Magisterarbeit

Grünewald Christian

Mastr.Nr.: 300 382

Gruppe: GW MAG7

Abgabedatum: November 2010

UMIT private universität für gesundheitswissenschaften, medizinische informatik und technik

the health & life sciences university

Gründe für das Scheitern von betrieblichen Gesundheitsprojekten

Magisterarbeit von: Christian Grünewald

Im Rahmen des Studiums Gesundheitswissenschaften an der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik

Betreuer: Univ.-Prof. Dr. oec./MHA Bernhard J. Güntert

Betreuerbestätigung

Hiermit bestätige ich, die vorliegende Abschlussarbeit betreut zu haben, und ich befürworte damit die Abgabe der von mir insgesamt positiv benoteten Arbeit.

…….
Datum und Unterschrift des Betreuers

…….
(Name des Betreuers in Blockbuchstaben)

Annahme durch das Studienmanagement

am: ……

von: ……

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt

- den Interviewpartnern Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Dr. Christian Scharinger, Mag. Dr. Klaus Ropin, Mag.a Birgit Kriener, Prof. em. Dr. rer. Soc. Bernhard Badura, Dipl. Soz. David Beck, Ing. Mag. Gerhard Elsigan, Thomas Braun lic. iur., Mag. Ludwig Grillich, Dr. Bernd Hufnagl für ihre Gesprächsbereitschaft, die offenen, freundlichen und kritischen Interviews sowie die wertvollen inhaltlichen Ergänzungen und Anregungen,
- Herrn Univ. Prof. Dr. oec./MHA Bernhard Güntert für die Betreuung,
- den unterstützenden Personen Dipl. Ing. Kati Heinrich, Dr. Michael Hafner, Reg. Rat Helmut Ehrenstrasser und Assoc. Prof. Dr. Harald Stummer für ihr Engagement und Literaturbeschaffung,
- allen mir Nahestehenden, für die ich in den letzten Monaten wenig Zeit hatte und trotzdem für mich da waren,
- und im Besonderen meiner Frau Caroline, meiner Tochter Livia und meinen Eltern für die großartige Unterstützung und den emotionalen Beistand.

Zusammenfassung

Globalisierung der Wirtschaft, Tertiärisierung der Wertschöpfung, Digitalisierung der Betriebe, der erhöhte internationale Wettbewerbsdruck und Individualisierung der Arbeit sind jene Trends, die für Betriebe und Arbeitnehmer die Rahmenbedingungen schaffen und unsere Wirtschaft und Politik vor großen Herausforderungen stellen (Funk, Janssen, Lesch, 2004: 194). Parallel dazu nimmt der demographische Wandel, der eine veränderte Alterszusammensetzung der österreichischen Bevölkerung beschreibt, einen immer stärkeren Einfluss. Neben der sinkenden Geburtenrate und der steigenden Lebenserwartung, trägt auch der Rückgang der Erwerbstätigkeit unter den Jüngeren zu einem Fachkräftemangel bei (Schimany, 2003: 15ff). Folgen dieser Veränderungen bewirken eine veränderte Struktur der Erwerbsbevölkerung, die sich bis jetzt eher schleichend in den Unternehmen bemerkbar macht, aber in Zukunft deutlicher zu spüren sein wird (Priebe, 2006: 22f). Da diese Entwicklung sowie die Erhöhung des gesetzlichen Pensionsalters nicht mehr aufzuhalten ist, wird in Zukunft die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen davon abhängen, ob es gelingt, die Beschäftigungsfähigkeit vor allem der älteren Mitarbeiter zu sichern, und sie möglichst lange im Unternehmen zu halten. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist eine der wichtigsten Ansatzpunkte, um den alternden Belegschaften und den damit einhergehenden Problemen begegnen zu können (Bittner et al, 2008: 10). Zahlreiche Betriebe haben bereits erkannt, dass BGF-Maßnahmen nicht nur die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter erhöht, sondern auch den wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens steigert. Bei erfolgreichen Investitionen in gesundheitsfördernden Interventionen kann eine so genannte „Win-Win-Win-Situation“ für das Unternehmen, deren Mitarbeitern und das Gesundheitssystem geschaffen werden (Expertenkommission, 2004: 43ff).

Trotz zahlreicher Bemühungen und Initiativen, auf nationaler und internationaler Ebene, BGF wirtschaftlich attraktiver zu machen und weiterzuentwickeln blieb der große Erfolg bislang aus. Auch wenn es erfolgreiche BGF-Projekte und viele Best-Practice-Beispiele zum Vorzeigen gibt muss zugegeben werden, dass viele leise und lautlos scheitern, so dass daraus kaum etwas gelernt werden kann. BGF, verstanden als partizipative Organisationsentwicklung, ist ein permanenter Lernprozess, dessen Voraussetzung eine gesunde Unternehmens- / Fehlerkultur ist, die das Aufzeigen von Fehlern oder Beinahefehlern erwünscht.

In dieser Arbeit werden Faktoren die für ein Scheitern (Mangelnde Sensibilisierung, kein Support von der Führung, Ängste und Misstrauen der Mitarbeiter, etc.) von BGF-Projekten in Frage kommen, mittels Literaturrecherchen und Experteninterviews, zusammengefasst und anschließend Empfehlungen vorgestellt.

Abstract

Globalization of the economy, tertiary value creation, digitization of business processes and company assets, the increased international competition, and individualization of work are those trends that create the framework conditions for enterprises and workers. These trends present great challenges to our economy and policy (Funk, Janssen, Lesch, 2004: 194). Simultaneously the Austrian population undergoes a demographic change seriously affecting labor markets and the world of work: a sagging birth rate, an increasing life expectancy as well as the mounting unemployment of young adults, all contribute to a shortage of skilled workers (Schimany, 2003: 15ff).

These changes result in a different structure of the working population, which is already affecting companies, though barely noticeable for the time being. However the effect will be felt more clearly in the near future (Priebe, 2006: 22f). As this development imposes an inevitable raise of the mandatory retirement age, an economy's competitiveness will depend on the ability to involve and employ older workers and, in particular, to bind them to the company, and retain them as long as possible. Corporate Health Promotion is one of the most promising venues to meet the challenges of an aging workforce (Bittner et al, 2008: 10). Many enterprises have already realized that Corporate Health Promotion measures not only increase health and well being of employees, but also significantly contribute to the economic success of the company. With successful investments in health-promoting interventions, a so-called "win-win-win situation" can be achieved for the company, its employees and the health system (Expertenkommission, 2004: 43ff). Despite numerous efforts and initiatives at national and international levels to make Corporate Health Promotion economically attractive results are disappointing.

Although there are successful Corporate Health Promotion-projects and plenty of best-practice examples, one has to keep in mind that many fail softly and quietly. Therefore, very few conclusions can be drawn. Corporate Health Promotion understood as an organizational development based on participation, is an ongoing learning process requiring healthy corporate practice and failure management allowing the reporting of failures or near failures.

In this study, factors that impact the failure of Corporate Health Promotion-projects like the lack of awareness, no support from leadership, fears and distrust of employees etc. have been summarized using literature research and expert interviews. After this, recommendations were presented.

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AschG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
ENBGF	Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
et al.	und andere (Autoren)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
KMU	Klein- und Mittelunternehmen
OENBGF	Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
WHO	World Health Organization
WIFO	Wirtschaftsforschungsinstitut
WKÖ	Wirtschaftskammer Österreich

Inhaltsverzeichnis

1 STATISTISCHE DATEN UND PROGNOSEN 1

1.1 EINLEITUNG 1

1.2 KRITERIEN FÜR GESUNDHEITSPOLITISCHE ENTSCHEIDUNGEN UND MAßNAHMEN BEZÜGLICH GESUNDHEIT AM ARBEITSPLATZ 2

1.2.1 DEMOGRAPHISCHER WANDEL 2

1.2.1.1 Fazit 6

1.2.2 ARBEITSBEDINGTE ERKRANKUNGEN 6

1.2.2.1 Fazit 11

1.2.3 FEHLZEITEN 11

1.2.3.1 Fazit 14

1.2.4 INVALIDITÄT 14

1.2.4.1 Fazit 16

1.3 RESÜMEE 16

2 HISTORISCHE ENTWICKLUNG UND GESETZLICHE RAHMENBEDINGUNGEN DER BGF 20

2.1 EINLEITUNG 20

2.2 MEILENSTEINE DER BGF 21

2.2.1 SUNDSVALL 24

2.2.2 JAKARTA-DEKLARATION 25

2.2.3 LUXEMBURGER DEKLARATION 25

2.2.4 CARDIFF MEMORANDUM 26

2.2.5 BARCELONA DEKLARATION 26

2.2.6 BANGKOK CHARTA 26

2.2.7 AKTIONSPROGRAMME 26

2.3 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN ÖSTERREICH 27

2.3.1 HISTORISCHER ENTWICKLUNG 27

2.3.2 ÖSTERREICHISCHES NETZWERK FÜR BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (OENBGF) 30

2.3.3 FONDS GESUNDES ÖSTERREICH (FGÖ) 30

2.3.4 GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH (GÖG) 31

2.3.5 AKTIVITÄTEN AUF SEITEN DER VERSICHERUNGEN 31

2.4 RÜCKBLICK DER BGF 32

2.4.1 BGF-RÜCKBLICK DEUTSCHLAND 32

2.4.2 BGF-RÜCKBLICK ÖSTERREICH 34

2.4.2.1 Auszüge aus Bilanzberichten 34
2.4.3 BGF-RÜCKBLICK DER ENWHP 38
2.4.4 FAZIT 39

3 GESUNDHEITSFÖRDERUNG 40

3.1 ENTWICKLUNG 40
3.2 DER GESUNDHEITSBEGRIFF 41
3.2.1 DIE SICHTWEISE DER WHO 41
3.2.2 OBJEKTIVER VS. SUBJEKTIVER GESUNDHEITSBEGRIFF 42
3.2.3 DAS SOZIOPSYCHOSOMATISCHE MODELL 42
3.2.4 DIE NEUE WHO-DEFINITION 43
3.3 PAHTOGEN VS. SALUTOGEN 44
3.3.1 PATHOGENESE 44
3.3.2 SALUTOGENESE 44
3.3.3 PARADIGMENWECHSEL 44
3.4 RESSOURCEN 45
3.4.1 RESSOURCENARTEN 46
3.4.2 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG 47
3.4.3 KOHÄRENZGEFÜHL 48
3.4.4 STRESS 48
3.5 KONZEPT DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG 51
3.5.1 DEFINITION 51
3.6 PRÄVENTION VS. GESUNDHEITSFÖRDERUNG 53
3.6.1 PRÄVENTION 54
3.6.2 KLASSIFIKATION 55
3.6.3 VERHALTENSPRÄVENTION VS. VERHÄLTNISPRÄVENTION 58
3.6.4 INTERVENTIONSFORMEN DER PRIMÄRPRÄVENTION 59
3.6.4.1 Individuell ansetzende Prävention 60
3.6.4.2 Setting basierte Primärprävention 60
3.6.4.3 Gruppen oder bevölkerungsbezogene Primärprävention 61
3.7 SETTING-ANSATZ 61
3.7.1 ENTWICKLUNG DES SETTING-ANSATZES 61
3.7.2 DEFINITION 62
3.7.3 VORTEILE DES SETTINGS FÜR DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG 65

4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSPOLITIK (BGP) 66

4.1 ALLGEMEINES 67
4.1.1 DEFINITION 67
4.1.2 AUFGABEN DER BGP 67
4.1.3 UMSETZUNG DER BGP 68
4.1.4 AUFBAU DER BGP 69
4.1.5 SOZIAL- UND HUMANKAPITAL 69
4.2 ARBEITNEHMERSCHUTZ 71
4.2.1 DEFINITION 71
4.2.2 ZIEL DES ASCHG 72
4.2.3 ARBEITNEHMERSCHUTZ VS. BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG 72
4.2.4 SICHERHEITS- UND GESUNDHEITSMANAGEMENTSYSTEM „SGM“ 74
4.2.4.1 Definition 74
4.3 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF) 75
4.3.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG 76
4.3.1.1 Ziel 76
4.3.1.2 Leitlinien 77
4.3.1.3 Qualitätskriterien 77
4.4 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG (BGF) VS. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT (BGM) 79
4.4.1 UNTERSCHIEDLICHE DEFINITIONEN ZU BGF UND BGM 79
4.4.1.1 Der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ 79
4.4.1.2 Der Begriff „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ 80
4.4.2 FAZIT 81
4.5 HUMAN-RESSOURCE-MANAGEMENT (HRM) UND PERSONALENTWICKLUNG (PE) 81
4.5.1 GEMEINSAMKEITEN: 81
4.5.2 ZIEL DER PE 82
4.5.3 DEFINITION VON PE 82
4.6 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM SINNE DER ORGANISATIONSENTWICKLUNG 83
4.6.1 DEFINITION VON ORGANISATION 83
4.6.2 BGF ALS ORGANISATIONSENTWICKLUNG 85
4.6.2.1 Organisationsentwicklung 85
4.6.3 ORGANISATIONALES LERNEN ALS VERBESSERUNGSPROZESS 86
4.6.4 FORMEN DES ORGANISATIONALEN LERNENS: 88
4.6.5 WIDERSTÄNDE DER BESCHÄFTIGTEN 90
4.6.6 DIE ROLLE DES BERATERS 90

4.6.7 BGF vs. OE 91
4.6.8 Basisinstrumente der OE 93
4.6.8.1 Partizipation 96
4.6.8.2 Empowerment 98
4.6.9 Gemeinsamkeiten: von OE und BGF 98
4.6.10 Unterschiede von OE und BGF 99
4.7 Die Vision einer gesunden Organisation 100
4.7.1 Arbeitsbedingungen und Gesundheit 101
4.7.1.1 Demand / Control-Modell 101
4.7.1.2 Anforderungs- / Belastungskonzept 102
4.7.2 Arbeitsverhalten 103
4.7.3 Arbeitsbedingungen 103
4.7.4 Arbeitssituation 103
4.7.5 Organisationspathologien 105
4.7.6 Gesunde Führung 106
4.7.7 Unternehmenskultur 106
4.7.7.1 Definition 106

5 BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT 108

5.1 Projektmanagement 108
5.1.1 Leitfaden für ein BGF-Projekt 109
5.1.2 Auftragserklärung 110
5.1.3 Verlauf eines Projektmanagements: 110
5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung als Managementprozess 113
5.3 Interventionsinstrumente 115
5.4 Instrumente der BGF 117
5.4.1 Diagnose 117
5.4.2 Interventionsplanung 118
5.4.3 Interventionsdurchführung 118
5.4.4 Evaluation 118
5.5 Geeignete Instrumente der BGF 120
5.6 Die Verankerung des Gesundheitsmanagements (GM) im Unternehmen 123
5.6.1 BGM als Integrationsaufgabe 125
5.6.2 Kommunikation 127
5.6.3 Nutzen und Wirksamkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) 128
5.6.4 Ökonomischer Nutzen 129
5.6.5 Wirkung der BGF 130

5.6.5.1 Nutzen aus der Sicht der Beschäftigten: 130
5.6.5.2 Nutzen aus der Sicht des Unternehmens: 131
5.6.6 GESUNDHEITLICHE EFFEKTE DER BGF-MAßNAHMEN 131

6 FORSCHUNGSGEGENSTAND UND AUSWERTUNG 133

6.1 EINLEITUNG 133
6.2 PROBLEMBESCHREIBUNG 133
6.3 UNTERSUCHUNGSVORGEHEN 134
6.4 ERHEBUNGSMETHODE 134
6.4.1 EXPERTENINTERVIEW 135
6.4.1.1 Leitende Forschungsfragen 135
6.4.1.2 Experten 135
6.4.1.3 Leitfaden 135
6.4.2 TRANSKRIPTION 136
6.4.3 QUALITATIVE INHALTSANALYSE 137
6.4.3.1 Vorstellung des Materials und Forschungsstand 137
6.4.3.2 Festlegung des Materials 138
6.4.3.3 Analyse der Entstehungssituation 138
6.4.3.4 Formale Charakteristika des Materials 138
6.4.3.5 Fragestellung der Analyse 138
6.4.3.6 Ablauf der Analyse 139
6.5 ERGEBNISDARSTELLUNG 141
6.5.1 AUSWERTUNG DER FRAGEN 142
6.5.1.1 Einstiegsfrage: Wie schätzen Sie die Entwicklung der BGF in den letzten Jahren ein? 142
6.5.1.2 Problemzentrierte Fragen 144
6.5.1.3 Ad-hoc-Fragen Allgemein 162
6.5.1.4 Abschlussfrage: Welche Aktionen wären seitens der Gesundheitspolitik notwendig, um die BGF in Zukunft attraktiver / erfolgreicher zu machen? 166

7 AUSBLICK UND EMPFEHLUNGEN 167

7.1 ALLGEMEINE EMPFEHLUNGEN 169
7.2 EMPFEHLUNGEN AUS DEN EXPERTENINTERVIEWS 170

8 FAZIT 173

9 LITERATUR 174

ANHANG 184

TABELLEN 184

1 Statistische Daten und Prognosen

1.1 Einleitung

Globalisierung und Strukturwandel der Wirtschaft haben den Zeitdruck, die Komplexität der Arbeit und die Verantwortung der Beschäftigten deutlich erhöht. Internationale Organisationen sind der Auffassung, dass sich dieser Trend in Zukunft noch verstärken wird. (Expertenkommission, 2004: 74). Nach Rantanen (2001) führt diese Entwicklung häufig „zu einer Intensivierung der Arbeit und einer Verstärkung von Unsicherheit, Ängsten, Misstrauen und Hilflosigkeitsgefühlen sowie Angst vor Arbeitslosigkeit unter den Beschäftigten mit möglichen Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auf die Produktivität der Unternehmen und die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen.“ (Expertenkommission, 2004: 30).

In den Betrieben werden sich die demografisch bedingten Veränderungen eher noch schleichend bemerkbar machen, aber in den nächsten Dekaden werden diese Prozesse hinsichtlich der Personalstrukturen deutlich spürbarer sein. So wird es für Unternehmen unvermeidbar sein die Beschäftigungsfähigkeit älterer Arbeitskräfte, aus Mangel an jüngeren Fachkräften, zu fördern, „bzw. bei einer relativen Alterung aller Mitarbeiter die gesundheitliche Prävention und die langfristige Beschäftigungsfähigkeit aller Mitarbeiter zu verbessern.“ Damit die Beschäftigungsfähigkeit des Personals und die betriebliche Wettbewerbsfähigkeit zukünftig gesichert werden können sind Maßnahmen für die Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten eine unverzichtbare Notwenigkeit. (Hardes, Holzträger, 2009: S. 6ff).

Folgende Informationen über den demographischen Wandel, krankenstandsbedingte Fehlzeiten und deren Kosten machen uns deutlich, wie wichtig gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen (Krankenprävention und Gesundheitsförderung) für unsere wirtschaftliche Zukunft sind. Diese Daten und Zahlen unterstreichen die Notwendigkeit betriebliche Gesundheitsanalysen durchzuführen und den zukünftigen Strukturwandel der Wirtschaft zu berücksichtigen, um gesundheitsfördernde Interventionen effizient und effektiv umzusetzen. In den nächsten Kapiteln werden die aktuelle Situation und die geschätzten Prognosen für Österreich und Europa mittels Fakten dargestellt.

1.2 Kriterien für gesundheitspolitische Entscheidungen und Maßnahmen bezüglich Gesundheit am Arbeitsplatz

1.2.1 Demographischer Wandel

Der Begriff des demographischen Wandels beschreibt die Veränderungen der Determinanten Sterblichkeit, Fruchtbarkeit, Wanderungen, sowie die sich daraus ergebenden Veränderungen in der Alterszusammensetzung der Bevölkerung. Dieser Wandel wird in den kommenden Jahrzehnten eine Reihe von Veränderungen am Arbeitsmarkt und in den Betrieben mit sich bringen. Große Aufmerksamkeit wird in diesem Zusammenhang der Verschiebung der Alterszusammensetzung der Erwerbstätigen gewidmet.

Die Statistik Austria prognostiziert im „Demographischen Jahrbuch 2008“ einen Zuwachs der österreichischen Bevölkerung bis zum Jahr 2050 von knapp 14% gegenüber dem Jahr 2008. Am 1.1.2009 lebten insgesamt 8.355.260 Menschen in Österreich (Abb. 1), deren Zahl bis zum Jahr 2050 auf 9,47 Mio. heranwachsen soll. Seit dem Jahr 2000 betrug die jährliche Wachstumsrate 0,5% (Höfner, 2009: 18).

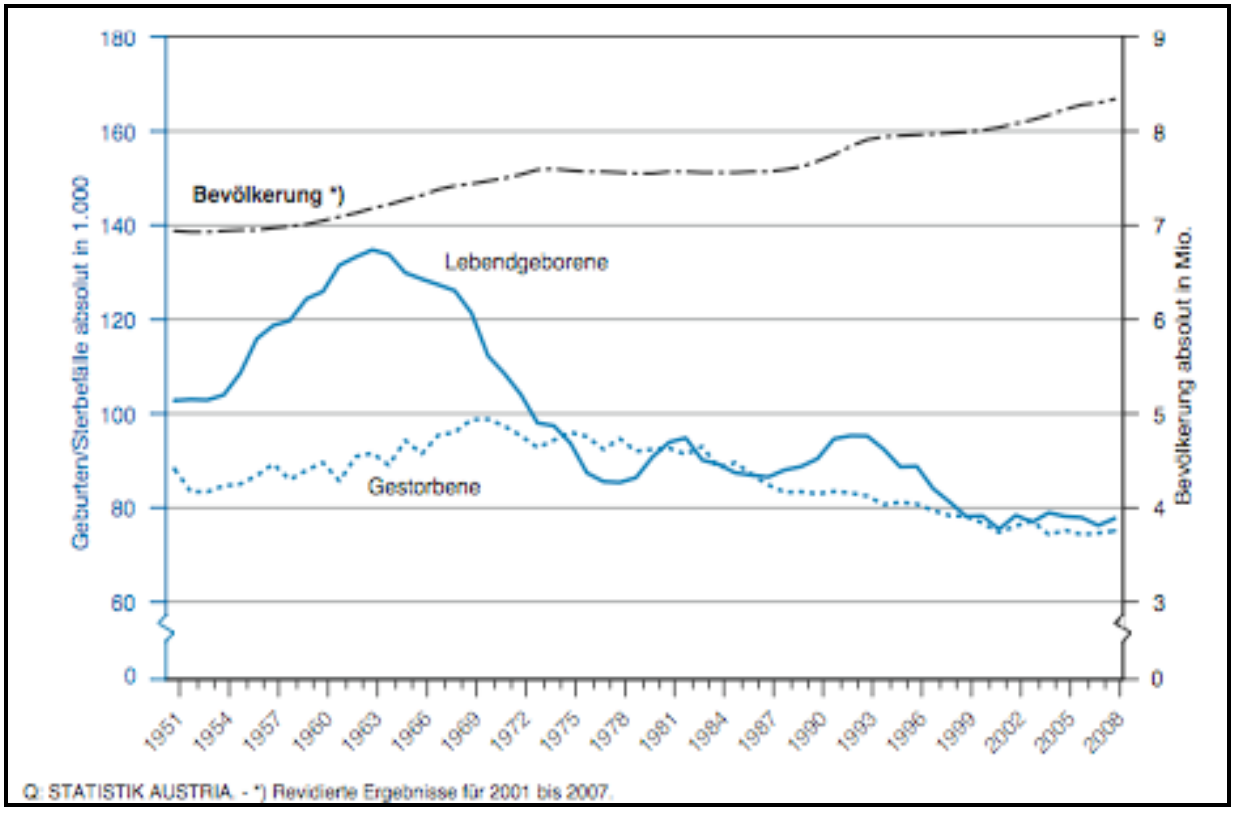


Abb. 1: Lebendgeborene, Gestorbene, Einwohnerzahl 1951-2008 (Quelle: Statistik Austria, 2009: 18)

Während die Gesamtbevölkerung in den nächsten Jahrzehnten wächst, verändert sich parallel dazu auch die Altersstruktur (Abb. 2). (Höfner, 2009: 48).

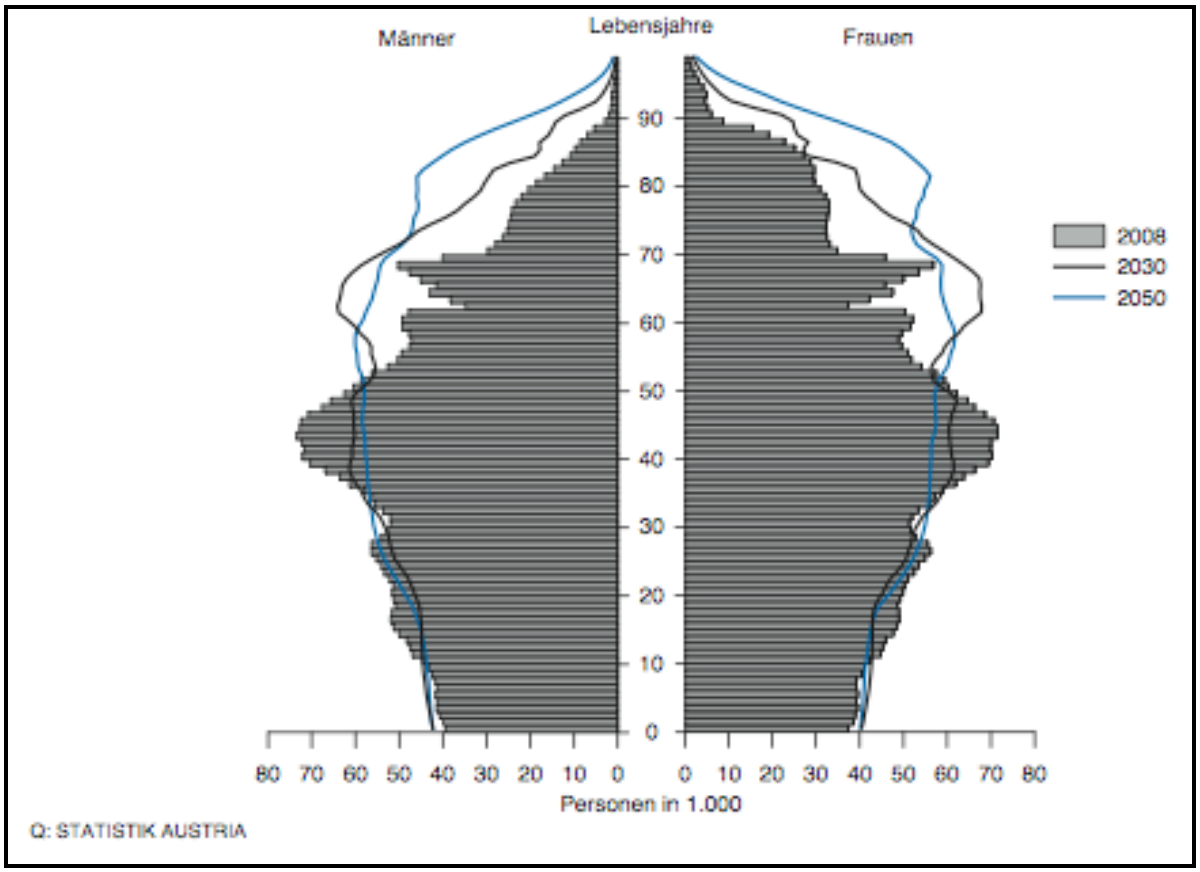


Abb. 2: Bevölkerungspyramide 2008, 2030 und 2050 (mittlere Variante) (Statistik Austria, 2009: 48)

Die Zahl der unter 15-Jährigen Personen sinkt in den nächsten Jahren weiter ab, wobei die Altersgruppe der über 60-Jährigen stark zunehmen wird (Abb. 3). Die erwerbsfähige Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 60 Jahren wird zwar auf Grund der Zuwanderung leicht steigen, aber längerfristig doch sinken. (Höfner, 2009: 49).

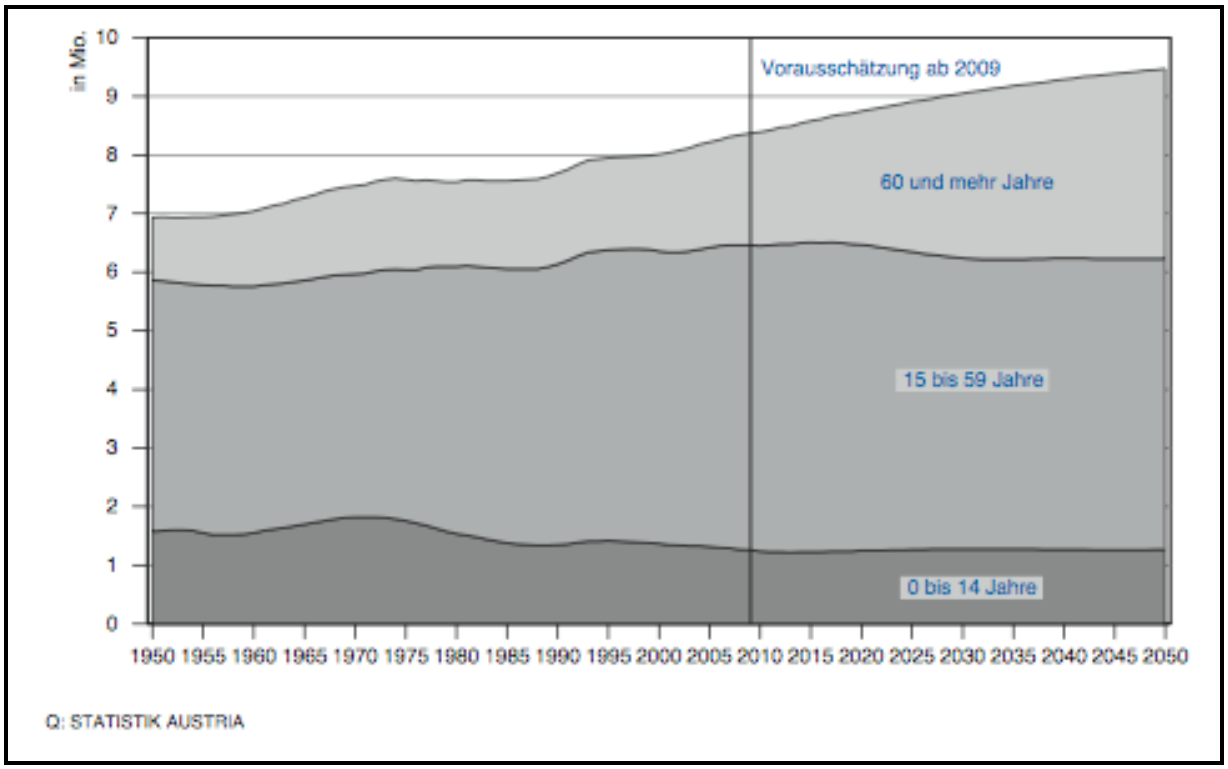


Abb. 3: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1959-2050 (mittlere Variante) (Statistik Austria, 2009: 50)

In prognostizierten Zahlen ausgedrückt, steigt die erwerbsfähige Bevölkerung bis zum Jahr 2015 um 2% auf 5,28 Mio. an und sinkt anschließend bis 2030 um 4% auf 4,96 Mio., ausgehend vom Jahr 2008 (5,19 Mio.). Die Bevölkerung im Pensionsalter von über 60 Jahren wird im Jahr 2015 ein Plus von 10% (auf 1,88 Mio.) erreichen und im Jahr 2030 sogar um 49% (auf 2,81 Mio.) ansteigen. Drastisch verändern wird sich der Anteil der über 75-jährigen Menschen. Er betrug im Jahr 2008 noch 666.000 Personen und wird 2030 auf 1,02 Mio. anwachsen. Dieser Anteil an der Gesamtbevölkerung Österreichs wird sich bis zum Jahr 2050 verdoppelt haben. Weiterhin niedrig ist die Gesamtfertilitätsrate, welche bei 1,41 Kindern pro Frau liegt und konstant bleiben soll (Abb. 4). Die Einwohnerzahl geht somit zum überwiegenden Teil auf das Konto der positiven internationalen Wanderungsbilanz. (Höfner, 2009: 19). Um die Bevölkerungszahl langfristig konstant zu halten, müssten aber 2,1 Kinder pro Frau geboren werden (BMGF, 2005b: 14).

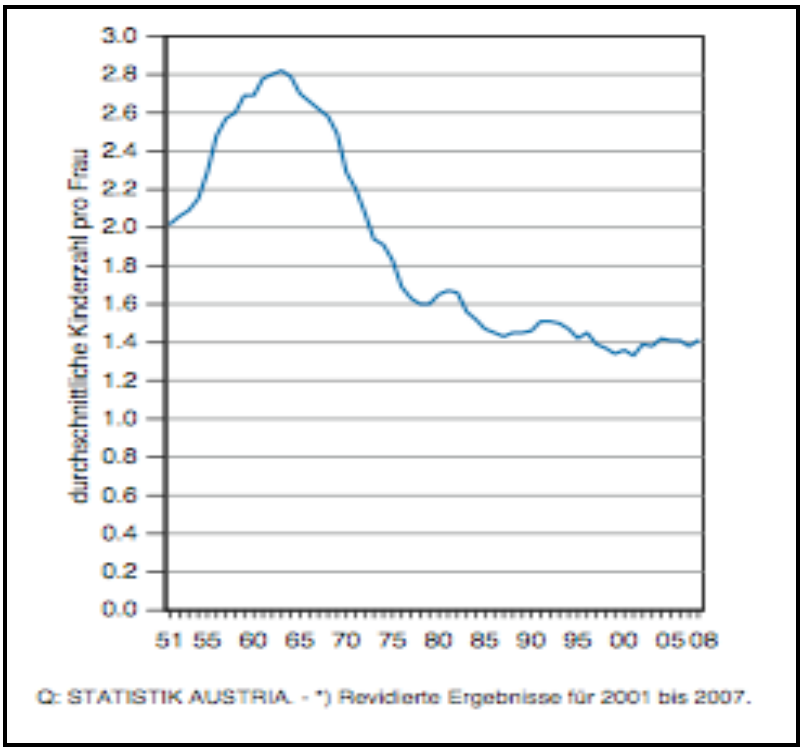


*Abb. 4: Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau (1951-2008), *Periodenfertilitätsrate (Statistik Austria, 2009: 25)*

Das demographische Altern zeigt sich auch im steigenden Durchschnittsalter der Gesamtbevölkerung, welches im Prognosezeitraum bis 2050 um 5,8 Jahre zunimmt, d.h. von derzeit 41,1 Jahre (2008) auf 46,9 Jahre (2050) ansteigt. (Höfner, 2009: 50). Die Lebenserwartung erhöhte sich seit 1970 für Männer um insgesamt 11,2 Jahre sowie für Frauen um 9,6 Jahre. Nach der derzeitigen Sterblichkeitsstatistik kann ein 60-jähriger Mann damit rechnen, durchschnittlich 81,3 Jahre alt zu werden, eine 60-jährige Frau 85,1 Jahre. (Abb. 5). (Höfner, 2009: 31).

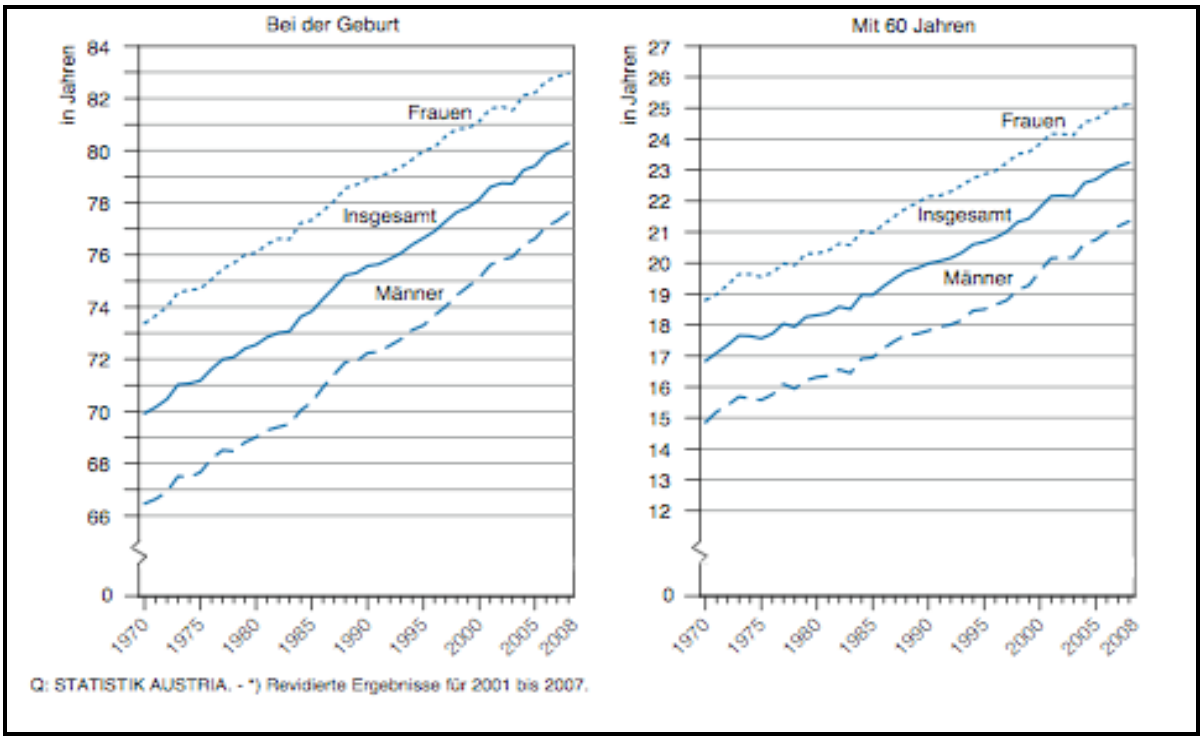


Abb. 5: Lebenserwartung bei der Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1970-2008 (Statistik Austria, 2009: 31)*

1.2.1.1 Fazit

Sinkende bzw. gleich bleibende Geburtenraten und die kontinuierlich zunehmende Lebensdauer führen zu einer erheblichen Veränderung der Altersstrukturen und schließlich zu einem Bevölkerungsrückgang. Arbeitsmodelle, Produkte und Dienstleistungen müssen sich den veränderten Bedürfnissen der immer älter werdenden Bevölkerung anpassen. Dabei rückt die betriebliche Gesundheitsförderung immer mehr in den Vordergrund, mit dem Ziel die gesundheitlichen Risiken der alternden Belegschaft durch gesundheitsfördernde Maßnahmen zu reduzieren, da man eine Erhöhung der Krankenstände mit Anhebung der Erwerbsquote von älteren Personen erwarten kann. (Leoni, 2008: 123).

1.2.2 Arbeitsbedingte Erkrankungen

Im folgenden Abschnitt wird deutlich gemacht, wie sinnvoll eine Erhebung von arbeitsbedingten Belastungsfaktoren in Unternehmen ist, um konkrete Maßnahmen und Programme zur Verringerung von arbeitsbedingten Krankheiten zu entwickeln. Das Setting Arbeitsplatz eignet sich bestens dazu, Belastungen zu messen und Risikofaktoren aufzuzeigen. Arbeitsbedingte Erkrankungen sind im Berufsleben auf unterschiedliche Belastungsfaktoren am Ar-

beitsplatz zurückzuführen. Nach einer Studie der WIFO vom März 2008 kann eine signifikante Wechselbeziehung zwischen den meisten Krankheiten sowie gesundheitlichen Beschwerden mit den Belastungen am Arbeitsplatz hergestellt werden. (Biffl, 2008: 12). Vor allem Beschwerden des Bewegungsapparates und psychosoziale Erkrankungen sind nach Meinung der Erwerbstätigen Folgeerscheinungen der beruflichen Belastung. Erkrankungen des Bewegungsapparates, die mit der Erwerbstätigkeit in Verbindung gebracht werden, machen die Hälfte der Gesundheitsprobleme aus. Rund ein Fünftel der arbeitsbedingten Gesundheitsstörungen sind auf Depressionen, Stress und Angstzustände zurückzuführen.

Ergonomische Belastungsfaktoren (Tab. 1) die sich direkt auf das physische Wohlbefinden der unselbständig Erwerbstätigen negativ auswirken, werden bei den Österreichern wie in der EU 15 zu fast gleichen Prozentsätzen angegeben. In Tabelle 2 werden die Belastungsfaktoren aller Erwerbstätigen von Österreich, Deutschland und EU 15 dargestellt.

Tab. 1: Ergonomische Belastungsfaktoren der Unselbständigen (Biffl, 2008: 14); Anmerkung 1: Repetitive Bewegungen umfassen Tätigkeiten an Maschinen oder Fließbändern und Büroarbeiten. Anmerkung 2: EU15 ist ein Verbund von 15 Staaten in der Europäischen Union bis 2003.

Vergleich Österreich zu EU 15, unselbständig Beschäftigte in der Altersgruppe 15 bis 64

	EU 15	Österreich
	In %	
Schmerzhafte Haltungen	31,2	26,9
Schwere Lasten	21,9	21,1
Repetitive Bewegungen	45,8	40,7
Persönliche Schutzausrüstung	24,8	22,5

Q: European Survey on Working Conditions 2000; WIFO-Berechnungen. – Bei Belastungsfaktoren mit mehreren Ausprägungen wurden die Fälle "immer", "fast immer", "drei Viertel der Zeit" und "die Hälfte der Zeit" herangezogen.

Tab. 2: Vergleich selektierter Belastungsfaktoren aller Erwerbstätigen von Österreich zu Deutschland und der EU 15 (Biffl, 2008: 18).

Alle Erwerbstätigen	Österreich	Deutschland	EU 15	Rang Österreich in EU 15
Vibrationen	17,6	17,5	16,8	6
Lärm	14,1	18,9	20,2	14
Abgase, Staub	13,1	12,0	15,4	11
Chemikalien	7,4	6,5	9,4	9
Schmerzhafte Haltungen	27,1	25,8	32,8	12
Schwere Lasten	21,5	19,7	22,8	7
Tragen von Schutzausrüstung	20,3	29,0	25,0	9
Repetitive Tätigkeiten	37,5	33,4	46,1	14
Hohes Arbeitstempo	47,0	43,6	43,6	5
Kurzfristige Termine	53,8	51,6	47,8	3
Numerische Produktionsziele	25,1	26,5	30,5	13
Taktgebundene Arbeit	17,6	19,8	20,2	11

Q: Europäische Stiftung, http://www.eurofound.europa.eu/ewco/3wc/3wcindex.htm; WIFO-Berechnungen. – Bei Belastungsfaktoren mit mehreren Ausprägungen wurden die Fälle "immer", "fast immer", "drei Viertel der Zeit" und "die Hälfte der Zeit" herangezogen.

Auffallend ist, dass der berufliche Alltag österreichischer Erwerbstätiger durch hohe Arbeitsintensität und Zeitdruck geprägt ist (Abb. 6). Im Jahr 2005 gaben etwa 60% der österreichischen Erwerbstätigen an, einem hohen Arbeitstempo ausgesetzt zu sein und 42% konnten die vorgegebenen Zeiten zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht einhalten.

In der arbeitsmedizinischen Literatur wird eine folgende Hypothese aufgestellt, dass arbeitsbedingter Stress sich ganz besonders stark auf die Gesundheit auswirkt, wenn der Betroffene zusätzlich einen geringen Handlungsspielraum hat, kein autonomes Handeln möglich ist und zu hohen Anforderungskapazitäten ausgesetzt ist (Tab. 3).

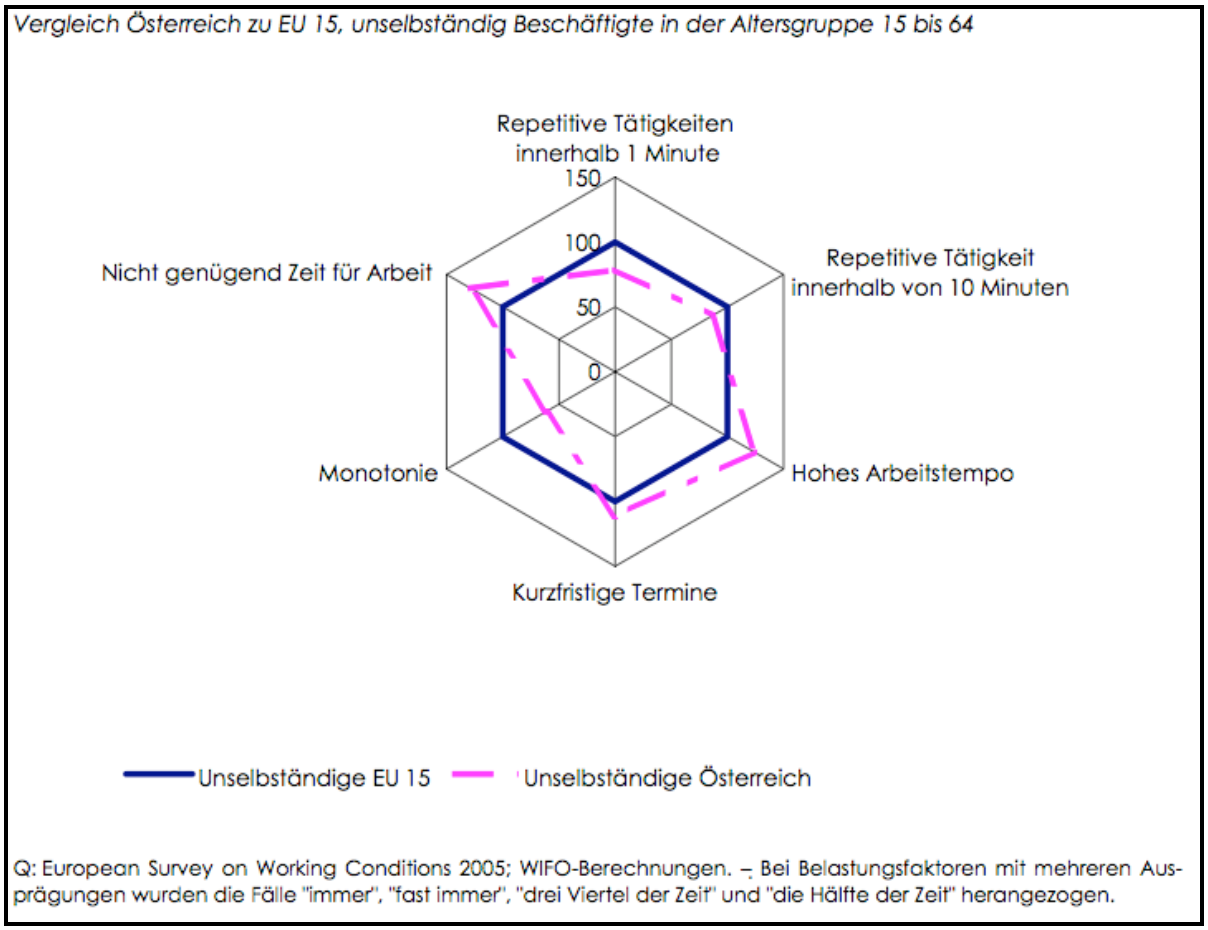


Abb. 6: Organisationale Belastungsfaktoren im Jahr 2005 (Biffl, 2008: 39)

Tab. 3: Indikatoren für Jobkontrolle, 2000 und 2005 (Biffl et al., 2009: 17)

Vergleich Österreich zu EU 15, unselbständig Beschäftigte in der Altersgruppe 15 bis 64

Befragte/r hat Einfluss auf ...	EU 15		Österreich	
	2000	2005	2000	2005
Reihenfolge der Aufgaben	60,5	59,2	58,5	57,6
Arbeitsmethoden	67,1	64,3	61,7	55,5
Tempo oder Einteilung der Arbeit	66,6	64,4	68,4	65,2

Q: European Survey on Working Conditions 2000 und 2005; WIFO-Berechnungen.

Im gesamten EU-Raum nehmen die repetitiven Bewegungen durch körperliche Tätigkeiten an der Mensch-Maschine-Schnittstelle (Computerarbeiten) zu. Im Gegensatz zur EU 15 (Tab. 4) stiegen schmerzhafte und ermüdende Haltungen bei den Österreichern an.

Tab. 4: Physische und ergonomische Belastungsfaktoren, 2000 und 2005 (Biffl, Leoni, 2008: 37).

Vergleich Österreich zu EU 15, unselbständig Beschäftigte in der Altersgruppe 15 bis 64

	EU 15		Österreich	
	2000	2005	2000	2005
Vibrationen	15,5	16,4	18,8	19,5
Lärm	19,5	19,5	17,0	17,0
Hohe Temperatur	14,0	15,0	12,2	14,5
Niedrige Temperatur	11,6	11,2	9,1	9,7
Abgase, Staub	14,8	11,9	14,8	13,7
Chemikalien	8,8	8,1	8,9	8,7
Strahlung	3,2	2,7	4,6	3,4
Schmerzhafte Haltungen	31,2	28,5	26,9	34,5
Schwere Lasten	21,9	19,1	21,1	22,0
Repetitive Bewegungen	45,8	50,3	40,7	47,6
Tragen von Schutzausrüstung	24,8	29,0	22,5	22,9

Q: European Survey on Working Conditions 2000 und 2005; WIFO-Berechnungen. – Bei Belastungsfaktoren mit mehreren Ausprägungen wurden die Fälle "immer", "fast immer", "drei Viertel der Zeit" und "die Hälfte der Zeit" herangezogen.

Nach einer Selbsteinschätzung der Befragten, welche gesundheitliche Beeinträchtigungen durch ihre Arbeit entstanden sind, zeigte sich, dass es vor allem Rückenschmerzen und andere Muskelskeletterkrankungen gefolgt von psychischen Belastungen sind (Tab. 5).

Tab. 5: Untersuchung der Antworten auf die Frage nach der gesundheitlichen Beeinträchtigung: „Wenn ja: In welcher Weise beeinträchtigt es Ihre Gesundheit?“ (Biffl et al., 2009: 24)

Unselbständig Beschäftigte in der Altersgruppe 15 bis 64

	EU	Österreich
	In %	
Probleme mit dem Gehör	12,5	14,8
Probleme mit den Augen	14,5	18,1
Hautprobleme	9,7	10,1
Rückenschmerzen	55,0	61,2
Magenschmerzen	24,5	17,4
Kopfschmerzen	7,1	5,9
Muskelschmerzen in Schultern und Nacken	38,0	37,7
Muskelbeschwerden in den oberen Gliedmaßen	20,7	12,8
Muskelbeschwerden in den unteren Gliedmaßen	18,1	11,7
Atemwegsbeschwerden	6,0	6,8
Herzbeschwerden	1,5	2,2
Verletzungen	11,7	15,5
Stress	47,8	37,6
Müdigkeit	37,3	9,6
Schlafstörungen	13,8	11,0
Allergien	5,6	5,6
Reizbarkeit	17,8	12,2
Traumata	3,1	0,2
Andere Beschwerden	2,6	2,9

Q: Europäische Stiftung, WIFO-Berechnungen (*European Survey on Working Conditions* 2000). Mehrfachnennungen möglich.

Nach den demographischen Merkmalen nehmen vor allem die Erkrankungen des Bewegungssystems und des Herzkreislaufsystems mit steigendem Alter zu. Im Rahmen einer Untersuchung, auf welche Weise ihre Gesundheit infolge arbeitsbedingter Belastung beeinträchtigt wird, gaben 37, 7% der Befragten Schulter-Nackenschmerzen, 61, 2% Rückenschmerzen, 24, 5% Beschwerden in den Extremitäten und 37% Stress an (Biffl, Leoni, 2008: 63).
Mit den beruflichen Belastungsfaktoren (z.B. schwere körperliche Anstrengung, Verletzungsgefahr, Zeitdruck, repetitive Bewegungen) und den einwirkenden Umweltfaktoren (z.B. Hitze, Staub, Lärm, Feuchtigkeit etc.) steigt auch die Häufigkeit von Erkrankungen, Schädigungen und Beschwerden (Biffl, Leoni, 2008: 57ff).

1.2.2.1 Fazit

Anhand der gewonnenen Ergebnisse kann das Gesundheitsmanagement durch verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen gezielt auf jene krankheitsverursachenden und –aufrechterhaltenden Faktoren eingehen.

1.2.3 Fehlzeiten

Die Krankenstandsentwicklung bei den Beschäftigten in Österreich verzeichnete in den Jahren 2000 bis 2006 einen Rückgang. Im Jahr 2006 lag der Schnitt bei 11,5 Tagen Krankenstand. Die Gesamtsumme der Krankenstandstage betrug immerhin 34,2 Mio. (Leoni, 2008: 13). Inzwischen prägen Muskel-Skelett-Erkrankungen zusammen mit den Atemwegserkrankungen das Krankenstandsgeschehen. Sie machen über 40% der Fehlzeiten aller Krankenstände aus (Leoni, 2008: 55). Nach wie vor sind Arbeitsunfälle weit verbreitet, nehmen aber laut statistischen Aufzeichnungen kontinuierlich ab. 2006 waren 3, 9% der Beschäftigten – Wegunfälle ausgenommen- von Arbeitsunfällen betroffen. Nicht außer Acht lassen sollte man die psychischen Erkrankungen, die kontinuierlich zunehmen. Laut Umfragen bei Erwerbstätigen zeigen sich vor allem Depressionen, Stress und Angstzustände, die im Zusammenhang mit der Arbeit stehen.
In der österreichischen Wirtschaft betrug die Krankenstandsquote (Verlust an Jahresarbeitstagen durch krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten) im Jahr 2006 3, 2% wobei diese bei den über 50-Jährigen deutlich höher ist als jene bei den restlichen Altersgruppen (Leoni, 2008: 13). So entfallen rund 25% der krankheitsbedingten Fehlzeiten auf über 50-Jährige, welche allerdings nur 16% der Gesamtbeschäftigten ausmachen. Unterschiede in der Krankenstands-

häufigkeit bestehen auch in Abhängigkeit von Branchen und Berufsgruppen. So sind in der Arbeitergesellschaft 80% mehr in Krankenstand als bei den Angestellten. (Leoni, 2008: 1). Eine interessante Entwicklung machte die Krankenstandsfrequenz im Verhältnis zur Krankenstandsdauer (Abb. 7).

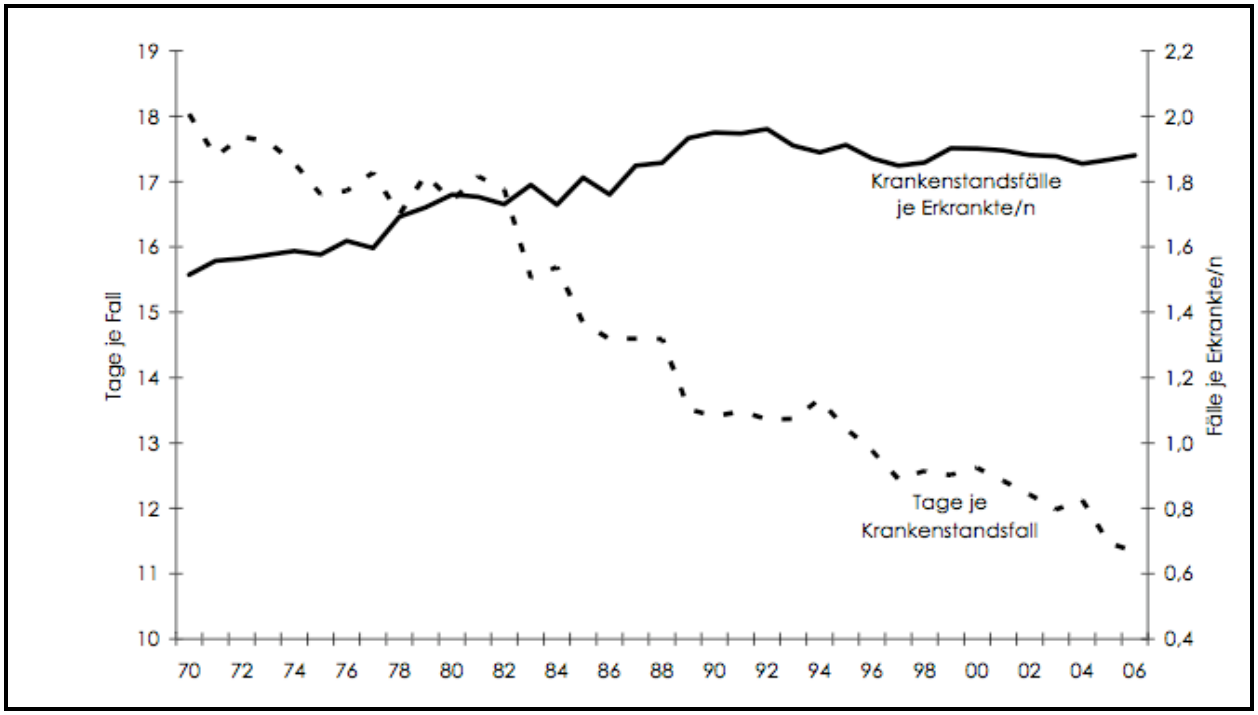


Abb. 7: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage der Krankenstandsfall (Leoni, 2008: 17).

Im Jahr 2006 verringerte sich die Dauer der Krankenstandstage im Schnitt auf 11,3 Tage, wobei die Beschäftigten im Jahr durchschnittlich 1, 88 Mal erkrankten. Im Laufe dieses Jahres waren 54, 1% der Versicherten mindestens einmal im Krankenstand. Anders ausgedrückt, kommen auf 1000 Versicherte rund 293 Kurzkrankenstände (Leoni, 2008: 18f). Ausschlaggebend für diesen Trend ist die Zunahme der Kurzkrankenstände (unter 4 Tage), welche in der Statistik leider untererfasst sind, da von Seiten der Arbeitgeber diesbezüglich die ärztlichen Bescheinigungen selten angefordert werden. Die WIFO nimmt in ihrer Sensitivitätsanalyse an, dass die Fehlzeiten durch Kurzkrankenstände eineinhalb Mal größer sind als in den Statistiken ausgewiesen (Leoni, 2008: 22). Im Jahr 2006 waren fast 30% der gemeldeten Krankenstände zwischen ein und drei Tage lang, aber gemessen an der Gesamtsumme (5%) der Fehlzeiten haben sie eine geringere Bedeutung (Abb. 8).

