

# Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Band Nr. 2 aus der Reihe Wissen



Fonds Gesundes  
Österreich

# Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beauftragt vom Fonds Gesundes Österreich

Wien, 2011

## **Autorin und Autor**

Marion Vogt

Forschungs- und Beratungsstelle Arbeitswelt, Wien

Gerhard Elsigan

ppm forschung + beratung, Linz

## **IMPRESSUM**

### **Herausgeber:**

Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH

Kontaktperson: Dr. Klaus Ropin

Download unter [www.fgoe.org](http://www.fgoe.org)

**Grafische Gestaltung:** Sigma Tau Stummvoll KG, 1090 Wien

### **Zitervorschlag:**

Vogt, Marion; Elsigan, Gerhard (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Wissen 2), hg. v. GÖG/FGÖ, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien

# Inhalt

Einleitung	05
<b>1. Grundlegende Argumente und Hintergrundinformationen</b>	<b>07</b>
1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung – eine Einführung	07
1.2 Der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit bzw. Krankheit	08
1.3 Die Sinnhaftigkeit von BGF im Unternehmen	09
1.3.1 Demographischer Wandel	11
1.3.2 Betriebswirtschaftliche Argumente	12
1.4 Haltung / Unternehmenskultur / Anpassen an Betrieb	15
1.5 Vielfalt an Unternehmen	17
<b>2. Betriebliche Gesundheitsförderung - BGF</b>	<b>19</b>
2.1 Der Ablauf von BGF	19
2.2 Günstige Voraussetzungen	19
2.3 Planung von BGF und die Akteurinnen und Akteure im Betrieb	23
2.4 Erhebung der Ist-Situation	25
2.5 Gesundheitszirkel	26
2.6 Handlungs- bzw. Problemfelder	29
2.7. Evaluierung	33
2.8. Nachhaltigkeit	35
3. Liste der Interviewten Expertinnen und Experten	36
4. Liste der Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer	37
5. Literatur	38

## Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997)

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Arbeit kann krank machen. Arbeit kann aber auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern. BGF will diejenigen Faktoren beeinflussen, die die Gesundheit der Beschäftigten verbessern. Dazu gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.

BGF kann ihr Ziel „gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“ erreichen, wenn sie sich an den folgenden Leitlinien orientiert:

1. Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (Ganzheitlichkeit).

## Einleitung

Die etwa drei Jahrzehnte währende Auseinandersetzung von praktisch und theoretisch Arbeitenden mit dem Konzept der Gesundheitsförderung hat auf mehreren Ebenen eine respektable Menge von Material produziert, das für heutige Akteurinnen und Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) Unterstützung und Hinweise liefert. Aus Pilotprojekten haben sich standardisierte Vorgehensweisen herauskristallisiert, die Betriebe bei der erfolgreichen Umsetzung von BGF unterstützen. Parallel zu den praktischen Projekten und in Auseinandersetzung und Wechselwirkung mit den Projekten wurden Konzepte, Regeln und Leitlinien entwickelt, wie BGF angelegt und umgesetzt werden soll, um die Förderung der Gesundheit von arbeitenden Menschen im Betrieb zu erreichen. Dass dabei öffentliche und betriebliche Ressourcen eingesetzt werden, bewirkt, dass immer wieder auch danach gefragt wird, wie sich der Einsatz für BGF und der Nutzen für verschiedene Stakeholder zueinander verhalten. Ziel dieses Argumentariums ist es daher, diese Leitlinien, Konzepte und Regeln im Sinne des Nutzens von BGF in komprimierter Weise darzustellen, um Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderern und Beraterinnen und Beratern im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine Argumentationshilfe zu liefern. Die Basis dieses Argumentariums bilden

- » die in der wissenschaftlichen Literatur dokumentierten Anforderungen und Empfehlungen für BGF,
- » die Erfahrungen und Einschätzungen der praktisch in Entwicklungs- und Umsetzungsprojekten tätigen BGF-Expertinnen und -Experten sowie
- » die Evidenz und Hinweise darauf, ob und wie BGF wirkt und wie der Nutzen von BGF eingeschätzt werden kann.

Neben einer ausführlichen Literaturrecherche wurden in diesem Projekt erfahrene Expertinnen und Experten der BGF und aus Institutionen, die sich mit der Durchführung und den Auswirkungen von BGF aufgrund ihrer Position im Arbeitsschutz- bzw. Gesundheitssystem auseinandersetzen, in umfangreichen Interviews befragt<sup>1</sup>. Parallel dazu wurde recherchiert, welche Daten für Aussagen über die Wirksamkeit und den Nutzen von BGF zur Verfügung stehen. Zusätzlich wurde eine erste Version des Argumentariums in einem Workshop, an dem Expertinnen und Experten der BGF teilgenommen haben, diskutiert und anschließend modifiziert<sup>2</sup>. An dieser Stelle soll allen Gesprächspartnerinnen und -partnern sowie den Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmern für ihre Zeit und ihre eingebrachte Expertise, ohne die das vorliegende Argumentarium nicht möglich gewesen wäre, gedankt werden. Expertinnen- und Experten-Interviews und die Grundlagenliteratur decken sich inhaltlich zu einem großen Teil. Die Expertinnen und Experten geben darüber hinaus wertvolle Hinweise darauf, dass in vielen Bereichen die konkreten BGF-Vorhaben mit beträchtlicher Mühe an die jeweiligen Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Genannt werden soll hier vor allem die Betriebsgröße als einer jener Faktoren, der es notwendig macht, vorhandene Werkzeuge wie den Gesundheitszirkel zu modifizieren oder überhaupt durch methodische Neuentwicklungen zu ersetzen, damit der Anspruch auf Beteiligung der betroffenen Personen auch praktisch eingelöst werden kann.

---

1 Eine Liste mit den interviewten Expertinnen und Experten befindet sich am Ende des Dokuments.

2 Eine Liste mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops befindet sich am Ende des Dokuments.

Ernst genommen werden sollen Hinweise darauf, dass BGF nicht „automatisch“ alle Versprechen einlöst, die in den BGF-Konzepten gemacht werden:

In Bezug auf die bearbeiteten Fragestellungen und die dafür entwickelten Lösungen besteht die Gefahr einer Verengung auf verhaltensbezogene Maßnahmen: Ausgehend von der WHO-Konzeption wird zwar postuliert, dass Gesundheitsförderung sowohl die Arbeitsbedingungen als auch das persönliche Handeln anspricht. Aus vielerlei Gründen scheint es in der Praxis dann aber oft zu einer einseitigen Betonung des persönlichen Verhaltens zu kommen.

Auf der methodischen Ebene der BGF scheint zumindest ein Risiko zu bestehen, dass die Beteiligung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Verbesserungsprozess verwässert wird. Das wesentliche Beteiligungselement der BGF stellen Gesundheitszirkel oder ähnliche Arbeitsformen dar, die das Einbringen eigener Ideen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihr Mitwirken an der Entwicklung neuer Lösungen ermöglichen. Manchmal scheinen diese Elemente zu einer Gesundheitsbildungsveranstaltung zu mutieren, in der die bearbeiteten Fragestellungen als eine Art Lehrstoff vorgegeben werden. Dies gilt es natürlich zu vermeiden.

Letztlich ist es bei allem Verständnis für betriebliche Wirtschaftlichkeitsfragen unerlässlich, darauf zu achten, dass Gesundheit für alle im Betrieb Mitwirkenden ein Grundwert ist und nicht davon abhängig gemacht werden darf, ob sich ein betrieblicher Nutzen behaupten und berechnen lässt.

# 1. Grundlegende Argumente und Hintergrundinformationen

## 1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung – eine Einführung

Der in Österreich verwendete Begriff Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“<sup>3</sup>. Die englischsprachige Version der Luxemburger Deklaration verwendet synonym den Begriff „workplace health promotion – WHP“.

Anbieterinnen und Anbieter arbeitsmedizinischer Dienstleistungen benutzen den Begriff „Gesundheitsförderung“ häufig nicht in der breiten Bedeutung der Luxemburger Deklaration, sondern als Überbegriff für einzelne, häufig rein verhaltensbezogene Maßnahmen. Eine Durchsicht der Angebote unter dem Titel „Gesundheitsförderung“ auf den Homepages der in Österreich registrierten arbeitsmedizinischen Zentren bringt lediglich sieben Nennungen im Sinne der Luxemburger Erklärung und neun im Sinne personenbezogener verhaltensmodifizierender Maßnahmen<sup>4</sup>.

Die Begriffe „Gesundheitsförderungsprogramm“ und „Gesundheitsprogramm“ werden in einer Untersuchung des ökonomischen Nutzens von BGF synonym und ebenfalls ausschließlich im Zusammenhang mit Programmen zur Verhaltensmodifikation verwendet<sup>5</sup>.

In Deutschland wird der Terminus „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ zur Bezeichnung eines Pakets von BGF-Maßnahmen verwendet, die ausdrücklich Organisationsentwicklungselemente beinhalten und damit dem BGF-Verständnis des österreichischen BGF-Netzwerks entsprechen<sup>6</sup>.

Der WHO-Ansatz empfiehlt zusammenhängendes Agieren auf mehreren Aktionsebenen, um zur vollen Wirkung zu kommen<sup>7</sup>:

- » **Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik entwickeln:** Die Leitenden einer Organisation positionieren sich klar pro Gesundheit. Sie tun dies, indem sie ein BGF-Projekt initiieren oder die Initiative zur Durchführung eines derartigen Projekts unterstützen, und indem sie erkennbar Stellung beziehen. Mittel dazu sind u.a. schriftliche Vorinformationen über das geplante Projekt, die Teilnahme an innerbetrieblichen Veranstaltungen, schriftliche Stellungnahmen in Begleitpapieren zu Erhebungsbögen, etc. Je eindeutiger derartige Festlegungen geschehen, desto eher können sie von den in verschiedenen Funktionen am Projekt beteiligten Akteurinnen und Akteuren als Aufforderung, Ermutigung und Rückhalt verstanden und verwendet werden.

---

3 ENWHP 2007

4 Recherche vom 30. Oktober 2009. Dass die Entwicklung der Unternehmensorganisation häufig nicht im Zentrum der Aktivitäten von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern steht, unterstreichen auch auf BGF bezogene Beiträge und die Debatte auf der Jahrestagung 2009 der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. (Jäger 2009). Auch in der Ausbildung von Arbeitsmedizinerinnen und -medizinern gelingt es dabei derzeit offenbar nicht ausreichend, die verschiedenen Dimensionen Betrieblicher Gesundheitsförderung so zu vermitteln, dass der durch die Praxis des kurativen Systems geförderte eindimensionale Blick auf ungesundes Verhalten und Verhaltensmodifikationen wesentlich verändert wird. (Duncan-Mayerhofer 2009).

5 Helmenstein et al. 2004

6 Harlfinger/Wieg 2008, Scharinger (o.J.), Band „Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung“

7 Grossmann/Scala 1996

- » **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen:** Der Betrieb erstellt geeignete Regeln, baut Strukturen einschließlich der notwendigen Hardware (Maschinen, Werkzeuge) auf, entwickelt Betriebsabläufe, die einen unterstützenden Rahmen dafür bieten, sodass gesundes Verhalten gelebt werden kann. Hierzu gehört unter anderem die Umsetzung des unabhängig von ihrem Engagement für Betriebliche Gesundheitsförderung durch Gesetze und Verordnungen von den Betrieben geforderten Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzes.<sup>8</sup>
  
- » **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktivitäten unterstützen:** In der Einbeziehung und Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und der Eröffnung von Mitsprachemöglichkeiten liegt eine Chance der BGF, neue Ressourcen aufzubauen und anzuzapfen. Durch die organisierte und gelebte Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Beurteilung des jeweiligen Ist-Zustands und bei seiner Entwicklung hin zu mehr Gesundheit werden durch die Instrumente der BGF im Betrieb und bei den Akteurinnen und Akteuren Ressourcen freigesetzt, die ein eher traditioneller, stärker expertinnen- /expertenorientierter Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutz nicht oder nur sehr beschränkt mobilisieren kann.
  
- » **Persönliche Fähigkeiten der Menschen entwickeln:** Stärkung von Autonomie und Eigenverantwortung fördert die Fähigkeit, selbstständig zu handeln und dabei die eigene Gesundheit zu schützen und zu entwickeln. Dieser Ansatz steht allerdings jenem Verständnis von Eigenverantwortung diametral entgegen, das in Form einer generellen Schuldzuweisung Arbeitende für gesundheitlich negative Folgen ihres Arbeitshandelns verantwortlich macht. Der Zusammenhang mit gesundheitsförderlichen Strukturen ist unübersehbar – die gesündere Handlungsalternative muss aus der Sicht der Handelnden die leichtere Alternative werden.
  
- » **Professionelle Dienste (bezogen auf die Anforderungen der BGF) neu orientieren:** Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik sind traditionell expertinnen-/expertenlastig (beide Gruppen verstanden sich häufig als eine Art – entlang ihrer jeweiligen Wissenschaft agierenden – Gutachterinnen und Gutachter). Umorientierung (Entwicklung entsprechender Organisationsstrukturen, Handlungsmuster und persönlicher Fähigkeiten) meint u.a. stärkere und kommunikativere Einbindung ins betriebliche Geschehen, Orientierung auf stärkere Beachtung der Arbeitsumstände als Ganzes und im Detail.<sup>9</sup>

## 1.2 Der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit bzw. Krankheit

Über krankmachende Faktoren in der Arbeitswelt existiert eine Menge an Wissen, das allerdings eher Expertinnen und Experten in ihren jeweiligen Wissenschaften zur Verfügung steht (Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, andere technische und sozialwissenschaftliche Disziplinen). Die Arbeitsschutzvorschriften stellen einen Versuch dar, Teile dieses Wissensbestands für den Gesundheitsschutz im Betrieb nutzbar zu machen. Gemeinsames Merkmal ist in der Regel die defensive Herangehensweise, indem

<sup>8</sup> ASchG 1994 in der jeweils geltenden Fassung etc.

<sup>9</sup> Die Anforderung nach entsprechender Neuorientierung gilt selbstverständlich auch für andere im Rahmen der Präventionszeiten eingesetzte Expertinnen und Experten.

Belastungen und ihre negativen Gesundheitsfolgen identifiziert und durch gesetzliche Regeln gepaart mit Expertinnen- und Experten-Wissen abgewehrt werden. Meist nutzen Unternehmen das Wissen über Ursachen von physischen und psychischen (chronischen) Krankheiten im Zusammenhang mit Arbeitsbedingungen, Arbeitstätigkeiten oder Arbeitsumgebung zurzeit noch zu wenig<sup>10</sup>.

