

BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

ZUGANG ZUR KOMBINIERTEN UMSETZUNG DER ARBEITSPLATZEVALUIERUNG
PSYCHISCHER BELASTUNGEN GEMÄß ASCHG
MIT DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG

Masterthesis

zur Erlangung des akademischen Grades eines Masters of Public Health

Verfasserin

Mag.^a Beate Tropper

Matrikelnummer: 9912844

Wissenschaftliche Betreuung

Mag. Hubert Langmann, MPH

Mag^a. Christina Finding, MSc

Graz, September, 2016

UNIVERSITÄTSLEHRGANG
**PUBLIC
HEALTH**
Management in der Krankenversorgung
und Gesundheitsförderung



gefördert aus den Mitteln des
Fonds Gesundes Österreich

Danksagung

Mein Dank gilt allen Personen, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Vor allem danke ich meinem wissenschaftlichen Betreuer Mag. Hubert Langmann, MPH sowie meiner Arbeitskollegin und Zweitbetreuerin Mag.^a Christina Finding, MSc, die mir bei meiner akademischen Arbeit fachlich sowie freundschaftlich zur Seite gestanden haben.

Ebenso danke ich meinem Arbeitgeber, der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung. Durch die entgegengebrachte Unterstützung wurde ein großer Beitrag zum Entstehen der Arbeit geleistet.

Ein ganz herzliches Danke richtet sich an meine Eltern – vor allem an meinen Vater, der in der Zeit des Schreibens der Arbeit leider verstorben ist –, die immer an mich geglaubt und mich bei meinen Vorhaben unterstützt haben!

Zudem geht ein ganz besonderer Dank an DDI Dr. Michael Stadler, der mir als Freund emotionale sowie fachspezifische Unterstützung – und elementaren IT-Support – zukommen hat lassen.

Ohne ihre Beiträge und ihren Glauben an mich wäre es nicht möglich gewesen, diese Arbeit fertig zu stellen!

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Schrift verfasst und die mit ihr unmittelbar verbundenen Arbeiten selbst durchgeführt habe. Die in der Schrift verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewährten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Schrift ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Ort, Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	6
Tabellenverzeichnis.....	7
Abkürzungsverzeichnis.....	8
Zusammenfassung.....	9
1. Einleitung.....	11
1.1 Gesundheitliche Strukturen in österreichischen Betrieben.....	11
1.2 Verknüpfung der AEPB mit der BGF	12
1.3 Public Health Relevanz	13
1.4 Ziel, Fragestellungen und Hypothesen	14
2. Methode	18
2.1 Literaturanalyse.....	18
2.2 Studiendesign	19
2.2.1 Stichprobe.....	20
2.2.2 Erhebungsinstrumente	21
2.2.3 Ablauf.....	22
2.2.4 Datenverarbeitung und Auswertung	23
3. Ergebnisse.....	24
3.1 Arbeitsunfähigkeit in Österreich.....	24
3.1.1 Psychische Erkrankungen.....	25
3.1.2 Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen.....	27
3.1.3 Wettbewerbsfaktor Psychische Gesundheit	29
3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement	30
3.2.1 Drei Säulen des BGM.....	31
3.2.2 Sicherheits- und Gesundheitsmanagement.....	34
3.2.3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Rahmen des BGM.....	34
3.3 ArbeitnehmerInnenschutz	37
3.3.1 Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen.....	38
3.3.2 Theoretische Konzepte und Begriffsbestimmungen	39
3.3.3 Praxis der AEPB	43
3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung	48
3.4.1 Theoretische Konzepte und Begriffsbestimmungen	49
3.4.2 Praxis der BGF.....	61
3.5 Kombinierte Umsetzung der AEPB mit der BGF.....	68

3.5.1	Gesundheitsmodelle	68
3.5.2	Zugang zur Salutogenese und Pathogenese.....	70
3.5.3	Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen: Nutzen von Synergien.....	72
3.5.4	Praxis der kombinierten Umsetzung.....	76
3.5.5	Weitere Vorteile durch eine kombinierte Umsetzung	81
3.6	Ergebnisse der Befragungen.....	82
3.6.1	Ergebnisse der Kurzumfrage.....	82
3.6.2	Ergebnisse der Interviews	87
3.7	Beantwortung: Ziel und Hypothesen.....	101
4.	Diskussion	104
4.1	Limitationen.....	107
4.2	Ausblick.....	108
5.	Interessenskonflikte	109
	Literaturverzeichnis	110
	Anhang.....	121
A	Serviceangebote der STGKK.....	121
B	BGF Kleinbetriebsmodell	122
C	Gesundheitsreform 2013.....	123
D	Rahmen-Gesundheitsziele	123
E	15 Qualitätskriterien in der BGF/BGM.....	124
F	Evidenz von BGF/BGM.....	126
G	Online-Kurzbefragung.....	127
H	Interviewleitfaden	134
I	Ergänzungen zu den Ergebnissen	142
J	Exkurs: Mögliche Handlungsebenen in der BGF.....	144

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklung der psychischen Krankheiten in Österreich	26
Abbildung 2: Anteil der psychischen Krankheiten an allen unbefristeten I-Pensionen.....	29
Abbildung 3: Einordnung der BGM in betriebliche Strukturen (Deutschland)	31
Abbildung 4: BGM bestehend aus drei Säulen (Österreich).....	32
Abbildung 5: Gliederung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen	35
Abbildung 6: Erklärungsmodell Psychische Belastung und Beanspruchung	41
Abbildung 7: Prozess der AEPB	45
Abbildung 8: Gesundheitsförderungsgesetz	48
Abbildung 9: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991).....	49
Abbildung 10: Gesundheitsressourcen stärken und Krankheitsrisiken abbauen	56
Abbildung 11: Ansatzpunkte bedingungs- und personenbezogener Intervention	60
Abbildung 12: Lernzyklus der BGF	62
Abbildung 13: BGF Projektkreislauf	63
Abbildung 14: Nutzen von BGF	67
Abbildung 15: Gesundheitsmodelle in der Gegenüberstellung.....	69
Abbildung 16: Handlungsoptionen	71
Abbildung 17: Synergien der beiden Prozesse	73
Abbildung 18: Kombinierte Umsetzung in der Praxis	77
Abbildung 19: Grobkonzeptplanung	79
Abbildung 20: Wiedereingliederungsmanagement im Unternehmen (n=38)	84
Abbildung 21: Moderne Gesundheitspolitik im Unternehmen (n=38)	84
Abbildung 22: Anteil Befragungsteilnehmer/innen mit kombinierter Umsetzung (n=38) ...	85
Abbildung 23: Nutzen der kombinierten Umsetzung (n=38).....	86
Abbildung 24: Firmennamen der Befragungs- bzw. Interviewteilernehmer/innen (n=18)...	142
Abbildung 25: Branche der Befragungsteilnehmer/innen nach ÖNACE Struktur - 2008.	143
Abbildung 26: Beispiele für Handlungskonsequenzen nach Ursachenanalyse	144

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Unternehmensgröße der aktiven STGKK BGF/BGM-	20
Tabelle 2: Ressourcen in der BGF	57
Tabelle 3: Definition der Europäischen Kommission	61
Tabelle 4: Unternehmensgröße der Befragungsteilnehmer/innen	83
Tabelle 5: Zusätzliche Anmerkungen zum „Nutzen“ der Kombination	86
Tabelle 6: Beweggründe die Synergien nicht zu nutzen	87
Tabelle 7: Zusätzliche Anmerkungen zum „Nicht-Nutzen“ der Kombination	87
Tabelle 8: Unternehmensgröße, Branche und Namen der Interviewpartner/innen	88
Tabelle 9: Frage 5: Betriebsräte und Einbindung in die kombinierte Umsetzung?	88
Tabelle 10: Frage 6: Präventivdienste im Unternehmen?	88
Tabelle 11: Frage 7: Wiedereingliederungsmanagement im Unternehmen?	89
Tabelle 12: Frage 8: Beweggründe für die kombinierte Umsetzung?	90
Tabelle 13: Frage 9: Bereich bzw. Funktion der Verantwortlichen im Betrieb?	92
Tabelle 14: Frage 11: Ausgangslage der Projektplanung?	92
Tabelle 15: Frage 13: Unterstützung bei der Planung der Umsetzung?	92
Tabelle 16: Frage 14: Umsetzer/innen des kombinierten Prozesses?	93
Tabelle 17: Frage 15: Ansuchen einer BGF FGÖ-Förderung?	93
Tabelle 18: Frage 18 & 17: Planung des kombinierten Prozesses und Status Quo?	94
Tabelle 19: Frage 19: Positiv an der Vorgehensweise?	96
Tabelle 20: Frage 20: Herausforderungen in der Vorgehensweise?	97
Tabelle 21: Frage 21: Nutzen der synergetischen Umsetzung?	97
Tabelle 22: Frage 23: Nachhaltigkeitsplanung?	98
Tabelle 23: Frage 24: Empfehlung an andere Unternehmen?	100

Abkürzungsverzeichnis

AEPB	Für den Terminus „Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen“ gemäß dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz gibt es keine anerkannte Abkürzung. Aufgrund einer einfacheren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit dennoch das Kürzel „AEPB“ dafür herangezogen.
AI	Arbeitsinspektion
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
ENWHP	European Network For Workplace Health Promotion
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
HVB	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
iga	Initiative Gesundheit & Arbeit
IHS	Institut für Höhere Studien
ISO	International Standardization Organisation
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung
PDCA-Zyklus	Projektmanagement-Zyklus „Plan-Do-Check-Act“
R-GZ	Rahmen-Gesundheitsziele
SGM	Sicherheits- und Gesundheitsmanagement
SGMS	Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organisation
WKO	Wirtschaftskammer

Der ArbeitnehmerInneschutz bzw. das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz werden in der vorliegenden Arbeit jeweils mit dem Binnen-I geschrieben. Dies ist die offizielle Schreibweise und diese wird auch für diese Arbeit übernommen.

Zusammenfassung

Hintergrund: Daten belegen, dass (berufsbedingte) psychische Erkrankungen in Österreich ansteigen (Leoni & Einsiedl, 2015; Morschhäuser, Beck & Lohmann-Haislah, 2014). Aufgrund dessen wird die Auseinandersetzung mit einer umfassenden betrieblichen Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung der drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Wiedereingliederungsmanagement – empfohlen (Blattner & Elsigan, 2015).

Ausgangslage: Durch die letzte Aktualisierung des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes wird auf die Notwendigkeit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen verstärkt hingewiesen. Die Betriebliche Gesundheitsförderung kommt seit über 20 Jahren bei interessierten österreichischen Betrieben zum Einsatz. Durch eine kombinierte Umsetzung der beiden Ansätze kann gewährleistet werden, dass die Evaluierungspflicht angemessen erfolgt sowie die Kür der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Schmon, 2013).

Fragestellung: Es wird untersucht, ob Kooperationsbetriebe der STGKK eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik leben und Synergien der beiden Prozesse nutzen. Herausforderungen, Vorteile und der Nutzen durch die kombinierte Vorgehensweise sind von Interesse.

Ziel: Ziel ist es, die grundlegenden theoretischen Zugänge zu den Themen abzubilden sowie Einblicke in die gelebte Praxis zu erhalten, um daraus Empfehlungen für eine kombinierte Vorgehensweise abzuleiten.

Methoden: Ausgehend von einer Literaturrecherche wurden in weiterer Folge praktische Erfahrungen von Seiten der Betriebe im Rahmen einer angewandten Forschung mit erkundendem Charakter mittels Online-Kurzbefragung und vertiefenden Interviews erhoben. Letztere wurden jeweils in einem Klein-, Mittel und Großbetrieb geführt.

Resultate: Die Rücklaufquote der Online-Kurzbefragung betrug 23,3% von insgesamt 163 Kooperationsbetrieben der STGKK. Durch die vertiefenden Interviews konnte der Umsetzungsprozess in den Betrieben im Detail studiert werden. 79% der Kurzbefragungsteilnehmer/innen geben an, eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik zu betreiben. Über 90% nutzen Synergien der beiden Prozesse. Der größte Mehrwert für die Unternehmen entsteht durch den ganzheitlichen Ansatz der Gesundheit (Bio-Psycho-Soziales Modell, Engel, 1977).

Schlussfolgerungen: Die Synergien zwischen der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden von den STGKK-Kooperationsbetrieben genutzt. Das Hinzuziehen externer Expertise stellt einen Mehrwert für die Planung sowie die Umsetzung des kombinierten Prozesses dar. Die vorliegende Arbeit präsentiert die drei Säulen der Gesundheitspolitik aus einer einheitlichen Perspektive. Sie kann so zu einem besseren Verständnis bei den Umsetzungsverantwortlichen in den Betrieben sowie bei externen Berater/innen beitragen.

Abstract

Background: The number of work related health problems in Austria is rising (Leoni & Einsiedl, 2015; Morschhäuser, Beck & Lohmann-Haislah, 2014). Therefore it is recommended to implement the modern workplace health management with three principles: occupational safety and health, workplace health promotion and reintegration management (Blattner & Elsigan, 2015).

Initial situation: The most recent publication of the occupational safety and health regulation enforces the importance to consider mental stress. Workplace health promotion has been applied in some Austrian companies for more than 20 years. A combined implementation guarantees the mandatory mental stress evaluation and the workplace health promotion (Schmon, 2013).

Research question: Two major topics are studied: (1) do the companies affiliated with the STGKK implement a comprehensive workplace health management and (2) do they utilize synergies of both processes? In particular, the study analyses challenges and advantages of the combined procedure.

Goals: The study aims to outline the theoretical foundations as well as the actual implementation of the process. This allows to provide recommendations for a combined procedure.

Methods: The study is based on literature research and practical experiences within the companies. The design of the study follows an applied research style with explorative character. The data was obtained by online surveys and interviews.

Results: 163 companies affiliated with the STGKK were enrolled in the online survey. The response rate was 23,3%. The interviews allowed to study the implementation process within the companies. 79% of the respondents are effectively applying the workplace health management. More than 90% are taking advantage of the two combined processes. It may be observed, that the largest benefit is generated by employing the holistic approach (Bio-Psycho-Social Model, Engel, 1977).

Conclusions: The two separate processes (1) evaluation of work related mental stress and (2) workplace health promotion are carried out in tandem by the companies affiliated with the STGKK. This enables the companies to harness associated synergies. Due to the complexity, they benefit from consultation and external know-how during the design and implementation of the combined process. The present work discusses the three columns of workplace health management from a unifying perspective. Therefore, it may represent a helpful guide during the implementation of future projects.

1. Einleitung

Wie der deutsche Philosoph Arthur Schopenhauer (1788 – 1860) bereits sagte: „Gesundheit ist gewiss nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Das Thema der Gesundheit betrifft jeden von uns und ist grundsätzlich allgegenwärtig. Gesundheit ist – solange sie vorhanden ist – selbstverständlich. Zumeist kommt es erst zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit, wenn Probleme z.B. Schmerzen auftreten und wenn diese körperliche und/oder psychische Einschränkungen nach sich ziehen. Die Begriffe Gesundheit und Krankheit werden im alltäglichen Sprachgebrauch oft undifferenziert verwendet und als zwei voneinander unabhängige Pole angesehen. Dabei ist niemand nur gesund oder nur krank. Der Mensch bewegt sich irgendwo zwischen diesen Endpunkten in einem Kontinuum (Antonovsky, 1997).

Besonders für Betriebe ist die Gesundheit oder Krankheit der Belegschaft eine relevante Thematik, die sie zum Teil vor große Herausforderungen stellt. Gesundheit oder Krankheit bei Arbeitnehmer/innen gehen zumeist mit der An- oder Abwesenheit in der Arbeit bzw. der Leistungsfähigkeit einher. Laut Fehlzeitenreport 2015 steigen die Krankenstände auf Grund von psychischen Erkrankungen kontinuierlich an. Psychische Leiden sowie die psychische Gesunderhaltung stehen vermehrt im Zentrum von arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen sowie den Medien und der Politik. In einer Studie der Initiative Gesundheit & Arbeit (iga) wird darüber informiert, dass auf Basis einer Literaturanalyse 164 wissenschaftliche Artikel zum Thema „Psychische Belastung in der Arbeitswelt“ (Paridon, 2016, S. 14) gefunden wurden, darunter z.B. gemischte physische Beschwerden nach Hoven und Siegrist (2013) oder Burnout von Crawford, LePine und Rich (2010). Vor allem in Zeiten der wirtschaftlichen Krise stellen gesunde, motivierte und produktive Beschäftigte einen großen Erfolgsfaktor dar.

1.1 Gesundheitliche Strukturen in österreichischen Betrieben

In dieser Arbeit wird auf das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) bzw. die betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Klein- Mittel- und Großbetrieben eingegangen. Die genannten Begriffe werden synonym verwendet. Verstanden wird darunter das Dach, unter dem sich die drei Säulen: der ArbeitnehmerInnenschutz, die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und das Wiedereingliederungsmanagement oder das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) befinden (Bamberg, Ducki,

Metz, 2011; Blattner & Elsigan, 2015). Neben dem ArbeitnehmerInnenschutz gibt es den Bedienstetenschutz. „Der Schutz der Sicherheit und Gesundheit von Bediensteten in Dienststellen des Bundes wird durch das Bundes-Bedienstetenschutzgesetz geregelt. In den Ländern gelten für die Bediensteten in Dienststellen der Länder und Gemeinden die jeweiligen Landesbedienstetenschutzgesetze“ (gesundearbeit, 2016).

Da in Österreich sowie in der Steiermark die meisten Unternehmen dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) verpflichtet sind und somit die Mehrheit der berufstätigen Personen davon profitieren, bezieht sich diese Arbeit auf das ASchG. Für österreichische Betriebe steht seit 1. Jänner 2013 – nach dem ASchG – die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen (AEPB) im Fokus, wenn es um tätigkeitsbedingte (psychische) Erkrankungen geht bzw. um die Verhinderung dieser.

In Österreich kommt seit über 20 Jahren die BGF mit entsprechenden Maßnahmen – wie z.B. zur Erhaltung der Ressourcen, des Wohlbefindens, der Zufriedenheit, des Commitments der Mitarbeiter/innen zum Unternehmen und die Unternehmenskultur – im Sinne einer Organisationsentwicklung zum Einsatz. Basis für die BGF stellt die Luxemburger Deklaration des European Network For Workplace Health Promotion (ENWHP) aus dem Jahr 1997 dar. Im Rahmen der BGF werden die Verhältnisse im Unternehmen sowie das individuelle Gesundheitsverhalten der Beschäftigten für die Gesundheit der Belegschaft als elementar angesehen.

Wenn bereits Erkrankungen von Arbeitnehmer/innen vorliegen und nach längerem Krankenstand die Rückkehr in die Arbeit erfolgt, dann kann das Wiedereingliederungsmanagement zum Einsatz kommen. Die Umsetzung erfolgt – wie die BGF – freiwillig. „Im Mittelpunkt des BEM stehen die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern (Giesert, Reiter & Reuter, 2013, S. 6).

1.2 Verknüpfung der AEPB mit der BGF

Seit der aktuellsten Änderung des ASchG gibt es steiermarkweit Firmen, – wie aus Daten der STGKK als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) hervorgeht – welche die Durchführung der AEPB mit der BGF verknüpfen. Somit werden die Umsetzung der gesetzlichen Verpflichtung der AEPB sowie die freiwillige Leistung von BGF miteinander kombiniert.

Auf dieser Basis wurde ein Leitfaden im Auftrag des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) dem ÖNBGF und allen Netzwerkpartner/innen – in Zusammenarbeit mit dem Zentral-Arbeitsinspektorat und dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) – erarbeitet. Im Jahr 2015 wurde der „Leitfaden Psychische Gesundheit. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung“ (Blattner & Elsigan, 2015) veröffentlicht.

1.3 Public Health Relevanz

Für die Bewahrung von gesellschaftlichen Systemen hat die Gesundheit einen wichtigen Einfluss (Faltermaier, 2009) sowie sie als Grundrecht angesehen wird, wie es in der Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen zu entnehmen ist. (Schwartz et al., 2012, S. 38). Das BGM verfolgt diese Ziele im beruflichen Kontext.

Paragraph 4 des ASchG besagt, dass die Arbeitgeber/innen die Ursachen von arbeitsbedingten psychischen Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen können, zu ermitteln und zu beurteilen haben und Maßnahmen zur Verbesserung bzw. Verhinderung umzusetzen sind (Arbeitsinspektion, 2014). Auf Basis dieser gesetzlichen Grundlage sind alle österreichischen Unternehmen zur Umsetzung der AEPB verpflichtet. Um einen Einblick zu geben, wie viele Betriebe bzw. Mitarbeiter/innen dies betrifft, werden hier Daten der Wirtschaftskammer (WKO) aus dem Jahr 2015 herangezogen*. Laut WKO waren in Österreich – im Dezember 2015 – in Summe 482.802 Betriebe gemeldet inkl. Ein-Personen-Unternehmen und 2.239.551 unselbständig Beschäftigte. In der Steiermark waren es – mit Stand 31. Juli 2015 – 27.194 gemeldete Betriebe mit mindestens einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter und 360.324 Beschäftigte (WKO, 2015, S.3). Die Umsetzung der AEPB betrifft alle in Österreich selbstständig Tätigen und unselbstständig Beschäftigten und hat somit eine große Relevanz für die arbeitende Bevölkerung.

Durch die Umsetzung der AEPB in Kombination mit der BGF ergibt sich ein Gewinn für Unternehmen sowie Mitarbeiter/innen. Betriebe entwickeln sich systematisch weiter und durch die Beteiligung der Mitarbeiter/innen, können diese ihre Arbeitsbedingungen in gewissem Maße selbst mitgestalten. Dass BGF positive Effekte auf die Anzahl der

* Dadurch wird eine Vergleichbarkeit bzw. Einheitlichkeit in der Datengrundlage am ehesten gewährleistet. Die WKO hat folgende Sparten berücksichtigt: Gewerbe und Handwerk, Industrie, Handel, Bank und Versicherung, Transport und Verkehr, Tourismus und Freizeitwesen, Information und Consulting (WKO, 2015).

Arbeitsunfälle, die Reduktion von Krankheitskosten und die Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten hat, stellten Sockoll, Kramer & Bödeker (2008) in ihrer Arbeit dar. Auch Bräunig, Haupt, Kostall, Kramer, Pieper & Schröer geben an, dass „betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention hinsichtlich des gesundheitlichen sowie des ökonomischen Nutzens weiterhin als evident“ (2015, S. 64) zu bezeichnen sind.

Gestützt auf den Ansatz der Gesundheitsdeterminanten und ausgehend von Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies), wurde im Interesse, der in Österreich lebenden Menschen die Gesundheitsreform im Jahr 2013 auf Basis des Artikels 15a Bundes-Verfassungsgesetz die Zielsteuerung-Gesundheit vereinbart und von den neun Bundesländern gegengezeichnet. Es wurde ein nationales Konzept entwickelt und die Rahmen-Gesundheitsziele (R-GZ) beschlossen, die in den einzelnen Bundesländern zur Umsetzung kommen. Die Orientierung für die Reform erfolgte an der WHO (World Health Organisation) „zur Entwicklung von zukunftsweisenden Konzepten für eine gesunde Bevölkerung ("Health 2020 – Gesundheit 2020)" (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016, S. 1). Es wurden in Zusammenarbeit mit ca. vierzig Institutionen und der Einbeziehung der österreichischen Bevölkerung zehn R-GZ definiert. „Erklärtes Ziel ist die Verbesserung der Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig vom Bildungsstatus, Einkommenssituation oder Lebensumständen“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016, S. 1). Neun der zehn R-GZ beziehen sich auf Aspekte der Gesundheitsförderung und der Gesunderhaltung der österreichischen Bevölkerung und ein Ziel ist auf die Versorgung durch Gesundheitsleistungen bezogen. Angestrebt wird unter anderem ein Plus von zwei Lebensjahren in guter Gesundheit und somit erhöhter Lebensqualität.

Speziell für Ziel 1 ist die vorliegende Arbeit relevant: „Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen“ (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016, S. 1).

1.4 Ziel, Fragestellungen und Hypothesen

Ausgehend von der Grundlage der betrieblichen Gesundheitspolitik – basierend auf den drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und BEM – ist von Interesse, wie viele der aktiven STGKK-Kooperationsbetriebe die Synergien der BGF mit der AEPB nutzen. Der Fokus wird auf die Planung der Umsetzung, der Beweggründe zur kombinierten Umsetzung sowie auf Erfahrungen und Herausforderungen in der verknüpften

Durchführung gelegt. Optional lassen sich daraus Empfehlungen für andere Betriebe herausfiltern und ein Lernprozess einleiten.

Fragestellungen

Für die Querschnittstudie wird folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Wird eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik bereits praktisch gelebt?
- Werden und wie werden Synergien der BGF mit der AEPB in der betrieblichen Praxis von aktiven STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetrieben genutzt?
- Gibt es einen Nutzen und wenn ja, welchen Nutzen stellt es für die Betriebe dar, wenn die Durchführung gemeinsam realisiert wird?
- Welche Erfahrungen konnten in der kombinierten Vorgehensweise bereits gesammelt werden?
- Welche Ratschläge können anderen Unternehmen für eine kombinierte Planung weitergegeben werden?

Hypothesen

Nullhypothese (H0):

Für die Realisierung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen bei den STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetrieben werden Synergien mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht genutzt.

Alternativhypothese (H1):

Für die Realisierung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen bei den STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetrieben werden Synergien mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt.

H0:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe sehen bei einer kombinierten Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung keinen Nutzen.

H1:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe sehen bei einer kombinierten Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung einen Nutzen.

H0:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe leben keine umfassende moderne betriebliche Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung des ArbeitnehmerInnenschutzes, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Wiedereingliederungsmanagements.

H1:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe leben bereits eine umfassende moderne betriebliche Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung des ArbeitnehmerInnenschutzes, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Wiedereingliederungsmanagements.

Da die AEPB gemäß ASchG gesetzlich verpflichtend ist und die BGF eine freiwillige Leistung eines Unternehmens darstellt, wird darauf geachtet, dass der gesetzlichen Verpflichtung entsprechend nachgekommen wird. Eine kombinierte Umsetzung der beiden Prozesse kann aufgrund eines größeren Aufwandes in der Planungsphase – eine gute Planung mit definierten Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen in der Umsetzung ist elementar – als hinderlich erachtet werden. Das kann ein Grund dafür sein, dass Synergien nicht genutzt werden sowie der Eindruck entstehen kann, dass die Umsetzung durch eine Verknüpfung komplexer wird. Den Leitfaden für die kombinierte Umsetzung der AEPB (Blattner & Elsigan, 2015) gibt es erst seit dem Jahr 2015, demnach kann es ebenso sein, dass Unternehmen – die mit der besagten Evaluierung bereits angefangen haben – eine Kombination der AEPB mit der BGF nicht in Erwägung gezogen haben. Des Weiteren kann eine Unwissenheit über einen möglichen Mehrwert – der sich durch eine verknüpfte Umsetzung ergeben kann – einen Aspekt darstellen, weswegen die Prozesse nicht miteinander kombiniert werden.

Die Art und Weise wie sich der Nutzen für die BGF-Kooperationsbetriebe in der kombinierten Umsetzung der beiden Prozesse darstellt, kann ganz unterschiedlich gelagert sein. Der ganzheitliche Ansatz der BGF kann einen Nutzen darstellen. Unter Berücksichtigung des Bio-Psycho-Sozialen Modells (Engel, 1977) der BGF werden das Verhalten, die Zufriedenheit, die Mitarbeiter/innenbindung, Präsentismus, Ressourcen und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen sowie die Organisationsentwicklung ebenso berücksichtigt wie Verhältnisse im Unternehmen. Mit der AEPB werden in erster Linie die Verhältnisse im Betrieb betrachtet. In diesem Zusammenhang kann die Aussicht auf eine Förderung durch den FGÖ für die Umsetzung der BGF einen Anreiz für die kombinierte Umsetzung darstellen. Ein weiterer Nutzen kann in einer Steigerung des Images des Betriebes nach Innen und nach Außen gesehen werden. Unternehmen, die ihren Mitarbeiter/innen Sozialleistungen sowie gesundheitsförderliche Angebote ermöglichen, können für potentielle Arbeitnehmer/innen attraktiver werden. Dies kann von der Personalpolitik einer Firma angestrebt werden, da potenzielle Mitarbeiter/innen sich vermehrt die Frage stellen, was ein Unternehmen den Arbeitnehmer/innen bietet. Ein angenommener Vorteil in der synergetischen Umsetzung der beiden Prozesse kann in einer Schonung von Ressourcen liegen. Durch das Nutzen der Synergien können z.B. Mitarbeiter/innenbefragungen oder Workshops miteinander kombiniert werden und Ansprechpersonen so gewählt werden, dass beide Themen in einer Verantwortlichkeit liegen.

2. Methode

Mittels Literaturrecherche werden der theoretische Zugang zum Thema BGM bzw. im Speziellen zur AEPB und zur BGF sowie deren dahinterliegenden Konzepte gelegt. Vorhandene Literatur zur kombinierten Umsetzung der beiden Prozesse wird dargestellt sowie Gemeinsamkeiten und Unterschiede herausgearbeitet.

Im empirischen Teil dieser Arbeit werden die Erfahrungen in der betrieblichen Praxis der synergetischen Umsetzung der AEPB und der BGF mittels explorativer Querschnittstudie untersucht. Mithilfe einer Online-Kurzbefragung und drei weiterführende Interviews werden – ausgehend von einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik – Vorgehensweisen, Erkenntnisse, Ansichten, Nutzen bzw. Nicht-Nutzen und Empfehlungen aus der Sicht von verantwortlichen Mitarbeiter/innen von BGF/BGM-Kooperationsbetrieben der STGKK erhoben.

2.1 Literaturanalyse

Als Grundlage für die Planung des empirischen Teils wird eine Literaturrecherche durchgeführt, die sich in erster Linie auf den deutschsprachigen Raum bezieht, jedoch relevante englischsprachige Arbeiten berücksichtigt. Es erfolgt eine internetgestützte und unsystematische Ermittlung mittels Google Suchmaschine. Folgende Begriffe werden in die Recherche miteinbezogen: Gesundheit, Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, psychische Erkrankungen, psychische Gesundheit, Betriebliches Gesundheitsmanagement, betriebliche Gesundheitspolitik, ArbeitnehmerInnenschutz, ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen, Betriebliche Gesundheitsförderung, Sicherheits- und Gesundheitsmanagement und Workplace Health Promotion.

Es wird nach dem Schneeballsystem vorgegangen d.h. bereits recherchierte Literatur wird berücksichtigt, quergelesen und weiterführenden Literaturhinweisen nachgegangen (Universität zu Köln, 2016). Grundlegende bibliographische Informationen zu den Themen Gesundheit, Krankheit sowie (Betriebliche) Gesundheitsförderung wurden im Lehrgang des Masterstudiums Public Health an der Medizinischen Universität Graz von den Vortragenden weitergegeben. Diese bilden zudem die Basis für die Schneeballsuche. Für formelle Nachforschungen – auf der Suche nach bestimmten Themen bzw. Quellen – kommt auch Google Scholar, als eine Suchmaschine für wissenschaftliche Dokumente

zum Einsatz. Zusätzlich wird über Seiten der Arbeitsinspektion (AI) sowie des ÖNBGF nach Literatur recherchiert. Fachliteratur aus den Bereichen Public Health/ Gesundheitswissenschaften, Arbeits- und Organisationspsychologie wird ebenso herangezogen. Außerdem stützt sich die Bibliographie auf Buchbeiträge, (Fach-)Artikel und Studien, die sich mit Betrieblichem Gesundheitsmanagement und/oder der kombinierten Umsetzung der AEPB mit der BGF auseinandersetzen. Berücksichtigung finden in dieser Arbeit einerseits möglichst aktuelle Quellen und andererseits jene, die den theoretischen Zugang zu den Konzepten abbilden.

2.2 Studiendesign

Im empirischen Teil werden mittels angewandter Forschung mit erkundendem Charakter die Fragestellungen beantwortet und die Hypothesen geprüft. Bei der Querschnittstudie soll dreieinhalb Jahre nach der Gesetzesnovellierung der Status Quo bezüglich der Stimmung in den Unternehmen in der praktischen Umsetzung der BGF mit der AEPB erfolgen. Dadurch soll ermöglicht werden, dass andere interessierte Institutionen in ihrer Vorgehensweise Anhaltspunkte für das Gelingen – oder auch über Hindernisse – in der kombinierten Durchführung erhalten bzw. über einen möglichen Nutzen bzw. Nicht-Nutzen informiert werden. Der Fokus liegt auf dem „Entdeckungszusammenhang (>>context of justification««), in dem prinzipiell alles erlaubt ist“ (Bortz & Döring, 2006, S. 353). Um die Hauptfragestellung beantworten zu können wurde ein exploratives retrospektives Forschungsdesign mit einem qualitativen Zugang gewählt.

Im empirischen Teil kommen eine Online-Vorerhebung zum Einsatz und anschließend ein halbstandardisiertes Interview mit vorwiegend offenen Fragen (Bortz & Döring, 2006). Grundlegende Basisdaten werden in deskriptiver Form dargestellt. Es wurde darauf geachtet einen Einblick in Klein, Mittel- und Großbetriebe zu erhalten (siehe Tabelle 3). Die Erhebung wird mit betrieblichen BGF/BGM-Verantwortlichen von steirischen Unternehmen – die mit der STGKK als Regionalstelle des ÖNBGF kooperieren und in diesem Bereich aktiv sind – durchgeführt. Praktische Erfahrungen – aus Sicht der Betriebe – mit der kombinierten Umsetzung der BGF und der AEPB werden mittels Interview erhoben und in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2003) dargestellt. Die Resultate sollen für andere Betriebe in der kombinierten Umsetzung und ebenso für Expertinnen/Experten in der Beratung Anhaltspunkte bieten.

2.2.1 Stichprobe

Bei der Online-Kurzbefragung wurden bei dieser explorativen Studie alle BGF/BGM-Betriebe darunter Kleinst- und Kleinunternehmen (bis 9 und 10 bis 49 Mitarbeiter/innen), Mittlere Unternehmen (50 bis 249 Mitarbeiter/innen) und Großunternehmen (ab 250 Mitarbeiter/innen), die bei der STGKK als Regionalstelle des ÖNBGF, mit Stand Mitte Juni 2016 als aktive BGF/BGM-Betriebe bekannt sind, berücksichtigt. Über die STGKK als Regionalstelle des ÖNBGF sind aktuell – Stand Juni 2016 – 163 aktive BGF/BGM-Kooperationsbetriebe zu verzeichnen, diese stellen die Grundgesamtheit dar (siehe Tabelle 1). Für die Online-Kurzbefragung erfolgt somit eine Vollerhebung aller Betriebe dieser Population.

Tabelle 1: Unternehmensgröße der aktiven STGKK BGF/BGM-

Unternehmensgröße	Beschäftigte	Anzahl Betriebe mit STGKK BGF/BGM-Kooperation	Prozentanteil der Betriebe mit STGKK BGF/BGM-Kooperation
Kleinstunternehmen	bis 9	21	12,88%
Kleinunternehmen	10 bis 49	52	31,90%
Mittlere Unternehmen	50 bis 249	40	24,54%
Großunternehmen	ab 250	50	30,68%
		Gesamt: 163	Gesamt: 100%

(Quelle: eigene Darstellung der Daten der STGKK BGF-Betriebsdatenbank, Stand Mitte Juni 2016)

Aus Tabelle 1 ist zu entnehmen, dass die STGKK Betriebe in allen Betriebsgrößen in der BGF bzw. im BGM betreut. Insgesamt können aktuell 54.717 Beschäftigte und bei der STGKK versicherte mit Maßnahmen im Rahmen der BGF bzw. dem BGM erreicht werden. Seit 1. Jänner 2013 wird auch auf die gesetzliche Verpflichtung der AEPB explizit hingewiesen (siehe Punkt 3.3.1).

Bis Anfang 2016 wurden insgesamt 104 der 163 Betriebe durch die STGKK qualitätsgesichert und mit einem BGF-Gütesiegel – Erst- und Wiederverleihungen – ausgezeichnet. Das ist eine Auszeichnung des ÖNBGF für die gute Qualität der Umsetzung von BGF/BGM. Die Qualitätskriterien können dem Anhang entnommen werden (siehe Punkt E). Mit einem BGF-Kooperationsbetrieb ist im Sinne der steirischen Regionalstelle des ÖNBGF ein Unternehmen gemeint, das ein BGF-Projekt im ganzheitlichen Sinne in Kooperation mit der STGKK umsetzt. Ein BGM-Kooperationsbetrieb der STGKK hat bereits ein BGF-Projekt – mit einem definierten

Anfangs- und Endzeitpunkt – erfolgreich abgeschlossen, das BGF-Gütesiegel erlangt und somit die gute Qualität der Umsetzung der BGF nachgewiesen. In weiterer Folge wurde die Integration der BGF in den Unternehmensalltag vollzogen. Demnach wird hier BGM nicht mit der Definition von BGM aus dem Theorieteil dieser Arbeit gleichgesetzt. Es ist darunter nicht die Betriebliche Gesundheitspolitik mit den drei Säulen zu verstehen (siehe Punkt 3.2.1). Wobei es durchaus sein kann, dass BGM-Kooperationsbetriebe der STGKK umfassende Betriebliche Gesundheitspolitik betreiben, wie unter Punkt 3.2 dargestellt.

Nach der Analyse der verfügbaren Unterlagen – die von Seiten der STGKK ausschließlich zur Verwendung für diese Masterthesis zur Verfügung gestellt wurden – wurde ersichtlich, dass bei der Angabe der Branchen keine Einheitlichkeit besteht z.B. nach ÖNACE Struktur-2008. Auf eine Darstellung der Branchen nach ÖNACE-Code-2008 zur Beschreibung der herangezogenen Stichprobe wurde somit – aufgrund einer zu geringen Aussagekraft – verzichtet.

Die Auswahl der Stichprobe der halbstrukturierten Interviews erfolgte nach der theoretischen Stichprobenauswahl – auf Basis aller zuvor berücksichtigter STGKK-Kooperationsbetriebe – sie ist somit nichtprobabilistisch angelegt ist (Bortz & Döring, 2006). Die Auswahl des Samplings erfolgt bewusst auf Basis theoretischer Überlegungen der Forschungsleiterin in Absprache mit den BGF-Berater/innen der steirischen Regionalstelle des ÖNBGF. Als Voraussetzungen gelten, dass diese Betriebe entweder bereits ein BGF-Gütesiegel erworben und mit der AEPB gestartet haben, oder gerade ein BGF-Projekt umsetzen und diese beiden Themen synergetisch realisieren.

