Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

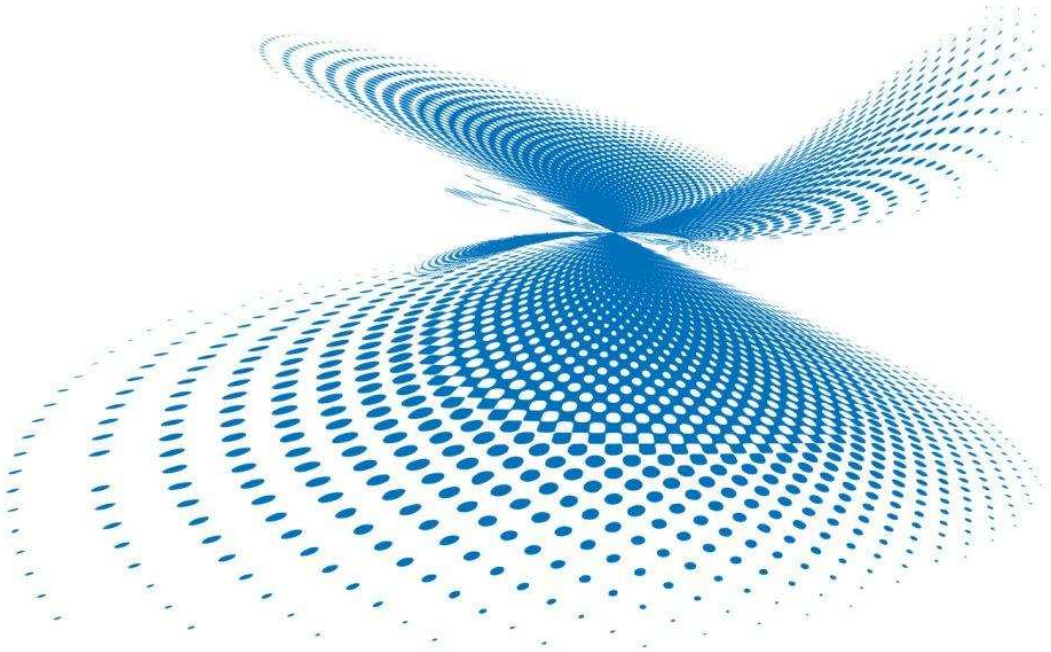
IfGP

GKK KÄRNTEN

NÖGKK NÖ Gebietskrankenkasse Wir vorsorgen Sie!

OÖGKK FORUM GESUNDHEIT

Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung



IfGP

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

Impressum

Auftraggeber:	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) www.hauptverband.at
Auftragnehmer:	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) www.vaeb.at
Berichterstellung:	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP) www.ifgp.at
Projektlaufzeit:	Juli 2012 bis Juni 2013
Projektleitung:	Mag. Hubert Langmann (IfGP)
Projektteam:	Mag. Christoph Heigl (OÖGKK) Leo Manseder (NÖGKK) Mag. Stefan Spitzbart (Hauptverband) Claudia Stumpfl (KGKK)
Berichterstellung:	Mag. Hubert Langmann (IfGP) DI Andreas Kvas (IfGP)
Berichtversion:	16. 9. 2014

KONTAKTADRESSE FÜR RÜCKFRAGEN

Hauptverband der österreichischen SV
Mag. Stefan Spitzbart

Kundmanngasse 21
1031 Wien
Tel +43 (0)1 71132 – 3113
E-Mail stefan.spitzbart@hvb.sozvers.at

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
Mag. Hubert Langmann

Haideggerweg 40
8044 Wien
Tel +43 (0) 50 2350 – 37908
E-Mail hubert.langmann@ifgp.at

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis III
Tabellenverzeichnis V
Zusammenfassung 1
1 Einleitung 3
2 Ziel und Nutzen des Projekts 5
3 Gesundheit und Messen 7
3.1 Was ist Gesundheit? 7
3.2 Was ist Messen? 7
3.3 Kann man Gesundheit messen? 8
4 Indikatoren und Kennzahlen 9
4.1 Definitionen 9
4.1.1 Was ist ein Indikator? 9
4.1.2 Was ist eine Kennzahl? 10
4.2 Anforderungen 10
4.2.1 Anforderungen an Indikatoren 10
4.2.2 Anforderungen an Kennzahlen 11
5 Vorgehen 13
5.1 Workshops 13
5.2 Operationalisierung 24
5.3 Qualitätssicherung 24
6 Empfohlene Kennzahlen 25
7 Weitere Schritte 26
7.1 Rahmenbedingungen 26
7.2 Gemeinsame (kassenübergreifende) Evaluation 27
Literatur 32
Anhang 35
A1 Empfohlene Kennzahlen 36
A2 Kennzahlen für die dzt. kein Konsens besteht 84
A3 Zielwerte 92
A4 Instrumente 95

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Messen. 7
Abbildung 2. Übersicht über die Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung 29
Abbildung 3. Von der Datenübermittlung zum Bericht 31
Abbildung 4. Entwicklung 2015 bis 2017. 31

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anmerkungen der TeilnehmerInnen zu den Kennzahlen 20
Tabelle 2: Empfohlene Kennzahlen..... 25
Tabelle 3: Kennzahlen für die dzt. kein Konsens besteht 25

Zusammenfassung

Das gegenwärtige Bild der Arbeitswelt wird durch Veränderungen in Wirtschaft und Gesellschaft geprägt. Die Bewältigung der damit einhergehenden Herausforderungen liegt im Bemühen um Innovation. Das Ziel (innovativer) Betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der gesundheitlichen Situation und die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen der berufstätigen Versicherten.

Aus diesem Grund hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) das Projekt **„Operationalisierung von Betrieblichen Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung“** beauftragt, das in Kooperation mit den teilnehmenden Sozialversicherungsträgern (KGKK, NÖGKK und OÖGKK) und dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) umgesetzt wurde.

Ziel des Projekts ist die Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliche Gesundheitsberichterstattung (BGBE) in österreichischen Betrieben. Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung sollen die Gesundheit der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene abbilden und Veränderungen (aufgrund von BGF) sichtbar machen sowie gegebenenfalls zukünftig überwachen.

Unter Berücksichtigung aller vorliegenden Ergebnisse wird vom Projektteam die Verwendung folgender Kennzahlen empfohlen:

Zielbereich: Arbeit

- BGF-Maßnahmen
- Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen
- Fluktuationsquote (Einsatz ergänzend wünschenswert)
- Qualifizierungstage
- Arbeitszufriedenheit
- Zufriedenheit mit Führungsstil
- Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n
- Soziale Unterstützung durch KollegInnen

- Qualität der Arbeit
- Quantitative Überforderung
- Arbeitsfähigkeit
- Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Zielbereich: Gesundheit

- Gesundheitsquote
- AU-Tage
- AU-Fälle
- AU-Tage je AU-Fall
- AU-Quote
- Langzeitkrankenstände
- Kurzzeitkrankenstände (Einsatz ergänzend wünschenswert)
- [Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen
- Subjektiver Gesundheitszustand
- