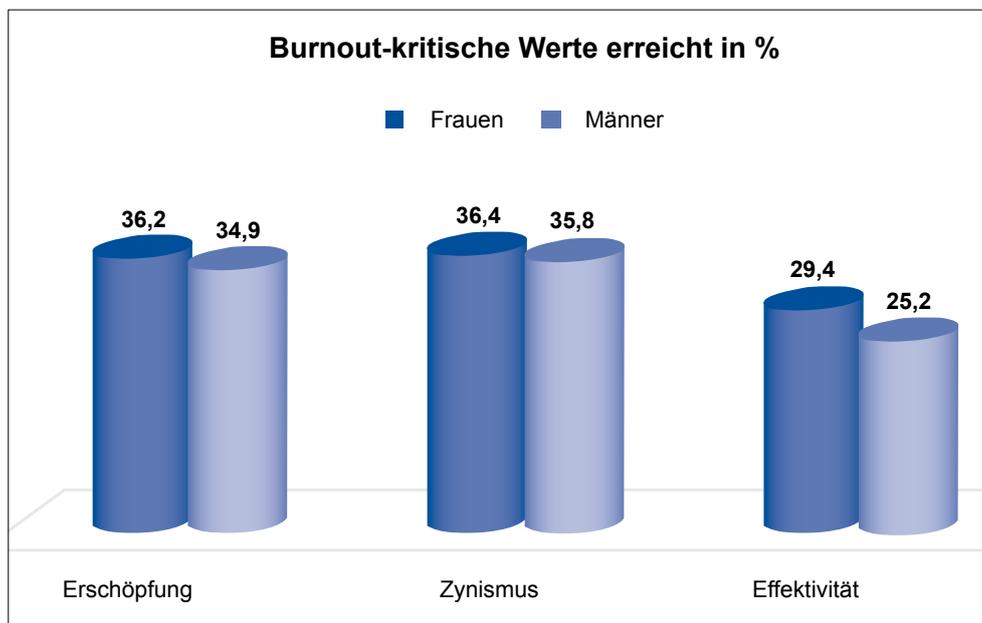


Abb. 18: Burnout-kritische Werte und Geschlecht

Im Folgenden werden bezüglich der anderen Variablen die **signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen** aufgeführt:

Frauen hatten im Durchschnitt zwei Jahre weniger Berufserfahrung als Männer ($p < 0,001$), hatten im Durchschnitt zwei Stunden/Woche weniger Arbeitszeit ($p = 0,006$) und um ca. 1,5 % weniger Reisetätigkeit ($p = 0,012$). Mehr Männer als Frauen hatten Führungsverantwortung - 75,8 % (463 von 611 Männern) vs. 66,7 % (236 von 354 Frauen); $p = 0,002$. Frauen konnten ihre Arbeitszeit weniger häufig sehr flexibel einteilen als Männer (41,0 % vs. 48,1 %; $p = 0,030$).

Bezüglich des **Gesundheitsverhaltens und -zustands** ist festzuhalten, dass Frauen im Durchschnitt 0,4 Beschwerden mehr als Männer berichteten ($p = 0,003$) und häufiger wegen körperlicher (63 % vs. 52 %; $p = 0,001$) und psychischer Beschwerden (22,6 % vs. 15,1 %; $p = 0,003$) in Behandlung waren. Mehr Frauen als Männer arbeiteten innerhalb der letzten 12 Monate, obwohl sie krank waren (67,8 % vs. 61 %; $p = 0,036$). Signifikant mehr Frauen als Männer nahmen manchmal bis häufig nicht-verschreibungspflichtige Medikamente zur

Beruhigung bzw. zum Schlafanstoß ein (manchmal: 22,3 % vs. 15,5 %; häufig: 5,4 % vs. 3,1 %; $p = 0,004$). Mehr Frauen als Männer gaben an, regelmäßig etwas für ihre Entspannung zu tun (64,4 % vs. 57,1 %; $p = 0,026$). Bezüglich der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands und der eigenen Lebensqualität zeigten sich keine Unterschiede.

Hinsichtlich der Anzahl der **Zusatzbelastungen** zeigten sich keine Unterschiede. Allerdings fiel auf, dass mehr Frauen als Männer eine Weiterbildung (45,2 % vs. 36,7 %; $p = 0,009$) und mehr Männer als Frauen Kinderbetreuung (34,4 % vs. 22,9 %; $p < 0,001$) als Zusatzbelastung angaben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass mehr Männer als Frauen Kinder betreuen. Höchstwahrscheinlich stufen die Frauen die Kinderbetreuung nicht zwangsläufig als Zusatzbelastung ein. Bei den anderen zusätzlichen Belastungen, wie Ehrenamt oder Pflege von Angehörigen waren Männer und Frauen gleichauf. Auch die Einschätzung der Hauptbelastung sowie der Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Interessen unterschied sich nicht zwischen den Geschlechtern.

Bezüglich der Ausprägung der „inneren Faktoren“ (Persönlichkeitseigenschaften) ergab sich, dass Frauen in einigen Punkten Burnout-riskantere Ausprägungen zeigten als Männer. So gaben Frauen signifikant häufiger als Männer an, dass die folgenden Aussagen auf sie zutreffen würden (Antwortmöglichkeiten 5, 6 und 7 werden als Kategorie „trifft zu“ zusammengefasst):

- „Ich bin erst dann mit mir zufrieden, wenn ich mein Bestes gegeben habe.“
- „Über Enttäuschungen komme ich schwerer hinweg als andere.“
- „Viel von meinem Stress kommt von meinen Ansprüchen an mich selbst.“
- „Die höchsten Anforderungen stelle ich an mich selbst.“
- „Ich neige dazu, die Dinge schwer zu nehmen.“
- „Ich neige dazu, an meine Leistungen strenge Maßstäbe anzulegen.“

Der Aussage „Emotionale Belastungen stehe ich gut durch“ stimmten signifikant mehr Männer zu als Frauen.

Keinen signifikanten Unterschied gab es bei der Beantwortung der folgenden Aussagen:

- „Ich finde es oft schwierig nach der Arbeit abzuschalten.“
- „Ich nehme oft Probleme aus meiner Arbeit mit in die Freizeit.“
- „Ich neige zum Perfektionismus.“
- „Mir fällt es schwer, Aufgaben zu delegieren.“
- „Mir fällt es schwer, „nein“ zu sagen/mich abzugrenzen.“
- „Arbeit steht in meinem Leben an erster Stelle.“

2.4.11 Angebote der Unternehmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie

In der vorliegenden Erhebung wurde auch danach gefragt, welche Angebote des Unternehmens die einzelnen Teilnehmer kennen. Die Ergebnisse spiegeln also wider, welche Angebote die Teilnehmer kennen und nicht welche Angebote tatsächlich existieren. Von allen Teilnehmern sagten 13,9 % (N = 134), dass sie keine Angebote ihres Unternehmens kennen würden.

In der folgenden Grafik sind die Angebote der Unternehmen, die die Teilnehmer als bekannt angaben, aufgeführt sowie der prozentuale Anteil der Inanspruchnahme dieser Angebote (Mehrfachnennungen möglich).

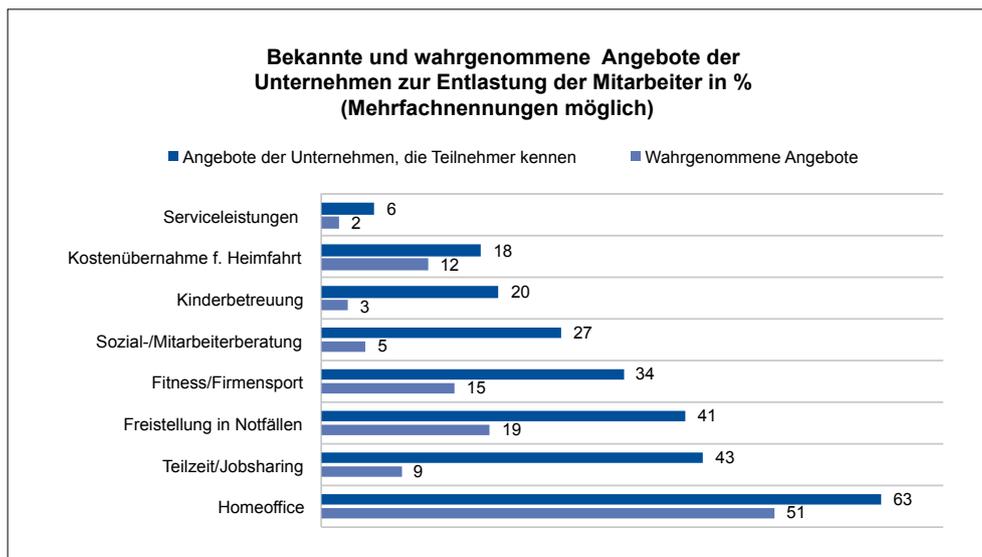


Abb. 19: Bekannte und wahrgenommene Angebote der Unternehmen zur Entlastung der Mitarbeiter

Mit Serviceleistungen sind Angebote wie z. B. Wäscheservice, Reinigungsdienste, Einkaufsservice etc. gemeint gewesen.