Es werden beispielhaft drei BGF-Betriebe herangezogen, die BGF/BGM-Kooperationsbetriebe der STGKK sind und die kombinierte Umsetzung der BGF mit der AEPB offiziell kommunizieren. Diese Unternehmen werden von der STGKK in der Umsetzung, im Speziellen der BGF unter Einhaltung der Qualitätskriterien (siehe Anhang Teil E) begleitet.

2.2.2 Erhebungsinstrumente

Zu Beginn erfolgte eine Literaturrecherche, um die Situation und die Theorie zur AEPB und der BGF/dem BGM bzw. der Kombination der beiden Prozesse darzustellen. Auf dieser Grundlage wurden für die Querschnittstudie relevante Fragen ausformuliert. Es wurde ein schriftliches Befragungsinstrument für eine Onlineversion entwickelt, das dem Anhang unter Teil G beigefügt ist. Neben der Erhebung allgemeiner Daten zum Unternehmen wurden zusätzlich Fragen gestellt, die sich auf den praktischen Nutzen der

Umsetzung der Kombination der AEPB mit der BGF beziehen. In Summe wurden zehn zu beantwortende Punkte in der Befragung angeführt. Die ersten drei Punkte beziehen sich auf das Unternehmen. Die Punkte vier bis sechs gehen auf die moderne betriebliche Gesundheitspolitik ein sowie auf die kombinierte Umsetzung und den Nutzen einer synergetischen Durchführung. Wenn der befragte Betrieb die BGF nicht mit der AEPB kombiniert durchgeführt hat bzw. durchführt, gab es die Frage aus welchen Gründen dies nicht gemacht wurde/wird.

Um einen tieferen Einblick in die Ist-Situation und die praktische Umsetzung des kombinierten Prozesses zu erhalten, wurde anschließend ein halbstrukturierter Interviewleitfaden entwickelt (siehe Anhang Teil G). Von Interesse sind die Erfahrungen, die mit der kombinierten Umsetzung der beiden Prozesse bisher gemacht wurden. Letztendlich sind auch die Ratschläge der befragten Firmen relevant, welche sie anderen Betrieben geben würden, wenn diese eine synergetische Umsetzung der AEPB mit der BGF planen. Zu Beginn wurden wieder allgemeine Unternehmensdaten erfragt und anschließend 17 Fragen zur kombinierten Umsetzung der AEPB mit der BGF – unter Berücksichtigung einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik – gestellt.

2.2.3 Ablauf

Die Online-Befragung wurde mittels Google Forms – einem Programm mit dem Befragungen kostenlos erstellt und versendet werden können – programmiert.

Nach einer Pilotbefragung mit fiktiven Unternehmen, wurde der Fragebogen per E-Mail – und einem integrierten Link zur Online-Befragung – am 4. Juli 2016 versendet. Nach einer Woche, am 11. Juli 2016 wurde ein Erinnerungsmail versandt und die Bearbeitungszeit um eine Woche verlängert. Am Freitag dem 15. Juli 2016, wurde die Befragung offiziell abgeschlossen.

Nach Ende der Befragung, wurden die Termine für die drei Interviews vereinbart. Es konnten ein Unternehmen in Vertretung eines Kleinst- bzw. Kleinbetriebs, eines für einen Mittelbetrieb und ein sogenannter Großbetrieb – aber eher mit einer untypischen Unternehmensstruktur – für ein Interview gewonnen werden. Die Interviews wurden in der Zeit von 15. Juli bis 04. August 2016 geführt.

2.2.4 Datenverarbeitung und Auswertung

Die quantitativen Ergebnisse der Online-Kurzbefragung wurden im Programm Google Forms gespeichert und anschließend in Excel überführt. Die einzelnen Items bzw. die Antwortmöglichkeiten wurden codiert und es folgte eine deskriptive Auswertung. Die grafischen Darstellungen der Ergebnisse wurden ebenso mit Excel vorgenommen.

Es wurden von den Befragungsteilnehmer/innen nur vereinzelt Ergänzungen vorgenommen, somit war keine thematische Tendenz ablesbar. Auf eine Gesamtdarstellung dieser Ergebnisse wurde verzichtet. Die möglichen zusätzlichen Angaben wurden ident zu den Angaben in der Befragung übernommen.

Die drei geführten Interviews wurden transkribiert in Anlehnung an die Regeln der Transkription qualitativer Interviews vom Institut für Volkskunde und Kulturanthropologie. Deskriptive Abfragen werden dementsprechend quantitativ dargestellt. Für die qualitativen Aspekte erfolgte die Auswertung der Ergebnisse in Anlehnung an die Inhaltsanalyse nach Mayring (2003). Die Inhalte der Kommunikation mit den Interviewpartner/innen wurden klassifiziert. Das bedeutet: „die Ordnung eines Datenmaterials nach bestimmten, empirisch und theoretisch sinnvoll erscheinenden Ordnungsgesichtspunkten, um so eine strukturierte Beschreibung des erhobenen Materials zu ermöglichen“ (Mayring, 2003; S. 22).

3. Ergebnisse

Die Resultate der Literaturrecherche werden zu Beginn und anschließend die Ergebnisse der Online-Kurzbefragung sowie der Interviews dargestellt.

3.1 Arbeitsunfähigkeit in Österreich

Die durchschnittlichen krankheitsbedingten Fehlzeiten sind laut Fehlzeitenreport (2015) aktuell auf einem niedrigen Niveau. Waren es im Jahr 1980 noch 17,4 Krankenstandstage pro Kopf, so sank der Wert im Jahr 2014 durchschnittlich auf 12,3. Die Gründe dafür sind vielfältig jedoch trägt die Reduktion der Arbeitsunfälle einen wesentlichen Teil dazu bei. 50% der Krankenstandsfälle und ca. 40% der Krankenstandstage werden derzeit von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und der Atemwege verursacht (Leoni & Einsiedl, 2015).

Eine Betrachtung der Entwicklung in Österreich zeigt, dass sich seit den 1990er Jahren eine stufenweise Verschiebung in der demographischen Zusammensetzung der Beschäftigten vollzieht. Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg die Geburtenrate stark an. Diese sogenannte Baby-Boomer Generation wird nun älter. Dies hat ungünstige Auswirkungen auf die Krankenstandsquote. Wenn ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Krankenstand sind, dann dauert dieser meist wesentlich länger, wodurch der Krankenstandsdurchschnitt ansteigt. Natürlich haben „Entwicklungen am Arbeitsmarkt sowie beschäftigungs- und sozialpolitische Eingriffe“ (Leoni & Einsiedl, 2015, S. I) ebenso Konsequenzen, wenn es um arbeitsbedingte Fehlzeiten geht.

Es geht ein Trend in Richtung Verkürzung der Krankenstandstage. 37% aller Krankenstandsfälle sind als sogenannte Kurzkrankenstände zu bezeichnen und dauern nicht länger als ein bis maximal drei Tage. Zudem ist davon auszugehen, dass die erhobenen Kurzkrankenstände in Österreich unterrepräsentiert sind. Je nach Unternehmen wird es unterschiedlich gehandhabt, ob ab dem ersten Tag der Erkrankung oder ab dem dritten die ärztliche Krankmeldung erfolgt und diese somit von der Krankenversicherung erfasst werden kann. Kurzkrankenstände, wofür keine ärztlichen Krankmeldungen von Seiten der Unternehmen gefordert werden, gehen somit nicht in die Fehlzeiten ein (Leoni & Einsiedl, 2015).

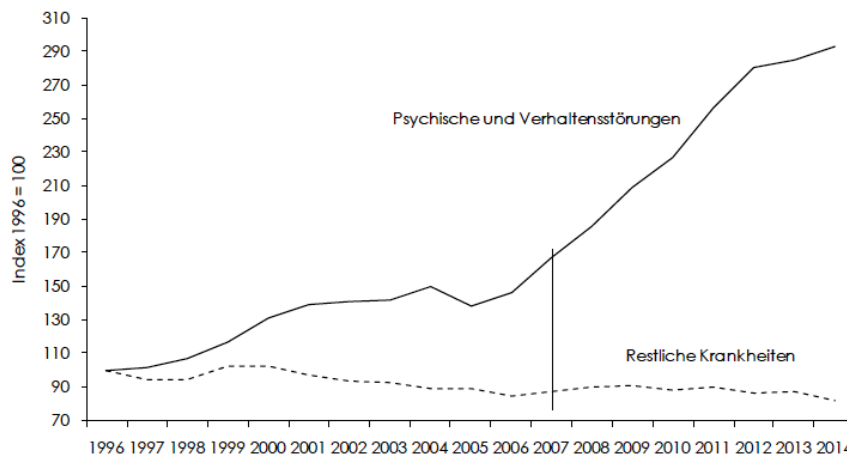
Eine positive Entwicklung zeigt sich vor allem im Rückgang der Arbeitsunfälle (Leoni & Einsiedl, 2015). „2013 lag die Unfallquote bei 342 je 10.000 Versicherter und erreichte somit den tiefsten Stand seit 1974“ (Leoni & Einsiedl, 2015, S. II). Diese Verringerung resultiert stark daraus, dass die Unfallrate bei männlichen Arbeitern abgenommen hat und Arbeiter und Angestellte sich in dieser Beziehung annähern. „Diese günstige Entwicklung geht auf Verbesserungen der Arbeitsplatzbedingungen, auf die Weiterentwicklung des Arbeitsschutzes, aber auch auf den wirtschaftlichen Strukturwandel mit der einhergehenden Verlagerung von arbeitsintensiven Produktionsschritten in Drittländer einher“ (Leoni & Einsiedl, 2015, S II).

3.1.1 Psychische Erkrankungen

In den Berichten zu Fehlzeiten wird seit Jahren darüber informiert, dass psychiatrische Krankheitsdiagnosen im Steigen sind. „Dieser starke Aufwärtstrend dürfte aber zumindest teilweise auf eine Veränderung des Bewusstseins für und der diagnostischen Erfassung von psychisch bedingten Gesundheitsproblemen zurückgehen.“ (Österreichische Sozialversicherung, 2012, S.1).

Jacobi (2006) gibt an, dass in der Europäischen Union jährlich 83 Millionen Menschen – Männer und Frauen – unter psychischen Störungen leiden. Zumeist sind Frauen häufiger betroffen als Männer, außer bei psychotischen Störungen, Alkoholismus und Substanzstörungen. Die meisten psychischen Erkrankungen beginnen vor dem 20. Lebensjahr und bleiben im gesamten Leben bestehen. Eine Depression kann bei jedem Menschen zu jeder Zeit auftreten, andere psychische Erkrankungen können altersbedingt sein z. B. Demenz (Jacobi, 2006).

Abbildung 1: Entwicklung der psychischen Krankheiten in Österreich
(Krankenstandstage pro Kopf)



Q: Hauptverband der Sozialversicherungsträger, WIFO-Berechnungen. Anmerkung: Durch die Umstellung der Versicherungszahlen in der Krankheitsstatistik kommt es in den Datenreihen zwischen 2007 und 2008 zu einem geringfügigen statistischen Bruch.

(Quelle: Leoni & Einsiedl, 2015, S. 51)

Aus Abbildung 1 wird ersichtlich, dass es bei der Krankheitsgruppe der „Psychischen Verhaltensstörungen“ seit dem Jahr 1996 einen kontinuierlichen Aufwärtstrend – der sich mittlerweile fast verdreifacht hat – gibt. Im Vergleich dazu, haben die restlichen Krankheiten bis zum Jahr 2014 tendenziell abgenommen (Leoni & Einsiedl, 2015).

In der Steiermark fielen – im Jahr 2014 – 9.699 aller Krankheitsfälle auf die „Psychischen und Verhaltensstörungen“ sowie 348.478 aller Krankenstandstage (STGKK, 2014; S. 62). Insgesamt verzeichnete die STGKK im Jahr 2014, 437.723 Krankheitsfälle und 4.691.694 Krankenstandstage. In Österreich fielen im selben Erhebungszeitraum 2,5% der Krankenstandsfälle auf die Krankheitsgruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ – in der Steiermark waren es 2,1%. Der Anteil der österreichweiten Krankenstandstage in Prozent, kam auf 9,4% und in der Steiermark auf 7,4%. Die Ursachen dafür können nicht ganz eindeutig belegt werden, aber – wie bereits erwähnt – spielt die Bereitschaft der Ärzte und der Ärztinnen psychische Erkrankungen anzuerkennen eine Rolle. Dennoch werden psychosomatische Beschwerden oder Erkrankungen oft anderen Krankheitsgruppen zugeschrieben wie z.B. Allergien, Magenschmerzen, Kreislaufproblemen, die aber auf einen psychischen Ursprung zurückgehen können (Leoni & Einsiedl, 2015).

Einem Bericht des HVB und der Salzburger Gebietskrankenkasse aus dem Jahr 2011 ist zu entnehmen, dass – im Jahr 2009 – 900.000 Personen das österreichische Gesundheitswesen wegen psychiatrischer Diagnosen in Anspruch nahmen. Ein Drittel

davon war schwer betroffen (HVB & Salzburger Gebietskrankenkasse, 2011). Des Weiteren zeigte sich ein Anstieg in der Verschreibung von Psychopharmaka um 5,74 % im Vergleich zu anderen Medikamenten (Österreichische Sozialversicherung, 2012).

Um die (psychische) Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu stärken und Erkrankungen möglichst ein zu dämmen, gibt es vom HVB (2012) folgende Strategie: „Psychische Gesundheit fördern – Psychisch Erkrankte optimal versorgen“. Dies wurde von der Trägerkonferenz, dem höchsten Organ der Österreichischen Sozialversicherung im Jahr 2012 beschlossen und verabschiedet. Da es keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit gibt, und die Fakten belegen, dass psychische Erkrankungen zunehmen, wird es zukünftig immer wichtiger werden, dass der Fokus auf die Primärprävention (Caplan, 1964) gelegt wird.

3.1.2 Arbeitsunfähigkeit wegen psychischer Erkrankungen

Psychische Erkrankungen sowie die psychische Gesunderhaltung stehen zunehmend im Zentrum von arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen sowie den Medien und der Politik. Nach Lohmann-Haislah (2012) belegen zahlreiche Studien, dass das Arbeitsleben – wie es sich derzeit gestaltet – verstärkt zu psychischen Belastungen bei den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen beiträgt.

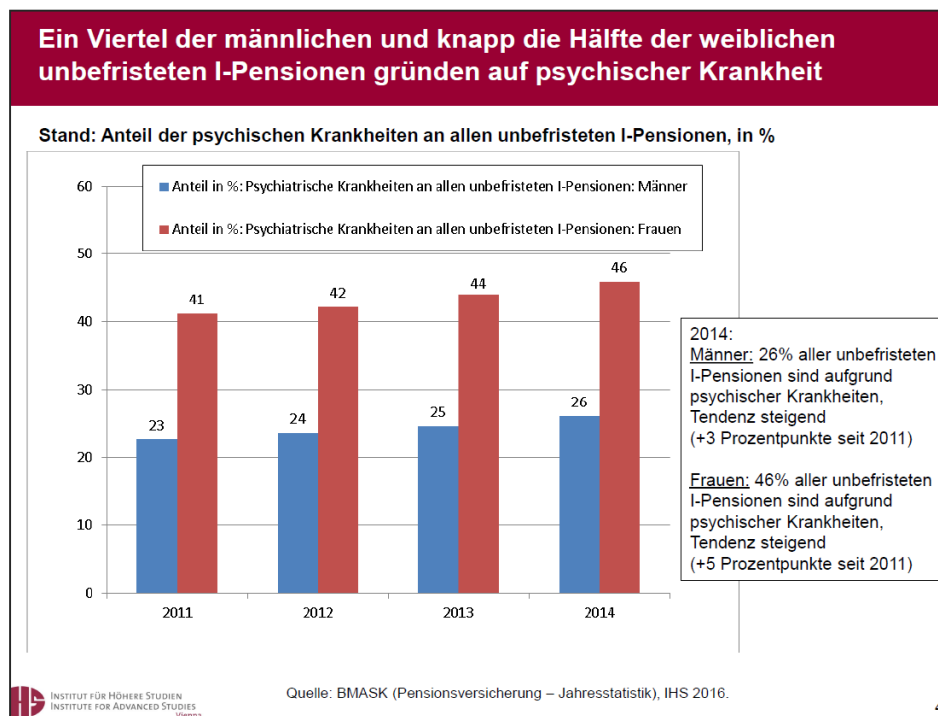
Unter psychischen Erkrankungen leiden im Besonderen die Betroffenen selbst, aber ebenso die Wirtschaft. Mitarbeiter/innen mit mentalen Problemen stellen für Betriebe – vor allem in Zeiten der Wirtschaftskrise – eine Herausforderung dar. Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer Erkrankungen nehmen stetig zu. Die Häufigkeit der verursachten Krankenstandstage und -fälle waren ursprünglich auf einem niedrigen Niveau und steigerten sich jedoch absolut und relativ im Verhältnis zu den weiteren Krankheitsgruppen (Leoni & Einsiedl, 2015). Stress, als Aspekt von psychischer Beanspruchung im Berufsleben und andere psychische Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen und somit zur psychischen Erkrankungen führen können, nehmen eine immer bedeutendere Rolle ein (Morschhäuser et al., 2014).

Seit den 90er Jahren ist auch die Arbeitswelt in einem Wandel begriffen. Rationalisierungen auf personeller sowie wirtschaftlicher Ebene sind Dauerthemen und durch eine zunehmende Technologisierung werden Arbeitsabläufe immer schneller (Klumb & Gemmiti, 2011). Zudem nehmen die geistigen Arbeitsanforderungen für die Arbeitnehmer/innen zu. Psychische Anforderungen wachsen ebenso durch die

Veränderung der Berufe „hin zu mehr Überwachungs-, Steuerungs-, und Organisationstätigkeit (im Wechselspiel mit komplexen EDV- bzw. IT-Systemen)“ (Heider & Klösch, 2015, S. 19).

Aus diesen Gründen hat sich die Wissenschaft zunehmend mit den arbeitsbedingten Veränderungen und den damit einhergehenden Auswirkungen auf die Beschäftigten auseinandergesetzt. Die Belegschaft ist wegen des ständigen Wandels großen Herausforderungen ausgesetzt und muss sich häufig selbst organisieren um bestehen zu können. Dennoch haben Mitarbeiter/innen oft wenig Tätigkeitsspielraum und Verhandlungsmöglichkeiten (Hüttges & Moldaschl, 2009, zitiert nach Richter, Buruck, Nebel & Wolf, 2011). Wie mittlerweile mehrfach belegt, resultieren daraus massive arbeitsbedingte Folgen wie z.B. zunehmende Krankenstände, auch auf Grund von kurzfristigen- und langfristigen Fehlbeanspruchungen, Anwesenheit in der Arbeit trotz Krankheit oder auch mit gesundheitlichen Beschwerden bzw. Einschränkungen zu arbeiten – Präsentismus genannt (Steinke & Badura, 2011) sowie einer Zunahme der krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitstage, wegen psychischer Erkrankungen (Frieling, 2011). Eine aktuell veröffentlichte Studie des IHS (Institut für Höhere Studien) beschäftigt sich im Speziellen mit dem Anstieg der Invaliditätspensionen (I-Pensionen) aufgrund psychischer Erkrankungen. Wie aus Abbildung 2 zu entnehmen ist, sind bei den Frauen fast die Hälfte (46%) aller unbefristeten I-Pensionen auf psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen, bei den Männern sind es 26% und die Tendenz ist steigend (Czypionka, Lappöhn, Pohl & Röhrling, 2016).

Abbildung 2: Anteil der psychischen Krankheiten an allen unbefristeten I-Pensionen



(Quelle: Czipionka et al., 2016, S. 4)

Bei den befristeten I-Pensionen ist die Situation laut IHS noch eindeutiger. 57% der Männer mit einer befristeten I-Pension – inkl. Rehabilitationsgeldbezieher/innen: Anspruch besteht bei unzumutbaren beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen und wenn die Invalidität voraussichtlich mindestens sechs Monate besteht (Pensionsversicherungsanstalt, 2014) – haben diese aufgrund psychischer Krankheiten und 69% der Frauen. Somit haben die psychischen Erkrankungen für die befristeten I-Pensionen bzw. bei den Rehabilitationsgeldbezieher/innen eine elementare Bedeutung. Das IHS bestätigt, dass für das österreichische Gesundheitswesen die Gesundheitsförderung und Prävention für die Zukunft grundlegend ist (Czipionka et al., 2016).

3.1.3 Wettbewerbsfaktor Psychische Gesundheit

Es ist wichtig, dass bereits psychisch erkrankte Personen eine bedürfnisgerechte Versorgung erhalten. Außerdem ist die Berücksichtigung von Ansätzen, die die psychische Gesundheit fördern und psychische Erkrankungen vorbeugen, ebenso relevant. Die Arbeitnehmer/innen sind das wichtigste Kapital von Organisationen, um wettbewerbsfähig sowie produktiv bleiben zu können (Mayer, Tropper & Wallner, 2016). Vor allem im Setting Betrieb können die Erhaltung der Gesundheit gefördert und berufsbedingte Erkrankungen eingedämmt werden. Weiters besteht die Möglichkeit einer

strukturierten Reintegration in das Berufsleben nach bereits eingetretenen Langzeitkrankenständen. In allen drei Säulen des BGM gibt es diesbezüglich Handlungsansätze, auf die in Punkt 3.2.1 näher eingegangen wird. Die Beschäftigten fühlen sich im Unternehmen wohler, sind mit ihrer Arbeit zufriedener und die Identifikation mit dem Unternehmen steigt (Mayer et al., 2016). Für das Unternehmen kann das eine höhere Produktivität, zufriedene Kundinnen/Kunden und einen größeren wirtschaftlichen Erfolg bedeuten (Knifton, Watson, den Besten, Gründemann & Dijkman 2010).

Nach Richter, Buruck, Nebel und Wolf (2011) sollten Arbeit und Gesundheit gemeinsam und nicht als voneinander unabhängig betrachtet werden. Auf Basis der besorgniserregenden Fakten – wie in diesem Kapitel dargestellt – wurde im Jahr 2010 vom ENWHP die Übereinkunft von Edinburgh „über psychische Gesundheitsförderung und Wohlergehen am Arbeitsplatz“ (ENWHP, 2010) unterzeichnet.

Seither gibt es vermehrte europaweite sowie österreichische Programme, um im Speziellen diesen beruflichen Herausforderungen entgegen wirken zu können z.B. „Work. In tune with life. Move Europe“ ausgehend vom ENWHP (2009-2010) und „Gesunde Arbeitsplätze 2014-2015 – den Stress managen“ (gesundearbeit, 2016) eine Kampagne der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement

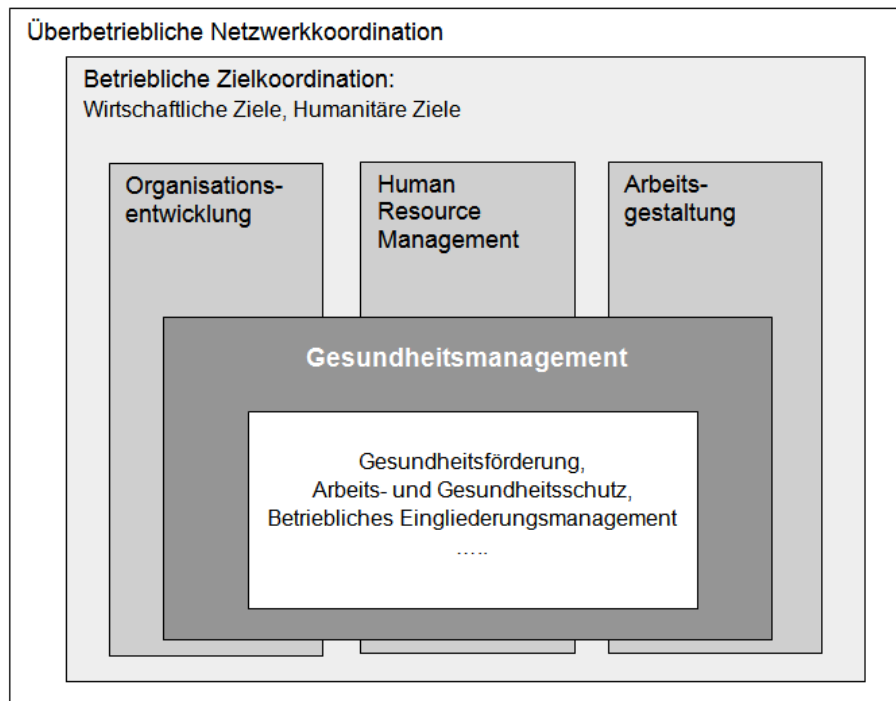
In Österreich wird BGM oft durch ein BGF-Projekt in die Unternehmensroutine integriert. Mit einem BGF-Projekt ist ein abgeschlossenes Konzept mit einem definierten Start- und Endzeitpunkt, gemeint. Mit BGM ist die dauerhafte Integration von BGF in betriebliche Routinen zu verstehen.

Ein umfassendes BGM orientiert sich an spezifischen Schwerpunkten wie es beispielsweise bei Managementsystemen der Fall ist –, in erster Linie „am Markt, an Zielen ökonomischer Bedarfssicherung und Aufgabenerfüllung“ (Faller, 2008, zitiert nach Bamberg et al., 2011, S. 128). „Gesundheit wird soweit unterstützt, wie sie diesen Betriebszielen dient“ (Faller, 2008, zitiert nach Bamberg et al., 2011, S. 128). „Betriebliches Gesundheitsmanagement [...] ist eine Managementaufgabe und umfasst die Steuerung und Integration aller betrieblicher Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit, der Motivation und des Wohlbefindens der Mitarbeiter“ (Schneider, 2011, S. 19).

3.2.1 Drei Säulen des BGM

Von Bamberg et al. (2011) wird die BGF als ein spezifischer Teilaspekt im Rahmen des BGM verstanden. Das BGM ist wiederum eingebettet in übergeordnete betriebliche Strukturen, wie in Abbildung 3 ersichtlich ist.

Abbildung 3: Einordnung der BGM in betriebliche Strukturen (Deutschland)



(Quelle: eigene Darstellung nach Bamberg et al., 2011, S. 133)

Aus Abbildung 3 ist zu entnehmen, dass die Einordnung des BGM in größere betriebliche Strukturen sinnvoll ist. Dementsprechend umfasst das BGM unterschiedliche Handlungsfelder und Ebenen bei denen angesetzt werden kann. Eng verbunden ist das BGM im Weiteren mit der Arbeitsgestaltung, der Organisationsentwicklung bzw. Organisationsgestaltung sowie der Personalentwicklung (Bamberg et al., 2011). Bei der Arbeitsgestaltung liegt der Fokus auf der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen, die sich auf die Arbeitsaufgaben sowie die Arbeitsbedingungen beziehen – z.B. Adaptierungen bei der Arbeitszeitregelung –, da diese Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen haben. Der Bezug zur Personalentwicklung oder zum Human Resource Management ist dahingehend gegeben, da hier der Kompetenzaufbau und die Weiterentwicklung der Angestellten gesteuert wird. Die Maßnahmen in der Gesundheitsförderung zielen z.B. auf den „Aufbau, den Erhalt und die Weiterentwicklung fachlicher, methodischer und personaler Kompetenzen“ (Bamberg et al., 2011, S. 131) ab. Durch eine gezielte Organisationsgestaltung und -entwicklung

werden Veränderungen der Strukturen und der Prozesse eingeleitet. Dadurch können beispielsweise Erweiterungen von Geschäftsfeldern oder Veränderungen der Arbeitsabläufe gemeint sein. Prozesse, die über die Organisationsentwicklung verändert werden, können Einfluss auf die Mitarbeiter/innen, ihre Arbeit und somit auf ihr Wohlbefinden sowie ihre Gesundheit haben. Dies gilt es im Rahmen des BGM zu prüfen und gegebenenfalls gesundheitsförderlich an zu passen (Bamberg et al., 2011). „Gesundheitsbezogene Organisationsentwicklung und -gestaltung setzen gezielt die Instrumente der Gesundheitsförderung (z.B. Gesundheitszirkel) ein, um Organisationsveränderungen möglichst gesundheitsförderlich zu gestalten“ (Bamberg et al., 2011, S. 131-132). Durch die Einbeziehung der Mitarbeiter/innen in Veränderungsprozesse kann in weiterer Folge ebenso die Akzeptanz bzw. die Inanspruchnahme von umgesetzten Maßnahmen erhöht werden.

Wie aus Abbildung 4 und ebenso aus Abbildung 3 zu entnehmen ist, wird unter BGM das Dach über den drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und BEM verstanden (Blattner & Elsigan, 2015).

Abbildung 4: BGM bestehend aus drei Säulen (Österreich)



(Quelle: eigene Adaptierungen nach Blattner & Elsigan, 2015; S. 8)

- Säule ArbeitnehmerInnenschutz: Die erste Säule bildet der ArbeitnehmerInnenschutz und bezieht sich insbesondere auf die §§ 4, 6 und 7 gemäß dem ASchG. Die AEPB ist ein Teil der allgemeinen Arbeitsplatzevaluierung und somit für alle in Österreich ansässigen Firmen verpflichtend (Blattner &

Elsigan, 2015). Im Sinne von Caplan (1964) handelt es sich hierbei um die *Primärprävention*. Diese beinhaltet Maßnahmen zur Vermeidung von krankheitsauslösenden Ursachen im Berufsleben sowie Kenntnisse über Ursachen und Entstehung von Krankheiten (Pathogenese). Arbeitswissenschaftliche Studien haben gezeigt, welche Auslöser zu welchen physischen und/oder psychischen Fehlbeanspruchungen führen können. Rau (2015) befasst sich beispielsweise mit möglichen „Risikobereichen für psychische Belastungen“ (S. 3). Gut belegt ist, dass eine hohe Arbeitsintensität und ein geringer Handlungsspielraum in einer Herz-Kreislaufkrankung resultieren können (Rau, 2015).

- Säule Betriebliche Gesundheitsförderung: Die Grundlage für die zweite Säule bildet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz § 154b und im Speziellen das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG). Das 51. Bundesgesetz bezieht sich auf „Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“ (Gesundheitsförderungsgesetz, 1998, S. 625). Die BGF ist ein spezifischer Aspekt dieses Auftrages und erfolgt auf freiwilliger Basis. Ausgegangen wird vom Ansatz der Gesundheitsförderung sowie die Primär- und teilweise die Sekundärprävention Berücksichtigung finden. Nach Laaser & Hurrelmann (1998, zitiert nach Rosenbrock & Michel, 2007, S. 11-12) werden unter der primordialen Prävention bzw. der Gesundheitsförderung „Interventionen, die sich auf die noch gesunde Bevölkerung und auf deren Alltagsleben – d.h. außerhalb des engeren medizinischen Bereichs – richten“ bezeichnet. Unter der Primärprävention verstehen Laaser & Hurrelmann (1998, zitiert nach Rosenbrock & Michel, 2007, S. 12) „Interventionen, die sich spezifisch auf Vorbeugung und Früherkennung bestimmter Risikofaktoren etwa des erhöhten Blutdrucks beziehen“. BGF setzt im Kontext Betrieb (siehe Punkt 3.4) an und versucht diesen – unter Berücksichtigung von Bio-Psycho-Sozialen Aspekten – und unter Beteiligung der Mitarbeiter/innen bedürfnisgerecht zu gestalten.
- Säule Wiedereingliederungsmanagement: Die dritte Säule im Rahmen des BGM betrifft das BEM, in Deutschland zumeist als Betriebliches Eingliederungsmanagement bezeichnet. In Österreich bildet das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz die Basis für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen. Es wird das Ziel des langfristigen Erhalts der Arbeits-und Erwerbsfähigkeit von Arbeitnehmer/innen ebenso wie von arbeitslosen Personen verfolgt (Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz, 2016). Die Umsetzung in Betrieben bzw. die

Inanspruchnahme individueller Maßnahmen erfolgt auf freiwilliger Basis und umfasst Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebote auf personeller sowie auf organisationaler Ebene. Im Mittelpunkt stehen die Sekundär- und Tertiärprävention. Im Sinne der Sekundärprävention soll die Inanspruchnahme von niederschwelliger z.B. Beratungsangebote bei auftretenden Krankheiten von Erwerbstätigen ein Ausscheiden aus dem Berufsleben vorbeugen. Nach Caplan (1964) sollen bei der Tertiärprävention Folgen nach spezifischen Erkrankungen auf medizinischer und psychosozialer Ebene reduziert und gegebenenfalls Rückfällen vorgebeugt werden. Das bedeutet, dass nachdem es bei Arbeitnehmer/innen bereits zum Eintritt einer (schweren) Erkrankung und damit einhergehend oft zu einem langen Krankenstand gekommen ist, langfristige Möglichkeiten der betrieblichen Wiedereingliederung geschaffen und begünstigt werden sollen (Giesert, Reiter & Reuter, 2013; Arbeiterkammer Oberösterreich, 2015).

3.2.2 Sicherheits- und Gesundheitsmanagement

In Österreich gibt es – ausgehend auch von der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) – die Möglichkeit zur Einführung eines Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystems (SGMS) und zu einer diesbezüglichen Zertifizierung. Die Basis dafür stellen die Forderungen des Österreichischen Leitfadens für SGMS dar (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004). Mit der Implementierung eines Sicherheits- und Gesundheitsmanagements (SGM) wird eine systematische und vorausschauende Auseinandersetzung mit den Themen Sicherheit und Gesundheit gewährleistet (AUVA, 2016). „Ein SGM organisiert alle Bereiche, die Sicherheit und Gesundheit berühren. Es klärt Verantwortlichkeiten, zeigt Verbesserungspotenziale auf, koordiniert Aktivitäten und legt Messgrößen zur Erfolgskontrolle fest“ (AUVA, 2016, S.1).

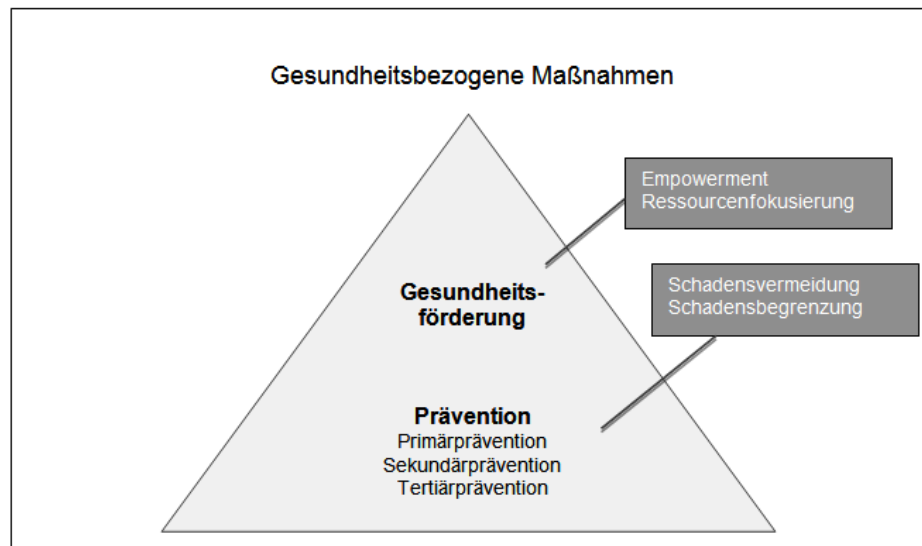
Ein SGM kann im Rahmen des BGM ein Thema sein. In dieser Arbeit wird der Fokus auf die kombinierte Umsetzung der AEPB mit der BGF gelegt. Dies kann auch im Rahmen eines SGM erfolgen, da es ein Managementsystem ist, das über den gesetzlichen Rahmen des ASchG hinausgeht und ebenso die BGF berücksichtigt.

3.2.3 Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Rahmen des BGM

Allen drei Säulen im Rahmen des BGM, liegen gesundheitsbezogene Maßnahmen, ausgehend von Arbeitsbedingungen und/oder auf individueller Ebene von berufstätigen

Personen zugrunde. In Abbildung 5 werden die unterschiedlichen Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung und der Prävention – Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention – dargestellt.

Abbildung 5: Gliederung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen



(Quelle: eigene Darstellung nach Bamberg et al., 2011, S. 127)

Bamberg et al. (2011) gehen davon aus, dass „gesundheitsförderliche Ansätze darauf ausgerichtet sind, durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen die gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten von Menschen zu stärken“ (S. 125). Diese Maßnahmen werden nicht gesetzt um ganz spezifischen Krankheiten vorzubeugen – wie es bei der Primärprävention der Fall ist – sondern um das allgemeine Wohlbefinden und die Lebensqualität von Menschen, in diesem Fall im Setting Betrieb – zu verbessern und/oder zu erhalten. Bei der Gesundheitsförderung geht es in erster Linie um die Entstehung und Erhaltung gesundheitsbezogener Ressourcen sowie um den Aufbau der Fähigkeit sich selber helfen zu können bzw. um Empowerment. Im „Leitfaden Psychische Gesundheit III Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten für BGF-Projektverantwortliche“ (Mayer et al, 2016) werden Beispiele dafür angegeben. Das Miteinbeziehen von Mitarbeiter/innen in Entscheidungsprozesse kann als eine verhältnisorientierte Maßnahme im Rahmen der BGF umgesetzt werden, wenn der Bedarf dahingehend vorhanden ist. Eine Realisierung kann im Rahmen von Teambesprechungen, Bedarfserhebungen erfolgen z.B. mittels Mitarbeiter/innenbefragungen oder durch Arbeitsgruppen. Eine Sensibilisierung z.B. zum Thema individueller Stress – durch Seminare oder Workshops – oder das zur Verfügung Stellen diesbezüglicher Informationen, kann als verhaltensbezogene Maßnahme

umgesetzt werden. Es ist davon auszugehen, „dass das Wissen über Stress bereits einen positiven Effekt auf den Umgang mit Stress hat“ (Mayer et al., 2016, S. 21).