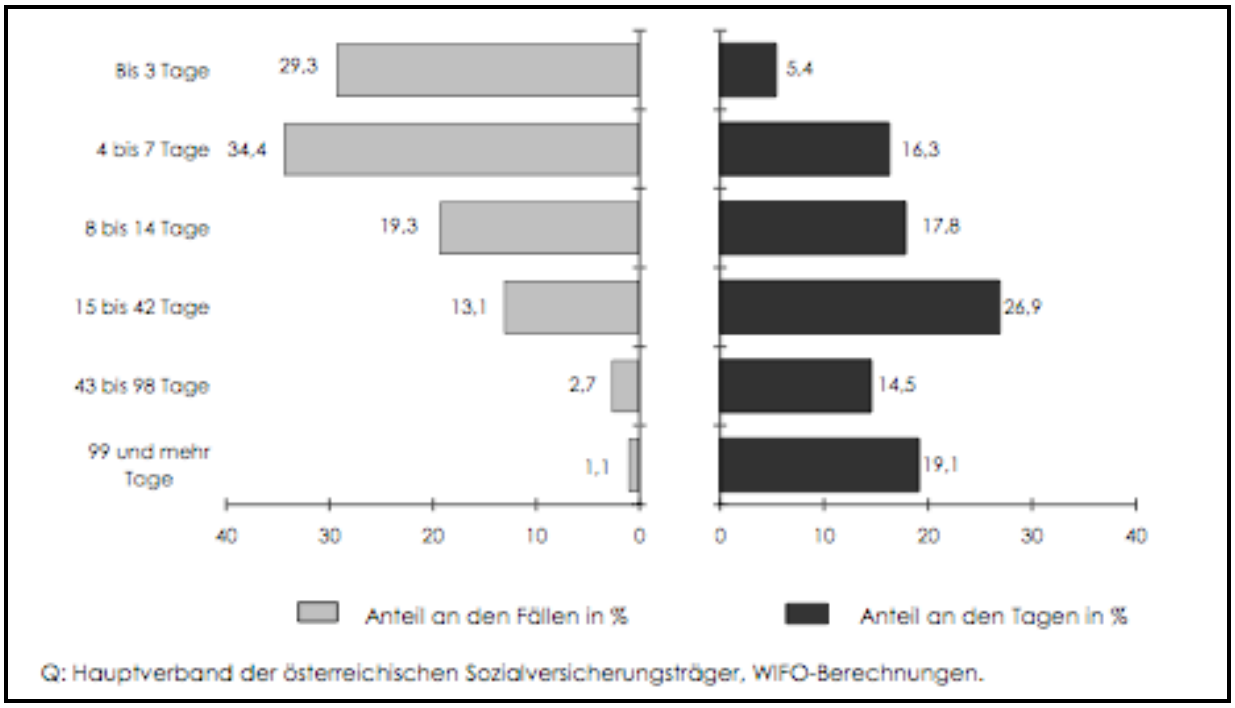


Abb. 8: Krankenstandsfälle und –tage nach Dauer, unselbständige Beschäftigte 2006 (Leoni, 2008: 21).

Im Haupterwerbsalter von 25 bis 44 Jahre erreichen die Krankenstandsquoten die niedrigsten Werte, welche ab dem 45. Lebensjahr dann stark ansteigen und bei den Beschäftigten zwischen 55 und 65 Jahren den Höchstwert erreichen (Abb. 9). Im Jahr 2006 betrug die Anzahl der Beschäftigten in der Altersgruppe der 55 bis 59 Jährigen 6% der Versicherten, die Gruppe der 60 bis 64 Jährigen nur noch 1, 2% der Versicherten und ab dem 65. Lebensjahr verringerte sie sich auf 0, 2%. Die Erwerbsquote betrug bei den 50 bis54 jährigen 78%, sank in der nächsten Altersgruppe auf 53% und erreichte bei dem 60 bis 64 Jährigen nur mehr 14%. (Leoni, 2008: 29f).

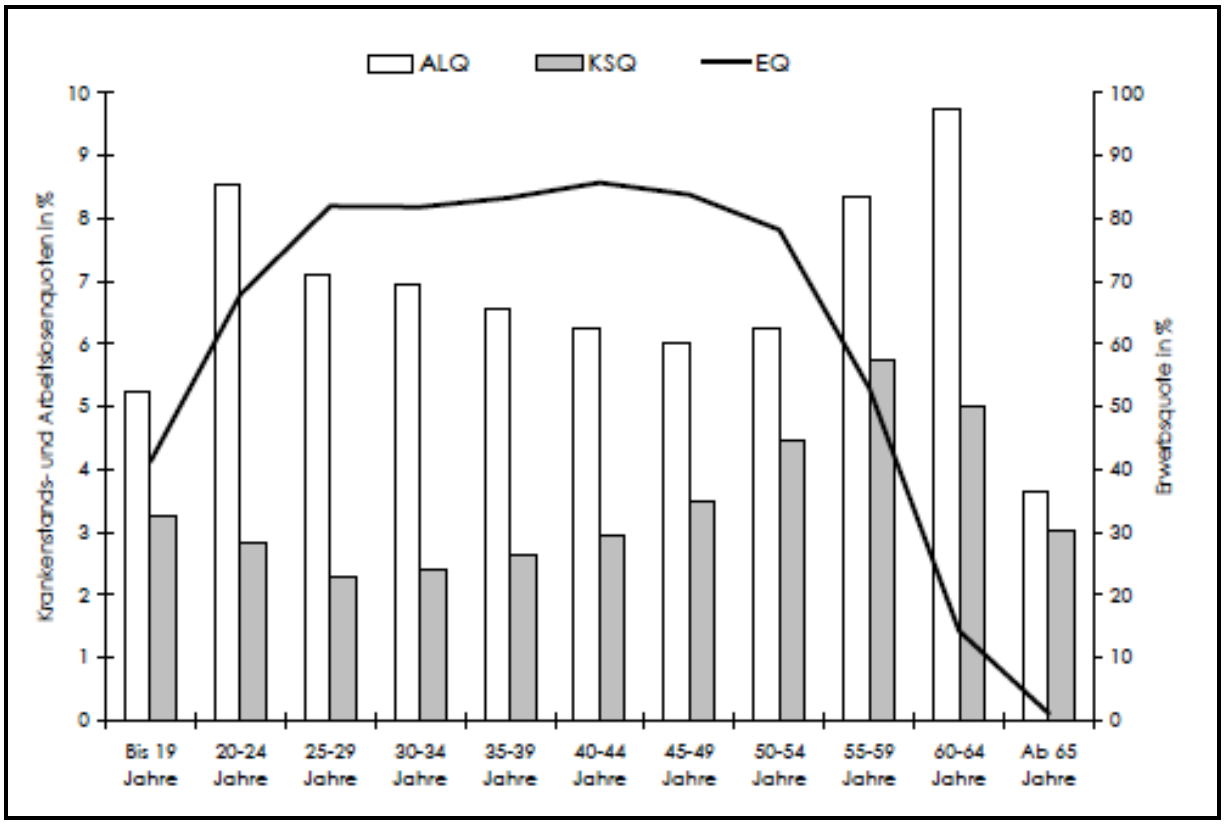


Abb. 9: Krankenstands (KSQ)-, Erwerbs (EQ)- und Arbeitslosenquoten (ALQ) nach Alter, 2006 (Leoni, 2008: 30).

1.2.3.1 Fazit

Krankheits- und unfallsbedingte Fehlzeiten bedeuten nicht nur einen hohen Kostenfaktor für das Unternehmen und der Volkswirtschaft, sondern stellen auch für die Beschäftigten eine hohe physische Belastung dar. Diese Fehlzeiten belasten die Betriebe durch Direktzahlungen in Form von Entgeltzahlungen und führen darüber hinaus über eine Verringerung der Arbeitsproduktivität und des Arbeitsvolumens zu Wertschöpfungsverlusten. (Leoni, 2008: 5). Die Analyse von krankheitsbedingten Fehlzeiten ist für Unternehmen eine Voraussetzung um den Ist-Zustand zu bestimmen.

1.2.4 Invalidität

Mit der demographischen Entwicklung einhergehender Anstieg einer immer älter werdenden Bevölkerung sind auch Unternehmen zukünftig gezwungen, sich mit diesem Wandel auseinanderzusetzen, um sich auf die Verschiebungen der Altersstrukturen vorzubereiten. So wird sich das Durchschnittsalter der Belegschaft, unter anderem durch einen Rückgang jüngerer

Arbeitnehmer und einer Verlängerung der gesetzlichen Lebensarbeitszeit auf Grund der Erhöhung des Regelpensionsalters, kontinuierlich anheben. Aus wirtschaftlicher Sicht wird der Gesundheit und dem Wohlbefinden der alternden Beschäftigten immer mehr Bedeutung gemessen, um einen vorzeitigen Erwerbsaustritt aus gesundheitlichen Gründen zu vermeiden.

In Österreich nimmt die erwerbstätige Bevölkerung früher als in anderen Ländern eine Invaliditäts- und Erwerbsunfähigkeitspension in Anspruch. In der Folge liegt die Erwerbstätigkeitsquote der 55 bis 64 jährigen Österreicher im Jahr 2006 bei 36, 8% im Vergleich zur EU 15, wo sie bei 48, 3% liegt. Hauptdiagnosegruppen bei Invaliditätspensionen im Jahr 2006 waren Muskel-Skelett-Erkrankungen (32.5%), psychische Erkrankungen (26.8%) und Krankheiten des Herzkreislaufsystems (13.1%). (Biffl et al., 2009: 46). Von den knapp 2,1 Mio. ausbezahlten Pensionen des Jahres 2006 waren ein Fünftel krankheitsbedingte Pensionen (Abb. 10).

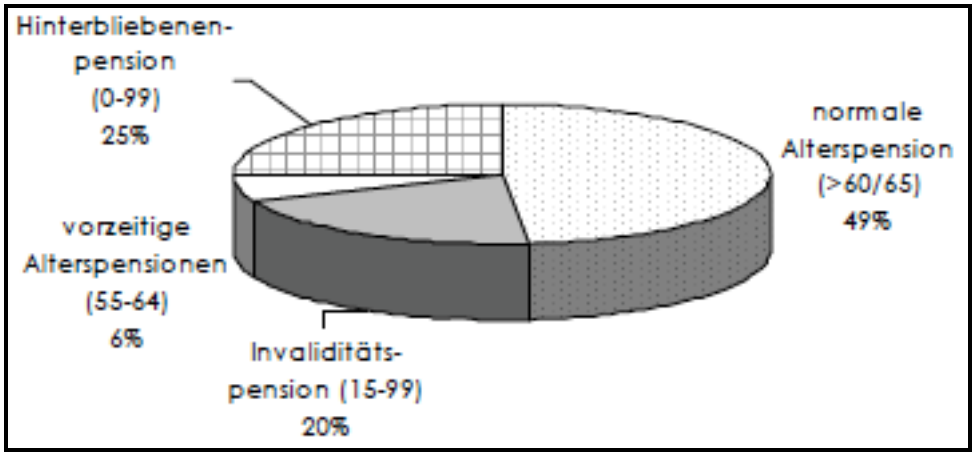


Abb. 10: Zusammensetzung der Pensionsstände nach Pensionszugangsarten der PV, 2006 (Biffl et al, 2009: 36).

Für das Jahr 2009 sah das Durchschnittsalter der Pensionszugänge folgender Maßen aus (Tab. 6).

Tab. 6: Durchschnittsalter der Pensionszugänge 2009 (SV, 2010: 23)

Pensionen	Pensionsversicherung		
	insgesamt	der Unselbständigen	der Selbständigen
Alle Direktpensionen			
Männer und Frauen	58,1	57,9	59,4
Männer	58,9	58,7	60,2
Frauen	57,1	57,0	58,3
Alle Alterspensionen			
Männer und Frauen	60,9	60,9	61,3
Männer	62,7	62,6	62,9
Frauen	59,5	59,4	59,7
Invaliditäts- und Erwerbsunfähigkeitspensionen			
Männer und Frauen	52,5	51,8	56,5
Männer	53,7	53,2	56,8
Frauen	50,3	49,1	56,0

1.2.4.1 Fazit

Ein nachhaltig verbesserter Gesundheitszustand von Erwerbstätigen mittels erfolgreicher Betriebliche Gesundheitsförderungsinterventionen kann zur Reduzierung arbeitsbedingter Krankheiten beitragen, welche hauptsächlich für die Erwerbsunfähigkeit verantwortlich sind und somit vorzeitige Pensionierungen verringern.

1.3 Resümee

Physische und psychosoziale Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz sind Auslöser für Erkrankungen und gesundheitliche Beschwerden, die nach Untersuchungsergebnissen fast 50% der gesundheitlich bedingten Fehlzeiten ausmachen. Anders ausgedrückt ergaben Rechnungen der WIFO, dass bei hypothetischem Wegfallen der wichtigsten physischen Belastungsfaktoren (Unfallgefährdung, Arbeitsschwere, Vibration, Gefahrenstoffe, Zwangshaltungen, Schutzausrüstungen) eine Reduktion der Krankenstandsfälle um 23% stattfinden würde (Biffl, Leoni, 2008: 5). Hauptdiagnosegruppen bei Invaliditätspensionen im Jahr 2006 waren Muskel-Skelett-Erkrankungen (32, 5%), psychische Erkrankungen (26, 8%) und Krankheiten des Herzkreislaufsystems (13, 1%) (Biffl et al., 2009: 46). Arbeitsschwere, Vibration und Zwangshaltungen sind die Hauptursachen für Muskel-Skelett-Erkrankungen, die ein Drittel der neu zuerkannten Direktpensionen ausmachen (Biffl et al., 2009: 47). Im Jahr 2008 gab es in Österreich insgesamt 30 112 Pensionsneuzugänge wegen geminderter Arbeitsfähigkeit. Aus gesundheitspolitischer und wirtschaftlicher Sicht wird der Gesundheit am Arbeitsplatz

immer mehr an Bedeutung zugemessen. Um eine Reduktion der Kosten von unfall- und krankheitsbedingten Fehlzeiten zu erreichen, müssen für Unternehmen gesundheitsfördernde und -erhaltende Programme, Instrumente und Maßnahmen entwickelt werden. Für Österreich bedeutet die Veränderung der Altersstruktur auf Grund des demographischen Wandels, dass die Erwerbsbeteiligung der älteren Beschäftigten angehoben wird, was wiederum zur Erhöhung der Krankenstandskosten der über 50-Jährigen führen wird. 2008 betrug das durchschnittliche Pensionszugangsalter der gesamten Pensionsversicherung bei Frauen 57,1 Jahre und bei Männern 58,9 Jahre. (AK, 2009). Angesichts dieser beschäftigungspolitischen Bestrebungen, die Erwerbsquoten zu steigern, sollte alles unternommen werden, um die Arbeitsfähigkeit dieser Gruppe der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Dieses Humankapital ist und wird in den nächsten Jahrzehnten ein bedeutender Faktor für die Wirtschaft sein, da die Bevölkerung im Erwerbsalter im nächsten Jahrzehnt weiter schrumpfen wird. Im Hinblick darauf, dieses wertvolle Gut zu schützen, werden Konzepte gesucht, die belastungsreduzierende und ressourcenfördernde Effekte erzielen. Nicht nur die Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz sind entscheidende Kriterien für die Gesundheit und das Wohlbefinden, sondern auch die Organisationsstruktur, die Unternehmenskultur, der Führungsstil und die Personalentwicklung.

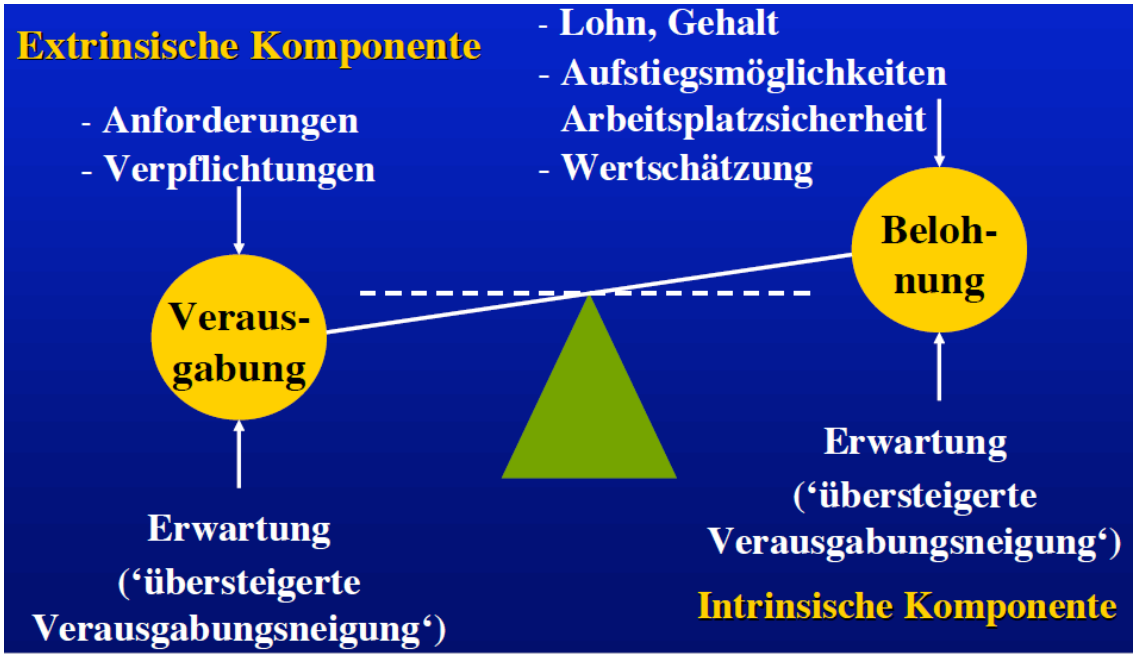
In der Studie der WIFO kristallisierte sich heraus, dass eine Verschiebung der Belastungsfaktoren weg von physischen hin zu den psychosozialen Belastungen festzustellen ist (Biffl, Leoni, 2008: 106). Dieser Trend kann darauf zurückgeführt werden, dass in Österreich seit 1999 SGM-Systeme (Sicherheits- und Gesundheitsschutzmanagementsysteme) erfolgreich eingesetzt werden und den psychosozialen Komponenten arbeitsbedingter Erkrankungen und deren nachhaltigen Folgen bis jetzt zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Zu den psychosozialen Belastungsfaktoren zählen auch die Phänomene „Präsentismus“ und „Gratifikationskrise“, welche Auswirkungen auf krankheitsbedingten Fehlzeiten haben und Produktivitäts- und Qualitätsverluste durch eingeschränkte Leistungsfähigkeit der Anwesenden bedingen (Badura, Steinke, 2009: 9).

Präsentismus

Produktivitätsverluste in Unternehmen lassen sich nicht nur auf Abesntismus, sondern auch aufgrund von Präsentismus zurückführen. Die verlorene Produktivität durch Präsentismus wird viel höher eingeschätzt als durch Absentismus. Präsentismus (abgeleitet vom Lateinischen „praesens“ = anwesend) ist ein Phänomen, welches in der Arbeitspsychologie zunehmend an Bedeutung gewinnt. Dieser Begriff stammt aus Nordamerika und beschreibt die physische Anwesenheit am Arbeitsplatz trotz gesundheitlicher Beschwerden, die zu einer Minderung der Leistungsfähigkeit führen. Der Präsentismus ist schwer messbar und verursacht primär indirekte Kosten, die durch Abnahme der qualitativen und quantitativen Arbeitsleistung entstehen. Allein die Anwesenheit am Arbeitsplatz sowie geringe Fehlzeiten sagen eben nichts über die Produktivität der Beschäftigten aus. Der psychische Druck, bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit anwesend zu sein, unterstützt das Entstehen von Burnout und neuen Arbeitsunfähigkeiten, die dem Unternehmen nachhaltig mehr Kosten verursachen, als die krankheitsbedingten Fehlzeiten. Nach einer Studie des „Journal of the American Association“ im Jahr 2003 betrugen diese Kosten fast das Dreifache jener der Fehlzeiten. Krankheitsbilder, die eine Präsenz zulassen, sind vor allem chronische Erkrankungen wie solche am Bewegungsapparat, Migräne, Magen- Darmprobleme, Allergien, Depressionen oder Asthma. (Badura, Walter, Hehlmann, 2010, S. 411ff).

Gratifikationskrise

Besteht über längere Zeit eine Dysbalance zwischen Belohung und Verausgabung, das heißt eine Person findet nicht entsprechend ihres Einsatzes eine erwartungsgemäße Anerkennung, können sich stressassoziierte Krankheiten entwickeln.



Modell der beruflichen Gratifikationskrisen (Siegrist, 2009: 12)

Berufliche Gratifikationskrisen bauen sich über einen längeren Zeitraum auf und halten das Ungleichgewicht durch eine berufliche Abhängigkeit, eine strategische Entscheidung oder eine übersteigerte Verausgabungsneigung. Folgen einer Gratifikationskrise sind Stress, Gesundheitsgefahren, Disengagement und Obstruktion. Soziale Anerkennung hingegen reduziert das Risiko von stressassoziierten Erkrankungen, wie z.B. dem Burnout und somatischen Dysfunktionen des Bewegungsapparates (Siegrist, 2009: 13ff).

Angesichts dieser Fakten rückt zwangsläufig die Förderung und Erhaltung der Gesundheit immer mehr in den Vordergrund. Die große Herausforderung von gesundheitsfördernden Projekten und Programmen liegt darin, in Anbetracht der Kostenersparnisse für den Staat, die Wirtschaft und die Gesellschaft, die Erwerbstätigkeit der über 50-Jährigen so lange wie möglich zu erhalten, um die Erwerbsunfähigkeits- und Frühpensionen zu reduzieren (Biffl et al., 2009: 61).

Dieser Trend verstärkt die Notwendigkeit, Gesundheitsinterventionen wie Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und die Implementierung von Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) in das Unternehmen zu entwickeln und zu fördern. Hinsichtlich der demographischen Veränderung gilt die Zielsetzung, die volle Arbeitsfähigkeit der älteren Erwerbsbevölkerung durch Gesundheitsmaßnahmen, Motivation und Kompetenz zu erhalten und zu verbessern. Anhand der vorangegangenen Erläuterungen (demographischer Wandel, Fehlzeitenreport, Gesundheitskosten) werden die Prioritäten hinsichtlich der zu entwickelnden gesundheitsfördernden Projekte ersichtlich. Will man das Eintreten arbeitsbedingter Krankheiten, welche hauptsächlich für die Erwerbsunfähigkeit verantwortlich sind, reduzieren, sollte man sich Präventionsmaßnahmen überlegen, welche die dafür verantwortlichen Belastungsfaktoren minimieren (Biffl et al., 2009: 55).

Dabei soll festgehalten werden, dass ein Faktor für das Scheitern von BGF-Projekten darin begründet liegt, dass einerseits zu wenig auf den aktuellen wirtschaftlichen und demographischen Wissensstand eingegangen wird, andererseits keine adäquate Analysen und Evaluationen im Unternehmen durchgeführt werden. Eine betriebliche Gesundheitsanalyse, eine Erhebung von Mitarbeiterbedürfnissen, Analysen von Arbeitsverhalten und Arbeitsverhältnissen im Unternehmen sind entscheidende Schritte, bevor BGF-Maßnahmen umgesetzt werden.

2 Historische Entwicklung und gesetzliche Rahmenbedingungen der BGF

2.1 Einleitung

Seit der Ottawa Charta erfahren die Gesundheitsprävention und Krankheitsprävention eine deutliche Zunahmen an Bedeutung, deren zentrale Strategien die Zurückdrängung von Krankheitsrisiken und die Stärkung von Gesundheitspotentialen sind. Sie beinhalten Interventionen in helfender, unterstützender, steuernder, kontrollierender und korrigierender Absicht, mit dem Ziel, in den Prozess der Entstehung von Störungen der Gesundheit einzugreifen (Hurrelmann, 2003: 95). Die Interventionsformen der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention spielen bislang noch eine strukturell untergeordnete Rolle, trotz des Voranschreitens präventiven Denkens und Handelns in Österreich. Der relativ geringe Stellenwert lässt sich an der Verteilung der finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem aufzeigen (Hurrelmann, 2009: 14). Bei einem Anteil der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Primärprävention, die keine 1% der Gesamtausgaben für Gesundheit ausmachen, ist eine Verbesserung des Gesundheitszustandes realistisch gesehen nicht zu erwarten (Kirschner et al., 2005: 70). Der wesentliche Grund dafür ist die Ausrichtung des gesamten gesundheitlichen Versorgungssystems auf die Kuration und Therapie, da in weiten Teilen der Bevölkerung immer noch eine Kultur der Reparatur und Kompensation vorherrscht, mit der Folge entsprechend hoher Investitionen in die Bewältigung sozialer und gesundheitlicher Probleme und einer nur geringen Investition in ihre Verhütung (Expertenkommission, 2004: 63). Diese Ausrichtung des gesundheitlichen Versorgungssystems wird sich aus mehreren Gründen in den nächsten Jahren nicht aufrechterhalten lassen, da zu einem die ansteigenden finanziellen Belastungen und zu anderem die Veränderungen im Krankheitsspektrum ein Umdenken in der Gesundheitspolitik verlangen (Hurrelmann, 2009: 15). Von der Logik her sollte man aus humaner und wirtschaftlicher Sicht Krankheiten erst gar nicht entstehen lassen, anstatt sie später mit einem wesentlich höheren Kostenaufwand zu heilen oder wenigstens palliativ zu behandeln. Aus dieser Sichtweise haben die Prävention und Gesundheitsförderung zweifellos eine erhebliche Potenz, Neuerkrankungen zu vermeiden, oder diese wenigstens in ein höheres Lebensalter zu verschieben (Kirschner et al., 2005: 4).

Die zentralen Herausforderungen unserer Zeit wie Globalisierung, Demographischer Wandel, neue arbeitsbedingte Krankheitsbilder, Strukturwandel im Dienstleistungssektor und rasanter technischer Fortschritt veranlassen die Gesundheitspolitik zur Entwicklung neuer Konzepte und Durchführung von Maßnahmen, um die Gesundheit, Leistungsfähigkeit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern und zu erhalten. Diese gesundheitsfördernden Ziele sind nicht nur für das Individuum selbst, sondern auch für das Unternehmen und den Sozialstaat von wichtigem Interesse (Expertenkommission, 2004: 10f). Krankheitsbedingte Fehlzeiten, Frühpensionierungen und Arbeitsunfälle sind von hoher wirtschaftlicher und sozialpolitischer Bedeutung, dem die betriebliche Gesundheitspolitik und der Staat entgegenwirken können.

Im folgenden Kapitel wird die Entstehung des Begriffs BGF mit seinen geschichtlichen Hintergründen dargestellt und dessen Einfluss auf Österreich veranschaulicht. Zum besseren Verständnis folgt ein Überblick von der Gesundheitsförderung bis hin zur BGF.

2.2 Meilensteine der BGF

In den Achtziger Jahren sind in den Industriestaaten Europas, Nordamerikas und Australien Prinzipien und Konzepte der Gesundheitsförderung entwickelt worden. Der Begriff Gesundheitsförderung wurde 1986 zum ersten Mal bei der Konferenz der WHO in Ottawa definiert und unterstreicht den positiven Ansatz, ein möglichst hohes Maß an Gesundheit ins Zentrum zu rücken und nicht nur die Abwehr von Krankheit. (Kaba-Schönstein, 2003a).

> „Gesundheitsförderung, anders als Krankheitsprävention, versucht aktiv Schritte zu setzen, um das Positive, die Gesundheit, im Menschen zu stärken.“ (Steinbach, 2004: 11).

Dieses Gesundheitsförderungskonzept der WHO hat vielfältige historische Wurzeln in der internationalen gesundheitspolitischen Entwicklung und ist in den jeweiligen gesundheitspolitischen Rahmenprogrammen und Strategien der Weltgesundheitsorganisation, der Gesundheitsfachorganisation der Vereinten Nationen verankert. Nicht nur von Seiten der WHO wurden diesbezüglich Anstrengungen unternommen sondern auch auf Europäischer Ebene.

Die Abb. 11 stellt die Zusammenhänge und die zeitliche Abfolge der für die internationale Entwicklung der Gesundheitsförderung bedeutsamen Konferenzen dar (Kaba-Schönstein, 2003a).

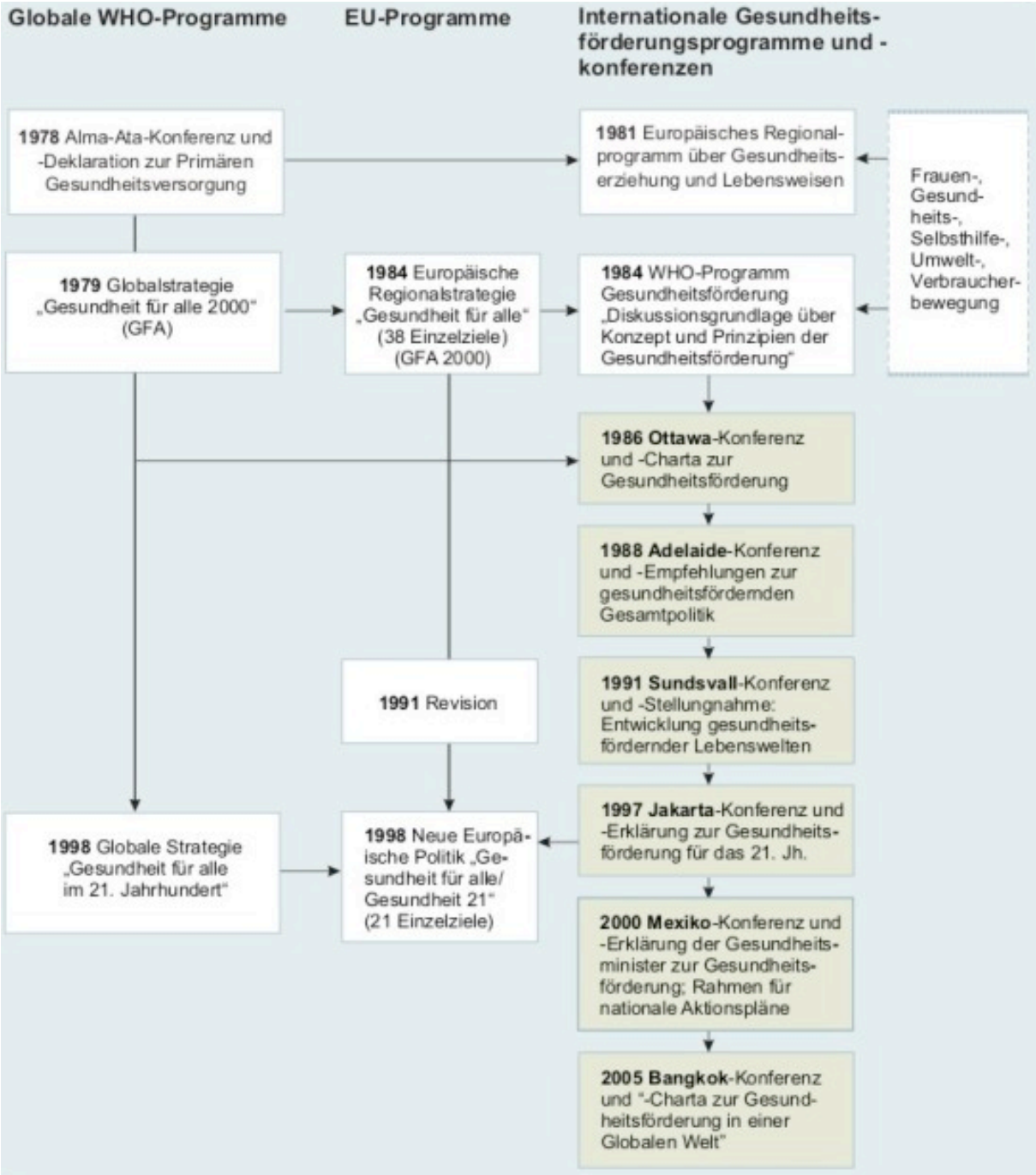


Abb. 11: Historische Wendepunkte und Einflüsse der Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene, modifiziert nach Kaba-Schönstein 2003a

Ausgehend von der Deklaration von „Alma Ata" zur primären Gesundheitsversorgung von 1978 ruft die Ottawa Charta zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle" auf.

„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. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. 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.“ (Ottawa Charta 1986)

Folgende fünf grundlegende Handlungsfelder und drei Handlungsstrategien bilden den Kern der Charta (WHO, 2006):

Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert folgende **Handlungsfelder**:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:
- Gesundheit muss auf allen Ebenen und in allen Politikbereichen unter Anwendung verschiedener, sich gegenseitig ergänzender Ansätze, wie z.B. steuerliche Maßnahmen, Gesetzesinitiativen und organisatorisch strukturelle Veränderungen, auf die politische Tagesordnung gesetzt werden.
- Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten: Die sich verändernden Lebens-, Arbeits-, und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen: Ein zentrales Anliegen der Gesundheitsförderung ist die Realisierung von gemeinschaftlichen Aktivitäten oder Projekten durch kontinuierlichen Zugang zu allen Informationen, Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung.
- Entwicklung persönlicher Kompetenz: Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialer Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bil-

dung sowie durch Verbesserung sozialer Kompetenzen. Die Förderung des Gesundheitsbewusstseins und der Eigenverantwortung ist ein kontinuierlicher Prozess, der in allen Lebensphasen und Settings stattfinden soll.

- Neuorientierung der Gesundheitsdienste: Es gilt Versorgungssysteme zu entwickeln, die sich verstärkt auf die Förderung von Gesundheit konzentriert und nicht nur auf medizinisch-kurative Betreuung. Die Gesundheitsdienste sollen dabei die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen erfüllen und die Möglichkeit der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und den anderen gesundheitsrelevanten sozialen, politischen und ökonomischen Kräften verbessert werden.

Handlungsstrategien:

- Vermitteln und vernetzen: Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in Initiativen, in Institutionen, in der Industrie und den Medien.
- Befähigen und ermöglichen: Gesundheitsförderndes Handeln ist bemüht, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen.
- Interessen vertreten: Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische, sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

2.2.1 Sundsvall

Die 3. Internationale Konferenz für Gesundheitsförderung in Sundsvall (1991) ruft weltweit dazu auf, sich aktiv für die Schaffung gesunder Lebenswelten einzusetzen.

> „Der Ausdruck der Gesundheitsförderlichkeit von Lebenswelten bezieht sich sowohl auf die physischen wie auch die sozialen Aspekte unserer Lebenswelt. Er umfasst die alltäglichen Lebensumstände der Menschen, ihre Gemeinde, ihre Wohnverhältnisse, ihren Arbeitsplatz und ihre Freizeitstätten. Förderliche Lebenswelten beinhalten die Rahmenbedingungen, die den Zugang zu Ressourcen des Lebens und die Möglichkeiten der Stärkung persönlicher Kompetenzen bestimmen.“ (WHO, 1991).

2.2.2 Jakarta-Deklaration

Die „Jakarta-Deklaration“ von 1997 bestätigt die Kernaussagen der Ottawa Charta und fügt folgende Prioritäten für das 21. Jahrhundert hinzu (WHO, 1997):

- Förderung sozialer Verantwortung für Gesundheit
- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung
- Festlegung und Ausbau von Partnerschaften für die Gesundheit
- Stärkung der gesundheitlichen Potenziale von Gemeinschaften und der Handlungskompetenzen des Einzelnen
- Sicherung einer Infrastruktur für die Gesundheitsförderung

Die Definition der Gesundheitsförderung wurde in der Erklärung von Jakarta folgendermaßen weiterentwickelt:

> „Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern durch Beeinflussung der Determinanten für Gesundheit.“ (WHO, 1997)

Eine der fünf Prioritäten der Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert ist die Sicherstellung einer Infrastruktur:

> „Die organisatorische Basis für die notwendige gesundheitsfördernde Infrastruktur bilden die vielfältigen Settings für Gesundheit (Städte, Schulen, Unternehmen, etc.)“ (WHO, 1997)

2.2.3 Luxemburger Deklaration

Die Luxemburger Deklaration lieferte 1997 zum ersten Mal Ziele und Leitlinien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Mitglieder des „Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung“ mit Unterstützung der Europäischen Union vereinbarten in dieser Deklaration, dass die betriebliche Gesundheitsförderung alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit umfasst (ENWHP, 1997). Dies kann durch folgende Ansätze erreicht werden:

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

2.2.4 Cardiff Memorandum

Im Cardiff Memorandum (1998) betrachten die Mitglieder des ENWHP die Klein- und Mittelständigen Betriebe (KMU) als vordringliches Handlungsfeld in der betrieblichen Gesundheitsförderung, da europaweit über 50% der Beschäftigten in KMUs arbeiten und angesichts ihrer geringeren Ressourcen die Durchführung von BGF-Maßnahmen erschwert werden. Schließlich sind auch sie für das wirtschaftliche Wohl von großer Bedeutung. In diesem Memorandum startet das ENWHP eine neue Initiative zur Schaffung geeigneter Infrastrukturen für BGF in KMU (WHO, 1998).

2.2.5 Barcelona Deklaration

In der Barcelona Deklaration (2002) zur Entwicklung einer guten Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung wurde betont, dass der Arbeitsplatz einer der wichtigsten Bestimmungsfaktoren für die Gesundheit unserer Gesellschaft ist. Die Deklaration ermutigt alle Interessensgruppen zur Vision „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Organisationen“ (ENWHP, 2002).

2.2.6 Bangkok Charta

Im Mittelpunkt der Bangkok Charta (2005) standen die Auswirkungen der Globalisierung auf die Gesundheit. Sie beschreibt die nötigen Maßnahmen, Verpflichtungen und Forderungen, um Gesundheitsterminanten mittels Gesundheitsförderung beeinflussen zu können (WHO, 2005).

2.2.7 Aktionsprogramme

Seit den 1990er Jahren spielt die Europäische Union einen wichtigen Part in der Gesundheitsförderung. Sie übernimmt dabei die Finanzierung, die Forschungsförderung und die Koordi-

nierung ausgeschriebener Programme und entwickelt Aktionsprogramme zur öffentlichen Gesundheit und Gesundheitsförderung (Kaba-Schönstein, 2003c),
wie zum Beispiel:

- Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung (1996-2000).
- Aktionsprogramm betreffend Gesundheitsinformation, -gefahren, -faktoren 2003-2008).
- Aktionsprogramm der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit (2007-2013).

2.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

2.3.1 Historischer Entwicklung

Als Konsequenz aus dem Maastrichter Vertrag haben die Mitgliedstaaten begonnen, Ihre Zusammenarbeit auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit zu verbessern und die Idee der Gesundheitsförderung in Europa zu stärken. In Europa wurde die Entwicklung der BGF durch das European Network of Worksite Health Promotion (ENWHP) fundamentalisiert. Damit wurde BGF Teil eines umfassenden, interdisziplinären Programms, das der Anhebung des Gesundheitsniveaus in der Gemeinschaft diente (OENBGF, 2009). Ziele und Leitlinien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz lieferte zum ersten Mal die Luxemburger Deklaration, welche als Meilenstein in der Geschichte der BGF gesehen werden kann.
Die österreichische Gesundheitspolitik ist seit Jahren bestrebt, durch ein umfassendes System der Vorsorge die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern sowie mittels Aufklärung und Informationen das Gesundheitsbewusstsein zu fördern (BMGF, 2005: 63). In Österreich startete die Entwicklung der BGF mit der Gründung der Kontaktstelle der ENWHP an der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (1996). Die Aufgabe dieses Netzwerkes besteht darin, für alle Beteiligten die zu dem betreffenden Thema zur Verfügung stehenden Informationen, wie neueste Forschungsergebnisse, Konzepte und bereits durchgeführte Projekte, zu sammeln und für alle zugänglich zu machen.
Der betrieblichen Gesundheitsförderung vorausgehend dienten das moderne Arbeitnehmerschutzgesetz und die artverwandten Gesetze des öffentlichen Dienstes der Verminderung der Gesundheitsbelastungen am Arbeitsplatz. In diesem Arbeitnehmerschutzgesetz (§81 Absatz 1

AschG) erfolgte erstmals annähernd eine Umschreibung des Begriffs BGF (Meggeneder et al, , 2005: 32). Im allgemeinen Sozialversicherungsgesetz wurde 1992 beschlossen, dass die Krankenversicherung Vorsorge für die Gesundheitsförderung zu treffen hat (§ 116 Absatz 1 Ziff. 5 ASVG). Die daraus resultierenden Präventionsstrategien sind auf die Vermeidung von Sicherheitsrisiken, krankmachenden Faktoren und Gesundheitsstörungen ausgerichtet. Es hat sich gezeigt, dass diese gesetzlichen Präventionsmaßnahmen einen geringen Einfluss auf Fehlzeiten arbeitsbedingter Erkrankungen haben, diese aber durch Maßnahmen der BGF reduziert werden können (Meggeneder H., Hirtenlehner H., 2006: 18f).

1998 wurde ein Bundesgesetz geschaffen, das ausschließlich die Gesundheitsförderung zum Ziele hat. Gegenstand dieses Gesundheitsförderungsgesetzes (GfG, BGB1.I Nr. 51/1998) sind Maßnahmen und Initiativen, die zur Erreichung folgender Zielsetzungen beitragen:

- Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung im ganzheitlichen Sinn und in allen Phasen des Lebens;
- Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die, die Gesundheit beeinflussenden seelischen, geistigen und sozialen Faktoren.

Zur Erreichung dieser Ziele sind folgende Strategien vorgesehen:

- [...]
- Entwicklung und Vergabe von bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen;
- Entwicklung zielgruppenspezifischer Programme zur Information und Beratung über gesunden Lebensstil, Krankheitsprävention sowie Umgang mit chronischen Krankheiten und Krisensituationen;
- Wissenschaftliche Programme zur Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung und Krankenprävention sowie der Epidemiologie, Evaluation und Qualitätssicherung in diesem Bereich;
- [...]

Für Zwecke der Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information wurden seit dem Jahr 1998 jährlich zusätzliche Mittel von 7, 27 Mio. Euro zur Verfügung gestellt. (BMGF, 2005b: 63). Die Durchführung von Maßnahmen und Initiativen im Sinne dieses Bundesgesetzes wurde dem gemeinnützigen Fonds „Gesundes Österreich“ (FGÖ) übertragen. Engagierte Politiker gründeten einst das Forum Gesundes Österreich, aus deren Initiative heraus 1988 der FGÖ entstand. Mit der Gründung des „Fonds Gesundes Österreich“ und des österreichischen Netzwerkes für BGF (2001) setzte Österreich erfolgreich die Weiterentwicklung von BGF fort. Der Fonds Gesundes Österreich gilt in diesem Netzwerk zusammen mit der Dachorganisation der Sozialpartner, der AUVA, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und der steirischen Gebietskrankenkasse als wichtigster strategischer Partner.

Im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2005 wurde darüber hinaus festgelegt, dass Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe der Gesundheitsplattform auf Länderebene umgesetzt werden muss (BMG, 2005). Zur Erfüllung dieser Vorgaben werden der Einrichtung der Bundesgesundheitsagentur auf Bundesebene wesentliche Aufgaben übertragen, wie die Festlegung von Zielen und Strategien, die Koordinierung der Aktivitäten, die Vergabe finanzieller Fördermittel und die Erstellung eines Gesundheitsförderungs- und Präventionskonzeptes, welches sich an den Public Health Grundsätzen orientiert (Bundesministerium für Gesundheit, Bundesgesundheitsagentur).

Zur Optimierung der Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention soll die Abstimmung der verschiedenen Maßnahmen sowie die Vernetzung der Leistungsanbieter untereinander verbessert werden, damit die Synergieeffekte auch erfolgreich genützt werden. Zu diesem Thema wurde vom Nationalrat das Bundesgesetz zur Verankerung einer abgestimmten Gesundheitsförderung und Prävention (GPG) verabschiedet. Dieses Gesundheitsförderungs- und Präventionsgesetz „GPG“ soll sicherstellen, dass die eingesetzten Mittel zur Optimierung der Gesundheit, Lebensqualität, Eigenverantwortung und Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung zielgerichtet und zweckmäßig verwendet werden (8/ME XXIV.GP, 2009).

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes über die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) am 1. August 2006 ist der Fonds Gesundes Österreich ein Geschäftsbereich der GÖG, ein nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung.

2.3.2 Österreichisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (OENBGF)

Vordergründiges Ziel des österreichischen Netzwerks BGF ist, den umfassenden Ansatz der Luxemburger Deklaration fest zu verankern und Instrumente zu Verfügung zu stellen, die auf die Qualität von gesundheitsförderlichen Aktivitäten ausgerichtet sind. In erster Linie sollen all jene Betriebe entsprechend öffentlich gemacht werden, die Maßnahmen zur Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen entwickeln und erfolgreich umsetzen. Dafür wurde ein dreistufiges System (Charta, Gütesiegel, Preis) entwickelt (ONBGF, 2010). Mit diesem System werden Kriterien auf einheitlicher Basis geschaffen und damit BGF bewertbar und nachvollziehbar gemacht.

- Stufe: BGF-Charta: Unterzeichnung der Absichtserklärung, sich den Grundsätzen der BGF zu verschreiben und die Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren.
- Stufe: BGF-Gütesiegel: Dieses Siegel (Laufzeit von drei Jahren) wird an all jene Unternehmen vergeben, die BGF nach gewissen Kriterien des ENWHP realisiert haben.
- Stufe: BGF-Preis: Die Bewertung der eingereichten Projekte erfolgt auf Grundlage der Qualitätskriterien des Europäischen Netzwerkes für BGF. Ein BGF-Preis wird nur an jene Unternehmen verliehen, die alle fünf Phasen in einem Gesundheitsförderungsprojekt durchlaufen haben (Konstituierung, Diagnose, Planung, Umsetzung, Evaluation).

2.3.3 Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

1998 wurde auf Basis des „Bundesgesetzes über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information“ (GfG) der Fonds Gesundes Österreich geboren, welcher die bundesweite Kontakt- und Förderstelle für Gesundheitsförderung und Prävention ist. In der Gesundheitsförderung werden praxisorientierte und wissenschaftliche Projekte, der Aufbau von Strukturen, die Fortbildung und Vernetzung unterstützt. Durch Information, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit will der FGÖ das Bewusstsein der Menschen hinsichtlich Gesundheitsförderung und Prävention stärken. Nicht nur Einzelpersonen sondern auch soziale Strukturen, in denen sie leben, sollen ein gesundheitsförderndes Denken und Verhalten in Richtung mehr Gesundheit und Wohlbefinden entwickeln, um gesündere Lebenswelten und Lebensweisen in allen Lebensbereichen zu schaffen. Der FGÖ setzt derzeit in sechs Hand-

lungsfeldern (Bewegung, Ernährung, Physische Gesundheit, BGF, Ältere Menschen, Kinder und Jugendliche) spezielle Aktivitäten, um das Gesundheitsbewusstsein zu verbessern.

2.3.4 Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)

Der GÖG wurde als nationales Forschungs- und Planungsinstitut für das Gesundheitswesen und als entsprechendes Kompetenz- und Förderstelle für die Gesundheitsförderung errichtet. Somit können Strukturplanung, Gesundheitsförderung und Qualitätssicherung besser aufeinander abgestimmt werden (Abb. 12). Dieser Synergieeffekt kommt allen Beteiligten des österreichischen Gesundheitswesens und damit auch allen Österreichern zugute.

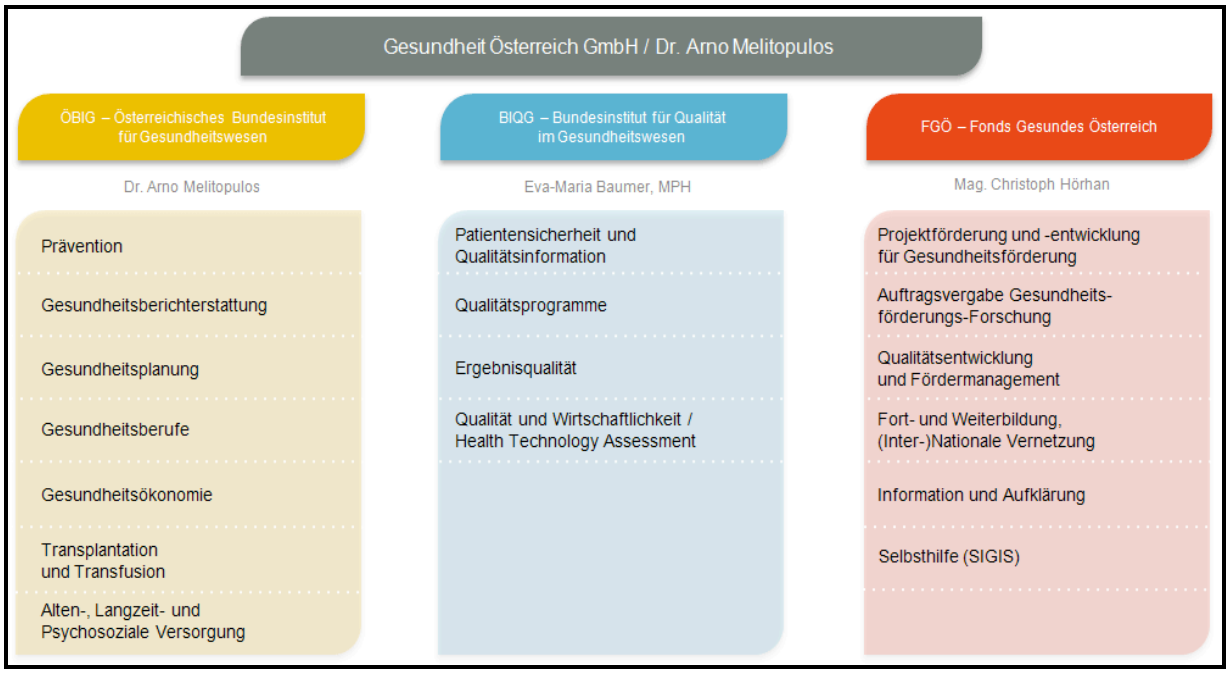


Abb. 12: Geschäftsbereiche des GÖG (vgl. www.goeg.at)

2.3.5 Aktivitäten auf Seiten der Versicherungen

Inzwischen wurde auch in Österreich ein Netzwerk aufgebaut, um Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung österreichweit besser verwirklichen zu können. Durch diese Regionalisierung stehen in neun Bundesländern kompetente Ansprechpartner den Betrieben zur Verfügung, um die Idee der BGF weiter verbreiten und die Projektinitiativen besser unterstützen zu können. Bei den Kooperationspartnern handelt es sich um Non-Profit-Organisationen bzw. Krankenkassen, die für Gesundheitsaktivitäten einen gesetzlichen Auftrag haben. Im Öster-

reichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) spielen die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung eine bedeutende Rolle. Dabei nehmen die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) als Netzwerkpartner des sowohl österreichischen als auch europäischen Netzwerkes für BGF und die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus eine Vorreiterrolle bei betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten ein (OENBGF, 2010c). Andere Versicherungsträger sind bereits gefolgt. Auch private Versicherungen sind bereits auf diese Gesundheitswelle aufgesprungen und versuchen Unternehmen für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zu sensibilisieren und mit Maßnahmen zu unterstützen.

2.4 Rückblick der BGF

Nach der kurzen Einführung über die Entwicklung der BGF in Österreich, soll im Folgenden die Bilanz der BGF seit ihrem Beginn anhand von Ergebnissen einiger Evaluationen zusammenfassend dargestellt und der Forschungsstand zur Etablierung von BGF in Unternehmen aufgezeigt werden. Da in Österreich als Folge mangelnder Evaluationsberichte über BGF kaum Informationen zu Verfügung stehen, werden zum Vergleich auch Berichte aus Deutschland und der ENWHP herangezogen.

2.4.1 BGF-Rückblick Deutschland

In einem Bericht von 1997 (Meggeneder, Hirtenlehner, 2006) geht hervor, dass laut Studien vor allem verhaltensbezogene Maßnahmen durchgeführt wurden, wogegen verhältnispräventive Maßnahmen, dies gilt hauptsächlich für Gestaltung der Arbeitsorganisation, der Arbeitsinhalte und der Arbeitszeit sowie des Führungsstils, eine deutlich geringere Rolle spielten. Bei einer Mehrzahl der betrieblichen Gesundheitsprojekte zeigte sich eine mangelnde Ausgangsanalyse und Zielbestimmung, eine unzureichende Kooperation, Partizipation und fehlende Integration in den Arbeitsalltag.
Fallstudien zeigten, dass auch in Gang gekommene erfolgreiche Projekte zu einem Bruch oder Wendepunkt gelangen können. Wie dies in Meggeneder (2006) beschrieben wird, ist dies dann der Fall, wenn einschneidende Veränderungen in der betrieblichen Problemsituation eintreten (akuter Umstrukturierungs- und Rationalisierungsdruck, Zwang zu umfangreichen

Personalabbaumaßnahmen), die zu einem Prioritäten- und Strategiewechsel des Managements führen, Konfliktpotentiale zwischen den Akteurgruppen wie auch innerhalb dieser erzeugen und Ausstiegsoptionen hinsichtlich der Beteiligung an der Gesundheitsförderung aktivieren, also einen oder mehrere Kernakteure zum Verlassen der Gesundheitsförderungs-Koalition bewegen.

Ein Präventionsbericht von 2002 ergab folgendes Ergebnis (Meggeneder, Hirtenlehner, 2006: 182f):

- BGF findet in weniger als 30% der Betriebe und Verwaltungen statt
- Deutliches Übergewicht an individuen- bzw. verhaltensbezogenen Maßnahmen gegenüber verhältnispräventiven Maßnahmen
- Geringer Anteil an Gesundheitszirkeln
- BGF-Maßnahmen finden hauptsächlich in großen Betrieben, insbesondere des verarbeitenden Gewerbes, statt
- Eine Verfestigung und Integration der BGF in die betrieblichen Entscheidungsstrukturen und Organisationsabläufe wird häufig nicht realisiert
- In weniger als der Hälfte aller BGF-Projekte findet eine Erfolgskontrolle statt
- Mangelnde Kooperation bei den institutionellen Präventionsakteuren

Zusammenfassung des Präventionsberichtes von 2008:

- Anstieg der durchschnittlichen Projektlaufzeit auf 23,3 Monate
- Überproportionalität der Häufigkeit von BGF-Projekten in Betrieben des verarbeiteten Gewerbes
- Starke Präsenz der BGF in Betrieben von 100 bis 499 Mitarbeitern
- Bei 77% aller Projekte wurden Erfolgskontrollen durchgeführt
- 54 % der Maßnahmen waren gleichzeitig verhältnis- und verhaltensbezogen
- In zwei Dritteln aller Fälle waren Entscheidungs- und Steuerungsstrukturen vorhanden
- Kontinuierliche Zunahme von Gesundheitszirkeln; im Jahr 2007 waren es 2.261
- Die Interventionen waren inhaltlich in 77% der Fälle auf die Reduktion körperlicher Belastungen ausgerichtet, dann folgten psychosoziale Themen und Stressmanagement

- Die Umgestaltungen betrafen vorzugsweise Umgebungsbedingungen, Arbeits- und Unfallschutz sowie die Arbeits- und Betriebsorganisation

(Siehe: www.gkv.info)

2.4.2 BGF-Rückblick Österreich

In Österreich entwickelte sich die BGF als dezentrales Handlungsfeld. Wichtige Träger in dieser Entwicklung spielen vor allem die Krankenkassen, Sozialversicherungsträger, Arbeiterkammern, Gewerkschaften, Wirtschaftskammer, kommunale Verwaltungen sowie private Organisationen. (Meggeneder et al, 2005: 20f). Ein Hauptproblem bei der Durchführung von BGF stellen vor allem die Klein- und Mittelunternehmen (KMU) dar, welche auf Grund ihrer Betriebsgröße und Struktur Probleme bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen aufzeigen. KMU können wegen ihrer knappen Ressourcen hauptsächlich Einzelaktionen oder verhaltenspräventive Aktionen gestartet werden. (Meggeneder et al., 2005: 22f). Der finanzielle Spielraum ist bei den Unternehmen der entscheidende Faktor ob BGF-Maßnahmen angeboten werden. Tendenziell ist er in KMU geringer als in Großbetrieben, was sich wiederum auf die Ressourcen auswirkt.

2.4.2.1 Auszüge aus Bilanzberichten

Für Österreich konnten folgende Berichte und Bemerkungen zum Entwicklungsstand der BGF gefunden werden:

> „Setzt man die Zahlen zur Verbreitung von BGF mit den österreichischen Beschäftigungszahlen in Bezug, so sieht man, dass gegenwärtig betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen des Österreichischen Netzwerkes BGF nur einen sehr geringen Anteil der österreichischen Beschäftigten erreicht. [...] Es ist somit zu früh, [...] einen klaren Trend hinsichtlich der Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung ablesen zu können. Zu dem steht zurzeit noch keine breite Wirkungsanalyse von BGF-Maßnahmen zur Verfügung.“ (Leoni, Mahringer, 2008)

Nach dem **Fehlzeitenreport von 2008** hatten bis Jahresanfang 2008 rund 200 Betriebe die BGF-Charta unterzeichnet, damit sind fast 110.000 Beschäftigte in Betrieben tätig, die sich nach den Grundsätzen der BGF orientieren. Die Zahl der Betriebe, die BGF-Maßnahmen implementiert und ein Gütesiegel zuerkannt bekommen haben, ist erwartungsgemäß geringer (62 Betriebe), siehe Abb. 7 und 8.

