

# Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit (WEG)

Erfahrungen zur Nachhaltigkeit des Modellprojekts  
betrieblicher Gesundheitsförderung in Kleinen und  
Mittleren Unternehmen

Karin Waldherr, Karl Ralf Swazina & Klaus Ropin



**Autoren/Autorinnen:** Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Karin Waldherr  
Karl Ralf Swazina  
Dr. Klaus Ropin

**Korrespondenz:** Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Karin Waldherr, [karin.waldherr@lbihr.lbg.ac.at](mailto:karin.waldherr@lbihr.lbg.ac.at)

**Dieser Bericht soll folgendermaßen zitiert werden:**

Waldherr, K., Swazina, K.R., Ropin, K. (2012): Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit (WEG): Erfahrungen zur Nachhaltigkeit des Modellprojekts betrieblicher Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen. Wien: Fonds Gesundes Österreich.

**IMPRESSUM**

**Medieninhaber und Herausgeber:**

Gesundheit Österreich GmbH  
Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich

**Für den Inhalt verantwortlich:**

Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR),  
Untere Donaustraße 47, A-1020 Wien, <http://lbihr.lbg.ac.at>  
&  
Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich,  
Aspernbrückengasse 2, A-1020 Wien, <http://www.fgoe.org>

Grafik: UDP UnitedDesignPartner KG, [office@uniteddesignpartner.com](mailto:office@uniteddesignpartner.com)

## Inhalt

1. Einleitung	1
2. Das Konzept der Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung	2
3. Das Modellprojekt WEG	3
4. Ex-Post Evaluation der Nachhaltigkeit von WEG	4
4.1. Methode	4
4.2. Teilnehmende Betriebe	5
5. Ergebnisse	6
5.1 Der WEG nach Förderende	6
5.2 Einstellung zu BGF	8
6. Der Weg zur nachhaltigen Gesundheitsförderung	10
7. Fazit	11
Literatur	12

## 1. Einleitung

Leitbild des Setting-Ansatzes der Gesundheitsförderung ist eine *nachhaltige Entwicklung in Richtung Gesundheit* (Trojan & Legewie, 2001). Literatur über Erfahrungen zu nachhaltiger Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting ist jedoch nur sehr spärlich vorhanden, insbesondere im Hinblick auf Kleine und Mittlere Unternehmen (KMU). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) konnte sich erst in den 1980er Jahren richtig etablieren und dies vor allem in Großbetrieben. Erst etwa 20 Jahre später wurden erste Erfahrungen mit Aktivitäten in Kleinen und Mittleren Unternehmen (KMU) gesammelt.

Federführend in Österreich war hierbei der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Aufgrund des großen Anteiles von KMU in Österreich setzte der FGÖ einen Schwerpunkt zu BGF in KMU. Da KMU selten über jene Managementinstrumente verfügen, die für eine erfolgreiche Durchführung von BGF-Projekten notwendig sind, war fraglich, ob und in welcher Form der BGF-Ansatz auf diesen Sektor übertragen werden kann (Meggeneder, 2003). Daher initiierte der FGÖ im Jahr 2002 das Modellprojekt „WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“.

Das Modellprojekt verfolgte das Ziel BGF-Strategien für KMU zu entwickeln und deren Durchführbarkeit zu prüfen. Zu Projektende konnte schließlich eine positive Bilanz gezogen werden. Der Ansatz von BGF durch Organisationsgestaltung zeigte sich auch in KMU als gangbarer Weg und in den Betrieben kam es zu Verbesserungen in den Bereichen Arbeitsgestaltung, Betriebsklima und individuelles Gesundheitsverhalten (Dür et al., 2005).

Die Mehrzahl der Betriebe bekundete zu Projektende ihr Bestreben, die gesetzten Maßnahmen und Aktivitäten nachhaltig zu sichern und weiterführen zu wollen. WEG war jedoch ein sehr intensives Projekt mit ausgezeichnetem externem Projektmanagement. Es stellten sich daher die zentralen Fragen:

- Konnten die Betriebe nach Ende der Förderphase den begonnenen Change-Prozess fortsetzen und die initiierten Veränderungen von Strukturen, Prozessen und Verhalten systematisch und dauerhaft sichern?
- Welche Erfolgs- bzw. Misserfolgskriterien für die Nachhaltigkeit lassen sich identifizieren?

Diesen Fragen wurde im Rahmen des Folgeprojektes „Ex-Post Evaluation der Nachhaltigkeit des WEG-Projektes“, mit welchem der FGÖ das Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research (LBIHPR) beauftragte, nachgegangen. Zweck dieser Evaluation war die Generierung von verbessertem und vertieftem Wissen über Erfolgsbedingungen nachhaltiger betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU.

## 2. Das Konzept der Nachhaltigkeit in der Gesundheitsförderung

Das Health Promotion Glossary der WHO (Smith, Tang, & Nutbeam, 2006) definiert jene Gesundheitsförderungsinterventionen als nachhaltig

*"... that can maintain its benefits beyond their initial stage of implementation. Sustainable actions can continue to be delivered within the limits of finances, expertise, infrastructure, natural resources and participation of stakeholders."* (S. 4)

Keinesfalls sollte Nachhaltigkeit jedoch mit einem reinen "Fixierungseffekt", d.h. eine Innovation bleibt auf dem in der Implementationsphase erreichten Stand fixiert, verwechselt werden (vgl. Stockmann, 2006). Jedes Gesundheitsförderungsprogramm ist ein komplexes adaptives System, bestehend aus den Hauptkomponenten Gesundheit, Programmkomponenten und Beteiligte, das mit seiner Umwelt in Wechselwirkung steht (vgl. Gruen et al., 2008). Ändern sich die Umweltbedingungen werden rein mechanistisch weitergeführte Projektleistungen die Bedürfnisse der Zielgruppe bald nicht mehr erfüllen können, und daher nicht mehr genutzt werden. Voraussetzung für das Aufrechterhalten der Wirkungen (= *statische Nachhaltigkeit*, vgl. United Nations Development Programme, 2000) ist daher, dass bei Organisationen, die ein Gesundheitsförderungsprogramm implementieren, ein Entwicklungsprozess ausgelöst wird, der sie in die Lage versetzt, die Programmkomponenten den veränderten Umweltbedingungen oder dem Problemlösungsfortgang entsprechend zu adaptieren (= *dynamische Nachhaltigkeit*, vgl. United Nations Development Programme, 2000). Statische und dynamische Aspekte sind auch in Nachhaltigkeitskonzepten in der Gesundheitsförderung enthalten (vgl. Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Gruen et al., 2008).