Im Sinne des ArbeitnehmerInnenschutzes geht es darum, „dass festgestellte Gefahren mit einer oder mehreren gezielt wirksamen Maßnahmen bekämpft werden müssen“ (Heider & Klösch, 2015, S. 58). Heider und Klösch (2015) geben im Rahmen der AEPB bezogen auf Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten folgendes Beispiel: „(Dienstleistungsbereich allgemein:) Belastung: Kunden spielen MitarbeiterIn-nen gegeneinander aus/unklare Kompetenzen und Verantwortlichkeiten; Maß-nahme: Einheitliche Vorgehensweisen wird festgelegt und deren Einhaltung auch regelmäßig überprüft. Verantwortungsbereiche der MitarbeiterInnen sind klar definiert, aber genügend Raum für Eigeninitiative wird gelassen“ (S. 69).

Bei der Sekundärprävention geht es um die symptomlose Früherkennung bzw. um das Erkennen von krankheitsbedingten Frühstadien, um einem möglichen Krankheitsausbruch entgegenwirken zu können (Caplan, 1964). Ein Beispiel für Sekundärprävention ist die Früherkennung von Stress im Berufsleben. Arbeitgeber können den Mitarbeiter/innen wissenschaftlich fundierte Materialien – auch online z.B. in Form von Screeningverfahren – zur Verfügung stellen. So können Angestellte z.B. Selbstchecks durchführen und bei Notwendigkeit eigeninitiativ werden und z.B. Unterstützungsangebote durch die Arbeitsmedizin, die Arbeitspsychologie oder durch Experten/Expertinnen außerhalb der Firma in Anspruch nehmen (Mayer et al., 2016).

Unter der Tertiärprävention versteht Caplan (1964) die Reduktion des Fortbestehens einer Erkrankung bzw. von Krankheitsauswirkungen, um damit die Integration in das soziale sowie berufliche Leben wieder zu ermöglichen. „Die Betriebliche Wiedereingliederung stellt eine systematische Unterstützung dar, die eine Wiederherstellung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie die nachhaltige Eingliederung erkrankter und/oder verunfallter MitarbeiterInnen in den Arbeitsprozess, die Vermeidung von Invalidisierungen und die Stabilisierung der Anwesenheitszeiten von langzeit- bzw. häufig erkrankten Mitarbeitenden zum Ziel hat“ (Mayer et al., 2016, S. 26). Der Fokus liegt hier in der Entwicklung eines Prozesses, der sich mit den Fragestellungen „wie“, „ab wann“ – Dauer der Krankenstände oder vermehrter Arbeitsausfälle – und „mit welchen Unterstützungen“ wird die berufliche Wiedereingliederung vorgenommen. Wenn die Vorgehensweise festgelegt ist, dann gilt es die gesamte Belegschaft darüber zu informieren (Mayer et al., 2016).

Es ist nachgewiesen, dass die Arbeit zahlreiche Risiken mit sich bringt „(wie Lärm, Hitze, Staub, gefährliche Arbeitsstoffe oder psychische Fehlbelastungen)“ (Bamberg et al., 2011, S. 126) und teilweise auch Gefahren birgt. Dennoch kann die Arbeit eine Quelle für die Selbst- und die Persönlichkeitsentfaltung darstellen und zum Wohlbefinden beitragen (Bamberg et al., 2011). Der ArbeitnehmerInnenschutz ist elementar für die Prävention von Krankheiten und für das Verhindern von Unfällen. Die BGF kann mit dem ganzheitlichen Ansatz der Gesundheit aufbauend auf den ArbeitnehmerInnenschutz weiteren Mehrwert für Betriebe, im Sinne einer Organisationsentwicklung bringen. Um die Aufgaben der betrieblichen Gesundheitspolitik, in einer hochentwickelten Wirtschaft angemessen bewältigen zu können, bedarf es dem Wissen und der Zusammenarbeit unterschiedlichster Disziplinen (Badura & Hehlmann, 2013).

3.3 ArbeitnehmerInnenschutz

Wie unter Punkt 3.2.1 angeführt, wurde der ArbeitnehmerInnenschutz im Jahr 1994 beschlossen und im Bundesgesetz über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit veröffentlicht. Mit 1.1.1995 trat das Gesetz in Kraft und wurde unterdessen an das EU-Recht angepasst (AUVA, 2013). „Der Arbeitnehmerschutz in Österreich ist als der Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit von Arbeitnehmern konzipiert“ (Schenk, Toplak, Weißenbacher & Drobits, 2011, S.33). Der Sicherheits- und Gesundheitsschutz galt lange Zeit vor allem für den technischen und hygienischen Schutz der Angestellten. Seit der Novellierung des ASchG mit 1.1.2013 wird verstärkt auf die Ermittlung der AEPB hingewiesen. Der ArbeitnehmerInnenschutz beinhaltet „technische, medizinische, ergonomische, psychologische und pädagogische Maßnahmen zum Schutz der Beschäftigten“ (Heider & Klösch, 2015, S. 33). Durch die Änderung im Jahr 2013 wird im Besonderen auf die Einbeziehung psychosozialer Aspekte der Beschäftigten und die Notwendigkeit der Realisierung der AEPB hingewiesen.

In § 3 sind die allgemeinen Pflichten der Arbeitgeber/innen festgehalten, um die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Mitarbeiter/innen zu gewährleisten. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind vor allem die §§§ 4, 5, 6 und § 7 von Interesse (Blattner & Elsigan, 2015). Der § 4 beinhaltet die Verpflichtung der Dienstgeber/innen „die für die Sicherheit und Gesundheit der Arbeitnehmer bestehenden Gefahren zu ermitteln und zu beurteilen. Dabei sind die Grundsätze der Gefahrenverhütung gemäß § 7 anzuwenden.“ (AUVA, 2013, S.15). Die Wirkung der getroffenen Maßnahmen ist zu überprüfen um

diese, wenn erforderlich erforderlichenfalls anzupassen. Die Ergebnisse der Ermittlung und Beurteilung sowie die durchgeführten Maßnahmen sind in einer geeigneten Art und Weise nachvollziehbar zu dokumentieren“ (AI, 2014, S. 1). In § 5 ist geregelt, wie die Ergebnisse der Evaluierungen sowie die wirkungsorientierten Maßnahmen zur Gefahrenverhütung zu dokumentieren sind, nämlich in den Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten. § 6 gibt vor, wie Arbeitgeber/innen „bei der Übertragung von Aufgaben an Arbeitnehmer deren Eignung in Bezug auf Sicherheit und Gesundheit zu berücksichtigen“ (AUVA, 2013, S. 18) haben.

3.3.1 Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen

Wie Eingangs erläutert, belegen Zahlen, Daten und Fakten, dass immer mehr Menschen psychisch erkranken. Die Arbeitsunfähigkeitstage, die Bezieher/innen des Rehabilitationsgeldes bzw. Invaliditätspensionen wegen psychischer Erkrankungen sind im Steigen (Czypionka, 2016; Leoni & Einsiedl, 2015). Für betroffene Menschen sowie für unsere Gesellschaft, stellen diese Tatsachen große Herausforderungen dar. Die wichtigste Ressource von Unternehmen sind die Mitarbeiter/innen. „Zeitdruck, Überstunden, zwischenmenschliche Herausforderungen, neue Arbeitsformen – all das sind Dinge, die vermutlich die meisten“ (Mätschke, 2015, S. 2) Arbeitnehmer/innen kennen. Das Arbeitsleben ist im Wandel. Früher war die Industriegesellschaft vorherrschend, aktuell gerät verstärkt die Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft in den Vordergrund. Dies kann positive Aspekte mit sich bringen, aber ebenso Anforderungen an die Beschäftigten stellen, die negative Auswirkungen haben können (Mätschke, 2015).

„Mit der ASchG-Novelle (BGBl. I Nr. 118/2012) [...] wird die Wichtigkeit der psychischen Gesundheit und der Prävention arbeitsbedingter psychischer Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen stärker betont“ (AI, 2014, S.1). Die Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung bezogen auf psychische Aspekte betrifft alle in Österreich selbstständig sowie unselbstständig Tätigen. „Ein wesentliches Ziel der Gefährdungsbeurteilung ist, dass mit ihr stets eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen angestrebt werden muss (§ 4/4)“ (AUVA, 2013, S. 15). „Die gesetzliche Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastungen dient dazu, gesundheitsgefährdende Belastungen durch die Arbeitsbedingungen festzustellen und passende betriebliche Maßnahmen dagegen umzusetzen“ (AUVA, 4/2013, S. 9). Ziel der AEPB ist es, dass Arbeitgeber/innen die Arbeitsbedingungen psychisch gut gestalten und dadurch psychische, physische und betriebliche Probleme reduziert werden (AUVA, 4/2013). So können die Mitarbeiter/innen im Betrieb gesünder bleiben, sie sind zufriedener, leistungsfähiger, innerbetriebliche

Spannungen können vermindert oder sogar vermieden werden und die Leistungsfähigkeit steigt (AUVA, 4/2013).

3.3.2 Theoretische Konzepte und Begriffsbestimmungen

„Geringer Handlungsspielraum, Überforderung, aber ebenso zu geringe psychische Anforderungen“ (AI, 2014, S. 1) können zu Fehlbeanspruchungen führen. Aus diesen können in weiterer Folge Erkrankungen erwachsen. „Meist sind die Ursachen vielfältig und es führen verschiedene gleichzeitig einwirkende Belastungen zu unterschiedlichen Beanspruchungen“ (AI, 2014, S. 1). Das dahinterliegende theoretische Konzept stellt die Basis für die Standardisierung in der Umsetzung der AEPB dar. Wenn Arbeitgeber/innen die Arbeitsbedingungen gut gestalten können psychische, physische und betriebliche Probleme dadurch reduziert werden z.B.: die Menschen bleiben gesünder, sie sind zufriedener, leistungsfähiger, innerbetriebliche Spannungen können vermindert oder sogar vermieden werden und die Leistungsfähigkeit steigt.

Begriff der Krankheit und der pathogenetische Ansatz

Der Krankheitsbegriff wird – je nach dem theoretischen Modell, von dem ausgegangen wird – unterschiedlich definiert. Es gibt keine allgemein gültige Erklärung, die die Krankheit und die Gesundheit in ihrer Gesamtheit erfassen kann. Welches theoretische Konzept für „Krankheit“ herangezogen wird, hängt von dem Bezugsrahmen, in dem es Verwendung findet, ab (Klemperer, 2011).

Der Begriff der Pathogenese stammt von dem griechischen Wort Pathos ab, was Krankheit bedeutet. Die Genese, ebenso aus dem Griechischen kommend, wird mit „Entstehung“ übersetzt. Somit befasst sich die Pathogenese mit der „Gesamtheit der an der Entstehung und Entwicklung einer Krankheit beteiligten Faktoren“ (Der Brockhaus, 2002, S. 563).

Das medizinische System des 20. und 21. Jahrhunderts geht vorwiegend von einem pathogenetischen Ansatz aus. Bei der Pathogenese stehen die Entstehung, Vorbeugung und Wiedergutmachung von Erkrankungen im Mittelpunkt. „Krankheitssymptome werden als Störungen der Struktur und Funktion des Organismus gedeutet, die durch Untersuchungen gefunden und durch Therapie behoben werden können“ (Klemperer, 2011, S. 98).

Im pathogenetischen Ansatz geht man nach Noack (1997, zitiert nach Jork, 2003) davon aus, dass Gesundheit und Krankheit zwei weitgehend voneinander unabhängige Pole

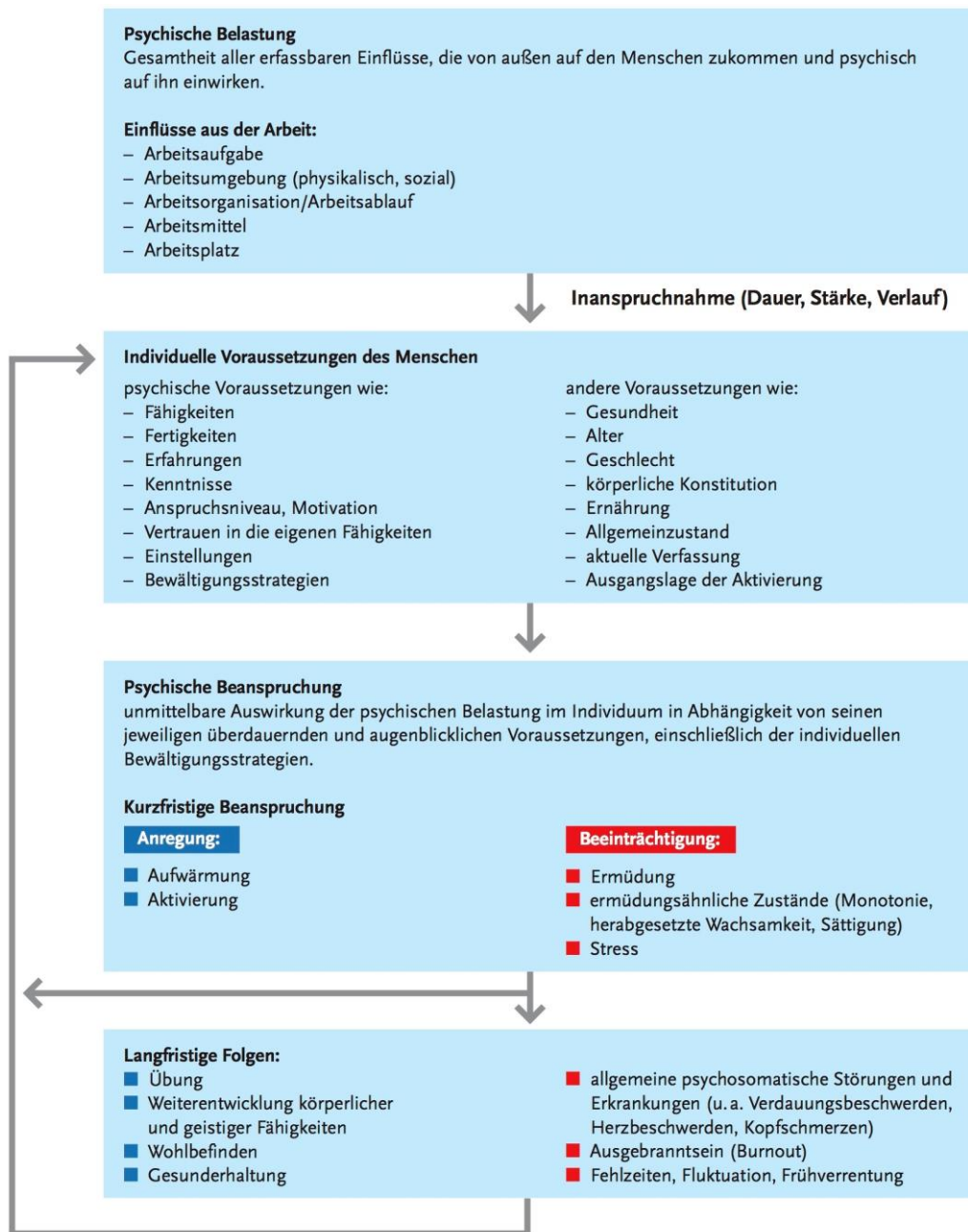
darstellen (Dichotomie). Entweder eine Person ist gesund oder krank, ein Dazwischen findet in diesem Ansatz wenig Berücksichtigung. Zudem wird angenommen, dass wir Menschen uns in Homöostase befinden. Wenn z.B. ein Stressor – oder Risikofaktor – auf uns einwirkt, dann wird diese gestört und daraus kann sich eine Krankheit entwickeln. Stressauslöser sind krankheitsfördernd. Um dem entgegenzuwirken, ist der Einsatz von wirksamen Heilmitteln notwendig.

Das Belastungs- Beanspruchungskonzept

Das Belastungs- Beanspruchungskonzept, das der AEPB zugrunde liegt, stammt aus der arbeitspsychologischen Forschung von Rohmert und Rutenfranz (1975) sowie Greif (1991). Untersucht wurde, wie Belastungsfaktoren gelagert sind und welche Wirkung bzw. Auswirkungen diese auf einen arbeitenden Menschen haben.

Wie Richter und Hacker (2014) angeben wird durch „die häufig synonyme Verwendung der Begriffe Belastung und Streß [...] viel begriffliche Verwirrung gestiftet“ (S. 15). Der Ausdruck „Belastungen“ ist nicht per se als negativ anzusehen, wie es im alltäglichen Sprachgebrauch üblich ist. Um Expertinnen/Experten sowie Praktiker/innen ein einheitliches Verständnis zu gewährleisten, wurde ausgehend von der internationalen Normierungsorganisation ISO (International Standardization Organisation) die Basis mit der Norm ISO 10075 geschaffen. Darauf aufbauend wurde eine Europäische Norm erarbeitet, die als ÖNORM EN ISO 10075 für Österreich übernommen wurde. Unter dem Titel „Ergonomische Grundlagen in Bezug auf psychische Belastung – Allgemeine Begriffe“ wurde sie 1991 veröffentlicht. Die aktuell gültige Version ist die ÖNORM EN ISO 10075:2000. Aus der Norm ist zu entnehmen, dass psychische Belastungen im Rahmen der arbeitswissenschaftlichen Fachsprache als wertfrei anzunehmen sind. In Abbildung 6 ist ein Erklärungsmodell zu den psychischen Belastungen sowie zur psychischen Beanspruchung dargestellt.

Abbildung 6: Erklärungsmodell Psychische Belastung und Beanspruchung



(Quelle: Joiko, Schmauder & Wolff, 2010, S. 11)

Wie aus Abbildung 6 zu entnehmen, wird die psychische Belastung nach Rohmert & Rutenfranz (1975) als neutral angesehen. Die psychische Beanspruchung wird als kurzfristige Folge von psychischen Belastungen definiert, jedoch in Abhängigkeit der Erfahrungen und Verarbeitungsmöglichkeiten, die ein Individuum mitbringt. Psychische Beanspruchungen können anregend z.B. aktivierend sein oder beeinträchtigend z.B. ermüdend (Joiko et al., 2010) bzw. sich als Vorstufen von psychischen Erkrankungen wie z.B. depressive Verstimmtheit, Ängstlichkeit, vermindertes Selbstbewusstsein oder

reduzierte Erholungsfähigkeit zeigen (Rigotti & Mohr, 2011). Die beiden Begriffe psychische Belastung und psychische Beanspruchung wurden durch die Normierungskommission der Ergonomie definiert.

Die Definition der „psychischen Belastung“ und der „psychischen Beanspruchung“ wurden durch die Normierungskommission der Ergonomie definiert. Unter einer psychischen Belastung wird „die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn einwirken“ (Joiko, et al. 2010, S. 9), verstanden. Unter der „psychischen Beanspruchung ist die unmittelbare (nicht langfristige) Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien (Joiko et al., 2010, S. 10), zu verstehen. Beanspruchungen können sich körperlich, mental und emotional ausdrücken. Negative Belastungen können langfristige Folgen mit sich bringen (siehe Abbildung 6). Die Auswirkungen können psychischer Natur sein z.B.: Beeinträchtigung in der kognitiven Leistungsfähigkeit, Ermüdung bis zur Erschöpfung, Gereiztheit, verstärktes Suchtverhalten, körperlicher Natur z.B. Vermehrte Anfälligkeit für Infekte, Herz-Kreislaufkrankungen oder Anstieg des Unfallrisikos und es hat Auswirkungen auf die Arbeit und den Betrieb z.B.: durch eine Verlangsamung, Probleme mit der Konzentrationsfähigkeit, Zunahme von Fehlern, vermehrte Konflikte mit Kollegen/Kolleginnen, Verminderter Arbeitszufriedenheit und Fluktuation oder vermehrter Krankenstände (AUVA, 4/2013, S. 10).

Das Belastungs- Beanspruchungskonzept wurde zunächst für Anstrengungen physiologischer Herkunft entwickelt und stammt ursprünglich aus dem ingenieurwissenschaftlichen und arbeitsmedizinischen Bereich. Durch Rohmert (1984) wurde das Modell um sozialwissenschaftliche Aspekte erweitert. Anschließend wurde das Konzept noch von Euler (1991) um „sozio-kulturelle und individuelle Einflussgrößen“ sowie um „körperliche und psychophysische Voraussetzungen“ ergänzt und als erweitertes bzw. integriertes Belastungs- Beanspruchungskonzept bezeichnet (1991, zitiert nach Oesterreich, 2001, S. 163).

Das Belastungs- Beanspruchungskonzept versteht nach Oesterreich (2001) psychische Belastungen als Merkmale objektiver Arbeitsbedingungen. Jedoch werden in den anderen arbeitspsychologischen Konzepten die psychischen Belastungen nicht ausschließlich als neutral angesehen wie z.B. Berliner Schule der Handlungsregulationstheorie (Oesterreich & Volpert, 1999) wie im Belastungs- Beanspruchungskonzept (Oesterreich, 2001). Nach

Oesterreich (2001) scheint die Erweiterung des ursprünglich technik- und arbeitsmedizinisch-lastigen Ansatzes um den sozialwissenschaftlichen Aspekt vor allem wenn es um die psychischen Belastungen geht, als ungeeignet, wenn in weiterer Folge von psychischen Beanspruchungen die Rede ist. Für Oesterreich (2001) hat der Begriff psychische Belastung keine neutrale Bedeutung. „Auch geringe psychische Belastungen erhöhen Gesundheitsrisiken. Zusätzlich werden Arbeitsbedingungen (wie z.B. Entscheidungsspielraum) berücksichtigt, die andere – und zwar positive – Auswirkungen für den arbeitenden Menschen haben können“ (Oesterreich, 2001, S. 163). Diese Kontroverse wurde bislang nicht vollständig gelöst.

3.3.3 Praxis der AEPB

Die AI überprüft seit 2013, ob Unternehmen die AEPB tatsächlich durchführen. Die Art und Weise der Durchführung unterliegt der aktuellen dreiteiligen ÖNORM EN ISO 10075 Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung (Austrian Standards, 2016):

- ÖNORM EN ISO 10075-1:2000
Allgemeines und Begriffe
- ÖNORM EN ISO 10075-2:2000
Gestaltungsgrundsätze
Welche den aktuellen wissenschaftlichen Stand zur menschengerechten Arbeitsgestaltung widerspiegelt (AI, 2014, S. 1).
- ÖNORM EN ISO 10075-3:2004
Grundsätze und Anforderungen an Verfahren zur Messung und Erfassung psychischer Arbeitsbelastung.

Aus der DIN-Mitteilung 81. ist zu entnehmen:

Danach ist die psychische Belastung zu erfassen und durch Arbeitsgestaltungsmaßnahmen so zu beeinflussen, dass keine die Sicherheit und/oder die Gesundheit beeinträchtigenden Folgen resultieren. Die Merkmalsträger der psychischen Belastung liegen nach dieser Konzeption außerhalb des Individuums und sind unabhängig von diesem – was entscheidende Vorteile für die Gestaltungsaspekte hat: Es geht danach nicht darum, am Individuum und seinen Wahrnehmungs- und Bewältigungsstrategien anzusetzen,

sondern an den konkreten Arbeitsbedingungen. Ziel ist damit die Gestaltung der Arbeitsbedingungen, nicht die Veränderung der Person (2002, Nr.8, S. 520).

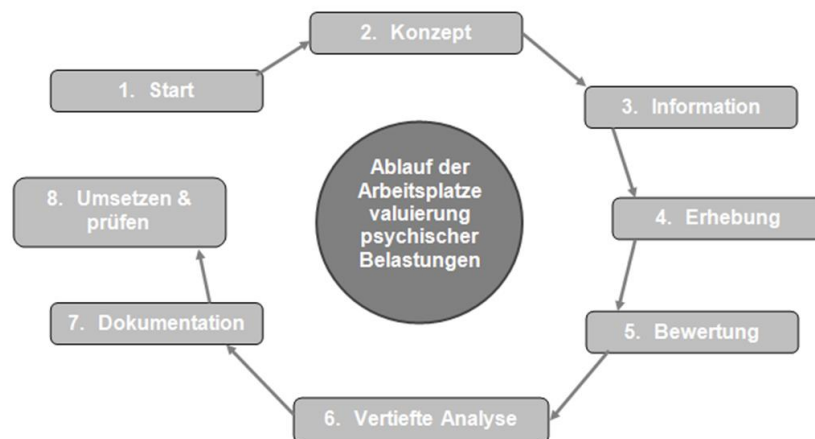
Im Leitfaden zur „Bewertung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen der Kontroll- und Beratungstätigkeit“ (Huber, Molnar & Steurer, 2013) ist angeführt, dass eine bedingungsbezogene Messung erfolgen muss. Darunter ist zu verstehen, dass Messverfahren heranzuziehen sind, „die aus den Merkmalen der Arbeitsgestaltung resultieren“ (Huber et al., 2013, S. 16). Individuelle bzw. persönliche Besonderheiten der Mitarbeiter/innen sind davon ausgenommen (Huber et al., 2013).

Schritte in der Umsetzung

Die Arbeitsplatzevaluierung ist für jeden Betrieb verpflichtend und muss durch das Unternehmen eigenständig eingeleitet und umgesetzt werden. Die Geschäftsführung ist hauptverantwortlich dafür, die Zuständigkeiten für die praktische Umsetzung können je nach Unternehmensgröße z.B. bei der Arbeitsmedizin, der Arbeitspsychologie, der Sicherheitsvertrauensperson, der Sicherheitsfachkraft, dem Betriebsrat, der Personalentwicklung oder dem Qualitätsmanagement liegen. Für kleinere Unternehmen – bis zu maximal 50 Mitarbeiter/innen – stellt die AUVA durch das AUVAsicher Angebot, „die Möglichkeit der kostenfreien Beratung zur Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung zur Verfügung“ (Fadler, 2015, S. 10). Die Umsetzung der AEPB muss individuell auf die Bedingungen im Unternehmen bezogen sein. Wie die Umsetzung erfolgt wird gesetzlich nicht vorgegeben. Die Instrumente, die zum Einsatz kommen, müssen der Norm (siehe Punkt 3.3.3) entsprechen und sind unter Teil 3 der ÖNORM EN ISO 10075 festgelegt.

Auf Initiative des Österreichischen Gewerkschaftsbundes und der Arbeiterkammer wird die Zeitschrift „gesundearbeit“ regelmäßig veröffentlicht und ist online sowie in gedruckter Form erhältlich. Fadler hat in der 2. Ausgabe aus dem Jahr 2015 einen möglichen Prozess abgebildet (siehe Abbildung 7), der die einzelnen Umsetzungsschritte grob darstellt. Darauf wird im kommenden Teil konkret eingegangen.

Abbildung 7: Prozess der AEPB



(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Fadler, 2015, S. 10)

Im ersten Schritt der Umsetzung wird die AEPB gestartet und es werden Informationen zum Thema gesammelt. Ein Entscheidungsgremium mit den entsprechenden Akteuren/Akteurinnen z.B.: Präventivfachkräften, sonstigen Fachkräften, den Betriebsräten und Entscheidungsträger/innen usw. wird implementiert. Das Instrument, mit dem die Erhebung erfolgt, muss auf die Betriebsgröße, die Organisation sowie den vorhandenen Ressourcen abgestimmt sein und den Vorgaben der ÖNORM EN ISO 10075 entsprechen.

Die Entwicklung des Konzeptes erfolgt im zweiten Umsetzungsschritt. Es wird erarbeitet wie die AEPB konkret abläuft, welche/s Verfahren zum Einsatz kommen/kommt und welche Tätigkeits- bzw. Arbeitsbereiche zu erfassen sind. Es wird auch eruiert welche Routinedaten relevant und aussagekräftig sind. Diese werden in Unternehmen zumeist standardmäßig erhoben und dokumentiert z.B. Unfallquote, Krankenstandquote, Fehlerhäufigkeit, Fluktuation, Beinahe-Unfallmeldungen, Arbeitszeitaufzeichnungen und Berichte der Präventivfachkräfte. Zuständigkeiten für die Umsetzung der AEPB werden geklärt. Interne Kompetenzen sollen genutzt z.B. Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie oder Expertise extern zugekauft werden. Im Anschluss an die Durchführung der AEPB werden entsprechende Maßnahmen abgeleitet und auf arbeitswissenschaftlicher Basis entwickelt. Die Umsetzung bzw. die Ressourcen – personeller sowie finanzieller Natur – müssen ebenso berücksichtigt werden und sollten bereits in dieser Phase bestmöglich abgeklärt sein.

Der dritte Schritt sieht die Aufklärung der Mitarbeiter/innen über die Durchführung der AEPB und dessen konkreten Ablauf vor. Zudem ist der Zweck der Umsetzung offen

darzulegen. Mit einer hohen Transparenz sowie der Vorankündigung, dass die Beteiligung der Belegschaft bei der Umsetzung relevant ist – und im Anschluss basierend auf den Ergebnissen entsprechende Maßnahmen für die Mitarbeiter/innen umgesetzt werden – kann eine adäquat hohe „freiwillige“ Beteiligung bei der Belegschaft erzielt werden. Das ist elementar, um ein aussagekräftiges Ergebnis bzw. Abbild der Situation im Unternehmen bzw. in den Tätigkeitsbereichen zu erhalten.

Die Erhebung erfolgt im vierten Schritt und setzt den Einsatz geeigneter Methoden voraus. Diese müssen den Standards nach der ÖNORM EN ISO 10075 Teil 3 entsprechen. Es muss ein geprüftes – entsprechend der Objektivität, der Reliabilität und der Validität – arbeitspsychologisches Diagnoseverfahren sein. Es gibt die Möglichkeit einer Fragebogenbefragung, eine solche kommt eher bei Betrieben über 50 Mitarbeiter/innen zum Einsatz. Ebenso können Gruppengespräche wie z.B. die Arbeitsbewertungsskala-Gruppe sowie Einzelinterviews verwendet werden. Im Folgenden sind die zu erhebenden arbeitsbedingten psychischen Belastungsdimensionen nach Huber et al. (2013) abgebildet:

- **Arbeitsaufgaben und Tätigkeiten**
Darunter sind körperliche, geistige und emotionale Belastungen zu verstehen sowie Qualifikationsprobleme.
- **Sozial- und Organisationsklima**
Hier sind mangelnde Zusammenarbeit quantitativ sowie qualitativ, Informationsmangel und fehlender Handlungsspielraum zusammengefasst.
- **Arbeitsumgebung**
In diesen Bereich fallen klimatische, akustische, sowie visuelle Belastungen und ebenso unzureichender Platz und nicht ausreichende Flächen. Unter anderem gehören auch ungenügende Arbeitsmittel und zu geringe Ausstattung und belastende Gefahren dazu.
- **Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation**
Störungen und Unterbrechungen sowie belastende Arbeitszeitgestaltung und Arbeitsmengen gehören ebenso in diesen Sektor, wie Orientierungsmängel und ungenügend gestaltete Arbeitsprozesse.

Im Anschluss an die Erhebung, wenn die Ergebnisse vorliegen folgt der nächste Schritt, die Bewertung. Es ist zu beurteilen, ob die Ergebnisse den Vorgaben des jeweiligen Verfahrens entsprechen und welcher arbeitswissenschaftliche Handlungsbedarf daraus abgeleitet werden kann bzw., ob ein Vergleich mit Normwerten möglich ist? Die

Bewertung kann nur durch Fachexpertinnen/Fachexperten z.B. Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Sicherheitsfachkraft mit Unterstützung entsprechender firmeninterner Expertise z.B. Sicherheitsvertrauenspersonen, Betriebsrätinnen/Betriebsräte erfolgen.

Der sechste Schritt leitet die vertiefende Analyse ein, die durch gezielte Gruppengespräche, Einzelinterviews oder Beobachtungen erfolgen kann. Bei der AEPB werden die Rahmenbedingungen und Verhältnisse im Unternehmen inspiziert. Ziel ist die Ableitung von ursachenbezogenen Maßnahmen, die kollektive Wirksamkeit haben. Darunter fallen beispielsweise bauliche Maßnahmen zur Vermeidung von Hitze oder Lärm sowie die Umstellung auf adäquate Arbeitsmittel, Änderungen in der Pausengestaltung wie Adaptierungen im Informationsablauf oder in der Kommunikation.

Alle erhobenen psychischen Gefährdungen sowie die entsprechend gesetzten Maßnahmen sind durch die Arbeitgeberin/den Arbeitgeber im Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument zu dokumentieren. Dies ist im § 5 des ASchG festgelegt. „Der AG muss in den SG-Dokumenten alle Ergebnisse zur Gefahrenermittlung und –beurteilung, die zur Beurteilung herangezogenen Hilfsmittel sowie die festgelegten Maßnahmen dokumentieren“ (AUVA, 2013, S. 17).

Im letzten Schritt gilt es die Wirksamkeit der Maßnahmen zu überprüfen. Zudem ist die AEPB regelmäßig zu wiederholen, im Speziellen bei Anlassfällen z.B. bei Arbeitsunfällen, hoher Fluktuation oder Zunahme von arbeitsbedingten Krankenständen.

3.4 Betriebliche Gesundheitsförderung

Wie einleitend angeführt, ist das derzeitige Berufsleben geprägt von Veränderungen. Immer mehr Anforderungen müssen oft von immer weniger Mitarbeiter/innen bewältigt werden. Der Arbeitsdruck steigt und die Belegschaft wird, auf Grund des demografischen Wandels immer älter (ENWHP, 2007). Dies sind nur Beispiele von Änderungen, die bereits im Gange sind und zukünftig vermehrt zu tragen kommen. Da Mitarbeiter/innen, die größte Ressource von Unternehmen darstellen, ist es notwendig auf diese Herausforderungen zu reagieren. Um die Ressource „Mitarbeiter/innen“ zu erhalten, muss die Gesunderhaltung der Belegschaft, in den Unternehmen Berücksichtigung finden. Unter Beteiligung der Arbeitnehmer/innen werden gesundheitsförderliche Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt.

Die Umsetzung von BGF erfolgt auf freiwilliger Basis. Die gesetzliche Grundlage für die Umsetzung bildet das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz § 154b und im Speziellen das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG).

Abbildung 8: Gesundheitsförderungsgesetz

Gesetzestext	(Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. August 2015)
<p>(1) Gegenstand dieses Bundesgesetzes sind Maßnahmen und Initiativen, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;2. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren. <p>(2) Maßnahmen und Initiativen, die in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Sozialversicherung fallen, bzw. auf Grundlage anderer gesetzlicher Bestimmungen durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieses Bundesgesetzes.</p> <p>(3) Soweit in diesem Gesetz personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.</p>	

(Quelle: jusline, 2016, S.1)

Die BGF stellt in diesem gesetzlichen Rahmen einen spezifischen Aspekt dar. Ausgegangen wird vom Ansatz der ganzheitlichen Gesundheit, wie es dem Gesetzestext aus Abbildung 8 zu entnehmen ist.

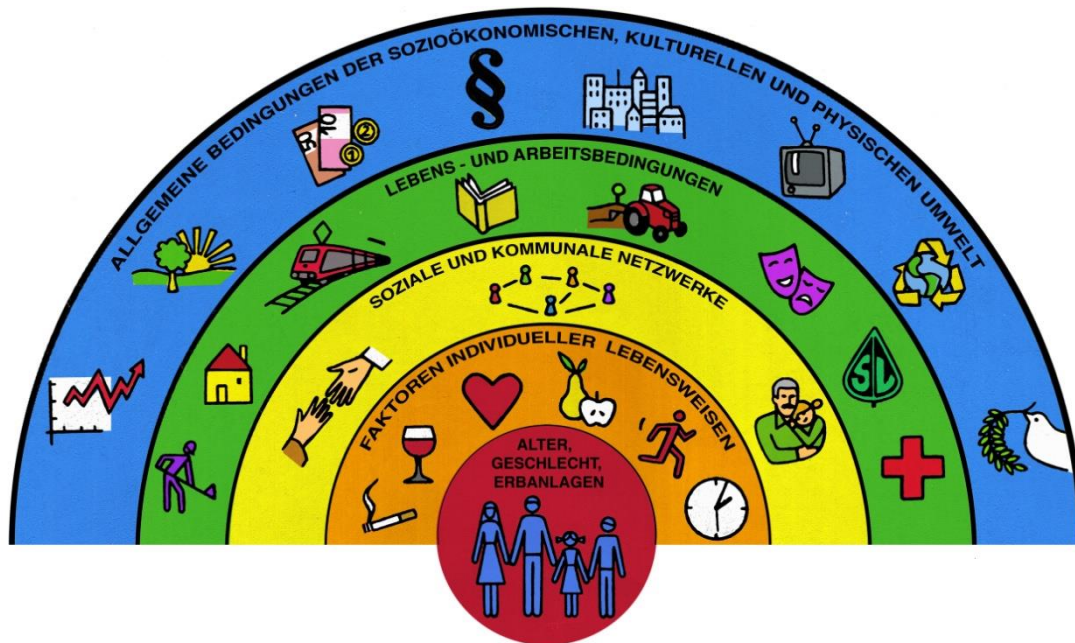
3.4.1 Theoretische Konzepte und Begriffsbestimmungen

In diesem Kapitel werden die Begriffe der Gesundheit, der Salutogenese, der Gesundheitsförderung sowie der Setting-Ansatz kurz erläutert. Zu Beginn wird der Bezugsrahmen zur Thematik hergestellt, indem ein Überblick über das Gesundheitsdeterminanten-Modell gegeben wird.

Gesundheitsdeterminanten

Um Gesundheit und Krankheit in ihrer Gesamtheit erklären zu können, wurde durch Dahlgren & Whitehead das Modell der sogenannten Gesundheitsdeterminanten entwickelt (1991, zitiert nach Klemperer, 2011) und ist nachfolgend abgebildet.

Abbildung 9: Gesundheitsdeterminanten nach Dahlgren & Whitehead (1991)



(Quelle: FGÖ, 2016 adaptiert nach Dahlgren & Whitehead, 1991)

Ausgehend vom Gesundheitsdeterminanten-Modell wie aus Abbildung 9 zu entnehmen – ursprünglich aus der englischen Politik kommend – kann Gesundheit und Krankheit umfassend erklärt werden. Gesundheit und Krankheit entstehen auf unterschiedlichen Ebenen und werden durch diese beeinflusst. Den großen Rahmen bildet die Politik (Makroebene), die mit der Schaffung von sozioökonomischen, kulturellen und physischen Strukturen, einen immensen Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung hat. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen (Mikro- bzw. Mesoebene) haben Auswirkungen z.B. auf die Arbeitsbedingungen, Wohnbedingungen sowie soziale und gemeinschaftliche Netzwerke wie die Familie. Die Mikroebene betrifft die individuellen Lebensstilfaktoren

z.B. ob jemand raucht oder nicht und wie sich das Bewegungs- und Ernährungsverhalten gestaltet. Demnach hat die Tabakpolitik Einfluss auf das Verhalten von Individuen. Die Ebenen und Faktoren bedingen einander und stehen in Wechselwirkung zueinander. (Klemperer, 2011). Das Modell verdeutlicht wie viele Komponenten Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit haben, die oftmals in Vergessenheit geraten (Klemperer, 2011).