Tab. 7: Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben und/oder ein BGF-Gütesiegel erhalten haben (Leoni, Mahring, 2008: 135)

Betriebsgrößenklasse nach Anzahl der MitarbeiterInnen	Charta-Betriebe	MitarbeiterInnen in Summe	Gütesiegel-Betriebe	MitarbeiterInnen in Summe[1])
1 bis 9	29	146	0	0
10 bis 49	44	1.089	5	145
50 bis 249	58	6.380	19	2.269
Ab 250	73	101.052	38	55.295
Gesamt	204	108.667	62 [1])	57.709

Q: Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. – [1]) Von diesen Unternehmen bekamen 6 Unternehmen das Gütesiegel "2008 bis 2010" wieder verliehen. In Summe wurden daher 68 Gütesiegel an 62 Unternehmen verliehen.

Tab. 8: Unternehmen, die 2005 und 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben nach Jahren/Unternehmen, die für den vorgegebenen Zeitraum ein Gütesiegel zuerkannt wurde (Leoni, Mahring, 2008: 135)

Übersicht 5.4: Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben nach Jahren/Unternehmen, die für den vorgegebenen Zeitraum ein Gütesiegel zuerkannt wurde

Jahr der Charta-Unterzeichnung	Charta-Betriebe	Zeitraum der Zuerkennung: Gütesiegel	Gütesiegel-Betriebe
2005	6	2005 bis 2007	26
2006	141	2006 bis 2008	16
2007	24	2007 bis 2009	9
2008 (Stand Jänner 2008)	8	2008 bis 2010	11 [2])
Gesamt	179 [1])		62

Q: Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. – [1]) Differenz zu 204 Unternehmen (siehe Übersicht 5.3): Unterzeichnungsjahr bei 25 Unternehmen nicht bekannt. – [2]) Plus 6 Wiederverleihungen.

Die Struktur der österreichischen Wirtschaft ist durch einen sehr hohen Anteil an Klein- und Mittelbetrieben gekennzeichnet. Im Jahr 2008 betrug der Anteil der KMU 99, 6% (Tab. 9). 298.124 KMU mit 1-249 Beschäftigten bilden das Rückgrat österreichischer Unternehmen und haben somit einen wesentlichen Einfluss auf die Wirtschaftsstruktur (WKO, 2010).

Tab. 9: Unternehmen nach Größenklassen und Sparten 2008 (WKO, 2009)

Größenklasse (Beschäftigtenzahl)	Unternehmen [2]		Unselbständig Beschäftigte [3]	
	Anzahl	Anteil in %	Anzahl	Anteil in %
	Information und Consulting			
	ALLE SPARTEN			
0	148.012	49,5	0	0,0
1-4	93.151	31,1	181.792	8,2
5-9	26.747	8,9	174.798	7,9
10-19	15.593	5,2	209.446	9,4
20-49	9.707	3,2	294.103	13,2
50-99	3.013	1,0	207.321	9,3
100-149	1.079	0,4	129.628	5,8
150-199	504	0,2	86.770	3,9
200-249	318	0,1	70.881	3,2
250-499	630	0,2	216.346	9,7
500 und mehr	441	0,1	654.126	29,4
SUMME	299.195	100,0	2.225.211	100,0

[1] Stand: Dezember 2008 Quelle: WKO
[2] Daten für den Bereich der Wirtschaftskammern; Erläuterungen siehe Fußnote 1 auf Seite 73
[3] Beschäftigungsverhältnisse; ohne geringfügig Beschäftigte

Oskar Meggeneder bilanzierte im Jahr 2000 in „Rückblick mit Perspektiven in Klein- und Mittelbetreiben“ (Meggeneder, 2002: 241) folgendes:

> „Wie bereits [...] dargestellt fehlt es in Kleinbetreiben meist an Strukturen für das Thema Arbeitnehmerschutz. Wenn schon die daraus resultierende mangelnde Fach- und Umsetzungskompetenz Auswirkungen auf die Einhaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bringt, so gilt dies erst recht für Gesundheitsförderung als freiwilliges Angebot“
> „Betriebliche Gesundheitsförderung, die über die gesetzlichen Anforderungen des Arbeitnehmerschutzgesetzes hinausgeht, bleibt weitgehend den größeren Unternehmen vorbehalten“

Informationsstand über BGF aus einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich von **Hirtenlehner & Sebinger** (2004):

- Bei 12.000 ausgesandten Fragebögen für Unternehmensleiter an Kleinst- und Mittelbetreiben (1-99 unselbständige Mitarbeiter) wurden nur 1.222 retourniert, das entspricht einer Rücklaufrate von 10%.
- 50% der Befragten lassen ein Wissensdefizit erkennen, was betriebliche Gesundheitsförderung betrifft.

- 84% sind der Auffassung, dass sich BGF als Investition wirtschaftlich rechnet.
- 34% glauben, dass BGF eine Produktivitätssteigerung nach sich ziehen kann.
- Ein Drittel der erfassten KMU kann bereits auf innerbetriebliche Erfahrungen mit Gesundheitsförderungen zurückblicken.
- 3% führten ein ganzheitliches BGF-Projekt durch.
- 11% berichteten über Verhältnispräventionsmaßnahmen, demgegenüber stehen 5% durchgeführte verhaltensbezogene Maßnahmen.

Zusammenfassung einer BGF Bilanz durchgeführt in Salzburg im Jahr 2006 von der Forschung Urstein (Maislinger-Parzer, 2006):

- Knapp die Hälfte der befragten Erwerbstätigen ist der Begriff BGF bekannt.
- Mit BGF werden hauptsächlich ärztliche Untersuchungen, Impfungen oder Sicherheitsaspekte bei den Beschäftigten assoziiert.
- Viele sehen gesundheitsfördernde Maßnahmen primär als Aufgabe des Arbeitsgebers und weniger den Beitrag von Selbstverantwortung des Einzelnen
- BGF wird hauptsächlich in Mittel und Großunternehmen durchgeführt
- Nur ein Drittel der Befragten gibt an, dass in Ihrem Betrieb Gesundheitsaktivitäten durchgeführt wurden bzw. werden.
- Auffallend ist, dass BGF am ehesten in Großbetrieben im Management verankert ist
- Am Häufigsten werden gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Sport, Rückenschule und Ernährung angeboten.
- In Mittel- und Großbetrieben setzen sich eher Betriebsräte für BGF ein und in Kleinbetrieben die Geschäftsführer.
- Die Beteiligung der Mitarbeiter an BGF Maßnahmen liegt bei zwei Drittel.
- Krankheitspräventive Maßnahmen im physischen Bereich stehen bei den Arbeitnehmern ganz oben auf der Wunschliste (vor allem Verbesserungen im Hinblick auf ihren direkten Arbeitsplatz, Arbeitsgeräte und Arbeitsorganisation), dann folgt die Erhaltung und Förderung von psycho-sozialer Gesundheit (Maislinger-Parzer, 2006).

2.4.3 BGF-Rückblick der ENWHP

Zusammenfassung eines Programms der Europäischen Stiftung von 1998 zur BGF in Europa:

> Aus einer Umfrage von 1991 zum Informationsstand über BGF geht hervor, dass das Problembewusstsein in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung sowohl auf Seiten der Arbeitgeber, als auch der Gewerkschaften außerordentlich gering war. Ein hohes Ausmaß an gesundheitsbezogenen Aktivitäten zeigten in der Regel größere Betriebe und Unternehmen in denen sich die Betriebsleitung aktiv daran beteiligte. Die am häufigsten durchgeführten betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen fanden auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit statt, wobei in den Bereichen der Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung wenig Engagement erkennbar war. Unternehmen, die über entsprechende Ressourcen und Programme verfügen, waren im Gesundheitsbereich eher aktiv. Die Europäische Stiftung sah wesentliche Probleme in der geringen Sensibilisierung für BGF, Mangel an Fachkenntnis und Fertigkeiten zur Verwirklichung von BGF-Maßnahmen, keine klare Verteilung der Zuständigkeiten für BGF in den Betrieben, keine Integration der BGF in der Arbeitsmedizin und im Bereich des Arbeitsschutzes und den Mangel an Evaluationen bei durchgeführten BGF-Projekten.

Aus einem Bericht von Breucker (2001), Nationale Kontaktstelle des ENBGF:

> „Gesunde Arbeitsbedingungen können die ökonomische und soziale Entwicklung in den Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft positiv beeinflussen. Dennoch gehören sie nur selten zu den vorrangigen Unternehmenszielen – hier überwiegen immer noch betriebswirtschaftliche Kriterien. Dies gilt in ganz besonderem Maße für Klein- und Mittelunternehmen und betrifft dadurch den größten Teil der Beschäftigten“

Zehn Jahre ENWHP (Scholz, 2006):

> Besondere Aufmerksamkeit wird den KMU wegen ihrer wirtschaftlichen und sozialen Bedeutung geschenkt, da sie einen wichtigen Beitrag zur Lösung des Arbeitslosigkeitsproblems in Europa leistet. Mehr als 99% aller Unternehmen in der EU sind KMU, welche mehr als zwei Drittel der Arbeitnehmer beschäftigen (ENBGF, 2001). Vor allem in Kleinunternehmen besteht ein hoher Bedarf an praxistauglichen Ansätzen zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. Damit sich BGF in den KMU besser etabliert, muss mehr Überzeugungs- und Öffentlichkeitsarbeit geleistet werden. Leider haben Arbeitsschutz und BGF in KMU wegen begrenzter finanzieller Ressourcen einen geringen Stellenwert.

Die ENWHP hat beschlossen bis zum Jahr 2010 folgende Aufgaben und Ziele zu verwirklichen:

- BGF bekannter machen und alle Schlüsselpositionen zur Übernahme von mehr Verantwortung für Gesundheit bewegen
- Vorbildliche Praxisbeispiele ermitteln und verbreiten

- Leitlinien für effektive BGF entwickeln, erfolgreiche Methoden zur Verfügung stellen und Argumente für Investitionen in BGF sammeln
- Die besonderen Anforderungen in der Zusammenarbeit mit kleinen und mittleren Unternehmen berücksichtigen
- Alle Mitgliedstaaten des ENWHP sollen auf nationaler Ebene Zugang zu einer unterstützenden Infrastruktur haben die institutionelle sowie nicht-institutionelle Interessensvertreter mit einbezieht und die sich aktiv am Erfahrungsaustausch auf europäischer Ebene beteiligen
- Die Zahl der Beschäftigten, die in Unternehmen arbeiten, in denen BGF Bestandteil der Unternehmenspolitik ist, soll europaweit signifikant erhöht werden

Diese Vorgaben der ENWHP sind wohl eine Antwort auf die bisherige Bilanz der BGF-Entwicklung in Europa. Auch wenn sich alle einig sind und die neusten Zahlen belegen, dass die Investition in die Gesundheit viele Vorteile und Nutzen bringt, so blieb bis jetzt die Entwicklung der BGF hinter ihrer Erwartung.

2.4.4 Fazit

In der Kopenhagen-Konferenz (1991) wurde schließlich als WHO-Ziel 25 zur Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung folgendermaßen formuliert:

> „Bis zum Jahr 2000 sollte sich in allen Mitgliedstaaten durch Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkung der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen sowie durch die Förderung des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert haben.“ (Ulich, Wülser, 2009: 3f).

In Anbetracht der BGF Bilanz konnte dieses Ziel nur teilweise erreicht werden.

Die bisherige Entwicklung der BGF kann man folgendermaßen in Zitaten zusammenfassen:

- Oskar Meggeneder, Helmut Hirtenlehner: „Die konsequente Umsetzung der von der WHO formulierten Kriterien für Gesundheitsförderung würde im Besonderen bedeuten, dass insgesamt oder mindestens in den gesundheitsaktiven Unternehmen wesentlich mehr widerspruchsfreie Arbeitsanforderungen, abwechslungsreiche und geistig anregende Aufgaben und erweiterte zeitliche wie inhaltliche handlungs- und Entscheidungsspielräume bei der

Arbeit sowie ein starker sozialer Rückhalt im Betrieb vorhanden wären, als derzeit der Fall ist beziehungsweise sich in der Entwicklung der Arbeitsbedingungen abzeichnet“ (Meggeneder, Hirtenlehner, 2006: 118).

- Uwe Lenhard, Thomas Elkeles, Rolf Rosenbrock: „Alles in allem scheint nach unseren Befunden die gegenwärtige Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung noch sehr weit von dem entfernt, was seitens der WHO als wesentliche Inhalte des Begriffs formuliert und von der Gesundheitswissenschaften als diesbezüglich zentrale Handlungserfordernisse herausgearbeitet worden ist. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich um Aktivitäten, die weder auf einer gründlichen Analyse betrieblich bedingter Gesundheitsprobleme basieren, [...] noch auf Partizipation und Empowerment der Beschäftigten im präventionspolitischen Sinne setzen. Stattdessen wird überwiegend auf das weniger ertragreiche Feld individueller Verhaltensbeeinflussung ausgewichen, und selbst hierbei werden arbeitsbezogene Aspekte häufig ausgeblendet“ (Lenhard et al., 1997: 181).
- Rolf Rosenbrock: „Gesundheitsförderung stellt einen komplexen und noch uneinheitlichen Ansatz dar, der für die Öffentlichkeit aber auch für die Politik schwer zu verstehen ist. Gesundheitsförderung verfügt nicht über einheitliche Ziele, es mangelt an Qualitätsmanagement und es gibt keine nachhaltige Finanzierung. Besonders die mangelnde nachhaltige Finanzierung macht es beinahe unmöglich, Ergebnisse und Wirkungen von Gesundheitsförderungsstrategien, die oftmals mehrjährig zeitversetzt auftreten, abzubilden und zu kommunizieren“ (SV Wissenschaft, 2008)

3 Gesundheitsförderung

3.1 Entwicklung

Die Gesundheitsförderung wird häufig als eine Weiterentwicklung der Gesundheitserziehung, die zur Teilnahme an Maßnahmen der Krankheitsverhütung, körperlicher und seelischer Hygiene, Unfallvermeidung sowie Suchtvorbeugung motivieren soll (Kuhn & Sommer, 2004: 23) und des Risikofaktorenmodells gesehen. Ihre Entstehung muss aber im Kontext sowohl einer breiteren sozialen Entwicklung wie auch eines zunehmenden Erkenntnisgewinns und sehr viel grundlegenderen Umdenkens innerhalb des Gesundheitssektors verstanden werden. (Schwartz, Walter, 2000: 182). Die Gesundheitserziehung hat sich heute zunehmend als Stra-

tegie eines integrierten Teilbereiches der Gesundheitsförderung entwickelt, auch wenn zahlreiche aktuelle Maßnahmen und Aktionen über diesen gesundheitserzieherischen Ansatz häufig kaum hinausgehen (Kuhn, Sommer, 2004: 23). Die Etablierung der „Gesundheitsförderung“ fand zumindest im deutschsprachigen Europa anlässlich der Verabschiedung des Dokumentes der Ottawa Charta statt, welches immer wieder herangezogen wird, wenn es darum geht, die Grundlagen für Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung zu beschreiben. (Hafen, 2001: 8f). Der Begriff „Gesundheitsförderung“ etablierte sich im Anschluss an die Definition von „Gesundheit“ in der Gründungskonvention der WHO (1946): „Gesundheit ist der Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (Hurrelmann 2009: 11)

3.2 Der Gesundheitsbegriff

In der allgemeinen Gesundheitsliteratur sind einige Versuche unternommen worden, Gesundheit zu bestimmen, ohne dass dabei eine Einigkeit erzielt wurde: „Grundsätzlich ist festzustellen, dass es keine allgemein anerkannte Definition von Gesundheit gibt“ (Schwartz, Walter 2000: 24). „Gesundheit bildet einerseits einen zentralen Wert im Gefüge gesellschaftlicher Normen und individueller Lebensziele, andererseits sind Gesundheit und Krankheit elementare Erfahrungsqualitäten menschlichen Lebens. Es fällt schwer, einen allgemein akzeptierten positiven Begriff von Gesundheit, aber auch von Krankheit zu entwickeln, da zwischen Gesundheit und Krankheit vielfältige Übergänge und Zwischenstufen bestehen.“ (Schwartz, Walter 2000: 24).

3.2.1 Die Sichtweise der WHO

Die WHO 1946 definierte Gesundheit als Zustand „vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein als Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Diese Beschreibung von Gesundheit ist die wohl am häufigsten verwendete und zugleich auch des öfteren kritisierte Definition, da sie als zu utopisch und ebenso zu statisch bezeichnet wird. (Schwartz, Walter 2000: 26). Sie betont, dass Gesundheit nicht etwas nur objektiv Feststellbares, sondern auch etwas subjektiv Erlebtes ist. (Badura, Ritter, Scherf 1999: 24). Im Rahmen der BGF, wo es darum geht gesundheitliche Beeinträchtigungen möglichst früh zu erkennen, kommt dem subjektiven Wohlbefinden und Gesundheitsgefühl erhebliche Bedeutung zu (Uh-

lich, Wühlser 2009: 30). Neuere Gesundheitsmodelle berücksichtigen inzwischen sowohl subjektive Befindlichkeiten als auch objektive Parameter (Bamberg, 1998: 51).

3.2.2 Objektiver vs. subjektiver Gesundheitsbegriff

Die Berücksichtigung der subjektiven Komponente ist für die Maßnahmen der Gesundheitsförderung insofern von Bedeutung, als die gesundheitsfördernden Interventionen auf Widerstände der Beschäftigten stoßen können, wenn sie mit den Vorstellungen und Lebensumständen der betroffenen Personen nicht zu vereinbaren sind. Anders herum steigert die Berücksichtigung der so genannten „Laienvorstellung (individuelles Verständnis / persönliche Sichtweise)“ die Akzeptanz der BGF (Uhlich, Wühlser 2009: 30). Die Gesundheitsdefinition wendet sich gegen eine Reduktion von Gesundheit auf rein körperliche Zustände und richtet ihre Aufmerksamkeit stattdessen auf drei unterschiedliche Dimensionen menschlichen Befindens: die somatische, psychische und soziale (Badura, Ritter, Scherf 1999: 24).

3.2.3 Das soziopsychosomatische Modell

Die soziopsychosomatische Betrachtungsweise sieht als Handlungshintergrund für den Setting-Ansatz den ganzen Menschen und richtet ihr Hauptaugenmerk auf den Zusammenhang zwischen sozialen, psychischen und somatischen Prozessen. Die Frage nach den krank machenden Einflüssen bleibt wichtig und bedeutsam. Das Hauptinteresse richtet sich jedoch auf salutogene, m.a.W. gesundheitsförderliche Potentiale. Die Gesundheit der Menschen kann aus soziopsychosomatischer Sicht sowohl als Voraussetzung, wie auch als Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Person, Verhalten und Umwelt gesehen werden. Im Kern geht es um Verständnis und Erschließung salutogener Potenziale in der Person, in ihrer Umwelt und in ihrem Verhalten.“ (Badura, Ritter, Scherf 1999: 24). Bauch und Bartsch (2003: 4) verwenden in diesem Zusammenhang den Begriff „Soziopsychosomatik“, der ausdrückt, dass soziale Kommunikation und Interaktion im Setting auf das psychische Befinden und dieses wiederum auf die körperliche Gesundheit wirkt. Von dieser gesundheitswissenschaftlichen Sichtweise unterscheidet sich der biomedizinische und verhaltensmedizinische Ansatz. Im Zentrum der biomedizinischen Tradition steht die Erforschung pathogener Vorgänge im menschlichen Organismus, wovon sich der Ansatz der Verhaltensmedizin überwiegend auf selbstschädigende Verhaltensweisen konzentriert, aber auch salutogene Verhaltensweisen im Vorder-

grund stehen. Biomedizin und Verhaltensmedizin haben die individuenbezogene Vorgehensweise in Prävention und Therapie gemeinsam, die bei jedem Einzelnen in seinem Verhalten ansetzt und nicht in seinen Lebens- und Arbeitsbedingungen (Badura, Ritter, Scherf 1999: 22).

3.2.4 Die neue WHO-Definition

In der überarbeiteten Definition der WHO 1987 nach der Verabschiedung der Ottawa Charta wurde eine Veränderung in der Auffassung von Gesundheit erkennbar, die auch für die betriebliche Gesundheitsförderung von Bedeutung ist: "Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen" (Ulich, Wülser 2009: 31). „Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Menschen können ihr Gesundheitspotenzial nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können" (WHO, 1986). Selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Handeln bildet die Grundlage im neuen Gesundheitsverständnis für ein psychisches und physisches Wohlbefinden (Zimolong, Elke, Bierhoff 2008: 33). Badura sieht die Gesundheit als Kompetenz oder Befähigung für eine aktive Lebensbewältigung und behauptet, dass sie erlernbar ist. Seine Definition von Gesundheit ist: „ Eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlregelung, durch die ein positives und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird." (Badura, Walter, Hehlmann 2010: 32). Mit dieser Neufassung des Gesundheitsbegriffs ist auch ein neues Verständnis von Krankheit eng verbunden: „Krankheit ist mehr als nur körperliche Fehlfunktion oder Schädigung. Auch beschädigte Identität oder länger anhaltende negative Gefühle der Angst oder Hilflosigkeit müssen wegen ihrer ungünstigen Rückwirkungen für Denken und Handeln und wegen ihrer potentiell pathogenen Konsequenzen für das Immun- und Herz-Kreislauf-System als Krankheitssymptome begriffen werden." (Badura, Ritter, Scherf 1999: 25).

3.3 Pahtogen vs. Salutogen

3.3.1 Pathogenese

„In Abgrenzung zur Salutogenese bedeutet: Krankheitsentstehung. Unter pathogenetischer Perspektive verstanden wird die Suche nach Ursachen von Krankheiten – entweder zum Zwecke der Prävention krankheitsspezifischer Risiken oder zur Behandlung Erkrankter.“ (Expertenkommission, 2004: 113). Im Zentrum des biomedizinischen Gesundheitsmodells steht die Erforschung und Kontrolle pathogener Vorgänge im menschlichen Organismus (Badura, Walter, Hehlmann 2010: 35), der als eine Art Maschine betrachtet wird, deren Funktion oder auch Funktionsstörungen durchschaut werden können, indem man die physiologischen Prozesse genau analysiert (Schmitt, 2007: 6). Pathogene Vorgänge werden durch genetische Defekte oder den Organismus schädigende biologische, chemische oder physikalische Umwelteinflüsse erklärt. Da die klinische Forschung diesem Ansatz folgt, hat die klassische Medizin mit Krankheit sehr viel mehr zu tun, als mit Gesundheit (Badura, Walter, Hehlmann 2010: 35-36).

3.3.2 Salutogenese

Im Vordergrund der modernen Gesundheitswissenschaften steht die Salutogenese, also die Entstehung von Gesundheit und deren psychische und soziale Aspekte, die in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit im Gesundheitsdiskurs erfahren hat. Der Begriff Salutognese in Abgrenzung zur Pathogenese stammt von Antonovsky einen amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen (Kuhn, Sommer, 2004: 11). Der salutogenetischer Ansatz beschäftigt sich mit den Ursachen guter Gesundheit (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 36) und wendet sich den Prozessen zu, die Gesundheit erhalten und fördern (Ulich, Wülser, 2009: 36).

3.3.3 Paradigmenwechsel

Aaron Antonovsky leitete in diesem Zusammenhang einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsforschung ein, indem die dichotome Klassifizierung von Menschen als gesund oder krank verworfen wird und stattdessen sich die Person in einem multidimensionalen Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet (Ulich, Wülser, 2009: 36). In diesem Kontinuum be-

wegt sich der Mensch zwischen einer vollkommenen Gesundheit und einer vollständig fehlenden Gesundheit (Schmitt 2007: 52), wobei Krankheits- und Gesundheitsmerkmale zeitlich koexistent auftreten können (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 43). Die neue Sichtweise sieht Gesundheit als geglückte und Krankheit als missglückte Balance zwischen Gesundheitsbelastungen einerseits und Gesundheitsressourcen andererseits (Rosenbrock, 2008: 13). Im Gegensatz dazu wird im traditionellen biomedizinischen Gesundheitsverständnis eine Person entweder als krank oder gesund bezeichnet. Im Gesundheitsmodell von Antonovsky werden vier Dimensionen postuliert, auf denen eine Person mehr oder weniger gesund oder krank sein kann: das Erleben von Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen in Lebensaktivitäten, prognostische Implikationen aufgrund von Schweregrad und Dauer der Störung und die für erforderlich gehaltenen mehr oder weniger aufwendigen Maßnahmen präventiver oder kurativer Art (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 43). Eine zentrale Bedeutung in dem Konzept der Salutogenese haben die Gesundheitsressourcen, das sind Faktoren in einer Person und in der Umwelt, auf die das Individuum bei Bedarf zurückgreifen kann, um die Gesundheit zu erhalten oder bei einer Störung wiederherzustellen (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 50).

3.4 Ressourcen

Im Zentrum moderner Konzepte zur Gesundheitsförderung stehen nicht mehr die Risikofaktoren, sondern die Gesundheitsressourcen (Kuhn, Sommer, 2004: 12). Das positive und ganzheitliche Konzept „Gesundheit“ der WHO bezieht sich ausdrücklich auf die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit sowie die körperlichen Fähigkeiten (Engelmann, Halkow, 2008: 27). Mit der Aufwertung und Systematisierung der Förderung von gesundheitsdienlichen Ressourcen (Selbstbewusstsein, Selbstwirksamkeit, Kompetenzen, Bildung, Verhaltensspielräume, Erholung, Unterstützung durch soziale Netze, Partizipation usw.) verbindet sich einerseits die Vorstellung, dass Menschen in der Lage sind, Risiken für Ihre Gesundheit besser wahrzunehmen und sie zu mindern und andererseits die Erwartung, dass sich mit zunehmender Transparenz von Lebenssituationen, mit Qualifikation, wachsenden Entscheidungsspielräumen, direkter Partizipation sowie durch materielle und ideelle soziale Unterstützung die Fähigkeit zur Belastungsverarbeitung erhöht und die Erkrankungswahrscheinlichkeit somit sinkt (Rosenbrock, 2008: 13). „Gesundheitsressourcen werden also im Hinblick auf Krankheitsvermeidung benötigt, um die physischen / psychischen Bewälti-

gungsmöglichkeiten von Gesundheitsbelastungen zu erhöhen; um die individuellen Handlungsspielräume zur Überwindung gesundheitlich belastenden Verhaltens zu vergrößern, um Handlungskompetenz für die Veränderung von Strukturen zu entwickeln / freizusetzen, die entweder direkt die Gesundheit belasten oder die Gesundheit belastendes Verhalten begünstigen.“ (Rosenbrock, 2008: 13). Für die Gesundheitsförderung sind die Ressourcen von wichtiger Bedeutung, da sie das Auftreten von Stressoren vermeiden, ihre Ausprägung mildern oder ihre Wirkung verringern können (Zapf, Semmer, 2004: 1041). Verglichen mit den verschiedenen Erklärungsansätzen und Definitionen von Gesundheit, verhält es sich in der Beschreibung von Ressourcen ähnlich, da sie allgemein formuliert, schwer operationalisierbar und deshalb auch schwer empirisch überprüfbar sind (Ulich, Wülser, 2009: 50).

3.4.1 Ressourcenarten

Im Allgemeinen wird zwischen externen und internen Ressourcen unterschieden, die die Wirkung und Folgen von Beanspruchungen reduzieren können (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008, S. 34)

Tab. 10: Zusammenstellung der Ressourcenarten, eigene Darstellung

Externe / Organisationelle / Situative Ressourcen	**Soziale Ressourcen***	**Interne / Personale / Ressourcen**
Tätigkeitsspielraum: • Entscheidungsmöglichkeit • Kontrollmöglichkeit • Gestaltungsmöglichkeit • Aufgabenvielfalt	Emotionale Unterstützung	Kognitive Überzeugungssysteme „belief systems“: • Selbstwirksamkeit • Kontrollüberzeugung • Optimismus
Situationskontrolle: • Autonomie/Selbstorganisation • Partizipation • Einflussnahme	Instrumentelle Unterstützung	Kohärenzgefühl: • Verstehbarkeit • Handhabbarkeit • Sinnhaftigkeit
Qualifikationspotential	Affirmative Unterstützung	Berufliche Qualifikation
	Positives Sozial und Arbeitsklima	Bewältigungsstrategien „coping“
		Robustheit „hardiness

** kann als Bindeglied zwischen situativen und personalen Ressourcen gesehen werden*

Die drei Komponenten des Kohärenzgefühls werden durch die positiv zu bewertenden Merkmale der Arbeitstätigkeit gefördert und können folgendermaßen in Beziehung gebracht werden (Tab. 11):

Tab. 11: Tabellentitel nach Udris (Ulich, Wülser, 2009: 39)

Verstehbarkeit	Handhabbarkeit	Sinnhaftigkeit
• Transparenz • Information und Kommunikationsmöglichkeit • Ganzheitlichkeit der Aufgaben	• Partizipationsmöglichkeit • Tätigkeitsspielraum • Feedback • Kooperationsmöglichkeiten • Soziale Unterstützung • Zeitliche Spielräume	• Abwechslung • Lernmöglichkeiten • Entwicklungsperspektiven • Sinnhaftigkeit der Arbeit • Anforderungsvielfalt

In Bezug auf den Arbeitskontext lässt sich ein Zusammenhang zwischen den Ressourcenarten insofern erkennen, als das Vorhandensein personaler Ressourcen oft mit den organisationalen Ressourcen einhergeht und umgekehrt durch den Einsatz personaler Ressourcen ein "Mehr" an situativen Ressourcen geschaffen werden kann (Ulich, Wülser, 2009: 46). Dieses komplexe Zusammenspiel wird erst durch das Vorhandensein von Handlungsspielräumen ermöglicht, in denen handelnde Individuen durch die Auseinandersetzung mit den Arbeitsbedingungen ihre individuellen Fähigkeiten entwickeln und verändern (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 50).

3.4.2 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung als Ressource spielt eine wichtige Rolle für den Schutz und die Förderung des individuellen Wohlbefindens und der Gesundheit, was konkret heißt, dass Menschen, die sozial unterstützt werden, ein besseres Befinden berichten, weniger Stress haben und geringere physische und psychische Krankheitssymptomatiken aufweisen (Ulich, Wülser, 2009: 40).

Ressourcen können auf drei Arten ihre Wirkung entfalten und das Wohlbefinden und die Gesundheit beeinflussen (Zapf, Sommer, 2004: 1041ff.).

- Von direkter Wirkung ist dann die Rede, wenn Ressourcen unabhängig von vorhandenen Belastungen zu positiven gesundheitlichen Wirkungen führen.
- Ressourcen können auf die Gesundheit indirekt wirken, wenn sie Stressoren reduzieren und so zum Abbau von Belastungen beitragen, damit es mittelbar zu positiven gesundheitlichen Konsequenzen kommen kann.

- Ressourcen können einen Moderatoreffekt bewirken, d.h. bei ausreichendem Vorhandensein können die Ressourcen bestehende Belastungen bewältigen und so schädigende Wirkungen abschwächen oder bei geringer Ausprägung können sich die gesundheitsschädigenden Faktoren erhöhen.

3.4.3 Kohärenzgefühl

Nach dem Konzept von Antonovsky ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence), welches Zusammenhang / Stimmung bedeutet, die wichtigste Ressource (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 42). Seiner Ansicht nach hängt es von der Ausprägung der individuellen, sowohl kognitiven als auch affektiv-motivationalen Grundeinstellung ab (BZgA, 2001: 28), ob vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens genützt werden können und wie Individuen gegenüber Stress- und Risikofaktoren widerstandsfähig bleiben (Kuhn, Sommer, 2004: 12). „Menschen mit einem stark ausgeprägten Kohärenzerleben fühlen sich also in der Lage, mit Anforderungen und Belastungen umzugehen (Handhabbarkeit). Sie nehmen Reize, Ereignisse oder Entwicklungen als verständlich, geordnet und vorhersehbar war (Verstehbarkeit). Schließlich empfinden sie ihr Leben als sinnvoll und betrachten mindestens einige der vom Leben gestellten Anforderungen als positive Herausforderungen, die Engagement und Investitionen wert sind. (Sinnhaftigkeit).“ (Ulich, Wülser, 2009: 36). Ob sich ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl entwickelt, hängt vor allem von den gesellschaftlichen Gegebenheiten ab, d.h. von der Verfügbarkeit generalisierter Widerstandsressourcen, zu denen individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle Faktoren (BZgA, 2001: 28ff.) gehören.

3.4.4 Stress

Der kleinste gemeinsame Nenner aller Stressdefinitionen besteht in einem tatsächlich vorhandenen oder auch nur subjektiv wahrgenommenen Ungleichgewicht zwischen Zielen und Möglichkeiten bzw. zwischen Bedürfnissen und Angeboten (Semmer, Udris, 2004: 172). Das Konzept der Salutognese hat ihren Ursprung in der Stress- und Bewältigungsforschung, dessen Gegenstand die Analyse von Bedingungen, die das normale Funktionieren eines Systems gefährden sowie die Analyse der daraus resultierenden Folgen sind (Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2009: 119). Nach Auffassung der Stressforschung bringt ein hohes Maß an wieder-

holtem oder anhaltendem Erleben von Stresszuständen in Kombination mit körperlichen Schwächen eine Gefährdung des Gesundheitszustandes mit sich. Bedingungen, die das Gleichgewicht eines Menschen bzw. das normale Funktionieren eines Systems beeinflussen, werden als Stressoren bezeichnet (Abb. 12). Nach Antonovsky reagieren Menschen auf sie mit einem Spannungszustand, dessen Effekte in Abhängigkeit von ihrem Bewältigungsverhalten gesundheitsschädlich, neutral oder gesundheitsförderlich sein können (Ulich, Wülser, 2009: 36). Misslingt die Spannungsbewältigung, dann entsteht „Stress“ oder für die Person eine subjektiv und / oder objektiv belastende Situation, wobei sie zwangsläufig keine negativen gesundheitlichen Folgen haben muss (Abb. 12) (BZgA, 2001: 34). Die Bewältigung von Stressoren (Coping) hängt nicht allein von den Merkmalen des Stressors ab, sondern auch von individuellen (Fähigkeiten, Erfahrungen usw.) und interpersonellen (Hilfeleistungen nahe stehender Personen) Bedingungen, weshalb Stressvorgänge als transaktionales Geschehen zwischen System und Umwelt zu betrachten sind (Hurrelmann, Klotz, Haisch, 2009: 120). Im Rahmen der Stress- und Bewältigungsforschung werden erfolgreiche oder geeignete Bewältigungsstrategien als gesundheitliche Ressourcen betrachtet, da sie eine verbesserte Anpassung an Lebensumstände bedingen oder eine Veränderung von aversiven Situationen fördern (BZgA, 2001: 61). Das neue Gesundheitsverständnis durch die Stressforschung und Sozialepidemiologie legt uns nahe, dass unsere Gesundheit als Ergebnis einer kontinuierlichen Auseinandersetzung zwischen Mensch und Umwelt zu begreifen ist und Gesundheit als Kompetenz und Befähigung für eine aktive Lebensbewältigung gesehen werden kann (Abb. 13) (Badura, Ritter, Scherf 1999: 24).

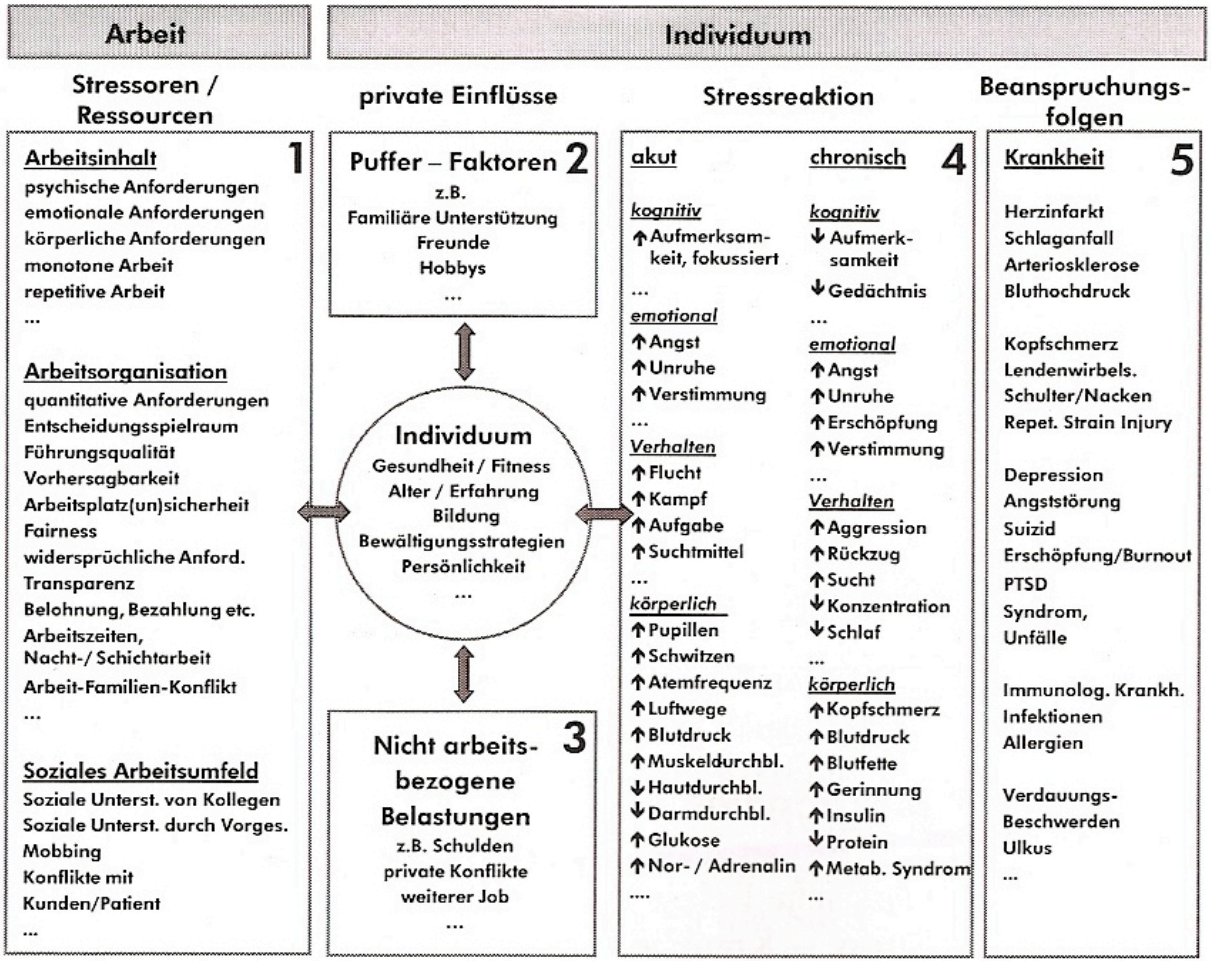


Abb. 13: Darstellung der Zusammenhänge von Arbeit, Stress und Krankheit nach dem klassischen Belastungs-Beanspruchungsmodells (vgl. Badura, Walter, Hehlmann 2010: 364)

„Nach Angaben des IBE's kann man in Österreich davon ausgehen, dass sich die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten (Medizinische Kosten, Selbstmedikation gegen Stress und Fehlzeiten bzw. Produktionsausfall), die durch Stress verursacht werden, auf ca. 0, 73% des Bruttoinlandsproduktes belaufen. Wenn zu diesen berechneten Kosten für die Stressbewältigung die geschätzten betriebswirtschaftlichen Kosten von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten dazugezählt werden, kommt man für Österreich auf ca. 1, 4% des BIP, dies entspricht 2,6 Milliarden Euro jährlich. Diese Zahlen verdeutlichen, dass sich die Kosten aus psychosozialen Belastungen in hohem Ausmaß auf das BIP bzw. die Unternehmensbilanzen auswirken.“ (Aschauer et al., 2004: 19). Diese betriebs- und volkswirtschaftlichen Zahlen zeigen sehr deutlich auf, dass die psychosozialen Belastungen im Rahmen des Arbeitnehmerschutzes bzw. der betrieblichen Gesundheitsförderung vermehrt beachtet werden müssen (Aschauer et al., 2004: 19).

3.5 Konzept der Gesundheitsförderung

Das Konzept der „Gesundheitsförderung“ entstand aus den gesundheitspolitischen Debatten der WHO bei der Diskussion über Umsetzungsstrategien des Gesundheitsbegriffes, in die ökonomische, bevölkerungsmedizinische, soziale, kulturelle und politische Impulse einflossen (Hurrelmann, 2009: 11). In diesem Konzept verbinden sich neue Erkenntnisse der Gesundheits- und Sozialwissenschaften mit grundlegenden Veränderungen im Bereich der Gesundheitspolitik und der Professionalisierung im Gesundheitswesen (Schwartz, Walter, 2000: 181).

3.5.1 Definition

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, Personen und Gruppen zu befähigen, die Kontrolle über die Determinanten ihrer Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern.“ (WHO, 1948).

Globalisierung und Strukturwandel der Wirtschaft haben die Intensität und Komplexität der Arbeit deutlich erhöht. Dieser Trend wird sich nach Auffassung maßgeblicher internationaler Organisationen zukünftig eher noch verstärken (Expertenkommission, 2004: 74). Die in den vergangenen Jahrzehnten feststellbare Intensivierung der Arbeit hatte in den industrialisierten Wirtschaften einen Wandel des Krankheitspanoramas zur Folge. Diese Entwicklung, in Kombination mit der signifikant erhöhten Lebenserwartung, stellt unsere Volkswirtschaft auf eine starke Belastungsprobe hinsichtlich der Finanzierung von Gesundheits- und Sozialleistungen (Kirschner et al., 2005: 4). Mit dieser Herausforderung ist um den Begriff „Gesundheitsförderung“ ein Hype ausgebrochen, der dazu führte, dass die Gesundheitsbranche seit dem Jahr 2000 eine neue Konjunktur erlebte, die Nefiodow in seinen Kondratieffzyklen als den 6. Kondratieff im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheit bezeichnete. Nach Nefiodow ist die Basisinnovation des 6. Kondratieff die psychosoziale Gesundheit, die verantwortlich für die Weiterentwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft ist (Nefiodow, 2000: 136). Die stetige Zunahme von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist nach Auffassung der WHO und der ILO (International Labor Office) eine der häufigsten Ursachen mangelhafter Arbeitsleistungen und krankheitsbedingter Arbeitsabwesenheit (Expertenkommission, 2004: 74).

In der Ottawa Charta (1986) äußerte sich die WHO zur Gesundheitsförderung folgendermaßen:

> „Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“

Mit diesem Auszug zeigt die WHO ihr Interesse an der Verbesserung der Arbeitsbedingungen, die zu mehr Wohlbefinden und Gesundheit der Arbeitenden beitragen soll. Obwohl der Gesundheitsförderung in den letzten Jahren eine hohe Bedeutung zugemessen wurde, da die Anforderungen an die Beschäftigten permanent zunehmen, die Kosten für krankheitsbedingte Fehlzeiten hoch sind und der Trend zu psychischen Belastungen und muskuloskeletalen Erkrankungen zunimmt, ist, wie in Teil A beschrieben, rückblickend nur ein mäßiger Erfolg zu verzeichnen. Die Krankenstandstage verursachen erhebliche Kosten, nicht nur für die Unternehmen sondern auch für den Staat. Zu beachten ist, dass die Krankheitsdauer der psychisch bedingten Erkrankungen mehr als das Doppelte des Durchschnittes aller Diagnosen ausmacht (Badura, Hehlmann, 2003: 65). Trotz aller Bemühungen, die Folgen des demographischen Wandels mit den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung positiv zu beeinflussen, ist dies nur zum Teil gelungen. In der Kopenhagen Konferenz (1991) definierte die WHO das Ziel 25 so (WHO, 1991b): „Bis zum Jahr 2000 sollte sich in allen Mitgliedstaaten durch Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkung der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen sowie durch die Förderung des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert haben.“

Dieses Vorhaben, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu verbessern, soll primär für das Individuum selbst eine Motivation darstellen, für das Unternehmen aber ein wichtiges Ziel sein, um erfolgreicher im Wettbewerb zu stehen. Vor allem aber muss es für den Staat aus volkswirtschaftlicher Sicht von Bedeutung sein (Expertenkommission, 2004: 10). Laut Statistik Austria ist zwar eine Reduzierung der krankheitsbedingten Fehlzeiten und Kosten zu verbuchen, die aber primär auf die Einführung des Arbeitsschutzgesetzes zurückzuführen sind. Hauptaugenmerk gilt den chronischen Krankheiten, die nach ihrem Auftreten meist nicht mehr heilbar sind und meist lebenslanger medizinischer und sozialer Begleitung und Betreuung bedürfen (Rosenbrock, 2008: 8ff). Gerade diese Krankheiten sind in erheblichem Umfang durch den Abbau von Gesundheitsbelastungen in der physischen und sozialen Umwelt vermeidbar. Zu diesen Hauptkrankheiten zählen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen,

Stoffwechselerkrankungen, Typ 2 Diabetes, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen, Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Unfälle.

Das Wirkungsprinzip der Gesundheitsförderung liegt darin, dass bei diesem salutogenen Ansatz die Schutzfaktoren und Ressourcen gestärkt werden sollen, die als Voraussetzungen für die Verbesserung der Gesundheitsentwicklung gelten (Hurrelmann, 2009: 13-14). Diese drei Schutzfaktoren lassen sich in folgende Gruppen einteilen:

- Soziale und wirtschaftliche Faktoren: insbesondere die Verbesserung der Bedingungen am Arbeitsplatz.
- Umweltfaktoren: insbesondere Verbesserung der Luft- und Wasserqualität und der Wohnbedingungen sowie soziale Netzwerke.
- Faktoren des Lebensstils: insbesondere Förderung von angemessener Bewegung, Ernährung und Spannungsbewältigung sowie Reduzierung des Konsums von Drogen.
- Psychologische Faktoren: insbesondere erhöhte Kontrollüberzeugung, Selbstwirksamkeit, Eigenverantwortung und Schutzmotivierung.
- Zugang zu gesundheitsrelevanten Leistungen und Institutionen: insbesondere zu Krankheitsversorgung, Pflege, Rehabilitation, Sozialeinrichtungen und Gesundheitsberatung.

3.6 Prävention vs. Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung werden heute noch im praktischen, politischen und wissenschaftlichen Sprachgebrauch gern als Synonym und additiv verwendet. Mit der Anerkennung der Begriffsbestimmung entsprechend der Ottawa Charta hat zugleich eine Differenzierung der Begriffe Prävention bzw. Primärprävention und Gesundheitsförderung stattgefunden (Kuhn, Sommer, 2004: 26) Grundsätzlich wird von zwei Sichtweisen gesprochen: Die Prävention zur Vermeidung von Gesundheitsrisiken im Sinne der Pathogenese und die Gesundheitsförderung, die im Sinne der Salutognese die Gesundheitsressourcen stärkt (Meggender, Hirtenlehner, 2006: 80). Da sich der Präventionsbegriff mit dem Durchbruch der Gesundheitsförderung nicht verdrängen hat lassen, findet man in der Praxis eine Reihe von Maßnahmen, die entweder unter Prävention oder Gesundheitsförderung laufen, die sich aber auf den ersten Blick kaum von einander unterscheiden lassen (Hafen, 2004: 8ff.). Nach Mar-

tin Hafen liegt es nahe, dass die Begriffe der Gesundheitsförderung und Prävention integrativ und nicht trennend verwendet werden sollen:
„Beide Disziplinen machen von der formalen Ausrichtung her dasselbe (Behebung von individuellen und sozialen Risikofaktoren resp. Förderung von individuellen oder sozialen Schutzfaktoren), und auch methodisch lassen sich bestenfalls punktuell Unterschiede erkennen [...] versucht man [...] eine grundsätzliche Unterscheidung von Prävention und Gesundheitsförderung zu belegen, dann gelingt dies nur, wenn man einerseits diese Differenz von Funktion und Methode vernachlässigt und wenn man andererseits Begriffe wie Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung und Prävention, Schutzfaktoren und Risikofaktoren nicht als zwei Seiten einer Unterscheidung, sondern isoliert betrachtet [...] beide Disziplinen konstruieren – theoretisch nicht begründbare und mit der Praxis nicht belegbare – Unterschiede zur jeweils anderen Disziplin, um ihre Identität zu stärken und auch um eine bessere Ausgangslage im Wettbewerb um Aufträge und Subventionen zu erhalten“ (Hafen, 2004: 8ff.). Prävention und Gesundheitsförderung sind sich ergänzende Strategien. In der theoretischen und praktischen Arbeit werden die beiden Strategien meist miteinander verbunden.

3.6.1 Prävention

Unter Prävention oder „Krankheitsverhütung“ werden alle Aktivitäten verstanden, die gesundheitliche Gefahren vorbeugen sollen. Sie zielt somit auf die Verringerung des Risikos des Eintritts von Krankheiten ab. Der Ausdruck leitet sich vom lateinischen „prä-venire“ ab d.h. zuvorkommen bzw. verhindern und sucht anders als die Gesundheitsförderung eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, zu verzögern oder weniger wahrscheinlich zu machen (Schwartz, Walter, 2000: 189). Der Erfolg von den präventiven Maßnahmen wird daran gemessen, in welchem Ausmaß der zu erwartende Krankheitsausbruch oder der sich verschlechternde Verlauf einer Krankheit gemindert oder sogar verhindert werden kann (Hurrelmann, 2009: 12).

Präventive Maßnahmen können im Hinblick auf den Zeitpunkt, auf das Ziel und auf die Methode angewendet werden (Tab. 12) (Steinbach, 2004: 40):

Tab. 12: Einteilung der Präventionsmaßnahmen (Steinbach, 2004: 40)

Nach dem Zeitpunkt	Nach dem Ziel	Nach der Methode
• Primäre Prävention • Sekundäre Prävention • Tertiäre Prävention	• Verhaltensprävention • Verhältnisprävention	• Gesundheitsaufklärung • Gesundheitsberatung • Gesundheitserziehung • Gesundheitsbildung

3.6.2 Klassifikation

Ursprünglich kommt die Einteilung der Prävention nach den Interventionszeitpunkten aus der Suchtprävention, um das präventive Handeln zu beschreiben und zu klassifizieren (Hafen, 2002: 34). Die Einteilung der Krankheitsprävention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention von Gilchrist und Gillmore (1992) kann als Standarddefinition im Sinne der am häufigsten gebrauchten Klassifikation bezeichnet werden:

- Primärprävention: ist allgemeine Prophylaxe an unselektierten Personengruppen
- Sekundärprävention: Prophylaxe bei Risikogruppen
- Tertiärprävention: Behandlung und Rückfallprophylaxe bei manifest Erkrankten (Uhl, 2005: 39)

Ihren Ursprung fand die Klassifikation durch die „Commission on Chronic Illness“ (1957):

- Primärprävention: Maßnahmen vor Krankheitsmanifestation; d.h. „allgemeine Prophylaxe“ sowie „Prophylaxe bei Risikogruppen“
- Sekundärprävention: Maßnahmen nach Krankheitsmanifestation; d.h. Behandlung und Rückfallprophylaxe (Uhl, 2005: 39)

Seit dieser Klassifikation entstanden im Laufe der Zeit Abwandlungen, wobei jene Einteilung der Prävention von Caplan (1964), der fälschlicher Weise als Vater der Standarddefinition bezeichnet wird, folgendermaßen definiert wird:

- Primärprävention: Maßnahmen, um die Inzidenz einer Krankheit zu verhindern
- Sekundärprävention: Maßnahmen, um die Dauer einer Krankheit zu verringern
- Tertiärprävention: Maßnahmen, um die Auswirkungen einer Krankheit zu verringern (Uhl, 2005: 39)

Die Interventionsstrategien unterscheiden sich auch darin, bei wem sie ansetzen sollen, entweder an der Gesamtbevölkerung oder an bestimmten Teil- oder Zielgruppen (Hurrelmann, 2009: 34). Gordon (1983) versuchte die Standarddefinition mit eindeutigeren Begriffen zu versehen und unterteilte sie in:

- Universelle Programme: allgemeine Prophylaxe an der Gesamtbevölkerung; zielt auf die Allgemeinheit ab und versuchen flächendeckend präventiv zu intervenieren

Dieser universelle Ansatz steht dem zielgruppenspezifischen Ansatz gegenüber:

- Selektive Programme: Prophylaxe bei speziellen Gruppen, zielt auf Risikogruppen ab
- Indizierte Programme: Behandlung von Risikogruppen, zielt auf Personen ab, bei denen Risikofaktoren festgestellt werden (Uhl 2005: 40)

Eine methodische Zielgruppenspezifität gilt inzwischen unabdingbar für den Erfolg präventiver Intervention, welche anhand unterschiedlicher Differenzierungskriterien wie soziodemographischen Merkmalen, Kontextmerkmalen oder dem Risikostatus vorgenommen wird. (Hurrelmann, 2009: 34).

In der allgemeinen medizinischen Definition wird der Begriff „Krankheitsprävention“ je nach Stadium der Gesundheit bzw. Krankheit des Individuums folgendermaßen gestuft (Schwartz, Walter, 2000, S. 189):

- Die Primärprävention hat zum Ziel, die Gesundheit zu fördern und zu erhalten und die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Maßnahmen der Primärprävention können Individuen ebenso wie Personengruppen betreffen. Sie umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer fassbaren biologischen Schädigung zu Vermeidung auslösender oder vorhandner Teilursachen. Hierzu gehört zum Beispiel die Vermeidung von Risikofaktoren, etwa durch Anti-Raucherkampagnen, Programme zur gesunden Ernährung oder zur körperlichen Aktivität. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.
- Die Sekundärprävention soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie umfasst Maßnahmen zur frühzeitigen Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Gesundheitscheck, Vorsorgeuntersu-

chungen, Früherkennungsmaßnahmen) und ihre erfolgreiche Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesicherter Zusatznutzung der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung, da andernfalls Früherkennung unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch die Verhinderung eines Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses nach behandelter Ersterkrankung bezeichnet (z.B. Reinfarkt nach Herzinfarkt). Gesundheitspolitisches Ziel ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.

- Die Tertiärprävention im weiteren Sinne ist die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich spezielle Interventionen zur Vermeidung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbussen als Tertiärprävention oder Rehabilitation. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist es, die Leistungsfähigkeit soweit wie möglich wiederherzustellen und die Inzidenz bleibender Einbußen und Behinderungen abzusenken (Schwartz, Walter, 2000: 189).

Prävention bezeichnet alle Interventionshandlungen, die sich auf Risikogruppen mit klar erwartbaren, erkennbaren oder bereits im Ansatz eingetretenen Anzeichen von Störungen und Krankheiten richten (Hurrelmann, Laaser, 2003: 395). Der ideale Zeitpunkt für die präventiven Interventionen orientiert sich an dem Grad der Entfaltung und Wirkung von „Risikofaktoren“, die in drei Gruppen eingeteilt werden können (Hurrelmann, 2009: 12-13):

- Genetische, physische und psychische Disposition: z.B. Arterienverengungen usw.
- Behaviorale Disposition: z.B. Verhaltensweisen wie Zigarettenrauchen
- Regionale umweltbezogene Disposition: z.B. erhöhte Strahlenbelastung durch Uranerze

So unterschiedlich die Strategien und Konzepte von Prävention sind, so vielfältig sind auch die Methoden, die eingesetzt werden können, um sie zielgerichtet in der Praxis anzuwenden. Mit Hilfe dieser Methoden (Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung) geht es darum individuelles Verhalten zu verändern, die physikalische oder soziale Alltagsumwelt präventiv umzugestalten und präventive gesundheitliche Versorgungsstrukturen zu initiieren und deren Inanspruchnahme zu fördern (Hurelmann, 2009: 37).

3.6.3 Verhaltensprävention vs. Verhältnisprävention

Präventionsmaßnahmen können sich, gleich wie die in der Ottawa Charta definierte Gesundheitsförderung, nach dem Ziel der Interventionen auf die Verhältnisprävention (Ausschaltung gesundheitsbeeinträchtigender Einflussfaktoren, durch Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt) und Verhaltensprävention (Stärkung persönlicher Gesundheitsressourcen und die Motivation zu gesundem Verhalten) beziehen (Schwartz, Walter, 2000: 153). Mit der Formulierung der Handlungsfelder „Gesundheitsfördernde Lebenswelten, Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen und persönliche Kompetenzen entwickeln“ durch die Ottawa Charta werden somit im Setting-Ansatz diese beiden Maßnahmen miteinander vereint (Engelmann, Halkow, 2008: 42). Sowohl der krankheitsorientierte Ansatz der Prävention als auch der ressourcenorientierte Ansatz der Gesundheitsförderung zielen mit unterschiedlicher Betrachtung und verschiedenen Strategien auf eine Verbesserung der Gesundheit von Individuen und Gruppen ab (Schwartz, Walter, 2000: 190). Im Alltag ergänzen sich beide Strategien und stellen gleichwertige, aufeinander aufbauende Arbeitsweisen des Gesundheitswesens dar (Rosenbrock, Gerlinger, 2004: 389). Es scheint paradox, wenn die Ergebnisse der Statistik Austria deutlich hervorheben, dass ein erheblicher Teil der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen in den betrieblichen Verhältnissen, also in der Gestaltung der betrieblichen Umgebungsbedingungen liegt, aber der Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung an der Veränderung des Verhaltens ansetzt. Gerade die konzeptionelle Stärke des Setting-Ansatzes, eine Kombination von verhaltens- und verhältnisbasierten Strategien, liegt darin begründet, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind (Grossmann, Scala, 1996: 66).
Eine Gegenüberstellung der Interventionen mit möglichen Wirkungen und Maßnahmen findet sich in Ulich (2005) (Tab. 13):

Tab. 13: Personen- und bedingungsbezogene Interventionen (Ulich, 2005: 529)

	Personenbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	**Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert**
bezogen auf	Einzelne Personen individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen strukturorientiert
Beispiele für Maßnahmen	Rückenschule	Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	Individuelles Verhalten	organisationales, soziales, individuelles Verhalten
personenbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
Wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	kurz- bis mittelfristig	mittel- bis langfristig

Nach einer durchgeführten Evaluation, vom FGÖ ausgehend, berichtet der Rat, dass die Verhältnisprävention als „im Prinzip etablierte Interventionsform“ betrachtet wird, die allerdings häufig außerhalb der expliziten Gesundheitspolitik praktiziert und auch nominiert wird. In Bezug auf die Verhaltensprävention wird von einer nur geringen Effektivität zielgruppen- und kontextabhängiger und „auf Risikoinformation bzw. Gesundheitserziehung reduzierter Interventionen“ ausgegangen. Der Rat präferiert die kontextorientierte Verhaltensprävention, die in „Mehr-Ebenen Präventionskampagnen“ zu einzelnen Gesundheitsproblemen, vor allem im Rahmen des Setting Ansatzes umgesetzt werden kann (Kirschner, 2005: 14).
Die Möglichkeiten präventiver Interventionen sind so gesehen recht groß. Leider besteht nach wie vor ein großes Manko darin, dass die unterschiedlichsten Maßnahmen isoliert voneinander, in Einzelinitiativen ohne Abstimmung und Koordination, nebeneinander oder nacheinander durchgeführt werden, anstatt sie miteinander zu kombinieren, um das Optimum herauszuholen (Hurrelmann, 2009: 38).

