



LMU KLINIKUM

Gemeinsam. Fürsorglich. Wegweisend.

Betriebsärztliches Gesundheitscoaching

Ein erweitertes Beratungskonzept für Beschäftigte mit digital vernetzter Arbeit

Ein Projekt des Institutes und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin, Arbeitsgruppe für angewandte Medizin
und Psychologie in der Arbeitswelt (AMPA)



KLINIKUM

Institut und Poliklinik für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin

Betriebsärztliches Gesundheitscoaching

**Ein erweitertes Beratungskonzept für die Betreuung von Beschäftigten
mit digital vernetzter Arbeit**

Ein Projekt des Instituts und der Poliklinik für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin,
Arbeitsgruppe für angewandte Medizin und Psychologie in der Arbeitswelt (AMPA)

Betriebsärztliches Gesundheitscoaching

Ein erweitertes Beratungskonzept für die Betreuung von Beschäftigten mit digital vernetzter Arbeit

Diese Broschüre ist im Rahmen des Forschungsprojekts LeditA entstanden:



GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Herausgeber: Institut und Poliklinik für Arbeits-, Umwelt- und Sozialmedizin,
Klinikum der Ludwigs-Maximilians-Universität, Ziemssenstraße 5, 81377 München

Autorinnen: Dr. Barbara Heiden, Prof. Dr. Britta Herbig

Abbildungen, soweit nicht anders vermerkt: Dr. Barbara Heiden; Titelbild: Pixabay GmbH

Erscheinungsdatum: April 2022

Inhalt

Idee und Hintergrund eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	2
Zielsetzung eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	2
Einbindung des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings in die Versorgung von Beschäftigten mit digital vernetzter Arbeit – Pflicht und Kür der betriebsärztlichen Betreuung	4
Charakteristika von Coaching	4
Wirkung, Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren von Coaching	7
Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Coaching	7
Wesentliche Einflussfaktoren und Effekte	8
Besonderheiten eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	13
Abgrenzung zu anderen betrieblichen Beratungs- und Unterstützungsformaten	14
Möglichkeiten und Grenzen des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	15
Praktische Durchführung eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	16
Rahmenbedingungen des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	16
Erstgespräch und Ausgangsuntersuchung	16
Reine Coaching-Termine	16
Online-/Video-Coaching	16
Materialien	17
Störungen verhindern	17
Struktur und Prozess des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings	17
Erstgespräch und Vorinformation	18
Festlegung des Coaching-Themas	19
Struktur der themenbezogenen Coaching-Termine	19
Themenspektrum	20
Abschluss und Evaluation	21
Qualitätssicherung	22
Voraussetzungen und Qualifikation	22
Das betriebsärztliche Gesundheitscoaching im Praxistest – Auswertung der Teilnehmenden-Rückmeldung des LediVA-Projekts	22
Hintergrund	22
Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse	23
Reaktionsebene	24
Lernebene	25
Verhaltensebene	27
Ergebnisebene	27
Adressen, Links, Literatur	29
Informationen zu Ausbildungsmöglichkeiten über Fachgesellschaften (Beispiele)	29
Praxisliteratur	29
Wissenschaftliche Literatur	29

Idee und Hintergrund eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Zielsetzung eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

In Anbetracht der heutzutage stark verwobenen Lebensbereiche von Beschäftigten und den gleichzeitig oft komplexen Bedingungen **digital vernetzter Arbeit (dVA)** (s. auch „Betriebsärztlicher Instrumentenkoffer“) ist es wichtig, bei gesundheitlichen Beschwerden Ansätze zu entwickeln, die sowohl medizinisch indiziert und vielversprechend als auch in der individuellen Gesamtsituation des Einzelnen relevant und bewältigbar sind. Eine einfach „Verordnung“ vorgefertigter (primäre, sekundäre, tertiäre) Präventionsmaßnahmen ist kaum möglich bzw. zielführend.

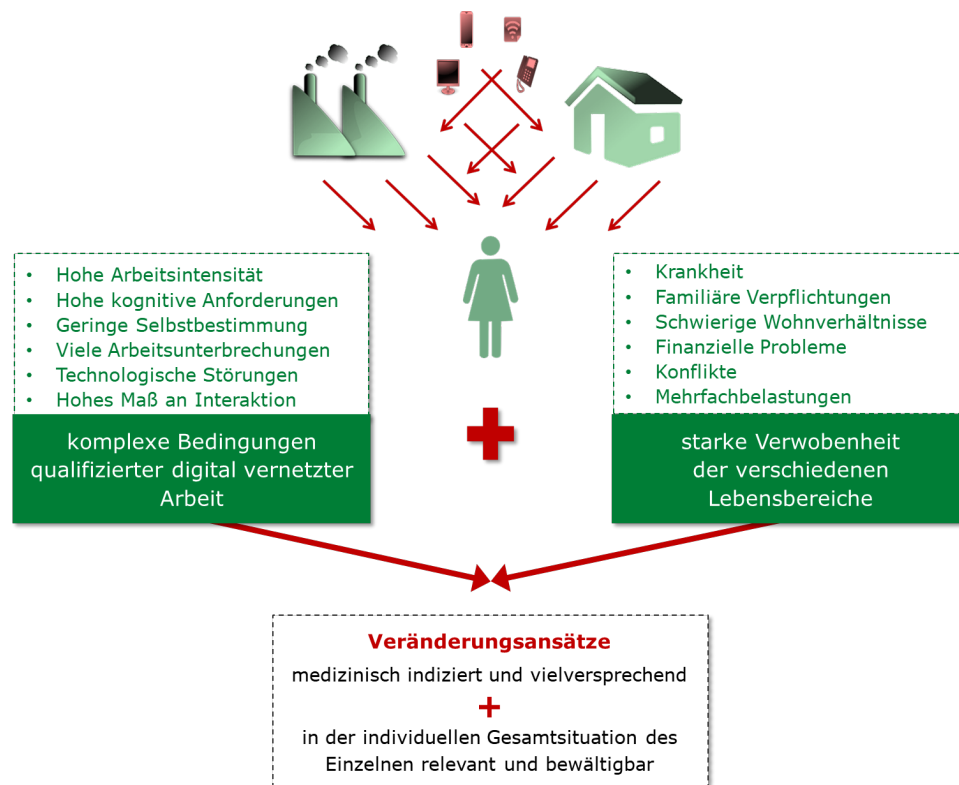


Abbildung 1: Unter den heutigen Rahmenbedingungen müssen Ansätze zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden individuell auf die Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation des Einzelnen angepasst werden

Für die Betroffenen selbst ist es eine große Herausforderung oder manchmal sogar Überforderung, in einer Be-/Überlastungssituation zu erkennen, was in diesem Moment der effektivste Ansatz wäre, um ihre aktuelle körperliche, psychische und/oder soziale Gesundheit zu verbessern. Hinzu kommt, dass diese situative Einordnung und Bewertung innerhalb des eigenen Lebensgefüges immer wieder bzw. annähernd kontinuierlich reflektiert werden muss (Abbildung 1). Unter solchen Rahmenbedingungen sind Kompetenzen wie Selbstreflexion und Selbststeuerung besonders wichtige Ressourcen. Als sogenannte problemunabhängige Meta-Kompetenzen sind sie für den Erhalt der Handlungsfähigkeit und die Stress-Bewältigung unverzichtbar. Können sie nicht oder nicht in genügendem Umfang mobilisiert werden, fehlt den Betroffenen eine wichtige Grundlage, um adäquat auf mögliche Fehlbeanspruchungen zu reagieren und angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Die Fähigkeit zur Selbstreflexion ist Voraussetzung dafür, eigene Sicht-, Verhaltens- und/oder Herangehensweisen zu überdenken. Ein ausreichendes Maß an Selbststeuerung ist wiederum erforderlich, um Veränderungen in Gang und umzusetzen.

Entsprechend scheint unter den Rahmenbedingungen ein Beratungsformat besonders erfolgversprechend, das a) solche Ressourcen stärkt, und diese nutzt, um b) geeignete Handlungsstrategien für Belastungssituationen zu entwickeln sowie c) die Wirkung der Strategien zu überprüfen und erforderlichenfalls anzupassen. Veränderungen dieser Art können nicht kurzfristig erreicht werden, sondern müssen im Alltag erprobt, hinterfragt, austariert und kontinuierlich adaptiert werden.

Wissenschaftlich wurde die Bedeutung von Ressourcen für die Stressbewältigung von Hobfoll mit seiner Theorie des Ressourcenerhalts in den Fokus gerückt (Hobfoll, 1989). Primär begründet in der Traumaforschung, hat die Theorie auch Eingang in weitere Wissenschaftsfelder gefunden (Baltes et al. 2012). In der Arbeitswissenschaft wurde der Ressourcen-Ansatz in verschiedene Modelle integriert wie z.B. das Job-Demand-Control-Modell (Karasek, 1979), das Job-Demands-Resources-Modell (Bakker & Demerouti, 2007), das Effort-Reward-Imbalance-Modell (Siegrist, 1996) und das SOK-(Selektion, Optimierung, Kompensation)-Modell (Wiese et al. 2000). Die Bedeutung von (individuellen und organisationalen) Ressourcen sowie deren adaptiver Einsatz im Arbeitskontext für die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit von Beschäftigten wurde in zahlreichen Studien belegt (Björk et al. 2021, Lesener et al. 2020, Hobfoll 2018, Moghimi et al. 2017, Nielsen et al. 2017, Müller et al. 2016, Weigl et al. 2010, Bakker & Demerouti 2007). Im betrieblichen Umfeld erbrachten Interventionen auf Ebene der Verhaltensprävention, die auf der Förderung persönlicher, individueller Ressourcen fußen (z.B. kognitiv-behaviorale Interventionen), positive Ergebnisse (Pieper et al. 2019, Ruotsalainen et al. 2015, Lamontagne et al. 2007; Marine et al. 2006; Richardson/Rothstein 2008). Coaching-Maßnahmen sind diesen Interventionen zuzurechnen, wobei der Fokus im Coaching stark auf der Bearbeitung konkreter, aktueller Probleme und – damit verbunden – einem „Lernen am Modell“ liegt. Nicht zuletzt deshalb wird darin ein erfolgversprechender Ansatz zur Krankheitsprävention unter den sich heute rasch ändernden, tendenziell komplexen Rahmenbedingungen gesehen (Cassens & Surzykiewicz 2021, Kessler & Graham 2015, Pentland 2012).

Im arbeitsmedizinischen und betriebsärztlichen Kontext ist eine solche Form von Prozess- und Umsetzungsberatung/-begleitung aufgrund der rechtlichen Verortung, aber auch zum Teil des Selbstverständnisses der Arbeits- und Betriebsmedizin, primär nicht angelegt. Die klassische betriebsärztliche Beratung und Betreuung auf Ebene der Beschäftigten entspricht in erster Linie einer Expertenberatung, d.h., die Beschäftigten erhalten Informationen über alle relevanten arbeitsmedizinischen Fakten und eine ärztliche Empfehlung. In den letzten Jahren und mit Zunahme der präventiven Ausrichtung der Gesundheitsversorgung gewinnt die Idee einer umfassenderen und stärker partizipativ ausgerichteten Beratung in der Medizin aber allgemein an Bedeutung. Seit geraumer Zeit gibt es Bemühungen, in der medizinischen Versorgung eine stärkere Patientenbeteiligung zu verankern (Schaefer & Klemperer, 2020; Loh et al., 2007). Unter dem Begriff der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF), im Englischen Shared-Decision-Making (SDM), hat dieser Prozess mittlerweile Eingang in die Empfehlungen zahlreicher Fachgesellschaften gefunden. Auf Ebene der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) wurde eine Kommission „Gemeinsam klug entscheiden“ eingerichtet (<http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html>), die an einem Manual dazu arbeitet. Hintergrund ist u.a. die Erkenntnis, dass eine optimale Versorgungssituation nur erreicht werden kann, wenn Bedürfnisse und Lebensumstände der Betroffenen berücksichtigt werden. Die alleinige Fokussierung auf eine medizinisch indizierte, optimale Therapie führt nicht automatisch zu einem optimalen therapeutischen Ergebnis. Vereinzelt wird, v.a. in der Allgemein- und Familienmedizin, auch der Coaching-Ansatz immer wieder propagiert (Niebuhr et al., 2018).

Auch das Präventionsgesetz von 2015 (§ 20 SGB V) untermauert mit dem darin enthaltenen ganzheitlichen „Lebensweltenkonzept“ die Notwendigkeit, alle Lebensbereiche eines Menschen als Einflussgrößen auf seine Gesundheit einzubeziehen, als Voraussetzung für eine gelingende individuelle Prävention. Der Arbeitsplatz ist dabei ein zentraler Bereich, in dem Gesundheitsvorsorge, -förderung und -schutz stattfinden kann und stattzufinden hat (SGB V, z.B. §§ 20 ff, § 65a). Auf Ebene der Verhaltensprävention lässt das die Schlussfolgerung zu, dass der Beratungsfunktion der Betriebsärzt:innen zukünftig eine Schlüsselrolle zukommen könnte. Er ist in der Lage, alle gesundheitsrelevanten Informationen des/der einzelnen Beschäftigten zu bündeln, Belastungen und Beanspruchungen in Zusammenhang zu bringen und alle Aspekte in eine fundierte Beratung zu überführen (Drexler et al. 2016).

Eine mögliche Option, diese Inhalte in einer partizipierenden, integrierten Experten-, Prozess- und Umsetzungsberatung effektiv zusammenzuführen, kann das betriebsärztliche Gesundheitscoaching sein – in Form eines freiwilligen Angebots durch das Unternehmen. Insbesondere im Kontext der komplexen Rahmenbedingungen würde es dieses Beratungsformat ermöglichen, zum einen frühzeitig Beeinträchtigungen der Gesundheit und des Wohlbefindens von Beschäftigten zu erkennen, zum anderen die Beschäftigten in einer ganzheitlichen Betrachtung ihrer Situation zu unterstützen, damit sie Quellen aktueller psychomentaler Fehlbelastungen erkennen und realistische, auf ihre individuelle Situation abgestimmte Ansätze für positive Veränderung entwickeln können.

Einbindung des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings in die Versorgung von Beschäftigten mit digital vernetzter Arbeit – Pflicht und Kür der betriebsärztlichen Betreuung

In jedem Fall ist es Aufgabe der Betriebsärzt:innen – wie auch der Unternehmensleitung – darauf zu achten, dass alle relevanten Merkmale in die Gefährdungsbeurteilung aufgenommen werden, und frühzeitig möglichen Fehlbelastungen entgegenzuwirken (Pflicht). Um eine umfassende Risikoanalyse zu ermöglichen, sollten auch körperliche und psychische Symptome/Erkrankungen, die erwiesenermaßen einen Zusammenhang mit psychischen Belastungen haben, berücksichtigt werden. Gut geeignet sind dafür in der Regel Fragebogeninstrumente, die ggf. auch im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung bzw. eines ärztlichen Gesprächs genutzt werden können. (s. auch „Betriebsärztlicher Instrumentenkoffer“)

Darüber hinaus könnten Unternehmen das betriebsärztliche Gesundheitscoaching im Rahmen der Vereinbarung etwaiger Zusatzleistungen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung oder in Form einer Wunschvorsorge für Beschäftigte mit dieser Arbeitsform aufsetzen: Grundlage wäre eine Ausgangsuntersuchung (= ausführliche arbeitsmedizinische und arbeitspsychologische Untersuchung), an die sich zeitversetzt ein Beratungsgespräch durch den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin anschließt. Das Beratungsgespräch dient zum einen der Information über die Untersuchungsergebnisse inklusive deren Einbettung in das Gefüge dVA, zum anderen einer ersten Problemfokussierung und -priorisierung. Im nächsten Schritt entscheiden Betriebsarzt/Betriebsärztin und Beschäftigte/-r gemeinsam, ob eine Coaching-Maßnahme sinnvoll ist oder nicht. Abhängig vom thematischen Schwerpunkt sowie der eigenen Präferenzen und Kapazitäten bietet der Betriebsarzt/die Betriebsärztin der/-m Beschäftigten entweder an, selbst Coaching-Sitzungen mit ihm/ihr durchzuführen (Kür), oder alternativ den Beschäftigten an andere Fachkolleg:innen (Fachärzt:innen, Psychotherapeut:innen, Sozialberatung) zu vermitteln.

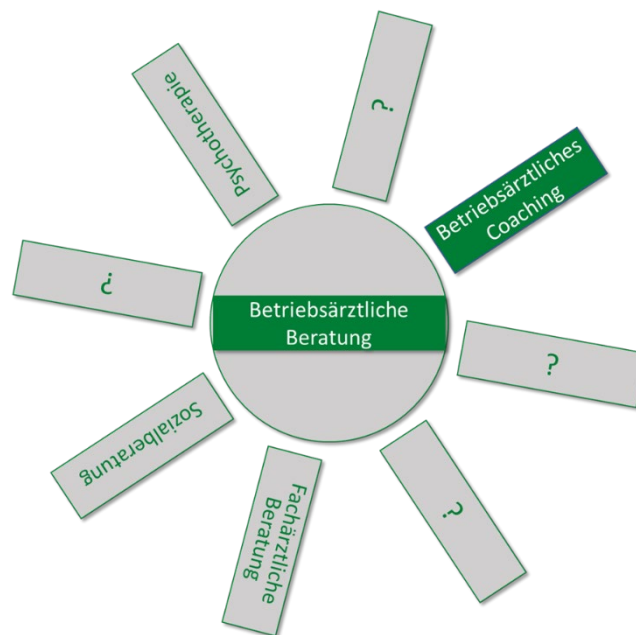


Abbildung 2: Die betriebsärztliche Sprechstunde fungiert als eine Drehscheibe. Am Ende legen die Beteiligten gemeinsam die Richtung fest, in die es weitergehen soll.

In diesem Sinn wäre die Wunschvorsorge dVA eine Drehscheibe (Abbildung 2), die für Beschäftigte den Weg bahnt, um frühzeitig und an der eigenen Lebens-, Arbeits- und Gesundheitssituation orientiert die bestmögliche Unterstützung zu erhalten. Das betriebsärztliche Gesundheitscoaching ist dabei eine Option von mehreren.