Begriff der Gesundheit und der salutogenetische Ansatz

Nach Klemperer (2011) gibt es auch für den Gesundheitsbegriff keine allgemein gültige Definition. Die WHO definierte die Gesundheit im Jahr 1946 folgendermaßen: "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (S. 100). Dieser ganzheitliche Ansatz stellt die Basis für jenen der Gesundheitsförderung dar, welcher nach Schwartz et al. (2012) oft kritisiert wird, da von einer utopischen Vorstellung ausgegangen wird. Alltägliche Lebensbedingungen, welche für die Mehrheit der Menschen zutreffen, finden keine Berücksichtigung, weswegen die umfassend verstandene Gesundheit kaum zu realisieren. Nach Bamberg et al. (2011) wird unter Gesundheit „ein dauerhafter Entwicklungsprozess verstanden, der sich auf Aspekte der individuellen Handlungsfähigkeit und auf das subjektive Wohlbefinden bezieht und physische, psychische und soziale Dimensionen umfasst (S. 125).

Aufgrund zunehmender psychischer Erkrankungen hat sich die WHO im Jahr 2001 den Themen Salutogenese und psychische Gesundheit gewidmet. Die Salutogenese gilt als alternativer Ansatz zum vorherrschenden Ansatz der Pathogenese. Aaron Antonovsky (1997) begründete den Begriff der Salutogenese und erforschte ihn. Unter der Salutogenese wird die Entstehung/Erhaltung der Gesundheit verstanden. Gesundheit und Krankheit stellen einen Prozess dar und sind nicht als gegebene Zustände anzunehmen. Bei der Salutogenese wird davon ausgegangen, dass wir Menschen uns in Heterostase – in Unordnung – befinden. Stressoren bedeuten nicht unweigerlich einen negativen Einfluss. Im Sinne der Salutogenese ist der Umgang einer Person mit Stressoren von Bedeutung (Antonovsky, 1997). Sie zeigt auf (Antonovsky, 1997), dass man Krankheiten aus einem anderen Blickwinkel als der Pathogenese betrachten kann sowie die Lebensgeschichte des betroffenen Menschen wichtig ist. Das bedeutet nicht, dass Probleme besser und schneller gelöst werden, aber wenn man verschiedene Anschauungen in Betracht zieht und die Vor- und Nachteile abwägt, dann kann man letztendlich zu einer größeren Erkenntnis gelangen. Jork (2003) gibt an, dass „das Arbeiten mit dem Modell Salutogenese vernachlässigt keineswegs pathogenetisch

begründete Diagnostik und Therapie; beide Perspektiven der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit ergänzen sich“ (S. 31).

Gesundheitsförderung

Die Bemühungen der WHO ermöglichten die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung im Jahr 1986 in Ottawa. Als Ergebnis konnte die Ottawa-Charta verabschiedet werden, welche die anerkannte Begriffsbestimmung der Gesundheitsförderung enthält:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. [...] Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin. (1986, S. 1)

Auf Basis der Erklärung der WHO liegt nach Klemperer (2011) das Hauptaugenmerk nicht in der Entstehung von Krankheit (Pathogenese) sondern sie fokussiert auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Gesundheit (Salutogenese). Zudem sollen die Individuen zu Beteiligten gemacht und die Aufmerksamkeit auf die Fähigkeiten sowie Fertigkeiten von Menschen (Ressourcen) gelenkt werden. Soziale und psychologische Aspekte spielen in der Gesundheitsförderung ebenso eine bedeutende Rolle (Klemperer, 2011). Gesundheitsfördernde Maßnahmen, Programme oder Kampagnen setzen auf allen Ebenen der Gesundheitsdeterminanten an und nicht nur an dem Verhalten der Einzelpersonen.

Der Zugang zum Thema der Gesundheitsförderung kann gut in den Wertekanon der Gesundheitsförderung dargestellt werden (Klingspiegl, 2013). Sie ist eine soziale Intervention in Systeme. Die Gesundheitsorientierung geht von einem multidimensionalen Konzept aus. Es berücksichtigt den ganzheitlichen Ansatz von Gesundheit (Engel, 1977), das Bio-Psycho-Soziale Modell und verfolgt die Ressourcenorientierung. Im Fokus stehen

die Verhältnisse in einem System sowie das Verhalten der Individuen. Das Bezugssystem stellt ein Setting – z.B.: Kindergarten, Schule, Betrieb – dar. Die Orientierung an bestimmten Handlungsprinzipien erfolgt während der Umsetzung:

- Partizipation: Mitarbeiter/innen zu Beteiligten machen, denn sie sind die Expertinnen/ Experten für den eigenen Arbeitsplatz. Sie sind diejenigen, die im System sind, darin leben und es am besten kennen.
- Empowerment: Unterstützung der Personen bei der Selbstbefähigung.
- Vernetzung: im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit und Berücksichtigung der Personengruppen bzw. Institutionen, die Interesse am Thema haben könnten.
- Soziale Gerechtigkeit: eine faire Chancenverteilung sollte gewährleistet und nicht soziale Ungleichheit vergrößert werden.
- Nachhaltigkeit: fixe Integration in vorhandene Strukturen (Klingspiegel, 2013).

Gesundheitsförderung und psychische Gesundheit

Bei der Ministerkonferenz der WHO zum Thema psychische Gesundheit, die im finnischen Helsinki (2005) stattfand, einigten sich die europäischen Gesundheitsminister darauf, dass Strategien für die psychische Gesundheit entwickelt werden müssen. Das Ergebnis dieser Konferenz stellt die „Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit“ dar.

Im Bericht der ministeriellen WHO Konferenz (2006) ist zur psychischen Gesundheit folgende Botschaft zu entnehmen:

Die Regierungen erkennen heute die Bedeutung des psychischen Wohlbefindens für alle Bürger. Psychisches Wohlbefinden ist wesentlich für die Lebensqualität und ermöglicht ein als sinnvoll erfahrenes Leben und die Betätigung als kreative und aktive Bürger. Psychische Gesundheit der Bevölkerung fördern heißt Lebensweisen stärken, die dem psychischen Wohlergehen dienlich sind. Die Förderung der psychischen Gesundheit muss auf die ganze Bevölkerung ausgerichtet sein, auch auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und auf ihre Betreuenden. Die Entwicklung und Umsetzung wirksamer Pläne zur Förderung der psychischen Gesundheit wird das psychische Wohlbefinden aller steigern (WHO, 2006, S. 2).

Den Konferenzteilnehmern und -teilnehmerinnen ging es weniger darum bestehende finanzielle Mittel bei vorhandenen Versorgungssystemen abzuziehen, als dass sie eine evidenzbasierte Vorgehensweise und die Berücksichtigung von psychischer Gesundheitsförderung bei politischen Entscheidungen nahelegten (WHO, 2006). Ein Ziel der europäischen Gesundheitsminister ist es, „umfassende, integrierte und effiziente psychosoziale Versorgungssysteme zu entwerfen und zu implementieren, die Förderung, Prävention, Behandlung und Rehabilitation, Pflege und Genesung vorsehen“ (WHO, 2005, S. 3).

Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung

Seit Ende der 80iger Jahre wird mit dem Ansatz der Gesundheitsförderung das Ziel verfolgt, Lebenswelten gesundheitsfördernd zu gestalten, was nach Klemperer (2011) mit dem Setting-Ansatz gleichzusetzen ist. Obwohl die Gesundheitsförderung bereits auf eine 20-jährige Erfahrung mit dem besagten Ansatz zurückblicken kann, geben Engelmann & Halkow (2008) an, dass für den Begriff keine eindeutigen Richtlinien und wissenschaftlichen Theorien bestehen.

In der Ottawa Charta (WHO, 1986) wird der Setting-Ansatz folgendermaßen dargestellt: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (S. 5). Laut dieser Erklärung entsteht Gesundheit weniger im Gesundheitswesen, als viel mehr in den sozialen Systemen, in denen die Menschen ihren Alltag verbringen (Dooris, 2004). Die Anhänger der „New Public Health“ Ära sehen in der Setting Definition der WHO einen großen Meilenstein für Gesundheitsförderungsprogramme (Grossmann & Scala, 1996). Vor dem neuen Setting-Ansatz setzten gesundheitsbezogene Interventionen vorwiegend auf individueller Ebene an und Verhaltensänderungen wurden vermittelt, durch oft mahnende Aufklärung und Erziehung. Die damit erzielten Erfolge hielten sich in Grenzen (Engelmann & Halkow, 2008).

Die Definitionen des Setting-Ansatzes fallen unterschiedlich aus. Einigkeit herrscht nach Barić und Conrad (1999, zitiert nach Halkow & Engelmann, 2008) jedoch darin, dass er sich auf „soziale Systeme“ bezieht und demnach eine systemische Strategie ist, der Prinzipien der Organisationsentwicklung zu Grunde liegen. Das persönliche Gesundheitsverhalten wird in einem Kontext gesehen, und steht in wechselseitiger Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt. Der Setting-Ansatz ermöglicht es, dass auch sogenannte schwer erreichbare Gruppen, Menschen mit

einem geringen sozioökonomischen Status – z.B. niedriger Bildung und Einkommen – mit einbezogen werden. In der Praxis zählen zu diesen Settings: Betriebe, Kindergärten, Schulen, Stadtteile, Gemeinden und Krankenhäuser (Klemperer, 2011).

Um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Arbeitskräfte in Unternehmen sicherstellen zu können, werden in Österreich seit über 20 Jahren (ÖNBGF, 2016) BGF-Projekte im Setting Betrieb umgesetzt. Die theoretische Basis für die BGF bilden laut WHO (1946) der Ansatz der ganzheitlichen Gesundheit – unter Berücksichtigung des physischen, psychischen und sozialen Wohlergehens – sowie die Salutogenese nach Antonovsky (1997). Neuere Bewegungen beschäftigen sich auch mit der Resilienzförderung (Widerstandsfähigkeit) von Einzelpersonen sowie Unternehmen.

Luxemburger Deklaration

„BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress) Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ (ENWHP, 1997, S.3). Im November 1997 fanden sich die Mitglieder des ENWHP ein und als Ergebnis wurde die Luxemburger Deklaration verabschiedet und in den Jahren 2005 und 2007 adaptiert.

In der Luxemburger Deklaration (ENWHP, 2007), ist folgendes festgehalten:

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern 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 Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen. (S. 2)

Um BGF in hoher Qualität umsetzen zu können, benötigt es Wissen zu unterschiedlichen Theorien und Themenbereichen. Einerseits sind die Grundgedanken zur Gesundheitsförderung elementar, andererseits benötigt es ebenso viele praktische Erfahrungen. Auch wenn der Prozess der Umsetzung eines BGF-Projektes grundlegend für jedes Unternehmen ident verläuft, können der Einsatz von Werkzeugen für die Ist-Stand-Erhebung und die darauf basierenden betrieblichen Interventionen stark von Betrieb zu Betrieb variieren. Demnach ist Wissen auf den unterschiedlichsten Ebenen erforderlich. Das Anführen aller Theorien und Konzepte – zumeist arbeitspsychologischer und arbeitsmedizinischer Herkunft –, die im Rahmen der BGF Relevanz haben, würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Somit erfolgt eine Konzentration auf die grundlegendsten Theorien, die elementar für die Umsetzung von BGF sind, die vor allem den Ansatz der Ressourcen, der Arbeitszufriedenheit sowie die Arbeitsmotivation und Organisationsentwicklung berücksichtigen.

Theorie hinter der BGF

Die BGF ist laut Uhle & Treier (2013) ein Weg zu einem humanen Arbeitsplatz, die Befindlichkeiten des Menschen rücken verstärkt in den Mittelpunkt. Erholung sollte als Humanisierungsfaktor in das Arbeitsleben integriert und die Arbeitszufriedenheit als eine Einflussgröße der Motivation gesehen werden (Uhle & Treier, 2013).

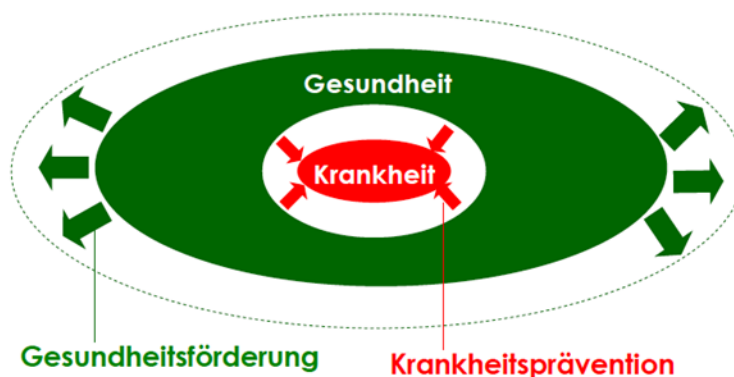
Wie in der Luxemburger Deklaration angeführt, ist BGF eine moderne Unternehmensstrategie und eine Maßnahme im Rahmen der Organisationsentwicklung.

Unter dem Begriff „Organisationsentwicklung [...] ist die bekannteste und nach wie vor wichtigste, psychologisch gestützte Form des geplanten Wandels von Organisationen“ (Nerdinger, Blickle & Schaper, 2011, S. 150), zu verstehen. Eine organisationale Veränderung soll in strukturierter Form eingeleitet werden, ist langfristig angelegt, betrifft das gesamte Unternehmen, die Betroffenen werden am Prozess aktiv beteiligt, lösungsorientierte Ansätze stammen aus den Sozialwissenschaften und sollen in erster

Linie die Erhöhung der Lebensqualität und weniger eine Steigerung der Produktivität erzielen (French & Bell, 1977, zitiert nach Nerdinger, 2011). „Betriebliche Gesundheitsförderung stellt eine Organisationsentwicklungsstrategie dar und soll auch als solche betrachtet und in die Organisationsentwicklung integriert werden“ (Vogt & Elsigan, 2011, S. 19-20). Somit stehen nicht nur einzelne Mitarbeiter/innen oder Führungskräfte im Mittelpunkt, sondern das gesamte Unternehmen. Die Gesundheitspotentiale sowie die Risiken des Betriebes werden erhoben. „Die Integration von BGF in die Organisationsentwicklung gewährleistet [...] die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderung im Unternehmen und die Berücksichtigung von BGF bei allen Entscheidungen“ (Vogt & Elsigan, 2011, S. 20). Ein BGF-Projekt hat zwar einen Start- und einen Endzeitpunkt, wird im weiteren Verlauf aber in die betrieblichen Routinen integriert. Wenn in einer Organisation bereits Managementsysteme vorhanden sind, dann ist eine gute Basis vorhanden und die BGF kann ebenso integriert werden. Somit ist eine langfristige Implementierung von BGF am besten zu gewährleisten.

Mit der Umsetzung von BGF wird das Ziel verfolgt Ressourcen im Unternehmen zu stärken und Belastungen abzubauen. Die Ressourcenorientierung ist somit ein elementarer Bestandteil der BGF. Unter Ressourcen werden „Einflussfaktoren, die geeignet sind, die psychische, physische und soziale Gesundheit eines Menschen zu fördern“ (Weber, 2002, zitiert nach Rosenbrock & Michel, 2007, S. 9), verstanden. In Abbildung 10 zeigt, wie groß der Wirkungsbereich der Gesundheitsförderung ist und dass im Vergleich dazu, die Krankheitsprävention einen relativ kleinen Teil einnimmt.

Abbildung 10: Gesundheitsressourcen stärken und Krankheitsrisiken abbauen



(Quelle: Noack, 1996, zitiert nach Kriener, 2010, S. 5)

Grundlegend wird zwischen persönlichen (internale) Ressourcen und von außen einwirkenden (externale) Ressourcen unterschieden (Uhle & Treier, 2013). Bezogen auf

die Arbeitspsychologie wird zwischen personalen, sozialen und organisationalen (materiellen) Ressourcen differenziert (Rosenbrock & Michel, 2007). Durch die Umsetzung von BGF sollen in Unternehmen unter anderem die vorhandenen Ressourcen gestärkt und Krankheitsrisiken reduziert werden. Sie „sind in der Lage, bei Nichtüberschreitung einer Intensitäts- und Dauergrenze die von außen einwirkenden Fehlbelastungen abzupuffern“ (Uhle & Treier, 2013, S. 98). Ulich & Wülser (2009) gehen davon aus, „dass Ressourcen für den Umgang mit belastenden Situationen, für die Verhinderung von Fehlbeanspruchungen und Krankheiten sowie für die Gesundheitsförderung von besonderer Bedeutung sind“ (S. 38). Sie beschreiben drei Wirkungsebenen:

1. Direkte Wirkungen: Der Effekt von Ressourcen ist dann direkt, wenn diese sich – unabhängig von Belastungen – positiv auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter/innen auswirken.
2. Indirekte Wirkungen: Ressourcen können Belastungen entgegen wirken bzw. diese abbauen. Somit entsteht wieder mehr Wohlbefinden bei den Mitarbeiter/innen.
3. Pufferwirkungen: Ressourcen können ebenso eine puffernde Funktion haben, indem sie zur Bewältigung bestehender Belastungen beitragen. Einer schädigenden Wirkung von Belastungen kann demnach entgegen gewirkt werden und es entstehen keine (Fehl-)Beanspruchungen (Ulich & Wülser, 2009).

In Anlehnung an Kriener (2010; S. 13-15) wird in Tabelle 1 beispielhaft aufgezeigt, wie die drei grundlegenden Arten der Ressourcen in der betrieblichen Praxis gestaltet sein können.

Tabelle 2: Ressourcen in der BGF

Organisatorische Ressourcen	Personale Ressourcen	Soziale Ressourcen
Aufgabenvielfalt	Soziale Netzwerke	Zukunftsorientierung
Tätigkeitsspielräume	Unterstützung durch: Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner, andere Personen	Flexible Bewältigungsstile
Qualifikationsnutzung	transformationaler Führungsstil	Selbstregulationsfähigkeit
Lernmöglichkeiten		Dispositioneller Optimismus, Kohärenzerleben
Partizipationsmöglichkeiten		Hardiness
		Selbstwirksamkeitsüberzeugungen
		Kontrollüberzeugungen
		Erholungsfähigkeit

(Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Richter et al, 2011 erweitert nach Udris et al., 1992)

Diese Auflistung dient nach Richter et al. (2011) nur als Beispiel und hat nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Zudem können Überschneidungen zwischen den Bereichen vorkommen bzw. Aspekte einander bedingen.

Hinter der Gesundheitsförderung steht auch immer die Stressbewältigung. Stress muss nicht nur negativ sein, er kann durchaus positiv und aktivierend wirken, somit zur Leistungssteigerung beitragen. Die Grenzen zwischen positivem und negativem Stress sind meist schmal. Im Alltag sowie im Berufsleben ist man stressigen Situationen ausgesetzt. Für das Wohlbefinden eines Menschen ist es relevant mit dem Stress angemessen umgehen zu können. „Diesem Bewältigungsprozess wird eine zentrale vermittelnde Rolle zwischen auftretenden Stressoren und möglichen Krankheitsfolgen zugeschrieben“ (Faltermaier, 2005, zitiert nach Schaper, 2011, S. 489). Bezogen auf die Stressverarbeitung sind zwei Ansätze für die BGF von Bedeutung. Einerseits die individuellen Voraussetzungen – die Disposition, Verhaltens- und Denkmuster sowie die Bewältigungsmuster – mit Stress um zu gehen und andererseits beeinflussen situative Merkmale und Bedingungen aus der Umwelt das Stresserleben. So wirken Arbeitsbedingungen auf den arbeitenden Menschen ein, spezifische Merkmale, die ein bestimmter Beruf mit sich bringt, Möglichkeiten der Kontrolle über bestimmte Aspekte sowie Ressourcen und soziale Unterstützungen durch Führungskräfte und Kolleginnen/Kollegen (Faltermaier, 2005, zitiert nach Schaper, 2011). Die BGF setzt genau an diesen beiden Aspekten im Umgang mit Stress an. Die Ausgangslage wird durch Dokumentensichtung sowie unter Einbeziehung der Mitarbeiter/innen z.B. durch Mitarbeiter/innen-Befragung, Gesundheitszirkel auch bezogen auf Faktoren, die das

Stresserleben beeinflussen sowie die Arbeitszufriedenheit erheben, herausgearbeitet. Darauf basierend werden in der BGF verhaltens- und verhältnisbezogene gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt.

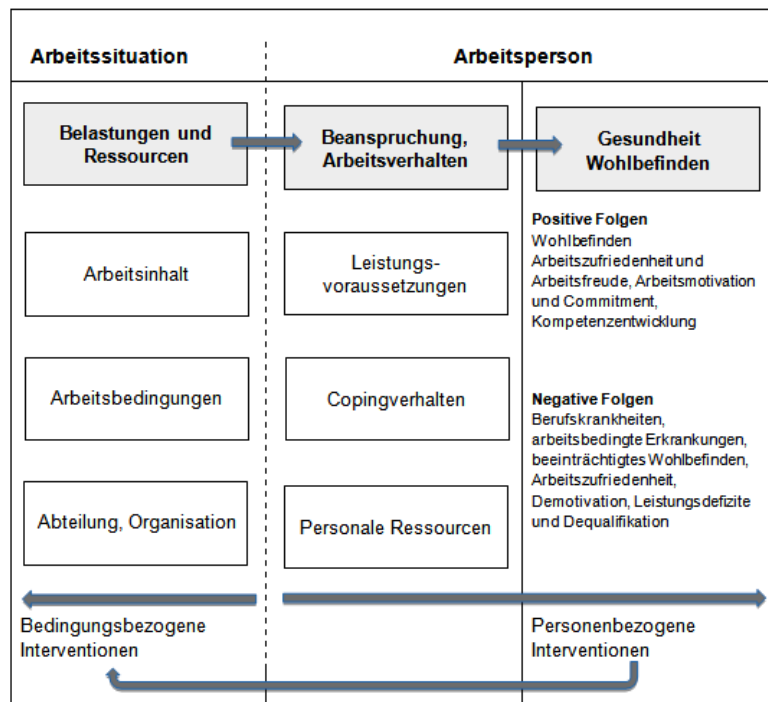
Eindeutig ist, dass die BGF bei den Ressourcen sowie der Reduktion von Belastungen sowohl an den Verhältnissen im Betrieb als auch am Verhalten der Mitarbeiter/innen ansetzt. Rosenbrock und Michel (2007) stellen dahingehend den Bezug zur Gesundheitspsychologie her z.B. durch Tabakentwöhnungsprogramme. Ziel ist es, Gutes zu stärken und negative Dinge abzubauen. Dabei werden die Maßnahmen, entsprechend den Bedürfnissen der Arbeitnehmer/innen abgeleitet und umgesetzt.

Schneider (2011) geht von drei Zielebenen der BGF aus:

- „Maßnahmen zur individuellen Gesundheitsförderung
- teamorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung
- organisationsorientierte Maßnahmen der Gesundheitsförderung“ (S. 97).

Diese drei Ebenen können nicht getrennt voneinander betrachtet werden, sie bedingen einander, aber es gibt jeweils Anteile, die nicht in den Rahmen der BGF fallen. „Das größte und häufigste Missverständnis in der [...] BGF ist die Vorstellung, BGF sei ausschließlich die Anwendung der individuellen, persönlichen Gesundheitsförderung im Betrieb“ (Schneider, 2011, S. 97). „Im optimalen Fall stärkt betriebliche Gesundheitsförderung sowohl die betriebliche als auch die private Verantwortung“ (Schneider, 2011, S. 98). In Abbildung 11 ist dargestellt, welche Thematiken die Arbeitssituation betreffen und welche Aspekte sich auf das jeweilige Individuum beziehen.

Abbildung 11: Ansatzpunkte bedingungs- und personenbezogener Intervention



(Quelle: (eigene Darstellung nach Metz, 2011, S. 191)

Wie aus Abbildung 11 zu entnehmen ist, gibt es in der Arbeitswelt Voraussetzungen, die sich aus dem Inhalt der Arbeit, den Arbeitsbedingungen und der Abteilung bzw. Organisation zusammensetzen. Diese Gegebenheiten können nur durch entsprechende Maßnahmen der Organisation, wie z.B. im Rahmen von BGF, gesundheitsförderlich erhalten oder angepasst werden. Genauso elementar sind jedoch individuelle Leistungsvoraussetzungen, die Arbeitnehmer/innen für die Tätigkeiten im Unternehmen mitbringen. Ebenso haben persönliche Bewältigungsstrategien Auswirkungen auf die Arbeit. Wie bereits vorab angeführt, haben personale Ressourcen einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Aspekte können einerseits positive Auswirkungen wie z.B. Wohlbefinden und/oder Arbeitszufriedenheit mit sich bringen, andererseits können sie auch negative Folgen haben wie z.B. beeinträchtigt Wohlbefinden und/oder Demotivation oder sogar arbeitsbedingte Erkrankungen.

Mit der Umsetzung von BGF wird – ausgehend von einer ausführlichen Bedarfserhebung, unter freiwilliger Beteiligung aller Mitarbeiter/innen – genau an diesen Ebenen angesetzt. Es werden verhältnis- sowie verhaltensorientierte gesundheitsförderliche Maßnahmen umgesetzt. Beispiele zur Maßnahmenumsetzung in der BGF sind dem Anhang unter Punkt J zu entnehmen.

3.4.2 Praxis der BGF

Zu Beginn waren es vor allem Großunternehmen, die das Potential von BGF für Betrieb und Mitarbeiter/innen erkannten. Mittlerweile ist BGF in Österreich in Großbetrieben, Klein- und Mittelbetrieben (KMU) sowie Kleinunternehmen (KKU) und auch in Ein-Personen-Unternehmen (EPU) in jeweils angepasster Form zu finden. Als Hauptfördergeber für die Umsetzung von BGF-Projekten in Österreich fungiert der FGÖ. In Tabelle 3 ist abgebildet, wie die Europäische Union (2003) Klein- und Mittelbetriebe bezüglich der Anzahl der Beschäftigten, des Umsatzes und der Bilanzsumme definiert.

Tabelle 3: Definition der Europäischen Kommission

Unternehmensgröße	Beschäftigte	Umsatz in € Millionen
Kleinstunternehmen	bis 9	≤ 2 Millionen EUR
Kleinunternehmen	10 bis 49	≤ 10 Millionen EUR
Mittlere Unternehmen	50 bis 249	≤ 50 Millionen EUR
Großunternehmen	ab 250	größer als 50 Millionen EUR

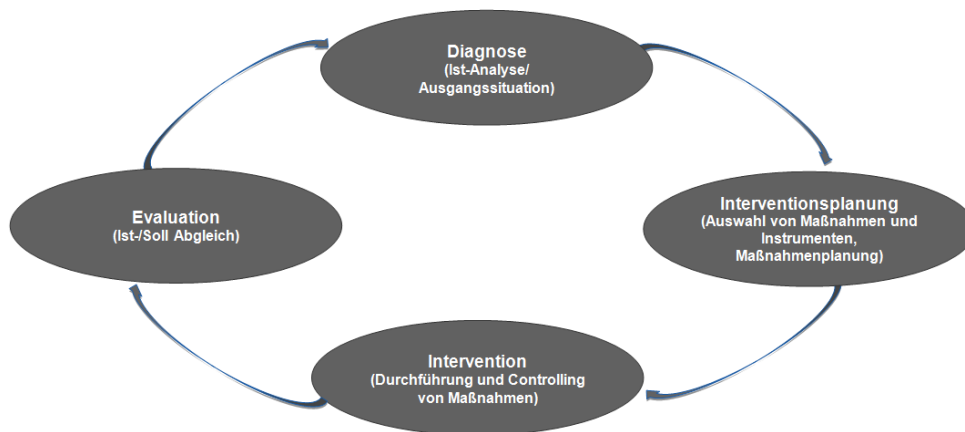
(Quelle: eigene Darstellung nach WKO, 2016 in Anlehnung an die Europäische Union, 2003)

Die vorab angeführten Punkte – der Gesundheitsbegriff, die Salutogenese, die Gesundheitsförderung, die psychische Gesundheit im Rahmen der Gesundheitsförderung und der Settingansatz – stellen die wissenschaftliche Ausgangsbasis für die Umsetzung der BGF dar.

BGF-Projektablauf / Prozess

BGF findet im Setting Betrieb statt und wird zu Beginn in Form eines Projektes konzipiert, was sie zeitlich begrenzt. Für die Durchführung von BGF wird als Basis der Managementzyklus (PDCA-Zyklus: Plan-Do-Check-Act oder Planen-Ausführen-Überprüfen-Anpassen), wie in Abbildung 12 dargestellt – etwas adaptiert – herangezogen (Badura, Walter & Heilmann, 2010). Die Umsetzung erfolgt grundsätzlich in vier Phasen, nämlich der Diagnose, der Planung von Interventionen, der Intervention und der Evaluation.

Abbildung 12: Lernzyklus der BGF



(Quelle: eigene Darstellung nach Badura et al., 2010, S. 155)

Die BGF greift in der Umsetzung zumeist auf Instrumente aus der Organisationsentwicklung zurück. Um BGF angemessen und kompetent durchführen zu können, benötigt es gesundheitswissenschaftliches Wissen sowie Management-Kompetenzen und Fähigkeiten in der Realisierung der Kernprozesse (Badura et al., 2010). Nach Ablauf der Projektphasen soll der Zyklus in den Regelbetrieb integriert werden und im Optimalfall eine betriebliche Gesundheitspolitik aufgebaut werden (siehe Punkt 3.2).

BGF-Kleinbetriebsmodell

Über das ÖNBGF gibt es ein eigenes BGF-Kleinbetriebsmodell (siehe dazu Anhang Punkt B). Es wurde im Auftrag des HVB unter Beteiligung der Sozialversicherungen sowie durch Erfahrungen von Expertinnen/Experten, der Praxis und dem Regionenprojekt Melk (2007 – 2008) entwickelt. Das Modell verzichtet auf eine Mitarbeiter/innenbefragung. Das BGF-Kleinbetriebsmodell wurde entwickelt um eine gute Qualität bei der Realisierung von BGF für kleinere Betriebe zu gewährleisten und dennoch die vorhandenen Ressourcen (z.B. personell, finanziell) zu schonen. Das grundlegende Vorgehen entspricht dem herkömmlichen BGF-Kreislauf, mit dem Unterschied, dass ein eigenes Führungskräfte-Coaching geplant ist, bei dem die individuelle Gesundheit der Führungskraft thematisiert wird sowie gesundheitliche Themen, die für den Betrieb von Relevanz sind. Für die Mitarbeiter/innen gibt es einen BGF-Workshop, in dem Ressourcen sowie Belastungen gesammelt und dahingehende Lösungsvorschläge erarbeitet werden. In dieser Gruppe wird dann beschlossen, welche der angeführten Themen an die Führung weitergeleitet werden sollen. Danach erfolgt der Zusammenführungsworkshop und die Ergebnisse werden der Unternehmensleitung präsentiert. Über die Umsetzbarkeit der Maßnahmenvorschläge wird gesprochen und Beschlüsse werden gefasst. Wenn eine

Realisierung nicht möglich ist, wird diese begründet und den Mitarbeiter/innen rückgemeldet.

BGF-Kreislauf für Mittel- und Großbetriebe

In Abbildung 13 ist im Speziellen der Managementzyklus adaptiert für die BGF abgebildet. Die jeweiligen Phasen sind mit den zu erledigenden Aspekten versehen. Sollte man die Umsetzung eines BGF-Projektes in Betracht ziehen, ist eine detailliertere Auseinandersetzung mit den einzelnen Projektphasen elementar. In weiterer Folge wird der Prozess im Detail betrachtet, als Grundlage dafür dienen unter anderem die Informationen der BGF-Broschüre „GESUNDE MITARBEITER/INNEN; ERFOLGREICHE UNTERNEHMEN. Betriebliche Gesundheitsförderung.“ der STGKK (2016).

Abbildung 13: BGF Projektkreislauf



(Quelle: (FGÖ Abbildung, 2010, zitiert nach Kriener, 2010, S. 18)

Wie aus Abbildung 13 und angelehnt an die BGF-Broschüre der STGKK, 2016, S. 10-11 zu entnehmen ist, ist es notwendig in der ersten Phase – die auch als Vorprojektphase bezeichnet wird – Strukturen aufzubauen. Es werden Informationen darüber eingeholt, welche Förderungen für die Umsetzung von BGF zur Verfügung stehen können und wie es mit den internen Ressourcen aus finanzieller und personeller Sicht aussieht. Zudem werden Projektpläne inklusive zeitlicher Abläufe erarbeitet. Zumeist wird die Zusammenarbeit mit externen BGF-Prozessbegleiter/innen geplant, die vor allem zu

Beginn eines Projektes Wissen mitbringen, dass sukzessive im Laufe des Projektes im Unternehmen aufgebaut werden soll. Es wird eine BGF-Projektleitung definiert und festgelegt. Des Weiteren benötigt es ein Steuerungsgremium, in dem Vertreter/innen der Tätigkeitsbereiche des Unternehmens dabei sind, sowie Entscheidungsträger/innen, Betriebsräte und Präventivdienste. Wichtig ist auch das Definieren von ersten strategischen Grobzielen, um konkret weiter arbeiten zu können. Es wird mit der Sensibilisierung zu dem ganzheitlichen Zugang zur BGF gestartet. Schlüsselpersonen wie z.B. Führungskräfte werden zum Thema „gesundes Führen“ informiert und geschult, da sie relevante Multiplikator/innen und Vorbilder im Rahmen der BGF für die Belegschaft darstellen. Bei einem offiziellen Kick-off werden alle Mitarbeiter/innen des Unternehmens über die Umsetzung des Projektes aufgeklärt, auf das Thema vorbereitet und über die nächsten Schritte informiert. Ein BGF-Projekt steht und fällt mit den Mitarbeiter/innen, da deren Beteiligung im Projekt elementar für die Erarbeitung von Ressourcen, Belastungen und Lösungsvorschlägen ist.

Nach dem Start des Projektes erfolgt in der zweiten Phase die Ist-Analyse im Betrieb. Der partizipative Zugang ist dabei bedeutend. Alle Mitarbeiter/innen sollen die Möglichkeit bekommen sich am Prozess, freiwillig beteiligen zu können. Durch den Einsatz von Analyseinstrumenten werden die relevanten Themen – die ganzheitliche Gesundheit im Betrieb betreffend – ermittelt. Zuvor sind Zielgruppen zu definieren. Das sind Gruppen oder Tätigkeitsbereiche im Unternehmen, von denen man vorab bereits einen speziellen Bedarf vermutet bzw. sich dieser durch Beobachtungen oder der Erhebung von Routinedaten – z.B. Fluktuation, Arbeitsunfälle, Krankenstanddaten – ableiten lässt z.B. Ältere Arbeitnehmer/innen, Lehrlinge, Schichtmitarbeiter/innen, Männer/Frauen. Welche Instrumente zum Einsatz kommen und über wen die Umsetzung erfolgt – z.B. externe Prozessbegleitung – wird in der Vorprojektphase geplant. Je nach Betriebsgröße werden die Instrumente gewählt.

Neben Interviews, Gruppendiskussionen (z.B. Gesundheitszirkel, Fokusgruppen) können ebenso betriebsinterne Dokumentenanalysen (z.B. Unfallrate, Krankenstände, Mitarbeiter/innenschulungen) sowie Beobachtungen, Begehungen und Fragebogenerhebungen im Rahmen der BGF zum Einsatz kommen. Bei Mittel- und Großbetrieben sind in der groben Ist-Analyse zumeist Mitarbeiter/innenbefragungen ein gängiges Instrument. Als Voraussetzung für einen adäquaten Fragebogen gilt die theoretische Fundierung, dass es ein standardisierter Fragebogen ist, der alle relevanten Aspekte der Gesundheit in einem Unternehmen abdeckt (Verhalten sowie Verhältnisse).

Wissenschaftliche Theorien zur Arbeit und dem Zusammenhang der (psychischen) Gesundheit der Belegschaft sind von Bedeutung. Für welches Instrument sich ein Unternehmen entscheidet obliegt der Vision und den Zielen, die dasselbe definiert. „Nur aufgrund der theoretischen Orientierung ist es möglich, aus den Analyseergebnissen allgemeine Aussagen über die Gesundheitsförderlichkeit oder -schädlichkeit von Arbeitsbedingungen abzuleiten und gezielte Schlussfolgerungen zu treffen“ (Ducki, 2011, S. 163). Die Vergleichbarkeit durch den wiederholten Einsatz eines geeigneten Instrumentes sollte gewährleistet sein, da nur dadurch nachhaltige BGF gesichert werden kann. Im Rahmen der Ist-Analyse kann eine Mitarbeiter/innenbefragung durch z.B. eine Krankenstandauswertung, eine Altersstrukturanalyse und betriebliche Kennzahlen wie Unfallraten und Fluktuation erweitert werden.

Auf Basis dieser gesammelten Daten werden in der vertiefenden Analyse alle Mitarbeiter/innen zur Beteiligung an sogenannten Gesundheitszirkeln eingeladen. Die Angestellten sind die Expert/innen für ihren Arbeitsplatz und daher werden in Gesundheitszirkeln im Speziellen folgende Punkte bearbeitet: „Was gefällt gut?“, „Was belastet?“ und „welche Lösungsmöglichkeiten lassen sich aufgrund der Erfahrungen ableiten oder werden als sinnvoll angesehen“? Je nach Zielen und Ergebnissen in der Grobanalyse kann die vertiefende Untersuchung bei Bedarf auch zielgruppen- oder themenspezifisch erfolgen.

In der vierten Phase werden neben den Ergebnissen der groben sowie der vertiefenden Ist-Analysen – nach Absprache mit den Zirkelteilnehmer/innen – ebenso die entwickelten Lösungsmöglichkeiten in einem Maßnahmenplan festgehalten und in der Steuerungsgruppe präsentiert. Auf dieser Basis werden die definierten Grobziele konkretisiert. Zudem wird über die Umsetzbarkeit der Maßnahmenvorschläge diskutiert, die Umsetzung oder nicht Umsetzung – jeweils inklusive Argumentationen – beschlossen und Verantwortlichkeiten festgelegt. Elementar ist wiederum die Rückmeldung an die Mitarbeiter/innen, ebenso über die Maßnahmen, die nicht umgesetzt werden können.

In Phase fünf erfolgt die Maßnahmenumsetzung. Es ist darauf zu achten, dass ein Gleichgewicht zwischen verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen vorhanden ist. Eine entsprechende Dokumentation darüber wird empfohlen z.B. durch einen Maßnahmenkatalog.