Im Zuge des vorliegenden Projektes durchgeführte Literaturrecherchen ergaben, dass für Gesundheitsförderung kein validiertes umfassendes Nachhaltigkeitsmodell existiert, das auch dynamische Aspekte berücksichtigt (vgl. auch Scheirer, 2005b; Gruen et al., 2008). Die vorliegende Evaluation der Nachhaltigkeit des WEG-Projektes orientierte sich daher an der *Multidimensionalen Nachhaltigkeitskonzeption* von Stockmann (2006), welche zwar für Projekte der Entwicklungszusammenarbeit ausgearbeitet wurde, aber gut auf Gesundheitsförderung übertragbar ist. Es unterscheidet auf Programmebene vier Dimensionen von Nachhaltigkeit, welche aus unterschiedlichen Definitionen der Nachhaltigkeit von Projekt- und Programmwirkungen abgeleitet wurden:

*Dimension I* bezieht sich auf die Weiterführung des Projektes und langfristige Wirkungen. Nachhaltigkeit auf dieser Dimension ist gewährleistet, wenn die durch die Innovation veränderten Strukturen, Prozesse und Verhaltensweisen von Dauer sind. *Dimension II* berücksichtigt die Reichweite der Wirkungen, also den Transfer und den Nutzen des Projektes für andere Organisationen und Zielgruppen. Es stellt sich die Frage, ob andere als die ursprünglichen Zielgruppe(n) die Innovation (bzw. die während des Projekts geschaffenen Maßnahmen, Produkte, Dokumente, etc.) in ihrem eigenen Interesse und zu ihrem eigenen Nutzen dauerhaft übernommen haben. *Dimension III* umfasst die Veränderung des gesamten Systems, in welches die Innovation beispielhaft eingeführt wurde. Zentrales Element ist nicht nur die Ausdehnung der Nutzer/innen-Gruppe, sondern die Veränderung des gesamten Systems. *Dimension IV* umfasst die Fähigkeit der Weiterentwicklung von Innovationen.

### 3. Das Modellprojekt WEG

Insgesamt nahmen zwölf KMU aus den "Old Economy"-Bereichen Bau-, Baunebengewerbe und Bergbau sowie Tourismus, Hotellerie und Gastronomie in drei österreichischen Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark) teil. Das Modellprojekt folgte im Wesentlichen dem BGF-Zyklus mit Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluierung. Die Diagnosephase umfasste eine schriftliche Gesundheitsbefragung inklusive „Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse“ (SALSA; Rimann & Udris, 1997), betriebliche Gesundheitskonferenzen und Erstellung eines Gesundheitsberichts. Auf der Basis der Ergebnisse der Diagnosephase und der anschließenden Gesundheitszirkel setzte jedes Unternehmen spezifische Schwerpunkte. Da sich das Führungsverhalten als eines der zentralen Themen herauskristallisierte, wurden betriebsübergreifende Schulungen für die Unternehmenschefs und betriebsinternen Projektleiter/innen entwickelt.

Die Projekterfahrungen wurden ausführlich dokumentiert und für den Wissenstransfer wurde eine Reihe von Dokumenten geschaffen: neben Informationen auf einer eigenen Website waren dies mehrere Newsletter sowie ein Schuber mit acht Broschüren, die interessierten Unternehmern/Unternehmerinnen, innerbetrieblichen Entscheidungsträgern/Entscheidungsträgerinnen und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen von kleinen und mittleren Betrieben das notwendige Know-how für die Durchführung eigener Gesundheitsprojekte vermitteln.

Im abschließenden Evaluationsbericht wurde das WEG-Projekt zusammenfassend als ein interessantes, insgesamt sehr erfolgreiches und vor allem sehr lehrreiches Projekt beschrieben. Diese Einschätzung wurde durch folgende Punkte begründet (Dür et al., 2005, S. 103):

- Ausgezeichnetes Projektmanagement
- Engagement der Führung
- Verbesserungen für die Mitarbeiter/innen in den Bereichen:
  - Lebensstile (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegung, etc.),
  - Arbeitsabläufe bzw. Arbeitsorganisation,
  - Betriebsklima und
  - Verhältnis der Mitarbeiter/innen zu den Vorgesetzten bzw. das Verhalten der Führungskräfte.

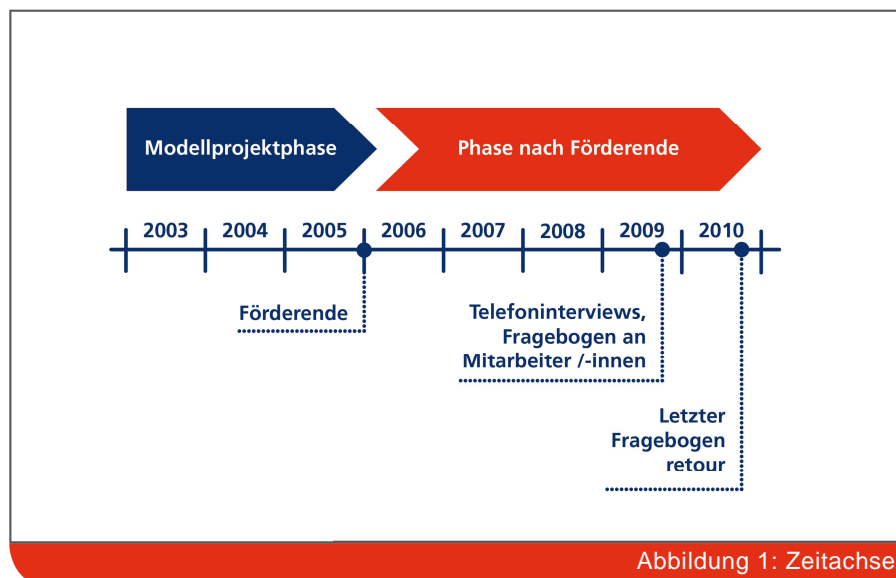
Schließlich standen zwei Drittel aller Mitarbeiter/innen der WEG-Betriebe dem Projekt eindeutig positiv gegenüber. Nur eine sehr kleine Minderheit sprach sich dezidiert gegen das Projekt aus.