Charakteristika von Coaching

Der Begriff des Coachings ist nicht geschützt – entsprechend wird er in sehr unterschiedlichen Kontexten, für verschiedene Formate und mit variierenden Zielsetzungen verwendet. Vergleichbar divers wie das Angebot sind Herkunft und Qualifikation der Coaches sowie die angebotenen Ausbildungen und Zugangsvoraussetzungen. Hintergrund dieser Diversität ist u.a., dass die Entwicklung von Coaching historisch in verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich geprägt ist, inzwischen aber viele dieser Formen global Verbreitung gefunden haben. In England hat Coaching beispielsweise eine starke Verankerung im Sport im Sinne eines Mentaltrainings zur Leistungssteigerung,

während in den USA der Fokus immer stark auf einer Verbesserung der Lebensgestaltung und Lebensführung lag („Life-Coaching“). In Deutschland hatte Coaching von Beginn an einen starken Arbeitsbezug und war vorrangig auf Führungskräfte und deren Managementaufgaben ausgerichtet („Executive-Coaching“). Inzwischen finden sich aber auch hier in vielen weiteren Lebensbereichen Coaching-Angebote (z.B. Gesundheit, Lebensführung), die sich grob mit den beiden Bereichen „Health-“ und „Life-Coaching“ zuordnen lassen (Abbildung 3). Auch bezüglich der Formate (z.B. Einzel-Coaching, Team-Coaching) und Zielgruppen (Führungskräfte, Mitarbeiter, Privatpersonen, Profis, Laien, Lernende) hat eine Ausweitung stattgefunden. Im Hinblick auf Theorie und Konzept sind die Ansätze – entsprechend der unterschiedlichen historischen Entwicklung – ebenfalls unterschiedlich und stammen aus verschiedenen Fachdisziplinen wie der Psychologie und Psychotherapie, dem systemischen Management, der Pädagogik, der Personalentwicklung oder sogar der Philosophie und Linguistik kommen (Rauen 2021, Greif et al. 2018, Wegener et al. 2018a, Cox et al. 2014, Ryba 2018).



Abbildung 3: Kategorisierung von Coaching-Angeboten

Gleichzeitig mit der wachsenden Diversifizierung von Coaching haben die Bestrebungen zugenommen, Kernelemente zu spezifizieren und definieren, um auf diesem Weg – auch mit Blick auf eine Professionalisierung der Branche – Vergleichbarkeit herzustellen und die Grundlage für Qualitätskriterien und Evaluationsansätze zu legen. Diese Bestrebungen haben deutlich zugenommen (Fietze, 2015), sind aber bisher nur eingeschränkt erfolgreich (#Verweis Wirkung und Wirkfaktoren).

Für das Einzel-Coaching lassen sich Strukturen, Prozesse und inhaltliche Ausrichtung weitgehend wie folgt zusammenfassend:

Einzel-Coaching ist ein klientenzentriertes, interaktives Beratungsformat mit einem zugrundeliegenden Lern- und Entwicklungsansatz, das einen klaren lösungs- und handlungsorientierten Fokus hat und in der Gegenwart verankert ist. Der Coaching-Prozess soll es Klient:innen ermöglichen, durch eine Verbesserung der Selbstregulationsfähigkeit selbstkongruente Ziele zu formulieren und zu erreichen, d.h. Ziele, die mit den eigenen Bedürfnissen, Fähigkeiten und Werten im Einklang stehen.

Im Beratungsprozess stehen aktuelle Themen und Anliegen der Klient:innen im Fokus. Abhängig von der Verortung des Coachings haben diese unterschiedlichen Qualitäten und Schwerpunkte, z.B. Selbstklärung, Veränderungswunsch/-notwendigkeit, Konfliktbewältigung, Leistungsoptimierung/-verbesserung oder auch die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. Damit bewegen sie sich zwischen „Selbstthematisierung“ und „Kontextthematisierung“ (Greif 2008).

Im Arbeitskontext kommt Einzel-Coaching in der Regel dort zum Einsatz, wo „aus kollektiven Anforderungen individuelle Probleme und Herausforderungen“ werden (Greif 2008). Die Selbstreflexion ist ein wesentliches Element im Coaching, bei der es u.a. darum geht, eigene und fremde Erwartungen, Sichtweisen und Wünsche aufzudecken und mit den eigenen Werten und Bedürfnissen abzugleichen. Die Überprüfung des eigenen Selbstbilds und Selbstkonzepts (ideal versus real) ist in der Regel Teil des Prozesses.

Grundpfeiler der gemeinsamen Arbeit zwischen Coaches und Klient:innen sind eine Begegnung auf Augenhöhe sowie die Wahrung der Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung der Klient:innen über den gesamte Coaching-Verlauf hinweg. Sie sind diejenigen, die die Richtung bestimmen, den inhaltlichen Schwerpunkt setzen und die relevanten Entscheidungen treffen. Coaches geben keine Lösungen vor, sondern unterstützen problemorientiert und methodengeleitet (s. Kasten) den Prozess der Selbstreflexion und den Transfer neuer Erkenntnisse in die praktische Umsetzung. Sie ermutigen die Klient:innen, Neues auszuprobieren, und achten dabei u.a. auf ein gesundes Verhältnis zwischen Herausforderung und Bewältigbarkeit, welches Lernen am Erfolg ermöglicht, ohne überfordernd zu sein. So gewinnen die Klient:innen Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und Handlungen. Mittel- bis langfristig können sie auf diese Weise Meta-Kompetenzen entwickeln oder verbessern, z.B. Selbstreflexion, Lern-, Handlungs- und Bewältigungskompetenz. Als problem- und aufgabenunabhängige Ressource erweitern sie deren

Handlungsspielräume (Abbildung 4). Dieser Entwicklungsansatz hat zum Ziel, die Fähigkeit der Selbststeuerung der Klient:innen zu stärken und diese so – im Sinn eines Empowerments – in die Lage zu versetzen, in jedem Moment selbstbewusst und souverän Entscheidungen über (notwendige) Veränderungen der eigenen Arbeits- und/oder Lebenssituation zu treffen. Es werden in gewisser Weise „Selbstheilungskräfte“ auf der psychosozialen Ebene mobilisiert.

Zwei Methodenbeispiele

Die **Arbeit mit Bildern** kann bei der Selbstexploration helfen, leichter Zugang zu unbewussten und vorbewusst-intuitiven Prozessen zu finden und größere Klarheit über die eigenen Gefühle, Bedürfnisse, Motive und Interessen zu gewinnen. Hierfür können zum Beispiel Bildkarten verwendet werden. Dem/der Klient:in wird ein Set von Karten mit sehr unterschiedlichen Motiven zur Auswahl vorgelegt. Je nach Zielsetzung wird er/sie mit einer entsprechenden Frage aufgefordert, eine Karte auszuwählen, z.B. „Welche Karte passt am besten zu Ihrer aktuellen Situation?“ oder „Welche Karte würde den Zustand am besten widerspiegeln, wenn Ihr Problem gelöst ist?“ oder „Stellen Sie sich vor, Sie sind wieder in der Situation, welche Karte entspricht dem Gefühl am besten?“. Anschließend wird der/die Klient:in aufgefordert, zu erzählen, weshalb er die jeweilige Karte ausgewählt hat und was er/sie damit verbindet. Auf der Suche nach dem passenden Bild beschäftigt sich der/die Klient:in bereits mit den eigenen Empfindungen und gleicht sie mit dem ab, was die Karten in ihm/ihr auslösen. Die Bezugnahme darauf erleichtert es ihm/ihr, die eigenen Gefühle und Gedanken zu beschreiben. Im Erzählen und Formulieren gewinnen die Dinge Klarheit und gezieltes Nachfragen bei auffälligen Äußerungen kann neue Zugänge und Erkenntnisse zum Thema befördern.

Die **Arbeit mit dem „Inneren Team“** unterstützt Klient:innen dabei, die Wahrnehmung eigener Gefühle, Überzeugungen, Antriebe oder Bedürfnisse besser zu erkennen und zu verstehen. Es geht darum, Anteile der Persönlichkeit (einzelne Teammitglieder) „sichtbar“ zu machen, die das Denken und Handeln wesentlich beeinflussen, und deren „Beweggründe“ aufzuspüren. Die Grundannahme ist, dass jedes Teammitglied in guter Absicht handelt und zu einem bestimmten Zeitpunkt, in einer bestimmten (Lebens-)Phase oder Situation eine stützende oder schützende Funktion hatte bzw. hat. Alle Anteile sind stets, aber in unterschiedlicher Ausprägung präsent und handeln gemeinsam als Team. Wenn das Team gut aufgestellt ist, gelingt es dem Menschen, sein Leben befriedigend zu gestalten und Probleme und Herausforderungen gut zu bewältigen. Bei „Störungen“, die häufig Anlass für die Aufnahme eines Coachings sind, ist das Gefüge aus dem Gleichgewicht geraten. In der Arbeit mit dem „Inneren Team“ versucht der/die Klient:in zu erkennen, welche seiner Team-Mitglieder in der jeweiligen Situation aktiv sind, was sie antreibt, wie sie interagieren, wer kooperiert oder auch in Konkurrenz steht. Jedes Team-Mitglied bekommt vom Klienten einen „sprechenden“ Namen, d.h., einen Namen, der seinen Charakter deutlich macht – z.B. achtet die „Preußische Soldatin“ immer streng darauf, dass alle Regeln genau eingehalten werden. Diese freundliche, aber distanzierte Betrachtung der eigenen Anteile erleichtert es z.B., auch ungeliebte Team-Mitglieder zu betrachten. Es können gedanklich neue „Konstellationen“ erprobt und abgewogen werden (Wer aus dem Team könnte gerade unterstützen? Was könnte ein Team-Mitglied, das in Aufruhr ist, beruhigen? etc.), was neue Perspektiven eröffnen und Ideen und Handlungsimpulse initiieren kann.

Mit Blick auf das Beratungsformat spannt sich Coaching in dem Feld zwischen (eher direkter) Expertenberatung und (eher non-direktiver) Prozessberatung auf (Kessels et al., 2015, Schein, 2000). In der Anfangsphase des Coachings, in der Informations- und Methodenvermittlung im Vordergrund stehen, steuert der/die Coach in der Regel noch eher stark. Im Verlauf gestaltet sich die Zusammenarbeit immer stärker kollaborativ, der/die Coach wird zum „Sparringspartner“ und „Resonanzkörper“. Im fortgeschrittenen Stadium übernimmt – so das Ziel – der/die Klient:in selbstbestimmt und in Verantwortung des eigenen Handelns und Entscheidens die Steuerung, den/die Coach bindet er/sie eher im Sinne eines Mentors ein, wenn spezifischer Beratungsbedarf besteht (Grant & Green, 2018).

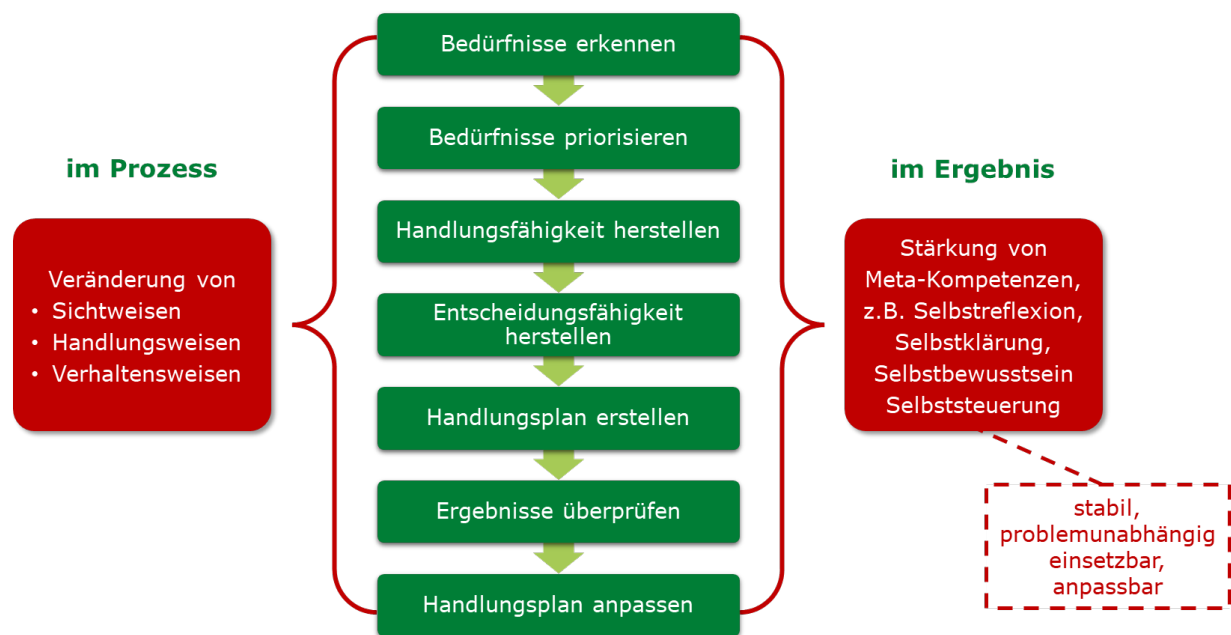


Abbildung 4: Theoretisches Konzept des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Wirkung, Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren von Coaching

Erkenntnisse zur Wirksamkeit von Coaching

Die aktuelle Studienlage zu Wirksamkeit und Erfolgsfaktoren von Coaching wurde in einer Reihe von Übersichtsarbeiten zusammengefasst (Rauen, 2021; Greif et al., 2018; Wegener et al., 2018; Kotte et al., 2016; Geißler & Wegener, 2015; De Haan & Duckworth, 2013; Birgmeier, 2011; Künzli, 2009; Greif, 2008), die sich in ihrer Herangehensweise und ihrem Fokus teilweise unterscheiden. So steht in einigen, eher früheren Arbeiten die Frage im Mittelpunkt, ob Coaching grundsätzlich wirksam ist, andere konzentrieren sich z.B. auf Erfolgsfaktoren, die im Prozess des Coachings relevant sind. Bezogen auf das Studiendesign, berücksichtigen manche Autor:innen nur Meta-Analysen in ihrer Betrachtung, während andere sowohl qualitative als auch quantitative Untersuchungen aufgreifen, denen meist unterschiedliche Modelle zugrunde liegen. In Summe geben diese Artikel aber ein gutes Bild, wie die aktuellen Erkenntnisse einzuordnen sind.

Basierend auf verschiedenen Wirkmodellen werden insgesamt trotzdem vergleichbare Einflussgrößen als relevant für den Erfolg eines Coachings angesehen. Deren Herleitung gründet sich zum Teil auf verfügbare Empirie, zum Teil auf die Entwicklung spezifischer, aber nicht immer verifizierter neuer Modelle (Greif, 2008) und zum Teil auf wissenschaftlich fundierte Theorien aus anderen Forschungsbereichen wie z.B. der Psychotherapie, der Neuropsychologie, der Lerntheorie oder der Zielsetzungstheorie (Roth 2018, Grawe et al. 1994, Locke & Latham 1990, Bandura 1976). Es werden Faktoren betrachtet, die in der Person der Klient:innen bzw. der Coaches verankert sind, Merkmale der Klient:innen-Coaches-Beziehung, eingesetzte Methoden sowie Format und Rahmenbedingungen des Coachings. Auf welche Faktoren in einer Studie das Hauptaugenmerk gerichtet ist, hängt wesentlich von der wissenschaftlichen „Prägung“ der Untersuchung ab.

Eine grundsätzliche Wirksamkeit von Coaching ist mittlerweile gut belegt. Allerdings schwanken die in quantitativen Studien nachgewiesenen Effektstärken stark und scheinen in Studien ohne randomisierte Kontrollgruppe tendenziell überschätzt zu werden. Primäre Vergleichsuntersuchungen von Coaching-Maßnahmen mit anderen Interventionen im betrieblichen Kontext liegen nicht vor. Auf der Ebene von Meta-Analysen zeigen sich vergleichbare Effektstärken von Coaching und anderen Arbeitsplatzinterventionen (Jones et al. 2016). Im Bereich der psychischen Gesundheit haben Arbeitsplatzinterventionen mit einem kognitiv-behavioralen Ansatz, denen auch die meisten Coaching-Ansätze zuzurechnen sind, positive Effekte auf verschiedene Outcomes wie Stresserleben/-bewältigung, Burnout oder psychosoziales Wohlbefinden (Barber et al., 2021; Restrepo & Lemos, 2021; Melnyk et al., 2020; Pieper et al., 2019; Routsalainen et al., 2015; Wendy et al., 2010; Richardson & Rothstein, 2008; Lamontagne et al., 2007).

Vorliegende systematische Reviews (z.B. Pandolfi, 2020; Athanasopoulou & Dopson, 2018; Bozer & Jones, 2018; Blackman et al., 2016; Grover & Furnham, 2016) und Meta-Analysen (z.B. Burt & Talati, 2017; Jones et al., 2016; Sonesh et al., 2015; De Meuse et al., 2009) zu Wirkfaktoren und Wirksamkeit/Outcomes von Coaching beziehen sich überwiegend auf Coaching im Arbeitskontext und hier in erster Linie auf Führungskräfte-Coaching. Systematische Reviews zu anderen Formen wie Gesundheitscoaching (Health-Coaching; Kessler & Graham, 2015; Wolever et al., 2013) oder Lebensgestaltungcoaching (Life-Coaching; Jarosz, 2016; Ammentorp et al., 2013) existieren nur sehr vereinzelt. In manchen Untersuchungen wurde keine Differenzierung vorgenommen (z.B. Theeboom et al. 2014). Aufgrund der herrschenden Vielfalt an Coaching-Ansätzen und -Angeboten (mit Blick auf Theorien, Methoden und Ergebnisse) gelingt es in den Reviews nur eingeschränkt, die Ergebnisse der Einzelstudien zu bündeln und auf quantitativer Ebene gesicherte Aussagen zu spezifischen Faktoren abzuleiten. Das spiegelt sich auch in der geringen Anzahl verfügbarer Meta-Analysen wider und gilt für Einflussfaktoren ebenso wie für Erfolgskriterien/Outcomes. In vielen Fällen entspricht das Studiendesign nicht geforderten Qualitätsstandards: Randomisiert-kontrollierte Studien sind eher selten, Längsschnittstudien mit mehreren Messzeitpunkten liegen kaum vor, die Ergebnisse basieren überwiegend auf Selbstauskunftsinstrumenten, Fremdbeurteilungen gibt es kaum. Darüber hinaus überwiegt die Anzahl experimenteller Studien (z.B. mit Studierenden) die Zahl an Studien im Feld deutlich, was Probleme mit der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf reale Bedingungen in Unternehmen und Organisationen mit sich bringt.

Nachdem die grundsätzliche Frage nach der Wirksamkeit von Coaching als geklärt gilt, werden neuere Studien in ihren Fragestellungen feinkörniger. Wann/wo wirkt Coaching, bei wem wirkt Coaching, welche Form wirkt am besten etc.? Die stärkere Ausdifferenzierung der Forschungsfragen ist zum einen auf die Ausweitung der Einsatzbereiche, zum anderen aber auch sehr wesentlich auf Bestrebungen hin zu einer stärkeren Professionalisierung von Coaching zurückzuführen. Das Problem der geringen Vergleichbarkeit bleibt jedoch bestehen, da zwar die absolute Anzahl auch qualitativ wertiger Untersuchung zunimmt, gleichzeitig aber auch die Diversität der betrachteten Faktoren und Zusammenhänge wächst. Entsprechend müssen bei spezifischen Fragestellungen Design sowie Erhebungsmethoden der jeweiligen Studien nach wie vor kritisch in die Betrachtung einbezogen werden. Insgesamt ist die Evidenzlage in der Coaching-Forschung nach wie vor mäßig (Grant et al., 2010). Die wirtschaftliche Rentabilität von Coaching wird ebenfalls als Outcome untersucht, Zusammenfassungen der Literatur existieren aber kaum. Vorliegende Ergebnisse weisen auf einen deutlichen Return of Investment (ROI) hin. Abhängig von der Bemessungsgrundlage, z.B. Produktivität, Qualität, Kundenzufriedenheit und Shareholder Value, schwanken die ROI zwischen dem zwei- und siebenfachen der investierten Coaching-Kosten (Fillery-Travis & Lane, 2020; De Meuse et al., 2009). Anzumerken ist allerdings, dass das ROI-Konzept in diesem Kontext kontrovers diskutiert wird und die beiden Studien qualitativ kritisch betrachtet werden müssen.