Phase sechs sieht eine Wirksamkeitsprüfung bzw. Evaluation vor. Es kommt gegebenenfalls zum wiederholten Einsatz z.B. des gewählten Fragebogeninstrumentes oder man evaluiert mit Hilfe von Reflexionszirkeln, Interviews und erneuten Beobachtungen und/oder einer Dokumentenanalyse. Die Zielerreichung ist zu begutachten und eventuell sind Schärfungen für die Zukunft vor zu nehmen. Elementar in der 6. Phase ist die Integration von BGF in vorhandene betriebliche Routinen und gegebenenfalls ein (Gesundheits-)Managementsystem. Strukturen sollen nachhaltig festgelegt und Verantwortlichkeiten für die Zukunft beschlossen werden. Die weiterführende Umsetzung – Fortführung des BGF-Kreislaufs, ausgehend von einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess – sowie personelle und finanzielle Ressourcen, sind fix zu planen.

In Abbildung 13 stellt Phase sieben das Zentrum des Zyklus dar. Sie besteht aus regelmäßiger Kommunikation über das Projekt und Informationen dazu bzw. über die Beteiligungsmöglichkeiten sowie die Umsetzung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen. In diesem Zusammenhang ist das Feedback zu den Ergebnissen ein elementarer Bestandteil in der BGF und soll fortwährend geplant und realisiert werden.

Qualitätssicherung in der BGF

Um die Qualität der Umsetzung in der BGF in Österreich zu gewährleisten wurden vom ÖNBGF, – ausgehend von den europäischen Richtlinien des ENWHP – die auf der Luxemburger Deklaration aus dem Jahr 1997 basierenden 15 Qualitätskriterien definiert. Aufbauend auf einer dreistufigen Qualitätssicherung des ÖNBGF, beginnend mit der Unterzeichnung der BGF-Charta, als Absichtserklärung des Unternehmens die Personalpolitik gesundheitsförderlich zu gestalten und sich an den Prinzipien der BGF zu orientieren (Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit). Nach der Evaluierung des Projektes oder im Rahmen der Integration von BGF, kann bei allen Regional- und Servicestellen des ÖNBGF – die es in jedem Bundesland gibt – das BGF-Gütesiegel beantragt werden. Als Grundlage für die Zuerkennung gelten die 15 Qualitätskriterien, die grundsätzlich im Durchlaufen des BGF-Kreislaufs Berücksichtigung finden. Die entsprechende Unterlage des ÖNBGF kann dem Anhang (siehe E) entnommen werden. Bei erfolgter Zuerkennung ist das Gütesiegel für drei Jahre gültig und kann bei entsprechender Weiterführung von BGF unter Einhaltung der BGF-Qualitätskriterien nach drei Jahren wiederbeantragt werden (ÖNBGF, 2016). Es gibt auch den BGF-Preis, er stellt die höchste Stufe der Qualitätssicherung dar. Dieser ist nicht zu beantragen, sondern es werden in jedem Bundesland außerordentlich gute BGF-Betriebe

in den Kategorien Klein- und Mittel- & Großbetrieben dafür nominiert. Die Vergabe erfolgt in drei Jahresabständen.

Nutzen von BGF

Der Nutzen von BGF ist mittlerweile vielfach nachgewiesen und wissenschaftlich belegt. BGF hat positive Auswirkungen auf die Anzahl der Arbeitsunfälle, die Reduktion von Krankheitskosten um durchschnittlich 26% und die Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten um durchschnittlich 27% (Sockoll et al., 2008). Nachweise einer wissenschaftlichen Wirksamkeit von BGF sind ebenso durch Bräunig et al. (2015) untersucht und bestätigt worden. In der ökonomische Evaluation von BGF (Atzler, Bencic, Gerger & Langmann et al., 2011) und dem FGÖ Bericht „Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich“ sind ebenso positive Effekte von BGF dargestellt (Vogt & Elsigan, 2010).

Die Abbildung 14 stammt aus dem Bericht des FGÖ und bildet zusammengefasst ab, in welchen Bereichen der Nutzen belegbar ist.

Abbildung 14: Nutzen von BGF

Durch die umfassende Berücksichtigung von BGF in Unternehmen ¹²

- 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**.

12 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.

(Quelle: Vogt & Elsigan, 2010, S. 18)

Die Investition in die BGF lohnt sich und ergibt für Mitarbeiter/innen und Unternehmen positive Auswirkungen, bei entsprechender Qualität in der Umsetzung.

3.5 Kombinierte Umsetzung der AEPB mit der BGF

Wie in Kapitel 3.2.1 dargestellt, sind der ArbeitnehmerInnenschutz mit der AEPB und die BGF zwei der drei elementaren Säulen, wenn von betrieblicher Gesundheitspolitik die Rede ist. Aufgrund des starken Rückgangs der Arbeitsunfälle zielt der moderne ArbeitnehmerInnenschutz verstärkt auf die Prävention ab. Arbeitsbedingte Erkrankungen sollen erst gar nicht entstehen (AI, 2016). Durch eine kombinierte Umsetzung der AEPB mit der BGF können Betriebe ihre Organisation systematisch weiterentwickeln.

Der HVB legt einen Schwerpunkt auf das Thema „Psychischen Gesundheit“ und hat den Auftrag erteilt einen Leitfaden für Akteurinnen/Akteure im ASchG und/oder der BGF zu erarbeiten. Unter Einbeziehung aller Mitglieder des Netzwerks BGF inkl. der Sozialpartner/innen sowie Vertreter/innen des Zentral-Arbeitsinspektorats und des FGÖs wurde im Jahr 2015 der Leitfaden zur kombinierten Umsetzung veröffentlicht. Von dieser Grundlage ausgehend wird kurz auf die theoretische und in weiterer Folge auf die praktische Relevanz der synergetischen Umsetzung eingegangen.

Die theoretischen Zugänge zum ASchG inkl. der AEPB wurden in Kapitel 3.3 sowie zur BGF in Kapitel 3.4 dargestellt. In weiterer Folge werden elementare theoretische Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Ansätze aufgezeigt, jedoch mit Fokus auf die praktische Sinnhaftigkeit, für die Umsetzung des gemeinsamen Prozesses im Betrieb.

3.5.1 Gesundheitsmodelle

Gesundheit betrifft jeden Menschen und fast jede/r hat eine ganz individuelle Sichtweise auf das Thema. Um einen gemeinsamen, differenzierten und theoretischen Zugang zum Thema Gesundheit zu verdeutlichen, kann die Abbildung 15 herangezogen werden.

Abbildung 15: Gesundheitsmodelle in der Gegenüberstellung

Biomedizinisches Modell	Salutogenetisches Modell	Bio-psycho-soziales Modell
Gesundheit ist Abwesenheit von Krankheit	Gesundheit ist abhängig vom individuellen Grundvertrauen (sense of coherence SOC):	Anforderungs-Ressourcen-Modell (SAR-Modell)
Biologische Parameter (Blutwerte, Organdefekte, Röntgenbilder, etc.)	1. Die Ereignisse im Leben sind strukturiert und vorhersehbar (Verstehbarkeit)	Systematischer Ansatz, beinhaltet: <ul style="list-style-type: none"> • körperliche und seelische Gesundheit • subjektive Gesundheit und biologische Parameter
Was macht krank?	2. Ressourcen sind verfügbar, um Anforderungen gerecht zu werden (Handhabbarkeit).	
Stress hat hier nur eine negative Bedeutung	3. Diese Anforderungen sind (willkommene) Herausforderungen, für die es sich einzusetzen lohnt (Bedeutsamkeit).	Stressoren wirken als Anforderungen.
Gesundheitsförderung: Aufklärung, medikamentöse Beeinflussung von Risikofaktoren, Impfung, Rauchverbot, Hygiene, Arbeitsschutz		Der Effekt der Stressoren ist abhängig von Ressourcen.
Keine Bedeutung von Gefühlen und Bedürfnissen		Bedürfnisse sind interne Anforderungen.
		Bedürfnisbefriedigung fördert Gesundheit.
		Gefühle sind bedeutsam.

(Quelle: eigene Darstellung nach Schneider, 2011, S. 29)

Unter Berücksichtigung der vorab hergeleiteten Theorien kann der Zugang, im Rahmen des klassischen ASchG, in erster Linie auf das Biomedizinische Modell – wie in Abbildung 15 dargestellt – zurückgeführt werden (Schneider, 2011). Dadurch wird eine direkte Beziehung zu Erkrankungen und deren Vermeidung hergestellt und die Gesundheit lediglich die Abwesenheit von Krankheit. Der Ansatz der Pathogenese spielt im Rahmen des biomedizinischen Modells eine Hauptrolle. Dadurch konnten im letzten Jahrhundert eine Vielzahl von reparaturmedizinischen Erfolgen erzielt werden (Schneider, 2011). „Aber es war und bleibt eine völlige Illusion, dass, wenn nur alle krankmachenden biologischen Faktoren entfernt würden, der Mensch gesund sei“ (Schneider, 2011, S. 30).

Geht man von den theoretischen Zugängen der BGF aus – wie vorab dargestellt – so werden hier alle drei Gesundheitsmodelle berücksichtigt. Laut Schneider (2011) stellt BGF „eine multidisziplinäre Aufgabe“ (S. 34) dar. „Ziel dieser Aufgabe ist die Stärkung der biologischen, psychischen und sozialen Ressourcen, um den Anforderungen der verschiedenen Lebensbereiche zu entsprechen“ (Schneider, 2011, S. 34). Laut Oppolzer (2010, S.27) geht der Ansatz der BGF über den ArbeitnehmerInnenschutz hinaus, weil, wie in der Ottawa Charta der WHO (1986) abgebildet, die BGF auf „sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ abzielt. Bei der BGF ist

die Prävention ebenso relevant wie das individuelle Bewusstsein zum Thema Gesundheit als auch soziale Aspekte. Fakt ist, dass in der BGF „Gefühle“ ebenso eine Rolle spielen wie objektiv messbare Aspekte wie z.B. Lärm, der bei Überschreitung einer wissenschaftlich definierten Grenze, zu einer nachgewiesenen psychischen (Fehl)Beanspruchung bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern führen kann. „Wenn Ärger im Job das Risiko eines Herzinfarktes verdoppelt und «gefühlte» mangelnde Wertschätzung im Beruf einen Risikofaktor [...] darstellt, dann muss betriebliche Gesundheitsförderung neben der menschlichen Hardware, den Knochen, Muskeln und Organen, auch die dazugehörige Software, das Fühlen, und Denken, einbeziehen“ (Schneider, 2011, S. 34). Auch Badura et al. (2010) geben an, dass die Arbeitswelt lange Zeit unter der Perspektive möglicher Risiken betrachtet wurde. Zu Beginn wurden die Gefahren ausschließlich auf den menschlichen Körper sowie seine physische Leistungskraft bezogen und es wurde versucht diese zu verhindern. Mittlerweile gilt dies ebenso „für die menschliche Psyche und ihre Leistungsfähigkeit“ (Badura et al., 2010, S. 43). „Dass mit dem Beginn der Industrialisierung die Lebenserwartung durchweg zugenommen hat [...], zwingt jedoch zu dem Schluss, dass in der sozialen Umwelt des Menschen und damit auch in der Arbeitswelt nicht nur Risiken, sondern gesundheitsförderliche Kräfte wirken“ (Badura et al., 2010, S. 43-44).

Betriebliche Gesundheitsförderung und ArbeitnehmerInnenschutz sollen nicht miteinander in Konkurrenz stehen, sondern sich ergänzen. Somit kann die kombinierte Umsetzung der AEPB (Gesetz) mit der BGF (Freiwilligkeit) eine Chance darstellen, dass ein Unternehmen sich in Richtung Integration von BGM bewegt wie dies unter Punkt 3.2 dargestellt ist.

3.5.2 Zugang zur Salutogenese und Pathogenese

Die theoretische Ausgangslage für die Evaluierung arbeitsbedingter psychischer Belastungen stellt der Ansatz der Pathogenese dar (siehe Punkt 3.3.2). Die BGF geht vom salutogenetischen Ansatz aus (Kuhn & Kayser, 2001) (siehe Punkt 3.4.1).

Die Frage: „Was erhält gesund“? wird neben der Frage: „Was macht krank“? immer relevanter. „Gesundheit wird verstanden als psychisches Wohlbefinden, das in erster Linie von den Erfahrungen abhängt, die Menschen mit Menschen machen, und dies über ihre gesamte Lebensspanne hinweg“ (Badura et al., 2010, S. 45). „Aus salutogenetischer Perspektive konzentriert sich die Aufmerksamkeit betrieblicher Gesundheitsexperten auf

gesundheitsförderliche Potenziale in der Arbeitsorganisation, in den Arbeitsbedingungen und der Person“ (Badura et al., 2010, S. 44).

Gesundheit und Krankheit sind nach (Rau, 2011) ein Ergebnis des dynamischen Zusammenwirkens von Prozessen der Beanspruchung und der Erholung. Langfristig gesehen ist jede Beanspruchung – auch wenn sie als positiv und angenehm empfunden wird – mit einer Erholungsphase auszugleichen, um daraus resultierende Fehlbeanspruchungen zu vermeiden (Rau, 2011). Um Arbeitsbelastungen bewerten zu können, ist es notwendig die Belastungen aus dem Lebensalltag zu berücksichtigen, um im Vergleich tatsächlich Aussagen darüber treffen zu können, wie belastend die Arbeit sich gestaltet (Rau, 2011).

Nachfolgend sind der salutogenetische sowie der pathogenetische Ansatz abgebildet. Mögliche individuelle sowie organisationsspezifische Handlungsansätze werden vorgestellt.

Abbildung 16: Handlungsoptionen



(Quelle: eigene Darstellung nach Badura et al., 2010; S. 46)

In

Abbildung 16 ist dargestellt, dass aus der Perspektive der Pathogenese nach Badura et al. (2010) folgende Schritte im Rahmen der BGF auf der Ebene der Person eingeleitet werden können: Fitness, Sport im Betrieb, Rauchverbot, Stress-, Zeitmanagement,

Vorsorgeuntersuchungen und Wiedereingliederung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern nach Langzeitkrankenständen. Auf Ebene der Organisation sind es ergonomische Maßnahmen wie eine Betriebsvereinbarung zum Thema Mobbing, spezielle Schulungen zu Organisationspathologien und deren Erkennung, Vermeidung und Bekämpfung. Im Vergleich dazu sind individuelle Ansätze aus der Perspektive der Salutogenese folgendermaßen gelagert: Kompetenzausbau fachlicher Qualifikationen, Entwicklung sozialer Fähigkeiten, Gesundheitsbildung, Weiterbildung der Gesundheitsexpertinnen/Gesundheitsexperten und Gesundheits-Coachings. Auf Ebene der Organisation wären es folgende Ansatzpunkte: Teamentwicklung, Führungskräfte-schulungen, Transparenz, Partizipation, Entwicklung der Unternehmenskultur, Berichtswesen und Gesundheitsmanagement.

3.5.3 Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen: Nutzen von Synergien

Wie praktische Erfahrungen zeigen, überschneiden sich die Vorgehensweisen in der Durchführung der AEPB vor allem im Prozess mit der Realisierung der BGF. Wie in diesem Kapitel einleitend erläutert, wurde in diesem Zusammenhang der „Leitfaden Psychische Gesundheit. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung“ (Blattner & Elsigan, 2015) entwickelt und publiziert.

Abbildung 17: Synergien der beiden Prozesse



(Quelle: Blattner & Elsigan, 2015, 10-11)

Abbildung 17 entstammt dem Leitfaden von Blattner & Elsigan (2015). Synergien und Abgrenzungen im Prozess der gemeinsamen Umsetzung werden dargestellt. Der Kreislauf ist in acht Phasen eingeteilt. In Orange werden jeweils die Besonderheiten der AEPB abgebildet, in Grün die Merkmale der BGF und in Grau die Gemeinsamkeiten.

In der ersten Phase „dem Fokus“ werden die theoretischen Zugänge zu den beiden Thematiken berücksichtigt, wie in den Kapiteln 3.3, 3.4, 3.5.1 und 3.5.2 bereits angeführt.

Phase zwei „Akteure/Akteurinnen“ bezieht sich darauf, dass in der BGF jeweils eine Projektleitung bzw. ein Projektteam mit einer/m hauptverantwortlichen Mitarbeiterin/Mitarbeiter benannt wird/werden. Wenn ein Unternehmen mit einem BGF-Projekt startet, wird zumeist externe Expertise in der Prozessbegleitung herangezogen. Gemeinsam ist den beiden Prozessen, dass in der 2. Phase jeweils verantwortliche Mitarbeiter/innen mit der Umsetzung beauftragt werden und ein Steuerungsgremium mit Vertreter/innen aus bestimmten Tätigkeitsbereichen bzw. Funktionen – Arbeitgeber/in (Geschäftsführung, Auftraggeber/in), Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie, Gesundheitswissenschaften, Sicherheitsfachkraft, Sicherheitsvertrauensperson(en), Gesundheitsvertrauensperson(en), Betriebsrat (Arbeiter/innen und Angestelltenbetriebsrat) – sowie relevanten Beschäftigten des Unternehmens – implementiert wird. Für den kombinierten Prozess können dieselben Personengruppen herangezogen werden. Wenn es um das Hinzuziehen externer Expertise geht, sind theoretische sowie praktische Erfahrungen in der BGF sowie der AEPB von Bedeutung. So kann der Prozess ressourcenschonend miteinander verknüpft werden.

Im nächsten Schritt: „Ermitteln/Ist-Analyse“, werden geeignete Instrumente für die Umsetzung des kombinierten Prozesses gesucht. Zu berücksichtigen ist, dass für die AEPB ein Messverfahren zum Einsatz kommen muss, das den Anforderungen der ÖNORM EN ISO-10075-3:2004 entspricht (siehe dazu Punkt 3.3.3). Herangezogen werden für beide Prozesse vorhandene quantitative Daten wie z.B. das Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument, Berichte der Präventivdienste, Unterlagen des Personalmanagements und des Qualitätsmanagements, Krankenstandauswertungen, Unterlagen des AI. Für die AEPB sowie die BGF ist es relevant, dass Messverfahren (z.B. schriftliche Befragung der Belegschaft, Gruppendiskussionen, Interviews, Beobachtungen, Begehungen) wissenschaftlich fundiert sind und eine Vergleichbarkeit gewährleisten. Welche Instrumente zum Einsatz kommen, hängt in der BGF in erster Linie von der Zielsetzung bzw. der Zielgruppe ab und beim kombinierten Prozess von den

Voraussetzungen im Unternehmen. Durch die Beteiligungsmöglichkeiten der Mitarbeiter/innen werden sie zur Reflexion angeregt, somit als Experte/Expertin für den jeweiligen Arbeitsbereich wertgeschätzt und zur Erarbeitung von Änderungsvorschlägen angehalten.

Bei den „Handlungsfeldern“ geht es darum, die relevanten Themen zu erheben. Wie unter den Punkten 3.3.3 und 3.4.2 dargestellt. Für die AEPB müssen die verhältnisorientierten Themen: Aufgabenanforderungen und Tätigkeiten, das Sozial- und Organisationsklima, die Arbeitsumgebung, die Arbeitsabläufe und die Arbeitsorganisation erhoben werden, die zugleich elementar für die BGF sind. Für die BGF benötigt es jedoch auch den verhaltensbezogenen und ressourcenorientierten Ansatz und somit sind Themen wie z.B. Gesundheitseinschätzung, Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit, Präsentismus, Gesundheitsverhalten, Ressourcen und Comittment ebenso zu erheben. Wenn im Rahmen der AEPB sogenannte psychische Gefahren erhoben wurden, dann müssen dementsprechend wissenschaftlich fundierte Maßnahmen umgesetzt werden, um die belastenden Aspekte zu reduzieren oder zu verhindern. In der BGF obliegt es dem Steuerungsgremium, ob, wie und bis wann die vorgeschlagenen gesundheitsförderlichen Maßnahmen zur Umsetzung kommen.

Bei der „Maßnahmenableitung“ gibt es wenig relevante Unterschiede zwischen den Vorgehensweisen. Bei der Bedarfserhebung sowie bei der Ermittlung bedürfnisgerechter Maßnahmen werden jeweils die Mitarbeiter/innen mit einbezogen. Die Ableitung konkreter, umsetzbarer sowie wissenschaftlich fundierter Maßnahmen wird in Zusammenarbeit von internen und externen Experten/Expertinnen vorgenommen. Bezogen auf die Dokumentation der Gefahren sowie der entsprechenden Maßnahmen, die diesbezüglich umgesetzt werden, ist es relevant, dass diese bei der AEPB im Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument festgehalten werden. Dies gewährleistet eine Verbindlichkeit in der Umsetzung. In der BGF ist eine regelmäßige Dokumentation (z.B. Gesundheitsbericht) und Kommunikation an die Belegschaft vorgesehen. Durch die Kombination der beiden Prozesse kann somit eine gewisse Verbindlichkeit in der Maßnahmenumsetzung geschaffen werden, die in der BGF freiwillig erfolgt.

Anschließend folgt bei der AEPB die verpflichtende „Umsetzung der Maßnahmen“. Voraussetzungen für die Umsetzung sind risikoreduzierende, kollektiv sowie nachweislich wirksame Maßnahmen mit arbeitswissenschaftlicher Grundlage (§ 7 ASchG) – in der BGF mit den sogenannten verhältnisorientierten Maßnahmen vergleichbar. Diese werden

sowohl in der BGF sowie in der AEPB realisiert. In der BGF werden bei Bedarf individuelle bzw. verhaltensbezogene gesundheitsförderliche Maßnahmen angeboten. Die Kombination beider Arten von Maßnahmen, hat sich wissenschaftlich als die wirksamste erwiesen (Bräunig et al., 2015).

Durch die „Überprüfung“ wird der Effekt der umgesetzten Maßnahmen kontrolliert. Im Rahmen der BGF erfolgt dies unter Berücksichtigung von zumeist Prozess- und Ergebnisparametern. Bei der AEPB wird erhoben bzw. geprüft, ob die Arbeitsbedingungen sich durch die Umsetzung der Maßnahmen verbessert haben bzw. Gefahren eingedämmt oder verhindert werden konnten (ASchG § 4 (5)).

Die Phase „Anpassen/Weiterführen“ stellt zugleich die Erste dar, wenn es um die Nachhaltigkeit in der BGF geht. Die BGF wird integriert in die Linienorganisation und der BGF-Kreislauf weiter durchlaufen. Die Gesundheit wird bei allen wichtigen Entscheidungen berücksichtigt sowie fixe Strukturen erhalten bleiben z.B. BGF-Leitung, betriebliche/r Gesundheitsmanager/in, Steuerungsgremium. In der AEPB gemäß ASchG wird die kontinuierliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen weiterverfolgt. Bei der AEPB kommt es zur Überprüfungen und gegebenenfalls zu Anpassungen nach z.B. arbeitsbedingten Unfällen, Erkrankungen sowie Zwischenfällen, die auf mögliche arbeitsbedingte psychische Fehlbeanspruchungen hindeuten.

3.5.4 Praxis der kombinierten Umsetzung

In der praktischen Umsetzung von Seiten der Unternehmen ist nach Blattner und Elsigan (2015) die Vorgehensweise wie in Abbildung 18 zu priorisieren.

Abbildung 18: Kombinierte Umsetzung in der Praxis



(Quelle: Blattner & Elsigan, 2015, S. 16-17)

Abbildung 18 fügt zusammen, was in dieser Arbeit bisher theoretisch erläutert wurde. Das gemeinsame Ziel der beiden Themen ist die „gesündere Gestaltung der Arbeit und dass die dafür benötigten Ressourcen ökonomisch sinnvoll eingesetzt werden“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 18). Beide Prozesse wurden in den Kapiteln 3.3.3 und 3.4.2 ausführlich dargestellt sowie Synergien und Abgrenzungen in Punkt 3.5.3. Im Folgenden werden die kombinierten Umsetzungsschritte prägnant erläutert.

Der erste Schritt in der kombinierten Umsetzung bezieht sich auf „Beteiligte festlegen, Zuständigkeiten klären“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 18). Die Unternehmensleitung ist für

die Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer/innen hauptverantwortlich. Der Auftrag zur Umsetzung entsprechender Interventionen erfolgt durch sie. Einzubeziehen sind – wenn verfügbar – Sicherheitsvertrauenspersonen sowie die Vertretung von Arbeitnehmer/innen wie dem Betriebsrat (Arbeiter- und Angestelltenbetriebsrat). Inhaltlich Aspekte werden durch Arbeitsmediziner/innen und Sicherheitsfachkräfte eingebracht. Zudem können sinnvollerweise sonstige Fachkräfte hinzugezogen werden wie z.B. Arbeitspsychologinnen und Arbeitspsychologen (Blattner & Elsigan, 2015).

Wenn die AEPB mit der BGF kombiniert wird, dann ist im Besonderen darauf zu achten, dass die Beteiligten – interne sowie externe Personen – Erfahrungen in einer interdisziplinären Zusammenarbeit mitbringen oder zumindest an einem fachlichen Austausch interessiert sind.

Unabhängig von einer kombinierten Umsetzung der AEPB und der BGF ist eine „Ankopplung an die laufende betriebliche Gesundheits- und Sicherheitsarbeit wegen der vielfältigen inhaltlichen Zusammenhänge gut möglich und ratsam“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 19). Bei entsprechend großen Betrieben kann das der, vom ASchG vorgesehene Arbeitsschutzausschuss sein. Dadurch kann ein nachhaltiges Vorgehen am ehesten gesichert werden. Wenn die Prozesse gleich zu Beginn miteinander geplant und an bereits vorhandene Strukturen gekoppelt werden können, dann kann dies Kosten und Zeit sparen. Verantwortlichkeiten für die Prozesse müssen definiert werden und auch „wo diese organisatorisch eingegliedert sind und wer mitarbeitet“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 19).

Im ersten Umsetzungsschritt ist abzustimmen, ob eine externe Unterstützung durch Experten/Expertinnen im Sinne einer Prozessbegleitung – bzw. Umsetzung von Befragungen und/oder Moderationen von Workshops – in Anspruch genommen wird. Zumeist ist dies bei neu beginnenden Projekten erstrebenswert. Die Gesundheit ist eine sensible Angelegenheit. Dass das Thema von Seiten des Unternehmens ernst genommen wird, kann durch das Heranziehen einer externen Begleitung bestärkt werden. Arbeitspsychologinnen und Arbeitspsychologen sowie BGF-Experten und BGF-Expertinnen kommen dafür in Frage. Optional hat die externe Prozessunterstützung bereits Erfahrungen in der BGF sowie in der Realisierung der AEPB und der Moderation entsprechender Diskussionsgruppen. Wird die AEPB ergänzend zur allgemeinen Arbeitsplatzevaluierung durchgeführt, dann können 25% der Präventionszeit – Arbeitszeit von Präventivfachkräften (Arbeitsmedizin, Sicherheitsfachkräfte) – für die Umsetzung der AEPB verwendet werden.

Im zweiten Schritt der kombinierten Umsetzung wird das Konzept erstellt. Angepasst an die Besonderheiten des jeweiligen Unternehmens, muss in diesem Konzept die BGF ebenso berücksichtigt werden wie die AEPB. Wie in Punkt 3.5.3 bereits erläutert, sind die Synergien und vor allem auch die Abgrenzungen der beiden Themen in der Konzeptualisierungsphase zu berücksichtigen. Vor allem ein guter Zeitplan kann für die kombinierte Durchführung hilfreich sein bzw. letztlich Ressourcen sparen (Blattner & Elsigan, 2015).

Abbildung 19: Grobkonzeptplanung

Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen	BGF
Evaluierungsteam, evtl. verantwortliche/r Beauftragte/r	Aufbau der Projektstruktur
Festlegen der Arbeitsvorgänge und/oder Tätigkeitsbereiche (Teilnehmende je nach Tätigkeitsbereich, Standort, Größe des Betriebs)	Zielgruppe auswählen (z.B. Gesamtbetrieb, einzelne Standorte, besondere Zielgruppen)
Schutzziele	Ziele
Auswahl von Messverfahren zur Ermittlung und Beurteilung von Gefahren	Auswahl von Messverfahren zur IST-Analyse
Maßnahmen festlegen	Partizipative Maßnahmenableitung (z.B. Workshops) und -planung
Planung der Maßnahmenumsetzung	Planung der Maßnahmenumsetzung
Wirkungskontrolle	Prozess-, Struktur- und Ergebnisevaluation (Wirkungskontrolle)
Planung der MitarbeiterInneninformation	Planung der MitarbeiterInneninformation
Zeitlicher Ablaufplan	Zeitlicher Ablaufplan

► Bereits beim Aufbau der Verantwortlichkeiten und Strukturen im Rahmen der Konzepterstellung können Synergien genutzt werden. Der Aufbau eines gemeinsamen internen Netzwerkes zur Umsetzung beider Prozesse kann Ressourcen schonen.

(Quelle: Blattner & Elsigan, 2015, S. 21)

In Abbildung 19 ist ein Beispiel einer groben Konzeptplanung dargestellt. Elementar ist, dass alle Schritte in der Konzeptplanung Berücksichtigung finden und der konkrete Ablauf jeweils auf das Unternehmen zugeschnitten wird.

Die Ausgangssituation wird nun erhoben. Um bedarfsgerechte und arbeitswissenschaftlich fundierte Maßnahmen umsetzen zu können, benötigt es eine Erhebung der Ausgangsbasis – in der BGF als Ist-Standerhebung bezeichnet und in der

AEPB zumeist mit „Ermitteln und Beurteilen“ tituiert (Blattner & Elsigan, 2015, S. 22). Dafür wird einerseits auf bereits im Unternehmen bestehende Routinedaten z.B. Krankenstandsdaten, Arbeitsunfalldaten, Fluktuationsdaten, offene Urlaube oder Zeitausgleichstunden, das Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument zurückgegriffen. Es können auch entsprechende Instrumente z.B. Befragung, Workshop mit Mitarbeiter/innen herangezogen werden. „An Messverfahren werden jeweils ähnliche Qualitätsansprüche gestellt. Unterschiede sind in erster Linie bei den Inhalten der Messverfahren festzustellen“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 22). Bei der Verwendung von Daten mit einem Bezug zu Personen z.B. Krankenstandsdaten, Mitarbeiter/innenbefragungen ist jeweils zu beachten, dass der Datenschutz und die Anonymität zu gewährleisten sind. Demnach wird auch das Einholen von Betriebsvereinbarungen bzw. eine offizielle Zusage des Einsatzes der Werkzeuge durch den Betriebsrat empfohlen. Für den Einsatz entsprechender Instrumente bestehen bestimmte Voraussetzungen, die für die AEPB unter Punkt 3.3.3 und für die BGF unter Punkt 3.4.2 erläutert sind. Personenbezogene Daten – z.B. demographische Datenerhebung im Rahmen einer Mitarbeiter/innenbefragung – sind nur für die BGF relevant, wobei für die AEPB tätigkeitsbezogene Auswertungen notwendig sind.

Bei schriftlichen Erhebungen ist zu beachten, dass für die Mitarbeiter/innen klar erkennlich ist, welcher Teil der Befragung zur gesetzlich verpflichtenden AEPB gehört und welcher die freiwillige BGF abdeckt. Bei der Durchführung von kombinierten Workshops ist ebenso darauf Rücksicht zu nehmen, dass die Mitarbeiter/innen gut darüber informiert werden, dass sich der 1. Teil z.B. mit der Erhebung der Belastungen im Rahmen der AEPB befasst und im 2. Teil die spezifischen Gesundheitsthemen der BGF bearbeitet werden (Blattner & Elsigan, 2015).

Es erfolgt die Vereinbarung von Maßnahmen. „Sowohl bei der BGF als auch der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen geht es darum geeignete Maßnahmen zu treffen, um Gefahren entgegenzuwirken und im Falle der BGF Ressourcen auf- bzw. auszubauen oder zu erhalten“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 27). Im Rahmen der AEPB wird ein kollektiv wirksamer Maßnahmenkatalog nach Tätigkeitsbereichen, zusammengefassten Tätigkeitsbereichen oder für den einzelnen Arbeitsplatz erstellt. „Die Maßnahmen müssen an der Quelle der Gefahr(en) ansetzen, die festgestellten Gefahren nachweislich ausschalten oder reduzieren und mit einem Termin und Verantwortlichen hinterlegt und dokumentiert sein“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 27).

Im Sinne der BGF wird ein möglichst ausgewogenes Gleichgewicht zwischen verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen umgesetzt. Es wird ein ganzheitliches

Maßnahmenpaket geschnürt aus dem ebenso Verantwortliche, Zeitschienen und der Status Quo der Umsetzung zu entnehmen sind. „Dabei sollte auch der Aspekt der Arbeits- und Organisationsgestaltung Berücksichtigung finden“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 27).

Im letzten Schritt des kombinierten Prozesses wird die Umsetzung von Maßnahmen geprüft – Wirksamkeitskontrolle – und die Evaluation – Ergebnis- und optional Prozessevaluation – durchgeführt. Die zu Beginn des BGF-Projektes definierten Ziele werden im Rahmen der Ergebnisevaluation begutachtet, ob die gesetzten Maßnahmen zur „Vision „Gesunde Mitarbeiter/innen in gesunden Organisationen“ im positiven Sinne beigetragen haben“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 29). Dies erfolgt meist durch den wiederholten Einsatz der Mitarbeiter/innenbefragung, die für die Erstbefragung verwendet wurde. Anschließend wird das BGF-Projekt abgeschlossen und das Thema in vorhandene betriebliche Managementstrukturen oder als BGM fix integriert. Es soll gewährleistet sein, dass der BGF-Zyklus regelmäßig durchlaufen wird, wie in Punkt 3.4.2 dargestellt.

Für die AEPB erfolgt eine Wirksamkeitskontrolle der beschlossenen und umgesetzten Maßnahmen. Dies kann mittels erneutem Einsatz desselben schriftlichen Befragungsinstrumentes – wie bei der Ist-Erhebung – erfolgen oder durch Begehungen z.B. der Arbeitsmedizin, der Arbeitspsychologie, den Präventivfachkräften, durch eine Kurzbefragung der Mitarbeiter/innen und des Führungspersonals zur Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen oder durch entsprechende Workshops (Beck, Morschhäuser & Richter, 2014, zitiert nach Blattner & Elsigan, 2015, S. 29). „Die Evaluation auf Maßnahmenebene kann für beide Prozesse gemeinsam durchgeführt werden“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 29).

3.5.5 Weitere Vorteile durch eine kombinierte Umsetzung

Im Leitfaden von Blattner und Elsigan (2015) wird neben den angeführten Punkten von weiteren Vorteilen gesprochen, die sich ergeben, wenn man die Umsetzung der AEPB mit der BGF verknüpft. Die Planung der Umsetzung des kombinierten Prozesses bedarf eines detaillierten Vorgehens und einer angemessenen Vorlaufzeit. Im weiteren Verlauf können jedoch Synergien genutzt werden und die Umsetzung kann ressourcenschonend erfolgen. Wie bereits in den entsprechenden Kapiteln zur AEPB und der BGF wird von dem partizipativen Vorgehen bei der Bedarfserhebung sowie der Entwicklung von Maßnahmenvorschlägen gesprochen. Bei der kombinierten Umsetzung können diese Workshops gemeinsam erfolgen.

Der Stellenwert der Gesundheit kann durch eine kombinierte Umsetzung und vor allem durch den gesetzlich verpflichtenden ArbeitnehmerInnenschutz – im Speziellen der AEPB – mit der freiwilligen Durchführung der BGF aufgewertet werden. Das Unternehmen geht nicht nur den gesetzlichen Verpflichtungen nach, sondern erfüllt darüber hinaus die freiwillige Leistung der BGF. Dies kann als internes sowie externes Marketing genutzt werden, wenn die Umsetzung gut geplant, für die Belegschaft wahrnehmbar ist und Veränderungen zu merken sind bzw. eine regelmäßige Kommunikation darüber erfolgt.

Für die Umsetzung eines BGF-Projektes gibt es Fördermöglichkeiten, einerseits durch den FGÖ und andererseits durch BGF-Regionalstellen des ÖNBGF, die vorwiegend bei den Gebietskrankenkassen angesiedelt sind. Eine Ausnahme stellt Vorarlberg dar, hier ist der Fonds Gesunde Betriebe Vorarlberg für die BGF zuständig. Außerdem gibt es BGF-Servicestellen – die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau sowie die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter–, die ebenso Unterstützungen in der BGF-Beratung sowie finanzielle Leistungen oder spezielle BGF-Angebote anbieten. Für die verpflichtende AEPB gibt es keine Fördermöglichkeiten. Der Betrieb kann durch die kombinierte Umsetzung somit gewisse Hilfsmittel lukrieren und die Qualität in der Umsetzung steigern (Blattner & Elsigan, 2015).

Für die Implementierung eines umfassenden BGM kann es sinnvoll sein, dass bereits die Durchführung der AEPB mit der BGF kombiniert wird. Es können Verantwortlichkeiten sowie Entscheidungsgremien synergetisch genutzt werden, zur Thematik sensibilisiert und eine „solide Basis für die zukünftige gemeinsame Zusammenarbeit im Regelbetrieb“ (Blattner & Elsigan, 2015, S. 15) geschaffen werden.

3.6 Ergebnisse der Befragungen

Die Ergebnisse der Online-Kurzumfrage und der Interviews werden getrennt dargestellt. Die abschließende Diskussion erfolgt unter Punkt 4.

3.6.1 Ergebnisse der Kurzumfrage

Für die erhobenen Daten der Online-Kurzumfrage wurde ein Code Plan erstellt und die Auswertungen mittels Excel vorgenommen. Die Frage, ob die AEPB mit der BGF in Kombination umgesetzt wird, hat je nach Antwort zu den Fragen zum Nutzen der synergetischen Umsetzung bzw. dahin geführt, aus welchen Gründen die Prozesse nicht

miteinander verknüpft wurden. Bis auf den Namen des Unternehmens und die Angaben zum Nutzen oder Nicht-Nutzen einer kombinierten Umsetzung waren die Felder verpflichtend aus zu füllen.

Im Folgenden wird die deskriptive Darstellung der Befragungsteilnehmer/innen vorgenommen.

Bei 163 befragten BGF/BGM-Kooperationsbetrieben in der Steiermark haben 38 an der Befragung teilgenommen, das entspricht einer Rücklaufquote von 23,31%.