Die Nachhaltigkeit sollte vor allem dadurch gesichert werden, dass man weiter auf Gesundheitszirkel setzen wollte, die sich aus Sicht der Projektkoordinatorinnen/Projektkoordinatoren bewährt haben. Insgesamt schienen alle WEG-Unternehmen äußerst motiviert zu sein, das Ziel Gesundheit der Mitarbeiter/innen weiter zu tragen (vgl. Dür et al., 2005).

## 4. Ex-Post Evaluation der Nachhaltigkeit von WEG

### 4.1 Methode

Zur Beantwortung der Frage der Nachhaltigkeit nahm das LBIHPR im September 2009 mit allen WEG-Betrieben Kontakt auf und führte Telefoninterviews mit den ehemaligen betriebsinternen Projektleiterinnen/Projektleitern. Außerdem wurde zwischen November 2009 und März 2010 (also ca. vier Jahre nach Projektende) eine schriftliche Befragung aller Mitarbeiter/innen durchgeführt. Neben der Wiederholung der Gesundheitsbefragung einschließlich SALSA (Rimann & Udris, 1997) wurden die Mitarbeiter/innen ebenso wie die Projektleiter/innen zur Weiterführung der Maßnahmen in den einzelnen Betrieben befragt. Telefoninterviews und offene Fragen im Fragebogen wurden mittels Themenanalyse in Anlehnung an Froschauer und Lueger (2003) ausgewertet. Zur Feststellung von Veränderungen hinsichtlich Gesundheit, Gesundheitsverhalten und betriebsinternen Strukturen und Prozessen (SALSA) wurden die durchschnittlichen Werte der Befragungen der langjährigen Mitarbeiter/innen<sup>1</sup> aus den Jahren 2003 (Projektbeginn), 2005 (Projektende) und 2009 verglichen.<sup>2</sup>



Die Einschätzung der Nachhaltigkeit des WEG-Projektes orientierte sich an der Multidimensionalen Nachhaltigkeitskonzeption von Stockmann (2006; vgl. Kap. 2.)

Dimension I bezieht sich auf die Weiterführung des Projekts und langfristige Wirkungen. Als Indikatoren wurden herangezogen: Zeit, die nach Projektende in betriebliche Gesundheitsförderung investiert wurde; Anzahl der weitergeführten Maßnahmen; langfristige Wirkungen (Gesundheitsbefragung, SALSA).

<sup>1</sup> Jene Mitarbeiter/innen, die bereits während der Projektphase im Betrieb waren.

<sup>2</sup> Leider war es nicht möglich individuelle Veränderungen zu analysieren, da sich die meisten Mitarbeiter/innen nicht mehr an ihre im Jahr 2003 und 2005 auf den Fragebögen angegebenen Codes erinnern konnten. Da bei keinem der drei Zeitpunkte die Rücklaufquote 100% betrug, ist daher bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass möglicherweise zum Teil andere langjährige Mitarbeiter/innen zu den drei Zeitpunkten geantwortet haben.



Die zweite, output- und leistungsorientierte Dimension berücksichtigt die Reichweite der Wirkungen, also den Transfer und den Nutzen des Projektes für andere Organisationen und Zielgruppen. In der vorliegenden Evaluation wurde diese Dimension nicht bewertet, weil dies einen weitaus umfassenderen Evaluationsansatz erfordert hätte, der auch Befragungen in anderen KMU inkludiert hätte.

Dimension III bezieht sich auf die Veränderung des gesamten Systems, in welches die Innovation beispielhaft eingeführt wurde. Als Indikatoren wurden herangezogen: Weitergabe der Erfahrungen an andere Betriebe beispielsweise im Rahmen von Veranstaltungen der Wirtschaftskammer oder des BGF-Netzwerkes; aktiver Austausch der Geschäftsleitung, Projektleiter/innen und/oder Mitarbeiter/ innen mit anderen Betrieben bezüglich Gesundheitsförderung.

Die vierte, innovationsorientierte Dimension IV betrifft die Fähigkeit der Weiterentwicklung von Innovationen. Als Indikatoren wurden herangezogen: Anzahl der nach Projektende selbständig initiierten und umgesetzten Maßnahmen; Bereitschaft und Fähigkeit, bei Neuerungen jeglicher Art den Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Entscheidungsprozess zu integrieren; gesundheitsförderungsrelevante Weiterbildungen von Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen; das Zustandekommen eines Gesundheitsmanagements sowie die Integration von Gesundheitsförderung in Qualitätsmanagementmaßnahmen.

Für Dimensionen I, III und IV wurden jeweils Punkte von 0 bis 4 vergeben (0 = keine Nachhaltigkeit; 4 = hohe Nachhaltigkeit). Daraus wurde ein Nachhaltigkeitsindex abgeleitet, wobei im Hinblick auf die erste Forschungsfrage vor allem die Dimensionen I und IV als relevant erachtet wurden: Hohe Nachhaltigkeit = mindestens 3 Punkte auf Dimensionen I und IV; eher hohe Nachhaltigkeit = mindestens 3 Punkte auf Dimension I, aber weniger als 3 Punkte auf Dimension IV; eher geringe Nachhaltigkeit = 2 Punkte auf Dimension I und 0 oder 1 Punkt auf Dimension IV; geringe Nachhaltigkeit: ein Punkt auf Dimension I, keine Punkte auf Dimension IV.

## 4.2 Teilnehmende Betriebe

Ein Bauunternehmen konnte nicht mehr erreicht werden, da es nach Projektende Konkurs anmelden musste. Zwei WEG-Betriebe haben nach 2004 fusioniert und eine neue Geschäftsführung eingesetzt. Eines der ursprünglich zwölf Unternehmen war bereits während der Projektphase aus betriebsinternen Gründen ausgestiegen. Insgesamt neun noch bestehende Betriebe verblieben also theoretisch für die Erhebung im Jahr 2009 (vgl. Abbildung 2).