Dass Arbeit als gesundheitsfördernder Faktor gesehen werden kann, steht in der Regel im Hintergrund. Prinzipiell gilt es, den Entscheidungsträgerinnen und -trägern in den Unternehmen ein Bild davon zu zeichnen, wie gesunde Betriebe aussehen können. Im Bereich der Fähigkeiten der Beschäftigten bedeutet dies beispielsweise, dass diese auf Dauer weder unter- noch überfordert sind, da sowohl Unter- als auch Überforderung gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen haben kann (Bore- und Burn-out). Die Beschäftigten haben außerdem die Möglichkeit, sich persönlich weiterzuentwickeln und sich selbstverständlich in die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz einzubringen. Vorgesetzte unterstützen und fördern ein gutes Betriebsklima. Darüber hinaus ist die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gegeben. Bedingungen, die erfüllt sein müssen, sodass die im Betrieb ablaufenden Prozesse gesundheitsfördernd und nicht krankheitsfördernd wirken, sind bspw. ein subjektiver Sinn der Arbeit, Verstehbarkeit der Arbeitszusammenhänge und Entscheidungsprozesse, vertrauensvolle Zusammenarbeit, Vielfalt der Kooperations- und Kommunikationsmöglichkeiten, Vollständigkeit der Arbeitsaufgaben und Verschiedenartigkeit bzw. Wechsel verschiedener Tätigkeiten, ein hohes Ausmaß an Handlungsspielraum und Verantwortung, Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die zugeteilten Aufgaben auch lösen zu können, und ein positives Verhältnis zwischen dem Aufwand und der Entlohnung bzw. sozialen Anerkennung.

Eine gesunde Organisation ist darüber hinaus von folgenden Aspekten gekennzeichnet: moderates Ausmaß sozialer Ungleichheit; ein großer Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln; hohe Transparenz von Entscheidungen und Prozessen; häufige Beteiligungsmöglichkeiten an Willensbildung und Entscheidungsfindung; hohe Qualität aller Führungsebenen; hohe Stabilität und Qualität der sozialen Beziehungen; hohe team- und abteilungsübergreifende Vernetzung; starkes Vertrauen und Zusammenarbeit; hohe sinnstiftende Aufgabenstellung; hohe Identifikation mit Aufgaben und Zielen des Unternehmens; große Handlungsspielräume bei der Arbeit; hohe und verbreitete fachliche Qualifikationen und hohe und verbreitete soziale Kompetenzen.

Moderne Unternehmen und andere Organisationen verlangen von ihren Mitarbeitenden das Lösen häufig recht komplexer Aufgaben, die selten im Vorhinein detailliert festgelegt werden können. Dies erfordert auf praktisch allen Ebenen freiwilliges, engagiertes und auf die Unternehmensziele bezogenes Mitdenken und Mitmachen. Wer sich um gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kümmert, fördert das freiwillige Engagement in betrieblichen Angelegenheiten.

### 1.3 Der Nutzen von BGF im Unternehmen

Betriebliche Gesundheitsförderung hat auf mehreren Ebenen Auswirkungen sowohl auf das Unternehmen als auch auf die Mitarbeitenden, denn sie bewirkt Verbesserungen in den Arbeitsbedingungen, im

---

<sup>10</sup> ENWHP 1999, Greef/Broek 2004, Kohlbacher/Meggeneder 2006, Dür/Fürth 2006, Bertelsmann-Stiftung/Hans Böckler Stiftung ohne Jahr, Atzler 2008, Scharinger 2006, Hirtenlehner/Meggenlehner 2007, Gröben/Ulmer 2004, Kriener 2002

Arbeitsklima und in den Organisationsprozessen. Betriebliche Gesundheitsförderung bringt somit die Interessen der Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber als auch der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Deckung und führt zu einer Win-win-Situation.

Die Erfahrung<sup>11</sup> hat gezeigt, dass der Betrieb nicht nur durch verbesserte Arbeitsabläufe, eine gestiegene Identifikation der Beschäftigten mit dem Unternehmen, ein verbessertes Image, eine bessere Position am Arbeitsmarkt, erhöhte Kundinnen- und Kundenzufriedenheit, weniger Fluktuation und höhere Produktivität gewinnt, sondern auch durch geringere Kosten, die durch Verringerung der durch Unfälle und Krankheiten verursachten Fehlzeiten entstehen. Wenn sich die Fluktuation verringert, dann reduzieren sich auch die Kosten für die Rekrutierung und die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Eine höhere Leistungsfähigkeit fördert die Qualität der Produkte und Dienstleistungen und es entstehen weniger Mängel, Verzögerungen und Nacharbeiten, was wiederum die Kundinnen- und Kundenzufriedenheit erhöht und somit zu einem verbesserten Image des Betriebes beiträgt.

### Durch die umfassende Berücksichtigung von BGF in Unternehmen <sup>12</sup>

- steigt die **Produktivität**
- steigt die **Kundinnen- und Kundenzufriedenheit**
- verbessert sich das **Image** des Unternehmens
  
- verbessern sich **Arbeits-, Organisations- und Prozessabläufe**
  
- steigt die **Leistungsfähigkeit** der Beschäftigten
- steigt die **Zufriedenheit** mit der Arbeit und dem Unternehmen
- fühlen sich **Mitarbeitende** wertgeschätzt
- steigt die **Motivation** der Beschäftigten
- steigt die **Loyalität** der Beschäftigten
- steigt die **Identifikation** der Mitarbeitenden mit dem Betrieb
  
- verbessern sich das **Arbeitsklima** und der Umgang miteinander
- verringert sich das **Stressniveau**
- sinkt das Risiko von **Burnout** und **Mobbing**
- verringern sich die Kosten aufgrund geringerer **Fluktuation**
- verbessert sich die **Gesundheit** der Mitarbeitenden
- verringern sich die Kosten aufgrund einer Reduktion von **Unfällen** und **Krankenständen**.

<sup>11</sup> ENWHP 1999, Greef/Broek 2004, Kohlbacher/Meggeneder 2006, Dür/Fürth 2006, Bertelsmann-Stiftung/Hans Böckler Stiftung ohne Jahr, Atzler 2008, Scharinger 2006, Hirtenlehner/Meggenlehner 2007, Gröben/Ulmer 2004, Kriener 2002

<sup>12</sup> Das Europäische Netzwerk der Unternehmen für Gesundheit hebt die Kostenreduktion, die Förderung von Innovation und Produktivität, die Meisterung der durch den demographischen Wandel entstandenen Herausforderung und zufriedene Beschäftigte und Kundinnen und Kunden hervor.

Die Beschäftigten hingegen profitieren durch einen verbesserten Gesundheitszustand, bessere Lebensqualität, höhere Motivation, mehr Arbeitszufriedenheit, die Reduktion von Belastungen, weniger Unfälle und Erkrankungen. Darüber hinaus verfügen sie über höhere Eigenverantwortung, höheres Gesundheitsbewusstsein und mehr Motivation. Die durch BGF ausgelösten Veränderungen tragen ihrerseits wiederum zur Unternehmensleistung und zum Erreichen von Unternehmenszielen bei.

Betriebliche Gesundheitsförderung deckt Schwachstellen im Betrieb auf. Manchmal sind den Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Betrieb Problembereiche bereits bewusst, sie wissen jedoch nicht um die Möglichkeit, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Erarbeiten machbarer Lösungen zu beteiligen. Studien haben darüber hinaus ergeben, dass Führungskräfte und Unternehmerinnen bzw. Unternehmer den Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung sowohl für die Mitarbeitenden als auch für den Betrieb als hoch bewerten, ihn dennoch für die Mitarbeitenden höher als für die Unternehmen einschätzen.

Die Skepsis der Unternehmen gegenüber BGF<sup>13</sup> verringerte sich aufgrund mehrerer Aspekte. Zum einen dienten Beispiele aus der Praxis und das Serviceangebot der Krankenkassen über deren BGF-Netzwerk dazu, Wissen und Verständnis in Bezug auf die Verfahren und Werkzeuge der BGF zu erhöhen. Zum anderen wirkt dieser Skepsis eine verbesserte Kenntnis der Zusammenhänge zwischen Krankheit, arbeitsbedingten Fehlbelastungen, Führungsverhalten, Kommunikationskultur und betrieblicher Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit entgegen. Auch Ängste und Vorbehalte der Unternehmen vor unerfüllbaren Wünschen der Mitarbeitenden und Konflikten wurden durch zahlreiche Beispiele reduziert.

BGF kann kurzfristig jedoch auch zu nicht erwünschten Veränderungen führen: So können durch die höhere Sensibilität in Bezug auf die eigene Gesundheit kurzfristig die Krankenstände steigen. Die höhere Körperwahrnehmung und Sensibilität bzgl. der eigenen Gesundheit kann bewirken, dass sie kurzfristig schlechter eingeschätzt wird. Ebenfalls kurzfristig kann es aufgrund erhöhter Sensibilität zu einer kritischeren Beurteilung der Führungskräfte bzw. der unmittelbaren Vorgesetzten kommen. Alle drei genannten Aspekte müssen nicht zwangsläufig eintreten, können aber zumindest kurzfristig gerade engagierte Entscheidungsträgerinnen und -träger und andere Akteurinnen und Akteure irritieren.

### 1.3.1 Demographischer Wandel

Die Altersstruktur in den Betrieben wird sich in den nächsten Jahren verändern. Einerseits wird ein beträchtlicher Teil der Beschäftigten (Baby-Boom-Generation) in Pension gehen. Deshalb ist es notwendig, die altersmäßige Verteilung der Mitarbeitenden im Unternehmen zu beobachten, um die Nachfolge von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in für das Unternehmen wichtigen Positionen zu regeln sowie den Verlust von Wissen und Erfahrung zu vermeiden.

Andererseits werden zukünftig aufgrund der Alterung der Bevölkerung vielen älteren Beschäftigten wenige junge Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüberstehen. Der Weg in die Frühpension wird sehr häufig nicht gegeben sein. Aus diesem Grund werden die Beschäftigten bis zum Antritt der Alter-

---

13 Slesina 2008

sension im Betrieb tätig sein (müssen). Das erfordert von den Betrieben zwangsläufig, sich intensiver der Gesundheit, der Arbeitsbewältigungsfähigkeit und dem Wohlbefinden der Beschäftigten zuzuwenden und die Arbeitsbedingungen so zu gestalten, dass die Mitarbeitenden nicht nur ihre Gesundheit erhalten, sondern auch fördern können. Auf diese Art wird gewährleistet, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lange leistungsfähig, aber auch leistungsbereit bleiben. BGF stellt einen Weg dar, sich aus einer ganzheitlichen Perspektive heraus der Gestaltung von alternsgerechten Arbeitsbedingungen zuzuwenden, wodurch dem demographischen Wandel und seinen Auswirkungen wirksam begegnet werden kann.

Der demographische Wandel bewirkt schließlich auch, dass insgesamt weniger Arbeitskräfte am Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen werden. Aus diesem Grund ist es nicht nur notwendig, Schlüsselkräfte und Erfahrungswissen im Betrieb zu halten, sondern darüber hinaus auch, sich als attraktive Arbeitgebende am Markt zu positionieren, um die Rekrutierung von gut qualifizierten Arbeitskräften sicherzustellen.

### 1.3.2 Betriebswirtschaftliche Argumente

Betriebswirtschaftliche Argumente beziehen sich in erster Linie auf die Kosten und den Nutzen, und dies in zweierlei Weise:

- » Kosten für die Durchführung von Gesundheitsförderung (Zeit- bzw. Geldaufwand für die Teilnahme an Gesundheitszirkel, Steuerungsgruppe, Maßnahmendurchführung, etc.) und Return on Investment (ROI)
- » Kosten, die durch Betriebliche Gesundheitsförderung aufgrund höherer Produktivität, geringerer Fluktuation und geringeren Krankenständen eingespart werden können

Besonders die Reduktion der Krankenstände als Folge von Gesundheitsförderung und der ROI gelten als gute Möglichkeit, Betriebe für BGF zu interessieren und einen Fuß in die Tür zu bekommen. Gleichzeitig muss in der Argumentation mit betriebswirtschaftlichen Kennzahlen und Kosteneinsparungen mit Vorsicht vorgegangen werden. Einerseits könnten Erwartungen geweckt werden, die sich eventuell so nicht erfüllen lassen, wie bspw. der häufig zitierte ROI von 1:3. Andererseits können Krankenstände während des BGF-Pilotprojektes ansteigen, was auf eine erhöhte Sensibilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ihre eigene Gesundheit und nicht auf den Misserfolg von BGF zurückgeführt werden kann. Neuartige Maßnahmen wie Krankenrückkehrgespräche, deren theoretische Intention zwar eine durchaus positive ist, können in der betrieblichen Praxis allerdings rasch zu einem Mittel der Kontrolle und Macht mutieren und Mitarbeitende dadurch eher zur Abwehr als zur Beteiligung motivieren.

Ein weiterer Grund, vorsichtig mit betriebswirtschaftlichen Argumenten umzugehen, liegt darin, dass es zu einer Fokussierung auf Krankenstände kommen kann, weil sie leicht erfassbar und bewertbar sind, während für das Erfassen komplexerer Maßnahmen im Sinn einer ganzheitlichen BGF keine geeigneten Werkzeuge zur Verfügung stehen.<sup>14</sup> Es fühlen sich dann eher Betriebe angesprochen, deren

---

<sup>14</sup> Second working meeting of the ROWER project – Repository of Occupational Well-being Economics Research, Sandanski, 15-16 April 2010, proceedings.

Fokus betriebswirtschaftliche Kennzahlen darstellen, die aber der Intervention in andere Faktoren, wie bspw. Führungsverhalten oder Arbeitsklima, ablehnend gegenüberstehen. Ins Zentrum rückt die Reduktion der Krankenstände, aber der Fokus auf Entscheidungen und ihre Relevanz für die Gesundheit rutschen ins Abseits und eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ist somit nicht mehr möglich.

### **Krankenstände als Argumentationshilfe**

Die Schwerpunktsetzung insbesondere auf Krankenstände stellt außerdem eine defizitorientierte Herangehensweise dar. Eine andere Herangehensweise und somit Abkehr von einer defizitorientierten Sichtweise kann darin bestehen, den Fokus auf jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu lenken, die im Betrieb anwesend, also nicht im Krankenstand sind, und mit diesen in einen anerkennenden Erfahrungsaustausch zu treten<sup>15</sup>.

Ein modernes Unternehmen braucht gesunde und loyale Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter: Die Kontrolle wirklich oder angeblich kranker Beschäftigter (Krankenstandskontrolle) führt höchstens zu höherer Anwesenheit, nicht automatisch zu entsprechendem Engagement, schon gar nicht zu mehr Loyalität. In diesem Zusammenhang soll auch auf die Problematik des Präsentismus hingewiesen werden<sup>16</sup>.