3.6.4 Interventionsformen der Primärprävention

Die Interventionen der Primärprävention zielen auf die Senkung von Gesundheitsbelastungen und auf die Vermehrung gesundheitsdienlicher Ressourcen ab. Diese sind in hohem Maße partizipativ, berücksichtigen und verändern Verhaltenskontexte und sind häufig krankheitsunspezifisch. Sie erfüllen somit die gleichen Voraussetzungen wie BGF-Projekte durch Organisationsentwicklung (Rosenbrock, 2008: 7). Nach Rosenbrock sind folgende vier Innova-

tionen, nämlich Belastungssenkung und Ressourcenförderung, Aufwertung unspezifischer Interventionen, Priorität für Kontextbeeinflussung, Priorität für Partizipation, für eine erfolgreiche Primärprävention ausschlaggebend (Rosenbrock, 2008: 13ff.). Ohne dass die Wirkmechanismen dieser Innovationen vollständig bekannt sind, führen sie bei ihrer Anwendung in Projekten zu sehr beachtlichen Erfolgen. Primärprävention und Gesundheitsförderung sind Konzepte, wo es nicht nur um die Anwendung von bekannten Regeln, sondern auch um Entwicklungsaufgaben und Suchprozesse geht. Aus diesem Grund ist es notwendig, dass sich Akteure und Zielgruppen an der Konzipierung und Umsetzung von Qualitätssicherung und Evaluation beteiligen, um diese Potenziale nachhaltig zur Gestaltung und Verallgemeinerung zu bringen (Rosenbrock, 2008: 15). Die Aktivitäten und Strategien der Primärprävention lassen sich auf drei Interventionsebenen zuordnen: dem Individuum, dem Setting und der Bevölkerung.

3.6.4.1 Individuell ansetzende Prävention

Bei diesem Interventionstyp geht es um Versuche, gesundheitsbelastendes Verhalten zu modifizieren, persönliche Ressourcen zu stärken und eine situationsgerechte Gestaltung der technischen und sozialen Wohnumgebung zu erreichen.

3.6.4.2 Setting basierte Primärprävention

Grundsätzlich lässt sich die Primärprävention und Gesundheitsförderung im Setting auf zwei, nicht völlig trennscharfe, unterschiedliche Arten betreiben:
Primärprävention im Setting wird genutzt, um bestimmte Zielgruppen für Angebote der verhaltensbezogenen Prävention zu erreichen, welche von Beratung Aufklärung und Informationsaustausch bis hin zu partizipativ gestalteten Programmen reicht. Gesundheitsförderung im Setting kann auch mit Veränderungen im Setting selbst verbunden sein, wenn es um die Erleichterung von Verhaltensmodifikationen geht und somit Elemente der Verhältnisprävention, d.h. der Entwicklung zum gesundheitsförderlichen Setting einbezogen werden. Beim gesundheitsförderlichen Setting im Gegensatz zur Gesundheitsförderung im Setting stehen die Partizipation und der Prozess der Organisationsentwicklung konzeptionell im Mittelpunkt. Kern dieses Ansatzes ist, dass Prozesse ausgelöst werden, die von den Nutzern dieses Settings selbst identifiziert, angefordert und nach ihren Bedürfnissen mitgestaltet werden.

3.6.4.3 Gruppen oder bevölkerungsbezogene Primärprävention

Mit kontextbezogenen Kampagnen soll eine Veränderung von gesundheitsrelevanter Wahrnehmung und gesundheitsrelevantem Verhalten der Gesamtbevölkerung erreicht werden.

Die so genannten unspezifischen Interventionen der Primärprävention müssen insofern aufgewertet werden, als die Vergangenheit zeigt, dass mit ein und derselben Maßnahme und Strategie (Arbeitsschutz, Partizipation, etc.) Beiträge zur Senkung der Inzidenz mehrerer und verschiedener Krankheiten erzielt werden können (Rosenbrock, 2008: 13-14). Die gleichen Effekte werden auch bei Anwendungen integrierter Strategien der BGF erzielt.

Als Umsetzungsstrategie für die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung (Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik aller Ebenen und Politikbereiche, gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen, gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen, persönliche Kompetenzen entwickeln und Gesundheitsdienste neu orientieren) propagiert die WHO insbesondere den Setting-Ansatz, der eng verknüpft ist mit dem Prinzip der Organisationsentwicklung (Kuhn, Sommer, 2004: 25).

3.7 Setting-Ansatz

Das neue Verständnis von Gesundheit und Gesundheitsförderung, durch den initialen Anstoß der WHO, wurde zum Leitgedanken umfassender internationaler Programme, die den Setting-Ansatz als Umsetzungsstrategie eines ganzheitlichen, sozioökonomischen und salutogenen Verständnisses von Gesundheit aufnahmen (Engelmann, Halkow, 2008: 56).

3.7.1 Entwicklung des Setting-Ansatzes

Settings für Gesundheitsförderung wurden erstmals 1986 explizit in der Ottawa Charta für Gesundheitsförderung als Orte benannt, in denen Gesundheit als Produkt des alltäglichen Handelns und Lebens der Menschen konstruiert wird. Diesem Setting-Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass Gesundheit durch Schaffung gesundheitsförderlicher Rahmenbedingungen positiv beeinflusst werden kann (Engelmann, Halkow, 2008: 9). In der gesundheitsbezogenen Arbeitswelt sollten somit nicht nur Individuen und ihr Verhalten selbst Objekte von Interventionen darstellen, sondern auch die sozialen Systeme und Organisationen, in de-

nen sie sich aufhalten (Engelmann, Halkow, 2008: 26). In der Gesundheitsförderung gilt der Setting-Ansatz als Schlüsselstrategie zur Umsetzung der relevanten Prinzipien der Ottawa Charta (Lehmann et al., 2006: 297). Mit der Einführung dieses Ansatzes sollte die politische Konzeption der Gesundheitsförderung die notwendige Konkretisierung und Operationalisierung erfahren (Engelmann, Halkow, 2008: 27).

Als Grundlage für die Gesundheitsförderungskonzepte der WHO dienten die Ansatzpunkte der Gemeindepsychologie wie z.B. Setting orientierte Prävention, Empowerment und Partizipation, die in den Vereinigten Staaten in den 60er Jahren entstanden. Die Gemeindepsychologie verfolgt einen ganzheitlichen, system- / verhältnispräventiv orientierten Ansatz, in dem neben medizinischen und psychosozialen Einflüssen auch soziokulturelle und sozioökonomische Faktoren von großer Bedeutung sind. Aus diesem Ansatz wurden praxisnahe, an den Bedürfnissen und Lebenswelten der Menschen orientierte Interventionsmaßnahmen erarbeitet, die in der Gesundheitsförderung konzeptionell weiterentwickelt wurden (Engelmann, Halkow, 2008: 21ff.).

Im deutschsprachigen Raum wird der Begriff „Setting“ in der Gesundheitsförderung oft mit dem Wort Lebenswelten umschrieben (Engelmann, Halkow, 2008: 12). Die Begriffe Setting, Lebenswelt und Lebensraum definierten sich aus verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen heraus (Philosophie, Soziologie, Psychologie). Diese Begriffe werden in der Literatur unterschiedlich gedeutet und in der Gesundheitsförderung oft als Synonym verwendet. Bis jetzt gibt im Diskurs „Setting“ noch keine allgemeingültigen Definitionen der Begriffe Setting, Lebensraum und Lebenswelt (Engelmann, Halkow, 2008. 31).

3.7.2 Definition

Die Definition von bestimmten gesundheitsfördernden Settings stellt einen notwendigen Konkretisierungsschritt zur Implementierung von Gesundheitsförderungsansätzen dar (Altged, 2004: 27).
Im Folgenden werden verschiedene Definitionsversuche in Abgrenzung zu den Begriffen Lebenswelt, Lebensraum, Lebensbereich und Lebensumwelt zusammengefasst (Tab. 14):

Tab. 14: Begriffe im Setting- / Lebenswelten-Diskurs (Engelmann, Halkow, 2008: 32)

Begriff	Kontext
Setting	Setting als Konzept von Interaktion (Wenzel, 1997) Setting als Organisation mit spezifischen Strukturen und Aufgaben (Baric', Conrad, 1999) Setting ist auf die Lebensbereiche bezogen (Haisch, 1999) Setting als Lebensraum und Subsystem der Lebenswelt (Trojan, Legewie, 2001) Setting und Lebenswelt werden gleichgesetzt (Naidoo, Wills, 2003) Setting als dauerhafter Sozialzusammenhang, sozialräumlicher Bezug muss nicht zwangsläufig gegeben sein (Rosenbrock, 2004) Epidemiologisches Setting mit biographischer, sozialer und institutioneller Ausrichtung (Sächsische Landesvereinigung für Gesundheit, 2006) Setting als soziales System, das einen Einfluss auf die Gesundheit ausübt (Leitfaden Prävention, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen, 2006)
Lebenswelt	Lebenswelt als gegebene und übergeordnete Einheit (Stark 1989; WHO 1986) Lebenswelt als natürliche Umwelt, soziale Lebenswelt und ökonomische und politische Systeme (Franzkowiak, Sabo, 1998) Lebenswelt ist auf die Gesundheit der Bevölkerung bezogen (Brösskamp-Stone, 2000) Lebenswelt als geographisch sozialer Raum (Trojan, Legewie, 2001) Lebenswelt und Lebenszusammenhang (Deutsches Präventionsgesetz 2007) Lebenswelt als Ort, an dem Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen (Leitfaden Prävention, Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen 2006)
Lebensraum	Lebensraum ist ein Teil der Lebenswelt (Stark 1989; Trojan, Legewie, 2001)
Lebensbereich	Ist ein Ort, am denen Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen, er ist Teil der Lebenswelt (Brösskamp-Stone, 2000)
Lebensumwelt	Integration der geographischen, sozialen und ökologischen Aspekte (Killian, 2004)

Eine Definition, die explizit oder implizit in allen Beschreibungsversuchen enthalten ist, besteht darin, dass ein Setting ein anerkanntes soziales System ist. Als kleinster gemeinsamer Nenner kann weiterhin folgendes Kriterium ausgemacht werden: Die in Frage kommenden sozialen Systeme üben einen Einfluss auf die Gesundheit aus. Zugleich können diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet und beeinflusst werden. Zweckrationale Organisationen sind leichter zu beeinflussen und zu gestalten und eignen sich damit besser als gesundheitsfördernde Settings als weniger formalisierte Lebensbereiche" (Engelmann, Halkow, 2008: 31).

Die Ottawa Charta legte das Augenmerk gesundheitsfördernden Handelns auf die sozialen Systeme und Organisationen, in denen sich Menschen aufhalten. Statt der individuellen Ebene (Mikroebene) und der Ebene der Bevölkerung (Makroebene) ist damit eine räumliche oder soziale Struktur Gegenstand von Interventionen (Mesoebene, z.B. betriebliche Gesundheits-

förderung als Organisationsentwicklung) (Engelmann, Halkow, 2008: 28). Folgt man der Argumentationslinie der Ottawa Charta, so beziehen sich die Interventionen nicht auf das Individuum, sondern auf ihre sozialen Systeme. „Dieser Ansatz beruht auf der Erkenntnis, dass Gesundheitsprobleme einer Bevölkerungsgruppe das Resultat einer wechselseitigen Beziehung zwischen ökonomischer, sozialer und institutioneller Umwelt und persönlichem Verhalten sind“ (Grossmann, Scala, 1996: 66). Es stellen also nicht die gesundheitlichen Probleme der Menschen im Setting selbst, sondern die sozialen Systeme den jeweiligen Interventionsgegenstand dar. Entsprechend dieser Prämisse unterscheiden Baric’ und Conrad zwischen einem „gesundheitsfördernden Setting“ und einer „Gesundheitsförderung im Setting“. (Baric’, Conrad, 1999: 16). Die Besonderheit des neuen Ansatzes „gesundheitsförderndes Setting“ liegt darin, dass er alle Maßnahmen der Gesundheitsförderung einschließt und sich auf Sozialräume bezieht, in denen Menschen interagieren (Bauch, 2002: 69).

3.7.3 Vorteile des Settings für die Gesundheitsförderung

Interventionen in Settings haben den Vorteil, dass in ihnen Einflüsse auf die Gesundheit sowie auf Wahrnehmung, Einstellung und Verhalten identifiziert und durch systemische Interventionen verändert werden können. Bei diesen Interventionen funktioniert die Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention ausgezeichnet und da sie sich auf das ganze Setting beziehen, kann somit die Diskriminierung von Zielgruppen vermieden werden. Es können durch vermehrte Transparenz, Partizipation und Aktivierung gesundheitsrelevante Kompetenzen entwickelt werden. Zudem eignen sich Setting-Interventionen zu hierarchie- und gruppenübergreifender Kooperation und Kommunikation (Rosenbrock, 2008: 21).

Generell gibt es verschiedene Aspekte, die das betriebliche Setting für Gesundheitsförderungsmaßnahmen besonders attraktiv machen, die nach Hennrikus und Jeffery (1996) folgender Maßen zusammengefasst werden können (Kreis et al., 2003: 10):

- Betriebliche Maßnahmen können bei geringen Kosten eine große Zahl von Personen erreichen, darunter insbesondere auch solche, die nicht von selber aus professioneller Hilfe aufsuchen würden.
- Betriebe bieten einen leichten Zugang zu Personen, zum einen wegen der gegebenen geographischen Konzentration, zum anderen, weil vorhandene Kommunikationskanäle genutzt werden können.
- Das betriebliche Umfeld bietet eine Reihe von einzigartigen Möglichkeiten, die Effek-

tivität von Programmen zu erhöhen, z.B. durch soziale Unterstützung durch Kollegen, durch positive Verstärkung der Verhaltensänderungen und durch die Schaffung von förderlichen Umweltbedingungen (z.B. rauchfreie Zonen, verbessertes Kantinenessen etc.). So wird bspw. „fehlende Zeit“ häufig als Grund dafür genannt, keinen Sport zu machen. Wegen der leichten Erreichbarkeit ist die Zeit, die benötigt wird, um am Arbeitsplatz an Sportkursen teilzunehmen, geringer als in vielen anderen Zusammenhängen, so wird ein potentieller Hinderungsgrund beseitigt.

- In dem Maße, wie durch Gesundheitsförderungsprogramme krankheitsbedingte Abwesenheiten oder Einschränkungen in der Produktivität reduziert werden, können sich diese Programme zudem direkt für das Unternehmen wieder auszahlen.
- Ein zusätzlicher methodischer Vorteil des betrieblichen Settings liegt darin, dass wegen der über die Beschäftigten vorliegenden Daten (z.B. Krankheitstage) die Möglichkeit langfristiger Follow-Ups von Maßnahmen wesentlich besser ist als bei Programmen, die von Kommunen durchgeführt werden, und somit eine aussagekräftigere Evaluation der Maßnahmen stattfinden kann.

4 Betriebliche Gesundheitspolitik (BGP)

Zur Bewältigung der neuen Herausforderungen, die durch den demographischen Wandel, das gewandelte Krankheitspanorama usw. bedingt sind, müssen auch die Unternehmen zukünftig mehr Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter durch die Entwicklung einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik (BGP) übernehmen (Expertenkommission, 2004: 20f). „Die Gesundheit der Erwerbsbevölkerung wird bedingt durch persönliche Voraussetzungen (Alter, Geschlecht, Bildung), durch die Arbeits- und Organisationsbedingungen (Sinnhaftigkeit der Aufgabe, Qualität der Führung und der zwischenmenschlichen Beziehungen) und durch die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben. Mit dem Wandel der Arbeitswelt verändern sich auch Problemstellungen, Ziele und Interventionsformen betrieblicher Politik.“ (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 41).

4.1 Allgemeines

4.1.1 Definition

„Unter betrieblicher Gesundheitspolitik kann man die Gesundheit aller strukturierten betrieblichen Anstrengungen verstehen, arbeitsbedingte Gefährdungen der Gesundheit zu vermeiden oder zu verringern, die Gesundheit und Persönlichkeit der Beschäftigten zu fördern sowie die Arbeit menschengerecht zu gestalten. Betriebliche Gesundheitspolitik zielt darauf ab, durch Strategien und Maßnahmen eine Vermeidung oder Verminderung von betrieblichen Erkrankungsrisiken sowie eine Stärkung der persönlichen Bewältigungsressourcen zu erreichen“ (Oppolzer, 2006: 17).

„Die betriebliche Gesundheitspolitik definiert Prioritäten zum Schutz und zur Förderung von Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeiter. Sie formuliert das dabei zur Anwendung kommende Verständnis von Gesundheit und legt die angenommenen Wirkungsketten fest. Als Teil der Unternehmenspolitik muss sie den Unternehmenszielen ebenso dienen wie dem Wohlbefinden und der Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter.“ (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 1).

„Betriebliche Gesundheitspolitik legt fest, wie das Thema Gesundheit in einer Organisation behandelt werden soll: mit welchen Grundsätzen und Zielen. Sie legt die Entscheidungswege, Zuständigkeiten und den Ressourcenverbrauch sowie den erforderlichen Qualifikationsbedarf fest.“ (Expertenkommission, 2004: 113).

4.1.2 Aufgaben der BGP

Der Bedarf an einem modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz, an gezielten Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung und an einem betrieblichen Gesundheitsmanagement, wodurch kontinuierlich Risiken antizipiert bzw. vermindert werden und Gesundheitspotenziale gefördert werden, steigt zunehmend mit den einhergegangenen gewandelten Arbeits- und Organisationsformen in den Unternehmen (Expertenkommission, 2004: 81). Aus diesem Grund empfiehlt die Kommission den Betrieben eine Aktivierung und Neuausrichtung der betrieblichen Gesundheitspolitik durch konsequente Verfolgung gesetzlicher Zielvorgaben, durch Projekte zur BGF und durch Etablierung eines in die Betriebsroutinen integrierten Gesundheitsmanagements (Expertenkommission, 2004: 78).

Die Aufgabenfelder der betrieblichen Gesundheitspolitik beschränken sich gegenwärtig vor allem auf die Vermeidung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie die Reduzierung von Absentismus. Durch diese wirksame Bekämpfung der Ursachen von Fehlzeiten, Gesundheitsrisiken und Unfällen werden Unternehmen zwar risikoarm, jedoch erzielt diese Gesundheitspolitik keine positive Wirkung auf Wohlbefinden, Kreativität, Unternehmensbindung und Innovationsbereitschaft der Beschäftigten (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 4), die gerade in Zeiten ökonomischer Veränderungen und anhaltender Restrukturierungsprozessen notwendig sind (Expertenkommission, 2004: 79).
Die Aufgabenfelder der BGM nach Badura, dargestellt in zunehmender Wirksamkeit und Effizienz (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 2):

- Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten
- Absentismus und Wiedereingliederung
- Über-, Unterforderung, medizinische Risikofaktoren, Mobbing, Innere Kündigung, Bournout, Präsentismus
- Sozialkapital, Wohlbefinden, Unternehmensbindung, Beschäftigungsfähigkeit

Eine betriebliche Gesundheitspolitik hat die Aufgabe, Beschäftigte an ihren Arbeitsplätzen zu erreichen und Arbeitsplätze so zu gestalten, dass sie möglichst beiden Zielen dient: „der Gesundheit der Beschäftigten und über eine entsprechend gestaltete Unternehmenskultur auch dem Erfolg des Unternehmens und letztlich der Gesellschaft.“ Von großer Bedeutung scheint dabei die Mitbestimmung und Partizipation der Beschäftigten und die Bedeutung von Unternehmenskultur und Führung zu sein (Expertenkommission, 2004: 10-11).

4.1.3 Umsetzung der BGP

Bisher lag die Umsetzung der BGP vorwiegend in den Händen von Experten, mit der Folge, dass weder beim Management noch bei den Beschäftigten die Notwendigkeit gesehen wurde, sich für eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik einzusetzen. Mit diesem vorherrschenden Interventionstyp konnten bislang kaum Indikatoren oder Instrumente entwickelt werden, mit denen der Erfolg von Gesundheitspolitik auf Effizienz des Betriebes bezogen werden konnte. Ähnliche Einstellungen zur Gesundheit gelten traditionell auch für die betrieblichen Interessensvertretungen und Gewerkschaften, die es primär als gesellschaftspolitische Aufgabe des Staates sehen, sich darum zu kümmern (Expertenkommission, 2004: 43). Nachdem alle zent-

ralen Entscheidungen von der Geschäfts- bzw. Unternehmensführung getroffen werden, muss auch die BGF eine Führungsaufgabe sein (Expertenkommission, 2004: 44). Als Voraussetzung dafür, muss sich ein BGM etablieren, das in allen Entscheidungen und Maßnahmen eingebunden ist und den Aspekt der Gesundheitsförderung in allen betrieblichen Abläufen integriert. Wenn man davon ausgeht, dass unter Management in funktionaler Hinsicht die „aufeinander abgestimmten Tätigkeiten zum Leiten und Lenken einer Organisation“ verstanden wird, dann kann das betriebliche Gesundheitsmanagement als Instrument zur Umsetzung der BGP betrachtet werden (Oppolzer, 2006: 17).

4.1.4 Aufbau der BGP

Die betriebliche Gesundheitspolitik beruht im Wesentlichen auf drei Säulen, die auch das betriebliche Gesundheitsmanagement tragen (Tab. 15) (Oppolzer, 2006: 19).

Tab. 15: Die drei Säulen der Gesundheitspolitik (Quelle: Oppolzer, 2006: 19)

Betriebliche Gesundheitspolitik		
Arbeitsschutz Gesundheitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung	Integriertes Management Human Ressource Management

In Anlehnung an das St. Galler Modell des „Integrierten Managements“ mit seinen drei Dimensionen des Managements lasst sich das BGM in drei Ebenen gliedern (Tab. 16):

Tab. 16: Die drei Dimensionen des Integrierten Managements (Quelle: Oppolzer, 2006: 19)

Betriebliche Gesundheitspolitik			***Normative Ebene***
Arbeitsschutz Gesundheitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung	Integriertes Management Human Ressource Management	*Strategische Ebene*
Umsetzung des normativen und strategischen Managements			*Operative Ebene*

4.1.5 Sozial- und Humankapital

Der größte Nutzen der aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik liegt in der bislang so vernachlässigten Bedeutung des Sozial- und Humankapitals (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 4). Diese Fehleinschätzung und Nichtberücksichtigung dieser so wichtigen Ressourcen stellt einen hemmenden Faktor für den Unternehmenserfolg dar Bislang wurde nur von wenigen

erkannt, dass Wohlbefinden (Selbstvertrauen, Zuversicht, positives Selbstwertgefühl) Arbeit fördert und Gesundheitsförderung eine den Unternehmenswert steigernde Investition in das Sozial- und Humankapital sein kann (Expertenkommission, 2004: 58). Nach Auffassung von Rantanen (2001) muss auch der Wert des Sozial- und Humankapitals zur Vorhersage des Unternehmenserfolges herangezogen werden und nicht nur das Sachkapital eines Unternehmens. Experten sind sich einig, dass hohes Sozialkapital eine notwenige Voraussetzung vertrauensvoller, effizienter und kreativer Zusammenarbeit und zugleich ein gesundheitsförderndes Merkmal sozialer Systeme ist (Expertenkommission, 2004: 58). Investitionen in das Sozialkapital sind Investitionen in die „weichen Faktoren" eines Unternehmens, die sowohl den Unternehmenszielen als auch der Gesundheit der Beschäftigten dienen (Badura, Walter Hehlmann, 2010: 5).

Humankapital

Dieser Begriff signalisiert, dass Mitarbeiter als ein wertvolles Gut gesehen werden, das es zu pflegen und fördern gilt (Expertenkommission, 2004: 58). Unter Humankapital wird das Wissen, die Qualifikation, die Bildung, die soziale Kompetenz und sonstige Fähigkeiten und Erfahrungen der Beschäftigten sowie ihre Arbeitsmotivation verstanden (Badura, Walter Hehlmann, 2010: 5).

Sozialkapital

Dieser Begriff dient der Identifizierung von Qualitätsmerkmalen des sozialen Systems einer Organisation, die dazu geeignet sind, ihre Leistungsfähigkeit ebenso wie Gesundheit ihrer Mitglieder vorzusagen. Im engeren Sinne wird darunter das soziale Vermögen einer Organisation verstanden, d.h. Umfang, Qualität und Funktionalität der inner- und überbetrieblichen sozialen Beziehungen und Netzwerke (Expertenkommission, 2004: 58), der Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln sowie die Qualität der Menschenführung (Badura, Walter Hehlmann, 2010: 5).

Sozialkapital fördert Lernen, Gesundheit, Produktivität und beeinflusst Humankapital, das wiederum die Wertschöpfung antreibt und so entscheidend zum Unternehmenserfolg beiträgt (Expertenkommission, 2004: 52). Darstellung der reziproken Wechselwirkung zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperation (Tab. 17).

Tab. 17: Eigene Darstellung

Sozialkapital	Humankapital	Kooperation
• Soziale Netzwerke • Kultur • Führung • Vertrauen • Überzeugungen • Werte	• Bildung • Wissen • Gesundheit • Befinden • Motivation • Selbstvertrauen	• Selbständigkeit • Qualität • Produktivität

Wenn dieser Zusammenhang im Bewusstsein der Verantwortlichen vorhanden ist, wenn sie auch davon überzeugt sind, dass Investitionen in die Gesundheit zum Unternehmenswert beitragen, dann werden sich die Erfolgschancen für eine aktive betriebliche Gesundheitspolitik deutlich erhöhen (Expertenkommission, 2004: 52).

4.2 Arbeitnehmerschutz

Der Arbeitnehmerschutz hat seit seiner Verankerung im gleichnamigen Gesetz mehrere Novellierungen erfahren und mit dem Inkrafttreten des EU-konformen AschG am 01.01.1995 kann Österreich mit Recht behaupten, eines der modernsten Gesetze auf diesem Gebiet zu haben. Auch wenn dieses Gesetz die Mitwirkungsmöglichkeiten der Beschäftigten erweitert hat, schreibt es den Mitarbeitern im Wesentlichen eine passive, auf Vermeidungshandlung gerichtete Rolle zu (OENBGF, 2002).

4.2.1 Definition

Der Arbeitnehmerschutz umfasst technische, medizinische, ergonomische, psychologische und pädagogische Maßnahmen. Arbeitnehmerschutz besteht also aus der Gesamtheit aller Maßnahmen, die dazu beitragen, Leben und Gesundheit der arbeitenden Menschen zu schützen, ihre Arbeitskraft zu erhalten und die Arbeit menschengerecht zu gestalten (AK-Tirol, 2005: 6). Eine wichtige Erweiterung des österreichischen Arbeitnehmerschutzgesetzes ist die Verankerung eines psychologischen Arbeitnehmerschutzes. Diese Erweiterung besagt, dass Arbeitgeber verpflichtet sind, Arbeitspsychologen zum vorbeugenden Gesundheitsschutz der Beschäftigten einzusetzen, wenn an der Arbeitsstätte eine psychische Gefährdungs- und Belastungssituation vorliegt (WKÖ, 2009: 6). Somit sind Schutzbestimmungen und Schutzvor-

schriften mit dem Arbeitnehmerschutzgesetz gesetzlich geregelt, um Unfallgefahren, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen und Dauerschäden der Arbeitnehmer zu vermeiden (Subotitsch et al., 2007: 32).

4.2.2 Ziel des AschG

Unter dem Begriff „Arbeitnehmerschutz“ versteht der Gesetzgeber ganz allgemein das Ziel, den Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit der Arbeitnehmer bei Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zu erreichen (AK-Tirol, 2005: 5) Es ist eines der bedeutendsten Anliegen, seit es Gewerkschaft und Arbeiterkammer gibt, die Arbeitsbedingungen so zu verändern und zu gestalten, dass sie als menschengerecht bezeichnet werden können. Die drei wichtigsten Zielvorstellungen lauten dabei (AK-Tirol, 2005: 16-17):

- Schutz und Sicherheit gegen Unfall und Gesundheitsrisiken
- Vorbeugender Gesundheitsschutz
- Vorbeugung vor Ermüdung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit

Der Arbeitnehmerschutz gliedert sich in folgende Bereiche (Sobotitsch et al, 2007: 32):

- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz: In diesem werden alle technischen und arbeitshygienischen Schutzvorschriften zusammengefasst. Unter dem Begriff „Technischer Arbeitnehmerschutz“ werden alle Vorschriften, die auf die technische Durchführung der Arbeit Bezug nehmen, verstanden. Beispielsweise Bestimmungen über Schutzvorrichtungen und Schutzmaßnahmen bei Maschinen und Geräten, Dampfkesseln, Kälteanlagen usw.
- Arbeitszeit- und Verwendungsschutz: Unter „Verwendungsschutz“ werden jene Vorschriften verstanden, die die Verwendung der Arbeitnehmer betreffen. Beispielsweise sind das Arbeitszeitgesetz, das Mutterschutzgesetz und das Kinder- und Jugendlichenbeschäftigungsgesetz zu erwähnen.

4.2.3 Arbeitnehmerschutz vs. Betrieblicher Gesundheitsförderung

Der Begriff „BGF“ kommt in keiner österreichischen Gesetzgebung explizit vor, jedoch erfolgt darüber eine annähernde Umschreibung im Arbeitnehmerschutzgesetz und bietet dort lediglich einen Anknüpfungspunkt (Meggender, Pelster, Sochert, 2005: 31):

„Arbeitsmediziner haben die Aufgabe, die Arbeitgeber, die Arbeitnehmer, die Sicherheitsvertrauenspersonen und die Belegschaftsorgane auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes, der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesen Gebieten zu unterstützen.“ (§81 Absatz 1, AschG).

Den Präventivkräften, darunter sind Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner und Fachleute aus der Arbeitspsychologie zu verstehen, wird über die so genannte Präventionszeit die Tätigkeit aufgetragen den Arbeitgebern bei der Durchführung von Gesundheitsförderung zu unterstützen. Im Arbeitnehmerschutzgesetz wird zwar festgelegt, was man tun muss, um die Gesundheit nicht zu gefährden und zu erhalten, aber die ebenso wichtige Frage, wie man das Wohlbefinden am Arbeitsplatz verbessern kann, findet darin keine Beachtung (Subotitsch et al., 2007: 32). Wenn es um eine effektive und umfassende Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz gehen soll, ist der rein normative, defizitorientierte Zugang, den die gesetzlichen Regelungen bieten, keinesfalls ausreichend (Meggeneder, 2002: 237–245). Aus diesem Grund ist es notwendig, die reine Gesundheitserhaltung um eine BGF zu erweitern. Ulich vertritt die Meinung, dass Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung gemeinsame Bestandteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein müssen (Ulich, Wülser, 2009: 12). Nachdem BGF Bereiche der Organisations- und Personalentwicklung mit einschließt und auf freiwilligen Aktivitäten beruht, geht sie über gesetzliche Anforderungen des traditionellen Arbeitsschutzes hinaus (ENWHP, 2005).

Gegenüberstellung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitnehmerschutz:

Tab. 18: Gegenüberstellung von Arbeitsschutz und BGF (Quelle: Ulich, 2009: 13)

	Betrieblicher Arbeitsschutz	**Betriebliche Gesundheitsförderung**
Betrachtung des Menschen als ...	...schutzbedürftiges Wesen Defizitmodell • Schwächenorientiert • Pathogenetisches Grundverständnis	...autonom handelndes Subjekt • Potentialmodell • Stärkenorientiert • Salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben, Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen • Schutzperspektive • Belastungsorientiert	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen • Entwicklungsperspektive • Ressourcenorientiert
Aufgaben, Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen • Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen • Wahrnehmen von Chancen

4.2.4 Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem „SGM“

In Österreich hat neben dem BGF noch ein zweites innovatives Instrument der Gesundheitsförderung, das „Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem (SGM)“ in Unternehmen Fuß gefasst. Ein SGM ist ein Führungssystem, das eingesetzt werden kann, um
die Zielsetzung der Förderung von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in allen betrieblichen Bereichen und Abläufen zu verankern. Dieses Managementsystem für Sicherheit und Gesundheit ist so wie BGF durch einen Ansatz gekennzeichnet, der über Prävention und Schutz am Arbeitsplatz hinausgeht und das Ziel hat, alle gesundheitsrelevanten Dimensionen der Arbeitsbedingungen sowie der Arbeits- und Lebensweisen der Beschäftigten zu beeinflussen (Leoni, Mahringer, 2008: 126).

4.2.4.1 Definition

Die ersten Versuche Sicherheit- und Gesundheitsschutz strukturiert anzugehen und ein entsprechendes Managementsystem zu entwickeln, fand in den achtziger Jahren statt und kann mit der Entstehung von Qualitäts- und Umweltmanagementsystemen in Verbindung gebracht werden. In Österreich wird der Einsatz von Managementsystemen für Sicherheit und Gesund-

heit vor allem seit Ende der neunziger Jahre verstärkt von institutioneller Seite forciert. Das Zentralarbeitsinspektorat befürwortete 1997 die Einführung des SGM und begann die Rahmenbedingungen und Einsatzmöglichkeiten zu definieren, wobei auch hier dieses Modell freiwillig zur Anwendung kommen und in bestehende Managementsysteme (Qualitätssicherung, Umweltschutz) integriert werden soll (Leoni, Mahringer, 2008: 128).

Folgende Grundsätze des SGM wurden von Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit in Zusammenarbeit mit den Sozialpartnern der AUVA und dem ÖNWBGF ausgearbeitet (BMWA, 2004):

- Beschäftigte an den Arbeitsplätzen vor Gefahren und Belastungen zu schützen
- Die Arbeitsfähigkeit in Hinblick auf das zunehmende Alter der Beschäftigten zu erhalten
- Unfälle und Beinaheunfälle im Betrieb zu vermeiden
- Arbeitsbedingte Verletzungen und arbeitsbedingte Erkrankungen zu verhindern
- Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten an den Arbeitsplätzen kontinuierlich weiter zu entwickeln
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu treffen, zu unterstützen und auszubauen.

4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die Veränderungen der Arbeitswelt, der Wandel des Krankheitspanoramas und nicht zuletzt der demographische Wandel stellen aktuelle Herausforderungen an den Arbeitsschutz und die Arbeitsmedizin dar (Expertenkommission, 2004: 82). Gesundheitliche Probleme sollten dort bekämpft werden, wo sie entstehen. Der Arbeitswelt kommt dabei eine bedeutende Rolle zu, auch wegen ihrer Einflussnahme auf das Freizeitverhalten und Privatleben (Expertenkommission, 2004: 21). Über den Einfluss der Arbeitsbedingungen, der Arbeitsfähigkeit und der Arbeitsumgebung auf die Entstehung von Krankheiten liegt mittlerweile ein breites, wissenschaftlich gut gesichertes Wissen vor (Expertenkommission, 2004: 66). Die Arbeitswelt, insbesondere die Erwerbsarbeit, ist eine der wesentlichsten Lebensbereiche des erwachsenen Menschen, weshalb gesundheitsbezogene Interventionsstrategien auf dieser Mesoebene (Arbeitsplatz) für die WHO im Sinne des Setting-Ansatzes von großer Bedeutung sind (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 17). Unter diesen Umständen kommt der betrieblichen Gesundheitsförde-

rung als Organisationsentwicklung ein hoher Stellenwert zu, da erfolgreich angewandte BGF wesentlich dazu beitragen kann, das individuelle Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten zu verbessern und die betrieblichen Kosten, die durch krankheitsbedingte Fehlzeiten entstehen, einzudämmen, was sich nachhaltig günstig auf die Betriebswirtschaft auswirkt (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 9). Betriebe werden in Zukunft mehr Verantwortung für Wohlbefinden und Gesundheit ihrer Mitarbeiter übernehmen müssen, nicht nur aus eigenem wirtschaftlichem Interesse, sondern auch um den Staat zukünftig zu entlasten (Expertenkommission, 2004: 21).

4.3.1 Begriffsbestimmung

Die Luxemburger Deklaration lieferte Ziele und Leitlinien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz, die anlässlich eines Treffens des Europäischen Netzwerkes für BGF 1997 in Luxemburg verabschiedet wurde:
„Betriebliche Gesundheitsförderung 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 (ENWHP, 2005):

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

4.3.1.1 Ziel

BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie die darauf abzielt, Gesundheitspotenziale zu stärken, Krankheiten am Arbeitsplatz (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress) vorzubeugen und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern (ENWHP, 2005). Das Ziel „gesunde Mitarbeiter in Unternehmen“ kann dann erreicht werden, wenn diejenigen Faktoren beeinflusst werden, die die Gesundheit der Beschäftigten verbessern. Dazu gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor

- Eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- Eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und eigenen Fähigkeiten, Einflussmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung andererseits
- Eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- Ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz

4.3.1.2 Leitlinien

BGF kann ihr Ziel „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen" nur dann erreichen, wenn sie sich an folgenden Leitlinien orientiert (ENWHP, 2005):

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

4.3.1.3 Qualitätskriterien

Die von der WHO formulierten Kriterien für Gesundheitsförderung konsequent in der Arbeitswelt umzusetzen, bedeutet:

- „konsistente Anforderungsstrukturen schaffen,
- die beruflichen Aufgaben abwechslungsreich und geistig anregend gestalten,
- die zeitlichen und inhaltlichen Handlungs- und Entscheidungsspielräume der beschäftigten erweitern,
- für kontinuierliche Fortbildung und vertragliche Fairness sorgen
- sowie soziale Unterstützungspotenziale im Betrieb stärken" (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 356)

Die Qualitätskriterien der ENWHP bieten eine Orientierung für die Gestaltung einer moder-

nen betrieblichen Gesundheitspolitik und erleichtern Unternehmen festzustellen, welches ihre augenblickliche Position auf diesem Weg ist, und wie weit sie vom Zielzustand entfernt sind. Dabei wurde vorausgesetzt, dass die gesetzlichen Bestimmungen zum Arbeitsschutz erfüllt sind (ENWHP, 1999).

Unternehmenspolitik:
BGF muss als Führungsaufgabe wahrgenommen und in bestehende Managementsysteme eingebunden werden. Eine schriftliche Leitlinie zur BGF sollte ebenso vorhanden sein, wie der Wille der Führungskräfte, diese auch organisatorisch umzusetzen, die notwendigen Mittel bereitzustellen und den Fortschritt bei der Umsetzung regelmäßig zu evaluieren.

Personalwesen und Arbeitsorganisation:
Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter/innen möglichst weitgehend an den Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.

Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:
Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeiter/innen bekannt gemacht wird.

Soziale Verantwortung:
Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsförderlicher Initiativen ein.

Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:
Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.

Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung:
Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden, z.B. Kundenzufriedenheit, Zufriedenheit der Beschäftigten, Krankenstand, Unfallhäufigkeit, Motivation, Personalfluktuation, Produktivität, um nur einige zu nennen.

4.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) vs. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

In Europa hat sich in den letzten Jahren eine gemeinsame Definition von BGF entwickelt, die ihren Beginn in der Verabschiedung der Ottawa Charta fand und kontinuierlich mit entscheidenden Beiträgen des „Europäischen Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung" entsprechend der demografischen Entwicklung und des wirtschaftlichen Strukturwandels weiterentwickelt wurde. So entstand aus einer allgemeinen oder ursprünglichen BGF ein ganzheitliches, komplexes Konzept, welches nach dem neuen Verständnis in der Luxemburger Deklaration 1997 niedergelegt wurde (Kuhn, Sommer, 2005: 6). Im Kontext dieser Luxemburger Deklaration kann die BGF als Managementaufgabe und Bestandteil der Unternehmenspolitik gesehen werden.

4.4.1 Unterschiedliche Definitionen zu BGF und BGM

4.4.1.1 Der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung"

Wird von Zimolong verstanden als „Oberbegriff im Sinne einer allgemeinen Ressourcenförderung. Er schließt damit sowohl den Erhalt und die Entwicklung der Ressourcen als auch Präventionsmaßnahmen ein." BGF und Prävention sind organisationale Konzepte, die durch das Management einer Organisation geplant und koordiniert werden (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 36ff.).

Nach Badura beschränkt sich die ursprüngliche oder allgemeine BGF, ähnlich dem traditionellen Arbeitsschutz, zumeist auf „einzelne Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation (z.B. Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung usw.) oder in zeitlich befristete Interventionen in das Betriebsgeschehen (z.B. zeitlich begrenzte Durchführung von Gesundheitszirkeln)" (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 17).

Die Expertenkommission bezeichnet in der Regel BGF „als punktuelle, zeitlich befristete Einzelmaßnahmen zur Verhaltensprävention, ohne dass damit notwendigerweise ein Prozess der Organisationsentwicklung angestoßen wird." (Expertenkommission, 2004: 113).

4.4.1.2 Der Begriff „Betriebliches Gesundheitsmanagement“

Das BGM bezieht sich nach Zimolong auf die „systematische Planung, Umsetzung, Abstimmung und Steuerung von Maßnahmen in Betrieben, Verwaltungen und Einrichtungen zur Umsetzung von gesundheitsförderlichen, präventiven Einzelmaßnahmen und einer gesundheitsförderlichen Unternehmenssteuerung.“ Es ist ein integratives, organisationsweites Handlungskonzept, welches sowohl die Koordination zahlreicher Teilsysteme als Organisationsebenen, Strukturen und Prozesse, aber auch Netzwerke verlangt (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 36ff.).

Unter BGM versteht Badura „die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben.“

Die Expertenkommission versteht unter BGM ein „systematisches und nachhaltiges Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten. Von Einzelmaßnahmen der Gesundheitsförderung unterscheidet es sich durch die Integration in die Betriebsroutinen und ein kontinuierliches Betreiben der vier Kernprozesse Diagnostik, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation.“ (Expertenkommission, 2004: 113).

Kuhn und Sommer verstehen BGM als „Change-Management, welches darauf abzielt, Arbeit und Organisation gesundheitsgerecht zu gestalten, die Mitarbeiter in ihren Kompetenzen zu stärken sowie zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren.“ (Kuhn, Sommer, 2004: 30).

Meifert und Kesting (2004: 44) beschreiben BGM als Kombination von Gesundheits- und Arbeitsschutz, BGF und Strategischem Management, dessen Ziel die weitgehende Verhinderung von Unfällen und Erkrankungen durch Prävention und BGF ist.

Unter BGM wird das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten verstanden. BGM umfasst alle Aktivitäten im Bereich des gesetzlichen Arbeits-

und Gesundheitsschutzes und der BGF, die mittels Managementmethoden gesteuert und koordiniert werden (Henne, 2005: 4).

4.4.2 Fazit

Abschließend bleibt festzuhalten, dass BGM eine sehr heterogene Verbreitung in den Betrieben findet. Da keine einheitliche Definition des BGM existiert, sind die Variationsmöglichkeiten sehr vielfältig, so dass das BGM von den Unternehmen sehr individuell gestaltet wird. Dies ist auch auf eine fehlende rechtliche Grundlage zurückzuführen, welche den Betrieben die Rahmenbedingungen eines BGM vorgeben könnte. (Bittner et al., 2008: 72)
Zur deutlicheren Abgrenzung dieser organisationsbezogenen Ansätze und Vorgehensweisen gegenüber punktuellen, überwiegend verhaltensbezogenen, gesundheitsfördernden Maßnahmen und zur Professionalisierung und Institutionalisierung des BGF veröffentlichten Badura, Ritter, Scherf (1999) den „Leitfaden Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Zehn Jahre nach der Veröffentlichung des Leitfadens stellt sich die Situation noch immer folgendermaßen dar: „In Wissenschaft und Praxis hierzulande werden häufig Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement noch nicht klar genug unterschieden.“ (Badura, Steinke, 2009: 8) und die betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Organisationsentwicklung wird nach wie vor als eigenes Management betrachtet, was aber als ein Teil vom gesamten Management gesehen werden sollte. (Kramer et al, 2008: 12f).

4.5 Human-Ressource-Management (HRM) und Personalentwicklung (PE)

4.5.1 Gemeinsamkeiten:

Das HRM sowie die betriebliche Gesundheitsförderung zielen auf das Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten ab. Beide Interventionen wirken synergistisch, da einerseits eine mitarbeiterbezogene Personalführung Einfluss auf die Leistung der Mitarbeiter hat und deren Leistungsbereitschaft erhöht, indem sie sich positiv auf die Arbeitszufriedenheit und die Verbundenheit mit dem Unternehmen auswirkt. Andererseits haben die Maßnahmen der BGF Einfluss auf die Leistungsbereitschaft und -fähigkeit in Form körperlicher und seelischer Gesundheit (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 72).

Seit den 80er Jahren wird immer häufiger die Aufgabe der betrieblichen Personalarbeit als Human-Resource-Management umschrieben, in Abgrenzung zum Personalmanagement, das vornehmlich auf den effektiven Einsatz und somit eher auf die Verwaltung der Mitarbeiter abzielt. Das Personalmanagement umfasst alle Prozesse zur Erreichung von Organisationszielen, die auf die Steuerung der humanen Ressourcen einer Organisation abzielen. Organisationsziele umfassen nicht nur Leistungsziele, sondern auch Humanziele, zu denen besonders die Arbeitssicherheit zählt (Zimolon, Elke, Bierhoff 2008: 70ff.).

4.5.2 Ziel der PE

Ziel der betrieblichen Personalarbeit als auch der BGF ist die Steuerung, Unterstützung und Förderung der Human-Resourcen und Leistungsfähigkeit, sowie die Förderung des Commitments, der Eigenverantwortung der Beschäftigten und einer auf Vertrauen basierenden Zusammenarbeit (Zimolong, Elke, Bierhoff 2008: 71). Das Personalwesen hat die Aufgabe, für das Unternehmen notwendiges und entsprechend qualifiziertes Personal zur Verfügung zu stellen, das zur Erreichung und Sicherung der Unternehmenstätigkeit erforderlich ist. Die Personalentwicklung (betriebliche Weiterbildung), ein Teilbereich des Personalwesens, soll dazu beitragen, die erworbenen beruflichen Qualifikationen der Beschäftigten zu sichern und deren Kompetenzen im Interesse des Unternehmens weiter auszubauen (Wegerich, 2007: 19).

4.5.3 Definition von PE

Becker (2005: 8) versteht unter Personalentwicklung „alle Maßnahmen der Bildung, der Förderung und der Organisationsentwicklung, die zielgerichtet, systematisch und methodisch geplant, realisiert und evaluiert werden.“ Meier (1991: 6) erweitert diese Definition und sieht sie als einen „organisierten Lernprozess“, weil die PE grundsätzlich strategisch zu interpretieren ist. Sie wird nämlich langfristig und problemorientiert in ein personalpolitisches Konzept integriert . PE wird dann als strategieorientiert bezeichnet, wenn ihre Aktivitäten aus den strategischen Zielen des Unternehmens abgeleitet werden (Staehle, 1989: 392).

Eine Gliederung der so genannten strategischen Personalentwicklung kann in drei Wirkungsfeldern erfolgen, die sich auf einzelne Personen (Personalentwicklung), Teams (Teament-

wicklung) oder Organisationen (Organisationsentwicklung) insgesamt beziehen (Neuburger 1991: 12). „Für den Erfolg einer Organisationsentwicklung ist es entscheidend, dass der Ansatz und die Vorgehensweise der Begleitung von Veränderungsprozessen mit der Ausrichtung der Personalentwicklungsarbeit im Unternehmen Hand in Hand gehen. Nur eine Personal- und Organisationsentwicklung, die ineinander greift, kann erfolgreich sein.“ (Wegerich, 2007: 34).

Einige Instrumente und Techniken der Personalentwicklung finden auch in der BGF Anwendung (Tab. 19) (Ryschka, Solga, Mattenklott, 2005: 77):

Tab. 19: Gliederung der Instrumente und Techniken aus der PE (Quelle: Ryschka, Solga, Mattenklott, 2005: 77)

Beratungs- und betreuungsorientierte Ansätze	**Techniken der Personalentwicklung**	**Verhaltenstraining**
Mitarbeitergespräch	Feedback-Techniken	Kommunikation
Coaching	Verhaltensmodellierung	Stressmanagement
Mentoring	Moderationstechniken	Führung
Kollegiale Beratung	Kognitive Techniken	
360° Feedback		

4.6 Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Organisationsentwicklung

Die betriebliche Gesundheitsförderung im Kontext der Luxemburger Deklaration wird auch als Organisationsentwicklungsstrategie bezeichnet, und zwar im Zusammenhang mit dem Unternehmen als soziales Bezugssystem. Damit können bei der Gesundheitsförderung nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen betrachtet werden, sondern die gesamte Organisation mit ihren Risiken und Gesundheitspotenzialen steht im Vordergrund (Kriener et al., 2004: 21).

4.6.1 Definition von Organisation

„Organisationen sind offene soziotechnische Systeme, die über einen Zeitraum bestimmte Ziele verfolgen. Die Lenkung und Gestaltung der Leistungserbringung erfolgt durch explizite

Regelungen, wie Strategien, Strukturen, Pläne und Programme, durch die Arbeitsgestaltung und durch implizite Regeln, wie Normen, Werte, Kommunikation- und Kooperationsstile.
Die Gestaltung und die Regeln beziehen sich auf:

- Die Verteilung der Ressourcen, Kompetenzen und Aufgaben
- Die Koordination der Entscheidung- und Leistungsprozesse mit Ausrichtung auf die Zielerreichung
- Die Entwicklung und Förderung von motivationalen und qualifikatorischen Potenzialen

Organisationen sind Teile von organisationalen Netzwerken und stehen in vielfältigen Austauschbeziehungen mit ihren Umwelten." (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 39).

Baric und Konrad (1999) charakterisieren Organisationen durch folgende Aspekte (Engelmann, Halkow 2008: 35):

- Sie verkörpern eine Gruppe von Menschen (soziale Einheit),
- die kontinuierlich ihre Aktivitäten koordiniert (Management)
- mit dem Zweck, gemeinsame Ziele zu erreichen (Organisationsaufgabe) und zwar
- auf einer mehr oder weniger permanenten Basis.

Da die Beschäftigten als die wichtigste Ressource einer Organisation anzusehen sind, sollte ihre Sicherheit und Gesundheit im Vordergrund der Organisationsziele stehen, die nicht nur aus humanen und rechtlichen Gründen anzustreben sind, sondern weil sie die Voraussetzung für ein langfristig hohes Leistungsniveau eines Unternehmens darstellen. Deshalb sollte die Gesundheit der Belegschaft für den betrieblichen Erfolg ebenso berücksichtigt werden wie das Eingehen auf die Wünsche der Kunden (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 40). Das Überleben auf dem Markt bzw. die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens wird (u.a. aufgrund des demografischen Wandels) immer stärker davon abhängen, inwieweit es dem Management gelingt, die Organisation und die Arbeit so zu gestalten, dass sie auch zukünftig externen Anforderungen (Kunden, Netzwerkpartnern) gerecht werden. Um dieses Ziel auch zu erreichen, wird es immer wichtiger, die Entwicklung der Potenziale der Beschäftigten, einschließlich ihrer Gesundheit, zu unterstützen und zu fördern. Gesundheit und Sicherheit tragen wesentlich zur Qualität und Produktivität bei, wodurch sie in einer gewissen Weise Leistungsergebnisse darstellen und ihre Umsetzung vergleichbar mit dem Erreichen anderer Leistungsziele eines Unternehmens (z.B. hohe Produktqualität) sind. Das bedeutet, dass zur Erreichung eines

hohen Gesundheits- und Sicherheitsniveaus in einer Organisation dieselben Managementstrategien, Steuerungsmechanismen oder Führungsverhaltensweisen wie zur Förderung jedes Leistungsverhaltens eingesetzt und genutzt werden können. Diese Gesundheits- und Sicherheitsleistungen sind untrennbar mit der betrieblichen Leistungserbringung verbunden und ihr Management muss in die Steuerung und Koordination der Geschäfts- und Arbeitsprozesse integriert werden (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 44f).

4.6.2 BGF als Organisationsentwicklung

Eine nachhaltig erfolgreiche BGF ist als ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess aufzufassen. Um dieses Vorhaben zu erreichen, sind Gesundheit und Sicherheit mit Unterstützung eines Managementsystems beständig zu erbringende und zu verbessernde Leistungen (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 195).

4.6.2.1 Organisationsentwicklung

Bei der Organisationsentwicklung als Beratungskonzept handelt es sich nach Cummings (1993) um ein sehr komplexes Handlungsfeld, welches „ eine systemumfassende Anwendung von Wissen und Konzepten aus den angewandten Sozialwissenschaften auf das Gebiet der geplanten Entwicklung und Veränderung von Organisationsstrategien, -strukturen und -prozessen zur Verbesserung der Organisationswirksamkeit oder -effizienz“ (Fatzer, 2004: 1) beinhaltet. Nach Fatzer (1992) wird die OE durch folgende Merkmale gekennzeichnet (Bamber, Ducki, Metz 1998: 124):

- OE ist langfristig und partizipativ angelegt
- Das Vorgehen ist prozessorientiert
- Der Analyse- und Diagnosephase wird breiter Raum gegeben
- OE benutzt eine „rollende Planung“ und arbeitet mit Datenrückkoppelung
- Konfliktberatung ist ein integrativer Bestandteil von OE
- Ganzheitlichkeit ist Prinzip von OE

„Organisationsentwicklung (OE) ist eine im Rahmen der angewandten Verhaltenswissenschaften angesiedelte Beratungsstrategie, mit der Unternehmen und Manager angeleitet und

unterstützt werden, systematisch einen organisationsumfassenden Veränderungsprozess zu steuern und zu gestalten, der

- unter Einbeziehung und Einbindung der Betroffenen
- durch aufeinander abgestimmte Interventionen, die sowohl bei den Strukturen, Systemen, Prozessen und der Kultur einer Organisation als auch bei dem individuellen Denken, Fühlen und Verhalten ansetzen,
- die Effektivität und Effizienz der Unternehmensleistungen erhöht und die organisationale sowie individuelle Lernfähigkeit fördert.

Den Kern des systematischen Vorgehens bildet die zyklische Abfolge der Phasen „Diagnose „und „Intervention". Langfristiges Ziel von OE-Maßnahmen ist somit die Generierung und Steigerung des individuellen Entwicklungspotentials und des unternehmerischen Erfolgspotentials (Elke, 1999)" (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 197).

4.6.3 Organisationales Lernen als Verbesserungsprozess

Die Mehrheit der Autoren versteht unter einer lernenden Organisation eine Organisation, die sich kontinuierlich weiterentwickelt. Im Vordergrund stehen jene Aktivitäten, die die Umsetzung des Wandels sicherstellen sollen, damit die Normen und Werte einer Organisation auch verändert werden können. Dabei werden die Entwicklungsstufen der Handlungssteuerung in vier Kernprozesse oder auch als Phasen gegliedert (Diagnose, Handlungsplanung, Intervention und Evaluation), welche dem „Public-Health-Action-Circle" entsprechen (Hurrelmann, Laaser, 2003: 163). Badura et al. (1999: 44) unterscheiden nach weitern Überlegungen zudem noch vier Arten von Ergebnissen:

- Ergebnisse bei der Organisation: z.B. eine gesundheitsförderliche Unternehmenskultur bzw. mitarbeiterorientiertes Führungsverhalten
- auf Seiten der Mitarbeiter: z.B. erhöhtes Selbstwertgefühl oder verbessertes körperliches Wohlbefinden
- verhaltensbezogene Ergebnisse: z.B. verbessertes Gesundheitsverhalten, Sozialverhalten, Arbeitsverhalten, weniger Absentismus
- Betriebsergebnisse: z.B. Qualitätsverbesserungen, höhere Produktivität, weniger Kosten

Nach Badura et al. (1999: 54) bilden die Elemente strukturelle Voraussetzungen, Diagnostik, Maßnahmenplanung, Maßnahmendurchführung und Evaluation die Grundlage für eine „kunstgerechte BGF“, die sich in Form eines Lernzyklusses ordnen lassen, so dass aus einem Evaluationsdurchgang neue Rückschlüsse für einen weitere Diagnose, Projektplanung, Projektdurchführung usw. gezogen werden können.

Den Kern der OE bildet die Systematik der Problembearbeitung, die auf den von Kurt Lewin (1963) begründeten Ansatz der Aktionsforschung zurückzuführen ist. Er beschreibt in seinem Experiment die Grundprinzipien von Gruppen oder Organisationen, die sich selbst erforschen (Fratzer, 2004: 1). Es handelt sich um einen fortwährenden Zyklus der Phasen „Diagnose“, die eine systematische Datensammlung, Analyse und Bewertung umfasst, und die „Intervention“, d. h. die Planung und Realisierung von Maßnahmen. Die Systematik des Vorgehens entspricht dem Steuerungszyklus und beinhaltet zugleich die Rückkopplungsschleifen organisationaler Lernprozesse im Sinne von Argyris und Schön (1996) (Zimolong, Elke, Bierhoff 2009: 197).