2.5 Vergleich der Ergebnisse mit bereits publizierten Daten

2.5.1 Rate an Erschöpfung und Burnout

Verlässliche Zahlen von den Krankenkassen bezüglich der Burnout-Raten in der deutschen Allgemeinbevölkerung gibt es nicht, da Burnout nicht als eigenständige Diagnose verschlüsselt werden kann. Eine repräsentative Gesundheitsumfrage (DEGES) aus dem Jahre 2012 mit fast 10.000 Teilnehmern aus der deutschen Allgemeinbevölkerung fand jedoch heraus, dass nur 4,2 % der Teilnehmer je die „Diagnose“ Burnout erhalten haben [22; 23].

In unserer Stichprobe war die Rate an Teilnehmern mit einem Burnout-Risiko deutlich höher (ca. 35 %). Woran kann dieser große Unterschied liegen? Zum einen wurde in unserer Studie kein Burnout „diagnostiziert“, sondern das **Risiko für die Entwicklung eines Burnouts** erhoben. Zum anderen muss in der Bevölkerungsstichprobe eine sehr hohe Dunkelziffer an Burnout-Fällen angenommen werden, nachdem die Autoren danach fragten, ob bei den Teilnehmern bereits von einem Experten ein Burnout-Syndrom festgestellt, also „diagnostiziert“ worden ist. Es ging im Gegensatz zu unserer Studie nicht um eine subjektive Einschätzung von Burnout-assoziierten Symptomen. Unsere Ergebnisse zeigten, dass nur 18 % der Befragten wegen psychischer Probleme in Behandlung waren, obwohl sich 35 % ausgebrannt und erschöpft fühlten. Falls wir also unsere Teilnehmer danach gefragt hätten, ob bei ihnen bereits ein Burnout von Experten „diagnostiziert“ wurde, hätte die Mehrheit wohl mit „nein“ geantwortet. Die deutsche Gesundheitsumfrage an der Allgemeinbevölkerung und diese Studie untersuchten also unterschiedliche Stadien und Definitionen von Burnout und scheinen daher nicht wirklich vergleichbar zu sein.

Unterstützt wird diese Erklärung dadurch, dass andere große Studien an der Allgemeinbevölkerung, mit zu unserer Studie vergleichbareren Designs und Messmethoden, nämlich durchweg höhere Raten an Erschöpfung bzw. Burnout zeigten und zwar zwischen 17 % und 34 % [9; 18; 24]. Eine ganz aktuelle Untersuchung einer repräsentativen Stichprobe von 1.000 Deutschen über 18 Jahre, in Auftrag gegeben von der Techniker Krankenkasse, kam zu dem Ergebnis, dass 33 % der Befragten sich erschöpft und ausgebrannt fühlten [25]. Eine große österreichische Studie mit mehr als 1.350 Teilnehmern aus dem Jahre 2008, durchgeführt vom österreichischen Gewerkschaftsbund, fand heraus, dass 19 % der Befragten ein Burnout-Risiko (erhoben mittels MBI) aufwiesen. Dabei gab es je nach Beruf Unterschiede im Burnout-Risiko: Lehrer 9 %, Informationstechnologie 23 %, Versicherung/Bankwesen 13 % und Handel 19 % [26]. Analog zu unseren Ergebnissen zeigten sich keine

geschlechterspezifischen Unterschiede und das Burnout-Risiko war bei denjenigen niedriger, die eine Führungsposition inne hielten (8 % vs. 23 %) [26]. Eine Online-Umfrage unter 1.155 Personen, die in der Informationstechnologie arbeiteten (nicht spezifisch im Projektmanagement), mit Teilnehmern aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, ermittelte sogar ein Burnout-Risiko von insgesamt 53 % (erhoben mittels MBI-GS), wobei in Einklang mit unseren Ergebnissen, deutsche Teilnehmer ein höheres Risiko aufwiesen (ca. 56 %) als österreichische (ca. 47 %). Auch hier hatten diejenigen in Führungsposition ein niedrigeres Risiko [27]. Vergleichend mit bereits vorliegenden Ergebnissen, rangieren die Teilnehmer dieser Studie eher im oberen Bereich der Burnout-Gefährdung.

2.5.2 Äußere und innere Risikofaktoren der Studienteilnehmer

Es gibt in der Literatur bisher keine analoge Studie. Allerdings haben sich einzelne Autoren bereits im weitesten Sinne mit Stress und Projektmanagement befasst. Eine Studie aus Kanada fand zum Beispiel heraus, dass eine größere Zahl an Projekten und eine längere Arbeitszeit mit einem niedrigeren Stresslevel und höherem Level an psychischem Wohlbefinden assoziiert waren [28]. Auch in unseren Ergebnissen zeigte sich, dass eine größere Anzahl gleichzeitig betreuter Projekte und eine längere Wochenarbeitszeit nicht zu einem erhöhten Burnout-Risiko führte. Es gibt jedoch eine schwedische Studie, die ebenso Projektmitarbeiter und -manager (N = 392) untersucht hat, mit gegensätzlichen Ergebnissen: die empfundene Arbeitsüberlastung erklärte sich hier zu einem Teil auch durch die Anzahl der gleichzeitig zu betreuenden Projekte [29].

Bei dem Vergleich mit anderen Studien muss jedoch in Betracht gezogen werden, dass es sich um unterschiedliche Studiendesigns sowie unterschiedliche Messmethoden handelt. Die eben zitierte schwedische Studie fand außerdem heraus, dass sich 30,9 % der Studienteilnehmer überlastet fühlten, was mit erhöhtem psychischen Stress assoziiert war [29]. In unserer Stichprobe gaben 33 % an, oft an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit zu gehen und 24 % fühlten sich überfordert. Folglich sind diesbezüglich unsere Ergebnisse im Einklang mit denen der schwedischen Stichprobe. Weitere Studien aus dem Bereich des Projektmanagements analysierten eher arbeitsbezogenen Stress, Leistungsfähigkeit und Motivation, als das Burnout-Risiko als mögliche Vorstufe einer psychischen Erkrankung [30-32].

Andere Studien beschäftigen sich eingehend mit potenziellen Risikofaktoren (am Arbeitsplatz und im Bereich der Persönlichkeitseigenschaften) für die Entwicklung eines Burnouts bzw. einer psychischen Erkrankung.

Generell besteht kein Zweifel daran, dass innere Faktoren (Persönlichkeitsfaktoren, Vererbung) in einer multidimensionalen Weise mit externen Faktoren (Umweltfaktoren, arbeitsplatzbezogene Faktoren) zusammenspielen, wenn es um die Entwicklung eines Burnouts und einer sich im Folgenden eventuell entwickelnden psychischen Erkrankung geht (zum Beispiel [33]).

Hier einige Ergebnisse aus anderen Studien: Überengagement könnte die Burnout-Rate über die Zeit erhöhen, besonders bei unzufriedenen Mitarbeitern [34]. Zufriedenheit mit der Arbeit sowie Autonomie und Kontrolle (in unserer Studie abgefragt als „Handlungsspielraum“) waren negativ, und Arbeitsbelastung positiv korreliert mit Burnout [35]. Eine weitere Studie konnte zeigen, dass Perfektionismus ein Prädiktor für Burnout war [36]. Kernaussagen unserer Auswertung sind, dass leitende Position und Führungsverantwortung sowie längere Berufserfahrung protektiv

auf das Burnout-Risiko wirkten, hingegen geringe Wertschätzung sowie geringe Unterstützung durch Vorgesetzte, häufige Unterbrechungen bei der Arbeit und geringer Handlungsspielraum mit einem erhöhten Burnout-Risiko assoziiert waren. Diese Befunde stimmen auch überein mit bisherigen Forschungsergebnissen zu arbeitsassoziierten Belastungsfaktoren (z. B. [17]).

Für weitere Vergleiche werden im Folgenden drei große, erst kürzlich erschienene deutsche Studien herangezogen: der Fehlzeitenreport 2012, in Auftrag gegeben vom wissenschaftlichen Institut der AOK [9], eine Umfrage von 2013 von der Techniker Krankenkasse („Bleib locker Deutschland!“ [25]) sowie der „Stressreport“ aus dem Jahre 2012, in Auftrag gegeben von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [18].

Um die Belastung der Mitarbeiter der Projektwirtschaft mit der „Gesamtbevölkerung“ zu spiegeln, werden im Folgenden zu den einzelnen vergleichbaren Items die Prozentanteile aus unserer Online-Studie sowie die entsprechenden Prozentanteile aus den zitierten Studien aufgeführt (siehe Abbildung 20).