In Zeiten wirtschaftlicher Krisen oder bei starker Fokussierung auf die Krankenstände bleiben Beschäftigte aus Angst um ihren Arbeitsplatz, auch wenn sie krank sind, nicht zu Hause, sondern gehen in die Arbeit. Ihre Leistungsfähigkeit ist aufgrund der Krankheit eingeschränkt, sie könnten ihre Kolleginnen und Kollegen anstecken oder sie brauchen im Anschluss länger, um wieder gesund zu werden und sind deshalb letztlich länger im Krankenstand und verursachen daher höhere Kosten.

Auf der anderen Seite bieten die Krankenstandsdaten Firmen einen (oftmals ersten) Einblick in das Krankheitsgeschehen ihres Unternehmens. Krankenstandsdaten eignen sich in diesen Fällen als ein Ausgangspunkt für die Kontaktaufnahme oder das Erstgespräch durch Beraterinnen und Berater bzw. Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer mit den Unternehmen. Jedoch sollte ihnen nicht das Hauptaugenmerk gewidmet werden. In einigen Betrieben stellen sich zwar die Krankenstände im Unternehmen als Ausgangsproblem dar, aber beim Erstgespräch können die dahinter liegenden Ursachen bereits zum Tragen kommen.

Krankenstandsdaten zu Beginn des BGF-Projektes zu analysieren kann dazu dienen, die dadurch entstehenden direkten Kosten durch Lohnfortzahlungen, Kosten für das Organisieren von Ersatzarbeitskräften und Folgekosten krankheitsbedingter Verzögerungen aufzuzeigen und klarzulegen, dass bei einem anderen Einsatz des Personals und durch Schutzmaßnahmen Krankenstände reduziert und somit Kosten gespart werden können. Krankenstandsdaten können sowohl in einem Vergleich mit anderen Unternehmen in der Branche als auch als Indikator für die Festlegung eines Zielbereiches herangezogen werden, um die Notwendigkeit von Maßnahmen im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz darzulegen und auf den Zusammenhang von Krankenständen und Arbeitsbedingungen und somit auf Einflussbereiche von BGF hinzuweisen. Jedoch hat die Erfahrung gezeigt, dass es sich um

---

<sup>15</sup> Meggeneder 2005

<sup>16</sup> Meggeneder 2005, Aronsson et al. 2000

einen sehr schwierigen, langsamen Prozess handelt und die Krankenstandsdaten nur mit Vorsicht in die Diskussion einzubringen sind. Die Reduktion der Krankenstände kann also als Argument für BGF eine Eintrittskarte in das Unternehmen darstellen, keinesfalls soll es aber als alleiniges Motiv dienen, BGF im Betrieb zu initiieren. Die Erfahrung hat zudem gezeigt, dass Krankenstände oftmals für die Implementierung einer ganzheitlichen BGF nicht ausschlaggebend sind, sondern nur als Unterstützung der Argumentation dienen.

### **Fluktuation und ihre Kosten**

Neben den durch Krankenstände verringerten Kosten werden durch BGF auch die Kosten der Fluktuation im Betrieb verringert. Zu diesen Kosten zählen nicht nur der zeitliche und finanzielle Aufwand für die Personalrekrutierung, sondern auch die Einarbeitungskosten, die geringere Produktivität zu Beginn der Arbeitsaufnahme und die Integration nicht nur in die Arbeitsaufgaben, sondern auch in das soziale Gefüge im Betrieb. BGF hilft nun aber, die Kosten der Fluktuation gering zu halten.

### **Schwierigkeiten betriebswirtschaftlicher Argumente**

Unterschieden werden können wirtschaftlicher Nutzen auf der Ebene des Betriebs und der Volkswirtschaft sowie monetär nicht bewertbare Nutzeneffekte im Betrieb und in der Gesellschaft.

Fragen der ökonomischen Bewertung (einschließlich der Operationalisierung von Ergebnissen) von Gesundheitsarbeit im Betrieb und BGF-Maßnahmen waren in den vergangenen zwei Jahren Thema mehrerer EU-Forschungsprojekte<sup>17</sup>. Bisherige Ergebnisse bzw. Erfahrungen aus diesen Projekten und thematisch ähnlich gelagerten Vorhaben wurden im Rahmen von zwei Workshops vorgestellt<sup>18</sup>. Die Referentinnen und Referenten betonten einerseits die grundsätzliche Problematik der ökonomischen Bewertung von Maßnahmen und ihren Folgen in komplexen betrieblichen Gesundheitsvorhaben. Andererseits wurden Beispiele vorgestellt, in denen aufgewendete Mittel und Ergebnisse gegenübergestellt werden konnten. Deutlich wurde allerdings, dass Aussagen über den Aufwand in Relation zum Erfolg leichter auf einer relativ hoch aggregierten Ebene, wie Branchen und Regionen, und entlang weniger Dimensionen möglich scheinen.

So inkludierte das niederländische Projekt „Covenants“<sup>19</sup>, das Interventionen und Auswertungen auf Branchenebene durchführte bzw. erstellte, die fünf Projektziele Krankenstände, mentalen Stress, physische Belastungen (wie bspw. Heben), beanspruchte Invaliditätsentschädigungen und „Repetitive Strain Injury“<sup>20</sup>. Innerhalb der Gesamtlaufzeit des Projekts (1999-2005) wurden insgesamt 52% der holländischen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erfasst. Dabei wurden 41% der messbaren Ziele voll, 36% teilweise und 23% überhaupt nicht erreicht. Die Evaluation ergab einen Gesamtmitteleinsatz von 303 Millionen Euro und eine berechenbare Kosteneinsparung von 2,7 Milliarden Euro. In einer Schätzung rechnet Veerman diese 2,7 Milliarden zu einem Drittel dem Projekt selbst und zu zwei

<sup>17</sup> Economic Dimension of Occupational Safety and Health ([www.ECOSH.eu](http://www.ECOSH.eu)) und Repository of occupational well-being repository research ([www.rover-eu.eu](http://www.rover-eu.eu)), beide Projekte laufen seit 2009.

<sup>18</sup> ECOSH Workshop Amsterdam 17/18 Sep 2009; ECOSH Workshop Bilbao 16. Okt. 2009 (Teilnahme durch Gerhard Elsigan)

<sup>19</sup> T Veerman, Vortrag am ECOSH Workshop Bilbao am 16. Nov. 2009

<sup>20</sup> „Repetitive Strain Injury“ wird als „Unterarm-/Handbeschwerden aufgrund repetitiver Belastungsreaktionen des Gewebes“ übersetzt und in deutschsprachigen Texten oft als „Mausarm“ bezeichnet.

Dritteln anderen Umständen zu, insbesondere der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, das ergibt auf der Ebene der Gesamtheit der von den „Covenants“ erfassten Branchen, dass pro eingesetztem Euro drei Euro messbarer Nutzen gestiftet wurde.

## 1.4 Haltung / Unternehmenskultur / Anpassen an Betrieb

Prinzipiell kann zwischen drei Typen von Unternehmen unterschieden werden:

- » Unternehmen, in denen die Entscheidungsträgerinnen und -träger nicht sensibilisiert sind und aufgrund ihrer Haltung bzw. Unternehmensführung nicht von Gesundheitsförderung überzeugt werden können
- » Unternehmen, in denen die Entscheidungsträgerinnen und -träger nicht sensibilisiert sind, aber BGF durch die nötige Information offen und aufgeschlossen gegenüber stehen würden. In einzelnen Fällen existieren bereits bestimmte Problembereiche im Unternehmen, die sich auf die Motivation, die Gesundheit, das Personal oder die Produktivität beziehen<sup>21</sup> und mit BGF gelöst werden könnten. Allerdings wissen die Betriebe nicht immer über diese Möglichkeit Bescheid.
- » Unternehmen, in denen die Entscheidungsträgerinnen und -träger für das Thema „Arbeit und Gesundheit“ sensibilisiert sind und auch gerne BGF in ihrem Unternehmen integrieren wollen. Dieser Typus soll im Folgenden die so genannten Überzeugten genannt werden.

Mit diesem Argumentarium sollen nur die beiden letzten Typen angesprochen werden, da eine ganzheitliche BGF in den erstgenannten Betrieben nicht umgesetzt werden kann<sup>22</sup>. Denn eine fehlende Wertschätzung oder ein defizitorientiertes Verständnis der Geschäftsführung von Gesundheit werden ebenso wie eine paternalistische Unternehmensleitung BGF wenn nicht verhindern, dann jedenfalls sehr erschweren.

Die Typologie legt bereits nahe, dass es sich hauptsächlich um die Einstellungen und Glaubenssätze der Entscheidungstragenden (Geschäftsführung, Vorstand, Personalverantwortliche, etc.) in den Betrieben handelt, die BGF ermöglichen oder nicht. Daraus leiten sich mehrere Aspekte ab: Erstens ist es wesentlich leichter, BGF zu institutionalisieren, wenn Personalverantwortliche von sich aus bspw. aus persönlicher Betroffenheit aktiv werden. Zweitens gilt es auch gerade die Personalverantwortlichen mit Aspekten, die sie selbst betreffen, zu erreichen, was über Themen wie bspw. Stress oder hohe psychische Belastungen gelingen kann. Drittens: Wenn Gesundheit im Allgemeinen ein relevantes Thema für Entscheidungsträgerinnen und -träger ist, dann ist es auch die Gesundheit am Arbeitsplatz. Daraus leiten sich auch Themenfelder ab, mit denen unterschiedliche Betriebe erreicht werden können: Krankenstandsdaten sowie Kosten-Nutzen-Relationen können eher in Unternehmen, bei denen die Frage nach dem Output im Vordergrund steht, angesprochen werden<sup>23</sup>. Bei ihnen können eher Argumente, wie die Attraktivität als Arbeitgeberin bzw. Arbeitgeber und das Binden von Mitarbeitenden an das Unternehmen, hilfreich sein. Prinzipiell ist es in diesen Unternehmen notwendig, auf den hohen

<sup>21</sup> Gröben/Ulmer 2004, Europäische Stiftung 1998, Greef/Broek 2004, BGF-Netzwerk 1999 (Meggeneder)

<sup>22</sup> siehe Einleitung

<sup>23</sup> Zu den Schwierigkeiten, sich ausschließlich auf Krankenstände zu beziehen, siehe Kapitel 1.3.2

Stellenwert der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für den Betrieb und auch darauf hinzuweisen, dass diese sich im Unternehmen wohl fühlen und in einem bestimmten gesundheitsförderlichen Rahmen arbeiten sollen, was sich wiederum mittel- und langfristig auf das Betriebsergebnis auswirkt. Hier ist jedoch wiederum die Problematik<sup>24</sup> angesprochen, dass Unternehmen die Mitarbeitenden als Kostenfaktor und nicht als Ressource für ihren wirtschaftlichen Erfolg sehen.

Mitarbeitende als Ressourcen zu sehen zahlt sich jedoch aus: Nicht nur stellt einerseits die Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einen wichtigen Faktor für den ökonomischen Erfolg eines Unternehmens dar und steigern andererseits Investitionen in die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Unternehmenswert, sondern es stellte sich bei der Berechnung der Folgekosten von mangelnder Gesundheit auch heraus, dass den Betrieben enorme Chancen durch vermindertes Engagement, gehäufte Fehlerraten und in der Folge verminderte Produktivität entgehen können. Diese Kosten wurden annähernd gleich hoch wie die direkten Folgekosten von Krankheit für die Betriebe eingeschätzt<sup>25</sup>.

**„Es ist selbstverständlich,  
die Wartung von Maschinen durchzuführen. Mit BGF wird auch die  
Investition in die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu einer Selbstverständlichkeit.“**

*Brigitta Gruber, @rbeitsleben*

Die so genannten Überzeugten sind eher der Meinung, dass sich Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten lohnen, da Gesundheit positiv besetzt ist und die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und die Erhöhung ihrer Motivation im Mittelpunkt stehen. In diesen Fällen lohnt es sich, dass die Beraterinnen und Berater bzw. Gesundheitsförderinnen und -förderer bei der Akquisition bzw. beim Erstgespräch die Möglichkeit erwähnen, durch BGF ein Feedback der Mitarbeitenden zu erhalten.

Wichtig zu bedenken ist, dass Betriebe, die sich für BGF entscheiden und auf ihre Prozesse einlassen, bereits im Vorfeld dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz gegenüber aufgeschlossen sind. Dies bedeutet, dass man die Unternehmen immer dort abholen muss, wo sie in ihrer Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz gerade stehen, auf dem aufbaut, was bereits in den Betrieben vorhanden ist, und nicht versucht den gesamten Betrieb neu zu gestalten.

Die Kunst besteht also darin, jene Aspekte bei Akquisition und beim Erstgespräch anzusprechen, die im Betrieb gerade ein Thema sind und das Unternehmen dort abzuholen, wo es gerade steht.

<sup>24</sup> Bertelsmann-Stiftung/Hans Böckler Stiftung ohne Jahr, Atzler 2008, Kohlbacher/Meggeneder 2006

<sup>25</sup> Bertelsmann-Stiftung 2002

## 1.5 Vielfalt an Unternehmen

Unternehmen unterscheiden sich nach Branche, nach Betriebsgröße, nach Standorten, nach Produktions- oder Dienstleistungsbetrieb, etc. Prinzipiell kann BGF von allen Unternehmen in Angriff genommen werden, unabhängig von ihrer Größe, Branchenzugehörigkeit, Regionalität, gleichgültig ob es sich um einen produzierenden Betrieb oder einen Dienstleistungsbetrieb handelt. Dennoch ergeben sich daraus unterschiedliche Merkmale, die bedacht werden sollen.

Die wohl wichtigste Unterscheidung ist jene nach der Betriebsgröße. Die Vorteile von größeren Unternehmen liegen auf der Hand: Nicht nur verfügen sie eher über die finanziellen Mittel, BGF durchzuführen und nachhaltig zu implementieren, sondern durch vorhandene Strukturen (z.B. Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner und Sicherheitsfachkräfte) ist auch eher dafür gesorgt, dass einschlägiges Know-how im Betrieb aufgebaut wird und verfügbar bleibt. Große Betriebe erreicht man leichter, wenn man den demographischen Wandel und die Altersstruktur des Unternehmens in den Mittelpunkt der Bemühungen stellt.