In der Literatur zur Organisationsentwicklung existiert eine Vielzahl von Phasenmodellen der Entwicklung und Veränderung von Organisationen. Das klassische Phasenmodell vom Soziologen Kurt Lewin, das als das wichtigste Modell für die Ablaufgestaltung von OE-Maßnahmen anzusehen ist, geht davon aus, dass es in jeder Organisation Kräfte gibt, die den Wandel vorantreiben („driving forces“) und solche, die ihn verhindern („restraining forces“). Normalerweise sind diese Kräfte gleich groß und um eine Veränderung herbeizuführen, muss man nach Lewin die vorantreibenden Kräfte verstärken und die, die sie verhindern (Fatzer, 2004: 10ff.). Nach dem 3-Phasen-Modell von Lewin, welches immer in neuen Varianten auftaucht, sollte in der ersten Phase „unfreezing“ eines OE-Prozesses die Motivation für angestrebte Änderungen geschaffen werden. Während die zweite Phase „moving“ auf die Entwicklung von neuen Verhaltensweisen und Arbeitsabläufen abzielt, ist in der dritten Phase „refreezing“ ihre Stabilisierung und Integration in den Arbeitsalltag zu leisten (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2009: 197).

Die Erfahrung oder das Erkennen von Abweichungen als Auslöser für einen Lernprozess setzt voraus, dass eine Rückmeldung erfolgt, ob die erwarteten Ereignisse in einem bestimmten Ausmaß erreicht wurden (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2009: 194). Wichtig erscheint dabei die Art und Weise der Informationsverbreitung (Protokolle, Arbeitskreis, Gesundheitszirkel, Workshops usw.) und die Beteiligung der Mitarbeiter bei der Identifizierung und Ursachen-

klärung gesundheitsförderlicher wie –beeinträchtigender Situationen. Eine erfolgsversprechende Strategie (Ressourcen für BGF möglichst effizient einzusetzen) ist es, Lernerfahrungen, wo und von wem auch immer sie gemacht werden, für das gesamte Unternehmen nutzbar zu machen. Um dieses Ziel zu realisieren, bedarf es der Schaffung einer entsprechenden Infrastruktur, die einen problemlosen Informationsaustausch an gemachten Erfahrungen ermöglicht und eine Institutionalisierung des Wissensaustausches (Betriebszeitungen, Protokolle, Fortbildungen usw.) herbeiführt (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 48ff.).

Nach dem Verständnis der Autoren Baric und Konrad muss eine Organisation für die Umwandlung oder Weiterentwicklung in ein gesundheitsförderndes Setting (im Sinne der OE) die Methoden zur Veränderung der Organisationskultur, -struktur und Rollendefinition beinhalten (Engelmann, Halkow, 2008: 35). Mit diesen Veränderungen sollen drei strategische Ziele erreicht werden (Baric, Konrad 1999: 38):

- Die Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Organisation
- Die Integration von Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse der Organisation
- Die Verknüpfung mit anderen Organisationen durch Netzwerke und Allianzen.

4.6.4 Formen des organisationalen Lernens:

Eines der bekanntesten Modelle des organisationalen Lernens (Abb. 14) ist jenes von Argyris und Schön (1996). In Abhängigkeit von der Reichweite und dem Ansatzpunkt des organisationalen Lernens wird zwischen Anpassungs- Veränderungs- und Prozesslernen unterschieden (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 195).

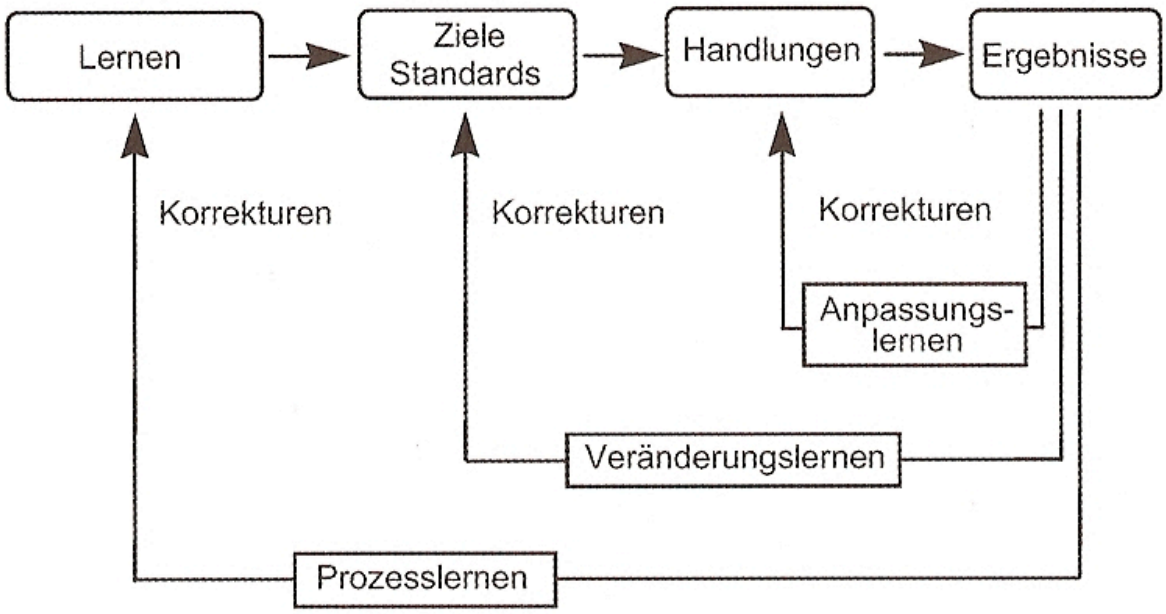


Abb. 14: Darstellung der Lernebenen nach Argyris und Schön (Quelle: Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 196).

Single-Loop-Learning (Anpassungslernen):
Beim Anpassungslernen wird eine Abweichung zwischen den Standards im Alltag und dem Handlungsergebnis festgestellt, die durch die Veränderung des Verhaltens und / oder seiner Bedingungen korrigiert wird. Somit wird die Effizienz der Handlungen innerhalb der vorgegebenen Rahmenbedingungen gesteigert.

Double-Loop-Learning (Veränderungslernen):
Wenn die reinen Anpassungsmaßnahmen des Veränderungslernens nicht ausreichen, um die Ergebnisse zu verbessern, müssen auch die Rahmenbedingungen überdacht oder verändert werden. Dies beinhaltet eine Korrektur der Normen, Ziele und Standards.

Deutero-Learning (Prozesslernen):
Das Prozesslernen bezieht sich auf das Lernen zu lernen. Es analysiert und hinterfragt die bisherigen Lernvorgänge im Unternehmen. Vorrangiges Ziel ist es, die früheren Lernstrategien zu optimieren, um die Lernfähigkeit der Organisation zu verbessern.

4.6.5 Widerstände der Beschäftigten

Veränderungen in Unternehmen sind für die Mitarbeiter häufig überraschend, unbequem, beängstigend und bedrohend. Aus diesem Grund reagieren sie auf Veränderungen eher negativ, was u.a. massive emotionale Widerstände auslösen kann, die dem Erlernen eines neuen Verhaltens und seiner Integration in das alltägliche Handeln entgegensteht. Dabei spielen unterschiedliche Lernbarrieren wie Routine, Denkschemata, soziale Mechanismen und Informationspathologien eine entscheidende Rolle. Diese Widerstände gegen das Lernen sind meistens von der Organisation selbst kaum zu überwinden. Sie erfordern die Unterstützung durch externe Berater im Rahmen von OE-Maßnahmen (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 197ff.).

4.6.6 Die Rolle des Beraters

OE-Maßnahmen werden in den meisten Fällen von einem externen Beraterteam (Gesundheitsmanager) eingeleitet und begleitet. Dabei geht es nicht um Angebote von Expertenlösungen, sondern um die professionelle Moderation von OE-Prozessen, in dem die Beteiligten modellhaft erfahren und lernen, wie sie Probleme effektiv selbst bewältigen können (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 200ff.). Die zentrale Aufgabe ist, den Befähigungsprozess, dass die Mitarbeiter Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen und dementsprechend selbständig handeln, zu unterstützen. Im Verlauf des Prozesses entstehen unterschiedliche Rollen für das Beraterteam, die hohe Anforderungen an die Kompetenzen und der Persönlichkeiten stellen. In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Rollen mit den Tätigkeiten und der notwendigen Qualifikation dargestellt (Tab. 20) (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 52):

Tab. 20: Professionelle Rollen der Gesundheitsförderung (Quelle: Badura et al. 1999: 52)

Rollen	Tätigkeiten	Qualifikation
Experte	Forschen, Publizieren von Gesundheitsberichten, Fachberatung	Wissenschaftliche Expertise auf Gebieten wie Epidemiologie, Arbeitsmedizin, Ernährung...
Promotor	Öffentlichkeitswirksame Aktionen, Überzeugen von Entscheidungsträgern, Bewusstseinsbildung	Rhetorik, journalistische Kompetenzen, Interessen wirksam vertreten
Ausbildner, Förderer	Fortbildungen: Ernährung, Physiotherapie, Bewältigungsstrategien...	Spezielle medizinische Kenntnisse, pädagogische Fähigkeiten, psychologische Kompetenzen
Organisationsentwickler	OE-Arbeit, Aufbau intersektoraler Kooperation, Verhandeln, Schaffung von Infrastrukturen	Soziale Kompetenzen, Moderation von Gruppen, Organisationskompetenz, Projektmanagement

Bei allen vier Tätigkeiten ist zu berücksichtigen, dass es bei ihrer Erfüllung nicht um die Etablierung neuer Rollen geht, sondern vor allem um die Änderung und Erweiterung der bereits bestehenden Rollen im Unternehmensalltag. Der Berater ist die Person, die die Gesamtstrategie im Auge behält und die übrigen betrieblichen und überbetrieblichen Multiplikatoren koordinierend unterstützt und zusammenführt. Im Idealfall weist ein Berater Vertrauenswürdigkeit, Verständnis, Einfühlungsvermögen, diagnostische Fähigkeiten und pädagogisches Geschick auf, um folgende Aufgaben für die ganze Organisation zu erfüllen: Ziele vermitteln (Verknüpfung von BGF und anderen Zielen), Neutralität bewahren (um Widerstände vorzubeugen und glaubhaft zu wirken) und Akteure vernetzen (Erzielen von Synergieeffekten) (Badura, Ritter, Scherf, 1998: 53ff.).

Abschließend sei angemerkt, dass verschiedene Autoren darauf hinweisen, dass der Lernprozess erst möglich wird, wenn überhaupt einmal der Bedarf gesehen wird, eine Veränderung anzustreben. Gesundheit wird normalerweise nicht als betriebliches Thema wahrgenommen, sondern als Privatsache der Beschäftigten angesehen (Expertenkommission, 2004: 57).

4.6.7 BGF vs. OE

BGF ist genauer betrachtet eine besondere Form der OE, da sie die Veränderung von Arbeitsbedingungen und damit von Organisationsstrukturen in den Mittelpunkt stellt. OE ist einerseits eine Bezeichnung für die Veränderungen, die sich in und an Organisationen über die Zeit hinweg vollziehen, andererseits ein Begriff für Modelle, Theorien und Betrachtungsweisen

von Organisationsveränderung und schließlich eine Methode der geplanten Veränderung. Neuere Konzepte der OE stellen das Lernen in Organisationen in den Mittelpunkt (Bamber, Ducki, Metz, 1998: 123ff.), und zwar mit dem Ziel, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess aufrecht zu erhalten (Hurrelmann, Laaser, 2003: 162).

Altged (2004) bezeichnet den „Organisationsentwicklungsansatz“ oder das Konzept des „gesundheitsfördernden Settings“ nach Baric und Conrad (1999) als eine Weiterentwicklung der klassischen Gesundheitsförderung im Setting (Engelmann, Halkow, 2009: 34). Dieses neue Konzept beinhaltet einen Politik- und Strategiewechsel eines Settings. Dabei wird ein Setting als ein „Organisationssystem“ und Gesundheitsförderung primär als Organisationsentwicklung verstanden und zwar durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die täglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Statusgruppen eines Settings und die Evaluation der eingeführten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Baric, Conrad, 1999: 16).

Organisationsentwicklung bedeutet den geplanten und methodisch durchdachten Wandel von Organisationen und anderen sozialen Systemen. Das dabei entwickelte theoretische und praktische Wissen um die Bedingungen von Veränderungen in Organisationen eignet sich daher besonders für die Implementierung von Gesundheitsförderung. Organisationsentwicklung ist für die Gesundheitsförderung in zweifacher Hinsicht relevant (Grossmann, Scala in: BZgA):

- als institutionelle Organisationsentwicklung innerhalb der Einrichtungen und Organisationen der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, deren Effektivität, Effizienz und interne Gesundheitsförderung zu erhöhen
- als Methode der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, die Gesundheit in bestimmten Settings zu entwickeln, zu fördern und zu erhalten.

Aus einer Studie der „Logo Consult“ (2003) geht hervor, dass das Vorhandensein einer Organisationsentwicklung und Personalentwicklung in Unternehmen die BGF fördert. Weiters geht aus ihr hervor, dass die subjektive Zufriedenheit mit PE und OE einen signifikanten Einfluss auf die Motivation hat. Mit der subjektiven Zufriedenheit stehen folgende OE- und PE-Aktivitäten bzw. Maßnahmen in Zusammenhang (Graf H., Grote V., 2003):

- Unternehmensleitbild
- Führungsgrundsätze
- Mitarbeitergespräch
- Unterstützung bei der Einführung von moderner Informationstechnologie

Je höher der Entwicklungsstand der Organisationsentwicklung und Personalentwicklung, desto mehr BGF-Aktivitäten werden gesetzt und umso positiver ist die Einstellung zur BGF. Aus dieser Studie kann geschlossen werden, dass eine hohe Zufriedenheit mit OE und PE die wahrgenommenen Belastungen reduziert und die Belastungsfähigkeit und das Wohlbefinden erhöht, bzw. eine niedrige Zufriedenheit mit OE und PE die wahrgenommenen Belastungen erhöht und die Belastungsfähigkeit und das Wohlbefinden reduziert (Graf H., Grote V., 2003: 55).

4.6.8 Basisinstrumente der OE

Die Instrumente der BGF stammen vor allem aus dem Bereich der Organisationsentwicklung (Oppolzer, 2006: 24), wobei Engelmann und Halkow (2008: 36) auch festhalten, dass der Setting-Ansatz im Sinne der Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings mit den Methoden der OE arbeitet.

Die BGF bedient sich in Grunde genommen dreier Instrumente (Betrieblicher Gesundheitsbericht, Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel) die im Wesentlichen aus der OE stammen (Oppolzer, 2006: 67).

1. Betrieblicher Gesundheitsbericht:

Der Gesundheitsbericht liefert die Informationsgrundlage für unternehmensbezogene Arbeitsschutzaktivitäten, Maßnahmen der allgemeinen betrieblichen Gesundheitsförderung und Zwecke der betrieblichen Personal- und Sozialpolitik (Österreichisches Netzwerk BGF). Die Ermittlung des Ist-Zustandes der Gesundheit einer Belegschaft ist der Ausgangspunkt für jede BGF-Maßnahme. Dabei ist vor allem die Frage nach arbeitsbedingten Störungen oder Schädigungen der Gesundheit von besonderem Interesse. Aus diesen Daten soll der erforderliche Handlungsbedarf vor Beginn einer Maßnahme festgestellt werden, wobei im Verlauf und Abschluss der Maßnahmen die erzielten Fortschritte und die erreichten Ergebnisse dokumentiert und evaluiert werden (Oppolzer, 2006: 67) Für eine aussagekräftige Ist-Analyse bietet sich die objektive Auswertung (Arbeitsunfähigkeitsanalyse) über die Kassen in Kombination mit der subjektiven Datenerhebung (Mitarbeiterbefragung) an (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 84).

2. Arbeitskreis Gesundheit:

Es wird ein Gremium (Projektleitung) als Steuerungsgruppe (im Sinne der OE) bebildet, das für alle BGF-Maßnahmen die erforderlichen Entscheidungen trifft. In diesem Steuerkreis gilt das Gleichberechtigungs- und Konsensprinzip (Oppolzer, 2006: 69).

Aufgaben: Gibt den Gesundheitsbericht in Auftrag, entscheidet welche Prioritäten bei der Arbeit gesetzt werden, gibt den Gesundheitszirkeln (GZ) ihre Aufträge, entscheidet über die Annahme der Verbesserungsvorschläge aus dem Gesundheitszirkel und empfiehlt deren Umsetzung der Geschäftsleitung.

3. Gesundheitszirkel (GZ):

In Anlehnung an das Konzept der Qualitätszirkel werden Projektgruppen gebildet, deren Aufgabe es ist, für einen konkreten Arbeitsbereich, in dem besondere Probleme arbeitsbedingter Gefährdungen der Gesundheit deutlich geworden sind, gezielte Verbesserungsvorschläge in Form von Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung zu erarbeiten.

Die wichtigsten Aufgaben der GZ sind (Hurrelmann, Laaser, 2003: 168):

- Ermitteln der Arbeitsbelastungen durch die Teilnehmer
- Ermitteln der auftretenden Beschwerden bei den Mitarbeitern
- Erarbeitung von Vorschlägen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Verhütung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden
- gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitssituationen
- Erprobung neuer Praktiken im Alltag

Die Ziele eines Gesundheitszirkels sind (Hurrelmann, Laaser, 2003: 168):

- Verringerung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden
- Verringerung von Arbeitsbelastungen
- Verringerung arbeitsbedingter Erkrankungen
- Verbesserung der Mitbestimmung am Arbeitsplatz
- Verbesserung von Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden
- Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation
- Stärkung individueller Kompetenzen der Problembewältigung
- Erhöhung der Identifizierung mit dem Unternehmen

Badura et al. (1997) haben Beispiele für Arbeitsergebnisse von Gesundheitszirkel weiter untergliedert in (Tab. 21):

Tab. 21: Tabellenüberschrift (Quelle: Oppolzer 2006: 169)

	Auf Organisationsstrukturen gerichtet	**Direkt an die Mitarbeiter gerichtet**
Verbesserung der Gesundheitssituation der Mitarbeiter	Einführung eines Arbeitskreises Erhöhung der Transparenz Erweiterung von Handlungsspielräumen Partizipatorische Arbeits- und Organisationsgestaltung Gruppenarbeit Mitarbeiterorientierte Arbeitszeitregelungen	Kommunikationstraining Schulungen für Führungskräfte Qualifizierung für Gruppenarbeit Stressbewältigungsprogramm Schulung für Zeitmanagement Gesundheitsberatung Sportangebote
Vermeidung von Gesundheitsrisiken	Abbau von Über –oder Unterforderung durch Umorganisation von Abläufen Bessere Pausenzeitenregelungen Arbeits- und Unfallschutz Vermeidung von chemischer und physikalischer Gefährdungen	Rückenschule Arbeitsplatzprogramm Schonarbeitsplätze Bereitstellung bedarfsgerechter Arbeitsmittel Schutz vor chemischen und physikalischen Gefährdungen Aufklärung über Gefährdung am Arbeitsplatz Suchtpräventionsprogramme Ernährungsprogramme

In der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich trotz zahlreicher, unterschiedlicher Konzepte vor allem drei Instrumente etabliert, die nachfolgend dargestellt werden (Tab. 22).

Tab. 22: Zusammenfassung der Basisinstrumente (Quelle: Bamberg, Ducki, Metz 1998: 126)

Betrieblicher Gesundheitsbericht	**Arbeitskreis Gesundheit**	**Gesundheitszirkel**
• Arbeitsunfähigkeitsdaten-Analyse • Betriebsbezogene Daten • Interviewergebnisse • Arbeitsanalyse • Analysen von Ergonomie und Umgebungsbedingungen • Fragebogenuntersuchungen	• Analysesteuerung • Interventions-steuerung • Evaluation	• Partizipation • Erfahrungswissen • OE • Verbesserung von Arbeitsbedingungen

Die methodischen „Schlüsselelemente“ des Setting-Ansatzes im Sinne der OE sind die Vermittlung von Lebenskompetenzen (Life Skills) als individuelle Befähigung der Zielgruppe, Partizipation als Voraussetzung aktiv die Gestaltung der eigenen Lebensumwelt beeinflussen zu können und Empowerment, als Befähigung zu lebenslangem Lernen sowie die Schaffung struktureller Rahmenbedingungen für Gesundheit (Tab. 23) (Engelmann, Halkow, 2008: 43ff.).

Tab. 23: Zusammenfassung der Schlüsselelemente mit den benannten Zielen (Quelle: Engelmann, Halkow 2008: 52).

Elemente	**Handlungsebenen**	**Ziele**	**Hintergrund: Ottawa Charta**
Life Skills	Individuelle Ebene	• Individuelle Befähigung die Bedingungen des eigenen Lebens und der sozialen Lebenswelt zu verstehen • Entwicklung von Problemlösungsstrategien und Bewältigungskompetenzen	Persönliche Kompetenzen entwickeln
Empowerment und Partizipation	Schnittstelle zwischen individueller und Verhältnisebene	• Befähigung, eigen Interessen zu erkennen und zu vertreten • Erleben von Eigenaktivität und damit Schaffung eines Bewusstseins von Selbstbestimmung und Selbstverantwortung • Vertretung eigener Interessen bei der Gestaltung und Verbesserung der Verhältnisse	Persönliche Kompetenzen entwickeln Gesundheitsbezogene Gemeinschafts-aktionen unterstützen
Strukturelle Rahmenbedingungen	Strukturelle Ebene	• Schaffung einer gesunden physischen, psychischen und sozialen Umwelt im Setting • Integration der Gesundheitsförderung, Bildung und Erziehung in die Prozesse der Organisation • Verknüpfung mit anderen Organisationen durch Netzwerke und Allianzen	Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen

4.6.8.1 Partizipation

Eines der Grundprinzipien der BGF ist die aktive Miteinbeziehung und die Ermöglichung der Mitbestimmung aller Beschäftigten eines Unternehmens, um an der Entwicklung und Erhaltung gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen mitzuwirken. Partizipation bedeutet im Rahmen einer qualifizierenden Arbeitsgestaltung, dass sich die Beschäftigten und Führungspersonen kritisch mit ihrer Arbeitssituation und deren gesundheitlichen Auswirkungen befas-

sen (Ulich, Wülser, 2009: 130). Für ein erfolgreiches Durchführen von BGF-Aktivitäten ist eine Mitarbeiterbeteiligung von wesentlicher Bedeutung. Schließlich kann davon ausgegangen werden, dass der Einfluss und die Mitwirkung hinsichtlich der Arbeitssituation auch im Interesse der Mitarbeiter ist (Ulich, Wülser, 2009: 130ff.). Nach Lehmann et al. (2006) umfasst Partizipation „die Formulierung von Wünschen, Bedürfnissen und Kritik, die Beteiligung an Entscheidungen und Regelerstellungen sowie die aktive Einbeziehung aller Beteiligten in die Planung, Umsetzung und Evaluation der Angebote“ (Engelmann, Halkow, 2008: 46).

Je größer der Grad der Partizipation ist, desto größer ist auch die Entscheidungsmacht einer Person oder Gruppe. Diese Entscheidungsmacht wird nachfolgend in einem neunstufigen Modell von Wright et al. (2007) veranschaulicht (Tab. 24).

Tab. 24: Die neun Stufen der Partizipation (Quelle: Engelmann, Halkow, 2008: 50)

Stufe 9	Selbständige Organisation	Weit über Partizipation hinaus
Stufe 8	Entscheidungsmacht	Partizipation
Stufe 7	Teilweise Entscheidungskompetenz	
Stufe 6	Mitbestimmung	
Stufe 5	Einbeziehung	Vorstufen der Partizipation
Stufe 4	Anhörung	
Stufe 3	Information	
Stufe 2	Erziehen und Behandeln	Keine Partizipation
Stufe 1	Instrumentalisierung	

In Anlehnung an Wilpert und Rayley (1983) lassen sich Partizipation und Mitbestimmung in unterschiedliche Formen der Beteiligung differenzieren (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 20):

- Beteiligung in Form von Information (die Beschäftigten werden über die BGF-Maßnahmen mittels Vorschlägen, Beratungen oder Konsultationen in Kenntnis gesetzt)
- Beteiligung wird durch Mitentscheidung der Beschäftigten konzipiert und realisiert (Umsetzung der entwickelten Maßnahmen aus dem Gesundheitszirkel)

Die Beteiligung kann sich auch auf verschiedene Phasen der BGF beziehen (Analyse-, Interventions- und Umsetzungsphase), wobei die weitest gehende Mitbestimmung beim gesamten BGF-Prozess erfolgt, da sie bereits bei der Planungsphase schon einsetzt und aus allen Varianten (Information, Beratung und Mitentscheidung) besteht.

4.6.8.2 Empowerment

Zu dem Begriff Empowerment, wörtlich übersetzt Ermächtigung, gibt es in der Literatur keine allgemeingültige Definition. Nach dem Verständnis der WHO ist BGF ein Konzept zur Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und –-potenziale von Individuen, Gruppen und Organisationen. Für dieses Verständnis spielt Empowerment eine zentrale Rolle (Schmitt 2007: 61ff.). Unter Empowerment wird demnach in der Gesundheitsförderung die Befähigung und Kompetenzförderung von Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebenswelten verstanden. Empowerment soll dazu beitragen, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und stellt eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Settings dar (Engelmann, Halkow 2008: 44ff.). Durch dieses Konzept soll das Individuum befähigt werden in Krisensituationen (Überforderung, Orientierungslosigkeit etc.) seine eigenen Stärken und Fähigkeiten zu erkennen und zu nutzen, um seine Lebenssituation besser bewältigen zu können (Schmitt, 2007: 63).

4.6.9 Gemeinsamkeiten: von OE und BGF

Loos (1992) nennt unter anderem folgende Gemeinsamkeiten von OE und BGF (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 130-131):

- „Beide gehen von ähnlichen Grundannahmen aus: so gehen beide davon aus, [...] dass der Mensch der Maßstab für die Verhältnisse in einer Organisation bleiben soll. Beide fühlen sich in diesem Sinne bestimmten Wertbegriffen wie Autonomie, Mündigkeit, Mitbeteiligung und Eigenverantwortung verpflichtet.
- Beide haben es mit weichen Leitbegriffen zu tun: [...] In beiden Arbeitsbereichen bestehen die Grundbegriffe aus einem messbaren und einem nicht messbaren Teil. Im nicht messbaren Bereich [...] werden die Begriffe deutbar und bedürfen des immer neuen Diskurses. Der kommunikative Aufwand ist erheblich.
- Beide arbeiten ohne Macht inmitten der Macht: OE-Berater und Gesundheitsförderer haben keine zugewiesene Macht, sie haben nur den Einfluss aus ihrer Expertenrolle oder aus ihren Kontaktanstrengungen in der Herstellung persönlicher Beziehungen [...] OE-Impulse und GF-Projekte sind zur Umsetzung auf Konsens und die Mitwirkung vieler Betroffener angewiesen. Diese sind als Personen autonom und haben jeweils unterschiedliche Interessen“ (Loos, 1992: 92f).

- Beide arbeiten im Spannungsfeld von Personenbezug und Strukturbezug: OE und BGF sind umfassende aber unscharf abgegrenzte Handlungskonzepte. Manchmal ist das menschliche Verhalten im Vordergrund, manchmal die Verhältnisse, die aus diesem Verhalten entstehen oder die dieses Verhalten hervorrufen. [...] OE und BGF bewegen sich immer auf beiden konzeptionellen Ebenen.
- Eine weitere Gemeinsamkeit zeigt sich im Gegenstand der Intervention und im methodischen Vorgehen: BGF als OE beschäftigt sich mit Konventionen, Strukturen und Regeln einer Organisation, die wirksam und häufig nicht oder nur ungenügend öffentlich diskutiert werden.
- OE und BGF stellen sich konträr zu der in den Unternehmen oft weit verbreiteten fatalistischen Haltung und sie sehen keinen Widerspruch zwischen Produktivität und Menschlichkeit.

4.6.10 Unterschiede von OE und BGF

Trotz vieler Gemeinsamkeiten von OE und BGF gibt es auch einige Unterschiede BGF (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 132):

- „Inhalte: Während die BGF stark durch die Themeninhalte (Gesundheit und Krankheit) bestimmt ist, ist die OE nicht vordringlich inhaltlich bestimmt (OE kann sich auf betriebliche Verfahrensweisen z.B. Sitzungsgestaltung, auf betriebliche Veränderungen wie Unternehmensfusion oder auf Fragen der Qualitätssicherung beziehen (Loos, 1992: 94).
- Zielperspektive: Verbunden mit der thematischen Ausrichtung ist die Eingrenzung der Zielperspektive. BGF-Ziele beziehen sich auf die Verbesserung der Gesundheit und die Reduzierung von Fehlzeiten, die Ziele der OE sind weiter gefasst und teilweise erst im OE-Prozess zu entwickeln.
- Implementierungs- und Analysestrategie: Obgleich es im methodischen Vorgehen viele Überschneidungen gibt, unterscheidet sich BGF von der OE durch eine relativ klar festgelegte Implementierungsstrategie: Der Aufbau eines Steuerkreises, die Abfolge bestimmter Analyseschritte und häufig auch die Einführung von Gesundheitszirkeln sind feste Bestandteile dieser Strategie. Die OE bedient sich hier zwar ähnlicher Instrumente, allerdings ist ihre Abfolge und der Einsatz des Einzelinstruments variabler.“

4.7 Die Vision einer gesunden Organisation

Organisationen sind kooperative Systeme, die ebenso wie technische Systeme permanent gewartet werden müssen. Dabei stellen Bildung, Wissen und Gesundheit der Beschäftigten für den nachhaltigen Erfolg eine zentrale Voraussetzung dar. Die dafür notwenige Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit hängen von der Motivation und Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter ab, deren Denken und Handeln hauptsächlich vom Wohlbefinden und von der Gesundheit beeinflusst wird. Arbeit ist mehr als nur der Einsatz physischer Kräfte oder kognitiver Fähigkeiten, weshalb das Arbeitsverhalten als Ausdruck des ganzen Individuums zu akzeptieren ist (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 31ff.).

Als zentrales Problemfeld sieht die Kommission in Zukunft nicht mehr die Mensch-Maschine-Schnittstelle, sondern insbesondere die Mensch-Mensch-Maschine-Schnittstelle: in der Qualität der Menschenführung, Unternehmenskultur und zwischenmenschlichen Beziehungen. Aus diesem Grund lautet ihre Vision: „Gesunde Arbeit in gesunden Organisationen“ (Expertenkommission, 2004: 38). Ziel einer gesundheitsorientierten Gestaltung von Organisations- und Arbeitsbedingungen ist schon lange nicht mehr nur die Vermeidung von Unfallrisiken, die Bekämpfung von Absentismus und Präsentismus, sondern auch die Förderung von Wohlbefinden und physischer Fitness durch Investitionen in das Sozial- und Humankapital (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 47). Dieses, mittlerer weile gut fundierte Wissen über den Einfluss der Arbeitsbedingungen, der Arbeitstätigkeit und der Arbeitsumgebung auf die Entstehung von Krankheiten, wird in der Praxis der BGF nicht ausreichend umgesetzt. Nach Sigrist et al. (2003) lassen sich die gesundheitsgefahren in vier Gruppen von Einflussfaktoren gliedern (Expertenkommission, 2004: 66ff.):

- Chemische, biologische und physikalische Umwelteinflüsse
- Körperliche Arbeitsgestaltung
- Arbeitszeitbedingte Belastungen
- Psychosoziale Arbeitsbelastungen

4.7.1 Arbeitsbedingungen und Gesundheit

In der Arbeitspsychologie wird darauf hingewiesen, dass hohe Anforderungen an:

- eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden,
- verbunden mit Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation,
- großen Tätigkeitsspielräumen
- und vollständigen Aufgaben,

als wesentliche Merkmale für eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung angesehen werden. (Ulich, Wülser, 2009: 77ff.).
Diese arbeitspsychologischen Grundannahmen werden unter anderen mit den Wirkungshypothesen des Demand / Control-Modell von Karasek (1979) und dem Konzept Anforderung / Belastung erklärt.

4.7.1.1 Demand / Control-Modell

Dieses Modell geht davon aus, dass sich Arbeitstätigkeiten mittels einer Kombination zweier tätigkeitsspezifischer Dimensionen beschreiben lassen. Karasek nimmt an, dass ein hoher Entscheidungsspielraum („control“: Entscheidungsverantwortung, Qualitätsmerkmale) gesundheitsförderlich wirkt und dass psychische Belastungen („demands“: Zeitdruck, Arbeitsmenge, widersprüchliche Anforderungen) Fehlbeanspruchungen und negative gesundheitliche Folgen nach sich ziehen. Aus dieser Modellannahme ergibt sich, dass (vgl. Ulich, Wülser, 2009: 78-79):

- der Entscheidungsspielraum in jedem Fall hoch sein sollte,
- dass Belastungen dann schädlich sind, wenn nur ein geringer Entscheidungsspielraum besteht
- und Belastungen bei hohem Entscheidungsspielraum sogar erhöht werden können, um Aktivitäten zu schaffen.

Die Hypothese, dass Tätigkeiten mit niedrigem Entscheidungsspielraum und hohen Belastungen besonders gesundheitsschädlich sind und zu vermindertem Wohlbefinden, geringerer Arbeitszufriedenheit und erhöhtem Burnout führen, wird tendenziell bestätigt. Hingegen erhält die „Lern- und Entwicklungshypothese“ (d.h. ein hoher Entscheidungsspielraum bei gleich-

zeitiger hoher Belastung ist mit erhöhter Lernmotivation und aktivem Freizeitverhalten verbunden) bisher wenig Unterstützung (Ulich, Wülser, 2009: 80).

4.7.1.2 Anforderungs- / Belastungskonzept

In diesem Konzept werden die Anforderungen und Belastungen als voneinander unabhängige Dimensionen verstanden, d.h. dass die Höhe der Anforderungen nichts über die Belastungshöhe aussagt. Geringe bzw. hohe Belastungen können sowohl bei stark vorstrukturierten Tätigkeiten als auch bei anspruchsvoller Arbeit auftreten(Tab. 25) (Ulich, Wülser, 2009: 82).

Tab. 25: Überblick über psychische Belastungen und Anforderungen nach Oesterreich (1999a: 144) (Quelle: Ulich, Wülser, 2009: 82)

Psychische Anforderungen		
Entscheidungsanforderungen: • Entscheidungsspielraum • Zeitbezogene Entscheidungen • Strukturbezogene Entscheidungen	Kooperationsanforderungen: • Betriebsintern mit Kollegen • Betriebsintern in der Gruppe • Betriebsextern	
Psychische Belastungen		
Zusatzaufwand: • Informatorische Erschwerungen • Manuelle / motorische Erschwerungen • Unterbrechungen	Monotone Bedingungen: • Routinetätigkeit • Bei langen Phasen ohne Eingriffserfordernis	Zeitdruck: • Kontinuierlich enge Zeitvorgabe • Diskontinuierlich durch Endtermine

Mit diesem Konzept sind folgende Aussagen verbunden:

- „Höhere psychische Anforderungen in der Arbeit sind nützlich, weil sie positive Aspekte der Gesundheit fördern. Die Höhe der Anforderungen beeinflusst aber nicht negative Aspekte der Gesundheit, d.h. Gesundheitsrisiken.
- Höhere psychische Belastungen in der Arbeit sind schädlich, weil sie Gesundheitsrisiken erhöhen. Die Höhe der Belastungen beeinflusst aber nicht positive Aspekte der Gesundheit“ (Oesterreich, 1999a: 142).

Beide Konzepte finden eine Übereinstimmung, wenn es darum geht, hohe Arbeitsanforderungen zu meistern, in der Vermeidung von psychischen Belastungen und der Erweiterung von Entscheidungsspielräumen (Oesterreich, 1999a: 171).

4.7.2 Arbeitsverhalten

Nach dem Sozialpsychologischem Grundmodell von Badura (1977) liegen im Zusammenhang von Arbeitswelt und Gesundheit enge Wechselwirkungen zwischen Umwelt (Familie, Arbeit, Freizeit), Person (Kognition, Motivation, Biologie) und dem Verhalten (Problemlösung, Gefühlsregulierung, Sozial- und Beziehungsverhalten). „Im Kern geht es um ein Verständnis gesundheitsförderlicher Situationsbewältigung, d.h. um die Erschließung gesundheitsförderlicher Potentiale bei den Mitarbeitern, in ihrer unmittelbaren Arbeitswelt und in der gesamten Organisation. Das Arbeitsverhalten, welches ein hochkreativer Prozess ist, muss dabei als ein ganzheitlich zu begreifendes, gleichermaßen physisches und soziales Geschehen begriffen werden.“ (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 28).

4.7.3 Arbeitsbedingungen

Zu den fördernden Bedingungen gehört, dass wir ziemlich genau wissen, welche Merkmale eine Arbeitssituation aufweist, die die Gesundheit nicht schädigt, sondert fördert. Eine Arbeitssituation ist gesundheitsförderlich und dient zugleich auch dem Wohlbefinden und der Zufriedenheit der Beschäftigten, wenn (Expertenkommission, 2004: 39):

- sie technisch sicher und nach ergonomischen Erkenntnissen gestaltet ist,
- sie lernförderlich ist und eine persönliche Entwicklungsperspektive bietet,
- ihre Zusammenhänge im Betriebsablauf transparent sind,
- Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume gegeben sind,
- Routine, Kreativität und Motorik angemessen gefordert werden,
- materielle und immaterielle Anreize vorhersehbar sind und als gerecht empfunden werden,
- sie in einem Klima von Respekt und gegenseitiger Unterstützung verrichtet werden kann,
- gesundheitsrelevante Daten erfasst und für die Optimierung genutzt werden.

4.7.4 Arbeitssituation

Um eine gesundheitsförderliche Arbeitssituation herzustellen, sollten nach Meinung der Expertenkommission die folgenden Interventionsfelder berücksichtigt werden (Expertenkommission, 2004: 40):

- Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung: menschengerechte und sichere Arbeitsgestaltung unter Berücksichtigung der individuellen Konstitution, sichere und ergonomisch gestaltete Arbeitsmittel etc.
- Arbeitsorganisation: Transparenz der Arbeitsabläufe; Arbeitsanreicherung durch Integration von planenden, ausführenden, steuernden und kontrollierenden Tätigkeiten, d.h. Eröffnung bzw. Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Vermeidung störender Arbeitsunterbrechungen, Partizipation
- Arbeitszeit: Festlegung adäquater Arbeitszeiten und Ruhepausen, Anpassung der Rhythmen der Arbeit an die Potenziale der Beschäftigten; Vereinbarkeit der Arbeit mit dem Privatleben
- Sozialbeziehungen: offene und flache Kommunikationswege zu Kollegen und Vorgesetzten, transparente Verfahren der Konfliktlösung, transparente Anreizsysteme (Entlohnung, Weiterbildung, Aufstieg) und soziale Anerkennung, Vertrauenskultur.
- Individuelle Anpassung und Förderung: Qualifizierung für gegenwärtige und zukünftige Tätigkeiten, zielorientierte Maßnahmen des Trainings, individuelle Gesundheitsförderung, Einführung in die Arbeitsaufgaben
- Unterstützendes Umfeld beim Umgang mit Gesundheit und Krankheit: Beschwerden an- und ernst nehmen; Unterstützung bei Problemen der „Work-Life-Balance“ (Vereinbarkeit von Beruf und Familie / Privatleben), Beratungseinrichtungen, Sozialdienste etc.

Badura et al. (1999: 30) fassen die Kausalannahmen über den Einfluss der Arbeitssituation auf die Gesundheit der Mitarbeiter folgender Massen zusammen (Tab. 26):

Tab. 26: Gesundheitsrelevante Einflüsse einer Organisation, zusammengefasst von Badura et al. (1999)

Arbeitsorganisation	**Arbeitsbedingungen**	**Gesundheit**
• Aufbauorganisation • Ablauforganisation • Organisationskultur • Führungsstil • Personalstruktur • Programmstruktur • Qualifikationsprogramm	• Handlungsspielraum • Soziale Unterstützung • Arbeitsinhalt • Zeitdruck • Verantwortung • Betriebsklima • Arbeitsunterbrechungen	• Gesundheitsverhalten • Selbstvertrauen • Selbstwertgefühl • Psychisches Befinden • Krankenstand • Körperliche Funktionseinschränkung • Morbidität

4.7.5 Organisationspathologien

Die Vision der „gesunden Organisation“ unterstellt somit, dass nicht nur Individuen sondern auch Unternehmen gesund bzw. krank sein können. So bezeichnet Badura et al. (2010: 48) ausgebrannte Mitarbeiter als Symptomträger einer ausgebrannten Organisation (Tab. 27). Diese „Pathologien“ werden vor allem dort vermutet, wo Fehlzeiten, Fluktuation, psychosomatische Beeinträchtigungen, Mobbing, Burnout oder innere Kündigungen stark verbreitet sind (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 48-49).

Tab. 27: Merkmale von „gesunden“ und „ungesunden“ Organisationen (Quelle: Badura, Ritter, Scherf, 1999: 30)

	Ungesunde Organisation	**Gesunde Organisation**
	Pathogene Merkmale	**Salutogene Merkmale**
Organisation	• Autoritärer Führungsstil • Steile Hierarchie • Misstrauenskultur • Intransparenz von Entscheidungen • Geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume • Hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung • Hochfragmentierte Arbeitsabläufe • Keine / unzureichende Weiterbildungsmöglichkeiten	• Partizipativer Führungsstil • Flache Hierarchie • Vertrauenskultur • Transparenz von Entscheidungen • Prozessorientierte Arbeitsorganisation • Teamarbeit • Weiterbildungsmöglichkeiten • Institutionalisierte Gesundheitsförderung
Person	• Verbreitete Hilflosigkeits-Angstgefühle • Niedriges Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Geringe Arbeitszufriedenheit • Geringe Motivation • Innere Kündigung • Soziale Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet • Schlechte körperliche Gesundheit	• Psychosoziales Wohlbefinden(wenig Angst / Hilflosigkeit • Hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Hohe Arbeitszufriedenheit • Hohe Motivation • Hohe Bindung an Unternehmen • Soziale Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet • Management-Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet • Gute körperliche Gesundheit
Verhalten	• Absentismus hoch • Hohe Fluktuation • Geringe Flexibilität, Innovationsbereitschaft • Individuelles Konkurrenzstreben • Hoher Genussmittelkonsum • Riskanter Lebensstil	• Hohe Anwesenheitsquote • Niedrige Fluktuation • Hohe Flexibilität und Innovationsbereitschaft • Gegenseitige Unterstützung • Geringer Genussmittelkonsum • Gesundheitsförderlicher Lebensstil
	Pathogene Merkmale	**Salutogene Merkmale**

4.7.6 Gesunde Führung

Die Erfolgreiche Umsetzung von BGF ist immer abhängig von einem gesundheitsorientierten Führungsverhalten. Führungskräfte bestimmen das Kommunikations- und Kooperationsverhalten und die Kultur des Unternehmens (Ulich, Wülser, 2009: 269). Sie haben in Sachen Gesundheit, Wohlbefinden und gesundheitsbewusstem Verhalten, ob sie es wollen oder nicht, eine gewisse Vorbildfunktion und tragen dafür auch eine besondere Verantwortung. Entscheidend ist auch, wie die Vorgesetzten mit ihrer eigenen Gesundheit umgehen und wie gut oder schlecht sie für dieses Thema qualifiziert sind. Sie sind wesentlich mitverantwortlich dafür, ob ein Klima der gegenseitigen Unterstützung und des Vertrauens entsteht oder ein Klima des Misstrauens und gegenseitiger Rivalität entwickelt wird, bzw. eine gemeinsame Identifikation mit dem Team / Organisation entsteht oder nicht. In jedem Fall ist die Beziehung zwischen den Führungskräften und den Mitarbeitern von wichtiger Bedeutung für die Gesundheit, weil damit wahrgenommene Anerkennung oder Ablehnung, Belohnung oder Bestrafung, Förderung oder Zurücksetzung eng verbunden ist (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 52-53).

4.7.7 Unternehmenskultur

Es wird vermehrt von den Autoren darauf hingewiesen, dass die Unternehmenskultur einen wesentlichen Einfluss auf die betriebliche Gesundheit hat, da sie maßgeblich das Betriebsklima und Sozialverhalten der Beschäftigten beeinflusst (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 35). Die Kultur eines Unternehmens stellt die grundlegende Gesamtheit gemeinsamer Wert- und Normvorstellungen sowie geteilter Denk-, Problemlösungs- und Verhaltensmuster dar, durch die das Handeln in Organisationen indirekt koordiniert wird (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2009: 58).

4.7.7.1 Definition

„Unternehmenskultur kann in Anlehnung an Schein (1990) definiert werden als ein Muster von grundlegenden Annahmen (Zimolong, Elke, Bierhoff, 2009: 59):

- das von einer Gruppe entdeckt, entwickelt und gelebt wird,
- um die Probleme der Anpassung an die Anforderungen aus den in- und externen Umwelten zu lösen,

- das sich zur Problembewältigung bewährt hat und deshalb
- an neue Mitglieder weitergegeben wird als
- die korrekte Art und Weise Dinge wahrzunehmen, zu denken und zu fühlen“

Nach Meinung von „Kulturexperten“ erfüllt eine gesunde Unternehmenskultur folgende Funktionen(Badura, Ritter, Scherf 1999: 147):

- Identifikationsfunktion: Vermittlung von sinnstiftenden Normen und Werten, Schaffung von „Wir-Gefühl“
- Integrationsfunktion: eine gemeinsame Kultur erleichtert die Verständigung und trägt somit zur leichteren Bearbeitung unternehmensinterner Konflikte bei
- Koordinationsfunktion: Kultur wirkt handlungsorientierend (der einzelne weiß, vermittelt über Werte und Normen, worauf es ankommt)
- Motivationsfunktion: Eine tragende, starke Kultur wirkt motivationsfördernd
- Entwicklungsfunktion: Lernprozesse sind prinzipiell offen zu gestalten und fördern deshalb solche ebenso wie Entwicklungspotentiale beim Unternehmen und bei seinen Beschäftigten

Die Ausprägung einer Unternehmenskultur ist in entscheidendem Maß für die Wirtschaftlichkeit eines Unternehmens und die persönliche Gesundheit seiner Beschäftigten verantwortlich. Folgende Elemente stellen nach Beyer et al. (1994) die Basis einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur dar (Badura, Ritter, Scherf 1999: 148):

- dezentrale Strukturen
- flache Hierarchien
- regelmäßige Mitarbeiterbefragungen
- partizipative Arbeitsformen
- flexible Arbeitszeitmodelle
- strategieunterstützende Personalentwicklung
- Unternehmensleitbild
- funktionierende Kommunikation
- kooperative und konstruktive Konfliktbewältigung

- Mitarbeiterkapitalbeteiligung
- partnerschaftlicher Umgang zwischen Unternehmensführung und Arbeitnehmervertretung

Die Unternehmenskulturforschung macht darauf aufmerksam, dass vor allem die so- genannten „weichen Faktoren“ bei der Entwicklung neuer Führungskonzepte zu berücksichtigen sind. Sie dienen sowohl den Unternehmenszielen als auch der Gesundheit der Mitarbeiter. (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 5). Diese vier weichen Faktoren (Personal „staff“, Fähigkeiten „skills, Stil „style“, übergeordnete Ziele „subordinate goals“) sind neben den drei harten Faktoren (Struktur, System, Strategie) nach dem 7S-Modell von McKinsey ganz entscheidende Faktoren für die Erzielung eines betriebswirtschaftlichen Erfolges (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 145).

5 Betriebliches Gesundheitsmanagement

5.1 Projektmanagement

Die Etablierung einer BGF beginnt oft in der Form eines Projektes (Ulich, Wülser, 2009: 117). Für BGF spielt das Projektmanagement insofern eine Rolle, weil es darum geht, ein neues Verfahren oder neue Maßnahmen erstmalig im Unternehmen einzuführen. Nach Gareis und Titscher (1992) wird ein Projekt definiert als: „eine zeitlich befristete Organisation zur Bewältigung komplexer Aufgaben bzw. Entscheidungen; dabei werden eigene, abgrenzbare Handlungszusammenhänge organisiert (Projektteams) und spezielle Verfahren (Projektmanagement-Techniken) angewandt. Projekte werden für Problemstellungen gewählt, um mittels der bestehenden Organisation [...] in effizienter Weise erfüllt werden zu können“ (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 50).
Ein Projektvorhaben wird dann als erfolgreich bezeichnet, wenn die Ergebnisse des BGF-Projektes in die bestehenden Managementsysteme Eingang finden und die zeitlich begrenzten Projekte keine „Insellösungen“ bleiben (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 50).

5.1.1 Leitfaden für ein BGF-Projekt

Für die erfolgreiche Durchführung eines BGF-Projektes gibt es einige Aspekte zu beachten, die unverzichtbar sind, unabhängig davon, dass man sich an den Rahmenbedingungen jedes Projektes anpassen muss. Badura et al. (1999: 132) empfehlen folgendes Drehbuch als Leitfaden, um ein systematisches ziel- und ergebnisorientiertes Vorgehen der BGF sicherzustellen. Grob lasst sich dieser Leitfaden in betriebspolitische Voraussetzungen, strukturelle Rahmenbedingungen und die Durchführung der vier Kernprozesse unterteilen (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 147):

Betriebspolitische Voraussetzungen:

- Formulierung einer klaren, inhaltlichen Zielsetzung:
    - Stärkung des Sozial- und Humankapitals
    - Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit
    - Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Abschluss schriftlicher Vereinbarungen
- Einrichtung eines Lenkungsausschusses
- Bereitstellung von Ressourcen

Strukturelle Rahmenbedingungen:

- Festlegung personeller Verantwortlichkeiten
- Qualifizierung von Experten und Führungskräften
- Beteiligung und Befähigung der Mitarbeiter
- Betriebliche Gesundheitsberichterstattung
- Internes Marketing

Durchführung der vier Kernprozesse, orientiert am PDCA-Zyklus:

- Diagnose
- Interventionsplanung
- Durchführung und Controlling von Maßnahmen
- Evaluation

5.1.2 Auftragserklärung

Ein wichtiger Schritt für einen erfolgreichen Start ist nach Janes et al. (2001) eine geeignete Auftragserklärung, um die Voraussetzungen und den gemeinsamen Kontext dieses Projektes zu klären. Folgende Checkliste soll für Beratende eine Orientierung geben (Subotitschet al., 2007, in Anlehnung an Alfred Janes et al. 2001: 43):

- Gegenstand des Projektes? Was soll / darf Thema des Projektes werden, was ausdrücklich nicht?
- Ziele des Projektes? Wenn das Projekt erfolgreich war, was ist dann anders? Was liegt dann vor? Was ist dann geschehen, was nicht?
- Erfolgskriterien des Projektes? Wer wird woran erkennen, dass das Projekt erfolgreich war? Welche Gewichtungen erhalten Beurteilungen jeweils?
- Wer ist der Auftraggeber des Projektes? Im Falle eines Auftraggebergremiums: wer vertritt das Auftraggebergremium gegenüber den Projektverantwortlichen?
- Wer trifft die projektbezogenen Entscheidungen?
- Welches ist das Zielsystem des Projektes?
- Wer sind die Projektverantwortlichen? Wer ist der Auftragnehmer?
- Welche Rolle übernehmen die Projektverantwortlichen? Welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind damit verbunden?
- Welche Spielregeln gelten zwischen Projektakteuren und Entscheidungsträgern im Betrieb? Wie wird der Informationsfluss gestaltet? Wie werden der Projektablauf und die Ergebnisse dokumentiert? Welche Verhaltensregeln werden für das Krisenmanagement während des Projekts benötigt?
- Welche Personalressourcen stehen dem Projektteam zu Verfügung? Welche zeitlichen Ressourcen stehen zu Verfügung? Wann ist das Projekt zu Ende?

5.1.3 Verlauf eines Projektmanagements:

Für den Projekterfolg ist die Einhaltung getroffener Vereinbarungen zu den Schlüsselfaktoren Qualität, Termine und Ressourcen, die sich wechselseitig beeinflussen, entscheidend. Im Folgenden wird ein idealtypischer Verlauf eines Projektmanagements in Anlehnung an Badura et al. (1999: 132) dargestellt:

Projektentwicklung und -vorbereitung:

1. Konzeptentwicklung:

- Entwurf eines Konzeptes für die Abstimmung mit den Auftraggebern inklusive Zielklärung
- Welche Hintergründe gibt es für dieses Vorhaben
- Wozu wird das Projekt durchgeführt, was soll erreicht werden und was sind die exakten Ziele
- Wie kann man feststellen ob das Ziel erreicht wurde
- Anhand welcher Kriterien kann der Erfolg gemessen werden

2. Auftrags-, Rollen-, und Ressourcenklärung:

- Klare Definitionen des Auftrags mit den Auftraggebern
- Klare Definition des Settings
- Genaue Festlegung der Aufgaben, Kompetenzen und der Verantwortung der beteiligten Akteure
- Festlegung, wer welche Ressourcen an welcher Stelle einbringt oder bereitstellt
- Vereinbarung eines verbindlichen Zeitplans
- Kooperationsvertrag, der die vorangegangenen Punkte enthält

3. Projektvorbereitung:

- Festlegung des endgültigen Projektdesigns und Ablaufplans
- Auswahl und Definition der Analyseeinheit
- Entwicklung, Anpassung, Bereitstellung der für die einzelnen Projektphasen / -schritte erforderlichen Instrumente
- Vorbereitung der erforderlichen Projektinfrastruktur

Realisierungsphase:

- Öffentlichkeitsarbeit, Informationsweitergabe an die Belegschaft
- Aufbau der Projektinfrastruktur, Konstituierung der erforderlichen Gremien etc.

1. Analysephase:

- Durchführung der Analyse und der Auswertung
- Präsentation und Diskussion der Ergebnisse vor der Belegschaft und der Steuerungsgruppe
- Auswahl von Organisationseinheiten mit Interventions- und Handlungsbedarf
- Ableitung von Konsequenzen, Handlungsbedarf etc. und Vereinbarung von Maßnahmen

2. Interventions- / Zielplanung

- Vorbereitung und Planung der Intervention, d.h. Interesse und Bereitschaft der Beteiligten / Betroffenen klären, inhaltliche und konzeptionelle Planung, Ressourcen- und ablaufplan, Einbindung der erforderlichen Experten, Konstituierung der erforderlichen Gremien

3. Intervention

- Durchführung der Intervention (Gesundheitszirkel, Workshops, Änderungen in der Ablauf- und Aufbauorganisation etc.)
- Je nach Maßnahme: Rückmeldung an zuständige Gremien, Evaluation etc.
- Maßnahmenplanung und -controlling, soweit daraus neue Maßnahmen abgeleitet bzw. erforderlich werden, erfolgt die Festlegung, wer die Implementierung der Projektergebnisse überwacht und verantwortet
- Präsentation der Interventions- / Arbeitsergebnisse

4. Evaluation:

- Entwicklung, Anpassung, Bereitstellung der erforderlichen Evaluationsinstrumente
- Festlegung von Zielerreichungs- / Bewertungskriterien
- Durchführung der Evaluation
- Auswertung, Soll-Ist-Vergleich und Berichterstellung
- Präsentation der Ergebnisse vor Geschäftsführung, Betriebsrat und Belegschaft inklusive Formulierung von Optimierungs-, Handlungs- und Korrekturbedarf.

Abschlussphase:

- Reflexion des Gesamtprozesses und der Perspektive, wie es weitergehen soll
- Stabilisierung des Systems für die Zeit nach dem Projekt (Implementierung eines permanenten Systems, z.B. Schaffung von Strukturen, Qualifizierungsmaßnahmen)
- Falls zeitlich befristet: offizieller Projektabschluss und Abschied sowie Entlastung der Projektakteure

5.2 Betriebliche Gesundheitsförderung als Managementprozess

BGF ist ein sehr komplexes Vorhaben, das eines durchschaubaren, zielgerichteten und systematischen Vorgehens bedarf. Für die erfolgreiche Durchführung wird auf Managementprozesse zurückgegriffen, was allerdings nicht bedeutet, dass auf Unternehmen neue Aufgaben zukommen oder ein zusätzliches Managementkonzept eingeführt wird. Vielmehr geht es darum, die Prävention und Gesundheitsförderung in bestehende Managementsysteme zu integrieren, um die Prozesse systematisch zu verbinden und zu entwickeln (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 47). Bei diesem Vorhaben geht es auch nicht darum, Neuerungen zu kreieren, sondern auf bewährte Strategien aus anderen Bereichen (Medizin, Public Health, Organisationswissenschaften usw.) zurückzugreifen und sie den Zielen, Aufgaben und Leistungen der BGF anzupassen. So betont das Total Quality Management (TQM) besonders die Notwendigkeit kontinuierlicher Qualitätsanstrengungen, von dessen Ansatz die Idee der „Gesunden Organisation“ inspiriert wird. Ein entscheidender Faktor für den Erfolg von BGF ist, ob das wissenschaftliche Wissen in den Betrieben akzeptiert sowie verarbeitet wird. Der Erfolg wird sich dann einstellen, wenn es mit dem gesundheitsrelevanten betriebsinternen Wissen ausreichend verknüpft wird (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 21).
Badura et al. (1999: 43) führt u.a. folgende Konzepte der Betriebswissenschaften an, die in der BGF als Ansatz dienen:

- Denming-Zyklus: Darin wird hergeleitet, wie aus der Bedarfsplanung und Prioritätensetzung eine Maßnahmenauswahl, Durchführung und Evaluation erfolgt. Diese Vorgehensweise wurde in den USA von Public Health-Experten auf die Gesundheitsplanung übertragen, was dem so genannten Lernzyklus entspricht.
- TQM: Mitarbeiterführung und -förderung spielen hier so wie in der BGF eine herausragende Rolle, wenn es um die Umsetzung von Ideen in alltägliche Handlungen der Beschäf-

tigten geht. Ebenso spielen die Experten dabei die Rolle von Beratern und Koordinatoren, welche die Aufgabe haben den Entwicklungsprozess anzustoßen, zu begleiten und zu moderieren.