Wesentliche Einflussfaktoren und Effekte

Nachfolgend werden – basierend auf vorliegenden Reviews – die wichtigsten Erkenntnisse zu Faktoren, die Einfluss auf Prozess und Ergebnis im Coaching haben, sowie Erfolgskriterien bzw. Indikationen in einem knappen Überblick und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt. Die Zusammenfassung stützt sich in erster Linie auf Arbeiten aus dem Kontext Arbeitsplatz-Coaching (Workplace-Coaching, Executive-Coaching), da hier der Grad der empirischen Evidenz am höchsten ist. In diesem Bereich ist die Evaluation solcher Maßnahmen am stärksten verankert. Gesundheitscoaching und Coaching zur Lebensgestaltung (Health-Coaching, Life-Coaching) werden nur bei den Erfolgskriterien gesondert einbezogen. In Abbildung 5 sind die verschiedenen Einflussfaktoren und -wege in einer Übersicht zusammengefasst. Eine Aussage über die Stärke eines Einflusses oder moderierende bzw. medierende Effekte lässt sich daraus nicht ablesen.

Coaching-Modelle

Bezüglich der zugrundeliegenden Coaching-Modelle findet sich bislang keine Untersuchung, die gezielt die Effekte unterschiedlicher Ansätze vergleicht. Es hat sich aber gezeigt, dass bei allen Coaching-Modellen positive Ergebnisse berichtet werden (Athanasopoulou & Dopson, 2018). Insgesamt scheinen gemischte Ansätze, die auch psychologische Aspekte wie unbewusste Annahmen, internale Motive oder Emotionen einbeziehen, eine etwas höhere Effektivität aufzuweisen (Wang et al., 2021).

Coaching-Prozess

Mit Blick auf den Coaching-Prozess werden übereinstimmend nachfolgende Elemente als relevant beschrieben: eine Situations- und Problemanalyse, die eine ergebnisorientierte Selbstreflexion einschließt, die Zielklärung, inklusive einer motivationalen Klärung, u.a. durch die Aktivierung und gleichzeitige Steuerung von Affekten (z.B. Arbeit mit Bedürfnissen, Werten, Emotionen), die Aktivierung von internen Ressourcen (z.B. Fähigkeiten, Begabungen, Erfahrungen) und externen Ressourcen (z.B. Qualifikationsmaßnahmen), die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und neuen Handlungskompetenzen sowie die Umsetzungsbegleitung. Für die Initiierung von Veränderung spielt zudem der Einsatz unterstützender Methoden durch den/die Coach eine wichtige Rolle, sowohl im Rahmen der Prozesssteuerung und -gestaltung (z.B. Zielklärung), als auch bei der Generierung von Ideen für neue Umgangs- bzw. Herangehensweisen, z.B. mit Hilfe eines Perspektivenwechsels (Wegener et al. 2018a, Geißler 2011).

Coaches

Seitens der Coaches scheinen, entsprechend der Funktion und Rolle, der fachliche Hintergrund und die Expertise wichtige Faktoren für den Erfolg zu sein. Wobei von Vorteil zu sein scheint, wenn auf Erfahrungen aus unterschiedlichen beruflichen Feldern zurückgegriffen werden kann, z.B. Psychologie, Pädagogik und freie Wirtschaft. Außerdem spielen Kompetenzen, methodisch wie sozial (z.B. Kommunikation, Führung – direktiv/non-direktiv), eine Rolle. Wie lange jemand bereits als Coach tätig ist, scheint hingegen nicht ausschlaggebend zu sein. Insgesamt gibt es bislang nur wenig Studien, die sich gezielt mit dem Einfluss des fachlichen Hintergrunds von Coaches befassen. Neben der Qualifikation sind das Engagement der Coaches im Prozess sowie ihr Commitment gegenüber den Klient:innen und ggf. dem Unternehmen relevant. Im Hinblick auf die Prozessführung scheint ein eher direktives Vorgehen tendenziell größere Wirkung zu erzielen. Insbesondere bei arbeitsbezogenen Erfolgskriterien (z.B. Leistung) ergeben sich bei internen Coaches stärkere Effekte als bei externen, was sich evtl. darauf zurückführen lässt, dass bei internen Coachings der thematische Arbeitsbezug stärker fokussiert wird, während bei externen Coachings diese Outcomes häufig eher indirekt beeinflusst werden (Fillery-Travis & Lane, 2020; Pandolfi, 2020; Kotte et al., 2018). Dass Verhaltensweisen der Coaches Einfluss auf Prozess und Ergebnis des Coachings haben, ist in der Literatur unstrittig. Dabei spielen Faktoren wie eine positive Grundeinstellung, Authentizität, aktives Zuhören, reflektierende Fragen, Interpretationsangebote, das Aufdecken unbewusster Annahmen oder die Betrachtung von Wertvorstellungen und ethischen Aspekten eine Rolle. Es wird allerdings kaum differenziert, ob dies generelle Verhaltensweisen der Coaches sind oder ob es sich dabei um gezielt eingesetzte Coaching-Techniken handelt. Ebenso ist nicht nachgewiesen, ob und, wenn ja, welche Verhaltensweisen erfolgskritisch sind (Pandolfi, 2020).

Klientinnen und Klienten

Bei der Betrachtung relevanter Einflussfaktoren auf Seite der Klient:innen muss berücksichtigt werden, dass diese Faktoren überwiegend sowohl Prädiktor als auch Moderator oder Zielgröße sein können. Kompetenzen wie die Fähigkeit zur Selbstreflexion sind einerseits wichtige Voraussetzung für das Coaching, andererseits auch ein Ziel von Coaching-Interventionen. Ebenso ist die Selbstwirksamkeitsüberzeugung ein persönliches Merkmal von Klient:innen, das Einfluss auf den Coaching-Erfolg hat, gleichzeitig aber auch durch das Coaching gestärkt werden kann und soll. Unabhängig davon spielen aber die Coaching-Motivation und, damit zusammenhängend, die Zielorientiertheit der Klient:innen zu Beginn des Coachings für das spätere Ergebnis eine Rolle (Pandolfi, 2020; Bozer & Jones, 2018; Grover & Furnham, 2016). Die Aufnahmefähigkeit und das Verarbeiten von Feedback scheinen für das Coaching-Ergebnis ebenfalls relevant zu sein. Auf welchem Weg Feedback Wirkung entfaltet und welcher Form von Feedback es bedarf, ist noch nicht abschließend geklärt. Hinsichtlich eines Einflusses von Persönlichkeitsmerkmalen wie Offenheit, Gewissenhaftigkeit oder Extravertiertheit auf den Coaching-Prozess oder das Coaching-Ergebnis ist die Studienlage bislang nicht eindeutig (Pandolfi, 2020; Bozer & Jones, 2018). Soziodemografische Faktoren wie Alter und Geschlecht scheinen keinen Einfluss zu haben. Bezogen auf den Bildungshintergrund und das Tätigkeitsniveau finden sich Hinweise, dass weniger qualifizierte oder erfahrene Beschäftigte stärker von Coaching-Maßnahmen profitieren als hochqualifizierte Führungskräfte. Es wird diskutiert, dass dies auch mit dem Schwierigkeitsgrad des gewählten Ziels zusammenhängen könnte und die Komplexität der Themen auf Ebene von Führungskräften evtl. eine längere Intervention erfordert (Pandolfi, 2020; Athanasopoulou et al., 2018; Sonesh et al., 2015).

(Arbeits-)Beziehung zwischen Coaches und Klientinnen und Klienten

Bei der (Arbeits-)Beziehung zwischen Coaches und Klient:innen spielt neben der Beziehungsqualität (vertrauensvoll, kooperativ, empathisch, wertschätzend, emotional unterstützend) auch ein gelungenes Arbeitsbündnis eine Rolle, d.h.

Klient:innen und Coaches entwickeln im Prozess über ein gemeinsames Verständnis zu Arbeitsweise und Zielen eine starke Bindung (Grassmann et al., 2020; Bozer & Jones, 2018). Man spricht auch davon, dass Klient:innen und Coaches die Ergebnisse im Coaching „ko-kreieren“ (Tonhäuser, 2018). Insgesamt wird die Coaches-Klient:innen-Beziehung zumeist, abgeleitet aus der Psychotherapie-Forschung, als zentraler Mediator im Coaching-Prozess betrachtet (Pandolfi, 2020). Die Beziehung zwischen Coaches und Klient:innen hat z.B. Einfluss auf die Zufriedenheit der Klient:innen mit dem Coaching und deren Einschätzung der Effektivität des Coachings. Darüber hinaus scheint sie die Selbstwahrnehmung sowie die Erkenntnisse aus der Selbstexploration zu beeinflussen. Die Bedeutung der Arbeitsbeziehung scheint unabhängig von Faktoren wie Zielgruppe des Coachings, Erfahrung der Coaches oder Anzahl der Sitzung zu sein (Grassmann et al., 2020).

Unternehmenskultur und Unterstützung durch Verantwortliche im Unternehmen

Bezogen auf die Rahmenbedingungen scheinen, auch wenn die Evidenz begrenzt ist, die Unternehmenskultur und die Unterstützung durch Verantwortliche im Unternehmen relevant für das Coaching-Ergebnis zu sein. Diese scheinen vorallem im Hinblick auf den Transfer von Erkenntnissen und die Umsetzung in die Praxis wichtig zu sein, d.h. im Sinne einer „Verwirklichung“ der Coaching-Ergebnisse. (Pandolfi, 2020; Bozer & Jones, 2018).

Formaler Rahmen

Der Einfluss von Dauer und Format des Coachings wurde lediglich in einem Review berücksichtigt. In der sehr begrenzten Anzahl einbezogener Studien hat die *Dauer* des Coachings keinen wesentlichen Einfluss auf das Ergebnis gezeigt, auch Coaching-Interventionen mit wenig Terminen ergaben positive Effekte. Eventuell wirken hier andere Faktoren wie die Komplexität des Anliegens moderierend. Langzeitstudien liegen bisher kaum vor. In diesen Review wurden außerdem Studien aufgenommen, die verschiedene Formate vergleichen. Verglichen wurden Studien mit reinem Live-Coaching und gemischte Formate, die Live-Coaching mit E-Mail- und Telefon-Coaching verbinden. Danach scheint es zwischen diesen Formaten in der Wirksamkeit keinen Unterschied zu geben. Video-Formate waren nicht einbezogen (Jones et al. 2016). Über die Wahrnehmung der Beschäftigten wird keine Aussage getroffen.

Allgemeine Erfolgsgrößen – Arbeitsplatz-Coaching

Während sich bei der Frage nach den Einflussfaktoren auf den Erfolg eines Coachings in hohem Maß theoriegeleitete, qualitative und eher vereinzelt quantitative Studien finden, sind es bei Studien, deren Schwerpunkt auf den erzielten Ergebnissen liegt, meist quantitative Untersuchungen. Bezogen auf das Studiendesign spielen auch die eingesetzten Erhebungsinstrumente eine Rolle. So zeigen z.B. Studien, die auf Selbstauskunft-Angaben beruhen in der Regel eine hohe Zufriedenheit mit dem Coaching, sowohl bezogen auf den Prozess als auch auf die Zielerreichung. Demgegenüber finden sich bei einer Fremdbeurteilung arbeitsbezogener Outcomes wie der Leistung meist deutlich schlechtere Ergebnisse (Fillery-Travis & Lane, 2020). Zur Evaluation werden Erfolgskriterien häufig entsprechend der Kirkpatrick- und Kraiger-Kategorien in „Reaktion“, „Lernen“, „Wissen“, „Verhalten“ und „Ergebnis“ untergliedert, die ursprünglich aus dem Trainingsbereich kommen (Kirkpatrick, 1998).

Unter Anwendung dieser Kategorisierung haben drei Reviews (Grassmann et al., 2020; Jones et al., 2016; Kotte et al., 2016) übereinstimmend **positive Effekte** nachgewiesen. In der Kategorie Reaktion z.B. für persönliche und arbeitsbezogene Einstellungen, Motivation; in der Kategorie Lernen z.B. für Aneignung von Wissen (kognitiv), Selbstwirksamkeit (affektiv), Selbststeuerung, Stressreduktion, Fertigkeiten/Skills; in der Kategorie Verhalten z.B. für Führungsfähigkeiten und Coping; für die Kategorie Ergebnis (z.B. Leistung, Commitment, Gesundheit, Wohlbefinden). Die Ergebnisse differieren jedoch stark, so dass eine Gewichtung (auch aufgrund der geringen Zahl an Studien) nicht möglich ist.

Weitere Review-Ergebnisse: Burt & Talati (2017) fanden positive Effekte für arbeitsbezogene Einstellung und in geringerem Maß für arbeitsbezogenes Wohlbefinden; Athanasopoulou & Dopson (2018) haben für Flexibilität, Beurteilung der Effektivität des Coachings, Ermutigung und Unterstützung durch das Coaching, Planungsfähigkeit, Zeitmanagement, Führungsqualität, Stresserleben, Ängstlichkeit, Arbeits- und Lebenszufriedenheit, Resilienz und Commitment eine positive Wirkung bilanziert, ohne in der Stärke zu unterscheiden; dasselbe gilt für Selbstregulation, Zielsetzung/-erreichung, Teamfähigkeit, Kommunikationsfähigkeit (Athanasopoulou & Dopson 2018; Burt & Talati, 2017) sowie Absentismus (Tarro et al., 2020). Nicht eindeutig bzw. unterrepräsentiert sind Ergebnisse zu Workability, Produktivität, Performance und Präsentismus (Tarro et al., 2020; Burt & Talati, 2017).

Eine aktuelle Meta-Analyse (Wang et al., 2021), deren Fokus auf psychologisch fundierten Coaching-Ansätzen und der Einbindung von Outcomes über den engen Arbeitsbezug hinaus liegt, ergab, dass diese Coaching-Konstrukte

insgesamt eine positive Wirkung auf Lernen (im Bereich Kognition und Affektivität) und psychisches Wohlbefinden sowie Verbesserung der Leistung haben. Die stärkste Wirkung ergab sich für zielorientierte Outcomes. Des Weiteren zeigte sich ein Lerneffekt auf der Ebene meta-kognitiver Fähigkeiten wie Informationsverarbeitung, lösungsorientiertes Denken, Veränderungsbereitschaft und Selbst-Regulation. Effekte mit annähernd mittlerer Effektstärke finden sich im Bereich Commitment und Kündigungsabsicht. Wirkung zeigt Coaching auch auf Leistung und Führung sowie (individuelles und arbeitsbezogenes) Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit und psychopathologische Outcomes, allerdings nur in eher geringem Umfang.

Gesundheitsfaktoren – Arbeitsplatz-Coaching, Gesundheitscoaching, Life-Coaching

Gesundheit und Wohlbefinden werden in der Forschung sowohl als direktes als auch als indirektes Ergebnis von Coaching untersucht. Während Gesundheitscoaching Maßnahmen explizit eine Verbesserung von Gesundheitsparametern zum Ziel haben, ist dies beim sogenannten Life-Coaching in der Regel ein indirekter Effekt. Beim Arbeitsplatz-Coaching sind beide Varianten anzutreffen. So kann z.B. einerseits Stressreduktion oder eine Verbesserung der Work-Life-Balance unmittelbares Ziel des Coachings sein, genauso kann sich aber auch durch eine Stärkung von Kompetenzen die Arbeitszufriedenheit und damit das Wohlbefinden verbessern. Systematische Reviews, die die Wirkung von Life-Coaching auf die Gesundheit untersuchen, existieren kaum. Ammentorp et al. (2013) fanden tendenziell positive Effekte in den Bereichen Zielerreichung, Abhängigkeit, Gesundheitszustand allgemein und Selbstbewusstsein. Bezogen auf Gesundheitscoaching-Maßnahmen wird eine Wirksamkeit vor allem dann bestätigt, wenn die Maßnahmen spezifisch auf die Bedürfnisse der Beschäftigten und die jeweiligen Rahmenbedingungen ausgerichtet und ausreichend tiefgreifend sind (Gatchel, 2012). Im Zeitverlauf ist zu beobachten, dass auch bei solchen Interventionen immer stärker Erkenntnisse aus der Psychologie zu Verhaltensänderung einfließen. In mehreren Reviews konnte gezeigt werden, dass Komponenten wie das Setzen, Überprüfen und Anpassen von Zielen und eine motivierende Gesprächsführung in Verbindung mit einem verbesserten Selbstbewusstsein und einer höheren Selbstwirksamkeitswahrnehmung zum Erfolg der Intervention beitragen (An & Song, 2020; Hill et al., 2015; Kivelä et al., 2014; Wolever et al., 2013; Olsen & Nesbitt, 2010). Inwiefern die Effekte nachhaltig sind, ist noch offen (Dejonghe et al., 2017).

Negative Effekte von Coaching

Negative Effekte sind bisher selten Gegenstand von Untersuchungen bzw. werden in der Literatur nur selten berichtet. Ein Grund hierfür kann darin liegen, dass negative Effekte oft mit einem Nicht-Erreichen der Coaching-Ziele gleichgesetzt werden. Einige wenige Studien sind aber verfügbar, wobei nur ein systematischer Review zu dem Thema durchgeführt wurde (Schermyly & Grassmann 2019), der zeigt, dass auf Seiten aller Beteiligten (Klient:innen, Coaches, Unternehmen) negative Effekte auftreten können. Überwiegend werden diese Effekte aber als wenig gravierend eingeschätzt. Klient:innen und Coaches beschreiben thematisch vergleichbare, negative Auswirkungen, die ähnlichen Themenfeldern wie die positiven Erfolgsgrößen zugeordnet werden können: psychische Gesundheit und Wohlbefinden (z.B. Aufdecken tiefergreifender psychischer Probleme, die nicht bearbeitet werden können; Abnahme der Lebenszufriedenheit; Verschlechterung der Work-Life-Balance, arbeitsbezogene Ängstlichkeit), soziale Bezüge (z.B. Verschlechterung des Verhältnisses mit Vorgesetzten, nachgeordneten Mitarbeiter:innen, Kolleg:innen, Partner:innen, Familie, usw.; Abhängigkeit von dem/der Coach), Performance (z.B. schwankende Leistung; Abnahme der Motivation/Leistung), Rolleneffekte (z.B. Abnahme der Bedeutung des Jobs; Abnahme der Arbeitszufriedenheit; reduziertes Kompetenzgefühl), materielle Verluste (z.B. Arbeitsplatzwechsel mit schlechteren Bedingungen; Arbeitsplatzverlust; prekäre finanzielle Situation). Beinahe 70% der Klient:innen und über 90% der Coaches berichten mindestens einen negativen Effekt. Das Erleben negativer Effekte von Klient:innen und Coaches korrelieren stark. Eine starke moderierende Wirkung hat die Qualität der Beziehung zwischen Coaches und Klient:innen (Grassmann et al., 2020). Auf Organisationsebene kann z.B. die Kündigung von Beschäftigten oder eine Verschlechterung der Beziehung mit Vorgesetzten sowie Schwankungen der Leistung möglichen negativen Auswirkung zugeordnet werden. Ursachen für die Entwicklung negativer Effekte werden auf Ebene aller Beteiligten verortet, so können beim Klient:innen z.B. tiefergreifende psychische Probleme zu Tage treten, die im Coaching nicht bearbeitet werden können. Auf Seite des Coachs werden mangelhafte methodische oder inhaltliche Kompetenz genannt, und bei den Unternehmen spielt u.a. ein zu gering veranschlagtes zeitliches oder finanzielles Budget eine Rolle.