In kleinen und mittleren Betrieben mag vielleicht nicht einmal der Arbeitnehmerinnen- / Arbeitnehmerschutz ordnungsgemäß erfüllt sein, allerdings kann aufgrund persönlicher Beziehungen die Verantwortung den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und ihrer Gesundheit gegenüber durchaus größer sein. Es ist jedoch notwendig, den BGF-Kreislauf an die Gegebenheiten von kleinen Unternehmen anzupassen und eventuell an Stelle eines Gesundheitszirkels, der mitunter zu aufwändig erscheint, andere Methoden anzuwenden. In KMUs können die Fremdheit der BGF-Strukturen und des BGF-Ablaufes zu Schwierigkeiten in der Akquisitionsphase und beim Erstgespräch führen, da Entscheidungen in kleineren Betrieben in kleinerem Kreis und nach weniger formalisierten Verfahren getroffen werden und weniger strukturiert, strategisch und geplant ablaufen.

Die fehlenden finanziellen Mittel können manchmal durch die Beteiligung an Pilotprojekten der BGF-Leitinstitutionen, dem Fonds Gesundes Österreich und den Gebietskrankenkassen, wettgemacht werden. Jedoch kann dies auch dazu führen, dass BGF nur stattfindet, solange die externe Unterstützung sichergestellt ist. Sobald sich die Beraterinnen und Berater und die öffentlichen Einrichtungen aber zurückziehen, kann dies das Ende der BGF bedeuten, was ihrer Kernidee der Nachhaltigkeit widerspricht. Eine Möglichkeit, auch kleine Betriebe für BGF zu interessieren, besteht darin, betriebsübergreifende Lösungen – bspw. BGF-Verbünde innerhalb einer Branche oder einer Region – zu initiieren und eine für die BGF-Umsetzung zuständige Stelle zu schaffen und Personen dafür zu qualifizieren.<sup>26</sup>

Es gibt noch weitere Merkmale, die mit der Betriebsgröße korrelieren können, die förderlich oder hinderlich für BGF sein können. Wenn Controlling, Projektmanagement, Personal- oder Organisationsentwicklung in Unternehmen vorhanden sind, dann ist es einfacher, Interesse für BGF zu wecken. Gleichzeitig sind Ängste vor einer Veränderung der Organisation besonders hinderlich. Außerdem

<sup>26</sup> vgl. die BGF Projekte WAGE Winning Age Getting Future (<http://wage.netzdesign.at>), WEG „Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“ (Scharinger, o.J.), SWITCH2006 (<http://www.switch2006.at>), GGG (<http://www.sozialplattform.at>), Regionenprojekt Melk der NÖGKK (<http://www.noegkk.at>).

braucht es eine personalverantwortliche Person, deren Aufgabenspektrum über die Lohnverrechnung hinausgeht und die neuen Ideen aufgeschlossen gegenüber steht.

Ebenso negativ wirken sich eine kurzfristige Perspektive im Geschäftsablauf oder nur kurzfristig bestehende Verträge der Entscheidungstragenden aus, da damit Investitionen in ein längerfristiges Programm, wie Betriebliche Gesundheitsförderung eines darstellt, von vornherein nicht angedacht werden.

## 2. Betriebliche Gesundheitsförderung - BGF

### 2.1 Der Ablauf von BGF

Die in der Luxemburger Deklaration festgehaltenen Qualitätskriterien Partizipation (Einbezug der gesamten Belegschaft), Integration (Berücksichtigung aller Unternehmensbereiche), Projektmanagement (systematische Planung und Durchführung) und Ganzheitlichkeit (verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen) müssen bei der Gestaltung von BGF eingehalten werden.

Eine Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Unternehmensleitung und des Betriebsrats, der Projektleitung, den Präventivfachkräften, Arbeitspsychologinnen und -psychologen und der Sicherheitsvertrauensperson<sup>27</sup>, soll eingerichtet werden. Diese ist mit den notwendigen Entscheidungskompetenzen auszustatten. Externe Beraterinnen und Berater werden häufig beigezogen. In einem ersten Schritt geht es darum, Ziele, gegebenenfalls in operationalisierte Unterziele unterteilt, festzulegen. Die Ist-Analyse umfasst eine Mitarbeiterinnen-/ Mitarbeiterbefragung und die Auswertung vorhandener Daten, wie bspw. Krankenstandsgeschehen, Fluktuation, etc. Im Anschluss daran finden Gesundheitszirkel statt, in denen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Begleitung von Moderatorinnen bzw. Moderatoren ihre Arbeitsplätze und Arbeitsbedingungen analysieren und sowohl vorhandene Ressourcen bestimmen als auch Verbesserungsvorschläge erarbeiten.

Die Mitglieder und/oder die Moderatorinnen bzw. Moderatoren der Gesundheitszirkel präsentieren die Ergebnisse in der Steuerungsgruppe, die diese dann in eine Rangordnung bringt und über deren Umsetzung entscheidet. Die Projektleitung ist damit beauftragt, die Maßnahmendurchführung zu planen, während die Steuerungsgruppe diesen Prozess überwacht und evaluiert. Der Maßnahmenplanung folgt deren Umsetzung. Die Maßnahmen werden in einem vorläufig letzten Schritt evaluiert, wodurch sich der Kreislauf schließt. Die Steuerungsgruppe muss sich dabei auch damit auseinandersetzen, wie BGF in die Unternehmensstrukturen nachhaltig integriert werden kann. Der BGF-Kreislauf soll damit in den Regelbetrieb übergeführt werden.

### 2.2 Günstige Voraussetzungen

BGF soll auf den Bedingungen, die im Betrieb vorfindbar sind, aufsetzen. Es ist im Zuge von Betrieblicher Gesundheitsförderung nicht notwendig, das Unternehmen „neu zu erfinden“. BGF soll daher an die Situation des jeweiligen Unternehmens angepasst sein und sich auch eventuell vorhandener Strukturen, wie Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner, Sicherheitsfachkräfte, Arbeitspsychologinnen und -psychologen, Sicherheitsvertrauensperson, etc. bedienen.

#### **BGF als Organisationsentwicklungsstrategie<sup>28</sup>**

Betriebliche Gesundheitsförderung stellt eine Organisationsentwicklungsstrategie dar und soll auch als

<sup>27</sup> BAUA 2007, Gröben/Ulmer 2004, Hirtenlehner/Pillwein 2006

<sup>28</sup> Ottawa-Charta und Luxemburger Deklaration, BAUA 2007, Kohlbacher/Meggeneder 2006, Slesina 2008, Atzler 2008, Egger-Subotitsch 2007, BGF-Netzwerk 1999 (Meggeneder), Greef/Broek 2004, Geißler-Gruber 2006

solche betrachtet und in die Organisationsentwicklung integriert werden. Dadurch wird ermöglicht, dass der gesamte Betrieb mit seinen Risiken und Gesundheitspotenzialen im Mittelpunkt steht und nicht nur einzelne gesundheitsfördernde Maßnahmen oder Interventionen durchgeführt werden. Die Integration von BGF in die Organisationsentwicklung gewährleistet nämlich die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung im Unternehmen und die Berücksichtigung von BGF bei allen Entscheidungen. Mangelnde Kenntnis über nachhaltige gesundheitsfördernde Arbeits- und Betriebsstrukturen hat insofern negative Konsequenzen, als der Fokus auf der Reduktion der Fehlzeiten liegt, ausschließlich der Wunsch nach Verhaltensprävention besteht und sich Führungskräfte nicht zuständig und fähig fühlen, gesundheitsfördernd einzuwirken.

Gleichzeitig stellt die Anschlussfähigkeit von BGF an bestehende Unternehmenskonzepte ein wesentliches Anreizmoment für Betriebe dar, sich dieser auch zuzuwenden. Hinzu kommt, dass in Betrieben, in denen BGF in die Unternehmensstrategie integriert wurde, verbesserte Arbeitszufriedenheit, Kundinnen- und Kundenzufriedenheit, etc. existieren.

Doch nicht alle Betriebe haben sich modernen betriebswirtschaftlichen Methoden, wie Organisations- und Personalentwicklung, verschrieben. Klein- und Mittelbetriebe bspw. verfügen oft nur über knappe finanzielle und zeitliche Ressourcen und sind deshalb auf externe Hilfe durch Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer angewiesen. Jedenfalls sollen Schritte in Richtung einer Implementierung von Organisationsentwicklung initiiert werden.

### **Einbinden aller Personengruppen**

Um BGF erfolgreich im Unternehmen zu integrieren, müssen alle Personengruppen eingebunden und einbezogen sein. Nicht nur braucht es ein Commitment der Geschäftsführung, sondern auch eines von allen anderen Führungskräften. In Betrieben, die bereits BGF durchgeführt haben, hat sich herausgestellt, dass diese an Führungskräften der mittleren Ebene scheitern kann, wenn diese nicht informiert und eingebunden werden. Umgekehrt gilt natürlich dasselbe: BGF führt ins Nichts, wenn nicht auch das Topmanagement hinter dieser steht. Es reicht nicht aus, wenn Führungskräfte BGF dulden, dann aber von den Maßnahmenvorschlägen überrascht sind und sich vielleicht sogar gegen deren Umsetzung aussprechen. Es ist daher empfehlenswert, zu Beginn der BGF einen Workshop mit allen Führungskräften abzuhalten, der diese für die eigene Situation und deren mögliche Schwierigkeiten sensibilisiert und davon ausgehend ein Bewusstsein für Gesundheit am Arbeitsplatz schafft.

Ein Gesundheitszirkel in einem österreichischen Verkehrsbetrieb stand noch vor Beginn der ersten Sitzung vor dem Abbruch, weil ein Teil der von der Firmenleitung genannten Teilnehmenden von einem mittleren Vorgesetzten zum Dienst eingeteilt worden war und deshalb am Gesundheitszirkel nicht teilnehmen konnte. Die restlichen Teilnehmenden meinten, dass es immer der Fall sei, dass die Firma zwar etwas gut Klingendes startet, es dann aber einschlafen lässt. Durch Nachfragen stellte sich allerdings heraus, dass die Behinderung des Zirkels ohne Wissen und entgegen den Intentionen der Leitung erfolgt war. Nach interner Klärung konnte die Zirkelarbeit schließlich doch beginnen und erwies sich als sehr produktiv.

Es braucht auch das Einvernehmen mit der Belegschaft, was eine ausreichende Information über BGF und deren Abläufe voraussetzt. Die Notwendigkeit des Commitments gilt auch für Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner, Sicherheitsvertrauenspersonen oder Sicherheitsfachkräfte.

Nicht selten kommt es vor, dass Betriebsrätinnen und Betriebsräte, aber auch Arbeitsmedizinerinnen und -mediziner, Sicherheitsfachkräfte oder Arbeitspsychologinnen und -psychologen von sich aus oder auf Anregung aus dem Betrieb ihr Tätigkeitsportfolio um systematische BGF erweitern und im Betrieb für ein derartiges Projekt werben<sup>29</sup>. Dafür spricht, dass sie über Systemkenntnisse verfügen, den Betrieb also kennen. Von besonderer Bedeutung könnte ihr Engagement für die Nachhaltigkeit von BGF sein: Aufgrund der Arbeitsschutzgesetze und der Arbeitsverfassung werden die Präventivfachkräfte bzw. die Organe der Belegschaftsvertretung im Betrieb auch über die Dauer eines Projekts hinaus zur Verfügung stehen (müssen).

### **Beteiligung der Mitarbeitenden<sup>30</sup>**

Wenn gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb durchgeführt werden, sollen (möglichst) alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl in die betriebliche Planung als auch in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Dies gilt insbesondere in Fragen der Aufgabengestaltung, Arbeitszeitregelungen, Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe.

Die Beteiligung der Mitarbeitenden ist als Erfolgsfaktor zu betrachten, denn diese wissen über die notwendigen Veränderungen am besten Bescheid - sie fungieren quasi als Expertinnen und Experten. Zudem gewährleistet diese Vorgehensweise, dass die zu setzenden Maßnahmen nicht einem allgemein gültigen Plan folgen, sondern passgenau der jeweiligen Situation im Unternehmen entsprechen.

Ein weiterer Grund, warum der Einbezug der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter notwendig ist, ist, dass Betriebe komplexe Systeme sind, die von oben (Management) und von außen (Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer) nur bedingt form- und gestaltbar sind. Bspw. können Kommunikationsprobleme zwischen zwei Einheiten, die zusammenarbeiten müssen, von außen kaum erkannt werden.

### **Ängste und Widerstand der Mitarbeitenden sind bewältigbar**

Die Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter setzt deren Bereitschaft zur Beteiligung voraus. Beteiligungsbereitschaft wird durch Information über das Vorhaben hervorgerufen. Die innerbetriebliche Veröffentlichung von Erhebungsergebnissen im Gesundheitsbericht kann im Widerspruch zur erlebten Betriebskultur stehen. Insbesondere Erhebungen/Befragungen lösen bei einzelnen Mitarbei-

---

<sup>29</sup> Mit Sicherheit werden die Wirkungsmöglichkeiten der Präventivfachkräfte durch ein BGF-Projekt erweitert: Für das Projekt stehen mehr Ressourcen zur Verfügung. Einerseits materielle, wie externe Beraterinnen und Berater und deren Know-how für eine systematische Erhebung (z.B. SALSA Befragung) durch das BGF-Netzwerk; Projektförderung; Arbeitszeit für Gesundheitszirkel-Moderation. Immateriell: mehr Aufmerksamkeit für Gesundheit durch die meisten Akteurinnen und Akteure im Betrieb; zusätzliche Ausbildungsinitiativen (Gesundheitszirkel-Moderation); neue Sichtweisen durch einen veränderten Blickwinkel (aus Sicherheitsauditorinnen und -auditoren werden Gesundheitsauditorinnen und -auditoren: Mondt AG/Neusiedler 2004/5); Motivation verschiedener Akteurinnen und Akteure (Preis, Projektpräsentation). Bereits ihr eigenes Expertentum verändert sich durch die projektgegebene Notwendigkeit, mehr und teilweise anderes über Gesundheit mit AkteurInnen im Betrieb zu reden.

<sup>30</sup> Ottawa-Charta und Luxemburg-Deklaration, Egger-Subotitsch 2007, ENBGF 2001, Hirtenlehner/Pillwein 2006, ENWHP 1999

terinnen und Mitarbeitern auch Befürchtungen über die Verwendung der gewonnenen Daten aus. Entscheidungstragende können neben gesteigertem Interesse an Gesundheit im Betrieb auch Unruhe/Unzufriedenheit bzw. imageschädigende Ergebnisse befürchten. Es empfiehlt sich daher, bereits beim Projektstart diese möglichen Befürchtungen aktiv anzusprechen und insbesondere durch die Einbeziehung der Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmervertretung in die Projektsteuerung deutlich erkennbare Kontrollmechanismen einzurichten.