- Qualitätszirkel: In Gesundheitszirkeln wird ebenso wie in Qualitätszirkeln versucht, die Mitarbeiter selbst zu Problemen und möglichen Lösungen zu befragen. Gerade da, wo Erfahrungswissen der Mitarbeiter ebenso wichtig ist wie das Expertenwissen der Organisation und die Akzeptanz aller Beteiligten eine Voraussetzung ist, spielt offensichtlich die Partizipation eine wichtige Rolle. Experten der BGF, die nicht das Erfahrungswissen der Mitarbeiter heranziehen, werden scheitern. Aus diesem Grund hat sich der Gesundheitszirkel auch als ein sehr erfolgreiches Instrument erwiesen.

Avedis Donabedian, ein US-amerikanischer Public Health-Experte unterscheidet drei grundlegende Qualitätsmerkmale medizinischer Dienste: ihre Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 45). Diese Qualitätsmerkmale (Abb. 15) dienen einem Leitfaden für die Realisierung der Vision einer „Gesunden Organisation“. Badura et al. (1999) plädieren bei diesem Vorhaben für die Förderung organisatorischer, sozialer und persönlicher Gesundheitspotentiale, für ein enges Zusammenwirken der Führungskräfte, der Beschäftigten und der internen sowie externen Gesundheitsexperten.

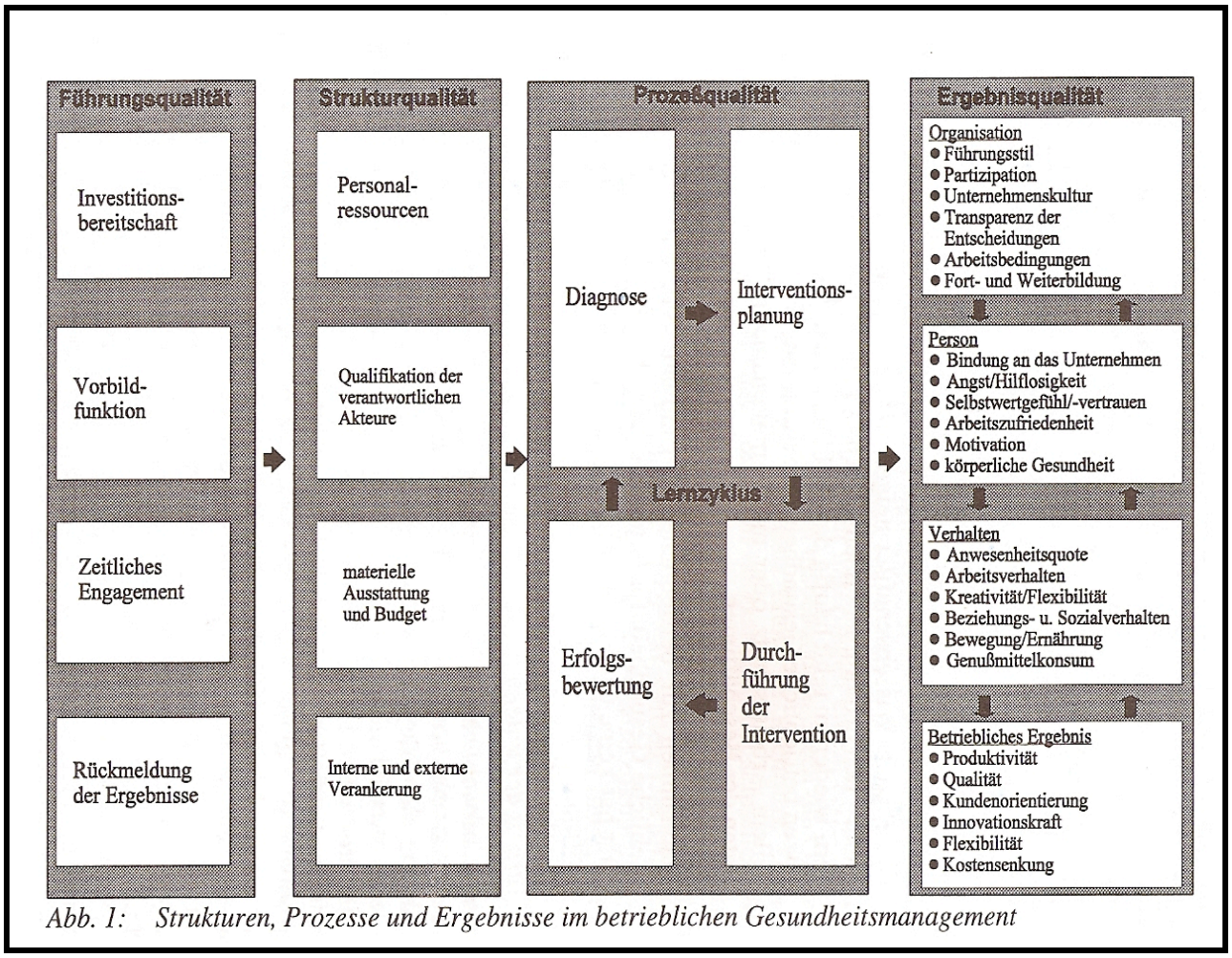


Abb. 1: Strukturen, Prozesse und Ergebnisse im betrieblichen Gesundheitsmanagement

Abb. 15: Abbildungsunterschrift (Quelle: Badura, Ritter, Scherf, 1999: 20)

5.3 Interventionsinstrumente

Für die richtige Auswahl von Instrumenten, die in der BGF zum Einsatz kommen sollen, nennt Bamberg et al. (1998: 135) folgende Voraussetzungen und Merkmale, die es dabei zu berücksichtigen gibt:

- Die Größe und Branchenzugehörigkeit des Betriebes
- Der technologische Entwicklungsstand des Unternehmens
- Die Struktur der Arbeitstätigkeiten
- Die bereits vorhandenen innerbetrieblichen Strukturen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung
- Die vorhandenen gesundheitlichen Risikofaktoren und Ressourcen
- Die Zielgruppe der Interventionen

Auf Grund der Unterschiedlichkeit und Möglichkeiten von Interventionen in der BGF ist eine Systematisierung der Strategien konzeptionell wichtig. Dabei wird in der Literatur häufig

- zwischen Personen- und bedingungsbezogenen bzw. verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionsstrategien unterschieden,
- hinsichtlich ihres Wirkungsgrades in primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen eine Unterscheidung vorgenommen,
- in Bezug auf Maßnahmen der Arbeitsgestaltung in korrektive, präventive und prospektive Strategien unterschieden
- und die Interventionsstrategien hinsichtlich ihrer Bewegungsrichtung innerhalb der Organisation in Top-Down und Bottom-Up Strategien differenziert (Bamberg, Ducki, Metz, 1998: 137ff.)

Nach Ulich et al. (2009: 120) lassen sich die Instrumente der BGF idealtypisch in verschiedenen Phasen ordnen (Abb. 16).

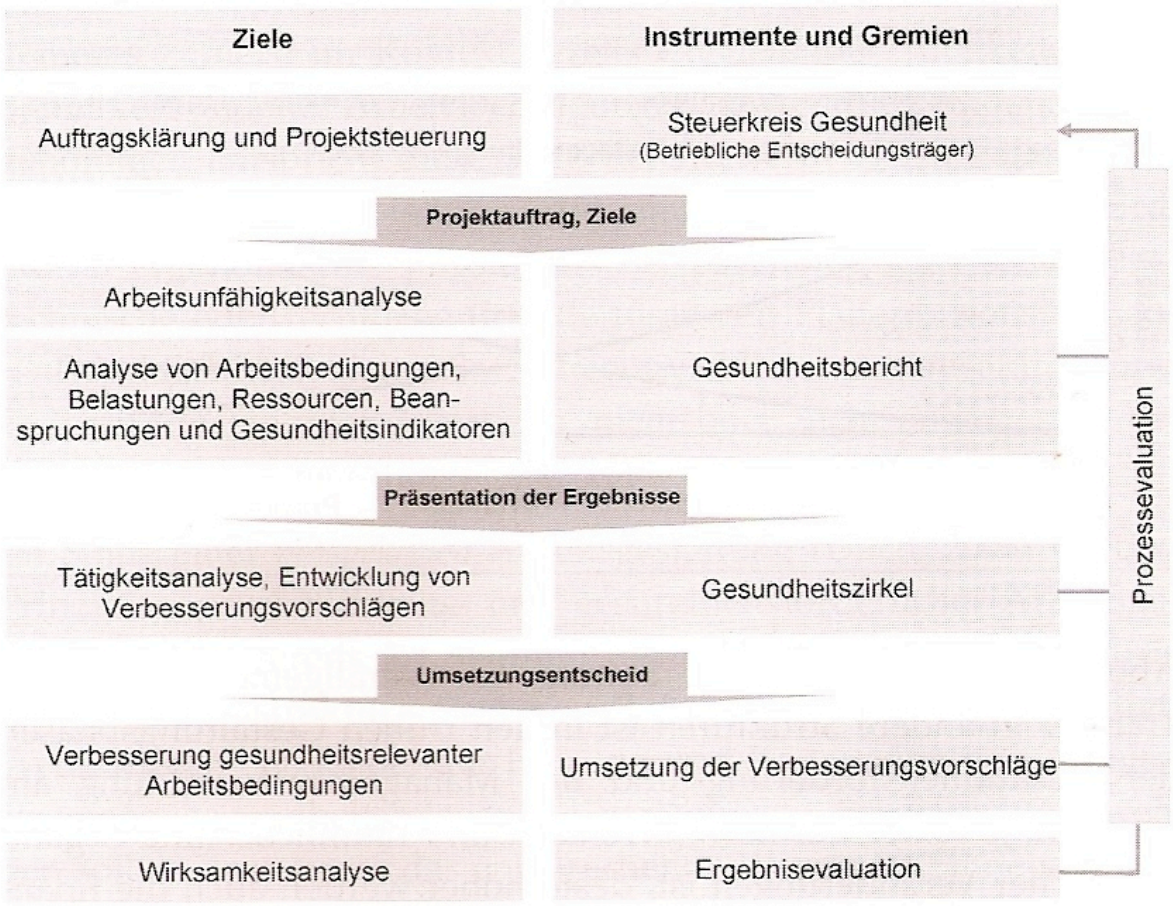


Abb. 16: Phasen und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Quelle: Ulich et al. 2009: 120 in Anlehnung an Sochert 1998)

5.4 Instrumente der BGF

5.4.1 Diagnose

Diagnose bedeutet die systematische Erfassung des Ist-Zustandes. Sie ermöglicht die Erfassung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten und möglicher Einflussgrößen mit unterschiedlichen Methoden und Instrumenten (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 156). Darunter wird eine entscheidungsorientierte Beobachtung und Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und der darauf zielenden Leistungen verstanden (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 83). Die-

se geschützten Daten sind die Grundlage für die nachfolgenden Interventionen und liefern die Basis für eine spätere Evaluation (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 156).

5.4.2 Interventionsplanung

„In der Abhängigkeit von den datengeschützten Organisationsdiagnosen, den Erwartungen der Mitarbeiter und unter Berücksichtigung der allgemeinen Unternehmensziele sind im Rahmen der Interventionsplanung (strategisch und operativ) messbare, organisations- und personenbezogene Ziele in der BGF zu definieren, sowie gesundheitsförderliche Projekte zur Zielerreichung konzeptionell vorzubereiten und zu planen.“ (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 158).

5.4.3 Interventionsdurchführung

„Die Steuerung der Intervention soll die Aktivitäten in Richtung der festgelegten Teil- und Gesamtziele voranbringen. Dabei sollten einzelne Maßnahmen miteinander vernetzt werden, um so gemeinsame Anstrengungen besser bündeln zu können. Ebenso ist die laufende Reflexion über den Verlauf und erzielte (Miss-) Erfolge für die Akzeptanz im Management und bei den Beschäftigten wichtig.“ (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 103).

5.4.4 Evaluation

Die Evaluation oder Erfolgsbewertung ist das zentrale Element der BGF (Badura, Ritter, Scherf, 1999: 112), welche auf die Überprüfung der Ergebnisqualität und der Einhaltung von Standards als Voraussetzung für gute Ergebnisse abzielt. Erst durch eine fundierte Erfolgsbewertung können aus Strukturen und Prozessen der BGF „lernende Systeme“ entstehen. Diese Systeme erhalten regelmäßig ihre Informationen aus dem Feedback über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz der durchgeführten Maßnahmen und Programme (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 160). Bei der Beurteilung der Qualität und der Effekte der BGF kann man sich an dem Modell von Donabedian (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) orientieren. Im Wesentlichen werden drei Formen der Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung unterschieden, die in der folgenden Tabelle mit praktikablen Instrumenten angeführt werden (Tab. 28):

Tab. 28: Evaluationsebenen, Bezugspunkte sowie praktikable Instrumente (Quelle: Badura, Ritter, Scherf 1999: 114–115)

Evaluationsebene	Bezugspunkte	Fragestellung im Betrieb	Mögliche Instrumente
Strukturevaluation	Beurteilt Ergebnisse und Erkenntnisse über den Einfluss der Maßnahmen auf spezielle Organisationsstrukturen	„Gibt es nach den Maßnahmen gesundheitsförderliche Strukturen im Betrieb?“ (z. B. Weiterbildung zum Thema „Gesundheit“ oder auch Hebe- und Tragehilfen) „Wie weit hat sich z. B. die geplante Verbesserung der Kommunikations- und Führungsstrukturen eingestellt?	• Mitarbeiterbefragung nach Maßnahmen • Mitarbeiterbefragung nach Belastungen / Beschwerden bei nächstem Zyklus • Neue Organigramme
Prozessevaluation	Findet bereits während des Gesundheitsmanagements als „Teilcontrolling“ statt, wodurch ggf. über Veränderungen oder Beibehaltung von Maßnahmen entschieden werden kann	„Mit welchen Interventionsmaßnahmen (z. B. Zirkel, Rückenschule) haben sich zu einem bestimmten Zeitpunkt Erfolge oder auch Misserfolge unter welchem Aufwand eingestellt?“ „Welche Probleme gab es während der Durchführung von Maßnahmen?“	• Standardisierte Befragung der Teilnehmern von Maßnahmen durch Veranstaltern • Zwischenresümees bspw. in Zirkeln durch Moderatoren • Focusgruppen, die Umsetzungen in ihren Bereichen beurteilen
Ergebnisevaluation	Beurteilt die Wirksamkeit von Maßnahmen und berücksichtigt dabei das Ausmaß einer Zielerreichung (auch über Auswertungen von Zwischenbilanzen und Ergebnissen)	„Hat die Intervention die erwünschte Wirkung erbracht, haben sich bspw. Krankenstände verringert bzw. hat sich das Wohlbefinden der Beschäftigten verbessert?“ „Haben sich die Risikofaktoren vermindert?“	• Periodischer Gesundheitsbericht • Periodische Mitarbeiterbefragungen nach Belastungen / Beschwerden • Interne Fehlzeitenauswertung

Zwischen diesen Dimensionen bestehen gewisse Beziehungen zueinander. So wird die Prozessqualität im Wesentlichen von der Strukturqualität beeinflusst und die Ergebnisqualität wiederum von der Strukturqualität. Für den Erfolg einzelner Dimensionen sind einige qualitätsrelevante Kriterien entscheidend (Tab. 29) (Oppolzer, 2006: 34-35):

Tab. 29: Qualitätsrelevante Kriterien von betrieblichem Gesundheitsmanagement (Quelle: Oppolzer, 2006: 35)

Struktur-Kriterien	**Prozess-Kriterien**	**Ergebnis-Kriterien**
• Materielle, sachliche Ressourcen (Infrastruktur, Technik, Budget, etc.) • Personelle Ressourcen (Verantwortliche, Qualifikation, Position, etc.) • Organisationelle Ressourcen (Beteiligung, Kooperation, Vernetzung, etc.)	• Ermittlung des Handlungsbedarfs (Diagnose arbeitsbedingter Gefahren) • Planung / Abstimmung der Maßnahmen (Zusammenwirken der Experten / Beschäftigten) • Umsetzung der Maßnahmen(Einbeziehung aller Beteiligten) • Auswertung und Bewertung	• Erfassung der beabsichtigten Effekte: • Sicherheit in der Arbeit • Gesundheit, • Zufriedenheit, • Motivation, • Anwesenheit der Beschäftigten • Kriterien zur Beurteilung: • Effektivität (Grad der Zielerreichung • Effizienz (Wirtschaftlichkeitsgrad) • Akzeptanz (Erwartungskonformität) • Chancengleichheit / Gerechtigkeit

5.5 Geeignete Instrumente der BGF

Der BGF-Prozess erfüllt neben den einzelnen Prozessaufgaben zentrale Prinzipien der BGF, die durch Funktionen einzelner Instrumente sowie durch deren Kombination sichergestellt werden und so zur Entwicklung einer nachhaltigen Arbeitsqualität in flexiblen Arbeitsstrukturen beitragen. Die mehrperspektivische Analyse im BGF-Prozess stellt die Basis für planvolles und bedarfsgerechtes Handeln dar. (Evers et al., 2009: 28) In dieser Analysephase ist vor allem der Dialog mit den Mitarbeitern für die Entwicklung von Maßnahmen von zentraler Bedeutung. Sie erkennen als „Experten in eigener Sache“ ihre Arbeitsbedingungen am besten und verfügen diesbezüglich über die größte Erfahrung, die maßgeblich zum Erfolg von Veränderungsprozessen beiträgt. (Evers et al., 2009: 26) Allerdings ist zu berücksichtigen, dass ein offener Austausch über Belastungen und ein gesundheitssensibles Verhalten in der konkreten Arbeitssituation aufgebaute Vertrauensbeziehungen und eine entsprechende gesundheitssensible Organisationskultur voraussetzen. (Evers et al., 2009: 36) Dies kann durch vertrauensbildende und sensibilisierende Instrumente unterstützt werden.

Nachfolgend werden von Artec „Forschungszentrum Nachhaltigkeit“ (2009) geeignete Instrumente nach ihren Anwendungsmöglichkeiten auf verschiedenen Unternehmensebenen und für verschiedene Gruppen von Mitarbeitern dargestellt (Tab. 30, 31, 32) (Evers et al., 2009: 37):

Tab. 30: Zusammenfassung geeigneter Instrumente nach Ebenen (Quelle: Evers et al, 2009: 38)

Instrumenten-gruppe	**Strukturebnen**	**Prozessebene**	**Projektebene**
Analyse	• Mitarbeiterbefragung • Gesundheitszirkel • Integrierte Zirkelarbeit • Mitarbeitergespräch • AU-Auswertung • Anonyme Belastungsan-zeige	• Gesundheitszirkel • Integrierte Zirkelarbeit	• Gesundheitszirkel • Integrierte Zirkelarbeit • Anonyme Belastungsanzeige
Intervention	• Betriebsvereinbarung • Anonyme Belastungsan-zeige • Überlastungsanzeige	• Betriebsvereinbarung • Anonyme Belastungs-anzeige • Überlastungsanzeige	• Betriebsvereinbarung • Anonyme Belastungsanzeige • Überlastungsanzeige
Evaluation	• Mitarbeiterbefragung • Gesundheitszirkel • Integrierte Zirkelarbeit • Mitarbeitergespräch •	• Gesundheitszirkel • Integrierte Zirkelarbeit	• Gesundheitszirkel • Integrierte Zirkelarbeit
Koordination	• Arbeitskreis • Integrierter Arbeitskreis • Workshop	• Integrierter Arbeitskreis	• Integrierter Arbeitskreis

Tab. 31: Zusammenfassung geeigneter Instrumente nach Personen (Quelle: Evers et al., 2009: 39)

Instrumentengruppe	Beschäftigte	Außenmitarbeiter	Freier Mitarbeiter
Analyse	Mitarbeiterbefragung Gesundheitszirkel Integrierte Zirkelarbeit Mitarbeitergespräch Anonyme Belastungsanzeige Systematische Auswertung von Mitarbeitergesprächen	Mitarbeiterbefragung Gesundheitszirkel Integrierte Zirkelarbeit Mitarbeitergespräch Systematische Auswertung von Mitarbeitergesprächen	Gesundheitszirkel Integrierte Zirkelarbeit Mitarbeitergespräch
Intervention	Betriebsvereinbarung Anonyme Belastungsanzeige Überlastungsanzeige Bereitstellen von Informationsmaterial zur Ergonomie, Stressmanagement	Betriebsvereinbarung Anonyme Belastungsanzeige Überlastungsanzeige Bereitstellen von Informationsmaterial zur Ergonomie, Stressmanagement	Betriebsvereinbarung Anonyme Belastungsanzeige Überlastungsanzeige Bereitstellen von Informationsmaterial zur Ergonomie, Stressmanagement
Evaluation	Fokusgruppe Mitarbeiterbefragung Gesundheitszirkel Integrierte Zirkelarbeit Mitarbeitergespräch Systematische anonymisierte Auswertung von Mitarbeitergesprächen	Fokusgruppe Mitarbeiterbefragung Gesundheitszirkel Integrierte Zirkelarbeit Mitarbeitergespräch Systematische anonymisierte Auswertung von Mitarbeitergesprächen	Mitarbeiterbefragung Gesundheitszirkel Integrierte Zirkelarbeit Mitarbeitergespräch Systematische anonymisierte Auswertung von Mitarbeitergesprächen
Koordination	Integrierter Arbeitskreis	Integrierter Arbeitskreis	Integrierter Arbeitskreis

Tab. 32: Geeignete Managementinstrumente für nachhaltige Arbeitsqualität (Quelle: Evers et al., 2009: 62)

Instrumentengruppe	Strukturebene	Prozessebene	Projektebene
Führung Organisation	Betriebsvereinbarung	Betriebsvereinbarung	Betriebsvereinbarung
Strategie	SWOT-Analyse Balanced Scorecard	SWOT-Analyse Balanced Scorecard Customer Relationship Management (CRM)	SWOT-Analyse Balanced Scorecard
Personalmanagement	Mitarbeitergespräch	360° Feedback	Kompetenzprofiling Leistungsbeurteilung Mitarbeitergespräch Personalentwicklung
Contolling	Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse		Erweiterte Wirtschaftlichkeits -analyse
Prozessmanagement		Business Process Management Projektmanagement	Projektmanagement
Projektmanagement			Workflow- Management

„Egal, welcher Weg in die BGF gewählt wird, es muss auf jeden Fall darauf geachtet werden, dass in der Anfangsphase wichtige Akteure wie auch Mitarbeitende sensibilisiert werden und der Aufbau einer Vertrauensbasis gelingt. Ohne dass Mitarbeitende und Führungskräfte ein Gespür für die gesundheitlichen Wirkungen von Belastungen entwickeln und ohne dass sie die Gewissheit haben, dass ein offener Austausch keine beruflichen Nachteile für sie mit sich bringt, können auch die besten Instrumente kaum eine Wirkung entfalten.“ (Evers et al, 2009: 45).

5.6 Die Verankerung des Gesundheitsmanagements (GM) im Unternehmen

Das primäre Ziel der BGF sollte die Verankerung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen sein, indem Unternehmenskultur, Führung, Betriebsklima, Arbeitsbedingungen und Gesundheitsverhalten der Beschäftigten im Sinne einer ganzheitlichen Gesundheit beeinflusst wird, um die Nachhaltigkeit der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zu sichern.

Dieses Vorhaben ist ein umfassender Veränderungsprozess, der Zeit, Geld und Manpower verlangt (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 313).

Nach Oppolzer (2006: 19ff.) bezieht die Integration des GM das Gesundheitsthema in alle Aspekte und Überlegungen des Managements mit ein und verfolgt im Rahmen der betrieblichen Gesundheitspolitik im Sinne eines Human-Ressource-Managements das Ziel, die Gesundheit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. Um dieses Vorhaben zu erreichen, wurden inzwischen verschiedene Ansätze entwickelt, die über die Optimierung von Organisation und Leitung in einzelnen Unternehmensbereichen hinaus eine systematische Verbesserung der Managementfunktionen über alle Stufen der Wertschöpfungs- oder Leistungskette hinweg als kontinuierlichen Verbesserungsprozess anstrebt.

Für die Implementierung eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements müssen nach Badura et al. (2010: 275) folgende Aufgaben Berücksichtigung finden:

- Ein evidenzbasierter, kennzahlengestützter und leitliniengetriebener Verbesserungsprozess mit Anschluss und Integration z.B. in eine „Balanced Score Card“
- Integration der Gestaltungsfelder Technik-Human-Sozialkapital bzw. Technik, Organisation, Personal ergänzt durch Führung und Unternehmenskultur
- Integration der pathogenen und der salutogenen Sicht auf die Menschen und die Organisation unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen von jungen und älteren Mitarbeitern
- Integration von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen, nicht nur der Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte in verschiedene „Gefügeleistungen“ z.B. dem Gesundheitsbericht oder einem „Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) “
- Integration in den Alltag von bereits existierenden Managementsystemen, der Führungsarbeit und von Veränderungsprojekten.

Um den Vorgaben der Luxemburger Deklaration zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden gerecht zu werden und für eine Nachhaltigkeit von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Unternehmen zu sorgen, bedeutet dies, auf die Organisation bezogen, eine enorme Integrationsleistung:

- Kooperation verschiedener Akteure stiften,
- Gesundheit als fachliche und funktionale Querschnittsaufgabe praktizieren
- und (integrierte) Dienstleistungen für die Verantwortlichen in Führung und Leitung bieten.

Somit wird deutlich, dass die Implementierung von BGM ein sehr komplexes Unterfangen ist und „aus der Generik seiner ganzheitlichen Gesundheitsorientierung heraus integrierende Organisationsleistungen auf folgenden drei Dimensionen sachlich erforderlich macht und auf entsprechenden Entwicklungsstufen orientiert“ (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 276ff.):

5.6.1 BGM als Integrationsaufgabe

Für die Erstellung eines Gesundheitsberichts oder einer ganzheitlichen Gefährdungsbeurteilung braucht es für die Datenerhebung zumindest einer „Gefügeleistung“ verschiedenster Managementbereiche (M), um daraus angemessene Maßnahmen zur nachweislichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen ableiten zu können. Damit es aber zu einer temporären, berichtsbezogenen Zusammenarbeit einzelner Bereiche und Akteure kommt, bedarf es nicht nur eines Auftrages der Unternehmensleitung, sondern vor allem eines gemeinsamen Verständnisses und akzeptierten fachlichen Konzepts (Abb. 17) (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 277).

„Die Integrationsdimension „Arbeitssystementwicklung“ (A) erfordert die klare Aufgabe für jedes Veränderungsobjekt, nicht nur seine möglichen Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeiter und Führungskräfte abzuschätzen, sondern in erster Linie schon selbst im Laufe des Projektes gesundheitsförderliche Verbesserungen [...] zu entwickeln (Abb. 16) (Badura, Walter, Hehlmann 2010: 278).

„Die Integrationsdimension „Kernprozesse“ (K) umfasst mehr als nur die Vorstellung, dass ein robustes Unternehmen [...] seine internen und externen Dienstleistungen, so auch die BGM, auf die Unterstützung der wertschöpfenden Prozesse orientieren soll, sondern fokussiert vor allem auf die Rolle der Führungskräfte und Mitarbeiter im BGM-Prozess.“ So liegt das salutogene Führen und die alltägliche Achtsamkeit gegenüber Gefährdungen und Fehlbe-

lastungen nicht allein in der Verantwortung der Führungskräfte, sondern hängt gleichermaßen vom dazu passenden Verhalten aller Akteure und Mitarbeiter ab (Abb. 18) (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 279).

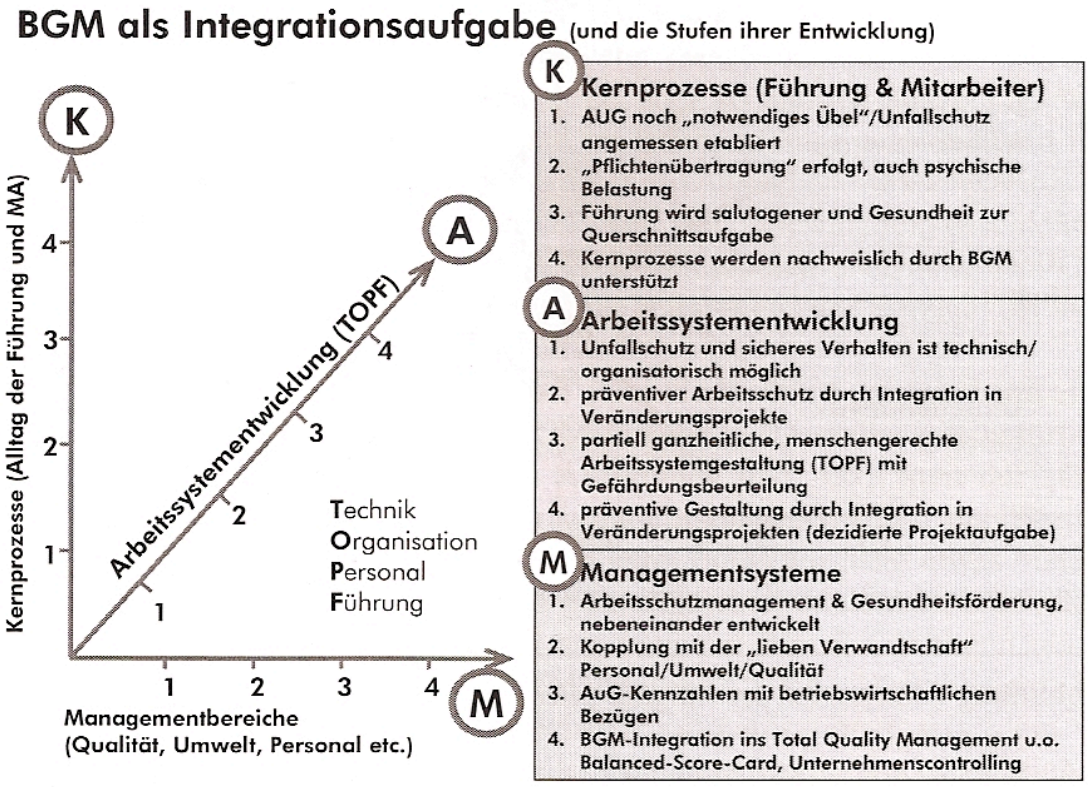


Abb. 17: BGM als Integrationsaufgabe und stufen ihrer Entwicklung (Quelle: Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 276)

Die Realisierung von BGM als eine integrierte Dienstleistung ist ein sehr schwieriges Unterfangen, da BGM immer ein kooperatives Gefüge verschiedenster Organisationseinheiten, engagierter Akteure und schließlich mehr oder minder aller Organisationsmitglieder ist (Abb. 18) (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 280).

BGM als integrierte Dienstleistung:

„Wenn BGM als ein geplanter Prozess organisationaler und damit auch sozialer Entwicklung verstanden wird, besteht die Chance, dass nicht nur direkt gesundheitsförderliche Dienstleistungen, Verhaltensweisen und Arbeitsbedingungen entstehen, sondern sich auch nachhaltig die Unternehmenskultur insgesamt positiv verändert. Nur auf diesem Weg kann BGM mit den Organisationszielen und Kontextbedingungen immer wieder in Einklang gebracht werden." (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 287).

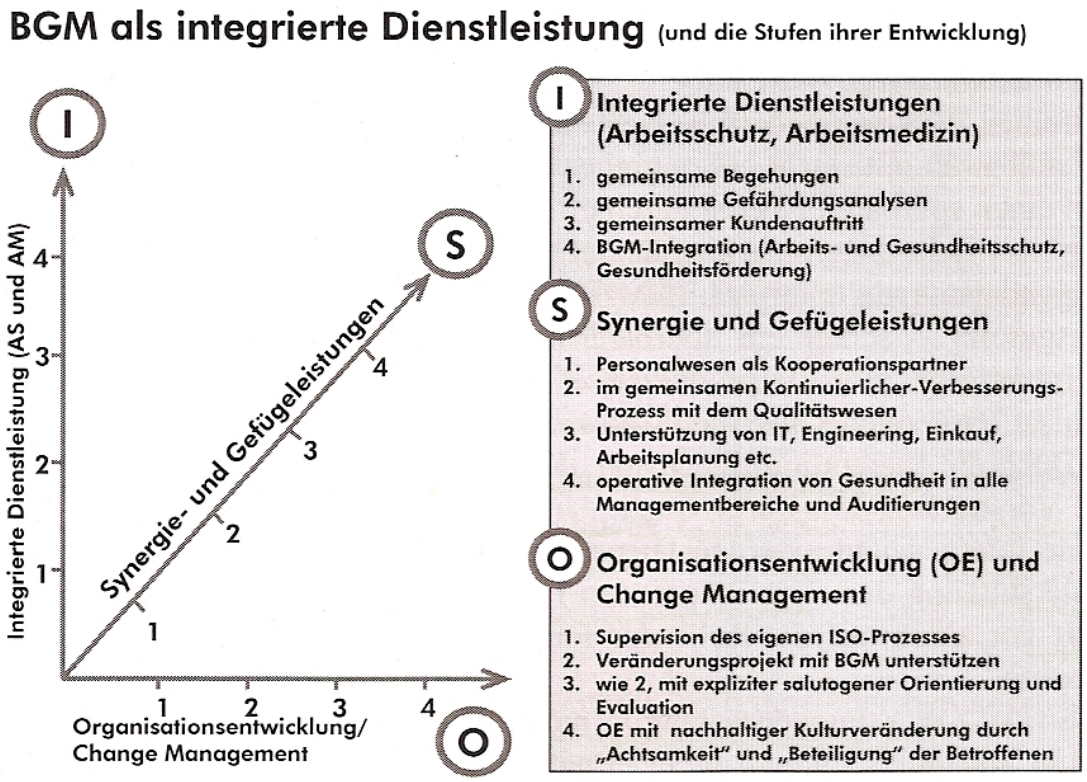


Abb. 18: BGM als integrierte Dienstleistung und stufen ihrer Entwicklung (Quelle: Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 280)

5.6.2 Kommunikation

Die interne Kommunikation spielt bei der Implementierung von BGM eine sehr entscheidende Rolle. So betonen Change-Management-Experten, dass „jede Veränderungsstrategie nur so gut wie das Konzept zu ihrer Kommunikation ist." Ziel einer jeden Kommunikationsstrategie muss es sein, Unterstützung, Vertrauen und Beteiligung der relevanten betrieblichen Zielgruppen zu erreichen. wozu es eine genaue Planung und eine entsprechende Auswahl von verlässlichen Partnern braucht. Durch kluge Informations- und Überzeugungsarbeit von Beginn an, können mit interner Kommunikation die Vorurteile, Klischees und Widerstände der Beschäftigten in Zustimmung umgemünzt werden. Für eine erfolgreiche Kommunikation ist folgendes zu berücksichtigen (Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 322):

- Die Kommunikation sollte in das Gesamtkonzept von BGM eingebunden werden.
- Die Kommunikation braucht klare Zuständigkeiten, geregelte Kommunikationswege und eine ausreichende Infrastruktur (personelle und finanzielle Ressourcen).
- Wichtiger als die mediale ist die persönliche Kommunikation (Gespräche, Veranstaltungen, Workshops, etc.).
- Führungskräfte haben eine Schlüsselrolle (sie geben mit Wertschätzung, Partizipation und Transparenz die Richtung für eine „gesunde" Kommunikation vor).
- Mitarbeiter müssen sich an der Kommunikation auch selbst beteiligen.
- Man braucht einen langen Atem, da sich die guten Absichten von BGM und ein Gesundheitsbewusstsein nicht von heute auf morgen aufbauen lassen.

5.6.3 Nutzen und Wirksamkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)

Mit der Aufwertung und Verbreitung der BGF und Krankheitsprävention kommt zunehmend die Frage auf, ob der erwartete bzw. unterstellte Nutzen nach den durchgeführten Maßnahmen tatsächlich zu erwarten ist, sodass sich die Investition in das Human- und Sozialkapital auch wirklich rechnet (Helmenstein et al., 2004: 1). Im Laufe der Entwicklung von BGF wurde die Forderung nach der Wirksamkeit, Effektivität, Effizienz und Qualität der angewandten Interventionen immer lauter. Anstoß zu diesen Überlegungen brachten finanzielle Aspekte der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen, der Druck die Ressourcen optimal zu nutzen, die Intransparenz des Marktes durch die ansteigende Zahl der Anbieter und Maßnahmen, die knappen Fördermittel und die Differenzierten Kenntnisse über die Effizienz und Effektivität der Maßnahmen (Engelmann, Halkow, 2009: 69). Damit das Thema BGF weiter an Aufschwung gewinnt und sich weiterentwickelt, bedarf es einer Evidenzbasierung, um auf betrieblicher und volkswirtschaftlicher Ebene den Nutzen dieser Interventionen zu belegen (Helmenstein et al., 2004: 7).

Die Schwierigkeit der Gesundheitsförderung besteht darin, dass es bisher nicht gelungen ist, angemessene Methoden für die Evidenzbasierung der Gesundheitsförderung ausfindig zu machen und die Ergebnisse systematisch bewertet zur Verfügung zu stellen (Engelmann, Halkow, 2009: 73). Hinderlich sind hier vor allem die mangelnde Anzahl, Zugänglichkeit und Qualität der bestehenden Berichte und somit einhergehend die fehlende Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit in entsprechenden Reviews (Engelmann, Halkow, 2009: 82).

Nach Dooris (2005) liegen diesem Problem mehrere konzeptionelle, praktische und methodische Schwierigkeiten des Setting-Ansatzes zugrunde (Engelmann, Halkow, 2009: 73):

- Unklare und unterschiedliche Auslegung des Setting-Ansatzes
- Unterschiedliche praktische Ausprägungen der Setting-Interventionen (meist weit entfernt von der Philosophie des Setting-Ansatzes)
- Fehlende Klarheit über Definition und Parameter von Settings und daraus resultierende Vielfalt unterschiedlicher Settings in Literatur und Praxis
- Methodische Schwierigkeiten der Evaluation komplexer systematischer Programme

In der Literatur herrscht inzwischen Konsens darüber, dass BGF-Maßnahmen einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhaltung und zum Wohlbefinden von Beschäftigten leisten, ebenso wie in der Fachliteratur Einigkeit darüber besteht, dass Krankheitskosten vermieden und krankheitsbedingte Fehlzeiten am Arbeitsplatz verringert werden (Sockoll et al., 2006: 63).

5.6.4 Ökonomischer Nutzen

Inzwischen belegt eine Vielzahl an wissenschaftlichen Studien, dass BGF-Maßnahmen neben positiven Gesundheitseffekten auch betriebswirtschaftliche Effekte bewirken können. Die Studien ergaben bei den Krankheitskosten ein Kosten-Nutzen-Verhältnis (ROI) von 1:2,3 bis 1:5,9 und bei den Einsparungen an Fehlzeiten ein Verhältnis von 1:2,5 bis 1:10,1. Anders gerechnet bedeutet das eine Verringerung von krankheitsbedingten Fehlzeiten im Schnitt um 26,8% und eine Reduktion der Krankheitskosten im Schnitt um 26,1% (Sockoll et al., 2006: 58)

Das Problem ökonomischer Analysen liegt darin, dass gesundheitsrelevante Auswirkungen oft nur schwer abschätzbar sind und der monetäre Nutzen nicht auf den ersten Blick erkennbar ist (Helmenstein et al., 2004: 2). Experten weisen immer wieder darauf hin, dass die üblicherweise verwendeten Kennzahlensysteme der Betriebe nicht ausreichen, um Ursachen und Ergebnisse betrieblicher Leistung, Stärken und Schwächen von Unternehmen sowie Chancen und Risiken für die Umwelt angemessen zu erfassen. Bei traditionellen Wirtschaftlichkeitsanalysen finden nur monetäre Auswirkungen beabsichtigter Investitionen Eingang in die Entscheidung. Im Zusammenhang mit der Frage nach der Bestimmung und Steuerung der Wirksamkeit und Effizienz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes

findet die Berücksichtigung indirekter, nicht monetärer Kosten durchaus ihre Berechtigung. In diesem Zusammenhang bekommen die so genannten „intangible assets“ (=Immaterieller Vermögensgegenstand) eine zentrale Bedeutung. Diese müssen nach Meinung von Experten in strategische Überlegungen des Unternehmens miteinbezogen werden und können mittels mehrdimensionaler Instrumente wie z.B. die „Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse (EWA)“ oder die „Balanced Scorecard“ erfasst werden (Ulich, Wülser, 2009: 195ff.). „Beides sind Instrumente, die durch ihre Anlage dem Einwand Rechnung tragen, dass traditionelle Kennzahlensysteme häufig vergangenheitsorientiert sind und dass Kosten und Leistung, Profit oder der Return on Investment (ROI) als alleinige, quantitative Größen in den betrieblichen Mess- und Bewertungssystemen nicht ausreichen.“ (Diefenbach, Vordank, 2003: 19).

5.6.5 Wirkung der BGF

Eine klare Antwort auf die Frage nach dem Ziel und der Wirkungserwartung von BGF ist, auf Grund der Komplexität und Vielfältigkeit der Interventionen, auf dem Ersten Blick nicht so einfach. Doch grundsätzlich kann festgehalten werden, dass letztendlich das Hauptziel die gesundheitsbezogene Wirksamkeit, im Sinne des Gesundheitsverständnisses der Ottawa-Charta, im Vordergrund der BGF-Überlegung steht (Engelmann, Halkow, 2009: 74). Im Folgenden wird ein Überblick über mögliche Effekte der BGF dargestellt (OENBGF, 2010b):

5.6.5.1 Nutzen aus der Sicht der Beschäftigten:

- Generell: Verringerung individueller gesundheitlicher Risikofaktoren
- Reduzierung der gesundheitlichen Risiken auch für das Auftreten chronischer Krankheiten und damit längerfristig für Frühinvalidität
- Verbesserung des individuellen Wohlbefindens
- Erweiterung der Fähigkeiten im Umgang mit Belastungen etc. (generell der Fähigkeit, mit spezifischen Problemen besser umzugehen)
- Erhöhung der Kompetenz der Beschäftigten in Gesundheitsfragen
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und Arbeitsmoral
- Erhöhung bzw. Sicherung der persönlichen Lebensqualität
- Verbesserung der Kommunikation in Gesundheitsfragen im Betrieb
- Verbesserung der Beziehung der Beschäftigten untereinander
- Erhöhtes Selbstwertgefühl

5.6.5.2 Nutzen aus der Sicht des Unternehmens:

- Förderung der Kommunikationsstrukturen und -prozesse sowie des Innovationsklimas im Betrieb
- Steigerung von Arbeitszufriedenheit und Motivation der Beschäftigten, sowie ihrer Identifikation mit dem Betrieb
- Verbesserung des Betriebsklimas
- Veränderte Risikowahrnehmung bei den Beschäftigten (durch Sensibilisierung)
- Verhaltensänderungen bei den Beschäftigten (gegenseitige Unterstützung)
- Fehlzeitenreduzierung bzw. Verminderung von Krankenständen
- Verringerung der Fluktuationsrate (dadurch weniger innerbetriebliche "Reibungs"-verluste.)
- Insgesamt Effizienzsteigerung (oft gibt es enge Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Arbeitsumweltschutz, Motivation und Produktivität bzw. Produktqualität)
- Erhöhung von Konkurrenzfähigkeit und Marktchancen des Unternehmens
- Verbesserung des Unternehmensimages
- Strukturelle und ähnliche Verbesserungen verschiedenster Art (technische Änderungen zur Arbeitserleichterung, organisatorische Zuständigkeitsänderung und Ablaufänderungen)

5.6.6 Gesundheitliche Effekte der BGF-Maßnahmen

Bekanntermaßen besteht das strategische und methodische Anliegen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention darin, die Gesundheit und das Wohlbefinden von Beschäftigten am Arbeitsplatz zu verbessern und arbeitsweltassoziierten Erkrankungen vorzubeugen (IGA.13-Report, 2006: 63). Der „Endpunkt“ einer gesundheitsfördernden Intervention ist damit ein langes Leben ohne, über den Alterungsprozess hinausgehende, gesundheitliche Einschränkungen“ (Rosenbrock, 2004: 62). Erschwert wird die Messung der Wirksamkeit jedoch durch die Schwierigkeit, dass die Beurteilung der Gesundheit sowohl objektiv messbare wie höchst subjektive Werte impliziert. (Engelmann, Halkow, 2009: 76).

Inzwischen konnten jedoch viele Studien zeigen, wie im IGA.3-Report (2003: 63) dargestellt, dass es einen evidenten Zusammenhang zwischen Maßnahmen der betrieblichen Prävention und den untersuchten Effekten gibt, welche die Bedeutung der Arbeitswelt als einen geeigne-

ten Kontext zur Implementierung von Gesundheitsänderungs- und Präventionsmaßnahmen unterstreichen (Sockoll et al., 2006: 63f).

Die vorhandenen Befunde aus dem IGA.3-Report stützen insgesamt die Wirksamkeit von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen (Betriebssport, Ernährung, körperliche Aktivitäten, Programme zu Gewichtskontrolle, Raucherentwöhnprogramme, Alkoholprogramme, Stressmanagementprogramme, Rückenschulprogramme) bzgl. der Reduktion folgender Gesundheitsrisiken (Kreis et al., 2003: 33ff)

- Reduktion des kardiovaskulären Risikos
- Abnahme des systolischen und diastolischen Blutdrucks
- Senkung des Cholesterinspiegels
- Reduzierung des Blutzuckers
- Reduzierung von muskuloskelettalen Beschwerden

Des Weiteren geht aus den Reviews der IGA.13-reportes hervor, dass (Sockoll et al., 2006: 63ff):

- verhaltenspräventive Programme zur Förderung der physischen Aktivität das Bewegungsverhalten Beschäftigter positiv beeinflussen können,
- positive Resultate mit Programmen zur Änderung einer gesunden Ernährung erzielt wurden,
- die Wirksamkeit verhaltenspräventiver Ansätze zur Raucherentwöhnung recht überzeugend dargelegt werden konnte
- durch den Einsatz umfassend angelegter Mehrkomponenten-Programme Gesundheitsrisiken bei Mitarbeitern gesenkt wurden,
- kombinierte Programme, die aus Interventionen auf der individuellen und der organisatorischen Ebene bestehen, im Bereich der Prävention psychischer Erkrankungen der größte gesundheitliche und ökonomische Nutzen zugeschrieben werden konnte,
- Mehrkomponenten-Programme für einen positiven Effekt im Rahmen der Prävention muskuloskelettaler Erkrankungen sprechen und
- die Programme nachweislich zu einer Reduktion von Absentismus geführt haben

6 Forschungsgegenstand und Auswertung

6.1 Einleitung

Globalisierung der Wirtschaft, Tertiärisierung der Wertschöpfung, Digitalisierung der Betriebe und Individualisierung der Arbeit sind jene Trends, die für Betriebe und Arbeitnehmer die Rahmenbedingungen schaffen und unsere Wirtschaft und Politik vor großen Herausforderungen stellen (Funk, Janssen, Lesch, 2004: 194). Parallel dazu nimmt der demographische Wandel, der eine veränderte Alterszusammensetzung der österreichischen Bevölkerung beschreibt, einen immer stärkeren Einfluss. Folgen dieser Veränderungen bewirken auch eine veränderte Struktur der Erwerbsbevölkerung, die sich bis jetzt eher schleichend in den Unternehmen bemerkbar macht, aber in Zukunft deutlicher zu spüren sein wird (Priebe, 2006: 22f). Da diese Entwicklung nicht mehr aufzuhalten ist, wird in Zukunft die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen davon abhängen, ob es gelingt, die Beschäftigungsfähigkeit vor allem der älteren Mitarbeiter zu sichern, und sie möglichst lange im Unternehmen zu halten. BGF ist eine der wichtigsten Ansatzpunkte, um den alternden Belegschaften und den damit einhergehenden Problemen begegnen zu können (Bittner et al, 2008: 10).
Die Bedeutsamkeit der betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen wurde bereits in der Ottawa Charta durch die Betonung der gesundheitlichen Relevanz der Arbeitswelt forciert und im Rahmen der Luxemburger Deklaration von 1997 weiter konkretisiert. Diese definiert betriebliche Gesundheitsförderung als „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Noack, Rajower, 2003: 63).
Trotz zahlreicher Bemühungen, auf nationaler und internationaler Ebene, BGF wirtschaftlich attraktiver zu machen und weiterzuentwickeln blieb der große Erfolg bislang aus.

6.2 Problembeschreibung

Als Ausgangsbasis dieser Untersuchung diente ein gescheitertes BGF-Projekt. Nach Meinung einer Führungskraft dieses Unternehmens waren zwei personelle Wechsel in der Projektleitung, die interne Struktur, das Problem der Weiterfinanzierung und mangelnde Motivation der Mitarbeiter Gründe für das Scheitern. Das BGF-Projekt kam bereits nach der Projektphase

zum Stillstand. Es sah sich weder jemand verantwortlich, die begonnenen Maßnahmen zu erhalten, noch zu fördern. Wie sich herausstellte, verabsäumte das Unternehmen während dieser Projektphase, gefördert durch „Fonds Gesundes Österreich“, sich um die Nachhaltigkeit zu kümmern. Dieser spezielle Fall, welcher kein Einzelfall ist, wirft zwangsläufig die Frage auf: weshalb scheitern BGF-Projekte und welches sind die Misserfolgsfaktoren?

6.3 Untersuchungsvorgehen

Die Suche nach weiteren gescheiterten BGF-Projekten blieb leider erfolglos, sodass die Suche nach Kriterien für das Scheitern durch Literatur- und Internetrecherchen erfolgte. In der aktuellen Literatur und in veröffentlichten Berichten zum Thema BGF im Internet sind Gründe für ein Scheitern bzw. Misserfolgsfaktoren kaum erwähnt und wenn, dann sind sie sehr allgemein gehalten. Diese Lücke an Informationsgehalt bestimmte die Entscheidung eine qualitative Forschungsstrategie in Form eines Experteninterviews durchzuführen.
Ziel dieser Untersuchung war es, umfangreiche Informationen und Meinungen von Experten auf dem Gebiet der BGF zur Datenerhebung der Forschungsfragen: welche Faktoren verhindern den Start von BGF Projekten; an welchen Faktoren können BGF Projekte während der Projektphase scheitern; welche Gründe können ein erfolgreich gestartetes BGF Projekt nachhaltig noch zum Kippen bringen, zu erfassen.

6.4 Erhebungsmethode

Zur Vertiefung der Untersuchungsergebnisse wurde die qualitative Forschungsmethode ausgewählt, um ein möglichst breites Spektrum an Faktoren zu den Forschungsfragen zu gewinnen und Ergänzungen von zu unausführlichen und ungenauen Informationen zu erhalten (Mayering, 2003: 21). Die Datenerhebung wurde mittels Experteninterviews durchgeführt, um das bereichsspezifische Wissen und die langjährige persönliche Erfahrung der ausgewählten Gesprächspartner zu erfassen. Bei dieser Methode der sozialen Interaktion wurden den Experten Fragen vorgelegt, auf die sie in freier Rede in selbst gewählter Terminologie möglichst offen und unvoreingenommen antworten konnten. Für die Auswertung der in den Experteninterviews erhobenen Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring angewandt.

6.4.1 Experteninterview

6.4.1.1 Leitende Forschungsfragen

Weshalb scheitern BGF-Projekte?

Welche Misserfolgsfaktoren sind ausschlaggebend?

6.4.1.2 Experten

Die ausgewählten Experten kommen aus dem deutschsprachigen Raum (Österreich, Deutschland, Schweiz). Das Auswahlmotiv liegt in ihrer langen Erfahrung und in ihrem breit gefächerten Wissensstand zum Thema BGF begründet. Ihre Fachgebiete umfassen die Gesundheitssoziologie, die Psychologie, die Sozialwissenschaft, die Politikwissenschaft, den Gesundheits- und Arbeitsschutz, die Gesundheitswissenschaften. Sie sind im Bereich der Gesundheitspolitik, der Gesundheitsförderung, des Gesundheitsmanagements, der Prävention, der Evaluation, der Forschung und Beratung tätig. Die erste Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern erfolgte per Mail, in dem Sie auch über den Hintergrund und das Ziel der Befragung informiert wurden. Zu Beginn des Interviews wurde die Erlaubnis eingeholt, dieses Gespräch digital aufzuzeichnen.

6.4.1.3 Leitfaden

6.4.1.3.1 Einstiegsfrage

Wie schätzen Sie die Entwicklung der BGF in den letzten Jahren ein?

6.4.1.3.2 Hauptfragen / Problemzentrierte Fragen

- Welche Faktoren verhindern den Start von BGF Projekten?
- An welchen Faktoren können BGF-Projekte während der Projektphase scheitern?
- Welche Gründe können ein erfolgreich gestartetes BGF-Projekt nachhaltig noch zum Kippen bringen?

6.4.1.3.3 Ad-hoc-Fragen

- Welche Faktoren verhindern die Implementierung / Verankerung von BGF im Unternehmen / Unternehmenspolitik?
- Welche Qualitätsmerkmale externer Berater / Gesundheitsmanager sind für BGF-Projekte ungeeignet?
- An welche Hürden scheitern interne Akteure?

- Welche Faktoren verhindern die Projektumsetzung?
- Welche Faktoren erzeugen Widerstände bei den Beschäftigten?
- Welche Faktoren behindern den Lernzyklus?
- Welche Faktoren von Seiten der Fachkräfte (Arbeitsmedizin, Sicherheit, Arbeitspsychologie und Personalabteilung) sind ausschlaggebend für einen Misserfolg?

6.4.1.3.4 Abschlussfrage

Welche Aktionen wären seitens der Gesundheitspolitik notwendig, um die BGF in Zukunft attraktiver / erfolgreicher zu machen?

6.4.2 Transkription

- Bei der Transkription wurde primär auf inhaltlich relevante Fakten geachtet, die den Sachverhalt erklären und beschreiben, wobei die Perspektive des Gesprächspartners nachvollziehbar bleibt
- Dauer der Interviews betrug mindestens 30' und maximal 60'
- Sprachmelodie, Lautstärke und Sprechpausen wurden nicht erfasst
- Die Aufnahme der Interviews erfolgte nur mit Ton auf dem Laptop
- Die Interviews wurden im MPEG4 Format aufgezeichnet
- Die gesprochene Satzkonstruktion wurde im Großen und Ganzen beibehalten, außer:
    - so genannte Füllwörter wie „äh, hm, usw." wurden ausgelassen
    - Verlegenheitswörter wie „nun, na ja, wie bitte, ah so, usw." wurden nicht transkribiert
    - Dialekt wurde in der Transkribierung möglichst ins Schriftdeutsche übersetzt
    - Sprache und Interpunktion wurden leicht geglättet, also dem Schriftdeutsch angenähert
    - Nonverbale Äußerungen wie „ husten, lachen, usw." wurden nicht notiert
    - Nicht Verstandenes oder schwer verständliche Äußerungen wurden ohne Verfälschung des Inhaltes der Aussagen nicht niedergeschrieben.

6.4.3 Qualitative Inhaltsanalyse

6.4.3.1 Vorstellung des Materials und Forschungsstand

Im Rahmen dieser Arbeit „Gründe für das Scheitern von BGF-Projekten“ werden Experten aus dem Gebiet der BGF herangezogen um ein breites Spektrum an Informationen über Misserfolgsfaktoren zusammen zu tragen. Wie in diverser Literatur beschrieben, spricht man bei der BGF von einem Lernprozess (Badura, 1999: 48f), der notwendig ist, um in Betrieben eine Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Unternehmenspolitik zu erreichen und so für eine Nachhaltigkeit zu sorgen. Wie sich bei der Literaturrecherche herausstellte, ist die Entwicklung der gesundheitsfördernden Interventionsmöglichkeiten auf Unternehmensebene im Allgemeinen sehr träge. Dies kann nicht zuletzt auf eine Kultur der Reparation und Kompensation, wie es in den sozialen Sicherungssystemen und in weiten Teilen der Bevölkerung herrscht, zurückzuführen sein, mit Folge hoher Investitionen in der Bewältigung sozialer und gesundheitlicher Probleme im Gegensatz zur Investition ihrer Verhütung. Stattdessen soll wie in der EU gefordert eine Kultur der Prävention und GF entstehen (Expertenkommission, 2004: 57)

Das Resümee aus den letzten 10 Jahren der BGF-Entwicklung (Meggender, 2006:) zeigt das ernüchternde Ergebnis, dass trotz internationaler und nationaler Bemühungen nur sehr langsam Fortschritte erzielt wurden. Nach der Luxemburger Deklaration und der Ottawa Charta hatte man sich zu Recht das Gegenteil erhofft, doch der ganzheitliche Gesundheitsbegriff wurde in seinem Ansatz häufig in der Praxis nicht verwirklicht (Kriener, 2004: 61). Trotz der Dringlichkeit BGF auf allen Ebenen (Mirko-, Makro- und Mesoebene) weiterzuentwickeln, tut sich bislang nur wenig auf diesem Gebiet, da die hemmenden Faktoren den fördernden Faktoren gegenwärtig deutlich überwiegen (Expertenkommission, 2004: 57). Nach Meinung von Experten liegt ein wesentlicher Grund dafür in der mangelnden Fehlerkultur in Unternehmen. Es wird von der Annahme ausgegangen, dass es zu keinen Lernprozessen kommt, die aber Voraussetzungen für so genannte lernende Organisationen sind, um Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in Betrieben erfolgreich umzusetzen. Wenn eine gute Fehlerkultur gelebt wird, d.h. keine Schuldigen benennen, sondern unterstützen und lernen, dann kann BGF nachhaltig erfolgreich sein. Bei einem kontinuierlichen Lernprozess ist man sich bewusst, dass Fehler passieren. (Kramer, 2008: 12). Ziel dieser Arbeit ist es Faktoren aufzuzeigen, die ein Scheitern verursachen, um den Lernprozess zu verbessern, damit Lö-

sungsvorschläge ausgearbeitet werden können und Empfehlungen bereitstehen, die wichtig für die Nachhaltigkeit und entscheidend für die so gepriesene Win-Win-Win-Situation sind.