Tabelle 4: Unternehmensgröße der Befragungsteilnehmer/innen

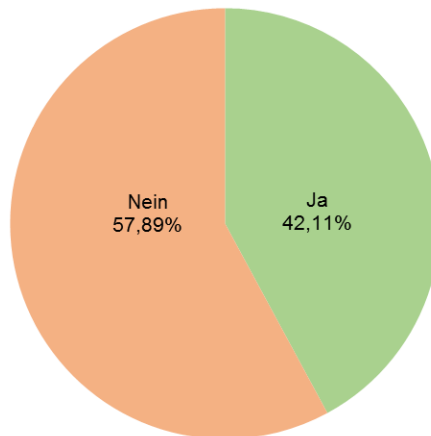
Unternehmensgröße	Beschäftigte	Anzahl Betriebe mit STGKK BGF/BGM-Kooperation	Prozentanteil der Betriebe mit STGKK BGF/BGM-Kooperation
Kleinstunternehmen	bis 9	2	5,26%
Kleinunternehmen	10 bis 49	11	28,95%
Mittlere Unternehmen	50 bis 249	12	31,58%
Großunternehmen	ab 250	13	34,21%
		Gesamt: 38	Gesamt: 100%

Aus Tabelle 4 kann entnommen werden, dass grundsätzlich Betriebe von jeder Unternehmensgröße an der Kurzumfrage teilgenommen haben, darunter 11 Klein-, 12 Mittlere und 13 Großunternehmen. Im Vergleich zur Gesamtpopulation (siehe Tabelle 1) sind die Kleinstunternehmen mit $n=2$ unterrepräsentiert, die Verteilung der anderen Unternehmensgrößen sind durch die Befragungsteilnehmer/innen ($n=38$) verhältnismäßig gut repräsentiert.

Die partizipierenden Unternehmen, die auf Freiwilligkeit basierend ihren Namen angegeben haben, sind aus Teil I des Anhangs zu entnehmen.

Die Beantwortung der Frage, ob es im Unternehmen bereits ein Wiedereingliederungsmanagement gibt inkl. folgender Erklärung: „Das ist ein strukturiertes Verfahren zur Wiedereingliederung von Mitarbeiter/innen (MA), die zumeist nach einem Langzeitkrankenstand in das Unternehmen zurückkehren und ihren Bedürfnissen entsprechend ins Arbeitsleben wieder integriert werden sollen“, ist in der nachfolgenden Abbildung 20 dargestellt.

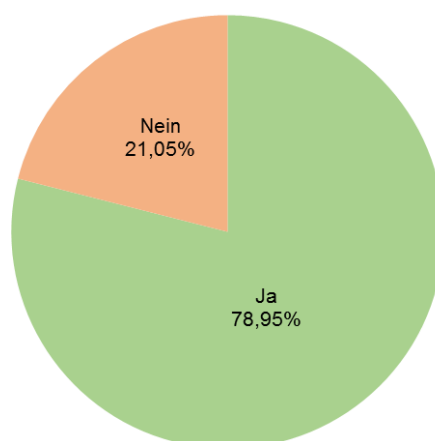
Abbildung 20: Wiedereingliederungsmanagement im Unternehmen (n=38)



Von den 38 Befragungsteilnehmer/innen gaben 57,89% (n=22) an, kein Wiedereingliederungsmanagement im Unternehmen zu haben und 42,11% (n=16) bejahten diese Frage.

Ausgehend von dem Verständnis, dass eine moderne betriebliche Gesundheitspolitik die drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und Wiedereingliederungsmanagement umfasst, wurde die Frage nach der Realisierung im Unternehmen gestellt und die Antworten in Abbildung 21 beschrieben.

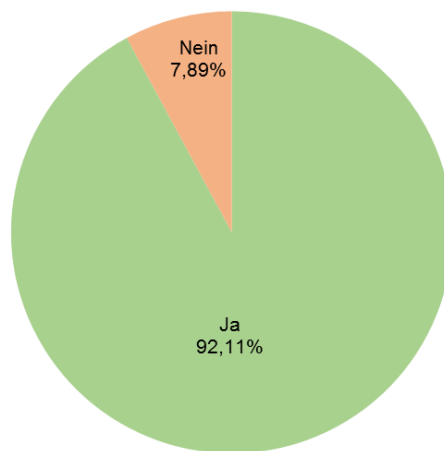
Abbildung 21: Moderne Gesundheitspolitik im Unternehmen (n=38)



Wie aus Abbildung 21 zu entnehmen ist, haben 78,95% (n=30) mit Ja geantwortet und 21,05% (n=8) die Frage der umfassenden Umsetzung des BGM verneint. Dies stellt einen Widerspruch zur Beantwortung der Frage zum Wiedereingliederungsmanagement dar. Nur auf dieses Thema bezogen, geben lediglich 42,11% der Befragten an, Wiedereingliederungsmanagement zu haben.

Die Beantwortung der Frage, ob die Umsetzung der AEPB mit BGF in Kombination erfolgt, ist aus Abbildung 22 zu entnehmen.

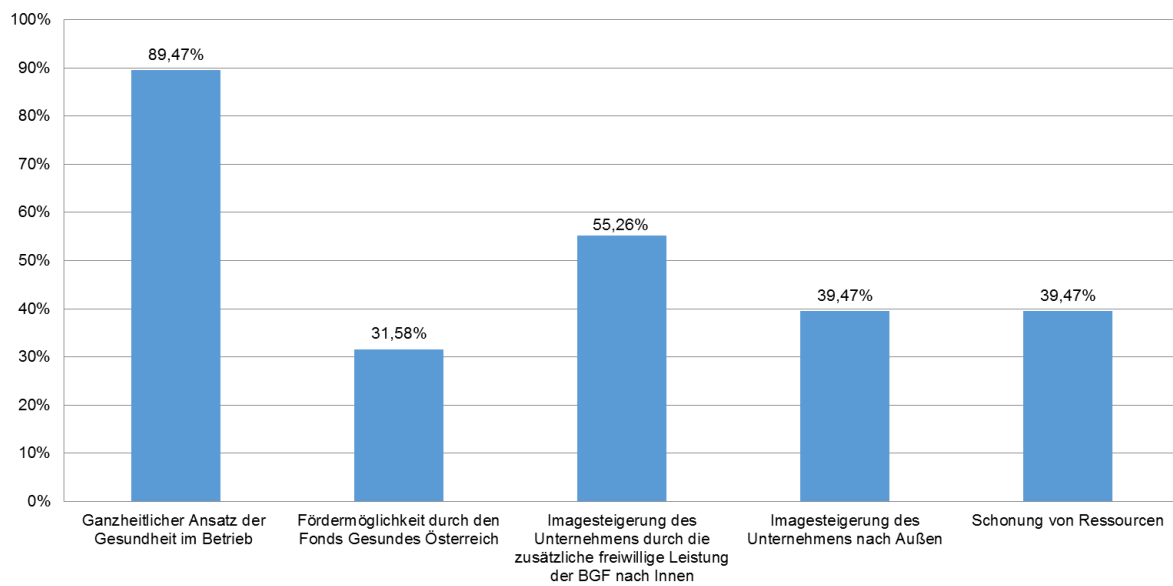
Abbildung 22: Anteil Befragungsteilnehmer/innen mit kombinierter Umsetzung (n=38)



Von 38 Befragungsteilnehmer/innen geben 92,11% (n=35) an, dass sie die Umsetzung der gesetzlich verpflichtenden AEPB mit der BGF in irgendeiner Form in Kombination realisieren. 7,89% (n=3) verneinen die Verknüpfung der beiden Prozesse.

Die Antworten zum Nutzen der kombinierten Umsetzung aus Sicht der BGF/BGM-umsetzungsverantwortlichen Mitarbeiter/innen sind in Abbildung 23 dargestellt.

Abbildung 23: Nutzen der kombinierten Umsetzung (n=38)



Wie aus Abbildung 23 ersichtlich ist, sehen die meisten Befragungsteilnehmer/innen den größten Nutzen in der kombinierten Umsetzung im „Ganzheitlichen Ansatz der Gesundheit im Betrieb“ (89,47%, n=34), gefolgt von der „Imagesteigerung des Unternehmens durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF nach Innen“ (55,26%, n=21). Gleichauf liegen die „Imagesteigerung des Unternehmens nach Außen“ und die „Schonung der Ressourcen“ (je 39,47%, n=15). Die Förderungsmöglichkeit eines BGF-Projektes durch den FGÖ ist für 31,58% (n=12) Befragungsteilnehmer/innen ein guter Grund, um die Umsetzung kombiniert zu verfolgen.

In Tabelle 5, Tabelle 6 und Tabelle 7 sind die Beantwortungen des angegebenen „Nutzens“ bzw. des „Nicht-Nutzens“ der kombinierten Umsetzung der AEPB mit der BGF wiedergegeben.

Tabelle 5: Zusätzliche Anmerkungen zum „Nutzen“ der Kombination

Zusätzliche Anmerkungen die zum Nutzen der kombinierten Umsetzung angegeben wurden (wörtlich übernommen):

- Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Wiedereingliederungsmanagement? Wird gerade erarbeitet
- Bei uns im Unternehmen wird schon lange Jahre BGF gelebt. Wir machen regelmäßig Evaluierungen, bei psychischer Belastung liegen wir bei NULL. Wir finden BGF am Arbeitsplatz ist einfach enorm wichtig für Mitarbeiter/innen, das spiegelt sich bei unserer Qualitätskennziffer (98,50 oder 99 %) wieder. Und somit stimmt die Auftragslage und Arbeitsplätze sind gesichert.

Tabelle 6: Beweggründe die Synergien nicht zu nutzen

Zwei der drei Unternehmen, die angegeben haben die AEPB und die BGF nicht miteinander zu verknüpfen haben folgende Beweggründe dafür angegeben:
<ul style="list-style-type: none">• Es hat für unser Unternehmen keinen Mehrwert, wenn die Synergien genutzt werden• Die Vorabplanung der synergetischen Durchführung erscheint zu aufwendig

Tabelle 7: Zusätzliche Anmerkungen zum „Nicht-Nutzen“ der Kombination

Zusätzliche Anmerkungen, die argumentieren, warum eine kombinierte Umsetzung nicht von Nutzen ist (wörtlich übernommen):
<ul style="list-style-type: none">• Wir verbinden Arbeitsplatzevaluierung und Evaluierung psychischer Belastungen• Psychische Evaluierung wurde bereits umgesetzt

3.6.2 Ergebnisse der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte zu den vorgegebenen Antwortmöglichkeiten auf die geschlossenen Fragen, in deskriptiver Form. Die Beantwortungen der qualitativen Fragen wurden transkribiert – in Anlehnung an die Regeln der Transkription qualitativer Interviews vom Institut für Volkskunde und Kulturanthropologie.

Namen der Unternehmen, die sich dafür bereit erklärten am Interview teilzunehmen werden angeführt. In weiterer Folge kommt es zu einer Gesamtauswertung, um die Anonymität zu wahren. Die qualitative Inhaltsanalyse ist angelehnt an Mayring (2003).

Tabelle 8: Unternehmensgröße, Branche und Namen der Interviewpartner/innen

Betriebsgröße Anzahl der Beschäftigten	Interviewte Betriebe	Branche
Kleinunternehmen 36	ACP Business Solution (Standorte Seiersberg, Wienerneustadt und Traun)	Information und Kommunikation
Mittleres Unternehmen 152	ISOP Forum für gesellschaftspolitische Alternativen	Erziehung und Unterricht aber auch Gesundheits- und Sozialwesen
Großunternehmen 635	Ein Standort mit drei Firmen: IBIDEN Porzellanfabrik Frauenthal GmbH PPC Insulators Austria GmbH Ceran Liegenschaftsverwaltung GmbH	Herstellung von Waren

Die Einbeziehung von Betriebsräten bzw. der Präventivdienste in die Umsetzung zu gesundheitsrelevanten Themen, wie der BGF und der AEPB in einem Unternehmen ist elementar. Die Antworten zu diesen Fragen werden in Tabelle 9 und Tabelle 10 zusammengefasst.

Tabelle 9: Frage 5: Betriebsräte und Einbindung in die kombinierte Umsetzung?

Gibt es in Ihrem Unternehmen einen Betriebsrat, der in Themen zur Gesundheit und Sicherheit involviert ist?
Zwei der drei Firmen geben an einen Betriebsrat bzw. Betriebsräte für Arbeiter/innen und Angestellte zu haben, eine Firma gibt an, dass es im Unternehmen keinen Betriebsrat gibt. Bei Vorhandensein der Betriebsräte, sind diese jeweils in die Strukturen der BGF bzw. der kombinierten Umsetzung integriert.

Tabelle 10: Frage 6: Präventivdienste im Unternehmen?

Gibt es in Ihrem Unternehmen Präventivdienste (Arbeitsmedizin, Sicherheitsfachkraft und sonstige Fachleute z.B. <u>Arbeitspsychologie</u>)?
Zwei Unternehmen beziehen die Leistungen der Präventivdienste durch die AUVA sicher. Eine Organisation hat dafür firmeninternes Personal. Keine Firma gibt an, dass im Unternehmen sonstige Fachleute wie z.B. Arbeitspsychologie vorhanden sind.

Die Frage nach dem Vorhandensein eines Wiedereingliederungsmanagements wird gestellt, weil es ein grundlegender Bestandteil bzw. eine der drei Säulen eines modernen BGM ist.

Tabelle 11: Frage 7: Wiedereingliederungsmanagement im Unternehmen?

<p>Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Wiedereingliederungsmanagement? Erklärung: Das ist ein strukturiertes Verfahren zur Wiedereingliederung von MA, die zumeist nach einem Langzeitkrankenstand in das Unternehmen zurückkehren und ihren Bedürfnissen entsprechend ins Arbeitsleben wieder integriert werden sollen.</p>
<p>Keine der drei interviewten Firmen gibt an, dass sie ein Wiedereingliederungsmanagement, in dem Sinne haben, dass es einen dafür definierten Prozess gibt. Auf Nachfragen geben jedoch alle drei Unternehmen an, dass Mitarbeiter/innen, die von Langzeitkrankenständen wieder in das Unternehmen zurückkommen, darin unterstützt werden, dass sie weiterhin im Betrieb arbeiten können und wenn möglich ein geeigneter Arbeitsplatz gefunden wird, der den Bedürfnissen der Beschäftigten entspricht.</p>

Bezogen auf die Fragen zur kombinierten Umsetzung der AEPB mit der BGF – die Beantwortungen sind nachfolgend abgebildet – gaben die Firmen, die interviewt wurden teilweise ähnliche, aber dennoch unterschiedliche Beweggründe an. In Tabelle 11 sind die angeführten Themen abgebildet. Mehrfachnennungen werden entsprechend vermerkt und in zweimalige Nennung (2x) und dreimalige Nennung (3x) unterteilt. Eine einmalige Nennung wird nicht als solche separat angegeben. Dies gilt ebenso für die weitere thematische Darstellung der Interviewergebnisse.

Tabelle 12: Frage 8: Beweggründe für die kombinierte Umsetzung?

Nennen Sie die Beweggründe Ihres Betriebes, die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen in Kombination mit der BGF umzusetzen.
<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Beschwerden bei den Mitarbeiter/innen durch sitzende Tätigkeiten z.B. viel im Auto unterwegs zu sein. Wenn da Bedarf besteht soll etwas für die MA getan werden. • Dass sich die MA am Standort wohlfühlen. • Dass man schaut, dass man die work-life-balance in den Griff bekommt. • Dass man auch auf die Wechselschichten eingeht. • Schauen auf die gesundheitlichen Anliegen der Mitarbeiter/innen. Ein gesunder MA ist ein zufriedener guter MA und das ist sicher der Haupthintergrund warum die Umsetzung gestartet wurde. • Besser es wird präventiv gearbeitet damit die MA gar nicht krank werden. • Zweiter großer Block: Psychische Belastungen. • Projektarbeit, d.h. hohe Spitzen in der Arbeit. Es herrscht Stress, Druck (Termindruck). • Krankenstände sind in jeder Firma ein Thema. Die Daten werden als Kontrollinstrument verwendet. Es wird beobachtet, wie sich eine Veränderung über den Projektzeitraum ergibt. • Verbesserung des Organisationsklimas aufgrund der Thematik mehrerer Standorte. Die meiste Information ist am Hauptstandort sowie die meiste Zusammenarbeit. Übergeordnete Informationen und die Zusammenarbeit zwischen den Standorten soll verbessert werden. • Die Aufgabenanforderung nimmt bei den MA zu. Das lösungsorientierte Denken in der Arbeit wird wichtiger. Es besteht die Notwendigkeit mehr Serviceleistungen an zu bieten und nicht nur das Verkaufen. Das ist eine spannende neue Herausforderung für MA, aber dahingehend ist es notwendig Kompetenzen aus- bzw. auf zu bauen. • Arbeitgeber-Attraktivität in Richtung Employer Branding. • Arbeitgeber Attraktivität für bestehende MA. Wenn sie sich wohlfühlen, tragen sie es nach Außen und das Unternehmen ist für neue MA interessanter. • Änderung des Gesundheitsbewusstseins und des Gesundheitshandelns bei den MA z.B. zum Thema Ernährung. • Um Synergien zu nutzen. Die Erhebung der psychischen Belastungen beginnt mit einer Ist-Standerhebung zu Beginn. Es läuft sehr ähnlich wie der BGF-Kreislauf ab, beginnend mit einer Befragung. Eine Trennung würde wenig Sinn machen. • Die Ist-Erhebung erfolgte mittels Fragebogen. Die Vorgabe erfolgte zur gleichen Zeit, jedoch mit zwei getrennten Fragebögen. (2x) • Zwei Befragungen zu überschneidenden Themen zeitlich hintereinander vorzugeben, würde bei den MA nicht gut ankommen. • BGF im Unternehmen einzuführen war bereits vorab angedacht. (2x) Dann ist die gesetzliche Änderung gekommen und dann wurden die Synergien genutzt, da gewinnen alle daran. • MA-Befragungen müssen im Zuge eines Qualitätsmanagements (QM) etc. sowieso gemacht werden. • Die FGÖ-Förderung für die BGF hat es erleichtert, das Thema umsetzen zu

können.

- Für die Kunden/Kundinnen gab es bereits ein Projekt in Richtung Gesundheitsförderung. Das Thema zur Umsetzung von BGF ist dann über den Betriebsrat gekommen – die Frage, warum macht man das eigentlich nicht auch für die MA?
- Zwei Mitarbeiter/innen absolvierten einen Kurs zum Thema BGF bzw. BGM.
- Es wurde beschlossen, dass BGF über eine externe Firma umgesetzt werden soll.
- Es wurde beschlossen die gesetzliche Verpflichtung der AEPB mit einer externen Expertise zu realisieren.
- Für die Umsetzung gibt es mehr Nachdruck, wenn außenstehende Personen mit den MA arbeiten, als wenn alles firmenintern gemacht wird.
- Es ist ein gemeinsames Projekt gewesen.

Maßnahmenbeispiele, die im Rahmen der Beantwortung dieses Punktes angegeben wurden:

- Bestellung neuer Sessel.
- Mobile Physiotherapie (einmal in der Woche oder einmal im Monat).
- Maßnahmen im Sinn von Seminarangeboten für Stressabbau für Kommunikationstraining, für Streitgespräche bzw. Konfliktgespräche.
- Prozessthemen, wie kann man besser die Arbeiten verteilen bzw. delegieren.
- Sensibilisierung zum Thema Ernährung.
- Sozialküchen wurden ausgebaut und mit Smoothie Makern ausgestattet. Es gibt frisches Obst, mehr als früher.
- Aktion Mitarbeiter kochen für Mitarbeiter. D.h. alle zwei bis drei Wochen kochen ein paar Leute für die anderen. Ein paar Quick Wins wurden schon im Vorfeld realisiert, dass die MA das Gefühl haben, es wird auch endlich was getan, es bewegt sich etwas.

Die Angaben der Interviewpartner/innen sind vielfältig gelagert und reichen vom Thema Prävention, also „Förderung ist besser als Heilung“ bis hin zur Nutzung von Synergien in einem kombinierten Prozess sowie Employer Branding. Die Senkung von Krankenständen wird ebenso angegeben, wie Verhältnisse im Unternehmen bzw. tätigkeitsspezifische Aspekte z.B. sitzende Tätigkeiten, Schichtarbeit und die Sensibilisierung von Mitarbeiter/innen zu verhaltensbezogenen Themen z.B. Ernährung. Zusammengefasst kann angegeben werden, dass die Gründe für die kombinierte Umsetzung eher von der Struktur des Unternehmens abhängen und von unterschiedlich gelagerten Interessen, die verfolgt werden.

Tabelle 13: Frage 9: Bereich bzw. Funktion der Verantwortlichen im Betrieb?

<p>Aus welcher grundsätzlichen Funktion oder aus welchem grundsätzlichen Bereich kommt die hauptverantwortliche Mitarbeiterin/der Mitarbeiter Ihres Unternehmens, die/der für die kombinierte Umsetzung zuständig ist (muss nicht zugleich der/die Umsetzer/in sein)? (NUR eine Nennung möglich)</p>
<p>Ein Unternehmen gibt an, dass die Person im Unternehmen, die für die BGF bzw. die kombinierte Umsetzung zuständig ist, aus dem Bereich Marketing und Vertriebsinnendienst kommt. Die beiden anderen Firmen führen an, dass das Thema im Bereich Personalmanagement angesiedelt, aber auch eng mit dem Qualitätsmanagement (QM) verknüpft ist. Davon ist bei einer Firma die BGF sowie die kombinierte Umsetzung mit der AEPB im Personalmanagement angesiedelt, die Thematik des ArbeitnehmerInnenschutzes grundsätzlich jedoch im Bereich Umwelt und Sicherheit.</p> <p><u>Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:</u></p> <p>Die Thematik der kombinierten Umsetzung im Bereich des Personalmanagements anzusiedeln war eine logische Entwicklung, weil auch die innerbetriebliche Weiterbildungsschiene und das QM dort zusammenlaufen. Es ist sinnvoll ein solches Thema hier anzudocken, da ebenso die jährliche Überprüfung der Arbeitsplätze über den Bereich des Personalmanagements koordiniert wird.</p>

Tabelle 14: Frage 11: Ausgangslage der Projektplanung?

<p>Von welcher Ausgangslage wurde die kombinierte Umsetzung geplant? (NUR eine Nennung möglich)</p>
<p>Alle drei interviewten Unternehmen geben an, dass die Umsetzung der AEPB gemeinsam mit der BGF in einem kombinierten Prozess geplant wurde.</p> <p><u>Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:</u></p> <p>Bei der BGM-Ausbildung wurde darüber informiert, dass der Prozess der BGF mit der AEPB kombiniert werden kann. Dann wurde die Projektplanung entsprechend vorgenommen. Zweck war es, die Ressourcen zu bündeln und zu schonen, indem der Prozess kombiniert aufgesetzt wurde und Synergien genutzt werden konnten. Die Fördermöglichkeit des BGF-Projektes durch den FGÖ war ein mit ein Grund, warum die synergetische Umsetzung geplant wurde. Es stellt eine gute Möglichkeit dar, den MA etwas Gutes zu tun.</p>

Tabelle 15: Frage 13: Unterstützung bei der Planung der Umsetzung?

<p>Wer hat Ihr Unternehmen bei der Planung des kombinierten Prozesses unterstützt? (Mehrfachangaben möglich inkl. zusätzlicher Anmerkungen)</p>
<p>Alle drei Firmen gaben an, dass eine externe Prozessbegleitung, jeweils durch Arbeitspsychologinnen oder Arbeitspsychologen damit beauftragt wurden, das Projekt, gemeinsam mit dem Unternehmen – im Austausch mit der Steuerungsgruppe – zu planen.</p>

Keines der drei Unternehmen gab zum Zeitpunkt des Interviews an, den Leitfaden Psychische Gesundheit zur kombinierten Umsetzung der beiden Prozesse (Blattner & Elsigan, 2015) gekannt bzw. ihn als Grundlage zur Planung der Umsetzung herangezogen zu haben.

Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:

- Durch das Hinzuziehen von externer Expertise durch Arbeitspsychologinnen/Arbeitspsychologen wurden z.B. Voraussetzungen für die Förderbarkeit des BGF-Teils im Projekt geklärt.
- Durch die externe Expertise wurden Unterschiede und Zusammenhänge zwischen der AEPB und der BGF definiert.
- Es wurden andere Informationsmaterialien herangezogen bzw. die Arbeitsmedizin hinzugezogen, um mehr über die AEPB zu erfahren.

Tabelle 16: Frage 14: Umsetzer/innen des kombinierten Prozesses?

Wer setzt(e) den kombinierten Prozess für Ihr Unternehmen um? (z.B.: BGF-Expertin/Experte, Arbeitspsychologin/Arbeitspsychologe, Arbeitsmediziner/in, Sicherheitsfachkraft, AUVA) <i>(Mehrfachangaben möglich inkl. zusätzlicher Anmerkungen)</i>
<p>Bei allen drei Firmen kam ein Fragebogen zur Ist-Standerhebung zum Einsatz, der die BGF sowie die AEPB abdeckte und den gesetzlichen Vorgaben entsprach. Dies erfolgte jeweils über ein externes Unternehmen bzw. die externe Prozessbegleitung. Dass im Rahmen der BGF Zusatzfragen zur Erhebung hinzugefügt wurden, die von Seiten der Geschäftsleitung bzw. in der Steuerungsgruppe abgeklärt und genehmigt wurden, gaben zwei Unternehmen an. Ein Betrieb führte zudem an, dass diese Befragung in die firmeninterne Befragung – im Rahmen des QM – integriert wurde. Die, für die MA nachvollziehbare Trennung der beiden Teile BGF und AEPB, wurden jeweils vorgenommen. Die Auswertungen erfolgten immer extern.</p> <p>In einem Betrieb wurden zwei MA zu Gesundheitszirkelmoderatorinnen bzw. -moderatoren ausgebildet. Die Moderation von Gesundheitszirkeln und AEPB spezifischen Fokusgruppen wurden auch innerhalb eines Betriebs teils intern und teils extern realisiert. Bei zwei von drei Betrieben erfolgte die Umsetzung der kombinierten MA-Workshops über die externe Prozessbegleitung.</p>

Tabelle 17: Frage 15: Ansuchen einer BGF FGÖ-Förderung?

Haben Sie für die Umsetzung der BGF um eine Förderung beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) angesucht?
<p>Alle drei Betriebe gaben an, für den Teil der Umsetzung der BGF um eine Förderung beim FGÖ angesucht zu haben.</p> <p><u>Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:</u></p> <p>Es war bekannt – bzw. ein Hinweis kam in der BGF/BGM-Schulung –, dass es eine Förderung über den FGÖ zur Umsetzung der BGF gibt, demnach wurde diese Möglichkeit</p>

auch genutzt.

Es ist vorab schon einiges passiert, aber eher unstrukturiert. Durch die FGÖ-Förderung wurde die Umsetzung der BGF koordinierter angegangen und geplant. Dadurch konnte auch externe Expertise hinzugezogen werden. Somit wird es für die MA glaubwürdiger – Wahrung der Anonymität – und professioneller, wenn externe Personen die Umsetzung vornehmen.

Tabelle 18: Frage 18 & 17: Planung des kombinierten Prozesses und Status Quo?

Welche Schritte wurden in Ihrem Unternehmen bereits umgesetzt?

Wie wurde der kombinierte Prozess geplant? Stellen Sie die – für ihr Unternehmen – elementaren Schritte in der kombinierten Umsetzung kurz dar.

Zwei der drei interviewten Unternehmen gaben an, dass sie bereits die Evaluierungsbefragung durchgeführt haben, das zeitlich begrenzte Projekt abgeschlossen und die Weiterführung des kombinierten Prozesses geplant ist. Ein Betrieb hat die Ist-Standerhebung – Befragung und Workshops – durchgeführt und plant die Umsetzung der gesundheitsförderlichen Maßnahmen bzw. setzt bereits erste Quick-Wins um. Auf Basis der Ist-Erhebung wurden Grobziele konkretisiert.

In der Vorprojektphase wurden grundsätzlich Informationen eingeholt. Bereits zu Beginn wurden BGF spezifische Ausbildungen von MA gemacht. Die Projekte wurden offiziell gestartet, einmal im Rahmen eines großen MA-Kick-offs, wo kommuniziert wurde, worum es in der BGF und der AEPB gemäß ASchG geht und, dass sie kombiniert miteinander umgesetzt werden. Die BGF erfolgt auf freiwilliger Basis des Unternehmens und die AEPB ist gesetzlich verpflichtend. Der konkrete Ablauf der Vorhaben wurde den MA vorgestellt. Informationen zum Ablauf wurden teils auch über die Abteilungsleiter/innen an die gesamte Belegschaft weitergegeben. Für MA-Informationen wurden Anschlagtafeln und/oder Bildschirmsysteme genutzt. Die Informationsvermittlung an die MA wurde angepasst an die Struktur und die Bedürfnisse der Unternehmen z.B. auch über die Abteilungsleitung.

Bei allen drei Firmen kam in der Ausgangserhebung ein entsprechender Fragebogen zum Einsatz. Ein Unternehmen hat die Befragung im Rahmen des QM – durch die Zertifizierung besteht die Notwendigkeit der Durchführung regelmäßiger Mitarbeiter/innenbefragungen – integriert. Durch das Hinzufügen zusätzlicher Fragen im Rahmen der BGF, konnte auf spezifische Thematiken an unterschiedlichen Standorten eingegangen werden. Die Durchführung erfolgte an allen Standorten zur gleichen Zeit. Ein Unternehmen setzte die Befragung gleich im Rahmen der Kick-off Veranstaltung um.

- Im Kleinunternehmen wurden nach der Befragung der MA-Workshop, ein Teamleiter-Coaching und ein Führungskräfte-Coaching durchgeführt. Im Anschluss daran wurde der Zusammenführungsworkshop gemacht, Maßnahmen vorgestellt, besprochen und die Umsetzbarkeit beschlossen. Eine Priorisierung der Maßnahmenumsetzung erfolgte.
- Zwei Firmen gaben an, dass in weiterer Folge spezifische BGF-Gesundheitszirkel gemacht wurden, darunter auch zielgruppenorientierte z.B. ältere

Arbeitnehmer/innen, Teilzeitkräfte, Migrationshintergrund. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und war für alle MA offen. Die Gesundheitszirkel wurden anders aufgebaut als die Gruppen für die AEPB. Laut Angaben war es dadurch vielleicht sogar möglich mehr MA zu erreichen, da die einen MA sich mehr von den GZ angesprochen gefühlt haben – wo es keine Vorgaben zur Themenfindung gibt – und die anderen auf die Gruppen im Rahmen der AEPB, wo vorgegebene Themen bearbeitet werden.

- Im Rahmen der AEPB hat es mit der externen Arbeitspsychologin und der Arbeitsmedizin sowie den Betriebsräten Begehungen der Arbeitsplätze gegeben, bei denen mögliche Belastungen erhoben wurden. Die Ergebnisse wurden mit den Abteilungsleiter/innen besprochen und diesbezügliche Arbeitsgruppen gemeinsam mit der Arbeitspsychologin gebildet, die ebenso Lösungsvorschläge erarbeiteten.
- Basierend auf den Ergebnissen der Fragebogenerhebung wurden gezielte Fokusgruppen definiert und für die AEPB entsprechend durchgeführt.
- Teilweise waren diese Gruppen produktiv, teilweise weniger, in Abhängigkeit von unternehmerischen Begebenheiten wie z.B. wirtschaftlich schwierigen Zeiten und daher hatten die MA möglicherweise andere Prioritäten.

Ein Betrieb gab an, im Anschluss an die Bedarfserhebung den ersten Bericht erstellt zu haben, in dem auch Ergebnisse enthalten waren. Dieser wurde intern veröffentlicht.

Die Begleitung und Steuerung des Prozesses erfolgte regelmäßig durch die Steuerungsgruppe, wo die Geschäftsführung, der Betriebsrat, das QM und die Umsetzer/innen dabei waren/sind. Maßnahmen wurden definiert und beschlossen, und ein Maßnahmenkatalog erstellt. Enthalten waren konkrete Angaben dazu, wer bis wann, was umsetzt.

Dann erfolgte die Umsetzung. Der Status Quo der Maßnahmenumsetzung wird auch in Quartalmeetings besprochen.

In zwei Firmen erfolgten bereits die zweite Mitarbeiter/innen- bzw. die Evaluierungsbefragung. Ein Unternehmen gab an, dass – um Vergleiche zu erhalten und Rückschlüsse auf alle Mitarbeiter/innen ziehen zu können – inferenzstatistische Berechnungen durchgeführt wurden, auch von den Leuten, die an beiden Befragungen teilgenommen haben.

Angeführt wurde, dass es am Ende der Projektlaufzeit eine Abschlussveranstaltung gegeben hat. In der Steuerungsgruppe wurde beschlossen, dass die BGF in das QM integriert und weitergeführt wird.

Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:

Ein Vorteil der BGF ist, dass es bereits einen gut strukturierten Prozess dazu gibt, der dennoch viel Spielraum lässt. Es können zusätzliche, für das Unternehmen relevante Themen auf der Verhaltens- wie auf der Verhältnisebene z.B. Präsentismus, in eine Ist-Erhebung mit aufgenommen werden.

Es machte aber auch Sinn, dass bestimmte Themen der psychischen Belastungen im Betrieb verpflichtend zu bearbeiten sind. Von Seiten der Führung müssen bestimmte Themen wie die AEPB angegangen werden.

Der Ablauf erfolgte bei allen Firmen nach dem typischen BGF-Kreislauf, in Anlehnung an den Lernzyklus nach Badura et al. (siehe Abbildung 12). Spezifischere Auskünfte zum Abschluss des Projektes kamen nur von einem Unternehmen, eine Firma ist noch im Rahmen der Projektumsetzung.

Tabelle 19: Frage 19: Positiv an der Vorgehensweise?

Was hat sich bisher an der Vorgehensweise bewährt?
<ul style="list-style-type: none"> • Aufgrund eines Zeitplanes, läuft der Vorgang koordiniert ab, weshalb keine Möglichkeit besteht, die Umsetzung schleifen zu lassen. • Die MA haben das Gefühl gehört zu werden und die Chance sich aktiv einzubringen. Durch eine externe Umsetzung kann das noch verstärkt werden. • Die kombinierte Vorgehensweise führte zu einer größeren Partizipation von Seiten der MA. Wenn nur Gesundheitszirkel durchgeführt worden wären, dann wären weniger MA zur Beteiligung bewegt worden. • Das persönliche Interesse spielt dabei eine große Rolle, da es von den MA selbst abhängt wie viel sie bereit sind zu investieren bzw. wie stark sie sich einbringen möchten. Bei den Diskussionsgruppen im Rahmen der AEPB geht es stärker um die Themen der Arbeit, des Arbeitsumfeldes in der Tätigkeit, an denen die MA näher dran sind und hier rasch etwas verändern möchten. Beides zusammen hat es ermöglicht verschiedene Kreise von MA zu aktivieren. • Wichtig ist eine intensive Informationsübermittlung an die MA z.B. Produktionsmitarbeiter/innen speziell, müssen gut informiert werden, worum es geht, was sind die Hintergründe des Projekts. Auch vor der 2. MA-Befragung ist es wichtig darüber zu informieren, dass das es sich dabei um eine Evaluierungsbefragung zum Projekt handelt. Die Leute sollten gut informiert sein, dass sie wissen dass sich ihre diesbezüglichen Anstrengungen lohnen. • Mängel, die bei der 1. MA-Befragung und in den Gesundheitszirkeln erhoben wurden, wo Probleme in Bereichen aufgetaucht sind, müssen wirklich aufgenommen und ernst genommen werden. Es ist relevant, dass dann auch etwas geändert wird und auch die Maßnahmenumsetzung an die MA wieder zurückgespielt wird. • MA machen aktiv mit z.B. durch eine hohe Beteiligung bei der Maßnahmenumsetzung. Wenn die Aktivitäten angenommen werden, merkt man, dass sie adäquat sind. • Es ist nicht sinnvoll, wenn man 2 Befragungen (BGF & AEPB) hintereinander macht – nicht zum gleichen Zeitpunkt. • Wenn man nicht QM betreibt bzw. zertifiziert ist, dann kann man nur die AEPB machen. Wenn man nach QM zertifiziert ist, dann hat man sowieso die Vorgabe, dass man alle 2 Jahre eine MA-Befragung machen muss. Insofern ist die Integration im Zuge der MA-Befragung die beste Lösung.

Positiv angemerkt wird, dass die Vorgehensweise sehr strukturiert abläuft, dass die kombinierte Durchführung der Ist-Standerhebung mittels Befragung zum gleichen Zeitpunkt erfolgen kann und dass es wichtig ist, dass Ergebnisse ernst genommen und wirklich aufgegriffen werden. Externe Expertise kann zusätzlich bestärken, dass das

Thema von Seiten des Unternehmens tatsächlich in Angriff genommen wird. Die regelmäßige Information an die Mitarbeiter/innen wird als äußerst notwendig erachtet, außerdem entstand der Eindruck, dass durch die kombinierte Umsetzung mehr Mitarbeiter/innen zur aktiven Teilnahme an den partizipativen Aspekten z.B. Gesundheitszirkeln und lösungsorientierten Mitarbeiter/innen-Diskussionsgruppen im Rahmen der AEPB bewegt werden konnten. Das Andocken an bestehende Managementsystemen wie z.B. dem Qualitätsmanagement wird ebenso erwähnt.

Tabelle 20: Frage 20: Herausforderungen in der Vorgehensweise?

Worin sehen Sie für das Unternehmen die Herausforderungen in der kombinierten Umsetzung?
<ul style="list-style-type: none"> • Es gibt keine Herausforderung in der kombinierten Umsetzung, es gibt nur Vorteile. • Eine Herausforderung ist es für die FGÖ-Förderung die beiden Themen zu trennen. • Dass beide Themen für die Mitarbeiter/innen nachvollziehbar zu trennen sind. Es ist auch schwer diese Aufteilung den MA verständlich zu kommunizieren. • Eine generelle Herausforderung im Rahmen des Prozesses ist das Erreichen der MA, dass die richtigen Maßnahmen und Aktivitäten umgesetzt und diese gut angenommen werden. • Dass sich die MA aktiv einbringen. • Es soll den MA wirklich einen Mehrwert bringen. • Die Motivation der MA, dass man nicht aufgibt, dass neue Wege gesucht werden, um die Belegschaft zu motivieren. • Den Fragebogen so zu gestalten, dass er nicht zu kompliziert wird, dass er Großteils selbsterklärend ist. • Zeit, ist immer eine Herausforderung, dass man genug Zeit für das Projekt hat, neben der laufenden Arbeit. • Dass das Thema nachhaltig installiert wird.