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Der WEG nach Förderende

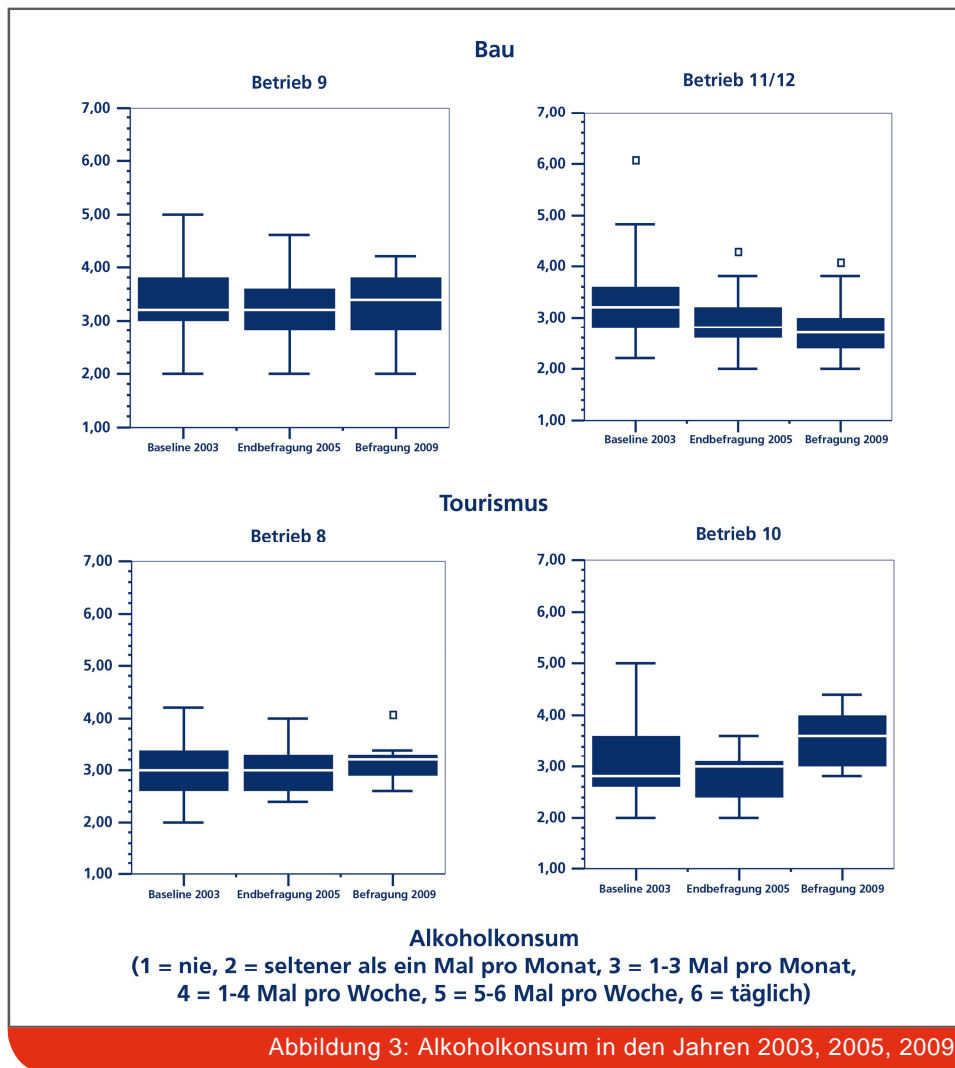
In zwei dieser neun Unternehmen war WEG nicht nachhaltig. Ein Betrieb aus der Tourismusbranche hat mittlerweile einen neuen Eigentümer und auch die gesamte Belegschaft wurde ausgewechselt. In diesem Betrieb ist BGF derzeit kein Thema mehr. Ein Hotel betrachtete das WEG-Projekt laut telefonischer Auskunft der ehemaligen betriebsinternen Projektkoordinatorin mit Ende des Förderzeitraumes im Dezember 2005 als abgeschlossen und die Projektkoordinatorin stand auch nicht mehr für ein ausführliches Telefoninterview zur Verfügung. Daher wurde in diesen beiden Betrieben keine Befragung der Mitarbeiter/innen durchgeführt. Somit nahmen sieben Betriebe an der dritten Befragung im Herbst/Winter 2009/2010 teil. Die Tatsache, dass in einigen Betrieben die neuerliche Datenerhebung eine willkommene Grundlage für weitere Planungen war und die Rücklaufquote bei den langjährigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern an jene bei der Endbefragung im Jahr 2005 (welche bei durchschnittlich 74% lag) herankam (s. Abbildung 2), können als erste Hinweise gewertet werden, welche hohen Stellenwert BGF in diesen Betrieben weiterhin hat.

Branche	Code	Anzahl der Mitarbeiter /-innen	Rücklaufquote gesamt (%)	Rücklaufquote langjährige MA (%)	Nachhaltigkeit
Bau	1	-	0	0	Konkurs während Projekt
Bau	2	-	0	0	Konkurs nach Projektende
Hotel	3	-	0	0	Geschäftsführung u. Belegschaft neu, BGF nicht fortgeführt
Hotel	4	-	0	0	BGF nicht fortgeführt
Bau	5	23	22	30	Geringe Nachhaltigkeit
Bau	6	12	67	60	Eher geringe Nachhaltigkeit
Hotel	7	16	19	0	Eher geringe Nachhaltigkeit
Hotel	8	26	35	42	Eher hohe Nachhaltigkeit
Bau	9	60	25	22	Hohe Nachhaltigkeit
Hotel	10	40	60	86	Hohe Nachhaltigkeit
Bau	11/12	75	79	71	Hohe Nachhaltigkeit