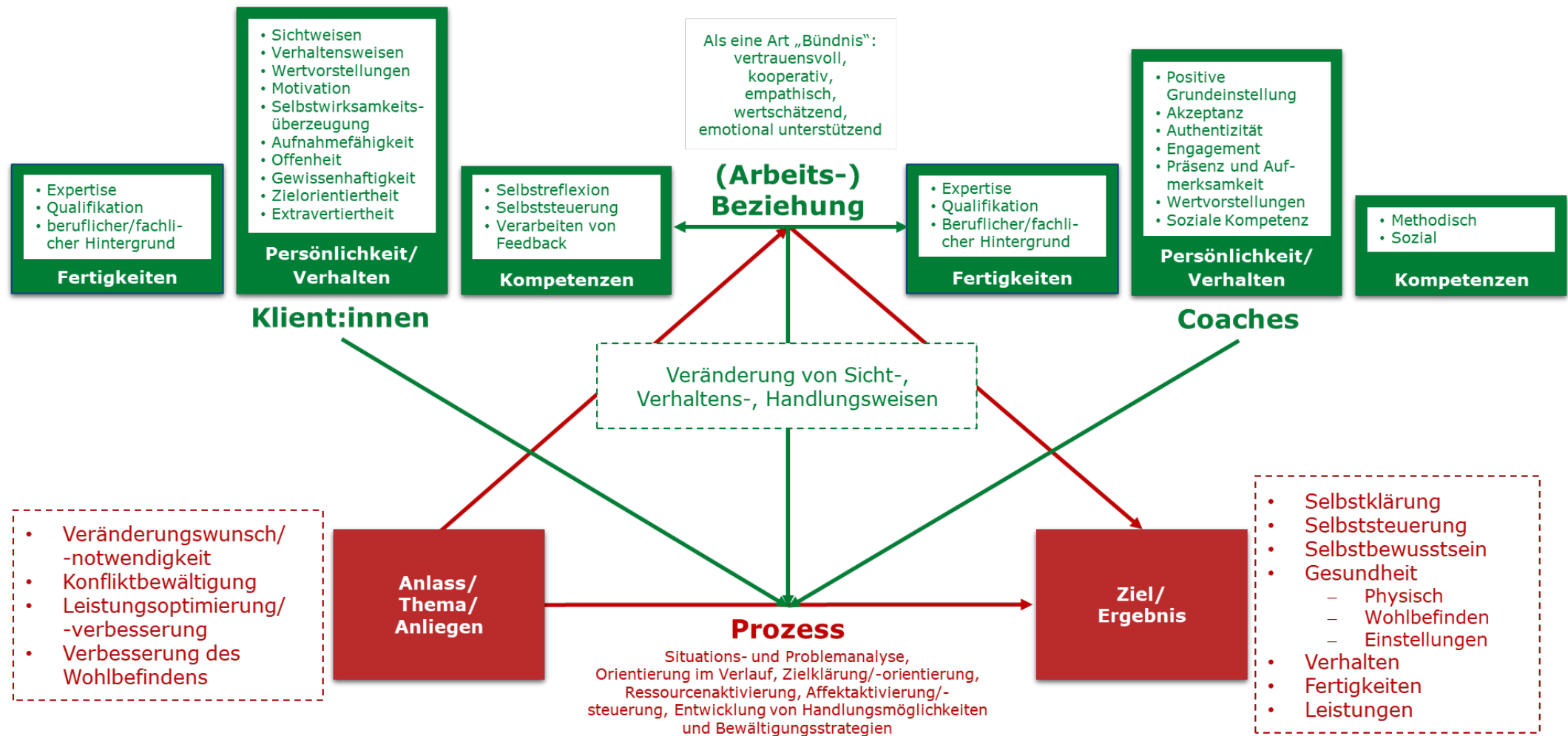


Abbildung 5: Übersicht über das "Coaching-System" mit möglichen Indikationen und Zielgrößen sowie Einflussfaktoren

Besonderheiten eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Der Grundgedanke des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings liegt in einer Erweiterung der Rolle der Betriebsärzt:innen als Berater:innen von Beschäftigten im Kontext von „Arbeit und Gesundheit bei dvA“. Unter dem Gesichtspunkt, dass es in den „digitalisierten Lebenswelten“ der Betroffenen schwierig sein kann, relevante Risikofaktoren, aber auch effektive Maßnahmen für die Gesundheit und das Wohlbefinden zu identifizieren, erscheint es sinnvoll, deren arbeitsmedizinische sowie arbeitspsychologische Expertise intensiver einzubinden als bisher.

Ausgangsbasis bleibt dabei die ärztliche Anamnese und Untersuchung. Im Sinne der Ganzheitlichkeit kann es jedoch erforderlich sein, diese um spezifische Aspekte/Parameter zu erweitern bzw. vertiefen, z.B. im Bereich der Sozialanamnese oder medizinischer und psychologischer Tests. Dem folgt eine fundierte Analyse der Ergebnisse, die in Form eines entsprechenden Inputs mit dem Beschäftigten geteilt wird, ergänzt um relevante Erkenntnisse über die Zusammenhänge von dvA, Gesundheit und weiteren Lebensbereichen. Damit entspricht der „Auftakt“ des betriebsärztlichen Coachings weitgehend der klassischen ärztlichen Expertenberatung. Erst auf dieser Grundlage können Klient:innen ihre Selbstbestimmung und Eigenverantwortung im Coaching-Prozess wahrnehmen. Im weiteren Verlauf prägen die Beratung stärker Charakteristika eines Coachings, abhängig von den thematischen Schwerpunkten, die der/die Beschäftigte für sich setzt (Abbildung 6). Bis zum Ende wird der Betriebsarzt oder die Betriebsärztin, aufgrund der komplexen Materie, jedoch die Tragfähigkeit entwickelter Ideen, aber auch Umsetzungsergebnisse unter arbeitsmedizinischen/-psychologischen Gesichtspunkten prüfen.

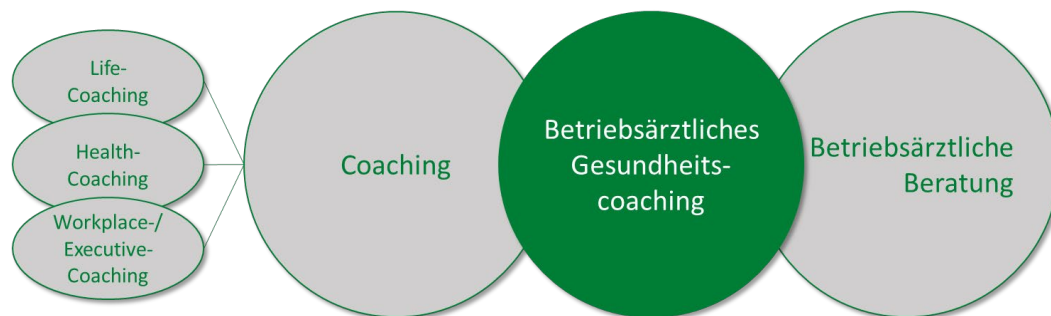


Abbildung 6: Elemente des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings, die angepasst an die Erfordernisse des konkreten Falls, graduiert eingesetzt werden

Die Anbindung des Gesundheitscoachings an die Rolle der Betriebsärzt:innen bringt strukturell und inhaltlich Vorteile mit sich, die bei keiner anderen Intervention erreicht werden können. Betriebsärzt:innen bildet in ihrer Funktion das „Scharnier“ zwischen betrieblicher Verhältnis- und Verhaltensprävention bzw. Organisations- und Individualebene. Auf Organisationsebene sind sie fest in der Arbeitsschutzstruktur verankert und können aus dieser Position (beratend) Einfluss auf Inhalte und Prozesse nehmen, d.h. relevante Erkenntnisse aus der individuellen Betreuung können sie als Handlungsempfehlungen in die Organisation einspeisen. Umgekehrt sind sie über die betrieblichen Präventionsaktivitäten informiert und haben (mit Einverständnis des Beschäftigten) Zugriff auf ggf. bereits vorliegende Daten (klinische Werte, Befragungsergebnisse). Sie können all diese Kenntnisse bündeln und in die Arbeit mit den Beschäftigten individuell und unmittelbar einfließen lassen (Abbildung 7).

Zusammenfassend liegt der Unterschied zur klassischen betriebsärztlichen Beratung in der Erweiterung des Beratungsansatzes im Hinblick auf Frequenz, Tiefe und thematische Ausrichtung der Beratung/Begleitung sowie in den eingesetzten Methoden und der ausgeprägten Klient:innen-Zentrierung. Betriebsärzt:innen werden zu kontinuierlichen Begleiter:innen eines Veränderungsprozesses von Verhaltens-, Herangehens- und Sichtweisen, auf dem Weg zu einer integrativen, selbstbestimmten Arbeits-, Lebens- und Gesundheitsgestaltung.

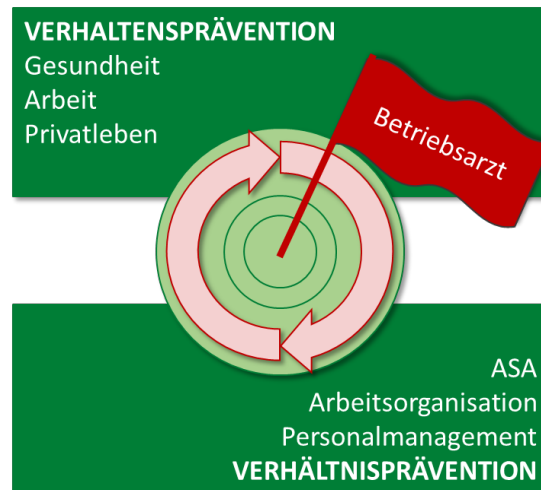


Abbildung 7: In ihrer Rolle und Funktion können Betriebsärzt:innen als Bindeglied zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention fungieren. Sie können relevante Erkenntnisse aus der Individualberatung in die betriebliche Arbeitsschutzorganisation einspeisen und umgekehrt den Transfer von Maßnahmen der Verhältnisprävention auf die Individualebene unterstützen.

Abgrenzung zu anderen betrieblichen Beratungs- und Unterstützungsformaten

Bis vor ein einigen Jahren wurden in Deutschland unter dem Begriff des Gesundheitscoachings fast ausschließlich edukative Maßnahmen in den Themenfeldern Gesundheitsverhalten sowie Management und Prävention häufiger und chronischer Krankheitsbilder wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, aber auch psychische Erkrankungen gefasst (Gatchel, 2012). Bei diesen Ansätzen sollen durch die Vermittlung von umfassendem Wissen Betroffene (und zum Teil auch Angehörige) quasi zu Expert:innen ihrer Erkrankung gemacht werden. Durch ein tieferes Krankheitsverständnis und das Einüben von Verhaltensänderungen erhofft man sich eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung und damit des Wohlbefindens und der Lebenszufriedenheit insgesamt.

In dem Maß, in dem sich das Augenmerk im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz vermehrt auf psychische und mentale Belastungen richtet, finden sich jedoch neben den klassischen psychosozialen Themen der betrieblichen Sozialberatung wie Sucht, Überschuldung oder familiäre Probleme zunehmend Unterstützungsangebote, denen ein breiterer Ansatz von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zugrunde liegt, und die versuchen, der komplexer werdenden Interaktionen zwischen Gesundheit und Arbeit gerecht zu werden. Inhaltlich sind das Themen die im weiteren Sinn dem Umgang mit psychomentalen Arbeitsbelastungen (z.B. Arbeitsintensität/-druck, Arbeitsorganisation, Führungsfragen, Restrukturierungen, Work-Life-Konflikte) und deren Folgen zuzuordnen sind (z.B. Burnout, Stress). Ziel ist hier nicht primär eine Verbesserung der Krankheitsbewältigung, sondern der Arbeitsbewältigung durch den Erwerb oder die Erweiterung von Ressourcen. Sofern diese Angebote stark individualisiert und breit gefächert in den Methoden angelegt sind, kommen sie dem (Life-)Coaching Ansatz sehr nahe (Ammentorp et al., 2013). Oftmals handelt es sich aber im Kern eher um scherenschnittartige Trainingsmaßnahmen auf Gruppenebene (z.B. Achtsamkeitstraining), die in dieser Form ebenfalls dem edukativen Segment zuzuordnen sind. In gewisser Weise spiegelt die Vielfalt der heutigen Angebotspalette den gesamten Veränderungsprozess des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes hin zur ganzheitlichen Prävention physischer und psychischer Fehlbeanspruchungen wider.

Von den „klassischen“ Gesundheitscoaching-Interventionen unterscheidet sich das betriebsärztliche Gesundheitscoaching durch seine fachspezifische (arbeitsmedizinisch-/psychologische) und ganzheitliche Ausrichtung sowie die deutlich geringere direktive sowie edukative Prägung mit der Selbstbestimmung der Klient:innen als eines der obersten Gebote. Von Coaching- und Coaching-ähnlichen Interventionen im Bereich psychischer Belastungen grenzt es sich in erster Linie durch die breite fachärztliche Expertise ab.

Ein betriebliches Angebot, das fachlich und inhaltlich explizit auf die Betreuung von Beschäftigten mit psychomentalen Fehlbeanspruchungen ausgerichtet ist, ist die psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. Diese Sprechstunde wurde vereinzelt in Unternehmen als Unterstützungsangebot für Beschäftigte mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden eingeführt, um niederschwellig und auf kurzem Weg einen Erstkontakt mit Psychotherapeut:innen, Fachärzt:innen für Psychiatrie und Psychotherapie oder Fachärzt:innen für

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu ermöglichen, was ansonsten häufig mit langen Wartezeiten verbunden ist. Ziel ist es zum einen, Krisen abzuwenden bzw. in Krisen zu unterstützen, zum anderen, die Indikation für eine stationäre oder ambulante Therapie zu prüfen. Zum Teil schließt das Angebot auch die Möglichkeit einer Kurzzeitpsychotherapie ein. Überwiegend werden dafür externe Expert:innen eingebunden (Balint et al., 2021). Wesentliche Unterschiede zum betriebsärztlichen Coaching sind der stärker psychiatrisch/psychotherapeutische ausgerichtete Schwerpunkt und die (bei externen Dienstleistern) geringere Nähe zur Arbeitsrealität der Beschäftigten. Größter Vorteil ist der unbürokratische und unmittelbare Zugang zur psychiatrisch/psychosomatischen Fachexpertise. Insgesamt kann die psychosomatische Sprechstunde als eine zeitlich zum betriebsärztlichen Gesundheitscoaching nachgeordnete Intervention betrachtet werden, die auch für Betriebsärzt:innen im Falle einer Zuweisung bei entsprechender Indikation eine schnelle Zugriffsmöglichkeit bietet.

Menschen mit manifesten psychischen Erkrankungen bzw. dem dringenden Verdacht auf eine psychische Erkrankung, ohne Anbindung an eine psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung, profitieren von einem solchen Angebot in besonderem Maß, wobei Coaching ist in diesen Fällen primär kontraindiziert ist. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind vor allem während einer akuten Krankheitsphase, z.T. aber auch dauerhaft, nicht in der Lage, sich selbst und ihren Alltag in erforderlichem Umfang zu steuern, ihre Handlungsfähigkeit ist oftmals deutlich eingeschränkt. Coaching setzt jedoch gerade die Fähigkeit zur Selbststeuerung und Selbstwahrnehmung voraus, und ist zudem darauf ausgerichtet, dass die Klient:innen aktiv Veränderungsziele umsetzen. (Rauen, 2021; Greif et al., 2018; Wegener et al., 2018). Bezogen auf Beratungsanlässe und alltags- bzw. berufsbezogene Probleme betroffener Beschäftigter kann es allerdings Überschneidungen geben. Eine Differenzierung ist dann eventuell erst im Verlauf möglich. In kritischen Fällen kann das betriebsärztliche Coaching bzw. die betriebsärztliche Betreuung jedoch eine stabilisierende Maßnahme zur Überbrückung der Wartezeit bis zur fachärztlichen Betreuung sein.

Tipps und Hinweise

Spezifische Beratungsangebote für Beschäftigte mit psychomentalen Fehlbeanspruchungen finden sich in erster Linie in großen Unternehmen, meist angesiedelt im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements oder der betrieblichen Gesundheitsförderung. Inzwischen haben aber auch externe Dienstleister, deren Angebote auch kleinere Unternehmen nutzen können, diesen Markt für sich entdeckt. Auch viele überbetriebliche Dienste bieten solche Leistung mittlerweile an. Coaching ist dabei oft und in unterschiedlichen Formen Teil der Angebotspalette.

Möglichkeiten und Grenzen des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Möglichkeiten und Grenzen des betriebsärztlichen Coachings spannen sich formal wie inhaltlich zwischen den beiden (namensgebenden) Rollen auf, der Rolle des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin und des Coachs bzw. der Coach.

Inhaltlich liegt die Begrenzung auf der einen Seite nahe bei der klassischen betriebsärztlichen Expertenberatung, auf der anderen Seite in der Nähe des weiten Felds eines Life-Coachings, ohne ausschließlichen Gesundheitsbezug. Darüber hinaus beeinflussen arbeitsorganisatorische Aspekte wie z.B. die diagnostischen Möglichkeiten (medizinisch/psychologisch) vor Ort sowie das für den Coaching-Prozess zur Verfügung stehende Spektrum an Kompetenzen und Methoden den Rahmen.

Die formalen Grenzen müssen mit dem Unternehmen explizit verhandelt werden, da es die DGUV Vorschrift 2 primär keine Rechtsgrundlage für eine solche Erweiterung der betriebsärztlichen Rolle beinhaltet. Je nach Unternehmensgröße und Betreuungsform könnte das betriebsärztliche Gesundheitscoaching aber im Rahmen der betriebsspezifischen Betreuung vereinbart und verankert werden.

Eine eher informelle, aber grundlegende Voraussetzung für den Erfolg eines solchen Angebots ist, dass ein ausreichend tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen Belegschaft und Betriebsärzt:innen besteht. Gelegentlich zweifeln Beschäftigte aufgrund der vertraglichen Bindung an der Unabhängigkeit/Unparteilichkeit der Betriebsärzt:innen und haben Sorge, dass diese zu sehr die Interessen der Unternehmensleitung vertreten bzw. die Vertraulichkeit nicht gewahrt sein könnte.