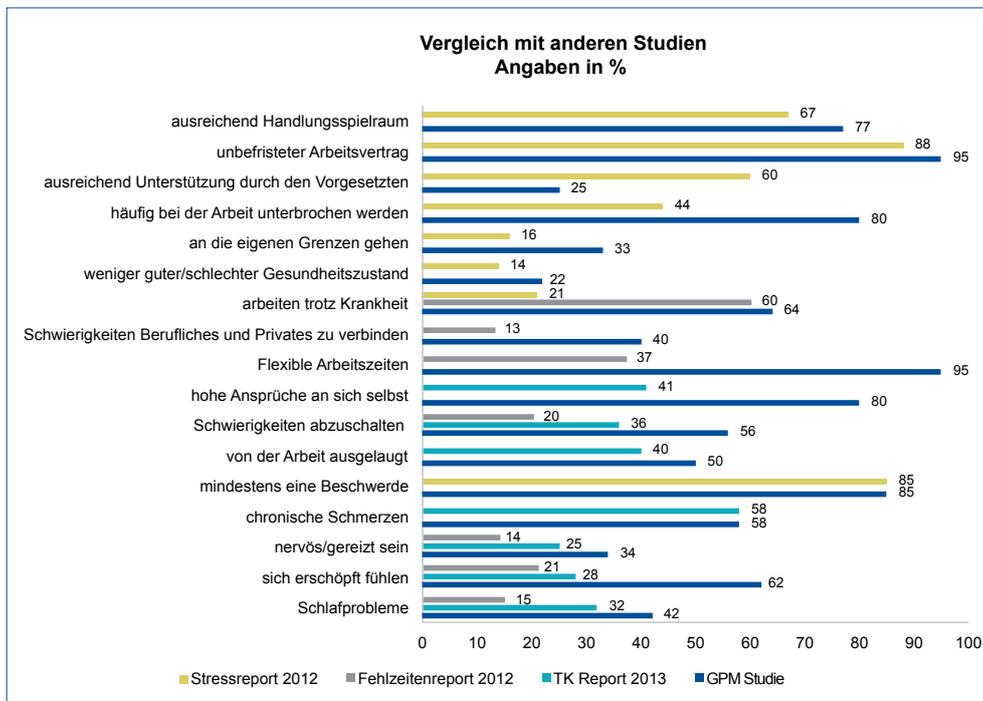


Abb. 20: Belastende Faktoren im Vergleich mit anderen Studien

Den vorstehenden Vergleichen ist zu entnehmen, dass bezüglich fast aller Items die Teilnehmer unserer Studie kritischere Werte aufweisen. Ausnahmen sind z. B. ausreichender Handlungsspielraum, unbefristeter Arbeitsvertrag, mindestens eine Beschwerde und chronische Schmerzen. In diesen Punkten schnitten unsere Teilnehmer entweder gleich gut/gleich schlecht bzw. besser ab, als die vergleichenden Bevölkerungsstichproben. In Hinblick auf diese Vergleiche und das „schlechtere Abschneiden“ der Projektmanager und -mitarbeiter ist andererseits festzustellen, dass im Vergleich zu den 30 % einer Krankenkassenstudie (DAK-Gesundheitsreport) [37] nur 18 % unserer Studienteil-

nehmer bereits eine Behandlung für psychische Probleme/Beschwerden innerhalb des letzten Jahres hatten. Bei dem Vergleich dieser Daten muss jedoch das unterschiedliche Studiendesign berücksichtigt werden.

2.5.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede

In unserer Stichprobe zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede hinsichtlich des Burnout-Risikos. Bisherige Studien mit Teilnehmern aus anderen Berufsbranchen zeigten einen geringen Unterschied zwischen Frauen und Männern, mit einer etwas erhöhten Rate an Burnout bei Frauen [38].

3 Gesamtbewertung der Studie

3.1 Einordnung der Studienergebnisse aus medizinischer Sicht

Wie eingangs erwähnt, gibt es im Verlauf der Entwicklung eines Burnouts, als mögliche Vorstufe einer psychischen Erkrankung, Warnzeichen, die zu beachten sind um präventiv entgegensteuern zu können, z. B. durch das Auffüllen von Energie-

reserven und/oder Reduzieren von Belastungen. Aus der Literatur bekannte Warnzeichen wurden in der vorliegenden Studie abgefragt. Dabei zeigte sich bei den in der Projektwirtschaft Tätigen auszugsweise folgende Situation:

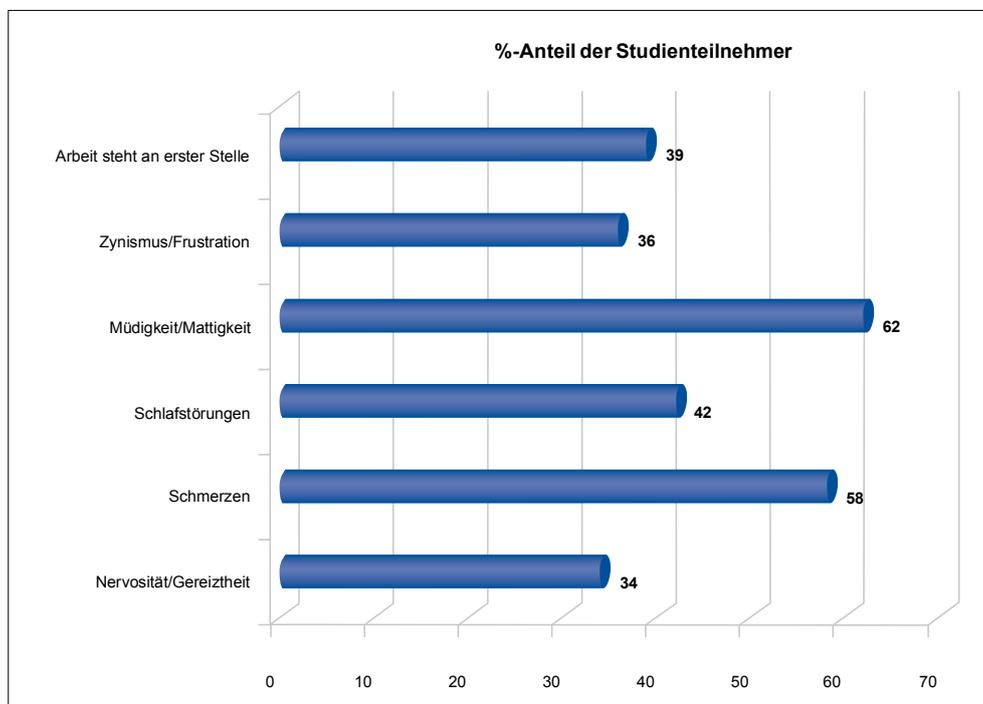


Abb. 21: Warnzeichen für die Entwicklung eines Burnout-Syndroms bei den Studienteilnehmern

Zusätzlich konnten wir feststellen, dass 35 % der befragten Projektmanager und -mitarbeiter den Cut-off-Score für die Burnout-Domäne Erschöpfung erreichten und sich fast 40 % mindestens mehrmals im Monat von der Arbeit ausgebrannt und mehr als die Hälfte sich mindestens mehrmals pro Monat emotional ausgelaugt von der Arbeit fühlten. Fast ein Viertel der Teilnehmer empfand den aktuellen Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht. Über 80 % beklagten mindestens eine chronische körperliche bzw. psychische Beschwerde und fast ein Drittel schätzte ihre aktuelle Lebensqualität als weniger gut bzw. schlecht ein. Auf der anderen Seite stimmten 90 % der Aussage zu: „Ich bin erst dann mit mir zufrieden, wenn ich mein Bestes gegeben habe“. Im Vergleich mit Erhebungen von anderen Berufsgruppen bzw. der Allgemeinbevölkerung stellt

sich, wie unter Punkt 3.5.2 beschrieben, ein eher hohes Burnout-Risiko dar.

3.2 Implikationen der Ergebnisse für die Praxis

Diese Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit aktiv zu werden, um einem Burnout bzw. psychischen Folgeerkrankungen, soweit möglich, vorzubeugen. Dabei ist zu beachten, dass die Ansätze zur Prävention auf unterschiedlichen Ebenen erfolgen müssen, nachdem psychische Erkrankungen und deren Vorstufen ebenfalls multifaktoriell und auf unterschiedlichen Ebenen entstehen können. Nie kann nur ein Faktor, wie zum Beispiel das Arbeitsumfeld, Ursache alleine für eine Erkrankung sein. Wie bei körperlichen Erkrankungen auch, handelt es sich immer um

ein Zusammenspiel mehrerer Faktoren, inklusive der genetischen Veranlagung. Eine Vielzahl an Literatur belegt, dass es für Unternehmen sinnvolle Möglichkeiten zur Prävention gibt [15; 39-41]. Diese kann auf zwei Ebenen stattfinden: auf der organisatorischen Ebene (Unternehmen, Führungskräfte: **Verhältnisprävention**), sowie auf der individuellen Ebene (Arbeitnehmer, Individuum: Verhaltensprävention). Beispiele der **Verhaltensprävention** auf individueller Ebene kön-

nen sein: Erlernen von Entspannungsverfahren, Meditation, Erlernen kognitiver Bewältigungsstrategien, Zeitmanagement, Aufklärungsseminare/schulungen etc.