Abbildung 2: Nachhaltigkeit des WEG-Projektes in den einzelnen Betrieben

Insgesamt stimmten die Ergebnisse der Befragungen der Projektleiter/innen und der Mitarbeiter/innen sehr gut überein. Demzufolge kann WEG in vier der neun Betriebe (je zwei aus jeder der zwei Branchen) als nachhaltig und in drei der Betriebe als eher wenig oder wenig nachhaltig eingeschätzt werden (s. Abbildung 2). Bei den vier insgesamt erfolgreicherer Unternehmen handelt es sich um zwei Mittelbetriebe (mit mindestens 50 Mitarbeiter/innen) und um zwei Kleinbetriebe (26 und 40 Mitarbeiter/innen). Je nach Schwerpunkten gelang es diesen vier Betrieben nicht nur Veränderungen von Strukturen, Prozessen und/oder individuellem Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter/innen langfristig zu sichern (Dimension I), sondern auch auf Umweltveränderungen entsprechend zu reagieren, die Maßnahmen zu adaptieren, ein wirksames Gesundheitsmanagement zu entwickeln (Dimension IV) und daher nach Projektende in einigen Bereichen noch weitere Verbesserungen zu erzielen. Diese bezogen sich in drei Betrieben vor allem auf Arbeitsabläufe, Arbeitsorganisation und/oder Arbeitsbelastungen, das

Führungsverhalten sowie das Verhältnis der Mitarbeiter/innen untereinander. In Betrieb 11/12 war das Gesundheitsverhalten der im Jahr 2009 antwortenden langjährigen Mitarbeiter/innen im Durchschnitt tendenziell besser verglichen zu jenem der im Jahr 2003 antwortenden Mitarbeiter/innen. In diesem Unternehmen wurde sehr viel auf Verhaltensebene investiert. Hingegen war in beiden Betrieben der Tourismusbranche der Lebensstil der antwortenden langjährigen Mitarbeiter/innen im Durchschnitt im Jahr 2009 tendenziell ungesünder als jener der im Jahr 2003 antwortenden Mitarbeiter/innen. Beispielhaft ist in Abbildung 3 der Alkoholkonsum in den vier Betrieben in den Jahren 2003, 2005 und 2009 dargestellt.

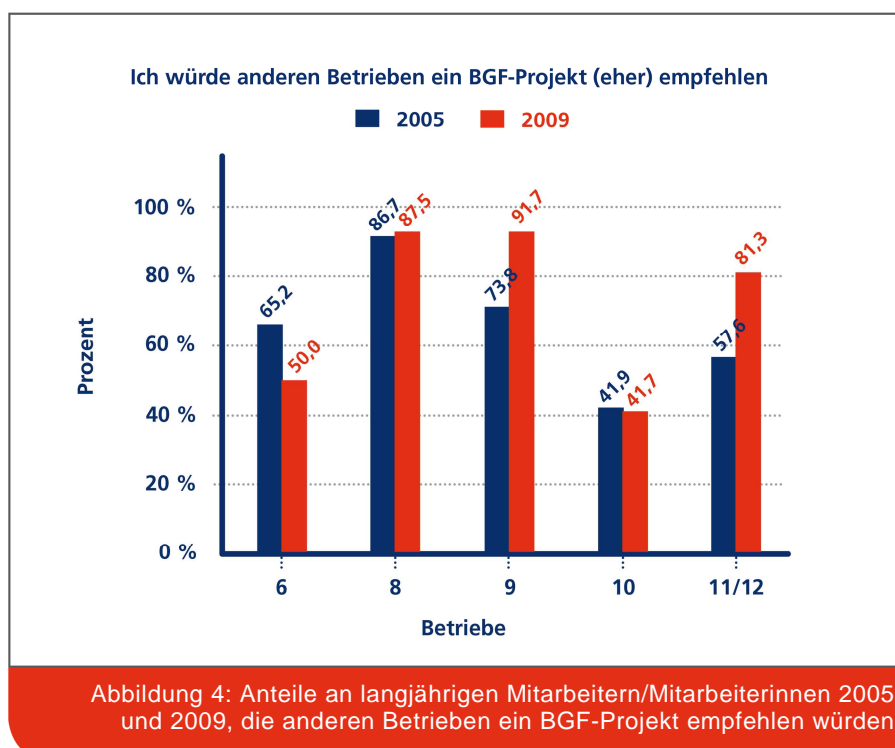


In den drei restlichen Kleinst- und Kleinbetrieben konnten die während der Projektphase gestarteten Aktivitäten und erzielten Wirkungen teilweise aufrecht erhalten und „konserviert“ werden (Dimension I). Die Betriebe waren jedoch nicht in der Lage die begonnene Veränderung der Unternehmenskultur selbst weiterzuführen (Dimension IV). Dies wurde von den Projektleitern/Projektleiterinnen zum Teil auf neue Unternehmensführungen und deren geringem Interesse und Engagement für BGF zurückgeführt. Zum anderen Teil wäre für diese Betriebe laut den Projektleitern/Projektleiterinnen auch nach Förderende regelmäßiger Anstoß und Unterstützung von außen vonnöten gewesen. Dies stützt die Einschätzung im Enderbericht der Evaluation des WEG-Projektes (Dür et al., 2005), dass besonders Kleinst- und

Kleinbetriebe nicht über die organisatorische Leistungsfähigkeit verfügen, den begonnenen Veränderungsprozess selbständig weiterzuführen und unbedingt auch über das Förderende hinaus eine laufende Unterstützung durch eine entsprechende Infrastruktur benötigen würden.