Innerhalb des vorgegebenen Rahmens ist prinzipiell offen, in welchem Umfang der und die Einzelne die Rolle der Expertin bzw. des Experten oder der Coach bzw. des Coachs einnimmt. Dabei sind weitere Faktoren relevant:

- Das eigene Selbstverständnis – die Form der Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung bei einem Coaching entspricht nicht in jedem Fall der Vorstellung von der eigenen Rolle als Arzt und Ärztin.
- Das eigene Interesse an der Arbeit als Coach.
- Die Aktualität und Relevanz des Themas „Fehlbelastungen und Fehlbeanspruchungen durch digital vernetzte Arbeit“ im Unternehmen – je spürbarer beides im Unternehmen ist, desto offener sind alle Beteiligten in der Regel, neue Wege zu erproben.

Damit Beschäftigte von einem Coaching profitieren, sollten folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- Sie sollten psychisch gesund und emotional weitgehend stabil sein.
- Sie sollten über grundlegende Fähigkeiten zur Selbstreflexion und zur Selbststeuerung verfügen.
- Sie sollten grundsätzlich bereit sein, sich auf einen solchen Prozess einzulassen, und den Betriebsarzt oder die Betriebsärztin als Coach akzeptieren.

Darüber hinaus ist eine gemeinsame Sprache zwischen Coach und Klient:in notwendig, die es möglich macht, auch über abstrakte Inhalte wie Gefühle, Bedürfnisse, Vorstellungen, Ideen etc. zu sprechen.

Praktische Durchführung eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Die nachfolgende Beschreibung des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings ist ein Ergebnis des Forschungsprojekts **LedivA**. Im Rahmen dieses Projekts wurde das betriebsärztliche Gesundheitscoaching als eine Intervention zur Reduzierung von Belastungen und Beanspruchungen bei Beschäftigten mit dVA entwickelt und evaluiert. Die Empfehlungen entsprechen dem LedivA-Konzept mit Anpassungen auf Grundlage der Evaluationsergebnisse.

Rahmenbedingungen des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Erstgespräch und Ausgangsuntersuchung

Für das Erstgespräch sowie die ggf. notwendigen ergänzenden medizinischen und psychologischen Tests (s. auch „Betriebsärztlicher Instrumentenkoffer“) ist ein normales Sprechzimmer adäquat. Auch ein ruhiger, abgeschiedener Raum im Unternehmen ist denkbar, sofern alle notwendigen Materialien und Instrumente dort verfügbar sind/verfügbar gemacht werden können.

Reine Coaching-Termine

Das eigentliche Coaching sollte jedoch in einem etwas angenehmeren, weniger sterilen Rahmen stattfinden, der zur Entspannung einlädt. Wichtig ist, dass es sich um einen ruhigen Raum handelt, der sich nach Möglichkeit etwas abseits des regulären betrieblichen Alltagsgeschehens befindet und wenig einsehbar ist. Die Beschäftigten sollten das Gefühl haben, dass sie sich für den Zeitraum des Coachings aus ihrem Arbeitsalltag „ausklinken“ und so ganz bei sich sein können.

Online-/Video-Coaching

Die Durchführung von Distanz-Terminen mit Hilfe entsprechender Online-Anwendungen ist prinzipiell möglich, sofern die gewählte Technologie den aktuellen Datenschutzvorschriften genügt. Der Kontakt zwischen Coaches und Klient:innen als ein zentrales Element im Coaching-Prozess ist allerdings in diesem Setting erschwert und in hohem Maße störanfällig. Sensorische Eindrücke können über digitale Tools nur schwer und stark reduziert wahrgenommen werden (Mimik, Gestik, Körperhaltung, Blicke, Geräusche) und die erzwungene Form des Kontakthaltens (Fokussieren der Kamera, akustische Störungen bei Unterbrechungen) verhindert zum Teil eine entspannte Atmosphäre. Darüber hinaus stehen nur eingeschränkt adäquate Materialien für unterstützende Methoden zur Verfügung. Bislang versuchen digitale Tools, analoge Materialien 1:1 zu ersetzen, was nur unzureichend gelingt. Gleichzeitig ist es aber einfacher, Dateien gemeinsam zu betrachten. Online-Anwendungen bieten sich insbesondere für Coaching-Termine an, die als kurzes Update in einer Überbrückungsphase gedacht sind, oder bei unvermeidbaren Distanz-Terminen. In

jedem Fall erfordern Online-Termine eine spezielle Vorbereitung und inhaltliche Konzeption, die auf die digitalen Möglichkeiten adaptiert sind.

Tipps und Hinweise

Die oben genannten Empfehlungen zur Nutzung von Online-Formaten sind aus der Empirie der LedivA-Studie abgeleitet und nicht validiert.

Es ist aber davon auszugehen, dass es aufgrund der enormen Zunahme von Video-Formaten in der Kommunikation in Folge der Corona-Pandemie in absehbarer Zeit eine breite Datenbasis zu Wirkung und Wirkfaktoren von Online-Trainings und auch -Coachings geben wird. Infolge wird die Durchführung von Reviews und Meta-Analysen möglich sein, die wiederum valide Aussagen bringen werden.

Materialien

Die Auswahl der Materialien hängt vom Setting (Präsenz- vs. Online-Coaching) ab, aber auch von der Methodenauswahl und -kompetenz des Betriebsarztes bzw. der Betriebsärztin. In jedem Fall sollte eine Grundausstattung an Moderationsmaterial vorhanden sein, die eine Visualisierung und Fokussierung ermöglicht. Dazu gehören Flipchart oder Whiteboard und verschiedenfarbige Moderationskarten, eine Moderationswand und geeignete Stifte, auch elektronische Lösungen sind denkbar.

Störungen verhindern

Während der einzelnen Termine sollten Störungen unbedingt vermieden werden, d.h. Festnetz- und Mobiltelefone sollten ausgeschaltet oder umgeleitet sein (auch das der/-s Beschäftigten!). Der Raum selbst sollte mit einem „Bitte nicht stören-Schild“ gekennzeichnet sein.

Struktur und Prozess des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings

Der Coaching-Prozess folgt, unabhängig vom Thema der Klient:innen, stets denselben Schritten (Abbildung 8). Er beginnt mit einem eher sachorientierten Informations-/Erstgespräch, dem folgt die inhaltliche Arbeit am Thema in mehreren Terminen. Am vorletzten Termin wird die inhaltliche Arbeit mit einer gemeinsamen Bewertung des erreichten Ergebnisses und Überlegungen zur Bedeutung für die Zukunft abgeschlossen. Das gesamte Coaching wird mit einem separaten Termin abgeschlossen, bei dem die Beziehungsebene im Fokus steht und die „Trennung“ vollzogen wird. Hier spielt das wertschätzende Feedback eine wichtige Rolle, damit die Klient:innen abschließen und sich lösen kann. Das Feedback erfolgt wechselseitig zu Beziehung wie auch Prozess und beinhaltet ein gemeinsames Gesamtresümee. Die Beurteilung des Coaching-Ergebnisses von der Würdigung des Gesamtprozesses, inkl. der (Arbeits-)Beziehung, zu trennen ist für das Lernergebnis wichtig.



Abbildung 8: Struktur eines betriebsärztlichen Gesundheitscoachings mit sechs Einzelterminen.

* Sofern keine oder keine ausreichenden Daten aus einer betriebsärztlichen Untersuchung vorliegen, geht dem ersten Termin eine orientierende ärztliche Untersuchung voraus.

Die Anzahl der Termine eines Coaching-Prozesses ist nicht festgelegt. Sie hängt zum einen ganz wesentlich mit dem Thema, das die Klient:innen wählen, zusammen, zum anderen aber auch von der Vereinbarung mit dem Arbeitgeber.

Tipps und Hinweise

Es ist Aufgabe des Coachs, darauf zu achten, dass Thema und Zeit-Kontingent eines Coachings „verträglich“ sind. Sofern abzusehen ist, dass ein Thema nicht im zur Verfügung stehenden Zeitrahmen bearbeitet werden kann, muss dafür eine Lösung gefunden werden. Entweder wird versucht, eine Ausweitung des Zeitbudgets zu erreichen. Alternativ kann auf die Möglichkeit einer externen Beratung verwiesen werden, die die Klient:innen selbst finanzieren. In einzelnen Fällen kann es auch möglich sein, mit Klient:innen ein anderes – mit dem Thema verbundenes aber leichter zu erreichendes – Ziel zu wählen.

Erstgespräch und Vorinformation

Das Erstgespräch findet im Rahmen einer betriebsärztlichen Sprechstunde statt. Grundlage des Gesprächs sind die medizinischen/psychologischen Befunde der/-s Beschäftigten, die im Rahmen einer ausführlichen Anamnese sowie einer medizinischen/psychologischen Untersuchung erhoben wurden (s. auch „Betriebsärztlicher Instrumentenkoffer“). Ziel ist es, am Ende zu einer gemeinsamen Entscheidung zu gelangen, ob ein Coaching sinnvoll ist und durchgeführt werden soll oder nicht. Dazu muss in der Regel noch einmal zusammenfassend die aktuelle Arbeits-, Lebens- und Gesundheitssituation betrachtet und abgewogen werden (Abbildung 9). Zumeist ist es in dieser Phase bereits möglich, den Bereich einzugrenzen, in dem aktuell die größten Fehlbelastungen verortet sind.

Darüber hinaus benötigt der/die Beschäftigte für die Entscheidung weitere Sachinformationen zum Coaching. Dazu gehören ...

- ... das Risikoprofil digital vernetzter Arbeit und die Verknüpfung mit dem Coaching-Ansatz
- ... Zielsetzung und Ablauf des betriebsärztlichen Coachings, inklusive einer Abgrenzung von medizinischer Therapie, Psychotherapie und Coaching
- ... das mögliche inhaltliche Spektrum des Coachings
- ... die Rolle und Aufgaben des ärztlichen Coachs
- ... die Freiwilligkeit und Vertraulichkeit des Coachings
- ... die Erwartungen an ihn in diesem Prozess und darüber, was er einbringen muss – mit der Bedeutung seiner Selbstbestimmung und Motivation
- ... die relevanten Eckdaten der Rahmenvereinbarung zwischen Betriebsärzt:innen und Unternehmensleitung bezüglich Kosten, Volumen und Berichterstattung
- ... die nächsten Schritte, falls der/die Beschäftigte sich für ein Coaching entscheidet.

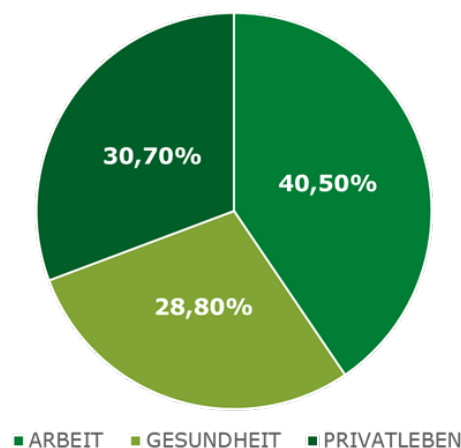


Abbildung 9 : Prozentuale Verteilung der im LedivA-Coaching gewählten Themen in den Feldern Arbeit, Gesundheit und Privatleben

Tipps und Hinweise

Es ist sehr wichtig, den Beschäftigten in diesem ersten Gespräch sorgfältig darüber aufzuklären, wie die Vereinbarung mit dem Unternehmen aussieht. Auch wenn Betriebsärzte dem Auftraggeber gegenüber nicht weisungsgebunden sind, sorgt diese vertragliche Verknüpfung bei Beschäftigten oftmals für Misstrauen. Besonders wichtig ist es daher, transparent zu machen, welche Informationen der Arbeitgeber erhält (z.B. Anzahl und Datum der Termine) sowie zu betonen, dass über den Inhalt der Gespräche jederzeit Stillschweigen gewahrt wird.

Festlegung des Coaching-Themas

Zu Beginn des ersten inhaltlichen Coaching-Termins geht es darum, das Thema des Klienten bzw. der Klientin (weiter) einzugrenzen und das eigentliche Anliegen zu konkretisieren. Handelt es sich um eine (Selbst-)Klärung, um eine Entscheidungsfindung oder um einen Veränderungswunsch? Gemeinsam bringen Coach und Klient:in dieses Anliegen auf den Punkt und formulieren ein Coaching-Ziel, das schriftlich festgehalten wird. Dabei unterstützt der/die Coach den/die Klient:in mit Gesprächsmethoden dabei, den Kern des Anliegens herauszuschälen und klärt gleichzeitig die Erwartungen an das Coaching.

Er/sie gibt dem/die Klient:in ausreichend Raum, die eigene Situation sowie eigene Überlegungen und Fragen darzustellen. Dabei achtet er/sie neben inhaltlichen Details auch auf spontane Reaktionen im Gespräch und die nonverbale Kommunikation. Der/die Coach versucht für den/die Klient:in scheinbar bedeutungsvolle Begriffe aufzugreifen und auch seine Emotionen zu erfassen. Was ihm/ihr wichtig und hilfreich erscheint, greift er/sie heraus und spiegelt die Eindrücke dem/die Klient:in. Auf diese Weise kann der/die Klient:in mit einem Blick von außen den eigenen Spuren folgen und dabei eventuell neue Eindrücke sammeln. In diesem Prozess wird das Thema bzw. das Ziel zum Teil mehrfach angepasst und umformuliert. Ist der/die Klient:in zufrieden mit der Formulierung, kann mit der eigentlichen Arbeit am Thema begonnen werden.

Struktur der themenbezogenen Coaching-Termine

Ein zentrales Merkmal von Coaching ist, dass jeder Coaching-Termin im Prinzip ein in sich geschlossener Prozess ist. Bei jedem Einzel-Termin wird ein „Unter-Thema“ festgelegt, das in dieser spezifischen Einheit bearbeitet/betrachtet werden soll. Am Ende des Termins steht ein konkretes Ergebnis für das Teil-Ziel. Dieses Vorgehen unterstützt die Praxisnähe und das „Lernen-am-Objekt“. Neue Sichtweisen und Erfahrungen (positive wie negative) werden forciert und können im nächsten Schritt eingezogen und realitätsnah bearbeitet werden.

Der Ablauf der einzelnen Coaching-Termine folgt immer demselben Muster (Abbildung 10). Jeder Termin beginnt mit einem Rückblick auf die Zeit seit dem letzten Treffen und einer kurzen „Statusabfrage“ zum aktuellen Befinden. Der/die Klient:in berichtet seine/ihre Erfahrungen und sein/ihr Erleben im Umsetzungszeitraum. Die Entwicklungen werden gemeinsam, bezogen auf das Ergebnis des vorangegangenen Coaching-Termins, reflektiert. Das beinhaltet eine vertiefende Analyse, die seitens des/der Coach methodisch unterstützt wird. Es geht u.a. darum, Unbewusstes an die Oberfläche zu bringen, abweichenden Sichtweisen Raum zu geben, Zusammenhänge und Hintergründe zu erkennen, oder auch Unangenehmes in geschütztem Rahmen in den Blick zu nehmen. In dieser Phase spielen Emotionen und Bedürfnisse eine wichtige Rolle. Ziel ist es, den/die Klient:in dabei zu unterstützen, Wahrnehmung und Denken zu erweitern, und auf diesem Weg zu neuen Erkenntnissen zu gelangen. Diese Erkenntnisse werden aggregiert und mit Blick auf ihre Bedeutung für das übergeordnete Coaching-Thema gemeinsam interpretiert. Im Ergebnis wird ein Teil-Ziel definiert, das in Zusammenhang mit dem Haupt-Anliegen steht. Für dieses Teil-Ziel werden Herangehensweisen und Veränderungsansätze gesammelt und abgewogen. Oftmals lassen sich diese unmittelbar aus der vorangegangenen Analyse-Phase ableiten und sind schlüssige Folge der dabei gewonnenen Erkenntnisse. Der/die Coach begleitet diese Phase mit Anregungen für die jeweilige Umsetzung und achtet auf einen ausreichenden „Realitäts-Check“: Von den entwickelten Ideen werden diejenigen ausgesucht, die zum einen mit Blick auf das Ziel am erfolversprechendsten und zum anderen mit Blick auf die Situation des Beschäftigten auch realistisch und erfolgreich umsetzbar sind. Dabei können die SMART-Kriterien aus dem Projektmanagement hilfreich sein. Ein Ziel soll spezifisch, messbar, angemessen, relevant und zeitlich terminiert sein.

Tipps und Hinweise

Der/die Coach achtet darauf, dass über alle Termine hinweg, die Anknüpfung an das Haupt-Anliegen bestehen bleibt und der/die Klient:in das eigentliche Ziel nicht aus den Augen verliert. Es ist seine/ihre Aufgabe, für Orientierung zu sorgen, die einzelnen Stränge zu bündeln und zusammenzuhalten und mit dem/der Klient:in regelmäßig eine Standortbestimmung vorzunehmen. Die abschließende Entscheidung, worüber an einem einzelnen Termin gesprochen und was bearbeitet wird, liegt jedoch immer bei dem/der Klient:in. Es kommt immer wieder vor, dass Klient:innen zum Termin ein aktuelles Thema mitbringen, das sie stark beschäftigt/belastet und eine Weiterarbeit am eigentlichen Thema unmöglich macht. In einem solchen Fall muss das akute Problem prioritär aufgegriffen werden.

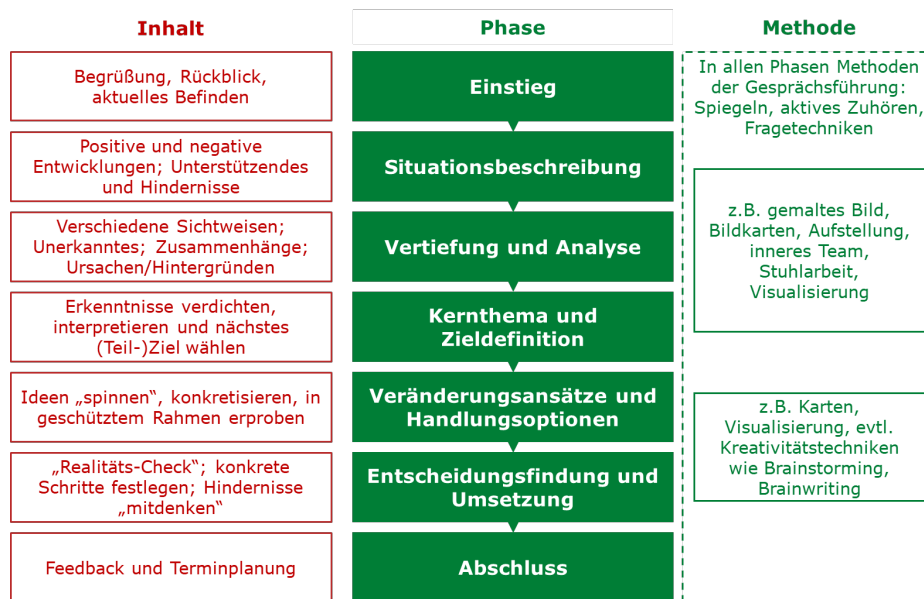


Abbildung 10. Struktur eines einzelnen Coaching-Termins

Themenspektrum

Das Spektrum an Themen aus dem Arbeitskontext, die Gegenstand eines betriebsärztlichen Coachings sein können, weil sie Beschäftigte stark belasten, ist breit. In Abbildung 11 sind Beispiele aus dem LediVA-Coaching dargestellt.