Beispiele der Verhältnisprävention auf organisatorischer Ebene können sein: Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen (gesetzlich vorgeschrieben) und daraus resultierende strukturelle/organisatorische Veränderungen,

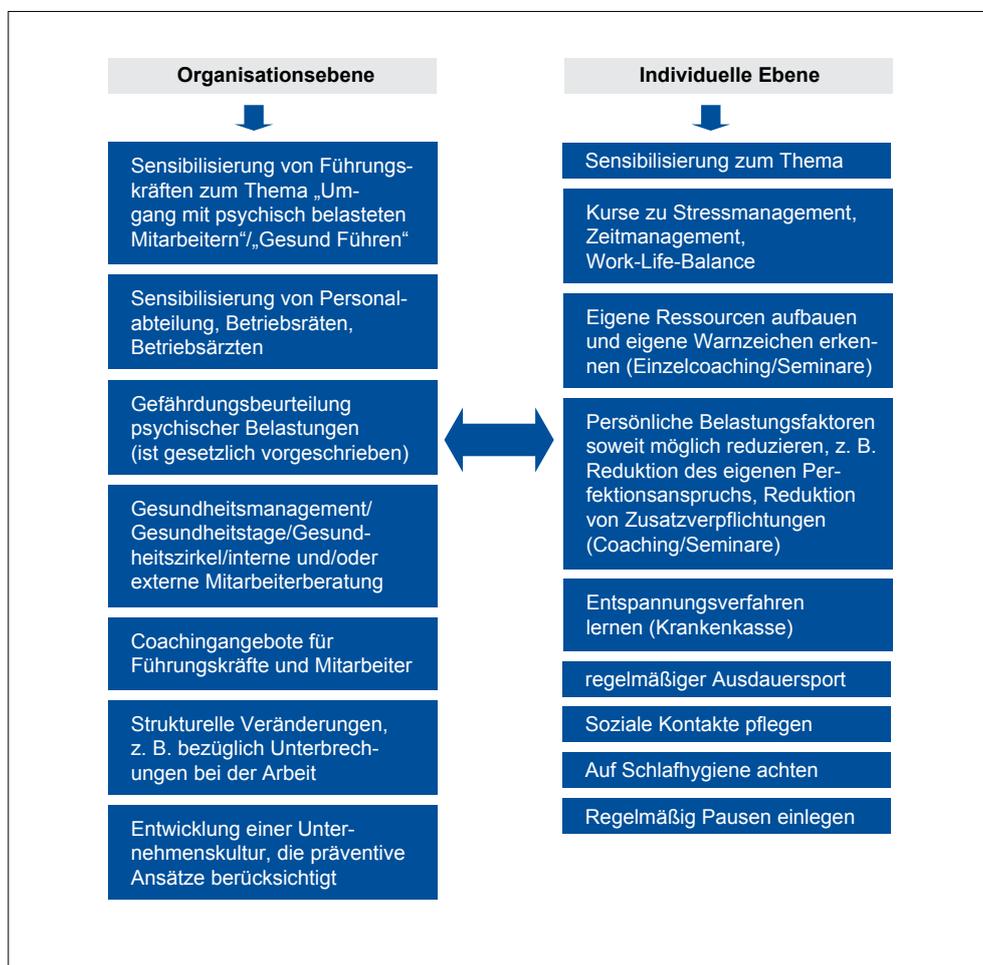


Abb. 22: Präventionsmöglichkeiten auf Organisations- und individueller Ebene

Führungskräftebildungen zum Thema „Umgang mit psychisch belasteten Mitarbeitern“, Führungskräftebildungen zum Thema „Gesund Führen“, Kommunikationstrainings für Führungskräfte, Entwicklung einer Unternehmenskultur, die präventive Ansätze berücksichtigt etc. (siehe Abbildung 22). Zusätzlich gibt es präventive Möglichkeiten an der Schnittstelle Unternehmen/ Arbeitnehmer. Hier können Employee Assistance

Programme (Mitarbeiterberatung/Sozialberatung), Coachingangebote für Mitarbeiter und Führungskräfte sowie das reale Vorhandensein eines Betriebsarztes/einer Betriebsärztin greifen.

Die Verantwortung, präventive Maßnahmen zu implementieren, liegt also gleichermaßen auf Unternehmens- sowie Mitarbeiterseite.

In der Praxis ist es auf organisatorischer Ebene sinnvoll, die für die Mehrheit der Mitarbeiter gleichermaßen geltenden psychischen Belastungsfaktoren zu identifizieren (beispielsweise mittels einer Gefährdungsbeurteilung oder mittels Workshops), um darauf aufbauend konkrete strukturelle Änderungen unter Einbeziehung der Mitarbeiter und Führungskräfteebene zu entwickeln und zu implementieren.

In der vorliegenden Stichprobe können konkrete Ansatzpunkte auf **organisatorischer Ebene** zum Beispiel sein, die häufigen Unterbrechungen zu analysieren und umsetzbare Vermeidungsmöglichkeiten zu überlegen und zu implementieren. Des Weiteren können Führungskräftebildungen dazu beitragen, einen wertschätzenden Führungsstil zu etablieren sowie für das Thema psychische Belastungen/psychische Erkrankungen zu sensibilisieren und entsprechendes „Handwerkszeug“ zu vermitteln. Im Projektgeschäft kann eine extensive Reisetätigkeit durch den vermehrten Einsatz von Telefon- und Videokonferenzen reduziert werden. Bewährt hat sich auch die Besetzung von Projektleitung bzw. Teilprojektleitung mit Tandems, die nicht in Konkurrenz zueinander stehen. Vertretungen im Urlaub bzw. im Krankheitsfall sind so besser aufzufangen. Zum Stressabbau tragen eine vertrauensvolle Kommunikation in den Projektteams sowie beispielsweise engmaschige „Lunch und Review“-meetings bei.

Auf der **individuellen Ebene** wäre es z. B. sinnvoll, Entspannungsverfahren zu erlernen und in die Routine einzubauen. Ebenso sind ausreichende Erholungspausen einzuplanen. Dazu gehören der regelmäßige Ausgleichssport, die Pflege von Hobbys und das Treffen mit Freunden, die nicht aus dem Arbeitsumfeld kommen. Eine weitere Belastung stellt der eigene Perfektionismus dar. Hier ist es notwendig, immer wieder das Verhältnis zwischen Mehraufwand und Grad der Verbesserung zu überdenken. Wichtig ist, die eigenen Risikofaktoren zu identifizieren und über die Sensibilisierung und Aufklärung (Workshops/Seminare/Coaching) eigenes Handeln und Denken zu reflektieren und zu modifizieren. Man muss keine Projektleitung übernehmen, wenn die Projektziele nicht ausreichend geklärt, die Zeitziele unrealistisch und die verfügbaren Ressourcen auf absehbare Zeit nicht sichergestellt sind, auch wenn das Angebot verlockend ist. Zusätzlich leisten Schulungen durch die Vermittlung von Wissen über psychische Erkrankungen einen wichtigen Beitrag zur Reduktion der Vorurteile und Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Dies führt zu einem offeneren Umgang mit dem Thema und dazu, dass Betroffene sich frühzeitiger Hilfe suchen. Dass Diskriminierung und Stigmatisierung psychisch kranker Mitarbeiter am Arbeitsplatz leider immer noch der alltäglichen Realität entsprechen, konnte eine aktuelle Übersichtsarbeit zeigen [42].

Der Bedarf an Sensibilisierung für das Thema um Stigmatisierung und Vorurteile zu reduzieren, ist nach wie vor sehr groß [43] und wird auch zunehmend von den Unternehmen als wichtig erkannt [44].

3.3 Stärken und Einschränkungen der Studie

Unseres Wissens gibt es bisher keine vergleichbare Studie mit dem Kollektiv „Projektmanager und -mitarbeiter“. Zudem ist die Größe der Stichprobe beachtlich und die Möglichkeit des Vergleichs zwischen unterschiedlichen Ländern gegeben. Als weitere Stärke der Studie ist anzumerken, dass ein standardisiertes Messinstrument zur Erhebung des Burnout-Risikos, nämlich das MBI-GS, eingesetzt wurde. Diese Tatsache stellt andererseits auch eine Einschränkung der Studie dar. Der Einsatz des MBI als Instrument, um ein Burnout-Risiko zu erheben, wurde umfassend diskutiert und gewisse Vor- und Nachteile aufgezeigt [3; 45; 46]. Es gibt auch andere Messinstrumente, und dennoch ist das MBI immer noch das am häufigsten eingesetzte und am besten validierte Instrument, weshalb wir uns für den Einsatz des MBI entschieden [3]. In der Interpretation der Ergebnisse des MBI-GS fokussierten wir auf die Ausprägung der Domäne „emotionale Erschöpfung“, da diese Domäne als die repräsentativste und wichtigste für das Konzept Burnout beschrieben wird [46; 47]. Eine weitere Einschränkung unserer Studie ist die Tatsache, dass die Teilnehmer und Teilnehmerinnen über eine Online-Umfrage rekrutiert wurden. So lässt sich nicht ausschließen, dass sich einige Teilnehmer zur Teilnahme an der Studie entschlossen, weil sie sich besonders für das Umfragethema interessierten oder sogar eine eigene Gefährdung befürchteten.