## 5.2 Einstellung zu BGF

Während alle sieben befragten ehemaligen Projektkoordinatorinnen/Projektkoordinatoren dem Projekt positiv oder sehr positiv gegenüber standen, zeigten sich bei den langjährigen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern große Unterschiede zwischen den Betrieben. In einem Betrieb, in dem das Projekt wenig nachhaltig war (Betrieb 6), ist die Einstellung der im Jahr 2009 antwortenden langjährigen Mitarbeiter/innen zu BGF deutlich schlechter als jene der zu Projektende antwortenden Mitarbeiter/innen (Abbildungen 4 bis 6). Aus den beiden anderen Unternehmen mit eher geringer Nachhaltigkeit gab es leider zu wenige Antworten. In allen vier erfolgreichen Betrieben ist der Anteil der antwortenden Mitarbeiter/innen, die anderen Betrieben ein BGF-Projekt empfehlen würden, gegenüber Förderende gleich geblieben oder sogar deutlich angestiegen. In zwei dieser Unternehmen sieht nun auch ein größerer Anteil der antwortenden Belegschaft einen Nutzen für die Mitarbeiter/innen insgesamt und in Betrieb 11/12 hat sich gegenüber 2005 auch der Anteil der antwortenden Mitarbeiter/innen, die einen persönlichen Nutzen sehen, stark erhöht. Auffällig ist, dass in einem der erfolgreichen Hotelbetriebe (Betrieb 10) fast 60 Prozent der antwortenden langjährigen Mitarbeiter/innen angaben, dies nicht beurteilen zu können. Dies könnte daran liegen, dass in den Hotelbetrieben anscheinend vor allem Maßnahmen im Housekeeping- und wenige im Service-Bereich umgesetzt worden sind.



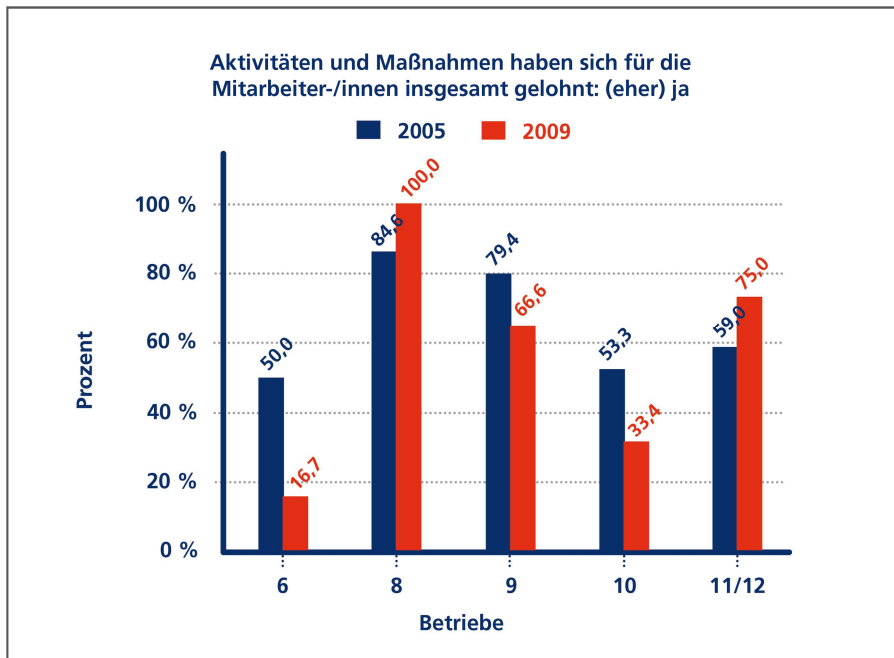


Abbildung 5: Anteile an langjährigen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen 2005 und 2009, für die sich das Projekt für die Mitarbeiter/innen insgesamt gelohnt oder eher gelohnt hat

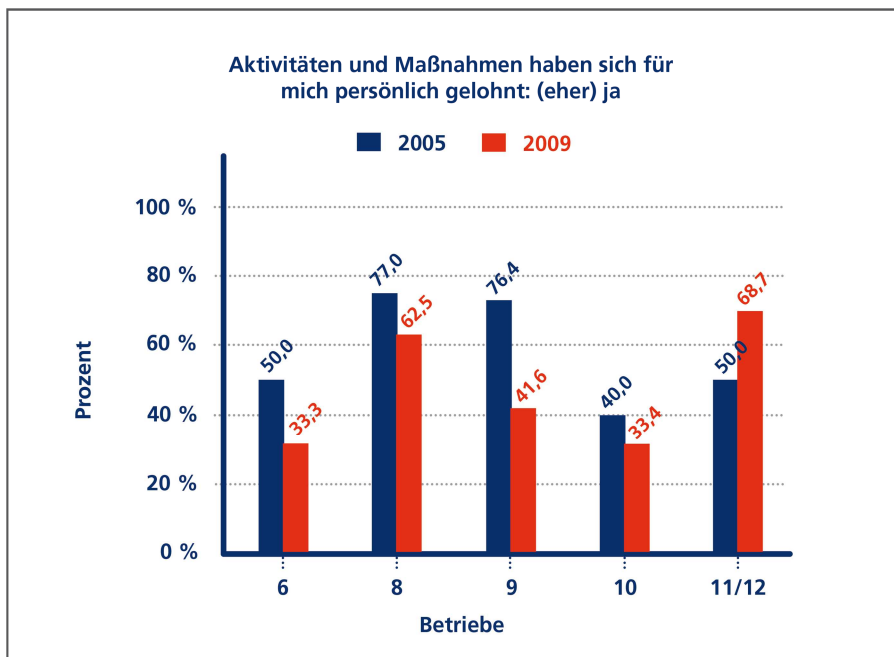


Abbildung 6: Anteile an langjährigen Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen 2005 und 2009, für die sich das Projekt für sie persönlich gelohnt oder eher gelohnt hat

## 6. Der Weg zur nachhaltigen Gesundheitsförderung

Scheirer (2005b) identifizierte in einem Review von Studien zur Nachhaltigkeit von gesundheitsrelevanten Programmen in den USA und Kanada fünf bedeutende Faktoren für langfristige Wirkungen. Neben der Weiterentwicklung des Programms waren dies das Vorhandensein eines "program champion", die Kompatibilität des Programms mit den Zielen und Prozessen der Organisation, der unmittelbar wahrgenommene Nutzen für die Zielgruppe(n) und Unterstützung von außen. Die im Zuge der Evaluation der Nachhaltigkeit des WEG-Projektes ermittelten Faktoren stimmen sowohl mit den Faktoren von Scheirer (2005b) als auch mit den Ergebnissen anderer Nachhaltigkeitsstudien überein.