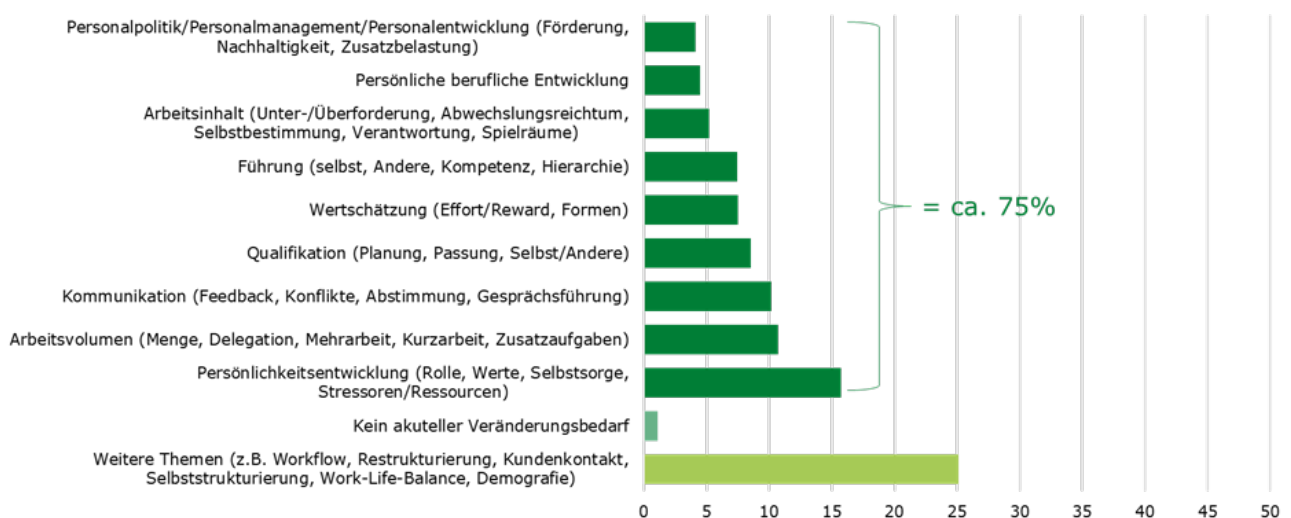


Abbildung 11. Aufschlüsselung arbeitsbezogener Themen über alle LediVA-Coaching-Termine hinweg

Abschluss und Evaluation

Das Coaching-Ende erstreckt sich über zwei Termine. Im ersten Schritt wird die inhaltliche Arbeit beendet. Dabei wird vorrangig gemeinsam geprüft, ob das ursprüngliche Coaching-Ziel erreicht wurde und das Ergebnis den Erwartungen des/der Klient:in entspricht (Abbildung 12). Sofern es Abweichungen gibt, geht man noch einmal den Gründen dafür nach. Es ist nicht ungewöhnlich, dass sich das Ziel mit zunehmender inhaltlicher Tiefe der Arbeit verändert. Diese Veränderungen vollziehen sich jedoch nicht unbesprochen, sondern werden in der Regel bereits im Prozess reflektiert. Insofern geht es zum Abschluss vor allem darum, den gesamten Entwicklungsbogen noch einmal zu überblicken und ein Gefühl der Kohärenz herzustellen. Auch die Frage, ob „noch etwas offen ist“, gehört dazu. Immer wieder tritt im Rahmen eines solchen Rückblicks noch einmal etwas Wichtiges an die Oberfläche. Meist sind Klient:innen und Coaches zu dem Zeitpunkt in ihrer gemeinsamen Arbeit aber bereits so geübt, dass sich gut und schnell klären lässt, wie die Klient:innen damit umgehen können (erste grobe Ansätze; selbständiges Lösen; weiterführende Beratungs-/Therapieformate).

Der zweite Termin dient dazu, die Beziehung zu beenden und diesen Abschied aktiv zu gestalten. Dazu gehört ebenfalls ein Rückblick, in diesem Fall auf die Beziehung, mit einer (beidseitigen) Würdigung des Gegenübers und des Prozesses. Der/die Coach spiegelt wertschätzend die eigene Wahrnehmung des/der Klient:in und der Veränderungen im Coaching-Verlauf. Das Feedback soll authentisch sein und darf auch eigene Emotionen sichtbar werden lassen („nach dieser intensiven Zeit, fällt auch mir der Abschied erst einmal schwer ...“), soweit es für die „Trennung“ dienlich ist und den/die Klient:in nicht innerlich bindet. Positives kann noch einmal verstärkt und Negatives behutsam eingebettet werden. Dabei ist es oft hilfreich, verschiedene (Entwicklungs-)Phasen noch einmal herauszugreifen. Abhängig von Thema und Ergebnis findet sich dann ein „schlüssiges Ende“ oder aber ein „Ausblick auf weitere Perspektiven/Entwicklungsansätze“.

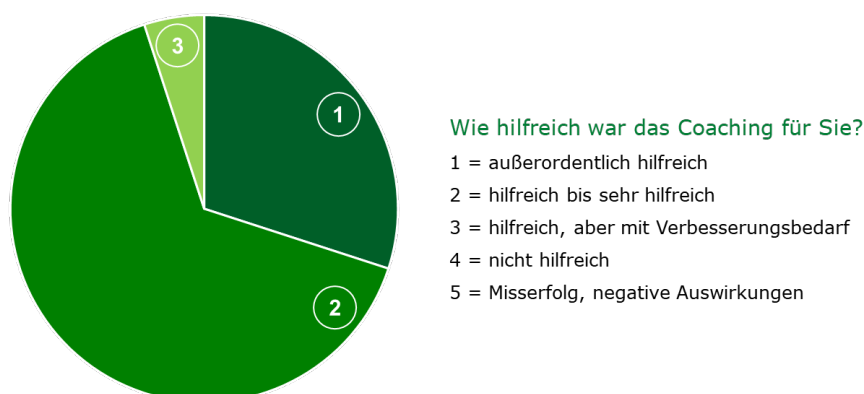


Abbildung 12: Ein Element des Abschluss-/Evaluationsgesprächs im LediVA-Coaching war eine globale Gesamtbeurteilung anhand einer "Note", wie hilfreich das Coaching erlebt wurde.

Das Feedback auf der Beziehungsebene ist einerseits elementarer Bestandteil des Coachings, weil es Erlerntes/ Erfahrenes noch einmal verfestigt, gleichzeitig aber auch ein Element der Evaluation. In die Evaluation sollten aber zudem auch noch Prozess, Methoden und Rahmenbedingungen eingebunden werden. Das kann ebenfalls im Gespräch erfolgen. Eine andere Möglichkeit kann ein Fragebogen sein, den Klient:innen nach Abschluss des Coachings ausfüllen.

Tipps und Hinweise

Im Rahmen des LediVA-Projekts endete das betriebsärztliche Coaching nach den Gesprächsterminen mit einer Abschlussuntersuchung zur Evaluation. Inwiefern eine solche Untersuchung durchgeführt werden muss, ist abhängig von den betrieblichen Rahmenbedingungen. Sinnvoller als eine unmittelbar im Anschluss an ein Coaching durchgeführte Untersuchung sind regelmäßige Verlaufsuntersuchungen in bestimmten Zeitabständen, um Veränderungen physiologischer und psychologischer Parameter in Zusammenschau mit dem Coaching interpretieren und Verbesserungen auf ihre Nachhaltigkeit prüfen zu können.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist auch im Coaching unerlässlich. Im Zuge der Professionalisierungsbestrebungen wird die Bedeutung einer kritischen Beurteilung des eigenen Handelns von Coaches im Sinne einer sorgfältigen Prozess- und Ergebnis-Evaluation des Coachings (Gespräch, Fragebogen etc.) betont (Greif, 2017). Vergleichbar anderen therapeutischen Berufsgruppen, sind eine regelmäßige Supervision (Bachkirova et al., 2020) und die Teilnahme an Balint-Gruppen zu empfehlen. Auch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollten kontinuierlich wahrgenommen werden. Diese Aspekte betreffen in erster Linie den Coaching-Aspekt des „Betriebsärztlichen Coachings“. Die Sicherung der Qualität der betriebsärztlichen Arbeit unterscheidet sich im Prinzip nicht von den üblichen Maßnahmen im betriebsärztlichen Tätigkeitsfeld, wobei die psychosoziale Komponente ein besonderes Gewicht haben sollte.

Voraussetzungen und Qualifikation

Neben dem Interesse und der Freude an einem solch intensiven Beratungsformat, sollte jemand, der sich als Coach in diesen Prozess begibt, in einigen Bereichen mehr als Basiskompetenzen mitbringen bzw. sich aneignen. Sofern Betriebsärzt:innen in den verschiedenen Kompetenzfeldern bereits eine fundierte Qualifikation aufweisen, ist eine spezifische Coaching-Qualifikation zwar nicht zwingend notwendig, aber dennoch sehr zu empfehlen, weil qualifizierte Angebote gebündelt alle wichtigen Grundlagen beinhalten und in den richtigen Kontext stellen. Besonders wichtig sind vertiefte Kenntnisse (inklusive Praxis) im Bereich Kommunikation, Gesprächsführung und Konfliktverhalten/-bewältigung sowie eine ausreichende Methodenkompetenz. Über die Unterschiede verschiedener Coachingformen informiert zu sein, ist ebenfalls hilfreich, weil darin Varianten von Herangehensweisen und Zielsetzungen erkennbar werden, z.B. Zielerreichungs-/Performance-Coaching vs. (Selbst-)Klärungscoaching. Eine Coaching-Ausbildung ist zwar hilfreich aber nicht zwingend notwendig. Kenntnisse der Prozessgestaltung und -steuerung sind ebenso notwendig. Eine gewisse Methodenkenntnis ist wichtig, da es im Coaching immer wieder darum geht, dem Menschen alternative Zugänge zu seinen Gedanken, Emotionen, Bedürfnissen zu ermöglichen, die über das rationale Verstehen hinausgehen. Nicht zuletzt gehören auch Methoden, das eigene Tun zu reflektieren und zu evaluieren, zum Handwerkszeug eines Coachs.

Das betriebsärztliche Gesundheitscoaching im Praxistest – Auswertung der Teilnehmenden-Rückmeldung des LedivA-Projekts

Hintergrund

Das betriebsärztliche Gesundheitscoaching im Rahmen des LedivA-Projekts wurde in einem stratifizierten, randomisierten Kontrollgruppendesign mit insgesamt 47 Beschäftigten aus kleinen und mittleren Unternehmen der Produktion und Dienstleistung durchgeführt. 22 Beschäftigte (10 Frauen und 12 Männer zwischen 19 und 63 Jahren, Durchschnittsalter 43,2 Jahre) wurden in die Interventionsgruppe aufgenommen, 25 in die Kontrollgruppe (12 Frauen und 13 Männer zwischen 26 und 60 Jahren, Durchschnittsalter 40,1 Jahre). Überwiegend haben Beschäftigte mit qualifizierter Tätigkeit (68,2%) teilgenommen, gefolgt von Beschäftigten mit eigenständiger Tätigkeit mit Fachverantwortung für Personal (27,3%). Rein ausführende Tätigkeiten sowie umfassende Führungsaufgaben hat jeweils eine Person angegeben (2,3%). Das Coaching wurde von einer Studienärztin mit Coaching-Ausbildung durchgeführt.

Mit jedem Teilnehmenden wurden insgesamt sechs Coaching-Gespräche geführt, die je eine Stunde dauerten. Fünf dieser Gespräche waren vor Ort in dem jeweiligen Unternehmen geplant, eines als Telefon-Update zwischendurch. Corona-bedingt musste jedoch an mehreren Terminen auf ein Video-Format ausgewichen werden (RED-Medical®). Unmittelbar vor dem ersten und nach dem letzten Coaching fand eine orientierende ärztliche Untersuchung mit einem ausführlichen Beratungsgespräch statt. Diese Untersuchungen wurden (zeitgleich) auch mit der Kontrollgruppe durchgeführt. Die geplante Zeitspanne für die Durchführung betrug 10 Monate (sechs Wochen Abstand zwischen den Terminen). Pandemie-bedingt konnten die Gespräche nicht in regelmäßigen Zeitabständen erfolgen und der gesamte Untersuchungszeitraum musste auf 13 Monate ausgeweitet werden.

Nach Abschluss des betriebsärztlichen Gesundheitscoaching-Programms haben die Teilnehmenden einen Fragebogen zur Beurteilung erhalten, der neben der Erfolgsbeurteilung auch eine Beurteilung des Prozesses sowie der Beziehungsebene beinhaltete. Die Evaluationskriterien wurde in Anlehnung an das Vier-Ebenen-Modell nach

Kirkpatrick definiert (Abbildung 13), das ursprünglich aus dem Trainingssegment stammt. Nachfolgend werden die Ergebnisse der Evaluation in einem knappen Überblick zusammengefasst. Weitere Details zu den Ergebnissen, u.a. hinsichtlich Gesundheit und Wohlbefinden, finden sich in der Projektabschlussbroschüre.

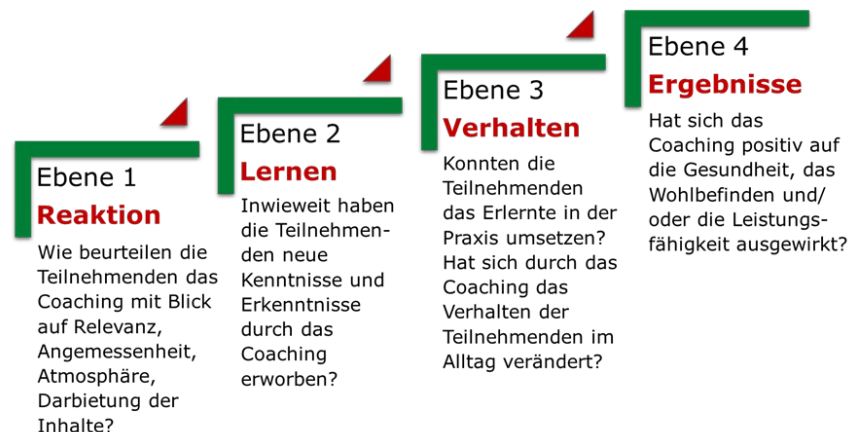


Abbildung 13: Elemente der Evaluation des betriebsärztlichen Gesundheitscoachings in Anlehnung an Kirkpatrick (1998)

Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse

Insgesamt berichten die Teilnehmenden eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Coaching (Abbildung 27). Die Werte auf Ebene der Reaktion (Abbildung 14 bis 18) sind insgesamt sehr hoch. Dazu zählen z.B. die Beurteilung der Beziehung zu der Ärztin, inklusive ihrer eingesetzten Methoden, der vermittelten Informationen und ihrer Organisation, aber auch die Beurteilung der Rahmenbedingungen, die mit dem Coaching verbunden waren, z.B. die Voruntersuchung, der Raum, in dem das Coaching stattfand, aber auch, inwiefern Unternehmen und Vorgesetzte das Coaching unterstützt haben. Auch die Bewertung bezogen auf den Lernerfolg (Abbildung 19 bis 22) ist gut. Die Teilnehmenden beurteilen die Möglichkeit, über ihre berufliche, gesundheitliche und private Situation nachdenken zu können (Selbstreflexion) sehr positiv, ebenso die Möglichkeit dabei das Bild von sich selbst, das eigene Wollen und Handeln zu überdenken (Selbstklärung). Auf der Handlungsebene hat sie das Coaching überwiegend dabei gut unterstützt, sich selbst zu strukturieren (Selbststrukturierung).

Die Beurteilung, ob das Coaching für das konkrete Handeln und die Umsetzung von Zielen eine positive Veränderung (Verhalten, Abbildung 23) gebracht hat, liegt im oberen Mittelfeld. Die Teilnehmenden geben an, dass sie die eigenen Belange etwas besser vertreten können und es ihnen etwas besser gelingt, Probleme aktiv anzugehen. Auch die Ergebnis-Ebene (Abbildung 24 bis 27), d.h. tatsächlich begonnene oder erreichte arbeits-, gesundheits- oder auf die privaten Verhältnisse bezogene Veränderungen nach Abschluss des Coachings, bewerten die Teilnehmenden im mittleren Bereich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass trotz sehr hoher Zufriedenheit und guter Lerneffekte eine tatsächliche Änderung von Verhalten oder von Arbeitsbedingungen unter den gegebenen Voraussetzungen schwierig gewesen zu sein scheint. Ähnliche Ergebnisse finden sich in der Literatur auch für andere (verhaltens-)präventive Interventionen im Arbeitskontext.

Bei der Betrachtung dieser Evaluationsergebnisse muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Motivationslage zwischen den Teilnehmenden sehr unterschiedlich war. Die studienbedingte (randomisierte) Auswahl der Teilnehmenden hatte zur Folge, dass nicht alle Teilnehmenden eine dringende Notwendigkeit für eine Veränderung mitgebracht haben. Darüber hinaus konnte das Coaching aufgrund der Corona-Pandemie nicht wie geplant umgesetzt werden. Der geringe Zeitabstand zwischen dem Interventionsende und der Bewertung der Teilnehmenden könnte außerdem dazu geführt haben, dass sich Verhaltensänderungen noch nicht abbilden, da eine nachhaltige Umsetzung in die Praxis häufig längere Zeit in Anspruch nimmt bzw. erst zeitversetzt erkennbar wird. Bei eher komplexen Themen könnte evtl. auch die Anzahl der Termine zu gering gewesen sein, um eine nachhaltige Veränderung zu erzielen.

Nachfolgend sind die Evaluationsergebnisse für alle Ebenen separat grafisch dargestellt.