### **Interne BGF-Verantwortliche**

In der Praxis hat sich bewährt, eine Person aus dem Unternehmen mit BGF zu betrauen, die sich nicht nur für die innerbetriebliche Durchführung zuständig und verantwortlich fühlt, sondern auch über die nötigen Kompetenzen<sup>31</sup> und Entscheidungsbefugnisse verfügt. Diese wird von externen Beraterinnen und Beratern bei der Erfüllung ihrer Aufgaben unterstützt. Zwischen interner Verantwortungsperson und externer Unterstützung müssen dennoch die Zuständigkeiten klar geregelt sein. Sinnvoll ist es, einen Teil der Arbeitszeit der intern verantwortlichen Person für BGF zu reservieren, da ansonsten entweder die Betriebliche Gesundheitsförderung oder die reguläre Arbeit darunter leiden wird, wenn es zu einer Arbeitsverdichtung kommen sollte. In kleineren Betrieben liegen diese Aufgaben sinnvollerweise bei der Geschäftsleitung. Aber auch in diesen spricht – wenn die nötige Zeit zur Verfügung gestellt werden kann – nichts dagegen, eine Person des Vertrauens einzusetzen.

### **Beratung, Unterstützung und Hilfe von außen<sup>32</sup>**

Besonders die externe Unterstützung und Hilfe fußt auf mehreren Ebenen. Zum einen brauchen Betriebe die nötigen Informationen über das Angebot an Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und über Ansprechpartnerinnen und -partner, an die sie sich wenden können, um diesbezügliche Entscheidungen anzudenken und treffen, aber auch um nähere Informationen einholen zu können. Zum anderen benötigen Betriebe externe Beraterinnen und Berater, die die Implementierung von BGF im Unternehmen anleiten.

### **Zeitlichen Aufwand berücksichtigen**

Prinzipiell ist der Faktor Zeit bei BGF nicht zu unterschätzen. Neben der Zeit für die BGF-Verantwortlichen und jene Personen, die in der Steuerungsgruppe sitzen, muss auch jene der Mitarbeitenden, die an den Gesundheitszirkeln teilnehmen, bedacht werden. Gerade in kleinen Unternehmen kann dies zu einem Problem werden. In diesen bieten sich auf kleinste Organisationen zugeschnittene Gesundheitsworkshops an<sup>33</sup>. Andere Workshopformen können sich in kleinen Organisationen ebenfalls als brauchbarer erweisen. Anzuraten ist, bei den ersten Gesprächen mit den Betrieben auf den Zeitfaktor hinzuweisen und sobald dies möglich ist, ihn auch näher zu bestimmen. Die Gesamtdauer eines BGF-Projektes ist mit ca. zwei Jahren zu veranschlagen. Eine kürzere Dauer ist wenig sinnvoll, da die Erfahrung gezeigt hat, dass die betrieblichen Prioritäten sehr knapp kalkulierte Zeitabläufe konterkarieren können.

---

31 Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) bietet entsprechende Qualifikationsprogramme an.

32 BAUA 2007, Gröben/Ulmer 2004, Hirtenlehner/Pillwein 2006

33 Im Vergleich zu herkömmlichen Gesundheitszirkeln (mehrere Sitzungen) wurden zum Beispiel im Regionenprojekt der NÖGKK ([www.noegkk.at](http://www.noegkk.at)) Workshopformen entwickelt, die auf Kleinstbetriebe zugeschnitten sind.

### **Akquisition und Erstgespräch**

Die Akquisition der Betriebe sowie das Erstgespräch durch Beraterinnen und Berater bzw. Gesundheitsförderinnen und Gesundheitsförderer sollen nicht nur den Zeitumfang umfassen, sondern auch so praxisnah wie möglich sein und den Rahmen des BGF-Projektes darlegen. Es ist notwendig, einen Überblick über den BGF-Kreislauf und notwendige Aktivitäten (Mitarbeiterinnen- / Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel, Steuerungsgruppe, etc.) zu geben. Es empfiehlt sich, gemeinsam mit dem Betrieb mögliche Ziele zu erarbeiten und dabei zu erfragen, wo dieser in einem Jahr bzw. in fünf Jahren stehen will. Dabei kann BGF als Unterstützung angeboten werden, sodass das Unternehmen den Mehrwert von BGF erkennt. BGF soll dabei wiederum an das Unternehmen angepasst sein und das Angebot an die konkrete Situation im Unternehmen adaptiert werden.

## **2.3 Planung von BGF und die Akteurinnen und Akteure im Betrieb**

Der Planung von BGF muss viel Aufmerksamkeit gewidmet werden. Die Erfahrung hat gezeigt, dass es sogar zu einem Projektabbruch kommen kann, wenn dies nicht der Fall ist. Damit dies nicht passiert, ist eine fundierte, solide Planung – aufbauend auf die vorfindbaren innerbetrieblichen Gegebenheiten – besonders relevant.

Dennoch sollte die Möglichkeit bestehen, flexibel auf veränderte Rahmenbedingungen zu reagieren und bspw. die nächsten zu absolvierenden Schritte zeitlich nach hinten zu verschieben. Dies ist ein weiterer Grund, warum eine Laufzeit von zwei Jahren, aber auch Zwischenevaluierungen anzuraten sind. Es kann jedoch auch vorkommen, dass Maßnahmen nicht in der geplanten Art und Weise umgesetzt werden können, worauf wieder mit der notwendigen Flexibilität von Seiten der internen und externen BGF-Verantwortlichen reagiert werden soll.

Abzuraten ist die Implementierung von BGF in Betrieben dann, wenn diese gerade in einer Sanierungs- oder Umstrukturierungsphase stecken, denn in derartigen Situationen können Unsicherheit und häufig auch Misstrauen dominieren, das Gesamtklima kann das Gelingen von BGF enorm behindern.

### **Interne Kommunikation**

Unerlässlich ist das Einbinden aller Personengruppen im Unternehmen (vgl. Kapitel 2.2). So sind neben der Partizipation der Beschäftigten auch die Einbeziehung und das Commitment von Führungskräften, des Betriebsrats, der Arbeitsmedizin bzw. der Betriebsärztin oder des Betriebsarztes, unter Umständen der Arbeitspsychologie, von Sicherheitsfachkräften und Sicherheitsvertrauenspersonen sowie von Personalmanagement und Personalentwicklung zu berücksichtigen. Gegebenenfalls ist zusätzlich eine externe Beratung hinzuzuziehen und die Einbeziehung der Evaluatorinnen und Evaluatoren sicherzustellen.

Da sich die im Zuge der BGF durchgeführten Maßnahmen auf das gesamte Unternehmen richten, muss in der Planungsphase bereits die interne Kommunikation mit allen Abteilungen berücksichtigt werden.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Ottawa-Charta und Luxemburg-Deklaration, Egger-Subotitsch 2007, ENBGF 2001, Hirtenlehner/Pillwein 2006, ENWHP 1999

Alle Mitarbeitenden sollen durch interne Medien wie Anschlagtafeln, Aushänge oder Intranet über BGF und deren jeweiligen Stand auf dem Laufenden gehalten werden. Zu den wichtigen weiterzugebenden Informationen zählen Erstinformationen über BGF, die getroffene schriftliche Vereinbarung, Aktivitäten in einzelnen Abteilungen, die Entscheidungen der Steuerungsgruppe über die umzusetzenden Maßnahmen, Maßnahmen, die gerade durchgeführt werden oder bereits abgeschlossen sind.

Die interne PR ist notwendig, weil

- » es vor allem bei fortgeschrittener Projektdauer vorkommen kann, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter umgesetzte Maßnahmen nicht mehr in Zusammenhang mit BGF bringen und diese somit „lose im Raum stehen“;
- » Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Maßnahmen in anderen Bereichen der Firma oft überhaupt nicht wahrnehmen können;
- » die Bereitschaft an BGF im Betrieb teilzunehmen erhöht wird, wenn die Mitarbeitenden immer wieder sehen können, dass das Engagement und das Einbringen von Ideen zu Ergebnissen führt (und sich daher im jeweils eigenen Bereich eine Teilnahme ebenfalls lohnt).

#### **Zielfestlegung**<sup>35</sup>

Den Betrieben steht eine große Bandbreite an Zielen zur Auswahl, die sie durch BGF erreichen können. Zu Beginn von Betrieblicher Gesundheitsförderung sollen Ziele, die mit ihr erreicht werden sollen, festgelegt werden.

Diese sollen operationalisierbar sein und sich auf folgende Bereiche beziehen:

- » Erkennen, Ausbauen und Nützen der im Betrieb selbst und bei den Beschäftigten vorhandenen Ressourcen
- » Risiko- und Gefährdungsermittlung für definierte Bereiche
- » Bewertung der Gesundheitsrisiken in definierten Bereichen
- » Erstellen von ressourcenorientierten Gesundheitsberichten
- » Suche nach Möglichkeiten zur Risikominimierung in definierten Bereichen
- » Bewertung von Möglichkeiten zur Risikominimierung für definierte Bereiche

Weitere mit BGF zu erreichende Ziele sind:

- » Optimierung definierter Arbeitsplätze und -bereiche
- » Optimierung definierter Arbeitsverfahren und/oder Arbeitszeitmodelle
- » Ermittlung und Bewertung der Arbeitszufriedenheit, der innerbetrieblichen Kommunikation und demographisch bzw. psychosozial bedingter Risiken

Nicht quantifizierbare Ziele können sein:

- » Festlegen von gemeinsamen Überzeugungen und Regeln
- » höhere Identifikation mit dem Betrieb bzw. der Arbeit

---

<sup>35</sup> Egger-Subotitsch 2007, Dür/Fürth 2006

- » mehr Vertrauen in die Führung
- » Partizipation, Kooperation und Hilfe
- » bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf
- » positive persönliche Beziehungen am Arbeitsplatz und
- » Erhöhung sozialer Kompetenzen

## 2.4 Erhebung der Ist-Situation<sup>36</sup>

Am Beginn von BGF steht die Erfassung von Gesundheitschancen und -risiken im Unternehmen, um einen Eindruck von der gesundheitlichen Befindlichkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und von den Arbeitsbedingungen, die den Gesundheitszustand der Beschäftigten beeinflussen, zu erhalten. Dafür stehen eine Reihe von Methoden, Verfahren und Instrumenten zur Verfügung, die je nach Betrieb, dessen Größe und den vorliegenden Gegebenheiten unterschiedlich eingesetzt werden können. Die Gesundheitsanalyse soll die Arbeit, den Betrieb, die Unternehmenskultur und die Sozialverfassung des Unternehmens beschreiben, wobei die Arbeitsstrukturen, die Arbeitsorganisation, die Führung, das Sozialkapital etc. im Fokus stehen.

Die Analyse des Ist-Zustandes umfasst neben einer Auswertung und Aufbereitung der im Betrieb vorhandenen Daten eine Mitarbeiterinnen- / Mitarbeiterbefragung, Leitfadeninterviews oder Fokusgruppen, Betriebsbegehungen, eine arbeitsmedizinische Untersuchung oder eine chemisch-physikalische Schadstoffmessung. Wenn der Betrieb mit einer Krankenkasse zusammenarbeitet, bieten die Mitglieder des österreichischen BGF-Netzwerks neben allgemeiner BGF-Beratung häufig die Durchführung und Auswertung der Mitarbeiterinnen- / Mitarbeiterbefragungen sowie eine Auswertung der Krankenstandsdaten an. In der Regel enthalten diese Auswertungen auch einen Vergleich des eigenen Unternehmens mit der jeweiligen Branche. Hilfreich kann eine Altersstrukturanalyse sein: Sie gewährleistet einen Überblick über jene Arbeitsplätze, die in den nächsten Jahren neu zu besetzen sind, und für die daher die Übergabe geregelt werden kann/muss. Eine Auswertung der Fluktuation kann ebenfalls Hinweise liefern, in welchen Bereichen des Unternehmens Gesundheitsfragen vorrangig bearbeitet werden sollten. Bei den Befragungen der Mitarbeitenden stehen Ressourcen und Belastungen, die gesundheitliche Befindlichkeit, das Erleben der Arbeit, die Arbeitssituation und Arbeitsumgebung im Mittelpunkt, aber auch die Frage, welche Arbeitsbedingungen als entlastend, stützend und belastend, erlebt werden. Betriebsbegehungen dienen dazu, den Produktionsablauf, die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen zu erheben.

Als Analyseinstrumente können bspw. diverse Prüf- und Checklisten, der SALSA-Fragebogen (Einschätzung der eigenen Arbeitstätigkeit und Bedingungen der Organisation), der Impuls-Test (Analyse von Stressfaktoren und Ressourcen der Arbeitsbedingungen), der deutsche Arbeitsbewältigungsindex - ABI (Erfassung der Arbeitsfähigkeit: Ressourcen und Risiken identifizieren), psychologische Tätigkeitsanalyseverfahren (Tätigkeitsablauf in Mensch-Maschine-Systemen) oder psychophysiologische Messungen (Analyse psychophysiologischer Auswirkungen der Arbeit auf arbeitende Menschen) herangezogen werden. Die deutsche Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA) stellt eine Reihe von

<sup>36</sup> Hirtenlehner 2008, Hirtenlehner/Pillwein 2006, Egger-Subotitsch 2007

Instrumenten in einer eigenen Toolbox bereit. Die für die Analyse verwendeten Instrumente sollen jedenfalls validiert sein, was bedeutet, dass sie getestet sind und man somit weiß, was man tatsächlich misst. Die Ergebnisse dieser Erhebungen werden in der Steuerungsgruppe vorgetragen und diskutiert und sollen im Gesundheitsbericht innerbetrieblich veröffentlicht und dadurch allen Mitarbeitenden bekannt gemacht werden.

Klarheit soll vor allem darüber bestehen, dass der Analyseprozess schon den ersten Eingriff in den Betrieb darstellt, da durch ihn bereits eine Auseinandersetzung mit den Themen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ausgelöst wird.

## 2.5 Gesundheitszirkel<sup>37</sup>

In regelmäßigen, über einen begrenzten Zeitraum hinweg stattfindenden Gesundheitszirkeln erarbeiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter Anleitung einer meist externen Moderation Verbesserungsvorschläge ihrer Arbeitsbedingungen und beurteilen die dadurch entstandenen Gesundheitschancen und Belastungen. Sie erarbeiten gegebenenfalls Veränderungsvorschläge und deren Umsetzung in die Praxis. Die Verbesserungsvorschläge werden gut aufbereitet der Steuerungsgruppe vorgelegt, die über diese diskutiert und über deren Umsetzung entscheidet.