Insgesamt konnte eine Tendenz dahingehend festgestellt werden, dass mehr/stärkere langfristige Wirkungen in jenen Betrieben beobachtet werden konnten, die in der Lage waren das Programm weiterzuentwickeln. Als Hauptfaktor dabei kristallisierte sich die Notwendigkeit des Engagements der Führung beziehungsweise eines betriebsinternen „Motors“ heraus (vgl. z.B. Kowalski, 2004; Scheirer, 2005b; Birken & Linnan, 2006). Es muss eine Person geben, die sich für Gesundheitsförderung verantwortlich fühlt und sich dafür entsprechend engagiert: einen „health promotion champion“. Diese Person muss nicht unbedingt auf höchster Führungsebene verankert sein, benötigt aber deren uneingeschränkte Unterstützung.

Hilfreich hat sich die Integration des betrieblichen Gesundheitsmanagements in andere Managementmaßnahmen wie beispielsweise in ein Qualitätsmanagementsystem erwiesen; auch dies stimmt mit bisherigen Ergebnissen überein (z.B. Kowalski, 2004; Scheirer, 2005b).

Als größte Hürden haben sich fehlende finanzielle Mittel und das berufliche Tagesgeschäft erwiesen. Eine gute Auftragslage bringt dem Betrieb zwar finanzielle Mittel, aufgrund des höheren Arbeitsstress kann die Gesundheit jedoch wieder in den Hintergrund geraten. Eine der wesentlichen Herausforderungen für den „health promotion champion“ ist es daher, Gesundheitsförderung regelmäßig in das Bewusstsein der Mitarbeiter/innen zu holen, auf der Prioritätenliste nicht nach unten rutschen zu lassen und unermüdlich darauf hinzuweisen, dass Vereinbarungen konsequent eingehalten werden bzw. entsprechende Adaptionen in Absprache mit Geschäftsleitung und Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen vorzunehmen.

Insbesondere in der Tourismusbranche scheint dies aufgrund der saisonbedingten Belastungen und Überstunden sowie der ungünstigen Arbeitszeiten und folglich knapp bemessenen Freizeit mit Familie und/oder Freunden schwierig zu sein. Anhaltspunkte dafür sind, dass Angebote außerhalb der Arbeitszeiten noch weniger angenommen worden sind als in der Baubranche und sich das Gesundheitsverhalten (z.B. Alkohol- und Zigarettenkonsum) der Mitarbeiter/innen in den Tourismusbetrieben tendenziell verschlechtert hat, während es in den Betrieben der Baubranche tendenzielle Verbesserungen gegeben hat. Das ist ein Trend, der sich bereits während der Projektphase gezeigt (vgl. Dür et al, 2005) und sich fortgesetzt hat.

Auch die Tatsache, dass in den Hotels anscheinend eher im Housekeeping-Bereich als im Servicebereich interveniert worden ist sowie letztendlich, dass das WEG-Projekt in den Baubetrieben insgesamt etwas nachhaltiger gewesen ist als in den Tourismusbetrieben, lässt vermuten, dass es bei der Implementierung Unterschiede zwischen den Branchen gibt und sogar selbst innerhalb der Tourismusbranche

zwischen Gastronomiebereich und Housekeeping-Bereich. Insbesondere für den Gastronomiebereich bedarf es daher noch intensiver Implementationsforschung.

Ein Gesundheitsmanagement als integriertes System erfordert Beteiligung aller Mitarbeiter/innen und zwar derart, dass sich alle mit dem Projekt identifizieren und auch ihre eigene Verantwortlichkeit sehen. Von hoher Bedeutung für Nachhaltigkeit ist daher auch, dass die Mitarbeiter/innen die Vorteile für sich selbst wahrnehmen (vgl. auch Scheirer, 2005b). Ein wichtiges Ergebnis in diesem Zusammenhang ist, dass in einem Betrieb, in dem sehr stark auf Ebene des individuellen Gesundheitsbewusstseins und Gesundheitsverhaltens und weniger auf Verhältnisebene interveniert wurde, der Anteil der Mitarbeiter/innen, die langfristig einen persönlichen Nutzen des Projektes sehen, höher ist als in Unternehmen, in denen sehr viel auf Verhältnisebene geschehen ist. Wichtig für BGF-Projekte ist daher, den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen immer wieder bewusst zu machen, dass Veränderungen der betriebsinternen Verhältnisse letztlich ihrer persönlichen Gesundheit genauso zu Gute kommen wie gesunde Ernährung, Rückengymnastik oder Massagen. Den Unternehmen muss aufgezeigt werden, dass nachhaltige Gesundheitsförderung nur durch ein Gesundheitsmanagement als integriertes System möglich ist. Um das Interesse der Mitarbeiter/innen zu gewinnen und ihre Motivation zu optimieren, erscheint es jedoch empfehlenswert in einem ersten Schritt mit leichten, rasch umsetzbaren Maßnahmen zu beginnen, von denen die einzelnen Mitarbeiter/innen einen unmittelbaren Nutzen für sich selbst erkennen können - ohne persönlichen Mehraufwand. Ein „step-by-step“-Ansatz war auch eine der Gemeinsamkeiten, die Kowalski (2004) bei sieben Unternehmen mit erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsprogrammen identifizieren konnte.

Ein externes Unterstützungsangebot wird häufig als wesentlicher Faktor für Nachhaltigkeit genannt (z.B. Kowalski, 2004; Scheirer, 2005a,b; Stockmann, 2006). Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass dies insbesondere für Klein- und Kleinstbetriebe notwendig ist, da sie nicht über die für dynamische Nachhaltigkeit erforderliche organisatorische Leistungsfähigkeit verfügen.

## 7. Fazit

Nachhaltigkeit ist ein zentrales Qualitätskriterium von Gesundheitsförderungsprojekten. Ein positives Ergebnis dieser Ex-Post-Evaluation ist daher, dass in nur einem Drittel der zwölf Betriebe, die sich ursprünglich am Modellprojekt beteiligt hatten, das Projekt nicht nachhaltig war, d.h. die Betriebe entweder in Konkurs gegangen sind oder keine der Aktivitäten aufrecht erhalten wurde. Ähnliche Ergebnisse zur Nachhaltigkeit von Programmen werden in der internationalen Literatur berichtet (Scheirer, 2005b).