Reaktionsebene

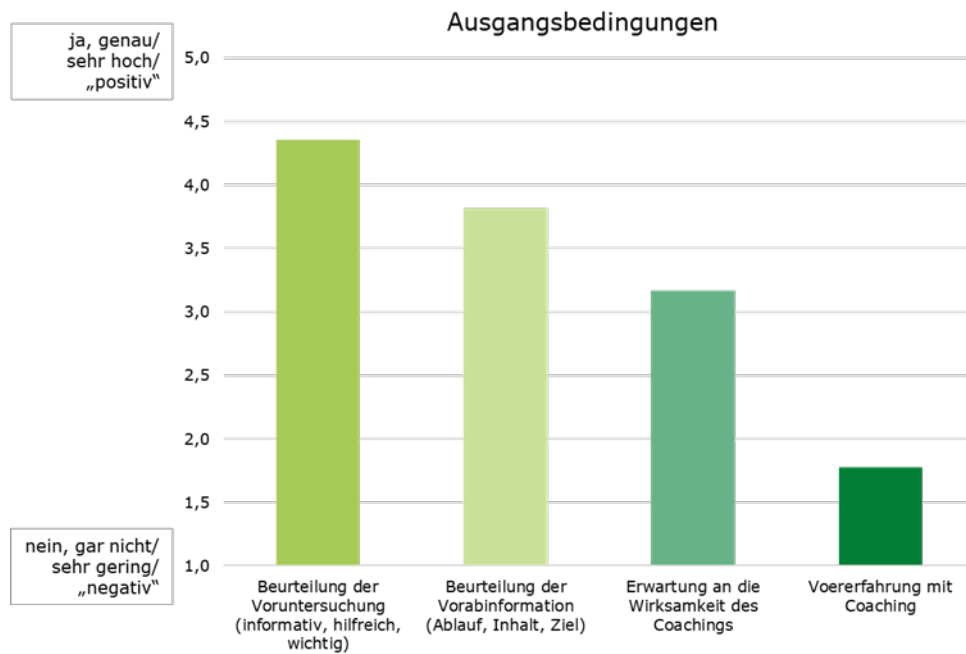


Abbildung 14

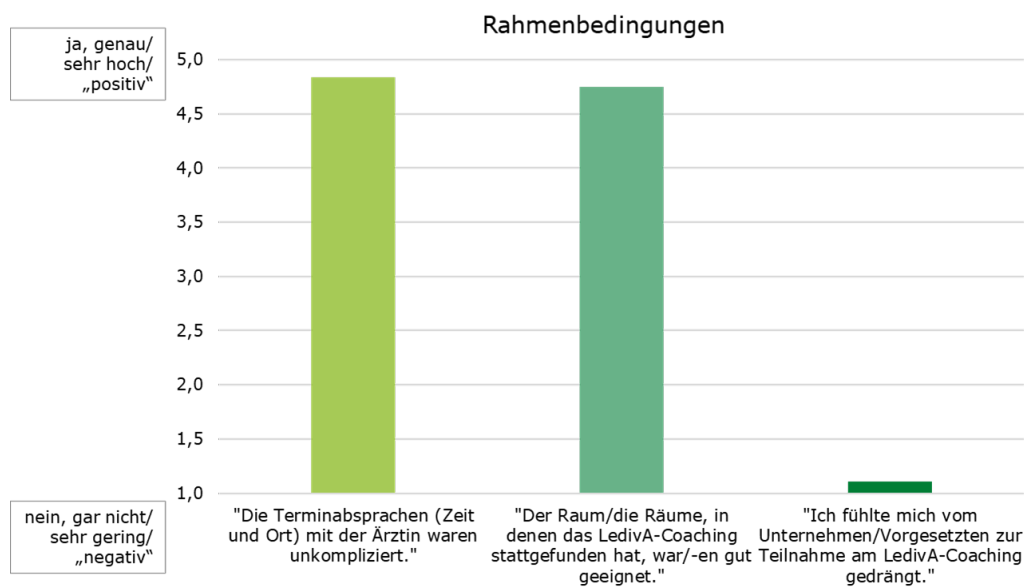


Abbildung 15

Coaching-Format	Bewertung (Schulnote)
Persönliches Gespräch vor Ort	1,11
Online-Video-Schaltung	2,39
Telefon-Gespräch	2,89

Abbildung 16

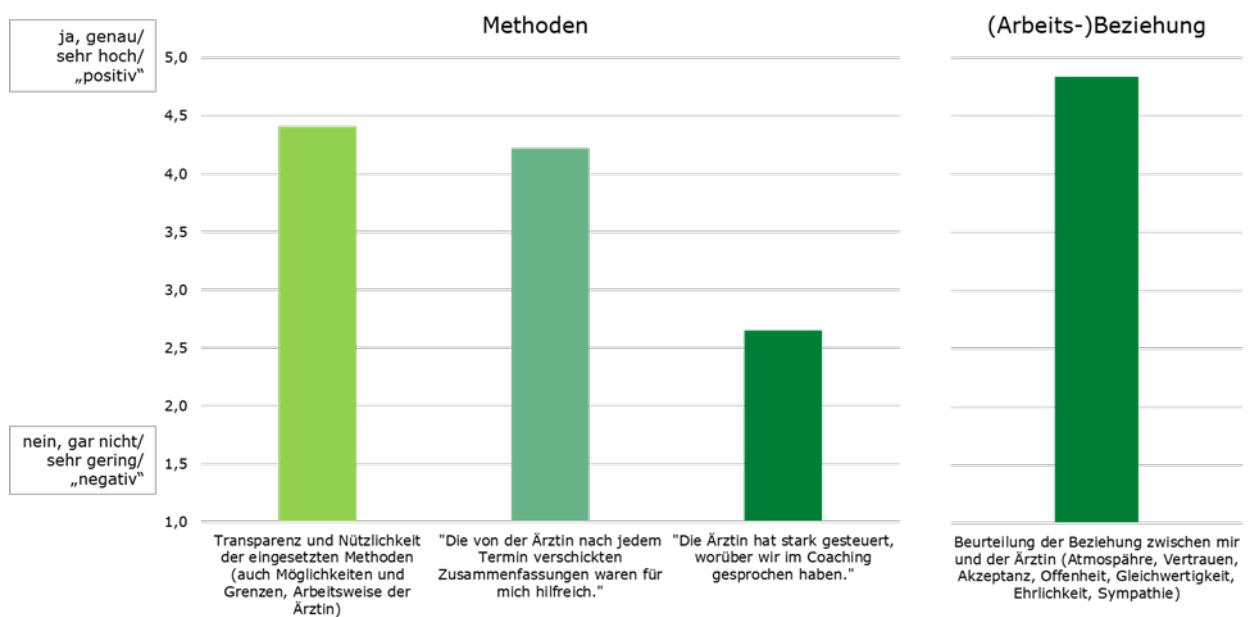


Abbildung 17

Lernebene

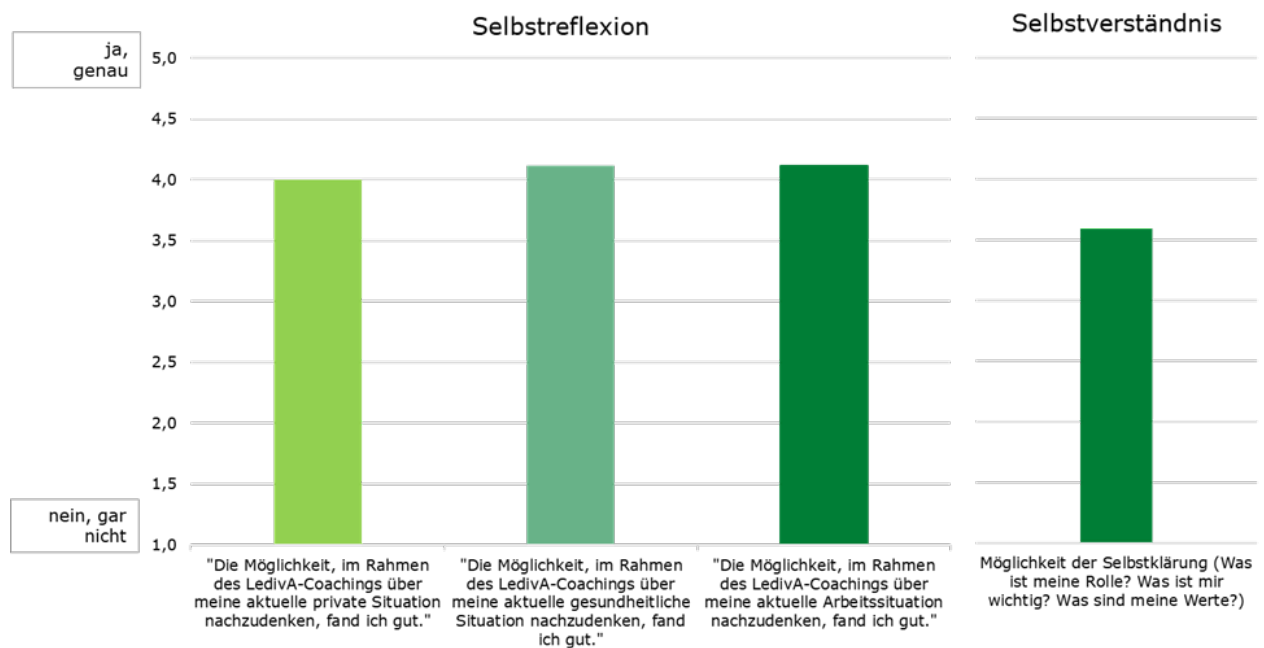


Abbildung 18

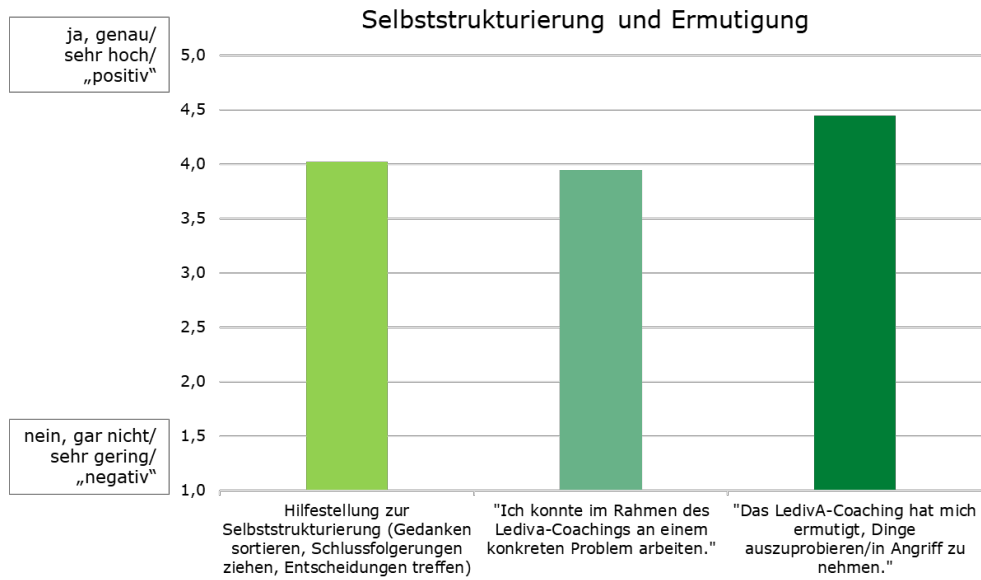


Abbildung 19

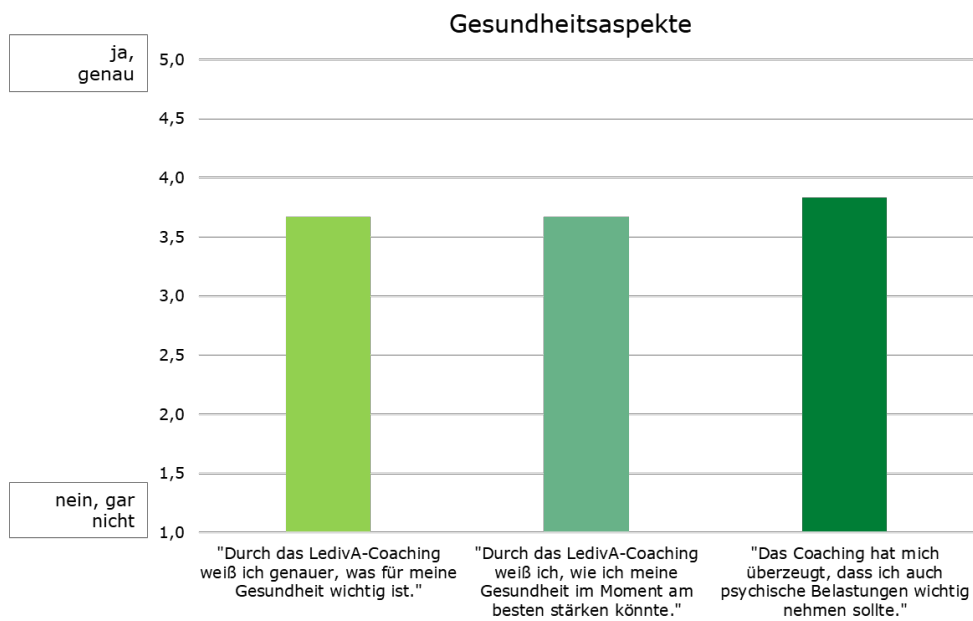


Abbildung 20

Verhaltensebene

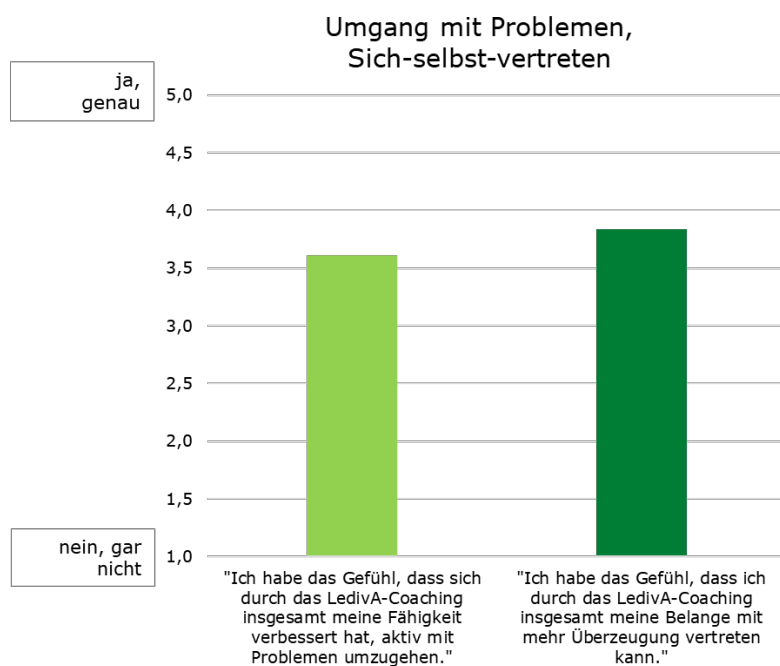


Abbildung 21

Ergebnisebene

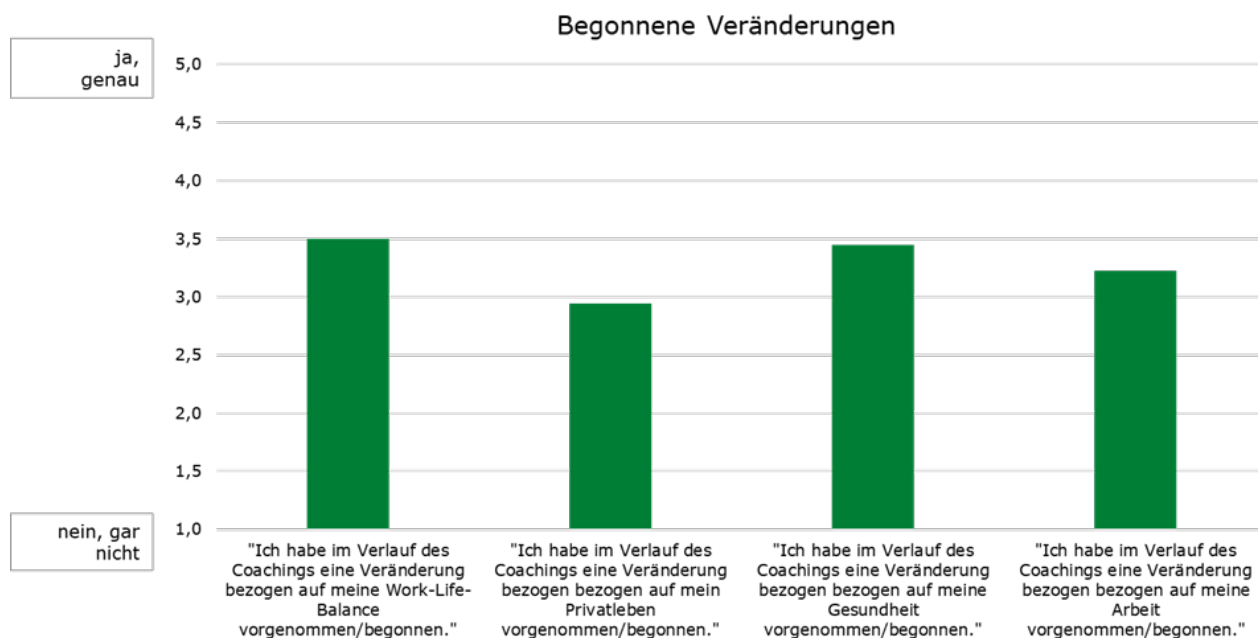


Abbildung 22

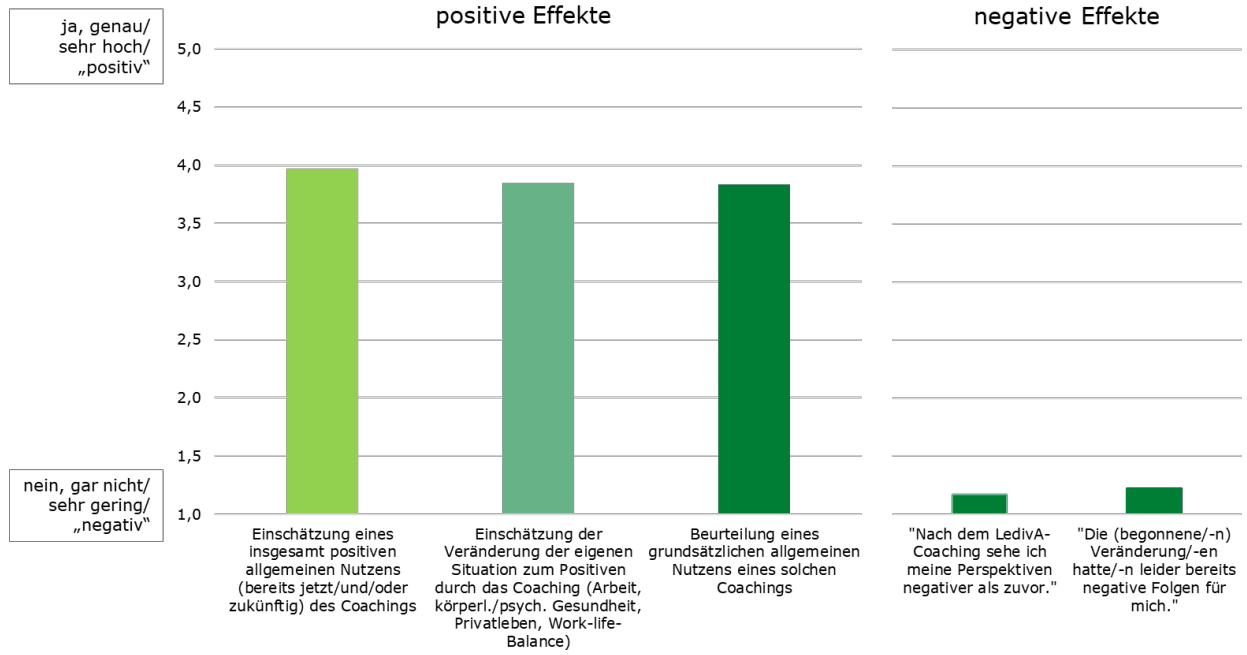


Abbildung 23

Adressen, Links, Literatur

Informationen zu Ausbildungsmöglichkeiten über Fachgesellschaften (Beispiele)

Deutscher Bundesverband Coaching e.V. (DBVC): <https://www.dbvc.de/coach-werden>

Deutscher Verband für Coaching und Training e.V. (dvct): <https://www.dvct.de/>

Deutscher Fachverband Coaching e.V. (DFC): <https://www.fachverband-coaching.de/>

Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. (DGSv): <https://www.dgsv.de/>

Deutsche Psychologen Akademie (Berufsverband der Deutschen Psychologinnen und Psychologen e.V., BDP): <https://www.psychologenakademie.de/>

Praxisliteratur

Bruno, T., & Adamczyk, G. (2019). Körpersprache (Vol. 194). Haufe-Lexware.