Das könnte zu einer Erhöhung der Rate an Burnout-Gefährdung unter unseren Teilnehmern beigetragen haben. Ein thematikimmanentes Problem ist auch durch die Subjektivität der Antworten gegeben. Bei der Interpretation der Ergebnisse muss immer berücksichtigt werden, dass diese auf subjektiven Einschätzungen basieren. Wir wissen zum Beispiel nicht, wieviel Arbeitslast die Teilnehmer wirklich/objektiv hatten. Allerdings ist „psychische Gesundheit“ von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert als Wohlbefinden in unterschiedlichen Bereichen [48] und hat damit viel mit subjektiver Einschätzung und subjektivem Empfinden zu tun. Am Ende zählt in der klinischen Praxis und im Alltag das subjektive Gefühl sich wohl oder unwohl zu fühlen. So gesehen schmälert diese Subjektivität die Aussagen der Studie nicht, sondern betont eher die Individualität und Subjektivität psychischer Gesundheit, psychischer Belastungen und psychischer Erkrankungen.

4 Ausblick und Empfehlungen

Es wäre wünschenswert und sinnvoll, wenn die Ergebnisse dieser Studie Anstoß für weitere, vertiefende Studien gäben, beispielsweise die Gegebenheiten in anderen IPMA (International Project Management Association) Mitgliedsländer zu untersuchen und zu vergleichen. Daraus könnten sich Handlungsstrategien für nationale Praktiken ableiten lassen. So könnten Länder voneinander lernen und von den jeweiligen Erfahrungen profitieren. Ebenso gehört eine routinemäßige Etablierung des Themas „Prävention psychischer Belastungen und Erkrankungen im Alltag“

in das Portfolio des Gesundheitsmanagements der Unternehmen und Behörden [49]. Für die GPM sollten die Ergebnisse dieser Studie Anlass geben, ihre persönlichen Mitglieder sowie Firmenmitglieder für die Thematik zu sensibilisieren und auf mögliche Folgeschäden, die durch die ineffektive Arbeitsweise und den Krankenstand der Betroffenen entstehen können, hinzuweisen. So könnte die GPM Seminare und Workshops zum Thema sowohl für Führungskräfte als auch für Mitarbeiter im Projektmanagement anbieten.

Interview – Viktoria Bauza



Viktoria Bauza

Leiterin Personalentwicklung,
Stadtsparkasse München

Frau Bauza leitet seit 2010 den Bereich Personalentwicklung bei der Stadtsparkasse München und ist hier auch für das betriebliche Gesundheitsmanagement verantwortlich. Das Interview führte Dr. Tatjana Reichhart (TR), Centrum für Disease Management der Technischen Universität München.

Als Leiterin der Personalentwicklung haben Sie eine Reihe von Angeboten für Ihre Mitarbeiter zur Gesundheitsprävention eingeführt. Was genau bieten Sie an?

Wir haben ein umfangreiches Angebot für unterschiedliche Ziel- und Altersgruppen, damit für jeden Mitarbeiter die Möglichkeit besteht, aktiv etwas für die eigene Gesundheit zu tun.

Schon seit vielen Jahren bieten wir Gesundheitstage und –seminare an und haben auch die Familien unserer Mitarbeiter in 2012 zu einem Gesundheitstag eingeladen, um einen Überblick über die vielseitigen Angebote zu geben. Neben Check-up-Untersuchungen für Führungskräfte bieten wir auch Vorsorgemöglichkeiten für alle Mitarbeiter an, wie z. B. ein Haut- oder Rücken-screening. Darauf aufbauend kann sich dann jeder ein passendes Bewegungsangebot aus unserem Betriebssport auswählen, der ca. 30 Sparten mit insgesamt 2.000 Mitgliedern umfasst. Immer wichtiger werden auch Angebote zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Neben einem Beratungsservice und eigenen Einrichtungen zur Kinderbetreuung bieten wir auch ein speziell ausgestattetes Eltern-Kind-Arbeitszimmer an, wo unsere Mitarbeiter bei Betreuungsengpässen das eigene Kind kurzfristig mit in die Arbeit bringen können.

Haben Sie auch Angebote zur Unterstützung der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter? Was genau bieten Sie hier an?

Das Thema der psychischen Gesundheit ist in den letzten Jahren im betrieblichen Kontext immer mehr in den Vordergrund gerückt. Wir haben deshalb alle unsere Führungskräfte, Personalräte und Personalbetreuer im „Erkennen von psychischen Erkrankungen“ geschult. Die Teilnehmer trainieren in konkreten Gesprächssituationen mehr Sicherheit im Umgang mit betroffenen Mitarbeitern in diesen so sensiblen Situationen. Die Seminare wurden sehr gut angenommen. Seit 2010 haben wir in Kooperation mit dem Centrum für Disease Management eine psychosoziale Beratungsmöglichkeit eingerichtet, wo sich Mitarbeiter unter einer eigenen Telefonnummer bei psychischen Schwierigkeiten oder Erkrankungen melden können, um dann binnen kürzester Zeit eine persönliche Beratung wahrnehmen zu können. Darüber hinaus haben wir einen eigenen Suchtbeauftragten, der betroffenen Mitarbeitern weiterhilft.

Wie kam es, sich mit dem Thema psychische Gesundheit zu beschäftigen und entsprechende Angebote einzuführen? Gab es Bedarf dafür und wenn ja, wie haben Sie diesen ermitteln können?

Die zunehmenden Berichte der Medien von prominenten Fällen „psychischer Erkrankungen“ haben dieses Feld von Erkrankungen erfreulicherweise enttabuisiert. Auf der anderen Seite hat sich die Arbeitswelt zunehmend verdichtet und ist komplexer geworden. Die Anforderungen an den Einzelnen sind dadurch gestiegen. Verbunden mit der eingetretenen Entstigmatisierung sind auch Fälle psychischer Erkrankungen im Betrieb transparenter geworden. Uns war es wichtig hier frühzeitig zu handeln, um die betroffenen Mitarbeiter nicht mit ihren Sorgen und Nöten alleine zu lassen. Der Bedarf hat sich durch die Mitarbeiter und Führungskräfte gezeigt, die direkt auf uns zugekommen sind und um Hilfe gebeten haben.

Wie werden diese Angebote von Ihren Mitarbeitern (Anteil Frauen und Männer) aufgenommen? Wie sind hier die Rückmeldungen durch die Betroffenen?

Da wir unseren Mitarbeitern die Möglichkeit bieten, sich anonym beraten zu lassen, ist es uns leider nicht möglich, konkrete Angaben zu machen. Die Mitarbeiter, die offen auf uns zugegangen sind, zeigten sich jedoch sehr zufrieden mit der professionellen Hilfe und mit unseren Seminaren.

Konnten Sie positive Effekte durch diese zusätzlichen Maßnahmen feststellen?

Durch die bestehenden Angebote ist eine frühzeitigere Reaktion auf psychische Erkrankungen

möglich. Die Führungskräfte sind sensibilisiert, Warnzeichen ernst zu nehmen und evtl. auch belastende Faktoren in den Arbeitsabläufen rechtzeitig anzupassen und die Mitarbeiter wissen, wo Ihnen im Ernstfall geholfen werden kann.

Können Sie den Mitarbeitern glaubhaft zusichern und wenn ja, wie, dass die Teilnahme an Seminaren zum Thema „psychische Gesundheit am Arbeitsplatz“ später nicht gegen Sie verwendet wird/ negativ ausgelegt wird?

Wir haben bei uns schon immer die Kultur gelebt, „was im Seminar gesprochen wird, bleibt auch dort“. Insofern gab es hier bis jetzt keine Schwierigkeiten.

Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen auf Unternehmensseite, wenn es um die Förderung bzw. den Erhalt der (psychischen) Gesundheit der Mitarbeiter geht?

Die Unternehmen sind dann besonders gefordert, wenn es darum geht, eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Hinblick auf psychische Erkrankungen zu entwickeln. Psychische Erkrankungen entstehen in den seltensten Fällen allein durch die Arbeitssituation, haben also eine ausgeprägte Schnittstelle in den privaten Bereich und lassen sich nicht immer klar einem Bereich zuordnen.

Ich habe vor längerer Zeit eine Mitarbeiterin erlebt, die kurz vor einem Burnout stand, obwohl sie nur in Teilzeit und mit einem sehr geringen Arbeitszeitanteil beschäftigt war. Sie war allein-erziehend mit einem kranken Kind und einer pflegebedürftigen Mutter verständlicherweise völlig überfordert.

Was würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus anderen Unternehmen, die ebenfalls unterstützende Maßnahmen zur psychischen Gesundheit Ihrer Mitarbeiter einführen wollen, empfehlen?