6.4.3.2 Festlegung des Materials

Als Grundlage für die Interviewfragen dienten zum einen die Kritikpunkte des BGF-Rückblicks und zum anderen Expertenmeinungen zu diesem Thema. Die Auswahl der Experten ergab sich aus der Literatur- und Internetrecherche, mit der Begründung, Personen aus unterschiedlichen Branchen zu finden, die eine entsprechende Erfahrung mit diesem Thema haben, um ein möglichst breites Spektrum an Informationen über das Untersuchungsfeld zu erhalten. Zwölf von Achtzehn angeschriebenen Gesprächspartnern erklärten sich zu einem Interview bereit, wovon Drei Interviews schriftlich erfolgten und Zwei Interviews nicht zur Datenerhebung geeignet waren.

6.4.3.3 Analyse der Entstehungssituation

Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig und wurde persönlich an den von den Interviewten vorgeschlagenen Orten oder im Falle Zeitmangels auf Wunsch per Telefongespräch durchgeführt. Bei den Gesprächen wurde dem Experten ein Leitfaden mit Fragen vorgelegt, die ihm eine offene Erzählform ermöglichte. Von Seiten des Interviewers wurden auch Ad-hoc-Fragen zu bestimmten Themen gestellt, sollte der Gesprächspartner auf diese nicht eingegangen sein.

6.4.3.4 Formale Charakteristika des Materials

Die Interviews wurden mit einem Tonband aufgenommen und am Computer transkribiert.

6.4.3.5 Fragestellung der Analyse

Die Experteninterviews dienen dazu, um gezielte Informationen zu bestimmten Themenbereichen zu erhalten, um alle möglichen Faktoren, die zu bestimmten zeitlichen Phasen des Projektes auf unterschiedlichen Ebenen auftreten können, aufzuzeigen. Das Interviewmaterial beinhaltet Aussagen, die auf Grund persönlicher Erfahrung und Meinung der Experten aus den unterschiedlichen Branchen zu dem Thema BGF beruht. Die bisherige Literatur zu dem Thema Misserfolgsfaktoren, die zu einem Scheitern von BGF-Projekten führen, ist sehr bescheiden und allgemein gehalten im Gegensatz zu den Erfolgsfaktoren. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, ob die praktischen Erfahrungen der Experten mit der Theorie aus der Literatur übereinstimmen, die verallgemeinerte Aussage, dass Erfolgsfaktoren

zugleich Misserfolgsfaktoren sein können stimmt, und welche nicht beachteten Faktoren noch eine Rolle spielen.

Aus diesen Überlegungen ergaben sich folgende Hauptfragestellungen:

- Welche Faktoren verhindern den Start von BGF-Projekten?
- An welchen Faktoren können BGF Projekte während der Projektphase scheitern?
- Welche Gründe können ein erfolgreich gestartetes BGF-Projekt nachhaltig zum Kippen bringen?

Während des Interviews wurde je nach Inhalt auf Details geachtet wie:

- Welche Faktoren erschweren oder verhindern eine Verankerung gesundheitsfördernder Maßnahmen in der Unternehmenspolitik?
- Welche Qualitätsmerkmale sollen externe Berater / Gesundheitsmanager aufweisen, damit BGF Projekte nicht scheitern?
- Welche Hürden müssen interne Akteure überwinden, damit BGF Maßnahmen Erfolg haben?
- Welche Stolpersteine kann man sich während der Projektumsetzung erwarten?
- Worin können die Schwierigkeiten bei der Umsetzung gewählter gesundheitsfördernder Maßnahmen liegen?
- Welche Stolpersteine verhindern die Implementierung von BGF?

6.4.3.6 Ablauf der Analyse

Die vorliegenden Transkripte werden nach dem Grundprinzip der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayering interpretiert. Ziel der Analyse ist es, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte (Faktoren) erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayering, 2003, S. 58ff).

6.4.3.6.1 Analyseeinheiten

Bei der Bestimmung der Analyseeinheiten zu dieser Technik wird nach Mayering die Auswertungs- und Kontexteinheit zusammengefasst (vgl. Mayering, 2003, S.62). In diesem Fall ist diese Einheit im ersten Durchgang ein einzelnes Interview und bei der zweiten Auswertung das gesamte Material. Die Kodiereinheit entspricht jede vollständige Aussage der Exper-

ten, welche relevante Fakten bezüglich der Fragestellung beinhaltet und in der Analyse als Paraphrase zugrunde liegt.

6.4.3.6.2 Beispiel

Interview 1

Interviewer:
Wie schätzen Sie die Entwicklung der BGF in den letzten Jahren ein?

Befragter:
Ein Problem ist, dass man bis jetzt noch nicht in die Breite gekommen ist. Man hatte gute Konzepte, mittlerweile auch für KMUs; aber ein großes Manko ist, wenn man die gesamte UN-Landschaft in Ö anschaut ist es ein Tropfen auf dem heißen Stein; wenn man nach den Kriterien der ENWHP vorgeht, gibt es in Ö keine 200 Betriebe die diese erfüllen, obwohl es Netzwerke, gute Konzepte und Instrumente gibt, und man weiß wie es geht; es gibt inzwischen viele Schwerpunktthemen zu Modellen die man sich anschauen kann, von denen man was lernen kann, aber was fehlt ist dass man nicht in die Breite gekommen ist, zur Zeit gibt es in den Bundesländern viele Ansätze dazu aber das ist wo wir gerade stehen und Handlungsbedarf haben (6:23')

Paraphrasierung:
P1: Obwohl in Österreich Netzwerke, gute Konzepte, Instrumente und viele Modelle mit unterschiedlichen Scherpunktthemen zu BGF für Unternehmen bereit stehen, gibt es weniger als 200 Betriebe, die BGF so wie es die ENWHP vorschreibt, erfüllen.
P2: Es gibt in den Bundesländern gute Ansätze, aber es besteht noch ein großer Handlungsbedarf.
P3: Das große Manko in Österreich ist leider, dass man bis jetzt nicht in die Breite gekommen ist.

Generalisierung:

- BGF in Österreich stellt ein großes Manko dar trotz Good-Practice-Beispiele und entsprechendem Know-How
- Wenige Betriebe erfüllen die Kriterien der ENWHP

- Es besteht großer Handlungsbedarf trotz guter Ansätze
- Schwache Sensibilisierung

Reduktion:
Kategorie1: Mangelnde Sensibilisierung
Kategorie2: Aus diesem Grund ist die BGF, nach den Kriterien der ENWHP, in Österreich schwach verbreitet.

6.5 Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse der Forschungsfrage ergeben sich aus den sieben transkribierten Experteninterviews und den drei schriftlichen Interviews, die in gleichen Kategorien zusammengefasst wurden. Einundzwanzig Literaturrecherchen, die Misserfolgsfaktoren und Gründe für ein Scheitern beinhalten, wurden im zweiten Durchgang in der Kategorisierung mitberücksichtigt. Die Darstellung des zweiten Durchgangs der qualitativen Inhaltsanalyse erfolgt in Tabellen, die einerseits die Ergebnisse aus den Experteninterviews und die Ergebnisse aus den Literaturrecherchen zusammenfassen, wobei letztere nur jene Faktoren beinhalten, die von den Experten nicht erwähnt wurden und so als Ergänzung betrachtet werden können. Um die Anonymität der Experten zu gewährleisten wurden diese mit Nummern (E...) versehen, welche sich aus der zeitlichen Reihenfolge der Interviews ergeben haben. Im Anhang werden die 10 Experten alphabethisch aufgelistet und die einundzwanzig Quellen der Literaturrecherchen (L...).
Die Untersuchungskriterien für das Scheitern von BGF in dieser Arbeit richten sich nach einzelnen Phasen (Start- / Initiierungsphase, Projektphase und die Phase der Nachhaltigkeit), die aus Sicht einer erfolgreichen und nachhaltigen betrieblichen Gesundheitsförderung von Bedeutung sind. In diesen Phasen werden jene Faktoren, die für ein Scheitern verantwortlich sein können, in einzelne Kategorien zusammengefasst. Die Auswertung der Fragen unterteilten sich in einer Einstiegsfrage, drei problemzentrierte Fragen ergänzend mit sieben Ad-hoc-Fragen und der Abschlussfrage.

6.5.1 Auswertung der Fragen

6.5.1.1 Einstiegsfrage: Wie schätzen Sie die Entwicklung der BGF in den letzten Jahren ein?

Auf der Mikroebene: Individuum

Experten	Kommentare
E2 E4 E6	• Verhaltenspräventive Angebote und diverse Analysen dominieren • Die Umsetzung ist nach wie vor enttäuschend • BGF ist von partizipativer OE weit entfernt • OE-Konzepte werden kaum gelebt • Gesundheitszirkel sind eher die Ausnahme • Der wahre Nutzen und Sinn wird nicht erkannt • Kaum verhältnisorientierte Maßnahmen durchgeführt • Von den Beschäftigten wird keine Mitgestaltung an den Maßnahmen zugelassen • Zunehmende Tendenz, dass auch die Verhältnisse berücksichtigt werden • Keine Pflege des Humankapitals • Oberste Führungsebene steht nicht dahinter • Nach wie vor eine falsche Vorstellung von BGF • Noch immer mangelndes Interesse

Auf der Mesoebene: Unternehmen

Experten	Kommentare
E1 E2 E4 E6 E7 E8 E9	• Zunehmende Konvergenz von BGF und gesetzlichem Arbeitsschutz • Wenige erfüllen die Kriterien der ENWHP • Nach wie vor BGF als Schönwetteraktion • Selten findet man ein Top-Down-Prinzip vor • Fehlende Eigeninitiativen • Vermehrt spezielle Programme und Initiativen zu beobachten • BGF / BGM entspricht nicht immer den Qualitätskriterien • BGF primär in Großunternehmen • Trotz guter Methoden und Instrumente wenige Projekte • Viele betreiben Etikettenschwindel • BGF ist ein zu großer Aufwand, zu teuer und zu bürokratisch

Auf der Makroebne: Übergeordnete Rahmenbedingungen

Experten	Kommentare
E1 E2 E4 E5 E6 E7 E8 E9 E10	• Für Großbetriebe gibt es bewährte BGF-OE-Konzepte • Good-Practice-Beispiele, gute Konzepte, Instrumente und entsprechendes Know-How wären vorhanden • Schwache Sensibilisierung • BGF ist nicht wirklich in die Breite gekommen • Es gibt inzwischen spezielle Schwerpunktprogramme für KMU • Der Antrag für Förderungen wurde speziell für KMU erleichtert • Professionelle Akteure haben keine Ahnung von OE • Eine starke Professionalisierung hat statt- gefunden • Zahl der Berater und Anbieter nimmt zu • BGF wird sehr demographisch und versicherungstechnisch abgehandelt • Keine Steuererleichterung • Der demographischer Wandel wird nicht als Kulturproblem der ganzen Gesellschaft verstanden • Großzügige Bonusprogramme der Krankenkassen fehlen • Gewerkschaften machen keinen Druck • Qualitätskriterien wie sie der FGÖ vorschreibt passen nicht immer zum UN • Zu wenig Unterstützung von den öffentlichen Krankenkassensystemen • Theorie und Praxis oft auseinandergehend • UN mit BGF sollen einen höheren Deckungsbeitrag generieren • Stellenwert der BGF ist in Ö größer geworden • Zu den BGF-Verleihungen: Auszeichnungen wirken wie Propagandaaktionen sind kritisch zu betrachten sind meistens Scheinaktivitäten man muss mehr den formalen Kriterien entsprechen, um zu überzeugen

Die Experten sind sich einig, dass eine positive Entwicklung in Richtung Initiativen (Förderungen, Netzwerke, Öffentlichkeitsarbeit etc.) und entsprechendem Know-How zu beobachten ist. Trotz all dieser guten Ansätze verzeichnet die BGF nur einen mäßigen Erfolg. Gründe dafür liegen zum einen in der Einstellung zur Gesundheit „ [...] in vielen Betrieben wird immer noch eine Art Missachtung an den arbeitenden Menschen an den Tag legt [...]“ (E4) „[...] der Betrieb sieht sich primär in der Produktion von Waren und Dienstleistungen, um das Gewinnziel zu erreichen und weniger um Gesundheit zu produzieren [...]“ (E9) und zum anderen an den mangelnden finanziellen und zeitlichen Ressourcen „[...] die Luxemburger Deklaration ist ganz nett, aber ob das die Ziele sind, die tatsächlich dem UN die Motivation geben, dafür viel Geld in die Hand zu nehmen [...]“ (E6). Primär sind es Großunternehmen die BGF betreiben, auch wenn hier nicht immer von einer ganzheitlichen BGF im Sinne der Luxemburger Deklaration gesprochen werden kann: „ Es ist eigentlich überraschend, dass ein UN,

das auf sich was hält, BGM / BGF auf irgendeiner Form betreibt, das wäre vor zehn Jahren in keiner Weise zu erwarten gewesen, man muss das Glas halb voll und nicht halb leer sehen.“ (E1).

6.5.1.2 Problemzentrierte Fragen

6.5.1.2.1 Welche Faktoren verhindern den Start von BGF Projekten?

Unternehmen:

Experten	Kommentare
E8 E9 E1 E6 E10 E2 E5 E3 E4	• Bei Auftragseinbruch (Entlassungen) • Bei Auftragsexplosion (Keine Ressourcen) • Bei Fusionierungen (weil ganz andere / neue Strukturen entstehen) • Die Ressourcen (finanziell, zeitlich, personell) reichen nicht • Gesundheit fällt erst auf, wenn sie abwesend oder beschädigt ist • Wenn keine Gesundheit produziert wird sondern Krankheit • Fehlende Anreizsysteme für UN • Zuerst bewusst zentrale Entwicklungsprobleme von UN ansprechen, dann das Thema Gesundheit • Der finanzielle und zeitliche Aufwand steht nicht in Realisation zu dem Nutzen der generiert werden kann • Weniger als 10 % der KMU denken überhaupt über Förderung nach • Gefördert werden meistens nur die Prozesse, nicht die Maßnahmen • Abschreckend ist die lange Anlaufzeit für ein BGF Projekt • Wenn es nicht von der oberster Führung oder der Managementebene ausgeht • Wenn es keine Projektsteuergruppe gibt • Wenn es keine treibende Kraft gibt • Wenn kein Druck da ist, kein Problem gesehen wird • Inkompatibilität zu bestehenden autokratischen oder expertokratischen Strukturen des Arbeits- und Sicherheitsmanagements • BGF wird monothematisch angepackt • Der Einreichungsprozess für eine Förderung ist zu aufwändig • Die Vorphase bei geförderten Projekten ist zu lange
Literatur: 3, 49, 10, 12, 13,	• In wirtschaftliche Krisenzeiten kommt es zur Ablehnung • Unpassender Zeitpunkt • Andere Prioritäten • Es fehlen die strukturellen Rahmenbedingungen • Es mangelt an der Infrastruktur (Erholungsräume, Seminarräume) • Es gibt keine Interessensvertretungen wie Betriebsärzte, Betriebsräte etc. • Tagesgeschäft und kurzfristige Existenzsicherung haben Vorrang vor langfristig ausgerichteten Konzepten • Es fehlen die strukturellen Rahmenbedingungen

Bedarfsanalyse:

Experten	Kommentare
E8 E7 E6	• Führung hat Angst vor dem Ergebnis, dass sie die Erwartungen nicht erfüllen kann • Mitarbeiter zweifeln an einem positiven Effekt • Problematisch, wenn standardisierte Fragebögen verwendet werden • Wenn sie nicht dem UN angepasst werden • Wenn nicht überlegt wird, was man hinterfragen will • Wenn nicht auf die entscheidenden Themen eingegangen wird • Problem der Mitarbeiterbefragung: Ergebnisse sind stimmungsabhängig Sagen wenig über geeignete Programme oder Maßnahmen aus Ergebnisse können das Bild verzerren Sind meistens standardisiert und eignen sich nicht für jedes UN
Literatur: 7, 14, 1	Mangelnde Bedarfsanalysen zur gezielten Steuerung der Maßnahmen

Mitarbeiter:

Experten	Kommentare
E4 E7 E6	• Bei Misstrauen • Angst vor Datenmissbrauch • Der Aufwand lohnt sich nicht • Fehlende Motivation • Bei Skepsis (wird sich ohnedies nichts ändern) • Enttäuschung, wenn ihre Sichtweise ignoriert wird • Ihr Wissen und ihre Erfahrung werden nicht eingebunden
Literatur: 10, 13, 8, 21, 11	• Junge Belegschaften sehen den Sinn nicht, weil sie noch keine Gesundheitsprobleme haben • Es herrscht eine negative Assoziation: es werden damit ärztliche Untersuchungen, Impfaktionen, verpflichtete Übungen verbunden • sehen keinen persönlichen Nutzen • Befürchten Alibiaktionen • Sehen eine Gefährdung der Privatsphäre • Angst vor Überforderung

Führung:

Experten	Kommentare
E6 E4 E7 E2	• Setzt keine deutlichen Signale • Hat kein Verständnis für die Zusatzbelastung • Bietet keine Unterstützung • Schafft kein Vertrauen • Mangelndes oder fehlendes Wissen über BGF (Nutzen, Instrumente, Prozesse) • Setzt keine Prioritäten

E1	• Keine Bereitstellung von Ressourcen • Unklarheit über beratende Stellen • Bestimmt keine Projektsteuergruppe • Befürchtung von zu hoher Komplexität • Angst der Überforderung • Gesundheit ist nicht immer ein gutes Thema, um BGF in UN zu starten • Kein Präventionsgedanke
Literatur: 4, 5, 10, 11, 20	• Skepsis gegenüber dem Benefit • Mangelnde Wahrnehmung der Bedürfnisse und Interessen der Mitarbeiter • Keine klare Formulierung der Zielsetzung • Angst vor Störung des normalen Arbeitsablaufes • Keine Vorbildfunktion • verbreitete Unsicherheit und die Fehleinschätzung über die Bedeutung des Sozial- und Humankapitals für den UN Erfolg • Der demografische Wandel wird noch nicht als zukünftiges Problem wahrgenommen

Unternehmenskultur / Leitbild:

Experten	**Kommentare**
E4 E9 E7	• Schlechte Kommunikation • Mangelnder Respekt • Keine Kooperation unter den Fachgruppen • Schlechtes Betriebsklima • Positive Gesundheit ist kein Leitbild • Keiner sieht sich verantwortlich für Gesundheit im Betrieb • Die Entscheidungsträger gehen mit ihrer Gesundheit selber sorglos um • Wenn kein gemeinsamer Konsens zwischen den Verantwortlichen besteht (operative Führungskräfte, der Führung, der Steuerungsgruppe, externen und internen Akteuren) • Keine gemeinsame Basis zwischen: Führung, Management und Belegschaftsvertretung • Konflikt, wenn Betriebsrat nicht voll involviert ist
Literatur: 21, 14, 13, 4	• Krankheit ist ein Tabuthema • Die Mitarbeiter sind für ihre Gesundheit selbst verantwortlich

Unternehmenspolitik:

Experten	Kommentare
E4	• Autoritäre Tradition: ist ein Widerspruch zu den BGF-Leitlinien lassen keine Partizipation zu kein Mitspracherecht der Belegschaft (Kritik und Vorschläge)

Auch wenn die Unternehmen mangelnde Ressourcen, die Skepsis gegenüber dem Benefit, den bürokratischen Aufwand und die fehlende Unterstützung durch entsprechende Anreizsysteme als Begründung angeben BGF nicht zu starten, liegt es primär an der Einstellung zur Gesundheit, in diesem Fall an der vorherrschenden pathogenen Sichtweise und wie das Thema Gesundheit in der UN-Kultur behandelt wird: „ Gesundheit ist häufig ein nachrangiges Thema, da sie Privatsache ist und somit einer persönlichen Verantwortung überlassen wird [...] im Gegensatz dazu werden toxische Einflüsse oder körperliche Fehlbelastungen und Arbeitsunfälle akzeptiert, aber psychische Faktoren finden weniger Akzeptanz bzw. werden für den UN-Erfolg noch als irrelevant erachtet [...]“ (E9). Die Ängste und Vorbehalte gegenüber BGF sind auch deshalb zu erklären, dass es an einer ausgeklügelten, permanenten Öffentlichkeitsarbeit scheitert: „[...] darum ist die erste Phase so wichtig, und ich empfehle schon vorher eine Sensibilisierung durchzuführen und zwar für die operativen Führungskräfte, die UN-Leitung, die Steuerungsgruppe und ein gemeinsames Bild mit den externen Beratern zu entwickeln [...]“ (E7).

6.5.1.2.2 An welchen Faktoren können BGF-Projekte während der Projektphase scheitern?

Projektmanagement:

Experten	Kommentare
E8 E1 E10 E9 E4 E7 E5	• Ressourcen werden nicht berücksichtigt oder schlecht kalkuliert (personell, finanziell, zeitlich) • Fehlerhafte, ungenaue, überstürzte Planung • Im Falle einer Nachplanung Kostenanstieg und Ärgernis der Belegschaft • Wenn es nur einen Verantwortlichen gibt, der mit allem vertraut ist • Wenn verabsäumt wird, rechtzeitig einen weiteren Beauftragten zu involvieren • Hauptproblem ist die Zeit, weniger das Budget • Wenn nicht permanent Energie investiert wird • Keine Transparenz der Ergebnisse und des Fortschritts • Wenn auf die Ergebnisse keine Akzente folgen • Kein ausgereiftes Controllinginstrument verwendet wird • Schlechte Kommunikation • Mangelnde Umsetzung der Vorschläge • In der Gesundheitsförderung herrscht zu rasch ein Opportunismus

	• Wenn standardisierte Programme nicht auf das UN abgestimmt sind • Wenn sie zu Alibiaktionen werden • Keine positiven Ergebnisse erkennbar sind
Literatur: 3, 5, 9, 17	• Zu kurze Projektphase • Keine kontinuierliche Begleitung des Prozesses • Umsetzung wird zu kostspielig • Wenn Best-Practice Beispiele auf Biegen und Brechen umgesetzt werden • Wenn Strategien nicht 1:1 übertragbar sind

BGF-Verantwortlichen:

Experten	**Kommentare**
E8 E10 E9 E4 E7 E3	• Kann das Projekt nicht mehr delegieren • Doppelbelastung der Beauftragten • Keine entsprechenden Kompetenzen aufweisen • Mangelnde Qualifizierung • Nicht von oben unterstützt werden • Bei Meinungsdifferenzen • Ungenaue Aufgabenverteilung • Wenn sie nicht auf die Zusatzbelastung vorbereitet sind (Überforderung) • Mangelnde Schulungen • Projektleiter wegfallen, die eine Schlüsselposition haben • Schlechte Kommunikation • Keine Ressourcen mehr haben • Wenn das Projekt nicht gut übergeben wird • Wenn das Projekt nicht nachbesetzt wird • Wenn ein Interessenskonflikt besteht
Literatur: 13, 9, 12, 10, 21	• Konsequente Umsetzung von Vereinbarungen fehlt • Organisatorische Probleme • Mangelnde Kooperation und Vernetzung der verschiedenen Akteure • Zu viele Akteure bei der Umsetzung beteiligt • Wenn persönliche Haltung und soziale Kompetenz fehlen

Unternehmen:

Experten	**Kommentare**
E8 E1 E6 E10 E9 E4 E7	• Einbruch der Auftragslage • Auftragsexplosion • Bei Fusionierungen • Umstrukturierungen • Nicht mehr als sinnvoll erachtet wird • Bei einem Wechsel des Eigentümers, der Führung oder des Verantwortlichen • Wenn eine Rationalisierungswelle eingeleitet wird • Keine kurzfristigen positiven Ergebnisse • Datenmissbrauch • Kein effektives und effizientes internes Marketing • Wenn Gesundheit nicht das einzige Problem ist

	• Alte Traditionen sind nicht für BGF geeignet (steile Hierarchien, Gesundheit ist Privatsache) • Keine Priorität hat • Wirtschaftskrise
Literatur: 16, 14, 20, 7	• Fehlende Infrastruktur • Fehlendes internes Marketing • Mangel an entsprechenden Strukturen(daraus resultierende mangelnde Fach- und Umsetzungskompetenz) • Die Information zur Gesundheit im Betrieb erfolgt nicht eindeutig, klar und persönlich genug

Mitarbeiter:

Experten	**Kommentare**
E1 E6 E10 E9	• Keine Begeisterung zeigen, weil es ein Mehraufwand ist • Angst vor Datenmissbrauch • Sich querstellen, weil Erwartungen nicht erfüllt werden • Wenn sich nur die beteiligen, die eine gesunde Einstellung haben • Wenn die Betroffenen nicht generiert werden • Bei Demotivation • Angst vor Datenmissbrauch (Gesundheitszustand, Leistung etc.) • Wenn ihre Bedürfnisse nicht ernst genommen werden • Mistrauen gegenüber Neuerungen • Mangelnde Information • Keine Überzeugung (schlechte Erfahrung)
Literatur: Alle	• Wenn nicht alle Mitarbeiter zur Teilnahme erreicht werden • Der menschlichen Komponente zu wenig Beachtung geschenkt wird • Entstehender oder befürchteter sozialer Druck • Finanzielle Aspekte (Selbstbehalte) • Wenn GF zwingend ist oder als Maßregel gilt • Kein persönliches Engagement • Desinteresse bei fehlendem Fortschritt

Maßnahmen:

Experten	**Kommentare**
E1 E6	• Nicht den Interessen angepasst sind • Problem der Freiwilligkeit • Nicht kostenlos sind • In der Arbeitszeit stattfinden • Wenn es ein zusätzlicher Aufwand ist • Sind ohne große Beteiligung sinnlos • Keine Wirkung / Erfolg zeigen
Literatur: Alle	• Unsystematische, unkoordinierte und nichtprofessionelle Einzelmaßnahmen • Wenn der positiver Effekt erst längerfristig ersichtlich wird • Wenn hauptsächlich Einzelaktionen oder verhaltenspräventive Programme

	stattfinden • Wenn gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitarbeiter kaum gefördert wird • Bei primär Individuums bezogenen Maßnahmen • Einseitige Behandlung von Themen • Fehlende Verbindlichkeit • Themen werden von den Mitarbeitern nicht mitbestimmt • Wenn das eigentliche Problem nicht behandelt wird • Fehlende Orientierung an den Bedürfnissen • Erschwerter Zugang zu den Aktivitäten • Wenn sie nicht mit der Arbeit vereinbar sind • Wenn sie nicht den individuellen Bedingungen des UN angepasst werden • Zu dichtes Programm (Teilnehmerquote sinkt) • Wenn Maßnahmen in die Freizeit gelegt werden • Geringe Transparenz und Informationsmangel bezüglich der Maßnahmen

Führung:

Experten	**Kommentare**
E10 E9 E4 E3	• Angst vor Kritik, Beschwerden • Gesundheit ist ein Tabuthema • Bei betriebspolitischer Auseinandersetzung im Management • Kein Wille • Keine Wertschätzung der Humanressourcen • Schlechte Beratung • Eingeschränkte Sichtweise • Ihre Vorstellungen entsprechen nicht denen der Belegschaft • Wenn Gesundheit nur ein günstiger Nebeneffekt ist • BGF nur aus wirtschaftlichen Gründen • Wenn nur der ROI zur Überzeugung geführt hat • Mangelnde Einstellung zur Gesundheit • Wenn sie keine Veränderungen zulassen
Literatur: 16, 14, 12, 10, 3	• Thema wird zu stark im Kontext zu Fehlzeiten diskutiert • Keine ernst zu nehmende ideelle Unterstützung • Fehlende Prioritätensetzung • Mangelnde Teilnahme

Betriebsrat / Personalrat:

Experten	Kommentare
E1 E9	• Wenn seine Position in Frage gestellt wird • Kritisiert wird • Kein Verständnis hat • Wenn der Betriebsrat Misstrauen hat und sich querstellt

Oberstes Management:

Experten	Kommentare
E9 E4	• Ängste, wenn sie Kontrolle nach unten abgeben müssen • Wenn sie nicht hinter dem Projekt stehen • Bekommen Druck von 2 Seiten: Führung, Mitarbeiter • Wenn sie mit den Forderungen und der Kritik der Mitarbeiter nicht umgehen können • Wenn ihre Kompetenz in Frage gestellt wird • Wenn sie den Druck nach unten weitergeben • Wenn Mitarbeiter über die Partizipation in die Befugnisse der Managements eingreifen
Literatur: 1, 3, 16, 12, 6	• Fehlender Unterstützung • Nehmen Gesundheit nicht als Führungsaufgabe ernst • Nichtberücksichtigung weicher Faktoren, sog. intangible oder weiche Faktoren • Fehlendes Commitment bei verhältnispräventiven Maßnahmen, da es zu Veränderungen in der Organisationsstruktur oder im Führungsverhalten kommt

Unternehmenskultur:

Experten	Kommentare
Literatur: 19, 15, 3, 9, 12	• Selbst kostenintensive Programme zeigen keine Wirkung wenn mangelnde Kommunikation und Partizipation vorherrscht • Gesundheit im Betrieb sollte kein Zwang sein • Der menschliche Komponente wird zu wenig Beachtung geschenkt • Zwischenmenschliche Aspekte

Im Prinzip hängt der Erfolg dieser Projektphase stark von der Vor- / Startphase ab. Mit anderen Worten, wenn in der Vorphase fehlerhaft und ungenau gearbeitet wird, kann dieser Prozess negative Folgen für das Projektmanagement haben. In erster Linie zählen hier mangelhafte Bedarfsanalysen, Informations- und Aufklärungsdefizite zu den entscheidenden Faktoren, für die vor allem die Experten verantwortlich sind. In dieser Projektphase scheinen weni-

ger die harten sondern vielmehr die weichen Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf den Erfolg zu haben. Die Experten betonen, dass das BGF-Projekt, ein äußerst komplexes und störanfälliges System, nicht an einem Faktor scheitert, sondern meistens durch das Zusammenspiel mehrerer Faktoren. Auch hier gelten die gleichen Misserfolgskriterien wie für die Organisationsentwicklung und dem Projektmanagement. Viele Unternehmen sind sich gar nicht bewusst, dass solche BGF-Projekte massive Reorganisations- bzw. Umstrukturierungsprozesse hervorrufen, die dem Unternehmen alle Ressourcen abverlangen und vor allem den Willen Veränderungen zuzulassen, voraussetzen.

Ad-hoc-Frage: Welche Faktoren verhindern die Projektumsetzung?

Unternehmen:

Experten	Kommentare
E8 E1 E7 E2	• Wenn internes Marketing fehlt oder vernachlässigt wird • Schlechte Kommunikationskultur • Mangelnde Ressourcenverfügbarkeit • Starre Organisation / Hierarchie • Kein geeignetes Projektcontrolling • Keine gute Abstimmung der Schnittstellen • Wenn BGF kein einheitliches Ziel ist • Mangelnde Überzeugung
Literatur: 2, 4, 12, 7, 15, 8, 21, 16	• Wenn der individuelle Nutzen nicht transparent gemacht wird • Wenn der Koordinationsbedarf zu intensiv wird • Bei ungünstigem Zeitpunkt • Wenn BGF als eigenes Management betrachtet wird • Wenn es nicht in den Strukturen und Prozessen des UN integriert wird • Wenn nur das Prinzip der Kostenminimierung und Gewinnmaximierung im Vordergrund steht • Wenn die Veränderungen zur Verunsicherung führen • Wenn die konsequenter Umsetzung von Beschlüssen und Regeln fehlt • Wenn es zu Veränderungsprozessen kommt, die nicht berücksichtigt werden

Verantwortlichen:

Experten	Kommentare
E8 E7 E1 E2 E3	• Unklare Rollenverteilung • Wenn sie sich nicht einig sind • Schlechte Projektplanung und Vorbereitung • Zeitdruck • Zu große Erwartungshaltung • Der Blick für das Wesentliche verloren geht • Überforderung • Veränderungen des Teams • Ungünstige Teamgröße • Ungünstige Machtverteilung (Einfluss, Verantwortung) • Falsche Lösungsansätze • Falsche Situationseinschätzung • Wenn das eigentliche Ziel aus den Augen verloren geht (Betriebsblindheit)
Literatur: 12, 21, 20, 14, 10	• Kampagnen laufen ins Leere, wenn es an Investitionsbereitschaft fehlt • Wenn innovative Führungskräfte als Idealisten und Missionare gesehen werden • Wenn Zeitinvestition falsch eingeschätzt wird • Bei Wechsel der Führung oder des Zuständigen

Mitarbeiter:

Experten	Kommentare
E8 E1 E2	• Wenn sie nicht ausreichend informiert werden • Wenn sie keine Identität zum Projekt aufbauen • Nicht überzeugt sind • Wenn sie das Interesse verlieren (Keine Erfolge / Ergebnisse) • Kein Vertrauen haben • Mangelnde Aufklärung

6.5.1.2.3 Welche Gründe können ein erfolgreich gestartetes BGF-Projekt nachhaltig noch zum Kippen bringen?

Verantwortliche Akteure:

Experten	Kommentare
E8 E10 E6 E1 E7	• Wenn es keine Gesundheitsmultiplikatoren in den eigenen Reihen gibt • Überforderung der operativen Leitung (keine Unterstützung, zu viele Aufgaben) • Projektleiterwechsel (Abteilungswechsel, die Zuständigkeit verlieren) • Keine Ressourcen zur Verfügung stehen • Kein Erfahrungsaustausch untereinander • Wenn nur Einer damit beauftragt ist • Keine Informationen weitergegeben (Aufzeichnungen, Dokumentationen) • Nicht ernsthaft betreiben • Keine Eigenmotivation haben • Wenn keine kontinuierliche Überzeugungsarbeit geleistet wird • Ungeeignete Projektleitung • Kein Bewusstsein geschaffen wird • Verabsäumt wird, Prozesse zu verändern • Keine systematische Schulungen
Literatur: 4, 7, 5, 20, 16, 13	• Widerstände der internen Fachleute wegen Anzweiflung ihrer Kompetenzen • Wenn die persönliche Haltung und soziale Kompetenz fehlt • Wenn es zu Konflikten zwischen den Akteurgruppen kommt

Führung:

Experten	Kommentare
E9 E5 E7	• Wenn BGF keine absolute Führungsaufgabe ist • Wenn keine Wartungsaktivität der Humanressourcen passiert • Wenn BGF nur ans untere Management delegiert wird • Wenn BGF nicht als eine Investition in die Zukunft gesehen wird • Ungenügende Unterstützung und Priorität • Bei einem falschen Verständnis von BGF

Literatur: Alle	• Wechsel in Führungsebenen stattfinden • Keine eindeutigen Zielvereinbarungen • Mangelnde Ausdauer und Konsequenz • Fehlendes Interesse an der Bearbeitung von weichen Faktoren • Nichteinbeziehung der Gesundheitsexperten • Kein Commitment • Keine gesunde Führung • Fehlende Vorbildfunktion • Wenn es zu einem Strategiewechsel und Prioritätenwechsel kommt • Wenn organisationsbezogene Veränderungsvorschläge als Eingriff in Entscheidungskompetenzen und als Unterstellung unqualifizierter Aufgabenerfüllung interpretiert werden

Unternehmen:

Experten	**Kommentare**
E8 E4 E10 E6 E1 E9 E7	• Verabsäumt, Gesundheitsbewusstsein zu schaffen, um dieses dann aufzubauen • Wenn keine Verbesserungen der Verhältnisse passieren • Wenn es zu keinen Veränderungen der Arbeitsorganisation kommt • Wenn Schulungen und Kurse nicht in das Personalentwicklungsprogramm aufgenommen werden • Wenn es nicht permanent thematisiert wird • Bei Krisen • Personalabbau • Auflösungen von Abteilungen • Kein Kapazitätenaufbau während der Pilotphase stattfindet • Fusion • Thema Gesundheit findet keinen Platz im Organigramm • Betriebsrat nicht dahinter stehend • Der positive BGF Ansatz rotiert nicht durch alle Bereiche • Keine rasche Präsentation der Erfolge • Wenn der wirtschaftliche Erfolg und Gesundheitsgewinn nicht belegt werden kann • Wenn das Controllinginstrument nicht einfach und robust ist • Schlechtes internes Marketing • Ressourcen knapp werden • Keine entsprechenden Managementsysteme bestehen (Qualität) • Wenn es mit dem Management nicht kompatibel ist • Qualitätsmanagement sich nicht an gesundheitsfördernde Abläufe annähert • Wenn sie nicht anpassungsfähig und flexibel gegenüber Veränderungen sind
Literatur: 13, 3, 9, 12, 14, 17, 8	• Wenn durch Ressourcenmangel andere Unternehmensaktivitäten als wichtiger erachtet werden • Wenn es an einer ausreichend stabilen Institutionalisierung fehlt • Keine Zusammenarbeit mit regionalen und überregionalen Organisationen, wie Netzwerke (wichtig für Erfahrungsaustausch, Synergieeffekte) • Wenn die Interessenlagen aller wichtigen Akteure nicht von Anfang an einbezogen werden

Maßnahmen:

Experten	Kommentare
E4 E6 E1 E10 E7	• Wenn nicht bedacht wird, dass Maßnahmen nicht von alleine weiterlaufen (Sind keine Selbstläufer) • Keine Implementierung stattfindet • Wenn verändertes Verhalten nicht unterstützt oder gefordert wird • Wenn der Schwerpunkt nur auf verhaltensorientierte Interventionen liegt • Wenn sie nicht an den Umgebungsbedingungen angepasst werden • Wenn es beim Aktionismus bleibt • Wenn sie nicht in den kontinuierlichen Verbesserungsprozess, in bestehende Arbeitsgruppen oder in das Managementsystem verankert werden
Literatur: 2, 4, 9, 12, 21, 16	• Beschäftigten werden schlecht informiert und nicht einbezogen • Akzeptanz hängt von praktikablen unbürokratischen Modellen ab • Wenn die Selbstverantwortung und Partizipation nicht gefördert wird • Bei Intransparenz (Misstrauen)

Mitarbeiter:

Experten	Kommentare
E4 E6 E5	• Zweifel an der Ernsthaftigkeit • Wenn sie nicht regelmäßig angesprochen werden • Wenn gesundheitsbewusstes Verhalten erschwert wird durch: keine entsprechenden Strukturen bereitgestellt werden bestimmte Umstände es verwehren keine Unterstützung auf Ebene der UN-Politik keine Änderung der Verhältnisse

Unternehmenskultur:

Experten	Kommentare
E6 E1 E9 E5	• Schlecht funktionierende Kommunikation • Mangelnde Mainpower • Mangelnde Transparenz • Kein permanentes Feedback • Keine Partizipation

Auf der Mesoebene:

Experten	Kommentare
E1 E9	• Fehlende politische Maßnahmen • Kein angemessenes Belohnungssystem • Keine Sanktionen • Wenn die Sozialversicherungssysteme nicht dahinter stehen

Projekt:

Experten	Kommentare
E9 E7	• Wenn keine Energie mehr reingestreckt wird • Kein permanenter Antrieb vorhanden ist • Wenn die Prozesse zu umständlich ablaufen • Wenn es nur ein Imagesache ist • Wenn es nicht ernsthaft betrieben wird • Nur stattfindet, weil es die Belegschaftsvertretung wünscht

Evaluation:

Experten	Kommentare
E7	• Wird nicht ernst genommen • Der Sinn wird nicht verstanden • Wenn daraus kein Nutzen gezogen wird • Wenn die Aktivitäten nicht legitimiert werden
Literatur: 21, 20, 17, 9, 12	• Wenn verstärkte Kontrollmöglichkeit den freien Entscheidungsspielraum einschränken • Ein Lernen aus vergangenen Fehlern findet nicht statt

Jeder Experte bestätigt, dass viele Projekte früher oder später im Sand verlaufen. Damit werden speziell die KMU gemeint, aber auch Großunternehmen die ausreichend Ressourcen zu Verfügung haben sind kein Garant für eine Nachhaltigkeit. Das größte Problem ist, dass BGF kein Selbstläufer ist, der durch alle Ebenen des Unternehmens rotiert. Wenn nicht

- permanent Energie aufgebracht wird,
- dem Thema Gesundheit keine Aktualität und Priorität verliehen wird,
- BGF nicht Teil des Managementsystems wird,
- keine absolute Führungsaufgabe ist und
- nicht nach den Qualitätskriterien der Luxemburger Deklaration gelebt werden kann,

dann ist es nur eine Frage der Zeit bis dieses Konzept aus den Köpfen verschwindet.

Ad-hoc-Frage: Welche Faktoren verhindern die Implementierung / Verankerung von BGF im Unternehmen / Unternehmenspolitik?

Führung:

Experten	Kommentare
E8 E6 E9 E7 E5	• Desinteresse • Wenn BGF nicht Top Down abläuft • Wenn der ROI in UN nicht spürbar ist • Keine Ressourcen mehr bereit stehen • Ergebnisse nicht in Zahlen, Daten, Fakten dargestellt werden • Wenn von den Mitarbeitern kein Feedback oder Dankbarkeit kommt • Keine Transparenz der Ergebnisse, Fortschritts • Bei Aktionismus • Wenn die Ziele nicht erreicht werden, falsche Zielsetzung • Wenn bei UN- Entscheidungen der Gesundheitsgedanke nicht berücksichtigt wird • Es mangelt an Prozess- und Managementwissen

BGF-Verantwortliche:

Experten	Kommentare
E8 E6 E10 E1 E7	• Bei mangelnder Sensibilisierung, Überzeugung und Information • Keine geeigneten Marketingmaßnahmen • Wenn der Antrieb fehlt • Keine Kompetenz • Keine Ressourcen • Nicht qualifiziert sind • Bestehenden Strukturen werden nicht beachtet
Literatur: 13, 11, 3	• Aufgabenkonkurrenz • Seine Ziele nicht glaubhaft sind

Gesundheitspolitik:

Experten	Kommentare
E8	• Problem der Freiwilligkeit • Ist kein Teil des Arbeitnehmerschutzgesetzes • Mangelnde Anreizsysteme • Keine Sanktionen • BGF ist noch nicht Standard

Projekt:

Experten	Kommentare
E8 E6 E9	• Keine Implementierung in alle Managementsysteme und Entscheidungen • Kein permanentes internes Marketing, Erinnern und regelmäßiges Feedback • Wenn BGF als kennzahlenbasiertes Gesundheitsmanagement verstanden wird • Keine oder mangelhafte Evaluationen
Literatur: 9, 12	• Tools für Großunternehmen können nicht 1:1 auf KMU angewendet werden

Unternehmen:

Experten	Kommentare
E8 E6 E9 E1 E7 E2	• Es wird generell in Projekten gedacht • Wenn es keinen gemeinsamen Sinnhorizont gibt • Wenn kein professioneller Standard herrscht • Keine exakte Organisationsdiagnose durchgeführt wurde • Unzureichende Datengrundlage • Keine Fehlerkultur herrscht • Wenn nur der ROI wichtig ist und auf die weichen Faktoren keinen Wert legt wird
Literatur: 5, 8, 11, 13	• BGF ist zu wenig im Personalmanagement angesiedelt • Strukturelle Defizite sind ein entscheidendes Kriterium • Zerstörung von Netzwerken • Ressourcenkonkurrenz

Unternehmenskultur:

Experten	Kommentare
E5	• Wenn keine offene transparente Führung gepflegt wird • Wenn partizipative Prozesse keine Tradition haben
Literatur: 19, 15, 21	• Es wird selten auf die Ursachen für Fehlzeiten geschaut, bzw. auf das, was krank macht • Wenn die weichen Faktoren vernachlässigt werden • Machtspiele • Kooperationssperren • Wissenszurückhaltung

Solange keine Implementierung von BGF in allen Ebenen des Unternehmens stattfindet, wird es nur beim Aktionismus bleiben. Eine wichtige und zugleich schwierige Aufgabe ist es, jene Integrationsprobleme, die durch betriebliche Konflikte entstehen, konstruktiv zu bewältigen. Eine entscheidende Rolle spielen dabei die Gesundheitsmanager oder Verantwortlichen. Die-

se wird scheitern, wenn ihre Ziele und Interessen nicht glaubhaft sind und von den Mitarbeitern nicht akzeptiert werden.

Ad-hoc-Frage: Welche Faktoren behindern den Lernzyklus?

Mitarbeiter:

Experten	Kommentare
E2 E7 E4	• Wenn den Beteiligten nicht ermöglicht wird, dass sie den Veränderungsprozess vollständig erleben können • Wenn sie kein Gesundheitsbewusstsein und Verständnis aufbauen • Wenn die Motivation fehlt, sich auf Veränderungen einzulassen • Wenn ihre Bedürfnisse / Erwartungen nicht erfüllt werden • Wenn kein Kohärenzsinn vorhanden ist • Wenn BGF nicht gelebt wird sondern eine lästige Pflicht ist • Wenn sie sich nicht an dem Lernprozess beteiligen • Wenn sie das Vertrauen verlieren
Literatur: 19, 12, 14	• Mangelnder Austausch von Erfahrungen

Verantwortliche:

Experten	Kommentare
E2 E10 E4 E8 E1	• Bei Anwendung ungeeigneter Methoden und Techniken • Wenn das Interesse verloren geht • Personalwechsel • Es wird nicht systematisch nach Ursachen und Fehlern gesucht • Wenn keine Konzeptevaluation am Anfang durchgeführt wird • Schlechte Kooperation zwischen Projekt- und Evaluationsteam • Mangelnde Kooperation zwischen allen Ebenen des Managements
Literatur: 19, 18, 17	• Analyseergebnisse werden nicht umgesetzt

Unternehmen:

Experten	Kommentare
E7 E4 E1	• Wenn BGF nicht in vorhandene Systeme(Arbeitnehmerschutz, Sicherheitsschutz, Qualitätsmanagement) integriert wird • Der Gedanke an Verbesserungen findet meistens nur bei Produkten, Dienstleistungen oder Prozessen statt • Keine Rahmenbedingungen für das systematisches Bearbeiten von Beinahe-

	fehlern • Schlechte organisatorische Strukturen • Wenn es kein Qualitätsmanagement gibt (zentrale Vorläufer für das Gesundheitsmanagements)
Literatur: 19, 18, 15, 13	• Wenn BGF zu wenig im Personalmanagement angesiedelt ist • Wenn es zu keiner Institutionalisierung des Wissensaustausches kommt

Führung:

Experten	Kommentare
E1 E4	• Mangelndes Wissen und Verständnis über Veränderungen von Verhalten und Verhältnisse • Reagiert nicht positiv auf das Melden von Beinahefehlern • Wenn das Bewusstsein für Qualität nicht geweckt wird

Unternehmenskultur:

Experten	Kommentare
E4 E8	• Es ist ein Tabuthema über Fehler zu reden • Es wird generell nicht über Misserfolgsfaktoren geredet • Die negativen Faktoren werden nicht behandelt • Fehler werden ignoriert • Keine gegenseitige Unterstützung • es wird traditionell nach Schuldigen gesucht • Bei Fehlern wird nicht systematisch nach Ursachen gesucht • Ein vorschriftsmäßiges Melden und Untersuchen von Beinahefehlern ist nicht üblich • Bei Fehlern kommt es zu Appellen anstatt zu Verbesserungen • Gegenseitige Unterstützung und Hilfe ist nicht üblich • Kein rücksichtsvoller Umgang miteinander

Evaluation:

Experten	Kommentare
E4 E6 E8	• Wird nur als formale Angelegenheit gesehen • Wird nicht ernst genommen • Ist nutzlos wenn keine Handlungen folgen • Wenn es nicht von Extern durchgeführt wird (Objektivität) • Wenn es mit Kontrolle verwechselt wird • Wird nicht als Betriebsoptimierungsinstrument gesehen • Wenn es nicht von Beginn an Teil des Projektes ist • Keine schrittweise Optimierung des Prozessvorgehens eingeleitet wird • Mangelndes Feedback
Literatur: 12, 9, 15, 21	• Ungenügende Bedarfsanalysen • Der Nutzen der BGF wird kaum systematisch erhoben • Mangelnde Dokumentation

	• Wenn die Gesundheitsinformationen nicht in den Entscheidungsprozessen und Arbeitsabläufen integriert werden

Controlling:

Experten	Kommentare
E8	• Wenn es nicht als Motivation verstanden wird • Negative Assoziation mit Überwachung • Nach wie vor mit Ängsten verbunden • Keine Aufklärung der Beteiligten von Anfang an

Ein entscheidender Misserfolgsfaktor für die Nachhaltigkeit ist, wenn keine angemessene Fehlerkultur im Unternehmen herrscht. Essentiell dafür ist ein funktionierender Lernprozess, der es erlaubt, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität permanent zu verbessern. Die Experten sehen speziell die Evaluation als den Schlüssel zum nachhaltigen Erfolg. Wenn dieser Informationsgewinn von den verantwortlichen Personen für den Lernprozess keine sinnvolle Verwendung findet, dann werden diese Projekte an der Routine und mangelnden Anpassungsfähigkeit scheitern.

6.5.1.3 Ad-hoc-Fragen Allgemein

Die Misserfolgsfaktoren folgender Ad-hoc-Fragen kann man zu allen drei Phasen ordnen.

6.5.1.3.1 Welche Merkmale externe Berater / Gesundheitsmanager sind für BGF-Projekte ungeeignet?

Experten	Kommentare
Alle	• Schlechte Beratung • Wenn sie nicht auf das Interesse der Beschäftigten eingehen • Ungeeignete Interventionen anbieten • Kein Know How im Bereich Kommunikation und Sozialwissenschaften • Keine entsprechende Qualifikation haben • Unprofessionelle Betreuung und Beratung • Sind meistens gewinnorientiert • Falsche Denkwiese: Interventionen richten sich mehr auf das Individuum (dieser Denkvorgang findet leichter die Zustimmung) • Intervention richten sich nicht an Gruppen / Kollektive im Sinne der partizipativen Organisationsentwicklung • Handeln nicht im Sinne des Setting-Ansatzes • Eingeschränktes Wissen im Gesundheitsbereich • Keine reflektierte Erfahrung im UN Bereich • Keine wissenschaftsbasierte Ausbildung

	• Kommunikationsunfähig • Wenn sie nicht die Sprache des Betriebes sprechen • Keine Ahnung in Organisationsberatung • Verstehen nicht wie Dienstleistungsunternehmen und Produktionsunternehmen funktionieren • Keine Vorstellung was Führungskräfte bewegt • Mangelnde Expertise zu arbeits-, gesundheits- und sozialwissenschaftlichen Forschungsmethoden • Wenn es Missionare sind, die ihre eigenen Ziele und Vorstellungen umsetzen wollen • Mangelnde Branchenkenntnisse • Keine guten Kenntnisse und Fertigkeiten in OE und Projektmanagement • Schlechte Analytiker • Keine Glaubwürdigkeit
Literatur: Alle	• Es fehlt direkte Verbindung zum Arbeitsschutz, Medizin, Sicherheit • Wenn es an ausreichender Expertise der Fachpromotoren und ihrer regelmäßigen Weiterbildung und Vernetzung untereinander • Wenn Handlungsvorschläge keine innerbetrieblichen Ankerpunkte finden • Wenn keine Schlüsselakteure im Betrieb als Verbündete gewonnen werden

Mangelnde Glaubwürdigkeit und fachliche Inkompetenz lassen externe Akteure scheitern: „Menschen glauben nur Menschen, die aus gleichem Holz geschnitzt sind. Und außerdem, ein früh gekrümmtes Häkchen wird selten wieder gerade. BGF muss mit anderen Themen sinnvoll verbunden werden, als Leistungspaket eingebracht werden, da darf gar nicht BGF draufstehen."

6.5.1.3.2 An welche Hürden scheitern interne Akteure?

Experten	Kommentare
Alle	• Kein entsprechendes Wissen und Qualifikation • Wenn sie von den Mitarbeitern als Störfaktor gesehen werden • Keine Akzeptanz und nicht das Vertrauen der Belegschaft bekommen • Wenn sie nicht die volle Unterstützung der Führung bekommen • Wenn sie nicht in alle betrieblichen Vorgehen integriert sind • Wenn keine Moderatorpaare eingesetzt werden (Entlastung und Überblick) • Falsche Wahl der Beraterstrategie • Wenn ihre Ideen / Vorschläge nicht wirkungsvoll und überzeugend sind • Wenn sie mit der Doppelbelastung nicht fertig werden • Wenn das Projekt nicht glaubhaft ist • Wenn die Akteure unfreiwillig zum Handkuss kommen • Gesundheit und Wohlbefinden stellt keinen Wert da • Wenn sie es nicht schaffen eine „sense of urgency" (Sinnhaftigkeit) zu entwickeln und diese nicht gelebt wird • Wenn sie nicht das „Wie" des Vorgehens begründen und legitimieren können • Wenn ihre Vorstellung nicht der Unternehmenskultur entspricht • Wenn sie es nicht schaffen, eine „advocacy coalition" (unterstützende Koaliti-

	on) zu bilden • Wenn ihre Arbeit von den Systemen nicht als sinnvoll gesehen wird • Wenn folgendes unterschätzt wird: zeitliche Belastung Kommunikationsaufwand Permanentes Motivieren und Erinnern Mitarbeiterbeteiligung Dass die Umsetzung multiprofessionell und multidisziplinär erfolgen muss
Literatur: Alle	• Den relevanten Akteuren fehlt noch ein adäquates Verständnis für die Notwendigkeit der betrieblichen Gesundheitspolitik • Wenn sie keinen neutralen Status haben • Wenn sie im Eigeninteresse handeln • Wenn sie der Interessenslage zentraler Personen im Betrieb zuwiderlaufen • Wenn Präventivkräfte nicht als Fachkräfte anerkannt werden und von Seiten der Führung deren Ergebnisse nicht berücksichtigt werden

Für interne Akteure wird es besonders schwer werden, wenn sie es nicht schaffen „ Regeln zu entwickeln und zu erhalten, auf Grund derer solche Maßnahmen als sinnvoll erachtet und als rechtmäßig anerkannt werden sowie die Ressourcen bereitstellen und erhalten, mit denen sie umgesetzt werden können; was so viel heißt, dass keine Sinnhaftigkeit entwickelt wird, sowie Erfolge gesichert werden, damit Sinnhaftigkeit erst erlebbar wird und wenn ihre Entscheidungen über das „Wie“ des Vorgehens nicht begründet und legitimiert werden [...]“ (E2)

6.5.1.3.3 Welche Faktoren erzeugen Widerstände bei den Beschäftigten?

Experten	Kommentare
Alle	• Wenn ihr Erfahrungswissen nicht geschätzt wird • Akzeptanz hängt von praktikablen unbürokratischen Modellen ab • Angst vor verstärkter Kontrollmöglichkeit • mangelnde soziale Unterstützung • Mangelndes Kohärenzgefühl • Angst vor dem transparenten Mitarbeiter • Wenn Maßnahmen nicht an die Werte, Normen, Interessen, Bedürfnisse und Möglichkeiten der Zielgruppe angepasst werden • Wenn nicht zuerst mit ergonomischen und verhältnisbezogenen Veränderungen gestartet wird • Keine konkreten Verbesserungen am Arbeitsplatz entstehen • Keine entsprechenden Rahmenbedingungen bestehen • Mangelnde Angebote vor Ort • Angst der Beschäftigten, wenn die Hintergründe des UNs unklar sind
Literatur: Alle	• Mangelnde Einbeziehung der Mitarbeiter schon im Vorfeld • Ängste und Widerstände (mangelnde Informationsaufbereitung und Transparenz) • Trägheit, Unwille, fehlende Einsicht

	• Ablehnung der Maßnahmen, die als Bevormundung und Eingriff in die Privatsphäre verstanden werden • Angst, ungesund und unsportlich zu gelten • Angst, peinlich berührt zu werden (Übergewicht) • Angst vor Überforderung • Wenn die Betroffenen nicht zu Beteiligten werden • Wenn man sich nicht auf organisationale und soziale Ressourcen stützen kann • Angst, dass eigene Identität und persönliche Handlungsfreiheit eingeschränkt werden • Kein Interesse an Gesundheitsthemen • Negative Assoziationen mit Gesundheitsförderung • Wenn in Theorie und Praxis die Sichtweisen, Wünsche und Bedürfnisse der Zielgruppen in zu geringem Ausmaß einbezogen werden • Furcht vor Bevormundung

Ziel der BGF ist es, die Mitarbeiter zu erreichen. Widerstände ihrerseits bedeuten schlichtweg das „Aus“ eines Projekts. Als zentrale Faktoren werden fehlende soziale Unterstützung, mangelnder Handlungs- und Entscheidungsspielraum genannt.

6.5.1.3.4 Welche Faktoren von Seiten der Fachkräfte (Arbeitsmedizin, Sicherheit, Arbeitspsychologie und Personalabteilung) sind ausschlaggebend für einen Misserfolg?

Experten	Kommentare
Alle	• Mangelndes Vertrauensverhältnis • Keine gegenseitige Wertschätzung • Wenn es ihnen aufgezwungen wird • Keine regelmäßigen Rücksprachen • Keine Ahnung von den Kompetenzbereichen anderer • Kein gemeinsames Verständnis (pathogener vs salutogener Gesundheitsbegriff) • Keine Klarheit über ihre Beiträge • Wenn sie nicht von Anfang an integriert werden • Wenn sie als Bedrohung angesehen werden • Wenn untereinander Uneinigkeiten und Missverständnisse bestehen • Wenn zu viel nebeneinander und nicht miteinander gearbeitet wird • Wenige haben den Präventionsgedanken • Wenn die pathogene Sichtweise vorherrschend ist
Literatur: 21, 4, 8, 9, 16, 12	• Angst vor Kontrolle, Überwachung • Angst vor neuen Leistungsmaßstäben • Angst vor Nachspionieren der Geschäftsleitung • Reserviertheit des Betriebsrates wegen befürchteter Schwächung seiner Interessensvertretungsfunktion • Im Falle einer Nicht- Einbeziehung oder eines Ausstiegs von Betriebs- und Personalräten

Die drei Disziplinen (Arbeitsmedizin, Sicherheit und Arbeitspsychologie) „ neigen zu einer auf ihrem Fachwissen begründeten expertokratischen Regulation des BGF-Programms [...] Die berufliche Identität von Medizinern und auch Psychologen wird darüber hinaus nicht selten durch das Bild des Therapeuten und vom Auftrag des Heilens und Kurierens bestimmt, was dazu führen kann, dass ihr Tätigwerden einen irgendwie gearteten pathologischen Zustand erfordert, der ihren Einsatz rechtfertigt [...]“ (E2)

BGF wird zum Störfaktor, wenn die Fachkräfte einerseits eine pathogene Sichtweise haben und andererseits durch mangelnde Kooperation und Kommunikation sich gegenseitig behindern oder die Verantwortung abschieben. „Es sind meines Erachtens nicht die anderen Disziplinen die Irritatoren von BGF, vielmehr ist BGF an sich ein Irritationsfaktor, weil es falsch angesiedelt ist. BGF ist eine Teildisziplin von Riskmanagement / Qualitätsmanagement / Kontinuitätsmanagement / Wissensmanagement, BGF ist nicht eigenständig, auch wenn das schön wäre und wenn das die Fachhochschulen zur Verführung von ahnungslosen wohlmeinenden Gutmenschen so anpreisen. So macht BGF sogar Menschen krank.“ (E3)

6.5.1.4 Abschlussfrage: Welche Aktionen wären seitens der Gesundheitspolitik notwendig, um die BGF in Zukunft attraktiver / erfolgreicher zu machen?