Einige Führungskräfte fürchten, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Gesundheitszirkel überzogene Maßnahmenvorschläge erarbeiten, die das Unternehmen nicht erfüllen kann. Die Erfahrung hat jedoch gezeigt, dass die Beschäftigten die Lage des Betriebes und die Möglichkeiten für Maßnahmen sehr gut einschätzen können und diese als Richtlinie anerkennen.

Wenn die Beschäftigten beim Entwickeln von Lösungsvorschlägen einbezogen werden, beinhaltet dies - im Gegensatz zu den Befürchtungen - eine Reihe von Vorteilen. Denn einerseits entwickeln sie im jeweiligen konkreten Fall - bezogen auf die betrieblichen Möglichkeiten insgesamt und auf die potenzielle Komplexität einer Problemstellung - eher umsetzbare Lösungen. Andererseits entsteht bei von Mitarbeitenden gemachten Vorschlägen eine höhere Compliance bei Lösungen, die nur mit Beteiligung der Betroffenen umgesetzt werden können.

Nicht eindeutig geklärt ist, inwiefern und in welchem Ausmaß Themen aus den bereits stattgefundenen Befragungen der Mitarbeitenden in die Liste der von Gesundheitszirkeln bearbeiteten Fragestellungen aufgenommen werden: Wenn der Gesundheitszirkel seine eigene Tagesordnung erstellt, richtet sich diese in der Regel nach den persönlichen Erfahrungen und Prioritäten seiner Mitglieder. Damit ist nicht automatisch dafür gesorgt, dass Fragestellungen anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend gewichtet werden. Meist werden klassische Gesundheitsthemen, wie Ernährung oder Bewegung in den Gesundheitszirkeln von sich aus nur von Mitarbeitenden zur Sprache gebracht, die sich bereits selbst damit einschlägig beschäftigen. Viel eher werden Verbesserungsvorschläge, die physische Arbeitsbedingungen, Führungsverhalten, Arbeitsabläufe, Schnittstellen zwischen einzelnen Arbeitsbereichen oder die Kommunikation im Betrieb betreffen, zur Sprache gebracht.

---

<sup>37</sup> ENWHP 1999, Egger-Subotitsch 2007, Slesina 2008, Atzler 2008

Im Gegensatz dazu hat eine Analyse der publizierten Verbesserungsvorschläge aus Gesundheitszirkeln in vom Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) geförderten BGF-Projekten<sup>38</sup> ergeben, dass sie sich mehrheitlich auf das Verhalten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beziehen, zu einem geringeren Teil auf Verbesserungen in den Verhältnissen an den Arbeitsplätzen, einschließlich Verbesserungen der Arbeitsorganisation und des Vorgesetztenverhaltens. Aus diesem Grund sollten Moderatorinnen und Moderatoren besonders auf eine Ausgewogenheit zwischen Verhalten und Verhältnissen achten, insbesondere dort, wo sie aufgrund eigener Fachkenntnis besondere Kompetenzen besitzen.

### **Gesundheitszirkel in Österreich**

Eine Auswertung der Erfahrungen aus Betriebsprojekten, die in der Projektdatenbank des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) verfügbar sind, ergab, dass Gesundheitszirkel eine etablierte und erfolgreiche Arbeitsform in österreichischen BGF-Projekten darstellen<sup>39</sup>. Die berichteten Beispiele für Vorschläge aus den Gesundheitszirkeln lassen den Schluss zu, dass es sich beim Gesundheitszirkel um ein geeignetes Instrument handelt, um Lösungen insbesondere für komplexe oder einzelne Betriebsteile eines Unternehmens übergreifende Fragen unter Beteiligung der betroffenen Beschäftigten zu erarbeiten.

Für Österreich ist der FGÖ Leitinstitution und Hauptfördergeber für BGF-Projekte. Die vom FGÖ geförderten Projekte repräsentieren daher die österreichische BGF-Landschaft. Die Rahmenbedingungen (Übersetzung der EU-Arbeitsschutzrichtlinien in österreichisches Recht, innerbetriebliche Institutionen und Funktionsträgerinnen und -träger) sind darüber hinaus in Österreich sehr spezifisch. Dies gilt auch für die in Österreich als *lege artis* verstandene Vorgehensweise, die eine Ausgewogenheit bei der Bearbeitung von Verhältnissen und Verhalten und damit eine Organisationsentwicklung betont, die andere Länder in dieser Form nicht kennen<sup>40</sup>.

### **Beachtenswertes im Gesundheitszirkel**

Soweit bei der Ist-Zustandserhebung (Befragung, Interviews, Datensichtung, etc.) Hinweise auf manifeste Belastungen bzw. Gesundheitsfolgen von Belastungen zur Sprache kommen, kann dies aus der Arbeitsmedizin/den Arbeitswissenschaften bekannte Themen berühren. In BGF-Projekten ist mit dem Auftauchen derartiger Fragestellungen auf jeden Fall zu rechnen, weil kein Betrieb frei von allen Mängeln ist. Der BGF-Ansatz birgt sogar die günstige Möglichkeit, solche in der Vergangenheit nicht oder nicht fertig bearbeiteten Problemstellungen auf geordnete Weise wieder in einen Bearbeitungsprozess zu bringen, der sogar durch das BGF-Projekt vom Betrieb selbst angeregt wird. Der BGF-Prozess bietet den Vorteil, dass ein Gesundheitszirkel beim Erarbeiten von Lösungswegen die Möglichkeiten der Präventivfachkräfte bei der Suche nach praktikablen Umsetzungswegen durch das Potenzial der Gruppe erweitert und die Veränderung dadurch besser gelingt.

---

38 Brandl et al. 2008

39 In 98 unter den Stichworten ‚Arbeit‘, ‚Betrieb‘ oder ‚BGF‘ aufgefundenen Projektdarstellungen konnten 21 Projekte identifiziert werden, die Gesundheitszirkel als Werkzeug zur Vorschlagsentwicklung durch Beteiligung der Beschäftigten einsetzen. Die anderen aufgefundenen Projekte zielen entweder überhaupt auf andere gesellschaftliche Bereiche (z.B. Schule) oder sie setzen aufgrund ihrer jeweiligen Projektzielsetzungen andere Methoden ein, insbesondere – wenn die Modifikation ungesunden Verhaltens Projektziel ist, häufig auch thematische Zirkel. – Zur Wirksamkeit von verhaltensmodifizierenden Projekten vgl. Sokoll et al. 2008; Püringer 2009. (Recherche am 15. Dezember 2009)

40 Zum Beispiel spielen in der teilweise stark durch Versicherungsprämien getriebenen betrieblichen Gesundheitsarbeit in den USA Verhaltensmodifikationen (z.B. Raucherentwöhnung) eine größere Rolle, weswegen Gesundheitsförderung auf einen engen Ausschnitt des Gesundheitsgeschehens fokussiert.

Schwierig scheint manchmal der Umgang mit den von Mitarbeitenden nicht wahrnehmbaren (und nichtsdestotrotz die Gesundheit negativ beeinflussenden) Umständen. Dazu gehören einerseits alle jene Einwirkungen, die mit den menschlichen Sinnen nicht wahrgenommen werden können, und andererseits akut nicht spürbare gesundheitliche Folgen.

In die erste Kategorie fallen z.B. Einflüsse von chemischen Arbeitsstoffen/Schadstoffen, die nicht reizen, schmerzen, zu Unwohlsein führen, nicht riechbar sind, etc. Sie werden daher - auch wenn sie gesundheitsrelevant sind und ihre Bearbeitung im Rahmen eines BGF-Projektes nicht vermieden werden soll - von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern häufig nicht als Problem gesehen. In die zweite Kategorie fallen Folgen bekannter oder unbekannter Belastungen, soweit sie nicht spürbar sind: Dies wären bspw. sich noch nicht manifest bemerkbar machende Gesundheitsprobleme als Folge von Nacharbeit, unregelmäßiger Arbeit, Zeitdruck, etc.; Erkrankungen innerer Organe, solange sie noch keine Schmerzen verursachen oder das Körpergefühl verändern (z.B. Krebserkrankungen) ebenso wie Folgen ungünstiger ergonomischer Bedingungen, die erst bei längeren Belastungen als störend wahrgenommen werden<sup>41</sup>.

Dramatische Folgen hat der die Gefahren verleugnende Umgang mit Asbest in der zweiten Hälfte des vergangenen Jahrhunderts. Erst jetzt, also 40 Jahre nachdem sie Asbeststaub ausgesetzt gewesen sind, treten aufgrund langer Latenzzeiten zwischen Asbestbelastung und Ausbruch einer Krankheit gehäuft Krebserkrankungen bei den (ehemaligen) Arbeiterinnen und Arbeitern auf.

Schließlich ist BGF seit dem Erstarken des Esoterik-Sektors auch damit konfrontiert, dass fachlich unhaltbare Bearbeitungsformen für Gesundheitsfragen ohne entsprechende Evidenz, aber ausgehend von engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, in Betriebe getragen werden. Sie kollidieren dort – mitgetragen durch den in der BGF selbstverständlichen Anspruch auf Beteiligung – mit Expertinnen- und Expertenwissen.

Somit stellt sich auch im Gesundheitszirkel die Frage der Zusammenarbeit zwischen Laien und Expertinnen und Experten. Wenn Laien ein Problem zum Nichtproblem erklären bzw. umgekehrt aus einem scheinbaren Nichtproblem ein Problem machen, stellt sich die Frage, wie mit dieser Situation umgegangen werden soll, damit sich nicht die aktiv beteiligenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch Expertinnen und Experten überfahren fühlen und der Prozess erheblich gestört ist. Aufgabe der Moderation ist in solchen Fällen, auf diese Widersprüche aufmerksam zu machen und es damit den Mitgliedern des Gesundheitszirkels zu ermöglichen, bewusst Stellung beziehen zu können.

<sup>41</sup> Trotz sichtbar ungünstiger Arbeitsplatzgestaltung wurden in mehreren Gesundheitszirkeln des Projektes „switch2006.at“ diese Fragen von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern trotz Nachfrage durch die Moderatorinnen und Moderatoren heruntergespielt, weil sie deren Meinung nach gesundheitlich keine Rolle spielen würden. Erklärbar ist diese Position aus einer Mischung aus (jungem) Alter der Betroffenen, hoher Identifikation mit und Toleranz gegenüber dem von ihnen sehr geschätzten Betrieb und eben dem (noch) nicht Vorhandensein manifester Probleme (interne Protokolle des Projektes „switch2006.at“).

Unabhängig vom BGF-Projekt selbst wurde am Rand eines BGF-Projekts in einem Bürobetrieb von den Mitarbeitenden vorgeschlagen, dass ein ihnen bekannter Pendler die PCs auspendeln solle. Obwohl über die Wirksamkeit dieser Methode keine Evidenz vorlag und Mängel in den physikalischen Grundlagen der verwendeten Apparatur offensichtlich waren, kam es aufgrund des inneren Drucks im Betrieb zur Zustimmung zur (überdies teuren) Auspendelaktion durch die Geschäftsleitung. Ein Untersagen bzw. Nichtfördern hätte nach Einschätzung der Zuständigen das positive Betriebsklima erheblich stören können. Da keine Gefährdung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durch diese Aktion zu erwarten war, haben Projektleitung und Präventivfachkräfte nach anfänglichen Stellungnahmen dagegen dieser Aktion dann doch zugestimmt.

Sowohl auf die Ist-Analyse als auch auf die Gesundheitszirkel müssen Maßnahmen folgen, denn diese Schritte wecken bei den Mitarbeitenden Erwartungen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die Beschäftigten durchaus verstehen, wenn nicht alles umgesetzt werden kann. Es besteht allerdings die Gefahr, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich zukünftig ungern an anderen Aktivitäten des Unternehmens beteiligen oder diesen misstrauischer gegenüber stehen, wenn die Nicht-Umsetzung der Maßnahmen nicht transparent gemacht und ordentlich begründet wird.

## 2.6 Handlungs- bzw. Problemfelder<sup>42</sup>

Die Besonderheit der Betrieblichen Gesundheitsförderung besteht darin, dass diese zwar in den Rahmenbedingungen und im Prozessablauf standardisierte Vorgehensweisen erfordert, jedoch auf der Ebene der Handlungsfelder bzw. der zu implementierenden Maßnahmen von Betrieb zu Betrieb unterschiedlich ist. Zum einen liegt dies daran, dass die Strukturen in jedem Unternehmen andere sind und zum anderen daran, dass die Mitarbeitenden im Gesundheitszirkel selbst die zu verändernden Bereiche eruieren. Durch die Maßnahmen sollen Ressourcen verbessert, höhere Zufriedenheitswerte erreicht, Belastungen verringert oder Beschwerden reduziert werden.

Die konkret zu setzenden Maßnahmen sind jedoch in jedem Betrieb andere und somit nicht verallgemeinerbar. Sie sind in hohem Maße von der Ausgangssituation im Unternehmen abhängig und werden für jeden Betrieb bedarfsgerecht gemeinsam mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern entwickelt. Dies gilt jedoch nicht nur betriebsübergreifend, sondern auch innerhalb eines Unternehmens. Die Erfahrung hat gezeigt, dass Maßnahmen, die in einer Abteilung zu einem guten Erfolg führten, in einer anderen Abteilung desselben Betriebes nicht unbedingt zu den erwünschten Effekten führen müssen, denn selbst Abteilungen ein- und desselben Betriebes haben unterschiedliche Handlungs- und somit Problemfelder.

<sup>42</sup> Egger-Subotitsch 2007, Slesina 2008, ENWHP 1999

Die Handlungs- bzw. Problemfelder können sein:<sup>43</sup>

- » Arbeitsabläufe, Arbeitsaufgaben und Arbeitsorganisation
- » Ergonomie/Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsumfeld
- » Flexibilisierung der Arbeitszeiten und Work-Life-Balance
- » Unfallschutz
- » physische Arbeitsbedingungen (Lärm, Zugluft, etc.)
- » Führungsverhalten, Kommunikationsstrukturen
- » Stressprävention
- » Betriebsklima, Teamarbeit, Mobbing
- » Gesundheitsverhalten der Beschäftigten (Rauchen, Bewegung, Ernährung und Drogen, insbesondere Alkohol und Medikamenteneinnahme)

Sie umfassen die Ermittlung physischer ebenso wie psychischer Belastungsfaktoren und Ressourcen und wirken folglich auch auf die physische wie die psychische Gesundheit.