Sich frühzeitig und offen mit der Thematik auseinanderzusetzen und dabei von Anfang an die Geschäftsleitung einzubinden, damit die Maßnahmen auch von oberster Stelle mitgetragen werden. Es nützt nichts, das Thema zu verleugnen. Denn es ist mittlerweile statistisch hinreichend belegt, dass ein gewisser Prozentsatz in unserer Gesellschaft davon betroffen ist.

Wichtig war uns, einen kompetenten Partner einzubinden, der ein entsprechendes Netzwerk von Experten und langjähriger Erfahrung aufweist. Die Zusammenarbeit mit dem Centrum für Disease Management haben wir hier als sehr wertvoll und hilfreich erlebt.

Frau Bauza, vielen Dank für das Interview.

Interview – Uwe Rotermund und Gabriele Rincklake van Endert



**Uwe Rotermund, Geschäftsführer
Gabriele Rincklake van Endert, Management-
Assistentin**

noventum IT Management Consulting GmbH,
Münster.

noventum, ein mittelständisches IT-Beratungsunternehmen, verfolgt schon seit Jahren einen ganzheitlichen Ansatz zur Gesundheitsprävention. Eine große Rolle spielt dabei die gelebte Unternehmenskultur. Das Interview führte Martina Baehr von der Special Interest Group PM-Expertinnen der GPM.

Welche Angebote haben Sie für Ihre Mitarbeiter im Bereich Gesundheitsprävention?

GRE: Als direkte Maßnahmen zur Gesunderhaltung bieten wir unseren Mitarbeitern unter anderem an:

- Finanzielle Zuschüsse für Kurse und Aktivitäten zur Gesundheitsförderung
- Rückenschule
- Finanzielle Zuschüsse zu ärztlichen IGeL-Leistungen, die der gesundheitlichen Vorsorge dienen
- Finanzielle Zuschüsse für Arbeitsplatzbrillen
- Übernahme der Kosten für Betriebssportmannschaften

Haben Sie spezielle Angebote zur Unterstützung der psychischen Gesundheit Ihrer Mitarbeiter? Wenn ja, welche?

GRE: Wir bieten unseren Mitarbeitern Gespräche mit unserem betrieblichen Mental-Coach an, die in Stress- oder Problemsituationen, beruflicher oder privater Natur, genutzt werden können.

Was war für ihr Unternehmen der Anlass, sich mit dem Themen Gesundheitsprävention und psychische Gesundheit zu beschäftigen und entsprechende Angebote einzuführen?

GRE: Die Mitarbeiter sind unser wertvollstes Kapital. Da ist es naheliegend, die physische und psychische Gesundheit zu fördern, bevor es zu krankheitsbedingten Ausfällen kommt oder die Arbeitsleistung nicht mehr in vollem Umfang erbracht werden kann. Daher wollen wir Anreize schaffen und das Bewusstsein für sportliche und gesundheitsfördernde Maßnahmen schärfen. Ebenso ist uns bewusst, dass diese Maßnahmen natürlich auch die Produktivität in den Arbeitsergebnissen erhöhen können.

Sie sprechen hier das Thema Produktivität und Leistungsfähigkeit an? Welche Zusammenhänge sehen Sie zwischen der Leistungsfähigkeit und der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter?

UR: Meiner Ansicht nach ist Erfolgsorientierung in jedem Menschen angelegt: Mitarbeiter wollen Leistung bringen. Die Führungskräfte müssen den dazu passenden Rahmen bereitstellen. Das bedeutet konkret, dass man sich mit dem einzelnen Mitarbeiter darüber auseinandersetzen muss, was sein individueller Beitrag am Gesamtergebnis sein soll. Jeder hat ja sein eigenes Leistungsverständnis, und das muss im persönlichen Gespräch abgeglichen werden. Leistung selbst muss dabei differenziert betrachtet werden. Das können beispielsweise auch Beiträge zum sozialen Zusammenhalt eines Teams sein. Auch solche Beiträge tragen ja zum Ergebnis und damit der Gesamtleistung bei. Persönliche Leistungsfähigkeit ist davon abhängig ob der Mitarbeiter seine Stärken optimal einbringen kann. Und das muss dann auch anerkannt und wertgeschätzt werden. Und man sollte dem Mitarbeiter selbstverständlich auch sein Verbesserungspotenzial aufzeigen. Unter dem Aspekt Gesundheit ist es wichtig, dass der Vorgesetzte darauf achtet, dass der Mitarbeiter sich nicht permanent überfordert. Diese Überforderung kann – gerade bei Projektmitarbeitern, die in Kundenprojekten tätig sind – auch vom Kunden kommen, auch darauf müssen wir als Führungskräfte achten.

Welche Abhängigkeiten/Zusammenhänge sehen Sie zu anderen wichtigen Unternehmensthemen?

UR: Stolz und Teamgeist können sich nur in einer gesunden Organisation entwickeln. Dabei sind Kooperation und gegenseitige Unterstützung eine wesentliche Grundlage. Die individuellen

Besonderheiten der einzelnen Personen müssen anerkannt und wertgeschätzt werden. In der Zusammenarbeit sind Vertrauen und gegenseitige Akzeptanz wichtige Werte, die auch gelebt werden müssen. Unsere Unternehmenskultur hat einen familiären Charakter, wir setzen uns füreinander ein. Dazu müssen in der Organisation richtige Anreize gesetzt werden, die Vertrauen und Kooperation fördern und Teamleistung gegenüber der Einzelleistung belohnen. Wir haben beispielsweise die persönlichen, erfolgsorientierten Prämien im Vertrieb durch eine anteilmäßige Teilhabe am Gesamtergebnis ersetzt.

Haben alle Mitarbeiter gleichermaßen Anspruch auf diese Maßnahmen oder gibt es ein solches Angebot nur für bestimmte Zielgruppen, wie beispielsweise Führungskräfte?

GRE: Die Maßnahmen gelten für alle Mitarbeiter. Die finanziellen Zuschüsse zu IGeL-Vorsorgeleistungen erhalten die Mitarbeiter ab einem bestimmten Lebensalter.

Wie ist die Akzeptanz für diese Maßnahmen und welche Rückmeldungen erhalten Sie von den Teilnehmern? Auf welche Weise ermitteln Sie den Bedarf für Maßnahmen zur Gesundheitsprävention?

GRE: Die Maßnahmen werden durchweg als wichtig und wertvoll angesehen und von den Mitarbeitern ausgiebig genutzt. Wir haben keinen Prozess zur Bedarfsermittlung für Gesundheitsmaßnahmen, sondern prüfen und bewerten wohlwollend Vorschläge, die von unseren Mitarbeitern an uns herangetragen werden.

Wie stellen Sie die Vertraulichkeit gegenüber den Mitarbeitern sicher? Gibt es Bedenken seitens der Mitarbeiter und wie gehen Sie mit diesen Bedenken um?

Das ist bisher bei uns in den letzten 10 Jahren kein Thema gewesen.

Worauf führen Sie das zurück?

UR: Unsere Führungskräfte führen halbjährlich intensive und vertrauliche Gespräche mit ihren Mitarbeitern. Und die Ergebnisse aus den Umfragen zum von uns jährlich durchgeführten „Great Place to Work-Modell“ zeigen uns, dass die Mitarbeiter das Gefühl haben, offen mit solchen Themen umgehen zu können.

Wie die Burnout-Studie zeigt, haben Mitarbeiter, die vorwiegend im Projektgeschäft eingesetzt sind ein vergleichsweise hohes Risiko, Burnout spezifische Symptome zu entwickeln. Woran glauben Sie könnte das liegen?

GRE: Die Herausforderungen im Projektgeschäft sind immens größer als in der Linientätigkeit: Neue Aufgabenstellungen, neue Kollegen und neue Arbeitssituationen müssen erstmal bewältigt werden. Die größten Herausforderungen liegen allerdings im Zeitdruck von Projekten und dem ständigen Spannungsfeld zwischen Projektanforderungen und Linienanforderungen der eingesetzten internen Projektmitarbeiter.

Haben Sie hierzu ein Beispiel?

UR: Bei Projekten gibt es oft unrealistische Vorgaben hinsichtlich Terminen und Ergebnissen. Dazu kommt noch, dass externe Projektmitarbeiter manchmal auch als Puffer bzw. Sündenbock herhalten müssen, wenn sich abzeichnet, dass diese nicht eingehalten werden können. Da ist es dann sehr wichtig mit dem Kunden ins Gespräch zu gehen und gemeinsam nach einer Lösung zu suchen. Und Projekte, bei denen sehr unrealistische, überzogene Ergebniserwartungen vorliegen, lehnen wir auch schon mal ab. Wichtig ist es, dass alle Beteiligten eine kooperative Grundhaltung haben und bereit sind, nach einer gemeinsamen Lösung zu suchen anstatt Schuldige zu verurteilen. Diese kooperative Haltung müssen auch die Projektmitarbeiter verinnerlicht haben. Es dürfen sich keine Fronten zwischen Externen und Internen aufbauen.

Und wir arbeiten als externe Projektmitarbeiter oft im Hintergrund und lassen den Kunden im Vordergrund agieren und die Ergebnisse präsentieren.