Grundsätzlich wird die kombinierte Umsetzung als positiv erachtet. Herausforderungen werden in der Trennung für eine Förderung im Rahmen der BGF gesehen sowie in der nachvollziehbaren Trennung der beiden Themen für die Mitarbeiter/innen. Zudem muss ein Fragebogen – wenn dieses Instrument im Rahmen der Ist-Standerhebung zum Einsatz kommt – so konstruiert sein, dass er möglichst selbsterklärend bleibt. Das aktive Einbringen und die Beteiligung der Mitarbeiter/innen, auch an den umgesetzten Maßnahmen bzw. die Erhaltung ihrer Motivation wird ebenso als Herausforderung erachtet. Die Zeit für die internen Verantwortlichen wird als herausfordernd erlebt, da gewisse Planungen für solche Projekte oft neben der Arbeit laufen.

Tabelle 21: Frage 21:Nutzen der synergetischen Umsetzung?

Worin sehen Sie für das Unternehmen den Nutzen in der synergetischen Umsetzung?	
Berücksichtigung des ganzheitlichen Ansatzes (Verhältnisse & Verhalten, Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiter/innenbindung, Wohlbefinden).	Trifft zu (3x)
Fördermöglichkeit durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) für die Umsetzung der BGF.	Trifft zu (3x)
Imagesteigerung des Unternehmens durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF für die MA.	Trifft zu (3x)
Imagesteigerung des Unternehmens nach Außen, durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF als Anreiz für neue MA.	Trifft zu (1x)
Schonung von Ressourcen z.B. durch eine definierte verantwortliche MA für beide Themen, durch eine kombinierte Mitarbeiter/innenbefragung, durch kombinierte Fokusgruppen.	Trifft zu (3x)
<u>Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist einfach ganzheitlicher. • Eine Imagesteigerung nach Innen auf jeden Fall. Die Pflicht eines Dienstgebers, sich um seine MA zu kümmern wird dadurch klarer nach Außen bzw. eben nach Innen ausgedrückt. • Nach Außen ist es eine Imagesteigerung in Richtung möglicher Fördergeber/innen. Es ist ein klares Zeichen, dass diese Institution sich mit diesem Thema beschäftigt und es sich auf die ganze Belegschaft positiv auswirkt sowie in weiterer Folge auf die Kundinnen und Kunden. • Es ist eher für ein Aufzeigen der Tätigkeiten nach Außen z.B. Fördergeber/innen interessant als im Sinne eines Marketings. • Da wird etwas getan für die Gesundheit der MA, das hat sicher eine Bedeutung. • Ressourcen werden geschont, da beide Projekte bzw. Themen gemeinsam abgedeckt werden können. • Es gibt ein Projektteam, ein eigener MA wurde dafür nicht abgestellt. Zeit ist deshalb ein Problem, weil man mit den laufenden Tätigkeiten so eingebunden ist, dass es schwierig ist auch dafür Zeit auf zu bringen. 	

Tabelle 22: Frage 23: Nachhaltigkeitsplanung?

Wie ist die Nachhaltigkeit geplant? (NUR eine Nennung möglich und BITTE begründen Sie Ihre Angaben kurz)	
Weiterführung der kombinierten Umsetzung.	Dieser Punkt wurde von allen drei Interviewpartner/innen mit ja beantwortet.
Weiterführung <u>nur</u> der Arbeitsplatzevaluierung psychischer	Keine Angaben

Belastungen gemäß ASchG.	
Im Unternehmen gibt es bereits eine moderne betriebliche Gesundheitspolitik basierend auf den drei Säulen des ArbeitnehmerInnenschutzes, der BGF und des Wiedereingliederungsmanagements.	Keine Angaben
Der Aufbau einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik basierend auf den drei Säulen des ArbeitnehmerInnenschutzes, der BGF und des Wiedereingliederungsmanagements wird geplant.	Keine Angaben
<u>Zusammengefasste zusätzliche Anmerkungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Geplant ist, dass BGF eine fixe Größe im Unternehmen bleibt. ArbeitnehmerInnenschutz ist sowieso immer ein Thema und auch BGF. Es wurde bereits ein Jahresthema eingeführt „Rücken- und Wirbelsäule“. • Es ist geplant, dass BGF in ein BGM überführt und vermutlich an das QM angebunden wird. • Definitiv der Sinn dahinter war, das Thema auf lange Zeit zu bearbeiten und nicht nur einmalig. • Projektgruppen-Sitzungen finden weiterhin statt. • Ob weitere Befragungen extern oder intern durchgeführt werden, kann man aus heutiger Sicht noch nicht sagen. Die Entscheidung liegt dann bei der Steuerungsgruppe. (3x) • Das Thema Wiedereingliederungsmanagement läuft nicht unter dem Titel, aber darauf wird ebenso geachtet. Nach Langzeitkrankenständen, werden Gespräche mit dem Betriebsrat, der Arbeitsmedizin, der Human Resources Abteilung und der Geschäftsführung geführt. Es wird überlegt, wo gibt es einen Arbeitsplatz, bei dem der/die MA weiterhin tätig sein kann. Dahingehend ist die Firma sehr bemüht. • Das Thema Wiedereingliederungsmanagement ist im Rahmen der BGF das erste Mal aufgekommen. Das war bei uns bislang kein Thema. Die Praxis über die letzten Jahre zeigte schon auf, dass es sinnvoll ist sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen. Informell ist das bisher eher über das Personalmanagement gelaufen. 	

Tabelle 23: Frage 24: Empfehlung an andere Unternehmen?

Was würden Sie anderen Unternehmen empfehlen, wenn diese die Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung mit der BGF kombinieren wollen?

- Aufgrund der Fördermöglichkeiten, kann eine kombinierte Umsetzung empfohlen werden. Mit einer Förderung ist ein gewisser Aufwand verbunden, aber es bringt viele Vorteile z.B. durch eine externe Prozessbegleitung.
- Für die Offenheit von Seiten der MA benötigt es eine angemessene Atmosphäre, durch das Hinzuziehen von externen Umsetzer/innen ist das leichter zu gewährleisten und es ist einfacher dann bedarfsorientierte Maßnahmen um zu setzen.
- Eine Unterstützung von Außen ist gut, wenn man dafür auch die Förderung vom FGÖ in Anspruch nehmen kann.
- Erwartungen sollten nicht zu hoch geschraubt werden, dann kann man auch nicht enttäuscht werden.
- Gewisse Dinge brauchen einfach Zeit. Man braucht ein gewisses Durchhaltevermögen.
- Manches wirkt im Hintergrund und vielleicht nicht dort, wo man es offensichtlich erwartet hätte.
- Mit zwei Jahren ist es nicht abgetan. Es ist ein Prozess den man beginnt und dann muss klar sein, dass er weiter läuft.
- Das Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument ist eine sinnvolle Geschichte als Instrument, weil die Informationen kompakt enthalten sind: Was hat man bearbeitet, wann soll man es evaluieren, wer ist verantwortlich?
- Informationen an die MA sind ganz wichtig.
- Es ist gut, wenn man einen Leitfaden kriegt. Eventuell kann man es auch alleine umsetzen. Mittlerweile gibt es wahrscheinlich genug Erfahrungswerte, das war 2013 noch nicht so wie z.B. den Leitfaden hat es damals noch nicht gegeben. Externe Unterstützung habe ich damals schon als wichtig erachtet. Wie das mittlerweile ist, ist schwer ab zu schätzen.
- Das Einbeziehen des Betriebsrats ist wichtig bzw. dass die Arbeitsmedizin, die Sicherheitsverantwortlichen in der Firma (ev. Umweltverantwortlichen) im Projektteam sind. Das Einbeziehen des BR hat aber oberste Priorität, weil sie den Fragebogen freigeben müssen.
- Die kombinierte Umsetzung der AEPB mit der BGF hat gut gepasst, es ist nicht sinnvoll die MA ständig zu ähnlichen Dingen zu befragen; Es ist zwar der FB ein bisschen länger, aber das ist trotzdem besser.
- Gut ist, wenn man vor Beginn des Projektes ein Seminar in diese Richtung macht, um mehr Ahnung von dem Thema zu bekommen. Man tut sich in der Umsetzung leichter.

Die Angaben zu den Empfehlungen an Unternehmen, die zukünftig den Prozess miteinander kombinieren möchten, sind vielfältig. Eine Kombination des Prozesses zu den beiden Themen wird aufgrund von Fördermöglichkeiten der BGF angeraten, aber auch deshalb, weil dadurch eine externe Prozessbegleitung hinzugezogen werden kann. Es

wird auch angeraten vor dem Start eines solchen Projektes entsprechende Ausbildungen zu machen, weil es für die weitere Umsetzung ein größeres Verständnis bringt. Das Miteinbeziehen des Betriebsrates wird als elementar erachtet, da sich das Unternehmen mit sensiblen Daten von Mitarbeiter/innen befasst und das in Abstimmung mit dem Betriebsrat erfolgen muss. Durch eine externe Umsetzung kann wiederum die Offenheit der Mitarbeiter/innen – unter Wahrung der Anonymität und des Datenschutzes – gefördert werden. Angegeben wurde ebenso, dass gewisse Dinge Zeit und Durchhaltevermögen benötigen und Veränderungen nicht immer dort geschehen müssen wo sie erwartet werden, und dennoch passieren. Die Übermittlung von Informationen an die Mitarbeiter/innen wird zudem als elementarer Bestandteil in der kombinierten Umsetzung gesehen. Das Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument, das im ASchG zum Einsatz kommt, wird als ein sinnvolles Instrument angeführt, wenn es um die Dokumentation der umzusetzenden Maßnahmen und deren Wirksamkeitskontrolle geht.

Es muss klar sein, dass dieser Prozess nicht einmalig durchlaufen wird, sondern nach Ende der Projektlaufzeit weiterzuführen ist, ansonsten kann die Nachhaltigkeit nicht gewährleistet werden.

3.7 Beantwortung: Ziel und Hypothesen

Aufgrund der Querschnittstudie die durchgeführt wurde, können die aufgestellten Hypothesen beantwortet werden. Zusätzlich war es möglich einen Einblick in das praktische Tun der Unternehmen zu erhalten. Informationen zur kombinierten Durchführung sowie zu Herausforderungen und bewährten Vorgehensweisen konnten erhoben werden. Die Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 4.

Hypothesenprüfung

Nullhypothese (H0):

Für die Realisierung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen bei den STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetrieben werden Synergien mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht genutzt.

Alternativhypothese (H1):

Für die Realisierung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen bei den STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetrieben werden Synergien mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt.

Aufgrund der Ergebnisse der Online-Kurzbefragung kann die Alternativhypothese, dass für die Realisierung der AEPB bei den STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetrieben Synergien mit der BGF genutzt werden, verifiziert werden. Von 38 Befragungsteilnehmer/innen geben 35 an, dass sie Synergien der gesetzlich verpflichtenden AEPB in Kombination mit der BGF nutzen.

H0:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe sehen bei einer kombinierten Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung keinen Nutzen.

H1:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe sehen bei einer kombinierten Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung einen Nutzen.

Bei den 38 Teilnehmer/innen der Online-Kurzbefragung haben 35 angegeben einen Nutzen in der kombinierten Umsetzung zu sehen und drei sehen diesen Nutzen nicht. Demnach kann die H1: STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe sehen einen Nutzen in der kombinierten Umsetzung der beiden Prozesse als gültig angenommen werden.

H0:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe leben bereits eine umfassende moderne betriebliche Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung des ArbeitnehmerInnenschutzes, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Wiedereingliederungsmanagements.

H1:

STGKK BGF/BGM-Kooperationsbetriebe leben keine umfassende moderne betriebliche Gesundheitspolitik unter Berücksichtigung des ArbeitnehmerInnenschutzes, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Wiedereingliederungsmanagements.

Die Aussagekraft der Ergebnisse der Online-Kurzbefragung ist diesbezüglich etwas in Frage zu stellen. 22 Unternehmen geben an, dass es bei ihnen kein Wiedereingliederungsmanagement gibt und 16 bejahen dies. Dennoch geben 30 der teilgenommenen Betriebe an, eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik basierend auf den drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und Wiedereingliederung zu betreiben. Dieses Ergebnis kann daraus resultieren, dass es möglicherweise kein explizit definiertes Konzept für ein Wiedereingliederungsmanagement in den Unternehmen gibt, dennoch im Einzelfall die Wiedereingliederung von Mitarbeiter/innen nach einem Langzeitkrankenstand durch die Personalabteilung in Kooperation mit der Präventivkräften, dem Betriebsrat und der Unternehmensleitung erfolgt.

4. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden auf Basis einer Literaturrecherche theoretische Hintergründe zu den Themen Gesundheit und Krankheit mit Bezug auf das Berufsleben in Österreich hergeleitet. Begriffliche Definitionen zur betrieblichen Gesundheitspolitik, basierend auf den drei Säulen des ArbeitnehmerInnenschutzes, der BGF und des Wiedereingliederungsmanagements wurden vorgenommen. Der Fokus lag in der kombinierten Umsetzung der BGF mit der AEPB gemäß ASchG. Dahinterliegende Konzepte sowie Gemeinsamkeiten und Abgrenzungen wurden vorgestellt. Ein möglicher Vorschlag zur synergetischen Nutzung der beiden Prozesse für Betriebe wurde dargestellt. Auf dieser Basis wurde die weitere Planung für den empirischen Teil der Arbeit vorgenommen.

In der explorativen Querschnittstudie wurde den Fragen nachgegangen, wie und ob Synergien in der Durchführung der beiden Prozesse genutzt werden. Zudem war von Interesse den diesbezüglichen Status Quo in den BGF/BGM-Kooperationsbetrieben der STGKK zu erheben, welche Erfahrungen diese gesammelt haben, wie die Durchführung erfolgt und welchen Nutzen sie in der synergetischen Umsetzung sehen.

Es zeigte sich, dass die große Mehrheit der Befragungsteilnehmer/innen die Synergien der beiden Prozesse nutzen. Über 75% geben an, dass sie eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik – wie in Punkt 3.2.1 dargestellt – betreiben. Der Aspekt, dass jedoch weniger als die Hälfte der Populationsstichprobe angibt, dass sie ein Wiedereingliederungsmanagement im Unternehmen haben, steht einem modernen BGM jedoch entgegen. Dies kann daher resultieren, dass – wie bei allen drei Interviews angegeben wurde – es für die betriebliche Wiedereingliederung von Mitarbeiter/innen nach einem Langzeitkrankenstand keinen definierten Prozess gibt, dies aber bei Bedarf in den Firmen individuell geregelt wird.

Den größten Nutzen in der synergetischen Umsetzung sehen die Befragungsteilnehmer/innen in der Ganzheitlichkeit des Ansatzes zum Thema Gesundheit im Betrieb. An zweiter Stelle folgte die Imagesteigerung des Unternehmens in Richtung Belegschaft, durch die freiwillige Leistung der BGF. Die Fördermöglichkeit des BGF-Projektes durch den FGÖ wurde von den Befragungsteilnehmer/innen am seltensten angegeben.

Um konkretere Einblicke in den Status Quo der kombinierten Durchführung von Seiten der Betriebe zu erhalten wurden ein Klein-, ein Mittel- und ein Großbetrieb interviewt. Der Kleinbetrieb folgte grundsätzlich dem BGF-Ablauf des Kleinbetriebsmodells (siehe Punkt 3.4.2). Für die kombinierte Umsetzung kam jedoch ein Fragebogen zum Einsatz, der den Vorgaben der AEPB sowie der BGF entsprach. Auf dieser Basis wurde im BGF-Workshop-Modell weiter gearbeitet, der Prozess ist im Laufen. Die beiden größeren Unternehmen, setzten den kombinierten Prozess nach dem klassischen BGF-Projektlauf um (siehe Punkt 3.4.2). Alle drei Firmen gaben an, die Synergien und Abgrenzungen der beiden Themen entsprechend zu berücksichtigen. Einen unmittelbaren Nutzen sehen sie im gemeinsamen Umsetzungsprozess vorwiegend in der kombinierten Planung – alle drei Betriebe haben den Prozess von Beginn an synergetisch aufgesetzt –, der gemeinsamen Durchführung von Mitarbeiter/innenbefragungen und der kontinuierlichen Weiterleitung diesbezüglicher Informationen an die Mitarbeiter/innen. Bei den größeren Betrieben wurden nach der Bedarfserhebung Gesundheitszirkel und Workshops für die AEPB zur Feinanalyse vorgenommen. Ein Betrieb setzte die Gesundheitszirkel durch eigens ausgebildete Arbeitnehmer/innen um. Die beiden anderen Firmen realisierten die kombinierten Workshops durch die externen Expertinnen/Experten. Das Hinzuziehen von externen Umsetzer/innen wird als hilfreich angegeben, vor allem wenn es um die Beteiligung der Mitarbeiter/innen und die Wahrung der Anonymität geht. Dadurch wird das Thema möglicherweise ernster genommen, als wenn die Umsetzung firmenintern erfolgt.

Für die Planung des kombiniert umgesetzten Prozesses wurde von allen drei BGF/BGM-Umsetzungsverantwortlichen angegeben, dass diese gemeinsam mit einer externen Expertise erfolgte. Dass der Leitfaden zur kombinierten Umsetzung der AEPB mit der BGF (Blattner & Elsigan, 2015) nicht zur Planung genutzt wurde, resultiert möglicherweise daraus, dass zwei der drei Projekte bereits vor der Entwicklung des Leitfadens in der Umsetzung waren. Von allen drei Umsetzungsverantwortlichen wird bestätigt, dass es für sie gerade in der Projektplanung wichtig war externe Expertise gehabt zu haben, die jeweils von Arbeitspsychologinnen/Arbeitspsychologen zugekauft wurde. Es wurde angemerkt, dass es gerade am Beginn der Umsetzung sinnvoll ist, firmenintern themenspezifische Weiterbildungen zu machen bzw. dass dahingehende Kompetenzen aufgebaut werden. Dies erleichtert die weitere Umsetzung.

Die grundsätzlichen Beweggründe für die synergetische Durchführung der AEPB mit der BGF sind unterschiedliche gelagert und abhängig von der Struktur des Unternehmens.

Die Senkung von Krankenständen wurde ebenso erwähnt wie verhaltens- und verhältnisbezogene Motive. Angegeben wird auch, dass die FGÖ-Förderung des BGF-Projektes eine Umsetzung erleichtert. Alle drei Betriebe geben an, um die Förderung beim FGÖ angesucht und diese auch erhalten zu haben.

Herausgekommen ist, dass zwei der drei BGF/BGM-Umsetzungsverantwortlichen im Personalmanagement angesiedelt sind, das eng mit dem Qualitätsmanagement verknüpft ist. Diese Anbindung wird als sinnvoll angegeben, da vorhandene Prozesse genutzt werden können. Zwei von drei Betrieben haben die Umsetzungsverantwortung der BGF sowohl als auch der AEPB bei einer Person gebündelt.

Teilweise wurde angegeben, dass notwendige Abgrenzungen – dass z.B. bei einer kombinierten Mitarbeiter/innenbefragung beiden Teile gemeinsam vorgegeben werden können, jedoch für die Arbeitnehmer/innen eine erkennbare thematische Trennung der Themen erfolgen muss – als Herausforderungen angesehen werden. Auch für die Förderung beim FGÖ für die BGF, wird angegeben, dass die Trennung herausfordernd ist. Die BGF beruht auf Freiwilligkeit und es können personenbezogene Daten berücksichtigt werden. Die AEPB ist gesetzlich verpflichtend, die Teilnahme erfolgt grundsätzlich aber auch freiwillig – das Einhalten des Datenschutzes ist für beide Aspekte elementar. Die Zustimmung des Betriebsrates – wenn vorhanden – für den Einsatz von partizipativen Erhebungsmethoden z.B. Mitarbeiter/innenbefragung, wird als sehr wichtig angeführt. Die interviewten Personen gaben auch an, dass, wenn ein Betriebsrat vorhanden ist, dieser in die Themen der Gesundheit und Sicherheit im Unternehmen involviert ist. Eine generelle Herausforderung wird im Erreichen der Mitarbeiter/innen im Prozess gesehen, dass sich die Belegschaft aktiv einbringt und sich ebenso an der Maßnahmenumsetzung beteiligt. Die Gestaltung eines möglichst selbsterklärenden Fragebogens, der beiden Ansätzen gerecht wird und firmeneigene Interessen berücksichtigt, wird als herausfordernd erachtet. Zeitressourcen von Umsetzungsverantwortlichen werden ebenso erwähnt, da solche Themen oft neben der laufenden Arbeit erledigt werden müssen.

Positiv wird angegeben, dass die kombinierte Umsetzung der AEPB mit der BGF strukturiert abläuft und die Mitarbeiter/innen sich aktiv einbringen können. Die synergetische Durchführung macht eine größere partizipative Teilnahme von Seiten der Belegschaft möglich. Erfahrungen eines Betriebes haben gezeigt, dass die Themen der BGF eine andere Zielgruppe anspricht als die AEPB. Somit konnten mehr

Mitarbeiter/innen zur Beteiligung bewegt werden. Das regelmäßige Übermitteln von Informationen zur Umsetzung wird als wichtig angesehen und trägt zum Gelingen der Umsetzung bei. Grundsätzlich wird es nicht als sinnvoll erachtet, dass, wenn man BGF umsetzen möchte und die AEPB verpflichtend ist, diese beiden Themen getrennt voneinander vorgibt. Dies kann zu Unverständnis bei den Arbeitnehmer/innen führen, wenn ähnliche Themen zu unterschiedlichen Zeitpunkten abgefragt werden.

Alle drei Betriebe wollen die kombinierte Umsetzung weiter verfolgen. Der Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wird als interessant angeführt, wird aber nicht aktiv angestrebt.

Anderen Unternehmen würden die Interviewpartner/innen empfehlen, die FGÖ-Fördermöglichkeit für die BGF zu nutzen und den Prozess in Kombination mit der AEPB auf zu setzen. Wenn externe Expertise hinzugezogen wird, kann den Mitarbeiter/innen die Ernsthaftigkeit der Thematik vermittelt und die Offenheit besser gewährleistet werden. Als wichtig wird angegeben, dass die Erwartungen nicht zu hoch geschraubt werden und Veränderungen sich manchmal anders zeigen als erwartet oder einfach länger brauchen. Elementar ist, dass die Nachhaltigkeit von Beginn an mit gedacht wird. Das Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument wird als wertvolles Controlling Instrument erachtet. Die Belastungen, die von den Mitarbeiter/innen angegeben werden bzw. bei der Ist-Erhebung heraus kommen, müssen ernst genommen und aufgegriffen werden. Regelmäßige Informationen zum Projektverlauf und zur Maßnahmenumsetzung an die gesamte Belegschaft kann dazu beitragen, dass die Motivation erhalten bleibt.

4.1 Limitationen

Die vorliegende Arbeit unterliegt gewissen Einschränkungen. Diese werden nachfolgend kurz erläutert und diskutiert. Diese beziehen sich auf inhaltliche aber auch auf methodische Aspekte.

Das Themengebiet der betrieblichen Gesundheitspolitik sowie der BGF mit den dahinterliegenden Theorien ist sehr umfassend sowie sich das Thema des ArbeitnehmerInnenschutzes und der AEPB ebenso als vielschichtig darstellte. Demnach nimmt die Literaturrecherche im Verhältnis zum gesamten Umfang der Arbeit einen relativ großen Raum ein, wie es in anderen wissenschaftlichen Arbeiten mit empirischen Studien nicht üblich ist. Ziel für diese Arbeit war es, den theoretischen Zugang zu diesen Ansätzen

sowie zur praktischen Kombination der AEPB mit der BGF im Prozess dar zu stellen sowie einen Einblick in das Tun von Seiten der Betriebe zu erhalten. Wäre die Querschnittstudie umfassender angelegt worden, hätte es den Rahmen dieser Masterthesis überstiegen. Dennoch war es mit einer kleiner angelegten explorativen Studie möglich einen Einblick in die praktische Umsetzung des kombinierten Prozesses – ausgehend von einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik – zu erlangen.

Der Umfang der Stichproben für die Online-Kurzbefragung sowie für die Interviews ist eher klein. Bei der Online-Befragung erfolgte eine Vollerhebung der Gesamtstichprobe, aller aktiven BGF/BGM-Kooperationsbetriebe der STGKK mit Stand Juni 2016. Bei einer Rücklaufquote der Online-Kurzbefragung von 23,31% kann eine Repräsentativität weniger angenommen werden, da die Teilnahme auf Freiwilligkeit beruhte und somit eine Selbstselektion erfolgte. Es kann sein, dass sich gerade die Betriebe von dieser Online-Umfrage angesprochen fühlten, die den Prozess miteinander kombinieren und demnach überrepräsentiert sind. Die Interviews zur praktischen Umsetzung erfolgten mit drei Betrieben. Bei einer größeren Stichprobe hätten möglicherweise mehr Kategorien gebildet werden können. Ein erster Einblick in das praktische Tun dieser drei Betriebe war jedoch gut möglich.

4.2 Ausblick

Die vorliegende Arbeit ist eine Mischung aus Literaturrecherche inklusive empirischer Arbeit, wodurch Einblicke in die praktische Umsetzung des kombinierten Prozesses der AEPB mit der BGF gegeben werden können. Zu Beginn wurde der theoretische Zugang zur betrieblichen Gesundheitspolitik abgebildet sowie zur AEPB und zur BGF, mit den jeweils dahinterliegenden Konzepten. Diese Aufbereitung kann z.B. für Berater/innen bzw. (externe) Umsetzer/innen eines kombinierten Prozesses als theoretische Unterlage für die Planung der praktischen Umsetzung dienen.

Eine Erkenntnis aus dieser Arbeit ist, dass es für die Betriebe in erster Linie um die praktische Umsetzbarkeit der Themen geht, wie es im beruflichen Alltag angenommen wird bzw. gelebt werden kann. Auf Basis dieser Arbeit können anderen Betrieben – welche die BGF bzw. in Kombination mit der AEPB umsetzen – erste Empfehlungen gegeben werden, die direkt aus praktischen Erfahrungen resultieren. Hierfür könnte zudem eine zielgruppenspezifische Aufbereitung – z.B. für andere Regional- oder Servicestellen des ÖNBGF bzw. für die Koordinationsstelle des ÖNBGF, für BGF

und/oder AEPB-Umsetzungsverantwortliche in Betrieben oder für externe Berater/innen erfolgen.

In weiteren Arbeiten kann eine vertiefendere Auseinandersetzung mit der betrieblichen Gesundheitspolitik und dem Status Quo in Österreich sowie den einzelnen Säulen – ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und Wiedereingliederungsmanagement – stattfinden. Wie Firmen bzw. Umsetzungsverantwortliche die Begrifflichkeiten der betrieblichen Gesundheitspolitik inklusive der drei Säulen verstehen kann ebenso beforscht werden. Es ist zu vermuten, dass Expertinnen und Experten die Begrifflichkeiten etwas anders definieren und verwenden als es Verantwortliche in den Betrieben tun. Demnach wäre eine dahingehende Erhebung von Interesse und würde eine Möglichkeit darstellen, eine Einheitlichkeit in der Verwendung der Termini zu schaffen.

5. Interessenskonflikte

Unterschiedliche Stakeholder der österreichischen Gesundheitspolitik können möglicherweise unterschiedliche Interessen zu den, in der Masterthesis behandelten Themen vertreten. Dies hätte im Laufe der Arbeit oder während der qualitativen Erhebung mittels Online-Kurzbefragung und den Interviews in einem Konflikt resultieren können. Dies konnte nicht bestätigt werden.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Band 36) (A. Franke & N. Schulte, Trans.). Tübingen: dgvt Verlag. (Originalarbeit erschienen 1987)
- Arbeiterkammer Oberösterreich (2015). Zurück in den Job nach längerem Krankenstand. Betriebliches Eingliederungsmanagement erfolgreich umsetzen! [Online]. Verfügbar unter:
https://media.arbeiterkammer.at/ooe/publikationen/betriebsraete/B_2015_Betriebliches_Eingliederungsmanagement.pdf [letzter Zugriff am 31082016].
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (1994). Bundesgesetzblatt. Für die Republik Österreich (135. Stück). [Online]. Verfügbar unter:
http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1994_450_0/1994_450_0.pdf [letzter Zugriff am 16012016]
- ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (2012). Bundesgesetzblatt. (zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 118/2012). [Online]. Verfügbar unter:
<https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Dokumentnummer=NOR40144391> [letzter Zugriff am 16012016].
- Arbeitsinspektion (2014). Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen. [Online]. Verfügbar unter:
http://www.arbeitsinspektion.gv.at/inspektorat/Gesundheit_im_Betrieb/psychische_Belastungen/ [letzter Zugriff am 26062014].
- Arbeitsinspektion (2016). ARBEITNEHMERINNENSCHUTZ – ALLGEMEINES. [Online]. Verfügbar unter:
http://www.arbeitsinspektion.gv.at/inspektorat/Uebergreifende_Themen/ArbeitnehmerInnenschutz_Allgemeines/ [letzter Zugriff am 19062016].
- Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (2016). Gesamte Rechtsvorschrift für Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz. (Fassung vom 16.01.2016). [Online].
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20007058/AGG%2c%20Fassung%20vom%2016.01.2016.pdf> [letzter Zugriff am 16012016].
- Atzler, B., Bencic, W., Langmann, H., Gerger, M. (2011). Ökonomische Evaluation von Betrieblicher Gesundheitsförderung (Wissen 1), Hrsg. v. GÖG/FGÖ. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich: Wien.
- Austrian Standards, 2016. ÖNORM EN ISO 10075-1. [Online]. Verfügbar unter:
<http://www.bdb.at/Service/NormenDetail?id=82960> [letzter Zugriff am 30042016]
- Austrian Standards, 2016. ÖNORM EN ISO 10075-2. [Online]. Verfügbar unter:
<http://www.bdb.at/Service/NormenDetail?id=79316> [letzter Zugriff am 30042016].

- Austrian Standards, 2016. ÖNORM EN ISO 10075-3. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.bdb.at/Service/NormenDetail?id=185257> [letzter Zugriff am 30042016].
- AUVA (2013). ArbeitnehmerInnenschutzgesetz. Inkl. ASchG-Novelle 2013. Überarbeitete Ausgabe 2013. Wien: Exakta GmbH.
- AUVA (2016). SGM. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.auva.at/portal27/portal/auvaportal/content/contentWindow?action=2&viemode=content&contentid=10007.670903> [letzter Zugriff am 19062016].
- AUVA (4/2013). Evaluierung psychischer Belastungen. Die Arbeits-Bewertungs-Skala – ABS Gruppe. Eine gruppenbezogene Methode zur Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, besonders geeignet für Klein- und Mittelbetriebe. (1. Auflage, 4/2013). Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- Badura, B., & Hehlmann, T. (2003). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, Th. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. (2. Auflage). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A-M. (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A-M. (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch (S.123-134). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Blattner, A. & Elsigan, G. (2015). Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Hrsg: Österreichisches Netzwerk für BGF. Wien.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. (4. überarbeitete Auflage). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bräunig, D., Haupt, J., Kohstall, T., Kramer, I., Pieper, C. & Schröer, S. (2015). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. iga Report 28. [Online]. Verfügbar unter: http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf [letzter Zugriff am 31082016].
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016). „Rahmen-Gesundheitsziele“. [Online]. Verfügbar unter: http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsreform/Rahmen_Gesundheitsziele/ [letzter Zugriff am 02042016].

- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016). Rahmengesundheitsziele. Die 10 Ziele. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/die-10-ziele/> [letzter Zugriff am 19062016].
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004). Ö - SMGS. Österreichischer Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheits-managementsystemen in Betrieben. [Online]. Verfügbar unter: http://www.arbeitsinspektion.gv.at/cms/preview/attachments/0/1/4/CH3606/CMS1449670902858/oe_sgms.pdf [letzter Zugriff am 16062016].
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. Great Britain: Lowe & Brydone (Printers).
- Crawford, E. R., LePine, J. A. & Rich, B. L. (2010). Linking job demands and resources to employee engagement and burnout: A theoretical extension and meta-analytic test. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), S. 834–848.
- Czypionka, Th., Lappöhn, S., Pohl, A. & Röhring, G. (2016). Präsentation: Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankung. (Pressekonferenz am Institut für Höhere Studien Wien, 22. Februar 2016). [Online] https://www.ihs.ac.at/fileadmin/public/media_corner/user_upload/Praesentation_IPensionen_Czypionka.pdf [letzter Zugriff am 19062016].
- Der Brockhaus, (2002). Weltbild. Der Brockhaus von A-Z. In drei Bänden. GP-PHONOM (Sonderausgabe). Augsburg: Weltbild Verlag GmbH.
- DIN-Mitt. 81. 2002, Nr.8. Normung im Bereich der psychischen Belastung – die Normen der Reihe DIN EN ISO 10075. Veröffentlichung mit freundlicher Genehmigung des DIN; Quelle: DIN-Mitteilungen 81.2002, Nr. 8, S. 519 bis 533 [Online]. Verfügbar unter: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Qhuk5aSxRogJ:www.altenpflege-online.net/content/download/147068/2926011/file/din-en-iso-10075.pdf+&cd=6&hl=de&ct=clnk&gl=at&client=firefox-b> [letzter Zugriff am 30972016].
- Dooris, M. (2004). Joining up settings for health: a valuable investment for strategic partnerships? *Critical Public Health*, 14 (3), S. 49-61.
- Ducki, A. (2011). Analyse. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A-M. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S.157-183). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, Volume 196, Number 4286.

- Engelmann, F. & Halkow, A. (2008). Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung (Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- ENWHP (1997). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997). [Online] Verfügbar unter: <http://www.vaeb.at/cdscontent/load?contentid=10008.592699&version=1406106603> [letzter Zugriff am 31072016]
- ENWHP (2007). Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (Fassung 2007). [Online]. Luxemburg: ENWHP. Verfügbar unter: http://www.netzwerk-unternehmen-fuer-gesundheit.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxemburger_Deklaration_22_okt07.pdf [letzter Zugriff am 03012013].
- ENWHP (2010). Übereinkunft von Edinburgh über psychische Gesundheitsförderung und Wohlergehen am Arbeitsplatz. [Online]. Verfügbar unter: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/752153_Edinburgh%20Deklaration.pdf [letzter Zugriff am 03012013].
- Euler, H.P. (1991). Das ergonomische und sozialwissenschaftliche Belastungs-Beanspruchungs-Konzept – Ein Versuch der Integration. In: H. Rühmann (Hrsg.): Die Umsetzungen arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse in der Praxis. Dokumentation Arbeitswissenschaft. Bd. 29, S. 129-136. Köln: Institut für Angewandte Arbeitswissenschaft e.V.
- Fadler, A. (2015). Kein Stress beim Evaluieren? Arbeitsbedingte psychische Belastungen bekämpfen. gesundearbeit, Ausgabe 2/2015. S.9-11. Wien: ÖGB Verlag.
- Faltermaier, T. (2009). Gesundheit: körperliche, psychische und soziale Dimensionen. In J. Bengel & M. Jerusalem (Hrsg.), Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie (S. 46-57). Göttingen: Hogrefe.
- Frieling, E. (2011). Ältere Arbeitnehmer. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. (S. 461-476). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Fonds Gesundes Österreich (2016). Abbildung Fonds Gesundes Österreich. Gesundheitsdeterminanten adaptiert nach Dahlgreen & Whitehead (1991). Online] Verfügbar unter: http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe.jpg [letzter Zugriff am 01042016]
- gesundearbeit, (2016). Bedienstetenschutz. [Online] Verfügbar unter: http://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_999_Search.a/1342537020753/suche/be-dienstetenschutz [letzter Zugriff am 19062016].

gesundearbeit (2016). Kampagne. Gesunde Arbeitsplätze 2014-2015 - den Stress managen. Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. [Online]. Verfügbar unter: http://www.gesundearbeit.at/cms/V02/V02_8.a/1397731530983/kampagnen/kampagne-gesunde-arbeitsplaetze-2014-2015-den-stress-managen [letzter Zugriff am 31.08.2016].

Gesundheitsförderungsgesetz (1998). Bundesgesetzblatt: Für die Republik Österreich (Teil I). (S. 625). [Online]. Verfügbar unter: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5urruqdS-jAJ:www.fgoe.org/der-fonds/organisation/gfoerderungsgesetz/gesundheitsfoerderungsgesetz/2011-08-19.5583694106/download+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=at> [letzter Zugriff am 16.01.2016].

Giesert, M., Reiter, D. & Reuter, T. (2013). Neue Wege im Betrieblichen Eingliederungsmanagement – Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wiederherstellen, erhalten und fördern. Ein Handlungsleitfaden für Unternehmen, betriebliche Interessensvertretungen und Beschäftigte (S. 6). Düsseldorf: DGB Bildungswerk Bund.

Greif, S. (1991). Stress in der Arbeit. Einführung und Grundbegriffe. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.). Psychischer Stress am Arbeitsplatz (S. 241-255). Göttingen: Hogrefe.

Grossmann, R. & Scala, K. (1996). Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung (2. Aufl.). Weinheim: Juventa.

Hauptverband Österreichischer Sozialversicherungsträger & Salzburger Gebietskrankenkasse (2011). Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt „Psychische Gesundheit“. [Abschlussbericht, Online]. Verfügbar unter: <http://sonjaramskogler.at/fileadmin/docs/plattform/2012Versorgungsanalyse.pdf> [letzter Zugriff am: 07.01.2013].

Heider, A. & Klösch, J. (2015). Die Evaluierung arbeitsbedingter psychischer Belastungen. Brauchen wir das? Wie geht das? Wer macht das? AnbieterInnen und betriebliche Fallbeispiele aus der Praxis. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH.

Hoven, H. & Siegrist, J. (2013). Work characteristics, socioeconomic position and health: A systematic review of mediation and moderation effects in prospective studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 70(9), S. 663–669.