Aus einer „Lebensverlaufsperspektive“ gesehen, ist die Nachförderphase ein integrierter Bestandteil des Lebensverlaufs eines Programmes (vgl. Stockmann, 2006, S. 111). Nachhaltigkeit ist somit ein bereits mit Programmstart beginnender, dynamischer Prozess (vgl. Pluye et al., 2004; Scheirer, 2005b; Stockmann, 2006). Wichtig für die Betriebliche Gesundheitsförderung wäre daher ein multidimensionales Nachhaltigkeitskonzept zur Unterstützung von Projektplanungen und Förderungspraxis, welches sowohl die statische als auch die dynamische Komponente, sowohl die individuelle Ebene, die Organisationsebene als auch die organisationsübergreifende Ebene und die Prinzipien der Gesundheitsförderung berücksichtigt. Dieses sollte sich an Definitionen und theoretischen Konzepten aus verschiedensten Bereichen orientieren (wie beispielsweise dem Gesundheitssystem, Shediach-



Rizkallah & Bone, 1998; Pluye et al., 2004; Scheirer, 2005b; Gruen et al., 2008, oder der Entwicklungszusammenarbeit, Stockmann, 2006) und durch Ergebnisse empirischer Studien zur Nachhaltigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung gestützt sein (vgl. auch Scheirer, 2005b).

Als Ergebnis der Ex-Post Evaluation des WEG-Projektes lassen sich erste Anhaltspunkte bezüglich zu berücksichtigender Einflussfaktoren auf statische und dynamische Nachhaltigkeit ableiten, die auch in der BGF-Literatur thematisiert werden:

- *Planungsqualität* (vgl. Stockmann, 2006; Gruen et al., 2008)
- *Engagement der Führung* (vgl. Scheirer, 2005b; Birken & Linnan, 2006)
- *Klar geregelte Verantwortlichkeiten insbesondere ein/e Verantwortliche/r für Gesundheitsförderung* mit entsprechendem Engagement und *Unterstützung durch die höchste Führungsebene* (vgl. Shediak-Rizkallah & Bone, 1998; Kowalski, 2004; Scheirer, 2005a,b)
- *Motivation der Mitarbeiter/innen* (vgl. Birken & Linnan, 2006)
- „*Step-by-step*“ *Ansatz*, der letztendlich zu einem *Integrierten Gesundheitsmanagement* führt (vgl. European Network for Workplace Health Promotion, 2001; Kowalski, 2004)
- *Ausdauer und Konsequenz*: kein „Ausruhen“ auf Erfolgen, sondern kontinuierliches und beharrliches „Vorantreiben“ (vgl. Kowalski, 2004)
- *Ausreichend finanzielle Mittel*
- *Externe Unterstützung* (Scheirer, 2005b) in Form von
  - Berater/innen (Coaches) mit hohem Engagement und Know-how und
  - regionalen und überregionalen Netzwerken mit einer zentralen sowie regionalen Koordinationsstellen, die aktiv auf die Betriebe zugehen und diese unterstützen.

## Literatur

Birken, B.E., & Linnan, L.A. (2006). Implementation Challenges in Worksite Health Promotion Programs. *NC Med J.*, 67, 438-440.

Dür, W., Fürth, K., Griebler, R., Schulz, S., Kendlbacher, B., Novak-Zezula, S., Stidl, T., Wolfmeir, S. (2005): *Evaluationsbericht des Projektes „WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“ des Fonds Gesundes Österreich*. Evaluationsbericht des Ludwig Boltzmann Instituts für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBIMGS): Wien.

European Network for Workplace Health Promotion (2001). *Report on the Current Status of Workplace Health Promotion in Small and Medium-Sized Enterprises (SMEs)*. Essen: Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK Bundesverband).

Froschauer, U. & Lueger, M. (2003): *Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme*. Wien: WUV-UTB Verlag.

Gruen, R.L., Elliott, J.H., Nolan, M.L., Lawton, P.D., Parkhill, A., McLaren, C.J., & Lavis, J.N. (2008). Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Lancet*, 372, 1579-1589.



- Kowalski, H. (2004). *Nachhaltige Gesundheitsförderung im Betrieb – Erfolgsfaktoren und Misserfolgsfaktoren – Eine Bestandsaufnahme im Rahmen des Förderprojekts des BMWA zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen "Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik in Unternehmen"*. Köln: AOK Rheinland – Die Gesundheitskasse.
- Meggeneder, O. (2003). „Old Economy“: Ein Modell-Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in österreichischen Klein- und Mittelbetrieben. *Newsletter Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit*, 1/2003, 1.
- Pluye, P., Potvin, L., & Denis, J.-L. (2004). Making public health programs last: conceptualizing sustainability. *Evaluation and Program Planning*, 27, 121-133.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation* (S. 281-298). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Scheirer, M.A. (2005a). The life cycle of an innovation: adoption versus discontinuation of the fluoride mouthrinse program in schools. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31, 203-215.
- Scheirer, M.A. (2005b). Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. *American Journal of Evaluation*, 26(3), 320-347.
- Shediach-Rizkallah, M.C. & Bone, L.R. (1998). Planning for the sustainability of community-based health programs: Conceptual frameworks and future directions for research practice and policy. *Health Education and Research*, 13, 87-108.
- Smith, B.J., Tang, K.C., & Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*, 21, 340-345.
- Stockmann, R. (2006): *Evaluation und Qualitätsentwicklung. Eine Grundlage für wirkungsorientiertes Qualitätsmanagement. Sozialwissenschaftliche Evaluationsforschung*, Band 5. Waxmann Verlag GmbH: Münster
- Trojan, A. & Legewie, H. (2001). *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt: VAS-Verlag.
- UNDP (2000). *Development Effectiveness. Review of Evaluative Evidence*. New York: UNDP.

Wir danken den Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen, Projektleitern/Projektleiterinnen und Führungspersonen der WEG-Betriebe für ihre Unterstützung dieser Studie sowie Herrn Dr. Franz Weissenböck und Mag. Philipp Hanak für das Führen der Telefoninterviews und Unterstützung bei der Auswertung.