Verhaltensorientierte Interventionen beziehen sich auf die einzelnen Beschäftigten und versuchen deren Verhalten zu verändern. Ihre personenbezogenen Effekte sind Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Ihre wirtschaftlichen Effekte beziehen sich auf die Reduzierung von krankheitsbedingten Fehlzeiten. Die Dauer der Effekte ist als kurz- bis mittelfristig einzuschätzen. Verhältnisorientierte Interventionen hingegen beziehen sich sowohl auf die Arbeitssysteme als auch auf einzelne Personengruppen und sind deshalb strukturorientiert. Ihre personenbezogenen Effekte wären bspw. positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit. Ihre wirtschaftlichen Effekte umfassen Verbesserung der Produktivität, Qualität, Flexibilität, Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation. Die Effektdauer ist im Gegensatz zu verhaltensorientierten Maßnahmen als mittel- bis langfristig einzuschätzen.

Am wirkungsvollsten sind Maßnahmenbündel, also ein Mix aus unterschiedlichen Maßnahmen, die nicht nur das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sondern auch die im Unternehmen vorfindbaren Verhältnisse der Arbeit betreffen. Dies ist aus mehreren Gründen von großer Relevanz: Wenn die Maßnahmen ausschließlich beim Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ansetzen, dann würden die Wirkungen der BGF verloren gehen, wenn diese das Unternehmen verlassen. Es ist zudem schwierig, langfristig das Verhalten von Menschen zu verändern, auch wenn kurzfristig Erfolge erzielt werden können. Wenn auch die Verhältnisse verändert wurden, ist es außerdem leichter, das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu beeinflussen, da ihre Bereitschaft zu verändertem Verhalten steigt, wenn sichtbar ist, dass der Betrieb seinerseits ebenfalls Änderungen vornimmt.

Für eine gleichmäßige Verteilung von Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention spricht darüber hinaus, dass verhaltensorientierte Maßnahmen in ihrer Wirkung begrenzt sind, wenn sie nicht mit Maßnahmen der Verhältnisprävention einhergehen, was sowohl bei Muskel- und Skeletterkrankungen als auch bei Stress nachgewiesen werden konnte.

---

<sup>43</sup> Gröben/Ulmer 2004, Hirtenlehner/Sebinger 2004

Es kann darüber hinaus angenommen werden, dass verhältnisorientierte Maßnahmen auch zu Verhaltensänderungen führen. Denn hohe Anforderungen, vollständige Tätigkeiten, Autonomie und kollektive Selbstregulation sind verhältnisorientierte Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsfördernder Arbeitsgestaltung, die gleichzeitig Orientierungen und Verhaltensweisen erzeugen, welche die aus Arbeitsbedingungen resultierenden Effekte stabilisieren oder verstärken. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn Beschäftigte an den Veränderungen der Arbeitsbedingungen beteiligt waren.

Erkrankungen und Gesundheitsbeschwerden, die mit der Arbeitswelt in Zusammenhang gebracht werden, sind auch durch außerbetriebliche Umweltbedingungen, persönliche Prädispositionen, Verhaltensweisen und soziale Verhältnisse mitbedingt. Aus diesem Grund muss dem komplexen Belastungsgeschehen mit einem genauso umfassenden Maßnahmenpaket begegnet werden, indem sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen durchgeführt werden.

Der gesellschaftliche Diskurs, der Gesundheit als individuelle Angelegenheit versteht und Bewegung, Ernährung und Suchtverhalten in den letzten Jahren stark in den Vordergrund rückt, prägt leider noch immer das Verständnis von Gesundheit und fokussiert daher auf das Verhalten der Menschen. Die daraus folgende Betonung von Verhaltensmodifikationen kann deutlich von den Wünschen der Mitarbeitenden (z.B. nach Verbesserung der Arbeitsbedingungen) abweichen. Insbesondere führt es in Betrieben dann zu Frustration und Zynismus und geringerer Bereitschaft zur Beteiligung, wenn Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Eindruck haben, ungesunde Arbeitsbedingungen werden nicht verbessert und bleiben als Themen tabu, sie sollten jedoch ihr Bewegungs- und Ernährungsverhalten ändern. Hier ist es dann Aufgabe des Projekt-Teams, diese Aspekte und Ansprüche adäquat im Projekt zusammenzuführen.

Im Gesundheitszirkel eines oberösterreichischen Metallbetriebs wurden von den Teilnehmenden Montagevorgänge mit körperlicher Schwerarbeit und Zwangshaltungen auf die Liste der in den Gesundheitszirkeln zu bearbeitenden Probleme gesetzt. Gleich zu Beginn der ersten Gesundheitszirkelsitzung kritisierten die Mitglieder, dass in der vorhergegangenen SALSA-Erhebung diese Aspekte ihrer Ansicht nach nicht vorkämen. Dies hatte sie anfangs massiv an der Sinnhaftigkeit der Gesundheitszirkel zweifeln lassen.

Die besten Effekte erzielen jene Maßnahmen, die verhältnis- und verhaltensbezogene Elemente miteinander verbinden. Jedoch fehlen derzeit noch Evaluationsstudien mit hohen Evidenzstufen. Typische verhaltensorientierte Maßnahmen betreffen meist herkömmliche Gesundheitsthemen, wie Ernährung, Bewegung und Tabak- und Alkoholkonsum. Hier soll ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass Gesundheit im Verständnis Betrieblicher Gesundheitsförderung darüber hinaus geht und vor allem auch Faktoren wie Arbeitsabläufe, Arbeitsorganisation, Arbeitsumfeld, Arbeitsbedingungen und das Führungsverhalten umfasst.

Trotzdem soll hervorgehoben werden, dass das Thema Gesundheit im Betrieb eingeführt werden kann und präsent bleibt, wenn Rückenschulen, Qi-Gong, verbilligter Zugang zu Fitnessstudios, Vorträge zum

Thema Ernährung oder betriebliche Sportaktivitäten, wie die gemeinsame Teilnahme an Laufbewerben, ein Obstkorb oder aufgestellte Wasserbehälter angeboten werden. Jedoch sollte Klarheit darüber herrschen, dass jene Personen, die auch in ihrer Freizeit diesen Themen gegenüber aufgeschlossen sind, auch jene sein werden, die diese Angebote in Anspruch nehmen, wohingegen Personen, die diese Maßnahmen eher brauchen würden, damit nicht unbedingt erreicht werden können. Die Erfahrung hat auch gezeigt, dass, wenn außer diesen lebensstilbezogenen Maßnahmen keine weiteren durchgeführt werden, die Teilnahme an diesen gering ist. Daher sollen Maßnahmen im Bereich Ernährung, Bewegung und Suchtverhalten nicht die einzigen im Unternehmen zum Thema Gesundheit sein.

## **Führungsverhalten**

**„Wenn Führungsverhalten der Belastungsfaktor ist, dann kann man noch so viele Obstkörbe aufstellen: Das ändert einfach nichts!“**

*Gerlinde Breiner, Arbeiterkammer Oberösterreich*

Obwohl es keinen Maßnahmenkatalog gibt, der für alle Betriebe gleichermaßen zutrifft, zeigt die Erfahrung, dass ein Themenbereich in fast allen Betrieben zur Sprache kommt: das Führungsverhalten der direkten Vorgesetzten, aber auch der oberen Managementebene(n). Ein wertschätzender, respektvoller, anerkennender und rücksichtsvoller Umgang mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fördert deren Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Effiziente Kommunikationsstrukturen, Klarheit in den Vorgaben, das Einräumen von Handlungsspielräumen und Mitspracherecht tragen wesentlich zur leichteren Bewältigung der Arbeitsaufgaben bei.

**„Führungskräfte haben es in der Hand: in ihrer Rolle als Entscheidende können sie BGF und demnach Gesundheit im Betrieb ermöglichen.“**

*Klaus Ropin, Fonds Gesundes Österreich*

Führungskräfte haben prinzipiell eine Vorbildfunktion: So wie sie sich ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber benehmen, so wird auch das soziale Miteinander unter den Kolleginnen und Kollegen gestaltet sein. Führungskräfte und ihr Verhalten im Betrieb sind deshalb relevant, da eine geeignete Führung die Unternehmenskultur prägt, ein spezifisches Betriebsklima forciert und zu motivierten, leistungsfähigen Mitarbeitenden führt, was sich wiederum in einer Verringerung von Fluktuation, Fehleranfälligkeit und Krankenständen niederschlägt.

Es zeigt sich jedoch, dass sich die mittlere Führungsriege oft in einer Sandwichposition innerhalb der betrieblichen Hierarchie befindet, weswegen ihnen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden soll. Ein Workshop zu Beginn von BGF, in der ihre Rolle, aber auch ihre eigenen Arbeits- und Lebensbedingungen und ihre Belastungen am Arbeitsplatz thematisiert werden, eignet sich besonders für die

Sensibilisierung ihres eigenen Verhaltens den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gegenüber. In diesem sollen sie auch auf mögliche Kritik an ihrem Führungsverhalten als Ergebnis des Gesundheitszirkels vorbereitet werden und einen produktiven Umgang damit erlernen.

In weiterführenden Führungskräfte trainings sollen sich die meist fachlich sehr gut qualifizierten, aber in ihrer Führungsrolle oft allein gelassenen Vorgesetzten adäquates Führungsverhalten aneignen und den Umgang mit schwierigen Situationen im Arbeitsalltag erlernen. Gesundheit soll in weiterer Folge Bestandteil der betrieblichen Weiterbildung von Führungskräften sein, damit Gesundheit als Thema selbstverständlich in der Unternehmenskultur vertreten ist, was die nachhaltige Integration von Betrieblicher Gesundheitsförderung erleichtert.<sup>44</sup>

## 2.7 Evaluierung<sup>45</sup>

Die Evaluierung der BGF kann und sollte sich auf die Strukturen, den Prozess und die Ergebnisse beziehen, um die Wirksamkeit der Maßnahmen feststellen zu können, aber auch darauf, welchen Einfluss die Maßnahmen auf die Organisationsstrukturen hatten.

Die Evaluierung der einzelnen Maßnahmen soll nicht nur die Krankenstandsdaten enthalten, sondern auch andere Aspekte und Faktoren berücksichtigen. So sollen Arbeitsbedingungen und -organisation, Führungsstil sowie Arbeitsklima, Arbeitszufriedenheit, Engagement und Motivation bewertet werden. Es können auch Auswirkungen der Maßnahmen auf die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden und der Beschäftigten sowie auf ökonomische Faktoren, wie die Fluktuation oder Produktivität, erhoben werden.

Bei der Evaluierung sollen, wie zu Beginn der BGF auch, Fragebögen zum Einsatz kommen. Zusätzlich können Betriebsbegehungen und qualitative Interviews die Ergebnisse untermauern. Jedenfalls müssen zur Überprüfung der Zielerreichung Instrumente von ausreichender Qualität, Validität (Erfassung der tatsächlich zu beurteilenden Merkmale) und Reliabilität (relevante Kriterien nicht übersehen) eingesetzt werden.

Festzuhalten ist, dass sich die Bewertung der Krankenstandsdaten zwar leicht beurteilen lässt, aber auch einige Problemfelder beinhalten kann. So sind nicht alle fehlenden Beschäftigten unproduktiv und nicht alle anwesenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu hundert Prozent produktiv. Der Einfluss des Fehlens auf den Betrieb ist unterschiedlich, weil er davon abhängig ist, wie die Arbeit organisiert ist. Außerdem geben die Daten kein genaues Bild wieder, da viele Beschäftigte immer anwesend sind und keine Fehlzeiten aufweisen. Hinzu kommt in letzter Zeit aber auch das Problem des so genannten Präsentismus, weil kranke und somit weniger leistungsfähige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu früh zur Arbeit zurückkehren und dadurch ihr Heilungsprozess verzögert wird.

Insgesamt kann die Evaluierung von BGF-Prozessen aus methodischen Gründen generelle Fragen nach deren Wirksamkeit in der Regel nur unvollständig beantworten.

---

<sup>44</sup> Atzler 2008

<sup>45</sup> Greef/Broek 2004, Fritz 2008, Egger-Subotitsch 2007, ENWHP 1999

- » Zum einen kann in der Regel kein einfacher Ursache-Wirkungszusammenhang hergestellt werden, da mehrere und komplexe Interventionen gleichzeitig durchgeführt werden.
- » Die getroffenen Maßnahmen betreffen häufig nur kleine Gruppen von Beschäftigten. Daher bieten statistische Verfahren nur sehr beschränkte Aussagemöglichkeiten.
- » Eine Reihe von Maßnahmen werden ihre Wirkungen auf die Gesundheit der gegenwärtig Betroffenen erst nach längerer Zeit zeigen bzw. werden sie – insbesondere wenn es sich um Verbesserung auf der Verhältnisebene handelt – auch von am Projekt nicht unmittelbar Beteiligten konsumiert werden.

Gut evaluiert werden kann der Arbeits- und Umsetzungsprozess im BGF-Projekt selbst, die Tätigkeit der Projektsteuerung einschließlich ihrer Fähigkeit, das Projekt gegebenenfalls inneren und äußeren Einflüssen adäquat anzupassen. Messbar sind der Informationsstand von Mitarbeitenden und das Ausmaß ihrer Beteiligung. Wenn für bestimmte Maßnahmen aus der arbeitsmedizinischen, arbeitspsychologischen oder technischen Forschung begründet ableitbar ist, dass die Maßnahme gesundheitsfördernd ist, kann legitim angenommen werden, dass sie auch der konkreten Zielgruppe im BGF-Projekt nützen wird, ohne dass auf das messbare Eintreten des Nutzens im konkreten Fall gewartet werden muss.

Sobald BGF eine größere Verbreitung erreicht hat und sich nicht mehr auf eine Minderheit von Betrieben beschränkt, könnten öffentlich verfügbare Datenbestände, wie sie in diversen Gesundheitsberichten von Behörden und Gebietskörperschaften zur Verfügung gestellt werden, zur Einschätzung der Wirksamkeit von BGF herangezogen werden. Eine systematische Suche nach BGF-Indikatoren in Berichten von öffentlichen Körperschaften wird von Knaller (2008) dokumentiert. Die jeweils besonderen Fälle konkreter BGF-Projekte könnten damit in einem größeren Zusammenhang beurteilt werden.

Das im Aufbau befindliche *Cochrane Occupational Health Field* (Helsinki) verfügt gegenwärtig über 41 publizierte *Reviews*<sup>46</sup> zu konkreten Fragestellungen, von denen einige wenige Berührungspunkte zu BGF-Vorhaben besitzen.<sup>47</sup> Wenn man die Website des *Cochrane Occupational Health Field* benützt, um die bereits bestehenden *Reviews* im Hinblick auf BGF nachzuschlagen, ergibt sich folgendes Bild: Die meisten dieser gegenwärtig verfügbaren *Reviews* (51) beziehen sich auf die medizinische Behandlung von beruflich bedingten Erkrankungen, drei auf Raucherentwöhnung und neun auf die Gesundheit von Arbeitenden anderweitig beeinflussende Faktoren. Eine direkte Kontaktaufnahme mit dem Leiter des *Cochrane Occupational Health Field*, Jos Verbeek, erbrachte lediglich methodische Hinweise für die zukünftige Gestaltung von Studien zwecks Erreichen einer möglichst hohen aus den von *Cochrane*

46 In derartigen *Reviews* werden verschiedene Studien über die Wirksamkeit von jeweils bestimmten Interventionen verknüpft, um konkrete (evidenzbasierte) Aussagen und Empfehlungen daraus abzuleiten. Die Gewichtung der in den Studien dokumentierten Evidenz ist am höchsten, wenn es sich um den in der Medizin häufig eingesetzten Studientyp „RCT“ (Randomisierte kontrollierte Studien) handelt.