Mit unserer Vorgehensweise, frühzeitig mit dem Kunden ins Gespräch zu gehen, sobald sich Schwierigkeiten zeigen, haben wir bisher gute Erfahrungen gemacht.

Was sind Ihrer Meinung nach die größten Herausforderungen auf Unternehmensseite, wenn es um die Förderung/den Erhalt der (psychischen) Gesundheit der Mitarbeiter geht?

GRE: Eine der größten Herausforderungen auf der Unternehmensseite ist es, den Einklang von Privat- und Berufsleben der Mitarbeiter möglich zu machen. Das ist, gerade im Projektgeschäft, nicht einfach. Aber gerade die Freizeit und das Familienleben der Mitarbeiter bietet die Balance zum Arbeitsalltag, denn Ausgeglichenheit und damit auch Gesundheitsförderung sind für eine herausfordernde Arbeitswelt besonders wichtig.

Es ist wesentlich einfacher, gesundheitsfördernde Maßnahmen für Mitarbeiter vor Ort zu etablieren, denn man hat größeren Einfluss auf viele Variablen: beispielsweise gesunde Arbeitsplätze, Schulungsangebote, Betriebsklima, Gleitzeiten

und vieles mehr. Im Projektgeschäft stehen dem Unternehmen nur bedingt Ressourcen zur Verfügung, die die Gesundheit der Mitarbeiter erhalten und fördern.

Ihre Antwort zum Thema Ausgleich bringt mich zu einer weiteren Erkenntnis unserer Studie. Unsere Ergebnisse zeigen, dass gerade auch im persönlichen Umgang mit den eigenen Erwartungen/dem eigenen Perfektionsanspruch ein hohes Risiko besteht. Was meinen Sie dazu?

UR: Führungskräfte sollten darauf achten, dass sich ihre Mitarbeiter nicht überfordern. Bei uns ist es im Einzelfall schon vorgekommen, dass Projektmitarbeiter aus einem Projekt herausgenommen wurden, wenn die Belastung für denjenigen zu hoch wurde und es keine andere Handlungsalternative gab. Das geschieht natürlich immer in Abstimmung mit dem Kunden. Und unser Kunde hat das akzeptiert. Der einzelne Mensch ist wichtiger als das Projekt.

Wie sehen Sie das Thema Gesundheitsprävention im Hinblick auf den wirtschaftlichen Erfolg ihres Unternehmens?

GRE: Das Thema „Gesundheit der Mitarbeiter“ hat neben der erhöhten Zufriedenheit der Mitarbeiter auch ganz klare wirtschaftliche Vorteile. Zum einen erhöht sich durch die Zufriedenheit der Mitarbeiter auch deren Motivation, Kreativität und Arbeitsbereitschaft. Zum anderen gibt es klar messbare Vorteile wie verringerte Fluktuation und die Reduzierung des Krankenstandes. Außerdem wird durch langfristige Prävention vor allem chronischen oder lang andauernden (psychischen) Krankheiten vorgebeugt, bei denen Mitarbeiter oft monatelang ausfallen.

Wie messen Sie den Erfolg konkret? Welche Methoden setzen Sie dazu ein?

UR: Wir haben uns mehrere Jahre am Wettbewerb des Great Place to Work beteiligt und waren in den Jahren 2010 bis 2012 gesamtdeutscher Sieger in der Kategorie der Unternehmen bis 500 Mitarbeiter. Dieses Instrument nutzen wir auch weiterhin für unsere Befragungen zum Thema Unternehmenskultur und Mitarbeiterverbundenheit. Außerdem orientieren wir uns am EFQM-Modell was das Thema Prozessorientierung und Qualitätsmanagement betrifft. Aus diesen Modellen haben wir uns auch für unser Unternehmen relevante Kennzahlen herausgesucht. Wir haben also einen Kennzahlenmix aus qualitativen und quantitativen Kennzahlen, d. h. aus Kennzahlen zur Unternehmenskultur sowie Qualitäts- und Finanzkennzahlen.

Interessant ist, dass die Kennzahlen, die Frühindikatoren für den Unternehmenserfolg darstellen, qualitative Kennzahlen sind: Mitarbeiterverbundenheit und die Kundenbindung. Diese beiden Zahlen geben uns noch vor den mittelfristigen Kennzahlen wie „Reife der Unternehmensstrategie“ und den Finanzkennzahlen Warnhinweise auf potenzielle negative Entwicklungen.

Das EFQM-Modell kennen sicher viele unserer Leser. Anders ist es wahrscheinlich mit dem Modell von „Great Place to Work“. Können Sie die Struktur und die Inhalte des Modells kurz skizzieren?

UR: Die Erhebung des Great Place to Work bezieht sich zum einen auf die erlebte Unternehmenskultur aus Sicht der Mitarbeiter. Hier werden Fragen zu den Dimensionen Glaubwürdigkeit, Respekt, Fairness, Stolz und Teamgeist gestellt. Die Instrumente zur aktiven Weiterentwicklung der Unternehmenskultur liegen in den Bereichen Integration, Inspiration, Informieren, Zuhören, Wertschätzen, Entwickeln, Feiern und Beteiligen. Informationen hinsichtlich der Ausprägung der erlebten Unternehmenskultur und der Instrumente werden jährlich erhoben und analysiert. Das Unternehmen erhält dann ein Stärken-Schwächen-Profil. Darin gibt es Hinweise was gut und relevant ist. Und es wird der Handlungsbedarf aufgezeigt inklusive einer Best-Practice Liste als Empfehlung für mögliche Maßnahmen. Wir sehen das als kontinuierlichen Lernprozess der auf viele Jahre angelegt ist. Die Erhebung erfolgt jährlich.

Was würden Sie aus Ihrer Erfahrung heraus anderen Unternehmen, die ebenfalls unterstützende Maßnahmen zur psychischen Gesundheit Ihrer Mitarbeiter einführen wollen, empfehlen?

GRE: Bevor man sich mit verschiedenen Maßnahmen im Bereich Gesundheit beschäftigt, sollte man sich ein Bild davon machen, was für das eigene Unternehmen und die eigenen Mitarbeiter geeignet ist. Dabei kann man sehr gut die Mitarbeiter einbinden und durch Befragungen und Vorschläge an dem Prozess teilhaben lassen. So organisiert man nicht am Bedarf vorbei und erzeugt zusätzlich noch ein Gemeinschaftsgefühl, indem die Mitarbeiter direkt Einfluss nehmen können. Alle Angebote sollten offen und wiederholt kommuniziert werden.

Herr Rotermund, haben Sie als Geschäftsführer noch einen konkreten Tipp für die Führungskräfte zum Umgang mit dem Thema Gesundheit?

UR: Es ist wichtig, dass man sich als Führungskraft mit dem ganzen Menschen und seinen Bedürfnis beschäftigt. Nicht nur mit der Funktion, die dieser im Unternehmen erfüllen soll. Die Fähigkeiten und Wünsche der Mitarbeiter sollte man ernstnehmen und verstehen. Dazu gehören auch die Bedürfnisse hinsichtlich der privaten Situation des Mitarbeiters, vorausgesetzt er möchte diese auch mitteilen.

Nach meiner Erfahrung möchten Mitarbeiter stärker gesehen und individuell behandelt werden. Dabei sollte die Funktion nachrangig sein. Intensive mindestens halbjährliche Gespräch halte ich für sehr wichtig. Diese können dem Mitarbeiter Orientierung geben. Man muss zuhören können und die Perspektive des Mitarbeiters verstehen. In den Gesprächen sollte der Wert, den der Mitarbeiter zum Unternehmen beiträgt, für alle deutlich werden.