Experten	Kommentare
E9 E4 E1 E6	• Bessere Aufklärung über BGF • Die, die viel Kranke produzieren, sollen bestraft werden • Die, die etwas für die Gesunderhaltung der Mitarbeiter tun, sollen belohnt werden • Senkung von Lohnnebenkosten • Langfristige Förderungen für engagierte Betriebe • Intersektorelle Zusammenarbeit fördern • Gewisse Bereiche gesetzlich verankern z.B. Arbeitspsychologie • Einführung eines Zertifizierungssystems für externe Akteure • Materielle Anreize (Steuererleichterung) • Die Hintergründe und Absichten besser erklären, um Missverständnisse und Abwehrhaltung vorzubeugen • Fehlzeiten, Frühpensionierungen und demographische Faktoren dürfen nicht als Druckmittel eingesetzt werden • Motivierend ist, wenn die hohe Politik ihr Interesse an BGF überzeugend zum Ausdruck bringt • Dem Staat soll es ein Anliegen sein, die Mitarbeiter mit Gesundheitsthemen zu unterstützten, damit sie zur Prävention beitragen • Eine gesündere und positivere Einstellung zum Thema Gesundheit entwickeln • Der Unterschied zum Arbeitnehmerschutz ist, dass BGF sich rechtfertigen

	muss, warum sie nützlich ist • Es ist generell ein Problem der Freiwilligkeit • BGF mehr auf Motivation und Nutzen zu orientieren als auf Zwang • Verbesserung der Einstellung zu Gesundheit: Erst wenn es ein Problem gibt, wird etwas unternommen Akute Versorgung und symptomatische Behandlung ist bequemer als Prävention
Literatur: L7, 3, 10, 13	• „Eine wirksame gesellschaftliche Sensibilisierung für das Thema Gesundheit verbunden mit einer Änderung des Gesellschaftsverhaltens • Die Bildung von Anwaltschafts-Koalitionen für Gesundheitsförderung im salutogenetischen Sinne. • Eine gesetzliche Regelung, die die Ausrichtung von Projekten und Netzwerken an konsentierten Gesundheitszielen, die Einhaltung verbindlicher Vorgaben für die Qualitätssicherung (im Sinne von Qualitätsentwicklung und Ergebnismessung) sowie einen nachhaltigen und dynamischen Ressourcenfluss gewährleistet, wäre logisch der nächste, politisch aber nur schwierig zu bewerkstelligende Schritt.“

Der Präventionsgedanke existiert in der Politik zwar theoretisch, aber in der Praxis findet er keine Umsetzung. „In der Politik wurde schon viel über Anreizsysteme, wie steuerliche Vergünstigung, Sanktionen usw. diskutiert, aber bis jetzt ist es nur bei einer Debatte geblieben“ (E9). Dass erfolgreiche BGF längerfristig ein wesentlicher Beitrag ist, um das öffentliche Gesundheitssystem zu entlasten, will einfach nicht gesehen werden.

7 Ausblick und Empfehlungen

Obwohl man davon ausgehen kann, dass sich die BGF zwischen den Unternehmen unterscheidet, wird hier nicht auf den Unterschied in der Betriebsgröße, der Personalstruktur und des Standorts eingegangen. Nach einer Studie der Universität Trier im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung (2008) kann zusammenfassend festgehalten werden, dass lediglich die Betriebsgröße einen entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung der BGF hat, da in größeren Betrieben die BGF-Maßnahmen nicht nur vielfältiger, sondern auch qualitativ hochwertiger sind, was nicht zuletzt auf die bessere finanzielle Lage zurückzuführen ist. Hingegen zeigen die Ergebnisse, dass die verschiedenen Merkmale der Personalstruktur, die unterschiedliche Ausrichtung der Standorte und die Branche eine geringe Rolle spielen, ob BGF-Projekte scheitern oder erfolgreich sind (Bittner et al., 2008: 64ff).

Trotz des positiven Effektes der BGF die gesundheitlichen Ressourcen eines Unternehmens durch die erweiterte arbeitsbezogene Autonomiespielräume und Partizipationsmöglichkeiten zu stärken, muss aber auch auf die Gefahr dieses Umstrukturierungs- und Reorganisationsprozesses hingewiesen werden. So zeigen sich bei der Implementierung und Steuerung neuer Organisationsstrukturen und Prozessinnovationen im Zuge einer systematischen Gesundheitsförderung für alle Beteiligten eine Intensivierung der Leistungsverausgabung und ein anwachsender Arbeitsstress, der mit einem erheblichen Adaptions- und Handlungsaufwand einhergeht. Die Wirkungsweise von Umstrukturierungs- und Reorganisationsprozessen im Hinblick auf die BGF hängt letztlich nicht nur von der wirtschaftlichen Lage und Perspektive des Betriebes, der Gewichtung des Handlungsfeldes Prävention und Gesundheitsförderung in der Unternehmenspolitik sowie dem Grad und der Kontinuität der personellen Verankerung dieses Themas bei den Akteuren ab sondern auch von der Unternehmenskultur (Lenhardt, Rosenbrock, 2006: 121ff).

Badura et al. (1997: 15) betonen, dass eine „partnerschaftliche Unternehmenskultur“, verstanden als eine durch Offenheit, Transparenz und Vertrauen sowie Partizipation und wechselseitige Wertschätzung von Unternehmensleitung, Führungskräften und Mitarbeitern gekennzeichnetes Bündel gelebter organisationaler Ziele, Normen und Werte, der Schlüsselfaktor für eine erfolgreiche BGF darstellt. Die Bedeutung der Unternehmenskultur wird in einem Forschungsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Hauser et al., 2005: 124ff) insofern untermauert, dass die mitarbeiterorientierte Unternehmenskultur und das damit eng verbundene Engagement der Mitarbeiter einen bedeutsamen Einfluss auf den Erfolg einer nachhaltigen BGF darstellt.

Kritisch betrachtet kann eine betriebliche Gesundheitsförderung nur dann als erfolgreich oder gescheitert betrachtet werden, wenn dieses Projekt die Qualitätskriterien im Sinne der Luxemburger Deklaration erfüllt oder nicht. Die Experten betonen, dass BGF, verstanden als partizipative Organisationsentwicklung, ein höchst komplexes und störanfälliges System ist, wofür man einen langen Atem braucht.

> „Die Entwicklung von BGF, wenn man nach den Qualitätskriterien der Luxemburger Deklaration geht, ist nach wie vor hinten. Geht es um den Gesundheitsgedanken in Unternehmen allgemein, so ist es schon fortschrittlich, wenn daran gedacht wird und vereinzelt Aktionen passieren.“ (E4)

„Wenn man nach den Kriterien der ENWHP vorgeht, gibt es in Österreich keine 200 Betriebe, die diese erfüllen, obwohl es Netzwerke, gute Konzepte und Instrumente gibt und man weiß wie es geht.“ (E9)

Aussagen wie diese unterstützen die These, dass theoretisch gesehen geglaubt wird, man wisse, wie BGF / BGM funktionieren kann und dass dafür auch entsprechende Voraussetzungen existierten. Die Umsetzung in die Praxis zeigt aber, dass wir noch weit von dem entfernt sind, was heute unter BGF und BGM verstanden wird. BGF-Projekte werden nicht an einem Faktor scheitern, sondern an dem Zusammenspiel vieler Faktoren, die in einem Wechselspiel zueinander stehen.

7.1 Allgemeine Empfehlungen

- Betriebliche Gesundheitspolitik sollte zu einer dauerhaften Führungsaufgabe werden, die Bestandteil der Unternehmenskultur ist und sich an professionellen Standards der Diagnose, Planung, Durchführung und Evaluation orientiert. (Expertenkommission, 2004: 79).
- Nach Ulich (2005: 202) sind beteiligungsorientierte Merkmale wie Tätigkeitsspielraum, Autonomie und Partizipationsmöglichkeiten die entscheidenden Voraussetzungen für eine gute Arbeit und Gesundheit. Karasak und Theorell (1990) konnten in ihren Studien zeigen, dass bei vorhandenen Tätigkeitsspielräumen und Freiheitsgraden hohe Belastungen und Anforderungen durchaus ohne negative Folgewirkungen ertragen werden können.
- „Erst die Entsprechung von Kompetenzen und Freiheitsgraden zu ihrer Entwicklung ermöglicht also die präventive Wirkung erweiterter Tätigkeitsspielräume auf Wohlbefinden und organisatorische Gesundheit. Für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet das, dass die Gestaltung von Arbeitsspielräumen (organisationale Ressourcen) nur in Zusammenhang mit der Vermittlung entsprechender Handlungskompetenzen (personale Ressourcen) wirksam und effektiv ist. Eine Verknüpfung von Verhältnis- und Verhaltensprävention ist unabdingbar“ (Richter, Uhlig, 1998: 414).
- Die Kommission empfiehlt „den Verbänden und Sozialversicherungsträgern den Ausbau einer standardisierten betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und die aktive Unterstützung betrieblicher Aktivitäten zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Beschäftigten“ (Expertenkommission, 2004: 89).

7.2 Empfehlungen aus den Experteninterviews

- Die Führungskräfte müssen bereits im Vorfeld ausreichend über BGF informiert und auch als Promotoren gewonnen werden, da sie eine bedeutsame Vorbildfunktion einnehmen.
- Man braucht immer den unternehmenspolitischen Willen der Geschäftsleitung, denn ohne ihre Akzeptanz und Unterstützung wird das Projekt nicht lange laufen. Eine ausreichende Qualifizierung von Führungskräften, Akteuren und Betriebsräten, ist zu empfehlen.
- Bei der Sensibilisierung von BGF sollten zuerst zentrale Entwicklungsprobleme angesprochen werden, um dann auf das Thema Gesundheit zu kommen.
- Der Entscheidung BGF einzuführen, sollte zum richtigen Zeitpunkt und nicht während großer Umstrukturierungen, hoher Fluktuationen, Auftragseinbrüchen, Fusionen, etc. erfolgen. Es ist wichtig, dass auf die aktuelle Unternehmenssituation Rücksicht genommen wird.
- Es ist wichtig, dass Schlüsselpersonen im Unternehmen ausfindig gemacht werden, die hinsichtlich dieses Themas bereits motiviert, vorbildhaft und sensibilisiert sind und so als Multiplikatoren überzeugend und animierend wirken.
- Den BGF-Verantwortlichen muss klar und deutlich gemacht werden, was alles auf sie zukommt. Wenige sind sich der Doppelbelastung wirklich bewusst und leiden dann selbst unter dem Stress oder werden aus physischen bzw. psychischen Gründen zum Aufgeben gezwungen. Sie brauchen eine hohe Befähigung, zu vermitteln und zu überzeugen.
- Bewährte Praxisbeispiele oder Strategien sind nicht immer 1:1 auf jedes Unternehmen übertragbar. Daher empfiehlt es sich, das Unternehmen genauestens zu analysieren und entsprechende Bedarfserhebungen durchzuführen, damit die Interventionen den Problemsituationen angepasst werden und ihr Ziel auch erreichen.
- Gesundheit muss in allen zentralen Managementbereichen integriert werden.
- In der Projektphase empfiehlt es sich, eine Art „Tandemsystem“ einzuführen, sodass mindestens zwei Personen mit dem Projekt vertraut und dafür verantwortlich sind. Zudem muss drauf geachtet werden, dass die Verantwortlichen regelmäßig genaue Dokumentationen durchführen, die im Falle eines Projektleiterwechsels weitergegeben werden können.

- Das Projektmanagement sollte von Experten unterstützt und begleitet werden. Für die Projektplanungsphase ist entscheidend, dass man sich ausreichend Zeit lässt und nicht zu überstürzt handelt. Eine genaue Planung und Kalkulation ist wichtig, um eine unnötige Nachplanungen und Verschwendung von Ressourcen zu vermeiden.
- Für das Projekt braucht es ein Team, das sich mit den Zielen und Werten des Projekts identifiziert und bereit ist, sich aktiv dafür zu engagieren.
- Da Projekte nicht ewig laufen, muss schon in der Projektphase dafür gesorgt werden, dass ein systematisches Gesundheitsmanagement aufgebaut wird, das kurzfristig belegbare Erfolge (Gesundheitsgewinn, betriebswirtschaftliche Vorteile) aufweisen kann. Aus diesem Grund ist die Entwicklung eines einfachen robusten Controllinginstruments sehr wichtig.
- Auch wenn das Projekt Top-Down durchgeführt wird, ist der Erfolg schlussendlich von der Partizipation, Überzeugung und vom Vertrauen der Mitarbeiter abhängig. Die Beschäftigten müssen von Anfang an sehen, dass die Führung und das oberste Management hinter der Sache stehen, indem zuerst ganz konkrete Verbesserungen am Arbeitsplatz stattfinden. Dieses Misstrauen kann man durch eine offene und transparente Unternehmenskultur entgegensteuern. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist, dass die Beschäftigten zu Beteiligten werde.
- Um möglichen Ängsten und einem allfälligen Widerstand der Belegschaft vorzubeugen, müssen sie von kommenden Veränderungen ausreichend informiert und darauf vorbereitet werden. Entscheidend ist, dass diese Veränderungen auch gewollt sind, indem ein entsprechendes Problembewusstsein geschaffen wird. Aufklärung und Überzeugung sind bei jedem Einzelnen sehr wichtig.
- Die Information zu den BGF-Interventionen sollte klar, eindeutig und persönlich erfolgen, sodass das Vorhaben glaubwürdig und ehrlich verstanden wird.
- Die interne Kommunikation muss funktionieren, wenn der Lernzyklus optimal greifen soll. Voraussetzung ist, dass entsprechende Kommunikationsstrukturen geschaffen werden und ein regelmäßiges Feedback mit anschließender Diskussion erfolgt, um die Prozesse zu verbessern und die Kreativität zu fördern.
- Für eine effektive Kommunikation braucht es eine Marketingstrategie, die auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter zugeschnitten ist, und zwar mit den dazu geeigneten Instrumenten und Medien.

- Die BGF-Maßnahmen sollten individuelle alltagstaugliche, zeitsparende Lösungen sein, die sich pragmatisch und kostengünstig in die Arbeits- und Geschäftsprozesse eingliedern lassen. Diese sollten mit konkret abgesteckten Zielen und in kleinen Schritten erfolgen, damit ein rascher Erfolg ersichtlich ist und für die Mitarbeiter auch nachvollziehbar wird. Es braucht Interventionen, die ganze Gruppen ansprechen, alle Altersgruppen und Geschlechter erreichen. Die Wünsche, Bedürfnisse und Sichtweisen der Beschäftigten müssen ebenso mit einbezogen werden, wie die betrieblichen Voraussetzungen. Vor allem die zeitliche Durchführung der Maßnahmen sollte mit den Lebensumständen der Beschäftigten vereinbar sein.
- Aufgabe muss sein, Arbeitnehmern und Vorgesetzten ihre Verhaltensweisen bewusst zu machen und Unterstützungsmöglichkeiten für eine allfällige Verhaltensänderung anzubieten.
- Nachhaltigkeit wird gefördert, wenn Fähigkeiten zu gesundheitlich günstigerem Verhalten in der Belegschaft aufgebaut werden, kombiniert mit Regeln, Verfahren oder Abläufen, die verändertes Verhalten fordern und auch unterstützen.
- Besonders wichtig für die Nachhaltigkeit ist vor allem das wiederholte Aufgreifen des Themas Gesundheit mit Hilfe von verschiedenen Medien, und insbesondere durch die unmittelbaren Vorgesetzten.
- Wichtig für die Entwicklung einer lernenden Organisation ist die Demonstration, dass das Zugeben von Fehlern und noch wichtiger das Bekanntmachen von so genannten Beinahefehlern gewünscht wird, um Verbesserungen bzw. Veränderungen zu vollziehen, ohne dass Bestrafungen folgen. Es soll systematisch nach Fehlern gesucht werden und nicht nach Schuldigen.
- Eine Zusammenarbeit mit dem Arbeitnehmerschutz wird dringend empfohlen, denn nur so können bestehende Strukturen genutzt werden. Sinnvoll ist es, die Präventivkräfte (Arbeitsmediziner, Sicherheitskräfte, Arbeitspsychologen) mit einzubeziehen und die Synergien zum Personal- Organisations- und Qualitätsmanagement zu nützen.
- Es ist vorteilhaft, wenn externe Berater ein entsprechendes Ausmaß an reflektierter Erfahrung mitbringen und eine wissenschaftsbasierte Ausbildung vorweisen können. Sie müssen verstehen, wie die Unternehmen arbeiten und denken und was Führungskräfte bewegt. Eine Vorrausetzung sollte generell eine Qualifizierung für den Umgang mit Organisationsbe-

ratung sein, da die meisten als Individuenberater tätig sind. In Zukunft braucht es für diese Berufsgruppen Qualitätskriterien.

- Sinnvoll sind betriebsübergreifende Ansätze und die Beteiligung an Netzwerken, um im Rahmen des Erfahrungsaustausches voneinander zu lernen.
- Die Experten sind sich dahingehend einig, dass es Anreizsysteme (steuerliche Absetzbarkeit, Senkung von Lohnnebenkosten etc.) und Lenkungsmaßnahmen von politischer Seite dringend braucht, um Firmen zu bewegen, BGF als fixen Bestandteil des Unternehmens zu akzeptieren. Im Sinne der Luxemburger Deklaration sollten jene Organisationen belohnt und ausreichend unterstützt werden, die partizipative Organisationsentwicklung betreiben. Zudem fordern Experten dazu auf, dass Sozialversicherungssysteme mehr Verantwortung und aktive Unterstützung zeigen sollen.

8 Fazit

Rückwirkend betrachtet muss zugegeben werden, dass die betriebliche Gesundheitsförderung noch nicht den Stellenwert in unserer Gesellschaft erreicht hat, der von den Befürwortern für erforderlich gehalten wird, um auf der Ebene des Unternehmens und in der Gesellschaft den Folgen des demographischen Wandels entgegenzuwirken.

Ausschlaggebend für den geringen Stellenwert der Prävention und Gesundheitsförderung sind zum einen unsere Kultur der Reparatur und Kompensation und zum anderen die starke Fixierung auf obrigkeitsstaatliches Denken, in dem Gesundheit ebenso wie Bildung traditionell zu den Aufgaben des Staates zählt. Ein weiterer hemmender Faktor für den BGF-Erfolg ist laut den Experten die Unterbewertung des Human- und Sozialkapitals in Unternehmen und die Nichtberücksichtigung der „Weichen Faktoren“ (Expertenkommission, 2004: 43ff).

Die Empfehlungen können dazu beitragen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen höheren Stellenwert zu vermitteln und die traditionelle Sichtweise, dass BGF ein eigenständiges Managementkonzept ist abzulegen. Die Ergebnisse sollen dazu anregen, mehr Wert auf den Entwicklungsprozess zu legen und nicht nur aus den Best-Practice-Beispielen (Erfolgreiche BGF-Projekte) zu lernen, sondern gerade von den Fehlern oder den so genannten Beinahefehlern, um nicht den Blick für das wesentliche und kritische zu verlieren. Denn in der Routine liegt die größte Gefahr zu scheitern und mit dem Umgang von Fehlern zeigt sich die wahre Qualität!

9 Literatur

Auf alle Downloads konnte bis zum 20.11.2010 zugegriffen werden!

40/ME XXIV. GP, 2009, Ministerialentwurf - Vorblatt und Erläuterungen, Download: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00040/fname_153848.pdf

AK-Tirol, 2005, 14. Aufl., Arbeitnehmerschutzgesetz, Einführung in den Arbeitnehmerschutz, Download: http://www.ak-tirol.com/bilder/d73/Arbeitnehmerschutz1.pdf oder: Arbeitnehmerschutzgesetz http://www.jusline.at/81_Aufgaben_Information_und_Beiziehung_der_Arbeitsmediziner_ASchG.html

AK Arbeiterkammer, 2009, Wirtschafts- und Sozialstatistisches Taschenbuch, Quelle: HV der Sozialversicherungsträger, Download: http://www1.arbeiterkammer.at/taschenbuch/tbi2009/seite_290.htm

Altged T., 2004, E&C-Fachforum : „Perspektive: Gesunder Stadtteil – Gesundheitsfördernde Settingansätze und Jugendhilfestrategien in E&C-Gebieten“, Dokumentation der Veranstaltung vom 26. bis 27. Januar 2004 in Berlin

Argyris C., Schön D.A., 1996, Organizational lerning II, Reading, MA: Addision-Wesley

Aschauer A., Blumberger W., harringer I., Keppelmüller P., Niederberger K., Ratzenböck I., 2004, Psychosoziale Gesundheit am Arbeitsplatz, Endbericht des Forschungsprojektes, Download: http://www.fgoe.org/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/FgoeProject_242530/640472

ASVG, 2010, Download: http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=81&paid=607&mva=756

Badura B., Ritter W., Scherf M., 1999, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Ein leitfaden für die Praxis, Hans-Böckler-Stiftung

Badura B., Steinke M., 2009, Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen, Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation, Verlag: Hans Böckler Stiftung, Download: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2009/Badura.pdf

Badura B., Walter U., Helmann T., 2010, 2. Aufl., Betriebliche Gesundheitspolitik, Der Weg zur gesunden Organisation, Springer Verlag

Bamberg E., Ducki A., Metz A.M., 1998, Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte, Hogrefe Verlag für Psychologie

Baric L., Conrad G., 1999, Gesundheitsförderung in Settings, Konzept, Methodik und Rechenschaftspflichtigkeit zur praktischen Anwendung des Settingansatzes in der Gesundheitsförderung, Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Bauch J., Bartsch N., 2003, Gesundheitsförderung als Zukunftsausgabe. Prävention, 26, 3-6

Bauch J., 2002, Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung. Prävention, 25, 67-70

Becke G., Bleses P., Schmidt S., 2009, Nachhaltige Arbeitsqualität. Eine Perspektive für die Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie, artec-paper Nr. 158, artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, Download: http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_158.pdf

Becker M., 2005., Systematische Personalentwicklung, In: Wegerich C.; 2007, 1. Auflage; Strategische Personalentwicklung; Instrumente, Erfolgsmodelle, Checklisten; Wiley-VCH Verlag Gmbh & Co. KGaA, Weinheim

Biffl G., Leoni T., 2008, WIFO, Arbeitsbedingte Erkrankungen, Schätzung der gesamtwirtschaftlichen Kosten mit dem Schwerpunkt auf physischen Belastungen, http://www.wifo.ac.at/wwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=35099&typeid=8&display_mode=2

Bittner J., Leufgen C., Marxen L., Steinwender C., 2008, Betreibliches Gesundheitsmanagement in der Praxis, Eine Onleine-Befragung von Betreibsräten deutscher Industriebetriebe, durchgeführt an der Universität Trier, Download: http://www.uni-trier.de/fileadmin/fb4/prof/VWL/APO/Abschlussbericht_Pbsf_WS08/ Betriebsraeteumfrage_Uni_Trier.pdf

BMG, 2005, Gesundheitsreform, Bundesministerium für Gesundheit, Download: http://www.bmg.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0717&doc=CMS1104313005110

BMGF, 2005, Das Gesundheitswesen in Österreich, Download: http://www.bmg.gv.at/cms/site/bestellservice.html?channel=CH0521

BMGF, 2005b, Gesundheitsministerium für Gesundheit und Frauen, Das Gesundheitswesen in Österreich, Download: http://www.bmgf.gv.at,

BMWA, Huber E., 2004, Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Sektion Arbeitsrecht und Arbeitsinspektion 1040 Wien, Favoritenstraße 7, Download: http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/78314BFB-16F8-4274-9450-E2BCE8F36DA2/0/oe_sgms.pdf

Breucker G., 2001, Kriterien und Beispiele guter Praxis, Neue Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen, Nationale Kontaktstelle des ENBGF, Download: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/KRITERIEN__DEU_.PDF

Brösskamp-Stone, Kickbusch U., Walter U., 2000, Gesundheitsförderung, In: Schwartz W., Badura B., Leidl R., Siegrist J., (Hrsg.), Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen (S. 141-150), München: Urban & Fischer

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral-Arbeitsinspektorat (Hg.) (2002b): Broschüre – Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, Wien.

Grossmann R., Scala K., In: BZgA, Organisationsentwicklung als Methode der Gesundheitsförderung, Leitbegriffe A-Z, Download: http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=e841dbf3a4c57e3fe3ac9c283cbfd3b0&id=angebote&idx=57

Diefenbach T., Vordank T., 2003, Intangible assets und betriebliches Controlling, Beitrag zur Tagung „Nachhaltigkeit von Arbeit und Rationalisierung, 23 bis 24 Januar, Chemnitz: Technische Universität

Dooris M., 2005, Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness. Health promotion International, 21, 55-65

Egger-Subotitsch A., Frtisch C., Jelenko M., Steiner K., 2007, Praxishandbuch, Betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Download:

http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/PH_Gesundheit.pdf

Engelmann F., Halkow A., 2008, Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, Genealogie, Konzeption, Praxis, Evidenzbasierung, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WBZ)

ENBGF, 2001, Lissabonner Erklärung zur Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU, http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2001lissabonner_erklaerung%5B1%5D.pdf

ENWHP, 1997, Luxemburger Deklaration, Fassung 2007, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/677704_Luxemburger%20Deklaration%20Fassung%202007%20deutsch.pdf

ENWHP, 1999, Qualitätskriterien, Download: http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/86C084CB-1C95-4E69-9DE4-F52F2FCCEB00/0/Qualitaetskriterien_betriebliche_Gesundheitsfoerderung.pdf

ENWHP, 2002, Barcelona Deklaration, Download: http://tca.samurajdata.se/files/ENWHP_Image_deutsch_final.pdf?fileid=184

ENWHP (2005): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, in der Fassung vom Juni 2005. Download: http://www.svbgf.ch/downloads/luxemburgerdeklarationdesenwhp.pdf

Expertenkommission, 2004, 3.Auflage, Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Bertelsmann Stiftung, Hans Böckler Stiftung

Evers J., Hafkesbrink J., Krause M., Schmidt S., 2009, Instrumente für nachhaltige Arbeitsqualität in der Wissensökonomie: Bestandsaufnahme und Bewertung, artec-paper Mr. 159, Download: http://www.artec.uni-bremen.de/files/papers/paper_159.pdf

Fatzer G., 2004, Organisationsberatung und -entwicklung – Veränderung durch Entwicklung

und Lernen, (erscheint in: Nestmann F. (Hrsg.) Handbuch der Beratung. DGVT Tübingen 2004 Copyright G.Fatzer), Download: http://www.trias.ch/pdf/pressespiegel/OB+OE_Fatzer.pdf

Franzkowiak P., Sabo P., 1998, 2. Aufl., Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung, Mainz: Sabo

Funk L., Janßen P., Lesch H., 2004, Arbeitsbeziehungen und Personalwirtschaft. In: Institut der deutschen Wirtschaft Köln (Hrsg.): Perspektive 2050, Ökonomik des demographischen Wandels. Köln, 2004, S. 193-217.

GFG, 1998, Download: http://www.goeg.at/media/download/berichte/GOeGG.pdf

Graf H., Grote V., 2003, Betriebliche Gesundheitsförderung als Personal- und Organisationsentwicklung in Klein- und Mittelunternehmen aus Sicht von Führungspersonen, eine Studie der logo consult, Download: http://www.bva.at/mediaDB/MMDB124433_Helmut-Graf.pdf

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

Hafen M., 2001, Suchtarbeit mit MigrantInnen, Suchtmagazin Nr. 5, aus der Rubrik "Präventionstheorie“ Download: http://www.suchtmagazin.ch/text5-01.html

Hafen M., 2004, Was unterscheidet Prävention von Gesundheitsförderung? In: Prävention 1/2004: S. 8-11 (Rubrik Theorien und Konzepte), Download: http://www.fen.ch/texte/mh_gesundheitsfoerderung.htm

Hafen M., 2005, Gemeinsamkeiten und Unterschiede von Prävention und Gesundheitsförderung aus systemischer Sicht, Download: http://www.eundc.de/pdf/32002.pdf#search='hafen%20martin

Hardes H.D., Holzträger D., 2009, Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis, Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten, Rainer Hampp Verlag, München, Mering

Henne A., 2005, Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine lohnende Investition für die Unternehmen, Download: http://www.gefuege-nrw.de/system/myfiles/Ergebnisse/Begriffe_GeFueGe.pdf

Helmenstein C., Hohmarcher M., Kleissner A., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A., 2004, Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung, Research Report, IHS Wien, Download: http://www.sportministerium.at/files/doc/Studien/FitforBusiness_Endbericht1.pdf

Hennrikus D.J., Jeffery R.W., 1996, Worksite Intervention for Weight Control: A Review of the Literature. American Journal of Health Promotion; 10(6):471-498

Hirtenlehner H., Sebinger S., 2004, Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?p_tabid=4&p_menuid=69333&action=2

Höfner A., 2009, Statistik Austria, , Demographisches Jahrbuch 2008, Download: http://www.google.at/search?hl=de&source=hp&q=Höfner+A.%2C+2009%2C+Statistik+Austria%2C+%2C+Demographisches+Jahrbuch+2008&aq=f&aqi=&aql=&oq=&gs_rfai

Hurrelmann K., Laaser U., 2003, Handbuch Gesundheitswissenschaften, Juventa Verlag, Weinheim und München

Hurrelmann K., 2003, 5. Aufl., Gesundheitssoziologie, Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Juventa Verlag, Weinheim und München

Hurrelmann K., Klotz T., Haisch J., 2009, 2. Aufl., Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, Verlag Hans Huber

Janes A., Prammer K., Schulte-Derne M., 2001, Transformations-Management. Organisationen von Innen verändern. Wien: Springer

Kaba-Schönstein, L, 2003a, S. 78-82, Gesundheitsförderung II: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge bis zur Ottawa-Charta 1986, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo

Kaba-Schönstein, L., 2003b, S. 82-88, Gesundheitsförderung III: Internationale Entwicklung, historische und programmatische Zusammenhänge nach Ottawa (1986) bis heute, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo

Kaba-Schönstein, L., 2003c, S. 88-95, Gesundheitsförderung IV: Die Europäische Gemeinschaft und Union als Akteur in der Gesundheitsförderung, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage. Schwabenheim a. d. Selz: Fachverlag Peter Sabo

Karasek R.A., 1979, Job demands, Job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. Administrative Sciences Quarterly, 24, 285-311.

Karasek R. A., Thorell T., 1990, healthy work. Stress, productivity and the reconstructions of working life, New York

Kistler E., 2008, „Alternsgerechte Erwerbsarbeit", Ein Überblick über den Stand von Wissenschaft und Praxis, Verlag: Hans-Böckler-Stiftung, Download: http://www.boeckler.de/pdf/p_fomo_hbs_07.pdf

Kirschner W., Radoschewski M., Kirschner R., 1995, Paragraph 20 SBG V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Augustin: Asgard

Kirschner W., Kirschner R., Lenk S., Elkeles T., 2005, Evaluationsbericht, FGÖ-Publikation, Download: http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/programme-berichte/evaluationsbericht-2002-2005/2006-09-29.9156541248

Kramer A., Sochert R., Jürgen-Scholz B., 2008, Leuchttürme der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Beispiele guter Praxis im Öffentlichen Dienst, Herausgeber: DNBGF, Download: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Leuchttuerme_BGF.pdf

Kreis J., Bödeker W., 2003, iga.3-Report, Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz, Download: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Programme_Projekte/swing/SwingDokumente/iga_report_3.pdf

Kriener B., Neudorfer E., Künzel D., Aichinger A., 2004, Gesund durchs Arbeitsleben, Empfehlungen für eine zukunfts- und alternsorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen, Die Partner. At, Download: http://www.wko.at/sp/bgf/BGFStudie.pdf

Kuhn D., Sommer D., 2004, 1.Aufl., Betriebliche Gesundheitsförderung. Ausgangspunkte – Widerstände – Wirkungen, Gabler Verlag

Lehmann F., Geene R., Kaba-Schönstein L., Kilian H., Meyer-Nürnberger M., Brandes S., Bartsch G., 2006, Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten. Ansatz-Beispiele-Weiterführende Informationen, Gesundheitsförderung konkret, Band 5. (2. Aufl.) Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Leitfaden Prävention, 2008, Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008, Download: http://www.mds-ev.de/media/pdf/Leitfaden_2008_150908.pdf

Lenhardt U. Rosenbrock R., 2006, Wegen Umbau Geschlossen, Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), Verlag: Edition Sigma, Berlin

Leoni T., Mahringer T., 2008, WIFO, Fehlzeitenreport, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich, Download: http://www.wifo.ac.at/wwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=34220&typeid=8&display_mode=2

Leoni T., Mayrhuber C., 2009, WIFO, Arbeitsplatzbelastungen, arbeitsbedingte Krankheiten und Invalidität, Biffl G., Download: http://www.wifo.ac.at/wwa/jsp/index.jsp?fid=23923&id=35901&typeid=8&display_mode=2

Maislinger-Parzer M., 2006, Forschung Urstein, Abschlussbericht, Zukunft : Gesundheitsförderung. Im Spannungsfeld zwischen Beruf und Freizeit. Download: http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d49/BetrGesundheitsfoerderungStudie07.pdf

Mayring P., 2003, 8. Aufl., Qualitative Inhaltsanalyse, Grundlagen und Techniken, Beltz Verlag Weinheim und Basel

Meggeneder O., 2002, Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Ein Rückblick mit Perspektiven, in: Soziale Sicherheit, 5, Seite 237-245.

Meggeneder O., Pelster K., Sochert R., 2005, Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Verlag: Hans Huber

Meggender O., Hirtenlehner H., 2006, 1. Aufl., Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand - Strukturen – Entwicklungen, Verlag: Mabuse

Meier H., 1991, Personalentwicklung, In: Wegerich C.; 2007, 1. Auflage; Strategische Personalentwicklung; Instrumente, Erfolgsmodelle, Checklisten; Wiley-VCH Verlag Gmbh & Co. KGaA, Weinheim

Meifert M. T., Kesting M., 2004, Gesundheitsmanagement im Unternehmen, Konzepte-Praxis-Perspektiven, Springer-Verlag Berlin Heidelberg New York

Naidoo J., Wills J., 2003, Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Gamburg Verlag für Gesundheitsförderung

Nefiodow, L., 2000, Der sechste Kondratieff (4. Auflage). Sankt Augustin; Rhein-Sieg.

Neuburger O., 1991, Personalentwicklung, Band 2, Stuttgart: Enke

Noack H., 1993, Gesundheit: medizinische, psychologische und soziologische Konzepte, In Noack P., Gawatz R. (Hrsg.), Soziale Konstruktion von Gesundheit, Wissenschaftliche und alltagspraktische Konzepte, S. 13-32, Universitätsverlag Ulm

Noack R.H., Rajower I., 2003, Von der Pathogenese zur Salutogenese in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Zenger, C.A.; Jung, T. (Hrsg.): Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik, Kontext – Normen – Perspektiven. Bern / Göttingen / Toronto / Seattle, 2003, S. 57-68.

OENBGF, 2002, 7. Informationstag, Eine Investition in das betriebliche Sozialkapital. Download: http://www.auva.at/mediaDB/MMDB124364_7.%20Informationstag%202002.pdf

OENBGF, 2009, ENHWP, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64777&p_tabid=3

OENBGF, 2010a, Charta – Gütesiegel – Preis, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/ bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=66230&p_tabid=4

OENBGF, 2010b, Nutzen und Vorteile der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Download:

http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64778&p_tabid=4

OENBGF, 2010c, Regionalstellen, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/ channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=64776&p_tabid=2

Oppolzer A., 2006, Gesundheitsmanagement im Betrieb, Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit, VSA-Verlag Hamburg

Oesterreich R., 1999, Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit, Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich, In R. Oesterreich, Volpert (Hrsg.), Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen, S. 141-215; Schriften zur Arbeitspsychologie, Band 59, Huber Verlag Bern

Priebe M., 2006, Arbeitsmarkt und demographischer Wandel, Möglichkeiten betrieblicher Einflussnahme auf die Auswirkungen alternder Belegschaften. Saarbrücken, 2006.

Rantanen J., 2001, Impact of Globalization on Occupational Health. In: Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin 36, 4/2001, S. 153-160

Richter P., Uhlig K., 1998, Psychologische Belastungen und Ressourcen in der Arbeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Ansätze für eine betriebliche Prävention, in: Bamberg E., Ducki a., Metz A.M., Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Göttingen, (S. 407-422).

Rosenbrock R., Gerlinger T., 2004, Gesundheitspolitik—Eine systematische Einführung, Verlag: Hans Huber, Bern

Rosenbrock R., 2004, Qualitätssicherung und Evidenzsicherung, Herausforderungen und Chancen für die Gesundheitsförderung. In E. Luber & R. Geene (Hrsg.), Qualitätssicherung und Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Wer weiß was gut ist: Wissenschaft, Wirtschaft, Politik, Bürgerinnen? (S. 59-85). Frankfurt a. M.: Mabuse.

Rosenbrock R., 2008, Primärprävention, Was ist das und was soll das; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WBZ), SP I 2008-303

Ryschka J., Solga M., Mattenklott A.; 2005; Praxishandbuch Personalentwicklung, Instrumente, Konzepte, Beispiele; Betriebswirtschaftlicher Verlag DR. Th. Gabler /GWV Fachverlag Gmbh; Wiesbaden

Schimany P., 2003, Die Alterung der Gesellschaft, Ursachen und Folgen des demographischen Umbruchs, Frankfurt am Main/New York 2003

Schmitt T., 2007, Betriebliche Gesundheitsförderung und -erziehung, Grundlagen, Konzepte, Instrumente, Verlag Dr. Müller e. K.

Scholz J., Schröer A., Meyer J., Sochert R., 2006, Zehn Jahre ENWHP, Eine europäische Erfolgsgeschichte, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), News: Gesundheitsförderung aktuell, Download: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2006/News2006_3_Linz_deutsch.pdf

Schwartz, F.W., Walter, U., 2000, Prävention. In F.W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist, Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen, S. 151-170, München: Urban Fischer

Semmer N.K., Udris I., 2004, Bedeutung und Wirkung von Arbeit, In H. Schuler (Hrsg.), Lehrbuch Organisati-

onspsychologie, S. 157-195, Huber Verlag Bern

Siegrist J. et al., 2003, Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren, Abschlussbericht der Arbeitsgruppe 2 Expertenkommission, Betriebliche Gesundheitspolitik, Bertelsmann-Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung, Download: http://www.boeckler.de/pdf/fof_zwischenbericht.pdf

Siegrist J., 2009, Anerkennung und Gesundheit, Ludwig Boltzmann Institute, Health Promotion Research, Download: http://lbihpr.lbg.ac.at/webfm_send/316

Sockoll I., Kramer I., Bödeker W., 2006, iga.13-Report, Lohnen sich betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention?, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz zum gesundheitlichen und ökonomischen Nutzen, Download: http://www.iga-info.de/fileadmin/texte/iga_report_13.pdf

Staehle W., 1989, 6. Auflage; Human Ressource Management und Unternehmensstrategie, Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 22, 288-396

Steinbach H., 2004, Gesundheitsförderung, Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe, Wien.

Subotitsch A.E., Fritsch C., Jelenko M., Steiner K., 2007, Praxishandbuch, betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Download: http://www.abif.at/deutsch/download/Files/36_PH_Gesundheit.pdf

Sundsvall, 1991, Download:

http://www.gesundheitsförderndehochschlen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1991Sunds_de_BZgA93.pdf

SV Wissenschaft, 2008, ExpertInnengespräch SV Wissenschaft – Forschung und Lehre in der Österreichischen Sozialversicherung: Gesundheitsförderung (in der SV): Projekte und was nun? Download: http://esv-sva.sozvers.at/mediaDB/MMDB134610_Resümee%20ExpertInnengespräch%20SV%20Wissenschaft.pdf

SV, 2009, Die österreichische Sozialversicherung in Zahlen, Herausgeber und Verleger: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Download: http://www.hauptverband.at/mediaDB/703989_Sozialversicherung_in_Zahlen_25_Ausgabe_August_2010.pdf

The Commission on Chronic Illness, 1957, By DEAN W. ROBERTS, M.D., M.P.H. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2024201/pdf/pubhealthreporig00171-0065.pdf

Trojan A:, Legewie H., 2001, Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt a.M.: Verlag für akademische Schriften

Uhl A., 2005, Nr. 3/4, Wiener Zeitschrift für Suchtforschung Jg.28, Originalarbeit S. 39-45, Download: http://www.api.or.at/sp/download/lbidownload/wz%2028_05_3-4%20praeventionsansaetze%20theorien.pdf

Ulich E., 2005, 6. Aufl., Arbeitspsychologie, Zürich: vdf Hochschulverlag / Stuttgart: Schäffer Poeschel

Ulich E., Wülser M., 2009, 3. Aufl., Gesundheitsmanagement in Unternehmen, Arbeitspsychologische Perspek-

tiven, Gabler Verlag

Wegerich C.; 2007, 1. Auflage; Strategische Personalentwicklung; Instrumente, Erfolgsmodelle, Checklisten; Wiley-VCH Verlag Gmbh & Co. KGaA, Weinheim

WHO, 1986, Ottawa Charta, Download: http://www.dbsh.de/Ottawa.pdf

WHO, 1991, Sundsvall, Stellungnahme der 3. Internationalen Konferenz für gesundheitsförderliche Lebenswelten, Download: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschulen.de/HTML/B_Basiswissen_GF/B1_Historische_Entwicklung_und_gesetzliche_Grundlagen.html

WHO, 1991b, Kopenhagen Konferenz, Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert, Download: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109761/EHFA5-G.pdf

WHO, 1997, Jakarta-Deklaration, 4. internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Jakarta, Indonesien, Download: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschlen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/1997Jak_de_BVG.pdf

WHO, 1998, Cardiff Memorandum zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben, Download: http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hgd/

WHO, 1999: Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, in: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen.

WHO, 2005, Bangkok Charta für Gesundheitsförderung in einer globalisierten Welt, Download: http://www.gesundheitsfoerdernde-hochschlen.de/Inhalte/B_Basiswissen_GF/B9_Materialien/B9_Dokumente/Dokumente_international/2005Bangkok_Charta_dt.pdf

WHO, 2006, Ottawa Charta 1986, Download: http://www.dbsh.de/Ottawa.pdf

WKO, 2009, Klein- und Mittelbetriebe in Österreich, Statistik, Download: http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=356904&DstID=17

WKO, Molnar M., Geißer-Gruber B., Haiden C., 2009, 10. Aufl., Impuls-Test, Analyse von Stressfaktoren und Ressourcen im Betrieb, Impuls-Broschüre (Wirtschaftskammern Österreichs), Download: http://portal.wko.at/wk/suche.wk?DstID=0&ChID=0&reiter=InternetAktiveInhalte&init=1&itemoffset=0&pagesize=20&details=1&sortierung=TopInhalte&suchbegrifftext=impuls&quicksearch_submit=Suchen

Wright M.T., Block M., Unger H., 2007, Stufen der Partizipation in der Gesundheitsförderung, Info-Dienst für Gesundheitsförderung 3/2007, S. 4f.

Zapf D., Semmer N., 2004, Stress und Gesundheit in Organisationen. In Schuler H. (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III, Band 4 Organisationspsychologie, 2. Aufl., S. 1007-1112, Hogrefe Verlag Göttingen

Zimolong, B., Elke, G., & Trimpop, R., 2006, . Gesundheitsmanagement. In B. Zimolong & U. Konradt (Eds.), Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D Praxisgebiete, Serie III Wirtschafts- Organisations- und Arbeitspsychologie, Band 2. Ingenieurpsychologie (pp. 633-668). Göttingen: Hogrefe, Download: http://www.ruhr-uni-bochum.de/imperia/md/content/psy_auo/elke_gesundheitsmanagement.pdf

Zimolong B., Elke G., Bierhoff H.W., 2008, Den Rücken stärken, Grundlagen und Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung, Hogrefe Verlag

Anhang

Tabellen:

Tab. 1: Ergonomische Belastungsfaktoren der Unselbständigen (Biffl, 2008: 14); Anmerkung 1: Repetitive Bewegungen umfassen Tätigkeiten an Maschinen oder Fließbändern und Büroarbeiten. Anmerkung 2: EU15 ist ein Verbund von 15 Staaten in der Europäischen Union bis 2003; S. 7

Tab. 2: Vergleich selektierter Belastungsfaktoren aller Erwerbstätigen von Österreich zu Deutschland und der EU 15 (Biffl, 2008: 18); S. 8

Tab. 3: Indikatoren für Jobkontrolle, 2000 und 2005 (Biffl et al., 2009: 17); S. 9

Tab. 4: Physische und ergonomische Belastungsfaktoren, 2000 und 2005 (Biffl, Leoni, 2008: 37); S. 10

Tab. 5: Untersuchung der Antworten auf die Frage nach der gesundheitlichen Beeinträchtigung: „Wenn ja: In welcher Weise beeinträchtigt es Ihre Gesundheit?“ (Biffl et al., 2009: 24); S. 10

Tab. 6: Durchschnittsalter der Pensionszugänge 2009 (SV, 2010: 23); S. 16

Tab. 7: Unternehmen, die 2005 bis 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben und/oder ein BGF-Gütesiegel erhalten haben (Leoni, Mahring, 2008: 135); S. 35

Tab. 8: Unternehmen, die 2005 und 2008 eine BGF-Charta unterzeichnet haben nach Jahren/Unternehmen, die für den vorgegebenen Zeitraum ein Gütesiegel zuerkannt wurde (Leoni, Mahring, 2008: 135); S. 35

Tab. 9: Unternehmen nach Größenklassen und Sparten 2008 (WKO, 2009); S. 36

Tab. 10: Zusammenstellung der Ressourcenarten, eigene Darstellung; S. 46

Tab. 11: Tabellentitel nach Udris (Ulich, Wülser, 2009: 39); S. 47

Tab. 12: Einteilung der Präventionsmaßnahmen (Steinbach, 2004: 40); S. 55

Tab. 13: Personen- und bedingungsbezogene Interventionen (Ulich, 2005: 529); S. 59

Tab. 14: Begriffe im Setting- / Lebenswelten-Diskurs (Engelmann, Halkow, 2008: 32); S. 63

Tab. 15: Die drei Säulen der Gesundheitspolitik (Quelle: Oppolzer, 2006: 19); S. 68

Tab. 16: Die drei Dimensionen des Integrierten Managements (Quelle: Oppolzer, 2006: 19); S. 68

Tab. 17: Darstellung der reziproken Wechselwirkung zwischen Sozialkapital, Humankapital und Kooperation: Eigene Darstellung; S. 70

Tab. 18: Gegenüberstellung von Arbeitsschutz und BGF (Quelle: Ulich, 2009: 13); S. 73

Tab. 19: Gliederung der Instrumente und Techniken aus der PE (Quelle: Ryschka, Solga, Mattenklott, 2005: 77); S. 82

Tab. 20: Professionelle Rollen der Gesundheitsförderung (Quelle: Badura et al. 1999: 52); S. 90

Tab. 21: Tabellenüberschrift (Quelle: Oppolzer 2006: 169); S. 94

Tab. 22: Zusammenfassung der Basisinstrumente (Quelle: Bamberg, Ducki, Metz 1998: 126); S. 94

Tab. 23: Zusammenfassung der Schlüsselelemente mit den benannten Zielen (Quelle: Engelmann, Halkow 2008: 52); S. 95
Tab. 24: Die neun Stufen der Partizipation (Quelle: Engelmann, Halkow, 2008: 50); S. 96
Tab. 25: Überblick über psychische Belastungen und Anforderungen nach Oesterreich (1999a: 144) (Quelle: Ulich, Wülser, 2009: 82); S. 101
Tab. 26: Gesundheitsrelevante Einflüsse einer Organisation, zusammengefasst von Badura et al. (1999); S. 103
Tab. 27: Merkmale von „gesunden“ und „ungesunden“ Organisationen (Quelle: Badura, Ritter, Scherf, 1999: 30); S. 104
Tab. 28: Evaluationsebenen, Bezugspunkte sowie praktikable Instrumente (Quelle: Badura, Ritter, Scherf 1999: 114–115); S. 118
Tab. 29: Qualitätsrelevante Kriterien von betrieblichem Gesundheitsmanagement (Quelle: Oppolzer, 2006: 35); S. 118
Tab. 30: Zusammenfassung geeigneter Instrumente nach Ebenen (Quelle: Evers et al, 2009: 38); S. 120
Tab. 31: Zusammenfassung geeigneter Instrumente nach Personen (Quelle: Evers et al., 2009: 39); S. 121
Tab. 32: Geeignete Managementinstrumente für nachhaltige Arbeitsqualität (Quelle: Evers et al., 2009: 62); S. 122

Abbildungen:

Abb. 1: Lebendgeborene, Gestorbene, Einwohnerzahl 1951-2008 (Quelle: Statistik Austria, 2009: 18); S. 2
Abb. 2: Bevölkerungspyramide 2008, 2030 und 2050 (mittlere Variante) (Statistik Austria, 2009: 48); S. 3
Abb. 3: Bevölkerung nach breiten Altersgruppen 1959-2050 (mittlere Variante) (Statistik Austria, 2009: 50); S. 4
Abb. 4: Durchschnittliche Kinderzahl pro Frau (1951-2008), *Periodenfertilitätsrate (Statistik Austria, 2009: 25); S. 5
Abb. 5: Lebenserwartung bei der Geburt und fernere Lebenserwartung im Alter von 60 Jahren 1970-2008* (Statistik Austria, 2009: 31); S. 6
Abb. 6: Organisationale Belastungsfaktoren im Jahr 2005 (Biffl, 2008: 39); S. 9
Abb. 7: Entwicklung der Krankenstandsfälle je Erkrankte/n sowie der Tage der Krankenstandsfall (Leoni, 2008: 17); S. 12
Abb. 8: Krankenstandsfälle und –tage nach Dauer, unselbständige Beschäftigte 2006 (Leoni, 2008: 21); S. 13
Abb. 9: Krankenstands (KSQ)-, Erwerbs (EQ)- und Arbeitslosenquoten (ALQ) nach Alter, 2006 (Leoni, 2008: 30); S. 14

Abb. 10: Zusammensetzung der Pensionsstände nach Pensionszugangsarten der PV, 2006 (Biffl et al, 2009: 36); S. 15
Abb. 11: Historische Wendepunkte und Einflüsse der Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene, modifiziert nach Kaba-Schönstein 2003a; S. 22
Abb. 12: Geschäftsbereiche des GÖG (vgl. www.goeg.at); S. 31
Abb. 13: Darstellung der Zusammenhänge von Arbeit, Stress und Krankheit nach dem klassischen Belastungs-Beanspruchungsmodells (vgl. Badura, Walter, Hehlmann 2010: 364); S. 50
Abb. 14: Darstellung der Lernebenen nach Argyris und Schön (Quelle: Zimolong, Elke, Bierhoff, 2008: 196); S. 88
Abb. 15: Abbildungsunterschrift (Quelle: Badura, Ritter, Scherf, 1999: 20); 114
Abb. 16: Phasen und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Quelle: Ulich et al. 2009: 120 in Anlehnung an Sochert 1998); S. 116
Abb. 17: BGM als Integrationsaufgabe und stufen ihrer Entwicklung (Quelle: Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 276); S. 125
Abb. 18: BGM als integrierte Dienstleistung und stufen ihrer Entwicklung (Quelle: Badura, Walter, Hehlmann, 2010: 280); S. 126

Experten:

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Dr. Christian Scharinger

Mag. Dr. Klaus Ropin

Mag.a Birgit Kriener

Prof. em. Dr. rer. Soc. Bernhard Badura

Dipl. Soz. David Beck

Ing. Mag. Gerhard Elsigan

Thomas Braun, lic. iur. et. Morph. Innovationsforscher

Mag. Ludwig Grillich

Dr. Bernd Hufnagl

Literaturrecherchen:

L1; Ahler G., 2008, Demografischer Wandel- Die Herausforderung im betrieblichen Gesundheitsmanagement, Ahlers Nordakademie, Techniker Krankenkasse Hamburg, Download: http://www.gesa-sh.de/documents/Ahlers_Nordakademie_080624.pdf

L2; Atzler B., Betriebliche Gesundheitsförderung, Betriebliches Gesundheitsmanagement Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention Josefhof der VAEB

L3; Badura B., Steinke M., 2009, Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen, Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation, Hans-Böckler-Stiftung, Download: http://www.boeckler.de/pdf_fof/S-2008-123-4-1.pdf

L4; Bechmann S., Jäckle R., Lück P., Herdegen R., 2010, Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), iga.Report 20, Download: http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-20.html

L5; Harb A., 2008, Warum gesund führen, 13. Informationstagung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, Graz, Download: http://www.auva.at/mediaDB/MMDB136636_W%202%20-%20Anika%20Harb.pdf

L6; Einführung: Gesundheit am Arbeitsplatz in Klein- und Mittelbetrieben, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB119919_SME%20-%20Länderbericht%20-%20deutsch.pdf

L7; Expertengespräch, 2008, Resümee ExpertInnengespräch SV Wissenschaft – Forschung und Lehre in der Österreichischen Sozialversicherung: Gesundheitsförderung (in der SV): Projekte und was nun? Download: http://esv-sva.sozvers.at/mediaDB/MMDB134610_Resümee%20ExpertInnengespräch%20SV%20Wissenschaft.pdf

L8; Gratzer A., 2009, Betriebliche Gesundheitsförderung in Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Kammer für Arbeiter und Angestellte für Steiermark, Download: http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d91/BGF_klein.pdf

L9; Hardes H.D., Holzträger D., 2009, Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis, Strategien zur Förderung der Arbeitsfähigkeit von älter werdenden Beschäftigten, Rainer Hampp Verlag, München, Mering

L10; Kriener B., Neudorfer E., Künzel D., Aichinger A., 2004, Gesund durchs Arbeitsleben, Empfehlungen für eine zukunfts- und alternsorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen, Die Partner. At, Download: http://www.wko.at/sp/bgf/BGFStudie.pdf

L11; Kowalski H., 2004, Nachhaltige Gesundheitsförderung im Betrieb, Erfolgs- Misserfolgsfaktoren, Eine Bestandsaufnahme im Rahmen des Förderprojekts des BMWA, Nagu-Projekt, Download: http://www.nagu-projekt.de/download/down_allg/Aufsatz%20Nachhaltige%20Gesundheitsf%F6rderung.pdf

L12; Kramer A., 2008, Leuchttürme der BGF, Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Download: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/Leuchttuerme_BGF.pdf

L13; Kriener B., 2002, Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Erstellt von diepartner.at im Auftrag der Wirtschaftskammer Österreich mit Unterstützung des Fonds Gesundes Österreich, well@work, Download: http://wko.at/sp/bgf/endbericht.pdf

L14; Lenhardt U., Rosenbrock R., 2006, Wegen Umbau geschlossen, Auswirkungen betrieblicher Reorganisation auf den Gesundheitsschutz, Hrg. Hans-Böckler-Stiftung, edition sigma Berlin

L15; Meggeneder O., Betriebliche Gesundheitsförderung, Ein Rückblick mit Perspektiven, Gesundheit am Arbeitsplatz in Klein- und Mittelunternehmen, Länderbericht, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB124361_4.%20Informationstag%201999.pdf

L15; Meyer Jörn-Axel, Gesundheit in KMU, Widerstände gegen Betriebliches Gesundheitsmanagement in Kleinen und mittleren Unternehmen, Gründe, Bedingungen und Wege zur Überwindung, Techniker Krankenkasse, Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK, Band 17 - ISSN 1610-8450, Download: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/2008/TK_KMU_Studie.pdf

L16; Maislinger Parzer M., 2006, Forschung Urstein Gmbh, Zentrum für Zukunftsstudien, Salzburg, Abschlußbericht, Download: http://www.arbeiterkammer.at/bilder/d49/BetrGesundheitsfoerderungStudie07.pdf

L17; Nöhammer E., Eitzinger· C., Schaffenrath-Resi· M., 2009, Stummer H., Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung, Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Mitarbeiterperspektive, Prävention Gesundheitsförderung 2009 · 4:77–82, DOI 10.1007/s11553-008-0154-9, Online publiziert: 15. Januar 2009, © Springer Medizin Verlag 2009

L18; Stummer H., Nöhammer E., Schaffenrath-Resi M., Eitzinger C., 2008, Interne Kommunikation und betriebliche Gesundheitsförderung, Informationshemmnisse bei der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung, Präventive Gesundheitsförderung 2008 · 3:235–240, DOI 10.1007/s11553-008-0136-y, Online publiziert: 21. September 2008, © Springer Medizin Verlag 2008

L19; Udris I., 2008, Mitarbeiterbefragung und BGM-SALSA, ein Instrument für die Praxis, Download: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB124363_6.%20Informationstag%202001.pdf

L20; Uwe Lenhardt, Elkeles T., Rosenbrock R., 1997, Betriebsproblem Rückenschmerz, Juventa Verlag Weinheim und München

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden. Diese Arbeit wurde noch nicht anderwärtig als Arbeit eingereicht.

Dipl. Pt. Grünewald Christian D.O.P.T. Rum, 25.11.2010