47 Z. B. kommt der Bericht CD000560 ‚Psychological debriefing‘ zu dem Schluss, dass für die Wirksamkeit der vielfach eingesetzten Methode des Debriefing als Prävention gegen Posttraumatische Belastungsstörungen (PTSD) keine Hinweise vorliegen.

definierten Qualitätsstufen<sup>48</sup>. BGF-Projekte sind überwiegend Fallstudien, die in einer kleinen Anzahl von Betrieben mit einem hohen Grad von Anpassung an die jeweilige konkrete betriebliche Situation durchgeführt werden. Sie haben, soweit sie Neues entwickeln sollen, das Ziel, bestimmte Vorgehensweisen in Pilotform auszuprobieren. Nach den wissenschaftlich-methodischen Kriterien der *Cochrane Collaboration* können sie daher nur bedingt als Evidenz herangezogen werden.<sup>49</sup> Hilfreich und mit der hierorts üblichen Verhältnis-Verhaltensdichotomie in Beziehung setzbar ist die höhere Differenzierung der Outcome-Typen<sup>50</sup> im System der *Cochrane-Datenbank*.

## 2.8 Nachhaltigkeit

Ein BGF-Projekt ist durch die abschließende Evaluierung zwar beendet, Betriebliche Gesundheitsförderung ist aber als Entwicklungsprozess zu sehen, was bedeutet, dass nach der Evaluierung ein neuer BGF-Zyklus beginnt. Ziel des Pilotprojektes ist es also, Betriebliche Gesundheitsförderung in die Unternehmensstrukturen so zu integrieren, dass sie zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Organisations- und Personalentwicklung gemacht und somit nachhaltig im Betrieb verankert sind. Da sich die Integration oft als schwierig gestaltet, soll diese bereits zu Projektbeginn mitbedacht und eingeplant werden.

Für die betriebliche Realität bedeutet der Gedanke der Nachhaltigkeit, dass eine oder mehrere Personen im Unternehmen finanzielle und zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, um BGF erfolgreich weiterzuführen. Gleichzeitig soll gewährleistet sein, dass BGF auch dann weiter im Unternehmen existiert, wenn die beauftragten Personen den Betrieb verlassen. BGF ist deshalb als Führungsaufgabe zu denken und zu verstehen.

In BGF-Projekten scheint es unter dem Aspekt der Nachhaltigkeit notwendig zu sein, besonders die Entstehung verhältnisorientierter Ergebnisse zu ermutigen und bei der Durchführung von Projekten darauf zu achten, dass dieser Aspekt während der Arbeit im Projekt nicht verloren geht. Gerade die Fokussierung auf Verhältnisveränderungen gewährleistet eine langfristige gesundheitsförderliche Wirkung. Bei einer Untersuchung österreichischer BGF-Projekte von 101 Unternehmen stellte sich heraus, dass zwar fast jedes dieser Unternehmen auf Beeinflussung des Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterverhaltens setzt, aber nur jeder zweite Betrieb auf Veränderung struktureller Rahmenbedingungen oder Aufbau von Ressourcen.<sup>51</sup> Es scheint daher notwendig, bei der Entwicklung und Durchführung eines BGF-Projektes darauf zu achten, dass die programmatisch verankerte Ausgewogenheit von verhältnis- und verhaltensbezogener Arbeit über den gesamten Projektprozess aufrechterhalten wird.

---

48 'When there is an intervention at the individual level, then it is difficult to conceive reasons for not randomising even though it can be difficult to evaluate a complex intervention. When there is an intervention at the group level, for example reducing noise levels at a department level, the best option is a randomised controlled trial with groups being randomised: cluster randomised trial. When there are policy interventions at the group level such as legislation and there are administrative databases with reliable data, an interrupted time series analysis is probably the best option. (Verbeek, J, E-mail 30. Nov. 2009.)

49 Fallberichte entsprechen im wissenschaftlichen System der Cochrane Collaboration der vorletzten von insgesamt vier Stufen der Evidenzhierarchie. (Püringer 2009)

50 Von 'B1 removing/eliminating exposure' bis 'B8 cost/effectiveness outcome', in: How to use the Cochrane Occupational Health Field (COHF) Databases shortest version, <http://www.ttl.fi/internet/partner/cochrane>.

51 Brandl et al. 2008

### 3. Liste der Interviewten Expertinnen und Experten

**Bauer Georg**, ETH Zürich, Arbeits- u. Organisationspsychologie

**Breiner Gerlinde**, Arbeiterkammer Oberösterreich

**Czeskleba Renate**, Unternehmensberaterin

**Friesenbichler Herbert**, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

**Geißler Heinrich**, BFG Beratung & Forschung - Geißler

**Gruber Brigitta**, @arbeitsleben

**Kiesewetter Elfriede**, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, BGF-Netzwerk

**Kloimüller Irene**, Unternehmensberaterin

**Kriener Birgit**, Unternehmensberaterin

**Kündig Sandra**, Institut für Arbeitsmedizin, Schweiz

**Loitzl Gernot**, Unternehmensberater

**Nitsch Martina**, Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research

**Pirolt Elfriede**, pro mente

**Pospischil Erich**, Arbeitsmedizinisches Zentrum Mödling

**Ropin Klaus**, Fonds Gesundes Österreich

**Scharinger Christian**, Unternehmensberater

**Scheibenpflug Paul**, Betriebliche Gesundheitsförderung, Bewegungsergonomie

**Schuster Dietmar**, Wirtschaftskammer Österreich, Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit

**Stummer Harald**, UMIT Wien

**Waldherr Karin**, Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research

## 4. Liste der Workshop-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer

**Breiner Gerlinde**, Arbeiterkammer Oberösterreich

**Duncan-Mayerhofer Margit**, Arbeitsmedizinerin

**Friesenbichler Herbert**, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt

**Huber Elsbeth**, Arbeitsinspektorat

**Kiesewetter Elfriede**, Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, BGF-Netzwerk

**Neudorfer Ernst**, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

**Ropin Klaus**, Fonds Gesundes Österreich

**Waldherr Karin**, Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research

## 5. Literatur

**Aronsson, Gunnar; Gustafsson, Klas; Dallner, Margareta** (2000): 'Sick but yet at work; an empirical study of sickness presenteeism', *Journal of Epidemiological & Community Health*, 54, 2000, pp. 502-9

**Atzler, Beate**: Kritische Aspekte in der Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Spicker, Ingrid/Sprengseis, Gabriele (Hg.) (2008): *Gesundheitsförderung stärken: Kritische Aspekte und Lösungsansätze*, Wien

**Bertelsmann-Stiftung; Hans Böckler Stiftung** (Hg.) (2002): *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik*, Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik, Zwischenbericht

**BGF-Netzwerk** (1999): *BGF - Ein Rückblick mit Perspektiven*, 4. Informationstag zur BGF, Linz

**BGF-Netzwerk**, [http://www.netzwerk-bgf.at/portal/index.html;jsessionid=CBDD2D95B95B6A62EEA0772C6D00639A?ctrl:cmd=render&ctrl>window=bgfportal.channel\\_content.cmsWindow&p\\_menuid=64778&p\\_tabid=4](http://www.netzwerk-bgf.at/portal/index.html;jsessionid=CBDD2D95B95B6A62EEA0772C6D00639A?ctrl:cmd=render&ctrl>window=bgfportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=64778&p_tabid=4), download 23.11.2009

**Bödeker, Wolfgang; Friedel, Heiko; Röttger, Christof; Schröer, Alfons** (2002): *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen*. Forschungsbericht 946 der BauA, Bremerhaven

**Brandl, Julia; Kugler, Alexandra; Eckardstein von, Dudo** (2008): *Betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis. Wie vorbildlich sind Vorzeigebetriebe?* In: zfo 04/2008

**Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin** (BauA) (2007): *NAGU. Nachhaltige Arbeits- und Gesundheitspolitik im Unternehmen*, November 2007

**Cochrane Occupational Health Field**, <http://www.ttl.fi/Internet/partner/Cochrane/Systematic+reviews/Reference+list+of+Cochrane+OH+Reviews.htm>, download 23.11.2009

**Duncan-Mayerhofer, Margit** (2009): *Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitsmedizinernnenausbildung. Eine Analyse der Ausbildungscurricula in Österreich, Belgien und Rumänien unter Berücksichtigung aktueller Problemlagen und Trends im europäischen ArbeitnehmerInnenschutz*, Freistadt

**Dür, Wolfgang; Fürth, Kristina** (2006): *Grundlagen, Konzepte und Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus gesundheitssoziologischer Sicht*, in: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hg.): *Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen*, Frankfurt/Main

**Egger-Subotitsch, Andrea; Fritsch, Clara; Jelenko, Marie; Steiner, Karin** (2007): *Praxishandbuch. Betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung*, Wien

**Europäische Stiftung** (1998): Betriebliche Gesundheitsförderung in Europa. Programm der Europäischen Stiftung, Dublin

**Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)** (2001): Klein, gesund und wettbewerbsfähig: Neue Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen. Kriterien und Beispiele guter Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen (KMU), November 2001

**European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)** (1999): Healthy Employees in Healthy Organisations. Good Practice in Workplace Health Promotion (WHP) in Europe. Quality Criteria of Workplace Health Promotion, May 1999

**European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)** (ohne Jahr): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (Fassung 2007), Essen

**Fritz, Sigrun** (2008): Ökonomischer Nutzen „Weicher“ Kennzahlen in der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Spicker, Ingrid/Sprengseis, Gabriele (Hg.): Gesundheitsförderung stärken: Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Wien

**Froböse, Ingo; Wellmann, Holger; Weber, Andreas** (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung: Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung, Wiesbaden

**Fuchs, Tatjana** (2006): Was ist gute Arbeit? Anforderungen aus der Sicht von Erwerbstätigen. Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Untersuchung, Berlin/Dortmund/Dresden

**Geißler-Gruber, Brigitta** (2006): Arbeit mit Leib und Seele!? Der Beitrag der Arbeitspsychologie für eine gesundheitsgerechte Arbeitswelt, in: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen, Frankfurt/Main

**Gemeinsam Gesund Gestalten**, <http://www.sozialplattform.at/index.php?id=112>, download 30.01.2010

**Greef, Marc De; Broek, Karla Van der** (2004): Healthy Employees in Healthy Organisations. Report. Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the effects of WHP, May 2004

**Grossmann, Ralph; Scala, Klaus** (1996): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Weinheim

**Gröben, Ferdinand/Ulmer, Jutta** (2004): Gesundheitsförderung im Betrieb. Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa - Umsetzung des Settingansatzes. Arbeitspapier Nr. 88, Düsseldorf

**Harlfinger, Gudrun; Wieg, Jürgen** (2008): Der gesunde Betrieb. Empfehlungen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Bochum

**Helmenstein, Christian; Hofmarcher, Maria; Kleissner, Anna; Riedel, Monika; Röhrling, Gerald; Schnabl, Alexander** (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung, Endbericht, Research Report, Wien

**Hirtenlehner, Helmut** (2008): Betriebliche Gesundheitsanalyse: Eine Validierung des SALSA-Fragebogens für Österreich, in: Spicker, Ingrid/Sprengseis, Gabriele (Hg.): Gesundheitsförderung stärken: Kritische Aspekte und Lösungsansätze, Wien

**Hirtenlehner, Helmut; Meggeneder, Oskar** (2007): Die Auswirkungen des demographischen Wandels auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement, in: WISO 3/97, Oktober 2007

**Hirtenlehner, Helmut; Pillwein, Walter** (2006): Der ganzheitliche Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel eines Modellprojekts in einer Papierfabrik, in: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen, Frankfurt/Main

**Hirtenlehner, Helmut; Sebinger, Sarah** (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich, Linz

**Jäger, Reinhard** (Hrsg) (2009): Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin – Jahrestagung 2009 Linz. Vorträge, Präsentationen, Posterdarstellungen, CD-ROM, Linz

**Kohlbacher, Michael; Meggeneder, Oskar** (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, in: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen, Frankfurt/Main

**Kriener, Birgit** (2002): well@work. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Oktober 2002

**Meggeneder, Oskar** (2005): Krankenstände vermeiden - Fehlzeiten reduzieren, Wien

**OÖGKK** (Hrsg) (2009): In Form mit Reform, Projektbericht, Linz

**Püringer, Ursula** (2009): Und sie wirkt doch – Daten und Fakten zur Effektivität der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Vortragsunterlagen – Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, Linz

**Regionenprojekt Melk – Gesund arbeiten im Bezirk Melk**, [http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/channel\\_content/cmsWindow?p\\_tabid=3&p\\_menuid=66006&action=2](http://www.noegkk.at/portal27/portal/noegkkportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=66006&action=2), download 28.01.2010

**Rimann, Martin; Udris, Ivars** (1997): Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In: Strohm, Oliver/Ulich, Eberhard (Hg.): Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation, Zürich

**Scharinger, Christian** (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung, in: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen, Frankfurt/Main

**Scharinger, Christian** (ohne Jahresangabe): „WEG“ – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit. Hilfsmittel, Anleitungen und Materialien zu einem gesunden Unternehmen, Linz

**Slesina, Wolfgang** (2008): Betriebliche Gesundheitsförderung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2008, 51

**Sokoll, Ina; Kramer, Ina; Bödeker, Wolfgang** (2008): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, IGA Report 13, Essen/Dresden/Bonn

**switch2006.at**, <http://www.switch2006.at/modellprojekt/index.html>, download 25.11.2009

**Ulich, Eberhard** (2007): Arbeit hält gesund – Arbeit macht krank?, in: Mosberger, Brigitte/Sturm, René (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung im Brennpunkt, Beiträge zur Fachtagung „Arbeit, Arbeitslosigkeit und Krankheit – Gesundheitsförderung als Ausweg?“, 17. Mai 2006 in Wien, AMS report 58

**Winning Age – Getting Future. Älter werden – Zukunft haben**, <http://wage.netzdesign.at/index.php?id=92>, download 10.12.2009