- Huber, E., Molnar, M. & Steurer, J. (2013). Bewertung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen der Kontroll- und Beratungstätigkeit. Leitfaden für die Arbeitsinspektion. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. [Online]. Verfügbar unter: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KTg4BwHcTh0J:www.arbeitsinspektion.gv.at/cms/inspektorat/download.html%3Fchannel%3DCH3607%26doc%3DCMS1449750570190%26permalink%3Dleitfaden_psych- eval+&cd=2&hl=de&ct=clnk&gl=at [letzter Zugriff am 20072016].
- Jacobi, F. (2006). Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit. *Psychologie Heute*, Heft 3, S. 10. Joiko, K., Schmauder, M., Wolff, G. (2010). Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben. *Erkennen - Gestalten*. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.). [Online]. Verfügbar unter: <http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/673898/publicationFile/> [letzter Zugriff am 25082016].
- Jork, K. (2003). Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. In K. Jork & N. Peseschkian (Hrsg.), *Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben* (1. Aufl.) (S. 17-25). Bern: Verlag Hans Huber.
- jusline (2016). § 1 Gesundheitsförderungsgesetz. Gesetzestext. (Berücksichtigter Stand der Gesetzgebung: 1. August 2015). [Online] Verfügbar unter: <https://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=374&paid=1> [letzter Zugriff am 01042016]
- Klemperer, D. (2011). *Sozialmedizin - Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (1. Nachdruck der 1. Auflage 2010). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Klingspiegl, K. (06. & 07. Dezember, 2013). Grundlagen der Gesundheitsförderung. Seminar. Unveröffentlichte Präsentation. Master of Public Health an der Medizinischen Universität: Graz.
- Klumb, P. & Gemmiti, M. (2011). Harmonisierung von Berufs- und Privatleben: Vorsicht vor schneller Lösungen. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*. (S. 259-277). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Knifton, L., Watson, V., den Besten, H., Gründemann, R. & Dijkman, A. (2010). Ein Leitfaden für ArbeitgeberInnen zur Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz. Linz: Koordinationsstelle des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung. [Online] Verfügbar unter: http://www.noedis.at/flipbook/publikationen/bgf/Psychische_Gesundheit_AG/flipviewexpress.html [letzter Zugriff am 31082016].

- Kriener, B. (2010). Workshop Präsentation: Ressourcenorientierung in der BGF. Schöne Theorie oder gelebte Praxis? 15. BGF-Informationstagung. [Online] Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?&contentid=10008.571020&action=b&cacheability=PAGE> [letzter Zugriff am 02042016]
- Kuhn, J & Kayser, T. (2001). Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung – Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis. Zeitschrift für Arbeitsschutz, S. 519-521.
- Leoni, T. & Einsiedl, M. (2015). Fehlzeitenreport 2015. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
- Lohmann-Haislah, A. (2012). Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Stressreport Deutschland 2012. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/Gd68.html> [letzter Zugriff am 26062014].
- Mätschke, L.-M. (2015). Risiko psychischer Belastungen. In iga.Aktuell (3. Ausgabe 2015). [Online]. Verfügbar unter: http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_aktuell/Dokumente/iga-aktuell_03_2015_web.pdf [letzter Zugriff am 30072016].
- Mayer, M., Tropper, B., Wallner, E. (2016). Leitfaden psychische Gesundheit III. Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten für BGF-Projektverantwortliche. Hrsg.: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: HVB.
- Mayring, P. (2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (8. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Metz, A-M. (2011). Intervention. Von der Reduzierung der Belastungen zur Stärkung von Ressourcen. In Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A-M. (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch (S. 185-219). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Morschhäuser, M., Beck, D., Lohmann-Haislah, A. (2014). Psychische Belastung als Gegenstand der Gefährdungsbeurteilung. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (Hrsg.), Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung. Erfahrungen und Empfehlungen. (S. 19-41). Berlin: Erich Schmidt Verlag GmbH & Co. KG.
- Nerdinger, F. (2011). Organisationsentwicklung. In F. Nerdinger, G. Blickle & N. Shaper (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie. (2. überarbeitete Aufl.) (S. 150-157). Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Noack, H. (2003). Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky. In K. Jork & N. Peseschkian (Hrsg.), Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben (1. Aufl.) (S. 17-25). Bern: Verlag Hans Huber.

Oesterreich, R. & Volpert, W. (1999) Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen, Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. (Hrsg.). Bern: Huber.

Oesterreich, R. (2001). Das Belastungs-Beanspruchungskonzept im Vergleich mit arbeitspsychologischen Konzepten. · Arbeitsbedingungen · Beanspruchung Belastung Entscheidungsspielraum · Gesundheit · gesundheitliche Beschwerden psychisch Belastung. [Online]. Verfügbar unter: http://www.zfa-online.de/informationen/leser/volltexte/2001/2001_03_volltexte/oesterreich.pdf [letzter Zugriff am 01042016].

ÖNBGF (2009-2010). Work. In tune with life. Move Europe. [Online]. Verfügbar unter: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=3&p_menuid=65581&action=2 [Zugriff am: 03.01.2013].

ÖNBGF (2016). Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. Wir gemeinsam! - Für Gesundheit und Erfolg in Ihrem Unternehmen. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content/contentWindow?viewmode=content&contentid=10007.701057> [letzter Zugriff am 31082016].

ÖNBGF (2016). Stufen der Qualitätsmanagements. Betriebliche Gesundheitsförderung braucht Qualität. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/bgfportal/content?contentid=10007.752617&portal:componentId=gtndd00d427-71ac-4916-b1e3-5442e05ed18d&viewmode=content> [letzter Zugriff am 31082016].

Oppolzer, A. (2010). Gesundheitsmanagement im Betrieb. Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit. (Erweiterte und aktualisierte Neuauflage). Hamburg: VSA: Verlag.

Österreichische Sozialversicherung (2012). Krankheit verhindern – Versorgung verbessern – Invalidität verringern; Psychische Gesundheit: Sozialversicherung legt Strategie vor. [Presseausendung, Online]. Verfügbar unter: http://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow;jsessionid=727E6112B4E8B050E7B0352BB85CF5B9.jbport_271_1a?p_pubid=657970&action=2&p_menuid=2745&p_tabid=2 [Zugriff am: 09.01.2013].

Paridon, H. (2016). Psychische Belastung in der Arbeitswelt. Eine Literaturanalyse zu Zusammenhängen mit Gesundheit und Leistung. iga.Report 32. (1. Aufl. Januar 2016). (Hrsg. AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e. V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV), Verband der Ersatzkassen e. V: (vdek)). [Online]. Verfügbar unter: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_32_Psychische_Belastung_in_der_Arbeitswelt.pdf [letzter Zugriff am 26082016].

- Pensionsversicherungsanstalt (2014): Rehabilitationsgeld. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?contentid=10007.707671&action=2> [letzter Zugriff am 19.06.2016].
- Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- Rau, R. (2011). Zur Wechselwirkung von Arbeit, Beanspruchung und Erholung. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. (S. 83-106). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Rau, R. (2015). Risikobereiche für psychische Belastungen. iga.Report 31. [Online]. Verfügbar unter: https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_31_Risikobereiche_fuer_psychische_Belastungen.pdf [letzter Zugriff am 31.08.2016].
- Richter, P., Buruck, G., Nebel, C. & Wolf, S. (2011). Arbeit und Gesundheit - Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. (S. 25-59). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Richter, R. & Hacker, W. (2014). Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben (4. Auflage). Kröning: Sanger Verlag GmbH.
- Rigotti, T. & Mohr, G. (2011). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In E. Bamberg, A. Ducki & A-M. Metz (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. (S. 61-82). Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Rohmert, W. & Rutenfranz, J. (1975). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rohmert, W. (1984). Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 4, S. 193-200.
- Rosenbrock, R. & Michel, C. (2007). Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. (S. 9). (Korrigierter Nachdruck). Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schaper, N. (2011). Gruppenarbeit in der Produktion. In F. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie. (2. überarbeitete Aufl.) (S. 150-157). Berlin Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Schenk, C., Toplak, B., Weißenbacher, H. & Drobits et alii (2011). Basiswissen Arbeitnehmerschutz (4. Auflage). Wien: Allgemeine Unfallversicherungsanstalt.
- Schmon, C. (2013). Verfahren zur Arbeitsplatz-Evaluierung psychischer Belastungen. (unveröffentlicht) Graz: research team.
- Schneider, C. (2011). Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Nebenwirkung Gesundheit. (1.Aufl.) Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Schwartz, F. W., Busse, R., Dierks, M. L., Kolip, P., Leidl, R., Schneider, N., Siegrist, J., Walter, U. (Hrsg.). (2012). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen (3. Aufl.). München: Urban & Fischer Verlag.
- Sockoll, I. Kramer, I & Bödeker, W, (2008). Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. iga.Report 13. [Online]. Verfügbar unter: http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Reporte_Projektberichte/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf [letzter Zugriff am 26062014].
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2014). Jahresbericht 2014. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.stgkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.621907&version=1438676648> [letzter Zugriff am 25072016].
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung. BGF-Service der STGKK. (Broschüre). [Online]. Verfügbar unter <http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10007.712081&action=2&viewmode=content> [letzter Zugriff am 19062016].
- Steinke, M. & Badura, B. (2011). Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin). Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Uhle, T & Treier, M. (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement. (2. Überarbeitete Aufl.). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2009). Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. (3. Auflage). Wiesbaden: Gabler | GWV Fachverlage GmbH.
- Universität zu Köln, (2016). Literaturrecherche. (Handout 2). [Online]. Verfügbar unter: <https://www.hf.uni-koeln.de/data/sozpaed/File/literaturrecherche%5B1%5D.pdf> [letzter Zugriff am 31082016].

- Vogt, M. & Elsigan, G. (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Wissen 2). Fonds Gesundes Österreich, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.). [Online]. Verfügbar unter: <http://www.fgoe.org/pressepublikationen/downloads/wissen/bgf-in-osterreich/2011-09-21.3520459774> [letzter Zugriff am 19062016]. hg. v. GÖG/FGÖGesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien.
- Vogt, M. Elsigan, G. (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Wissen 2), hg. v. GÖG/FGÖ, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich. Wien.
- WHO (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. [Online]. Verfügbar unter: http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf [letzter Zugriff am 31122012].
- WHO (2001). Salutogenese und psychische Gesundheit. Ein (neuer) Ansatz zur Förderung psychischer Gesundheit. [Online]. Verfügbar unter: http://www.who-tag.de/2001themen_salu.htm [letzter Zugriff am 03122005].
- WHO (2005). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. [Online]. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf [letzter Zugriff am 10012013].
- WHO (2006). Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. [Online]. Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/96453/E87301G.pdf [letzter Zugriff am 02.01.2013].
- WKO (2015). Beschäftigtenstatistik 2015 [Online]. Verfügbar unter: https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/Daten--Fakten--Zahlen/-Publikationen-/stmk/BS2015_Publikation.pdf (S. 4). [letzter Zugriff am 23072016].
- WKO (2015): WKO-Beschäftigungsstatistik 2015. Größenklassenauswertung für die gewerbliche Wirtschaft. Dezember 2015. [Online]. Verfügbar unter: <http://wko.at/Statistik/KMU/WKO-BeschStatK.pdf> [letzter Zugriff am 23072016].
- WKO (2016): Definition der WKO in Anlehnung an die Europäische Union 2003 der Betriebsgrößen: [Online]. Verfügbar unter: https://www.wko.at/Content.Node/Interessenvertretung/ZahlenDatenFakten/KMU_Definition.html [letzter Zugriff am 06052016].
- Zitat Arthur Schopenhauer (1788-1860). [Online]. Verfügbar unter: http://www.nur-zitate.com/autor/Arthur_Schopenhauer/seite-2 [letzter Zugriff am 19062016].

Anhang

A Serviceangebote der STGKK

Die STGKK bietet für Ihre Kooperationsbetriebe Unterstützungen – in Form von Beratungen, Einzelmodulen, Vernetzungen, Informationsbereitstellung, finanzieller Leistungen (STGKK, 2016) – an. Je nach Betriebsgröße gibt es zwei unterschiedliche BGF-Umsetzungsmöglichkeiten. Kleinst- und Kleinbetriebe bis 49 Mitarbeiter/innen arbeiten zumeist mit dem Kleinbetriebsmodell.

Link zur Homepage und zur STGKK BGF-Online-Broschüre:

<http://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.712081&portal:componentId=gtn4cde3ac6-e3a4-4ced-a450-5980a5b67ed4&viewmode=content> [letzter Zugriff am 25082016]

B BGF Kleinbetriebsmodell

Unter folgendem Link kann die STGKK-Unterlage zum BGF-Kleinst- und Kleinbetriebsmodell entnommen werden:

<http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.631315&action=b&cacheability=PAGE&version=1465544376> [letzter Zugriff am 19062016].

C Gesundheitsreform 2013

Auf der Homepage des Ministerium Frauen Gesundheit – <http://www.bmg.gv.at/home/Gesundheitsreform/> – wird über die Realisierung der Reform informiert.

D Rahmen-Gesundheitsziele

Die zehn österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele sind unter folgendem Link des Ministerium Frauen Gesundheit zu finden: <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/die-10-ziele/>

E 15 Qualitätskriterien in der BGF/BGM

In folgender Abbildung sind die 15 Qualitätskriterien dargestellt, die auf Basis der europäischen Qualitätskriterien des ENWHP definiert wurden, unter Berücksichtigung der Luxemburger Deklaration 1997 und durch das ÖNBGF umfassend auf den Bedarf in Österreich angepasst wurden.



Ausformulierungen zu den dahinterliegenden Merkmalen zu den 15 Qualitätskriterien können dem Dokument unter folgendem Link der Homepage des ÖNBGF entnommen werden:

<http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10008.618251&action=b&cacheability=PAGE&version=1428999723> [Zugriff am 06052016]

Die 104 qualitätsgesicherten und mit dem BGF-Gütesiegel ausgezeichneten STGKK BGF/BGM-Unternehmen sind auf der Homepage der STGKK – www.stgkk.at/bgf – unter „Vorzeigebetriebe“ zu finden.

F Evidenz von BGF/BGM

Hier befinden sich Links zu Berichten, die über den wissenschaftlich nachgewiesenen Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung Auskunft geben.

iga.Report 13

http://www.wienernetze-br.at/UNTERSEITEN/gesundheit/BGF/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf [Zugriff am 06052016]

iga.Report 28

http://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf [Zugriff am 06052016]

Fact Sheet Ökonomische Evaluation von Betrieblicher Gesundheitsförderung

<http://www.ifgp.at/files/Fact%20Sheet%20%C3%96konomische%20Evaluation%20final.pdf> [Zugriff am 06052016]

FGÖ Bericht Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

<http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/wissen/bgf-in-osterreich/2011-09-21.3520459774> [Zugriff am 06052016]

G Online-Kurzbefragung

Anschreiben:

Sehr geehrte BGF/BGM-Ansprechpartner/innen!

Im Rahmen der Masterthesis für das Public Health Studium an der Medizinischen Universität Graz, führe ich, Mag. Beate Tropper eine Kurzbefragung mit BGF/BGM-Verantwortlichen von BGF/BGM-Kooperationsbetrieben der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) – als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerks BGF (ÖNBGF) – durch.

Diese Umfrage wird von mir – mit dem Einverständnis der STGKK – durchgeführt. Ihre Angaben fließen in eine Gesamtauswertung ein und werden völlig anonym verwertet.

Die Befragung wird max. 10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen und läuft bis 8. Juli 2016.

Um die Befragung zu starten folgen Sie folgendem Link:

<http://goo.gl/forms/pZtGF6I4P37LEAFg2>

Ihre Erfahrung als BGF/BGM-Verantwortliche/r zählt und ich freue mich über Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen,

Mag. Beate Tropper

Anschreiben für die Verlängerung des Befragungszeitraums:

Sehr geehrte BGF/BGM-Ansprechpartner/innen!

Die Kurzumfrage im Rahmen meiner Masterthesis für das Public Health Studium an der Medizinischen Universität Graz, mit BGF/BGM-Verantwortlichen von BGF/BGM-Kooperationsbetrieben der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (STGKK) – als Regionalstelle des Österreichischen Netzwerks BGF (ÖNBGF) – wird verlängert.

Die Befragung nimmt max. 10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch.

Sollten Sie sich noch nicht an der Kurzumfrage beteiligt haben, können Sie dies noch bis 15. Juli 2016 tun!

Um die Befragung zu starten folgen Sie bitte folgendem Link:

<http://goo.gl/forms/pZtGF6I4P37LEAFg2>

Ihre praktischen Erfahrungen als BGF/BGM-Verantwortliche/r zählen und ich freue mich über Ihre Teilnahme!

Mit freundlichen Grüßen,

Mag. Beate Tropper

Fragebogen

Kurzbefragung zur Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen (gemäß ASchG)

Als Grundlage der Masterthesis dient das moderne Verständnis einer betrieblichen Gesundheitspolitik, welche die drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und Wiedereingliederungsmanagement integriert betrachtet. In meiner Arbeit liegt der Fokus auf einer möglichen kombinierten Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen mit der BGF.

Neben der Abfrage allgemeiner Unternehmensdaten ist im Rahmen dieser Kurzbefragung von Interesse, ob Sie vorhandene Synergien der BGF mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nutzen.

Die Befragung wird max. 10 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Besten Dank bereits im Voraus für Ihre Teilnahme!

* Erforderlich

Name des Unternehmens

Meine Antwort

Wie viele Mitarbeiter/innen (MA) sind derzeit in Ihrem Unternehmen beschäftigt? *

- (bis 9 MA) Kleinunternehmen
- (10 bis 49 MA) Kleinunternehmen
- (50 bis 249 MA) Mittleres Unternehmen
- (ab 250 MA) Großunternehmen

In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig? ÖNACE 2008 -
Struktur *

- Land- und Forstwirtschaft, Fischerei
- Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden
- Herstellung von Waren
- Energieversorgung
- Wasserversorgung; Abwasser - und Abfallentsorgung und Beseitigung von Umweltverschmutzungen
- Bau
- Handel; Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen
- Verkehr und Lagerei
- Beherbergung und Gastronomie
- Information und Kommunikation
- Erbringung von Finanz- und Versicherungsleistungen
- Grundstücks- und Wohnungswesen
- Erbringung von Freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen
- Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
- Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
- Erziehung und Unterricht
- Gesundheits- und Sozialwesen
- Kunst, Unterhaltung und Erholung
- Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
- Private Haushalte mit Hauspersonal; Herstellung von Waren und Erbringung von Dienstleistungen durch private Haushalte für den Eigenbedarf ohne ausgeprägten Schwerpunkt
- Exterritoriale Organisation und Körperschaften

WEITER

Fragen zur verknüpften Umsetzung der BGF mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen, ausgehend von einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik

Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Wiedereingliederungsmanagement? *

Das ist ein strukturiertes Verfahren zur Wiedereingliederung von MA, die zumeist nach einem Langzeitkrankenstand in das Unternehmen zurückkehren und ihren Bedürfnissen entsprechend ins Arbeitsleben wieder integriert werden sollen.

- Ja
- Nein

Hat Ihr Unternehmen eine umfassende betriebliche Gesundheitspolitik? *

Unter einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik werden die drei Säulen: ArbeitnehmerInnenschutz, BGF und Wiedereingliederungsmanagement integriert betrachtet.

- Ja
- Nein

Kombiniert Ihr Unternehmen die Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ASchG mit der Durchführung der BGF? *

- Ja
- Nein

ZURÜCK

WEITER

Worin sehen Sie für das Unternehmen einen Mehrwert in der kombinierten Umsetzung der beiden Prozesse?

Mehrfachangaben möglich

- In der Berücksichtigung des ganzheitlichen Ansatzes (Verhältnisse & Verhalten, Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiter/innenbindung, Wohlbefinden)
- In der Fördermöglichkeit durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) für die Umsetzung der BGF
- In einer Imagesteigerung des Unternehmens durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF für die MA
- In einer Imagesteigerung des Unternehmens nach Außen, durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF als Anreiz für neue MA
- Schonung von Ressourcen z. B. durch eine/n definierte/n verantwortliche/n MA für beide Themen, durch eine kombinierte Mitarbeiter/innenbefragung, durch kombinierte Fokusgruppen

Anmerkungen:

Meine Antwort

ZURÜCK

SENDEN

Aus welchen Gründen werden die beiden Prozesse nicht miteinander kombiniert?

Mehrfachangaben möglich

- Die Vorabplanung der synergetischen Durchführung erscheint zu aufwendig
- Die Umsetzung einer verknüpften Durchführung erscheint zu aufwendig
- Unserem Unternehmen war nicht klar, dass der Prozess miteinander kombiniert werden kann
- Es hat für unser Unternehmen keinen Mehrwert, wenn die Synergien genutzt werden

Anmerkungen:

Meine Antwort

ZURÜCK

SENDEN

H Interviewleitfaden

Ihre Meinung als BGF/BGM beauftragte Mitarbeiter/in ist gefragt:

Sie haben in Ihrem Unternehmen ein Projekt zur BGF erfolgreich umgesetzt, optional die BGF implementiert und bereits mindestens ein Gütesiegel dafür erlangt oder sind gerade am Beginn oder inmitten der Umsetzung eines BGF-Projektes. Zudem wird seit 1.1.2013 darauf hingewiesen, dass die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ASchG für jedes Unternehmen verpflichtend zu realisieren ist.

Nach der Abfrage von Basisdaten zum Unternehmen, beziehen sich die weiteren Fragen auf die verknüpfte Umsetzung der BGF mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen:

Allgemeine Angaben zum Unternehmen			
1.	Name des Unternehmens:		
2.	Der Name des Unternehmens darf in der Arbeit angeführt werden:	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
3.	Wie viele Mitarbeiter/innen (MA) sind derzeit in Ihrem Unternehmen beschäftigt?	(bis 9 MA) Kleinstunternehmen	<input type="checkbox"/>
		(10 bis 49 MA) Kleinunternehmen	<input type="checkbox"/>
		(50 bis 249 MA) Mittleres Unternehmen	<input type="checkbox"/>
		(ab 250 MA) Großunternehmen	<input type="checkbox"/>
4.	In welcher Branche ist Ihr Unternehmen tätig? ÖNACE 2008 - Struktur		
	<input type="checkbox"/>	A	LAND- UND FORSTWIRTSCHAFT, FISCHEREI
	<input type="checkbox"/>	B	BERGBAU UND GEWINNUNG VON STEINEN UND ERDEN
	<input type="checkbox"/>	C	HERSTELLUNG VON WAREN
	<input type="checkbox"/>	D	ENERGIEVERSORGUNG
	<input type="checkbox"/>	E	WASSERVERSORGUNG; ABWASSER- UND ABFALLENTSORGUNG UND BESEITIGUNG VON UMWELTVERSCHMUTZUNGEN
	<input type="checkbox"/>	F	BAU
	<input type="checkbox"/>	G	HANDEL; INSTANDHALTUNG UND REPARATUR VON KRAFTFAHRZEUGEN
	<input type="checkbox"/>	H	VERKEHR UND LAGEREI
	<input type="checkbox"/>	I	BEHERBERGUNG UND GASTRONOMIE
	<input type="checkbox"/>	J	INFORMATION UND KOMMUNIKATION
	<input type="checkbox"/>	K	ERBRINGUNG VON FINANZ- UND VERSICHERUNGSLEISTUNGEN
	<input type="checkbox"/>	L	GRUNDSTÜCKS- UND WOHNUNGSWESEN
<input type="checkbox"/>	M	ERBRINGUNG VON FREIBERUFLICHEN, WISSENSCHAFTLICHEN UND TECHNISCHEN DIENSTLEISTUNGEN	

<input type="checkbox"/>	N	ERBRINGUNG VON SONSTIGEN WIRTSCHAFTLICHEN DIENSTLEISTUNGEN			
<input type="checkbox"/>	O	ÖFFENTLICHE VERWALTUNG, VERTEIDIGUNG; SOZIALVERSICHERUNG			
<input type="checkbox"/>	P	ERZIEHUNG UND UNTERRICHT			
<input type="checkbox"/>	Q	GESUNDHEITS- UND SOZIALWESEN			
<input type="checkbox"/>	R	KUNST, UNTERHALTUNG UND ERHOLUNG			
<input type="checkbox"/>	S	ERBRINGUNG VON SONSTIGEN DIENSTLEISTUNGEN			
<input type="checkbox"/>	T	PRIVATE HAUSHALTE MIT HAUSPERSONAL; HERSTELLUNG VON WAREN UND ERBRINGUNG VON DIENSTLEISTUNGEN DURCH PRIVATE HAUSHALTE FÜR DEN EIGENBEDARF OHNE AUSGEPRÄGTEN SCHWERPUNKT			
<input type="checkbox"/>	U	EXTERRITORIALE ORGANISATIONEN UND KÖRPERSCHAFTEN			
5.	Gibt es in Ihrem Unternehmen einen Betriebsrat, der in Themen zur Gesundheit und Sicherheit involviert ist?		JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	
6.	Gibt es in Ihrem Unternehmen Präventivdienste (Arbeitsmedizin, Sicherheitsfachkraft und sonstige Fachleute z.B. <u>Arbeitspsychologie</u>)?		JA intern <input type="checkbox"/>	JA extern (z.B. über AUVVA) <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
7.	Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Wiedereingliederungsmanagement? <u>Erklärung:</u> Das ist ein strukturiertes Verfahren zur Wiedereingliederung von MA, die zumeist nach einem Langzeitkrankenstand in das Unternehmen zurückkehren und ihren Bedürfnissen entsprechend ins Arbeitsleben wieder integriert werden sollen.		JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>	

Fragenblock zur kombinierten Umsetzung

Beziehen Sie sich bitte auf Ihre Erfahrungen in der ganzheitlichen Umsetzung der BGF mit der kombinierten Durchführung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ASchG.

8.	<p>Nennen Sie die Beweggründe Ihres Betriebes, die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen in Kombination mit der BGF umzusetzen?</p>																							
9.	<p>Aus welcher grundsätzlichen Funktion oder aus welchem grundsätzlichen Bereich kommt die hauptverantwortliche Mitarbeiterin/der Mitarbeiter Ihres Unternehmens, die/der für die kombinierte Umsetzung verantwortlich ist (muss nicht zugleich der/die Umsetzer/in sein)? <i>(NUR eine Nennung möglich)</i></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Arbeitsmedizin</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Arbeitspsychologie</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Sicherheitsfachkraft</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Sicherheitsvertrauensperson</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Gesundheitsvertrauensperson</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Personalmanagement</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Gesundheitsmanagement</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Qualitätsmanagement</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Umweltmanagement</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>Betriebsrat</td></tr> <tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td>sonstige Funktion/Bereich</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin	<input type="checkbox"/>	Arbeitspsychologie	<input type="checkbox"/>	Sicherheitsfachkraft	<input type="checkbox"/>	Sicherheitsvertrauensperson	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsvertrauensperson	<input type="checkbox"/>	Personalmanagement	<input type="checkbox"/>	Gesundheitsmanagement	<input type="checkbox"/>	Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	Umweltmanagement	<input type="checkbox"/>	Betriebsrat	<input type="checkbox"/>	sonstige Funktion/Bereich
<input type="checkbox"/>	Arbeitsmedizin																							
<input type="checkbox"/>	Arbeitspsychologie																							
<input type="checkbox"/>	Sicherheitsfachkraft																							
<input type="checkbox"/>	Sicherheitsvertrauensperson																							
<input type="checkbox"/>	Gesundheitsvertrauensperson																							
<input type="checkbox"/>	Personalmanagement																							
<input type="checkbox"/>	Gesundheitsmanagement																							
<input type="checkbox"/>	Qualitätsmanagement																							
<input type="checkbox"/>	Umweltmanagement																							
<input type="checkbox"/>	Betriebsrat																							
<input type="checkbox"/>	sonstige Funktion/Bereich																							
10.	<p>Raum für zusätzliche Anmerkungen zu Frage 9:</p>																							

Von welcher Ausgangslage wurde die kombinierte Umsetzung geplant? (NUR eine Nennung möglich)	
11.	Zuerst wurde ein BGF-Projekt gestartet und in weiterer Folge die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen umgesetzt. <input type="checkbox"/>
	Zuerst wurde die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gestartet und in weiterer Folge die BGF realisiert. <input type="checkbox"/>
	Die Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen wurde gemeinsam mit der BGF in einem kombinierten Prozess geplant. <input type="checkbox"/>
12.	Raum für zusätzliche Anmerkungen zu Punkt 11:
Wer hat Ihr Unternehmen bei der Planung des kombinierten Prozesses unterstützt? (Mehrfachangaben möglich inkl. zusätzlicher Anmerkungen)	
13.	Interne Expertise (z.B: BGF-Expertin/Experte, Arbeitspsychologin/Arbeitspsychologe, Arbeitsmediziner/in, Sicherheitsfachkraft) <input type="checkbox"/>
	Externe Expertise (z.B: BGF-Expertin/Experte, Arbeitsinspektorat, AUVA, Arbeitspsychologin/Arbeitspsychologe, Arbeitsmediziner/in, Sicherheitsfachkraft,) <input type="checkbox"/>
	Unter Zuhilfenahme des Leitfadens Psychische Gesundheit <i>Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung</i> <input type="checkbox"/>

Wer setzt(e) den kombinierten Prozess für Ihr Unternehmen um? (z.B: BGF-Expertin/Experte, Arbeitspsychologin/Arbeitspsychologe, Arbeitsmediziner/in, Sicherheitsfachkraft, AUVA) (Mehrfachangaben möglich inkl. zusätzlicher Anmerkungen)			
14.	Interne Experten/Expertinnen	<input type="checkbox"/>	
	Externe Experten/Expertinnen	<input type="checkbox"/>	
15.	Haben Sie für die Umsetzung der BGF um eine Förderung beim Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) angesucht?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
16.	Zu Punkt 15: Aus welchen Beweggründen haben Sie um eine Förderung beim FGÖ angesucht?		
17.	Wie wurde der kombinierte Prozess geplant? Stellen Sie die – für ihr Unternehmen – elementaren Schritte in der kombinierten Umsetzung <u>kurz</u> dar.		

18.	Welche Schritte wurden in Ihrem Unternehmen bereits umgesetzt?	
19.	Was hat sich bisher an der Vorgehensweise bewährt?	
20.	Worin sehen Sie für das Unternehmen die Herausforderungen in der kombinierten Umsetzung?	
21.	Worin sehen Sie für das Unternehmen den Nutzen in der synergetischen Umsetzung?	
	<input type="checkbox"/>	Berücksichtigung des ganzheitlichen Ansatzes (Verhältnisse & Verhalten, Arbeitszufriedenheit, Mitarbeiter/innenbindung, Wohlbefinden).
	<input type="checkbox"/>	Fördermöglichkeit durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) für die Umsetzung der BGF.
	<input type="checkbox"/>	Imagesteigerung des Unternehmens durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF für die MA.
	<input type="checkbox"/>	Imagesteigerung des Unternehmens nach Außen, durch die zusätzliche freiwillige Leistung der BGF als Anreiz für neue MA.

	<input type="checkbox"/>	Schonung von Ressourcen z.B. durch eine definierte verantwortliche MA für beide Themen, durch eine kombinierte Mitarbeiter/innenbefragung, durch kombinierte Fokusgruppen.
22.	Raum für zusätzliche Anmerkungen zu Frage 21:	
23.	Wie ist die Nachhaltigkeit geplant? <i>(NUR eine Nennung möglich und BITTE begründen Sie Ihre Angaben <u>kurz</u>)</i>	
	Weiterführung <u>nur</u> der kombinierten Umsetzung.	<input type="checkbox"/>
	Weiterführung <u>nur</u> der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ASchG.	<input type="checkbox"/>
	Im Unternehmen gibt es bereits eine moderne betriebliche Gesundheitspolitik basierend auf den drei Säulen des ArbeitnehmerInnenschutzes, der BGF und des Wiedereingliederungsmanagements.	<input type="checkbox"/>
	Der Aufbau einer modernen betrieblichen Gesundheitspolitik basierend auf den drei Säulen des ArbeitnehmerInnenschutzes, der BGF und des Wiedereingliederungsmanagements wird geplant.	<input type="checkbox"/>

	<p>Sonstige Vorgehensweise.</p>	<input type="checkbox"/>
24.	<p>Was würden Sie anderen Unternehmen empfehlen, wenn diese die Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung mit der BGF kombinieren wollen?</p>	

VIELEN DANK FÜR IHRE WERTVOLLE MITARBEIT!

I Ergänzungen zu den Ergebnissen

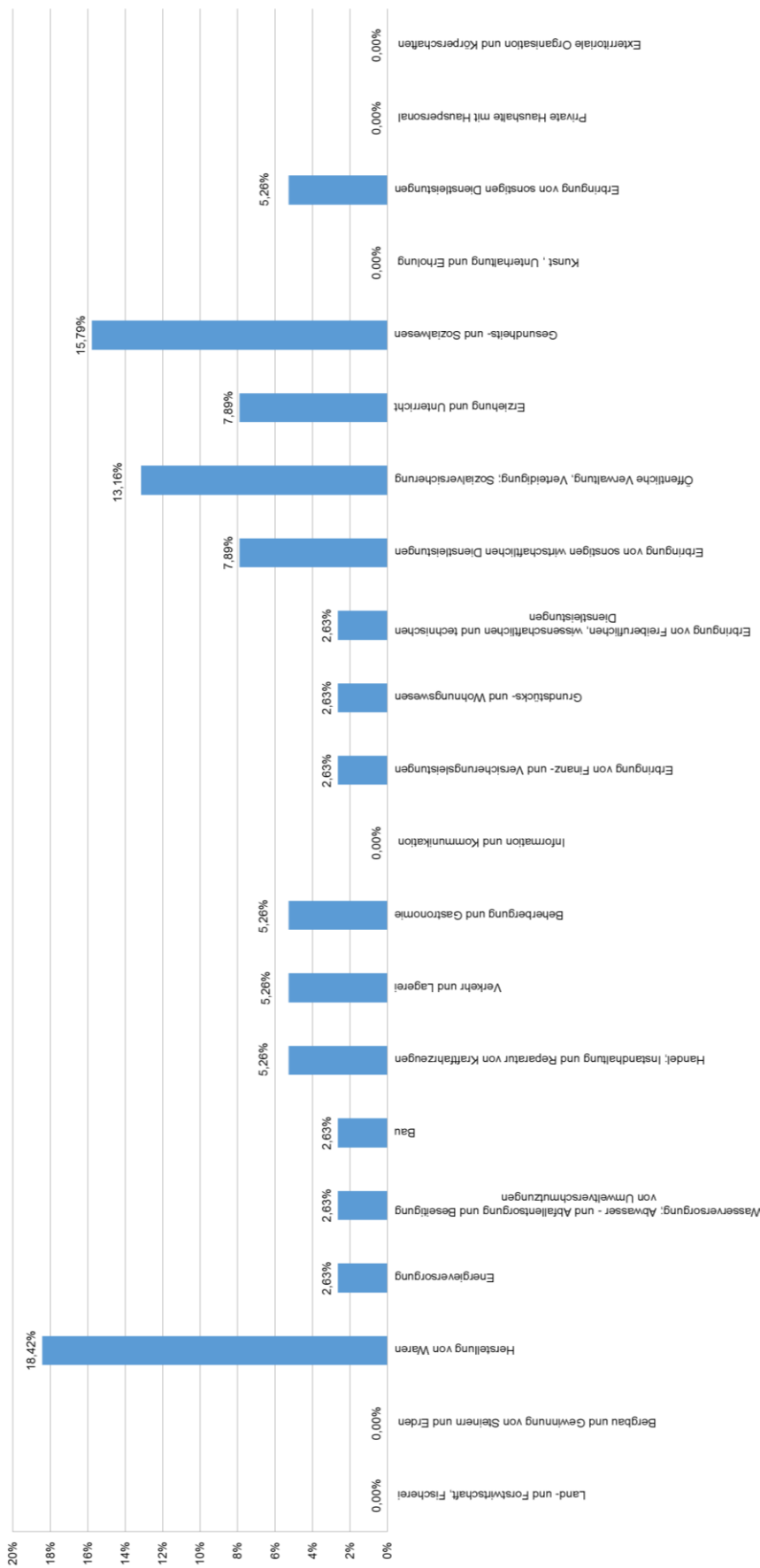
Folgende Unternehmen haben im Rahmen der Online-Befragung und der Interviews ihren Namen angegeben und die Erlaubnis dazu gegeben, dass sie veröffentlicht werden dürfen.

Ihnen danke ich im Besonderen, dass Sie an der Befragung bzw. am Interview teilgenommen haben.

Abbildung 24: Firmennamen der Befragungs- bzw. Interviewteilnehmer/innen (n=18)

ACP Business Solution
Autohaus PREM GmbH
AUVA
DEAKON Degen GmbH
Drei Firmen an einem Standort: IBIDEN Porzellanfabrik Frauenthal GmbH PPC Insulators Austria GmbH Ceran Liegenschaftsverwaltung GmbH
Georg Fischer GmbH & Co KG
ISOP Forum für gesellschaftspolitische Alternativen
KAGes Textilservice
Lebenshilfe Mürztal
Neuson Hydrotec GmbH
Norske Skog Bruck
Panther Apotheke
Psychosoziales Netzwerk
PVA
Sappi Austria Produktions GmbH & Co KG
Schäffer Transport GesmbH
Stadt Graz
VESCON Systemtechnik

Abbildung 25: Branche der Befragungsteilnehmer/innen nach ÖNACE Struktur - 2008



J Exkurs: Mögliche Handlungsebenen in der BGF

In Abbildung 26 werden Beispiele von Handlungsansätzen auf den unterschiedlichen Ebenen im Betrieb – für die Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen im Rahmen der BGF – gegeben.

Abbildung 26: Beispiele für Handlungskonsequenzen nach Ursachenanalyse

Problemfelder	Individuelle Ebene	Teamebene	Organisationsebene
Stress	Entspannungstechniken; Individuelle Stressbewältigung	Konfliktbewältigung	Arbeitsorganisation optimieren
Rückenbeschwerden	Bewegungstraining	Führungsverhalten optimieren	Ergonomie verbessern Kommunikationskultur optimieren
Übergewicht	Ernährungsumstellung	Stressbewältigungsmethoden im Team	Kantinenverpflegung und Pausengestaltung optimieren
Schlafstörungen	Autogenes Training; Individuelle Empfehlungen zur verbesserten Kooperation im Team	<u>Teamkultur</u> : Arbeits- und Zeitpläne altersgerecht und typenspezifisch gestalten	Schichtmodell optimieren
Überlastungsgefühle	Methoden des Selbstmanagements, der Selbstorganisation	Teamentwicklungsmaßnahmen zur verbesserten Kooperation im Team	<u>Unternehmenskultur</u> : Bildungsmaßnahmen zum Thema psychosoziale Unterstützung und/oder Verhaltensänderung

(Quelle: eigene Darstellung nach Schneider, 2011, S. 99)