Fräntzel, Evelin; Johannsen, Dieter (2019). 80 Bildkarten für Coaching, Supervision, Training und Psychotherapie. Lern- und Veränderungsprozesse initiieren. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Greif, Siegfried (2008). Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion. Theorie, Forschung und Praxis des Einzel- und Gruppencoachings. Göttingen: Hogrefe.

Greimel, Arnulf (2020). Das innere Team in Coaching und Beratung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Miller, William R. (2014). Motivierende Gesprächsführung. 4. Auflage. Lambertus Verlag.

Patrzek, Andreas (2017). Systemisches Fragen. Professionelle Fragetechnik für Führungskräfte, Berater und Coaches. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.

Rauen, Christopher (Hg.) (2021). Handbuch Coaching. Hogrefe Verlag. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Rauen, Christopher (Hg.) (2020). Coaching-Tools. Erfolgreiche Coaches präsentieren 60 Interventionstechniken aus ihrer Praxis. 11., überarbeitete Auflage. Bonn: ManagerSeminare-Verl.

Rosenberg, Marshall B. (2016). Gewaltfreie Kommunikation: Eine Sprache des Lebens. 12. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag

Schreyögg, Astrid (2012). Coaching. Eine Einführung für Praxis und Ausbildung. 7. komplett überarbeitete und erweiterte Aufl. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Schulz von Thun, Friedemann (2014). Miteinander reden. Sonderausgabe, Originalausgabe. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Wissenschaftliche Literatur

Ammentorp, Jette; Uhrenfeldt, Lisbeth; Angel, Flemming; Ehrensverd, Martin; Carlsen, Ebbe B.; Kofoed, Poul-Erik (2013): Can life coaching improve health outcomes? –A systematic review of intervention studies. In: BMC health services research 13 (1), S. 428.

An, Seonuk; Song, Rhayun (2020): Effects of health coaching on behavioral modification among adults with cardiovascular risk factors: Systematic review and meta-analysis. In: Patient Education and Counseling 103 (10), S. 2029–2038.

Athanasopoulou, Andromachi; Dopson, Sue (2018): A systematic review of executive coaching outcomes: Is it the journey or the destination that matters the most? In: The Leadership Quarterly 29 (1), S. 70–88.

Bachkirova, T., Jackson, P., & Henning, C. (2020). Supervision in coaching: systematic literature review. International Coaching Psychology Review, 15(2), 31-53.

- Bakker, Arnold B.; Demerouti, Evangelia (2007): The Job Demands-Resources model: state of the art. In: Journal of Managerial Psychology 22 (3), S. 309–328.
- Bakker, Arnold B.; Demerouti, Evangelia (2007): The Job Demands-Resources model: state of the art. In: Journal of Managerial Psychology 22 (3), S. 309–328.
- Balint, Elisabeth Maria; Gantner, Melanie; Gündel, Harald; Herrmann, Kristin; Pößnecker, Tim; Rothermund, Eva; Wietersheim, Jörn von (2021): Rasche Hilfe bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz: Die Psychosomatische Sprechstunde im Betrieb. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 71 (11), S. 437–445.
- Baltes, B. B.; Rudolph, C. W.; Bal, A. C. (2012): A review of aging theories and modern work perspectives. In: Jerry W. Hedge (Hg.): The Oxford handbook of work and aging. New York, NY: Oxford Univ. Press (Oxford library of psychology).
- Bandura, Albert; Kober, Hainer (1976): Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. 1. Aufl. Stuttgart: Klett.
- Barber, Callie; Gould, Caroline; Guillermo, Gio; Dupree, Julia; McLeer, Meghan; Benevides, Teal; Rosche, Mallory (2021): Interventions in the Scope of Occupational Therapy to Improve Psychosocial Well-Being in Older Adults with Low Vision and Mental Health Concerns: A Systematic Review. In: Occupational Therapy In Health Care, S. 1–27.
- Birgmeier, Bernd (Hg.) (2011): Coachingwissen. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden.
- Björk, Janina M.; Bolander, Pernilla; Forsman, Anna K. (2021): Bottom-Up Interventions Effective in Promoting Work Engagement: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: Front. Psychol. 12, S. 730421.
- Blackman, Anna; Moscardo, Gianna; Gray, David E. (2016): Challenges for the Theory and Practice of Business Coaching. In: Human Resource Development Review 15 (4), S. 459–486.
- Bozer, Gil; Jones, Rebecca J. (2018): Understanding the factors that determine workplace coaching effectiveness: a systematic literature review. In: European Journal of Work and Organizational Psychology 27 (3), S. 342–361.
- Burt, Daniel; Talati, Zenobia (2017): The unsolved value of executive coaching: a meta-analysis of outcomes using randomised control trial studies.
- Cassens, Manfred; Surzykiewicz, Janusz (2021): Sozial- und arbeitsepidemiologische Analyse von VUCA-affinen Symptomen im Kontext von betrieblichem Gesundheitsmanagement. In: Janusz Surzykiewicz, Bernd Birgmeier, Mathias Hofmann und Susanne Rieger (Hg.): Supervision und Coaching in der VUCA-Welt. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 293–313.
- Cox, Elaine; Bachkirova, Tatiana; Clutterbuck, David (2014): Theoretical Traditions and Coaching Genres. In: Advances in Developing Human Resources 16 (2), S. 139–160.
- Dejonghe, Lea Anna Lisa; Becker, Jennifer; Froboese, Ingo; Schaller, Andrea (2017): Long-term effectiveness of health coaching in rehabilitation and prevention: A systematic review. In: Patient Education and Counseling 100 (9), S. 1643–1653.
- Drexler, H.; Letzel, S.; Nesseler, T.; Stork, J.; Tautz, A. (2016): Arbeitsmedizin 4.0. Thesen der Arbeitsmedizin zum Stand und zum Entwicklungsbedarf der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland. Stellungnahme der Deutschen gGesellschaft für Arbeitsmeidzin und Umweltmedizin e.V. - DGAUM. In: ASU Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin.
- Fietze, Beate (2015): Coaching auf dem Weg zur Profession? Eine professionssoziologische Einordnung. In: Die Professionalisierung von Coaching: Springer, Wiesbaden, S. 3–21.
- Fillery-Travis, Annette; Lane, David A. (2020): Does Coaching Work or Are We Asking the Wrong Question? In: Jonathan Passmore und David Tee (Hg.): Coaching Researched: Wiley, S. 47–63.
- Gatchel, Robert J.; Schultz, Izabela Z. (Hg.) (2012): Handbook of Occupational Health and Wellness. Boston, MA: Springer US.

- Geißler, Harald (2011): Die inhaltsanalytische „Vermessung“ von Coachingprozessen. In: Bernd Birgmeier (Hg.): Coachingwissen. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden, S. 95–127.
- Geißler, Harald; Wegener, Robert (2015): Bewertung von Coachingprozessen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Grant, Anthony M.; Cavanagh, Michael J.; Parker, Helen M. (2010): The State of Play in Coaching Today: A Comprehensive Review of the Field. In: Gerard P. Hodgkinson, J. Kevin Ford und John Kevin Ford (Hg.): International review of industrial and organizational psychology. Vol. 25, 2010. Oxford: Wiley-Blackwell, S. 125–167.
- Grant, Anthony M.; Green, Robert M. (2018): Developing clarity on the coaching-counselling conundrum: Implications for counsellors and psychotherapists. In: Counselling & Psychotherapy Research 18 (4), S. 347–355.
- Graßmann, Carolin; Schölmerich, Franziska; Schermuly, Carsten C. (2020): The relationship between working alliance and client outcomes in coaching: A meta-analysis. In: Human Relations 73 (1), S. 35–58.
- Grawe, K.; Donati, R.; Bernauer, F. (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Greif, Siegfried (2008): Coaching und ergebnisorientierte Selbstreflexion. Theorie, Forschung und Praxis des Einzel- und Gruppencoachings. Göttingen: Hogrefe
- Greif, S. (2017). Hard to Evaluate: Coaching Services. In A. Schreyögg & C. Schmidt-Lellek (Eds.), Springer eBook Collection Behavioral Science and Psychology. The Professionalization of Coaching: A Reader for the Coach (pp. 47–68). Wiesbaden: Springer.
- Greif, Siegfried; Möller, Heidi; Scholl, Wolfgang (Hg.) (2018): Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Grover, Simmy; Furnham, Adrian (2016): Coaching as a Developmental Intervention in Organisations: A Systematic Review of Its Effectiveness and the Mechanisms Underlying It. In: PLOS ONE 11 (7), e0159137.
- Haan, Erik de; Duckworth, Anna (2013): Signalling a new trend in executive coaching outcome research. In: International Coaching Psychology Review (8(1)), S. 6–19.
- Hill, Briony; Richardson, Ben; Skouteris, Helen (2015): Do We Know How to Design Effective Health Coaching Interventions: A Systematic Review of the State of the Literature. In: Am J Health Promot 29 (5), e158-e168.
- Hobfoll, S. E. (1989): Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. In: The American psychologist 44 (3), S. 513–524.
- Hobfoll, Stevan E.; Halbesleben, Jonathon; Neveu, Jean-Pierre; Westman, Mina (2018): Conservation of Resources in the Organizational Context: The Reality of Resources and Their Consequences. In: Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior 5 (1), S. 103–128.
- Jarosz, Joanna (2016): What is life coaching?: An integrative review of the evidence-based literature. In: International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring 14 (1), S. 34–56.
- Jones, Rebecca J.; Woods, Stephen A.; Guillaume, Yves R. F. (2016): The effectiveness of workplace coaching: A meta-analysis of learning and performance outcomes from coaching. In: J Occup Organ Psychol 89 (2), S. 249–277.
- Karasek, Robert A. (1979): Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign. In: Administrative Science Quarterly 24 (2), S. 285.
- Kessels, R. P. C., Overbeek, A., & Bouman, Z. (2015). Assessment of verbal and visuospatial working memory in mild cognitive impairment and Alzheimer's dementia. Dementia & Neuropsychologia, 9(3), 301–305.
- Kessler, Dorothy; Graham, Fiona (2015): The use of coaching in occupational therapy: an integrative review. In: Australian occupational therapy journal 62 (3), S. 160–176.

- Kirkpatrick, D. L. (1998). Evaluating training programs. The four levels (2nd ed.). San Francisco: Berrell-Koehler Publishers.
- Kivelä, Kirsi; Elo, Satu; Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria (2014): The effects of health coaching on adult patients with chronic diseases: a systematic review. In: Patient Education and Counseling 97 (2), S. 147–157.
- Kotte, Silja; Hinn, Denise; Oellerich, Katrin; Möller, Heidi (2018): Stand der Coachingforschung: Ergebnisse der vorliegenden Metaanalysen. In: Siegfried Greif, Heidi Möller und Wolfgang Scholl (Hg.): Handbuch Schlüsselkonzepte im Coaching. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 553–562.
- Kraiger, Kurt; Ford, J. Kevin; Salas, Eduardo (1993): Application of cognitive, skill-based, and affective theories of learning outcomes to new methods of training evaluation. In: The Journal of applied psychology 78 (2), S. 311–328.
- Künzli, Hansjörg (2005): Wirksamkeitsforschung im Führungskräfte-Coaching. In: Organisationsberat Superv Coach 12 (3), S. 231–243.
- Lamontagne, Anthony D.; Keegel, Tessa; Louie, Amber M.; Ostry, Aleck; Landsbergis, Paul A. (2007): A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990-2005. In: International journal of occupational and environmental health 13 (3), S. 268–280.
- Lesener, Tino; Gusy, Burkhard; Jochmann, Anna; Wolter, Christine (2020): The drivers of work engagement: A meta-analytic review of longitudinal evidence. In: Work & Stress 34 (3), S. 259–278.
- Locke E.A., Latham G.P. (1990): A theory of goal setting & task performance. In: Prentice Hall, Inc.
- Loh, Andreas; Simon, Daniela; Kriston, Levente; Härter, Martin (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (21).
- Marine, Albert (Hg.) (1996): Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Melnyk, Bernadette Mazurek; Kelly, Stephanie A.; Stephens, Janna; Dhakal, Kerry; McGovern, Colleen; Tucker, Sharon et al. (2020): Interventions to Improve Mental Health, Well-Being, Physical Health, and Lifestyle Behaviors in Physicians and Nurses: A Systematic Review. In: Am J Health Promot 34 (8), S. 929–941.
- Meuse, Kenneth P. de; Dai, Guangrong; Lee, Robert J. (2009): Evaluating the effectiveness of executive coaching: beyond ROI? In: Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice 2 (2), S. 117–134.
- Moghimi, Darya; Zacher, Hannes; Scheibe, Susanne; van Yperen, Nico W. (2017): The selection, optimization, and compensation model in the work context: A systematic review and meta-analysis of two decades of research.
- Müller, Andreas; Heiden, Barbara; Herbig, Britta; Poppe, Franziska; Angerer, Peter (2016): Improving well-being at work: A randomized controlled intervention based on selection, optimization, and compensation. In: Journal of Occupational Health Psychology 21 (2), S. 169–181.
- Niebuhr, Frank; Wilfling, Denise; Hahn, Karolin; Steinhäuser, Jost (2018): Coaching aus der Perspektive der Allgemeinmedizin. In: Präz Gesundheitsf 13 (2), S. 91–96.
- Nielsen, Karina; Nielsen, Morten B.; Ogbonnaya, Chidiebere; Käsälä, Marja; Saari, Eveliina; Isaksson, Kerstin (2017): Workplace resources to improve both employee well-being and performance. A systematic review and meta-analysis. In: Work & Stress 31 (2), S. 101–120.
- Olsen, Jeanette M.; Nesbitt, Bonnie J. (2010): Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: an integrative review. In: Am J Health Promot 25 (1), e1–e12.
- Pandolfi, Camillo (2020): Active ingredients in executive coaching: A systematic literature review. In: International Coaching Psychology Review (15(2)), S. 6–30.
- Pentland, W. (2012): Conversations for enablement: Using coaching skills in occupational therapy. In: Occupational Therapy Now 2012 (14), S. 14–16.

- Pieper, Claudia; Schröer, Sarah; Eilerts, Anna-Lisa (2019): Evidence of Workplace Interventions-A Systematic Review of Systematic Reviews. In: International journal of environmental research and public health 16 (19).
- Pieper, Claudia; Schröer, Sarah; Eilerts, Anna-Lisa (2019): Evidence of Workplace Interventions-A Systematic Review of Systematic Reviews. In: International journal of environmental research and public health 16 (19).
- Rauen, Christopher (2021): Handbuch Coaching. 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Restrepo, Julia; Lemos, Mariantonia (2021): Addressing psychosocial work-related stress interventions: A systematic review. In: Work (Reading, Mass.) 70 (1), S. 53–62.
- Richardson, Katherine M.; Rothstein, Hannah R. (2008): Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. In: Journal of Occupational Health Psychology 13 (1), S. 69–93.
- Roth, Gerhard (2018): Coaching und Neurowissenschaften. In: Organisationsberat Superv Coach 25 (1), S. 109–120.
- Ruotsalainen, Jani H.; Verbeek, Jos H.; Mariné, Albert; Serra, Consol (2015): Preventing occupational stress in healthcare workers. In: The Cochrane database of systematic reviews (4), CD002892.
- Ryba, Alica (2018): Die Rolle unbewusster und vorbewusst-intuitiver Prozesse im Coaching unter besonderer Berücksichtigung der Persönlichkeitsentwicklung des Klienten. 1st ed. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schaefer, Corinna; Klemperer, David: Mit Leitlinien, Shared Decision Making und Choosing Wisely gegen Über-, Unter- und Fehlversorgung? In: GGW 20 (2), S. 23–30.
- Schein, Edgar H. (2000): Prozessberatung für die Organisation der Zukunft. Der Aufbau einer helfenden Beziehung. Köln: Ed. Humanistische Psychologie.
- Schermuly, Carsten C.; Großmann, Carolin (2019): A literature review on negative effects of coaching – what we know and what we need to know. In: Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice 12 (1), S. 39–66.
- Siegrist, J. (1996): Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. In: Journal of Occupational Health Psychology 1 (1), S. 27–41.
- Sonesh, Shirley C.; Coultas, Chris W.; Marlow, Shannon L.; Lacerenza, Christina N.; Reyes, Denise; Salas, Eduardo (2015): Coaching in the wild: Identifying factors that lead to success. In: Consulting Psychology Journal: Practice and Research 67 (3), S. 189–217.
- Tarro, Lucia; Llauredó, Elisabet; Ulldemolins, Gemma; Hermoso, Pedro; Solà, Rosa (2020): Effectiveness of Workplace Interventions for Improving Absenteeism, Productivity, and Work Ability of Employees: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. In: International journal of environmental research and public health 17 (6), S. 1901.
- Theeboom, Tim; Beersma, Bianca; van Vianen, Annelies E.M. (2014): Does coaching work? A meta-analysis on the effects of coaching on individual level outcomes in an organizational context. In: The Journal of Positive Psychology 9 (1), S. 1–18.
- Tonhäuser, Cornelia (2018): Prozessbezogene Determinanten der Wirkung von Einzelcoaching. In: Robert Wegener, Marianne Hänseler, Silvia Deplazes, Hansjörg Künzli, Stefanie Neumann, Annamarie Ryter und Wolfgang Widulle (Hg.): Wirkung im Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Coaching/Supervision/Beratung), S. 85–94.
- Wang, Qing; Lai, Yi-Ling; Xu, Xiaobo; McDowall, Almuth (2021): The effectiveness of workplace coaching: a meta-analysis of contemporary psychologically informed coaching approaches. In: JWAM ahead-of-print.
- Wegener, Robert; Hänseler, Marianne; Deplazes, Silvia; Künzli, Hansjörg; Neumann, Stefanie; Ryter, Annamarie; Widulle, Wolfgang (Hg.) (2018b): Wirkung im Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Wegener, Robert; Hänseler, Marianne; Loebbert, Michael; Fritze, Agnès (Hg.) (2018a): Coaching-Prozessforschung. Forschung und Praxis im Dialog. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Weigl, Matthias; Hornung, Severin; Parker, Sharon K.; Petru, Raluca; Glaser, Jürgen; Angerer, Peter (2010): Work engagement accumulation of task, social, personal resources: A three-wave structural equation model. In: Journal of Vocational Behavior 77 (1), S. 140–153.

Wiese, Bettina S.; Freund, Alexandra M.; Baltes, Paul B. (2000): Selection, Optimization, and Compensation: An Action-Related Approach to Work and Partnership. In: Journal of Vocational Behavior 57 (3), S. 273–300.

Wolever, Ruth Q.; Simmons, Leigh Ann; Sforzo, Gary A.; Dill, Diana; Kaye, Miranda; Bechard, Elizabeth M. et al. (2013): A Systematic Review of the Literature on Health and Wellness Coaching: Defining a Key Behavioral intervention in Healthcare. In: Global Advances in Health and Medicine 2 (4), S. 38–57.