**Frau Rincklake van Endert und Herr Roter-
mund vielen Dank für das Interview.**

Literaturverzeichnis

- [1] Kaschka, W. P./Korcza, D. and Broich, K.: Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int, 2011; 108(46), pp. 781-787.
- [2] Special interest group „PM-Expertinnen“, Pander, S.: Expertinnen im Projektmanagement. 2009, Nürnberg, Germany: GPM Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement e. V..
- [3] Korczak, D./Kister, C. and Huber, B.: Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms 2010; Available from: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta278_bericht_de.pdf [10.01.2014].
- [4] BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. 2013; Available from: http://www.bptk.de/uploads/media/20140128_BPTK-Studie_zur_Arbeits-und_Erwerbsunfaehigkeit_2013_1.pdf [07.03.2014].
- [5] Hamann, J., et al.: Understanding the term burnout in psychiatry and psychotherapy. Nervenarzt, 2013.
- [6] Halbesleben, J. R. B. and Buckley, M. R.: Burnout in organizational life. Journal of Management, 2004; 30(6), pp. 859-879.
- [7] Jacobi, F. and Kessler-Scheil, S.: Epidemiology of mental disorders. Frequency and disease burden in Germany. Psychotherapeut, 2013; 58(2), pp. 191-203.
- [8] Badura, B., et al.: Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. 2011; Berlin: Springer.
- [9] Badura, B., et al.: Fehlzeiten-Report 2012: Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen, Risiken minimieren. 2012; Berlin: Springer.
- [10] Psychische Erkrankungen Hauptursache für Frühverrentung. 2013; Available from: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/52875/Psychische-Erkrankungen-Hauptursache-fuer-Fruhverrentung> [02.01.2013].
- [11] Berger, M./Schneller, C. and Maier, W.: Work, mental disorders and burnout: concepts and developments in diagnostics, prevention and therapy. Nervenarzt, 2012; 83(11), pp. 1364-1372.
- [12] Bödeker, W. and Barthelmes, I.: iga-Report 22: Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast in Deutschland. 2011; AOK Bundesverband.
- [13] Bonde, J. P.: Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. Occup. Environ. Med., 2008; 65(7), pp. 438-445.
- [14] Clark, C., et al.: The contribution of work and non-work stressors to common mental disorders in the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey. Psychol. Med., 2012; 42(4), pp. 829-842.
- [15] Harnoi, G. G.: Phyllis Mental health and work: Impact, issues and good practice. 2002.
- [16] Hetland, H./Sandal, G. M. and Johnsen, T. B.: Burnout in the information technology sector: Does leadership matter? European Journal of Work and Organizational Psychology, 2007; 16(1), pp. 58-75.
- [17] Nieuwenhuijsen, K./Bruinvels, D. and Frings-Dresen, M.: Psychosocial work environment and stress-related disorders, a systematic review. Occup. Med. (Lond), 2010. 60(4); pp. 277-286.
- [18] Lohmann-Haislah, A.: Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. 2012; Available from: http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.pdf?__blob=publicationFile [14.05.2013].
- [19] Schaufeli, W. B. L./Michael P./Maslach, C.: The Maslach Burnout Inventory manual - General survey 3ed. 1996; Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- [20] Maslach, C. J., Susan: Leiter, Michael, Maslach Burnout Inventory - Manual and Non-Replicable Instrument and Scoring Guides. 3 ed. 2010. Mind Garden.
- [21] West, C. P., et al.: Concurrent Validity of Single-Item Measures of Emotional Exhaustion and Depersonalization in Burnout Assessment. Journal of General Internal Medicine, 2012; 27(11), pp. 1445-1452.
- [22] Scheidt-Nave, C., et al.: German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC Public Health, 2012; 12, p. 730.
- [23] Gosswald, A., et al.: DEGS: German Health

- Interview and Examination Survey for Adults. A nationwide cross-sectional and longitudinal study within the framework of health monitoring conducted by the Robert Koch Institute. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2012; 55(6-7), pp. 775-780.
- [24] Hollmann, D. and Hanebuth, D.: Bertelsmann Stiftung: Erholungsfähigkeit und Burnout. Ergebnisse der Studie. 2009; Available from: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-6C2C3A44-A97820ED/bst/xcms_bst_dms_29256_29302_2.pdf [12.01.2014].
- [25] Meusch, D.: Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation. 2013; Available from: http://www.tk.de/centaurus/servlet/content-blob/590188/Datei/115474/TK_Studienband_zur_Stressumfrage.pdf [13.01.2014].
- [26] Zimmermann, K. and Czeskleba, R.: Burnout. 2008; Available from: <http://betri1ebsrat.wordpress.com/?s=burnout> [10.01.2014].
- [27] Sturm, T.: Burnout in der IT Branche: Eine empirische Studie über Deutschland, Österreich und die Schweiz. 2012; Available from: <http://www.b-more.at/downloads/Sturm-MT-Studie-2012-Burnout-in-der-IT-Branche-Sind-Reflexion-Coaching-und-Supervision-wirksame-Instrumente-zur-erfolgreichen-Praevention.pdf> [11.01.2014].
- [28] Chiochio, F., et al.: The Project Involvement Index, psychological distress, and psychological well-being: Comparing workers from projectized and non-projectized organizations. International Journal of Project Management, 2010; 28(3), pp. 201-211.
- [29] Zika-Viktorsson, A./Sundström, P. and Engwall, M.: Project overload: An exploratory study of work and management in multi-project settings. International Journal of Project Management, 2006; 24(5), pp. 385-394.
- [30] Asquin, A./Garel, G. and Picq, T.: When project-based management causes distress at work. International Journal of Project Management, 2010; 28(2), pp. 166-172.
- [31] Gällstedt, M.: Working conditions in projects: perceptions of stress and motivation among project team members and project managers. International Journal of Project Management, 2003; 21(6), pp. 449-455.
- [32] Omoredede, A./Thorgren, S. and Wincent, J.: Obsessive passion, competence, and performance in a project management context. International Journal of Project Management, 2013; 31(6), pp. 877-888.
- [33] Blom, V., et al.: The importance of genetic and shared environmental factors for the associations between job demands, control, support and burnout. PLoS One, 2013; 8(9), p. e75387.
- [34] Avanzi, L., et al.: The relation between overcommitment and burnout: does it depend on employee job satisfaction? Anxiety Stress Coping, 2013.
- [35] Alarcon, G.: A meta-analysis of burnout with job demands, resources, and attitudes. Journal of Vocational Behavior, 2011; 79(2), pp. 549-562.
- [36] Childs, J. and Stoeber, J.: Do you want me to be perfect? Two longitudinal studies on socially prescribed perfectionism, stress and burnout in the workplace. Work & Stress, 2012; 26(4), pp. 347-364.
- [37] Kordt, M.: DAK-Gesundheitsreport 2013; Available from: [http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/998583CFE0F4B967C1257B18004DA198/\\$File/Gesundheitsreport_2013_Druckfassung%2015.2.2013.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/998583CFE0F4B967C1257B18004DA198/$File/Gesundheitsreport_2013_Druckfassung%2015.2.2013.pdf) [29.07.2013].
- [38] Purvanova, R. K. and Muros, J. P.: Gender differences in burnout: A meta-analysis. Journal of Vocational Behavior, 2010; 77(2), pp. 168-185.
- [39] Awa, W. L./Plaumann, M. and Walter, U.: Burnout prevention: a review of intervention programs. Patient Educ Couns, 2010; 78(2), pp. 184-190.
- [40] Hasson, H., et al.: Implementation of an organizational-level intervention on the psychosocial environment of work: comparison of managers' and employees' views. J Occup Environ Med, 2012; 54(1), pp. 85-91.
- [41] McDaid, D./Curran, C. and Knapp, M.: Promoting mental well-being in the workplace: a European policy perspective. Int Rev Psychiatry, 2005; 17(5), pp. 365-373.
- [42] Bezborodovs, N. and Thornicroft, G.: Stigmatisation of mental illness in the workplace: evidence and consequences. Die Psychiatrie, 2013; 10, pp. 102-107.
- [43] Mendel, R., et al.: Managers' reactions towards employees' disclosure of psychiatric or somatic diagnoses. Epidemiol Psychiatr Sci, 2013; pp. 1-4.

-
- [44] Hamann, J./Mendel, R. and Kissling, W.: Mental Health at the Workplace the View of Companies. *Psychiatrische Praxis*, 2013; 40(8), pp. 447-449.
- [45] Schaufeli, W. B. and Taris, T. W.: The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart The views expressed in *Work & Stress Commentaries* are those of the author(s), and do not necessarily represent those of any other person or organization, or of the journal. *Work & Stress*, 2005; 19(3), pp. 256-262.
- [46] Kristensen, T., et al.: The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 2005; 19(3), pp. 192-207.
- [47] Gustavsson, J. P./Hallsten, L. and Rudman, A.: Early career burnout among nurses: modelling a hypothesized process using an item response approach. *Int J Nurs Stud*, 2010; 47(7), pp. 864-875.
- [48] WHO. Mental health: a state of well-being. 2013; Available from: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ [11.01.2014].
- [49] Mendel, R./Hamann, J. and Kissling, W.: Vom Tabu zum Kostenfaktor → warum die Psyche plötzlich ein Thema für Unternehmen ist. *Wirtschaftspsychologie aktuell*, 2010; 2, pp. 23-27.



GPM Deutsche Gesellschaft für Projektmanagement e. V.

Die GPM ist der führende Fachverband für Projektmanagement in Deutschland.

Mit derzeit über 6.700 Mitgliedern und 340 Firmenmitgliedern aus allen Bereichen der Wirtschaft, der Hochschulen und der öffentlichen Institutionen bildet die GPM das größte Netzwerk von Projektmanagement-Experten auf dem europäischen Kontinent.

Das primäre Ziel der 1979 gegründeten GPM ist es, die Anwendung von Projektmanagement in Deutschland zu fördern, weiter zu entwickeln, zu systematisieren, zu standardisieren und weiter zu verbreiten.

Mehr dazu unter www.gpm-ipma.de.



GPM Deutsche Gesellschaft
für Projektmanagement e. V.

GPM Deutsche Gesellschaft
für Projektmanagement e.V.
Am Tullnaupark 15
90402 Nürnberg

Tel.: +49 911 433369-0
Fax: +49 911 433369-99

info@gpm-ipma.de
www.gpm-ipma.de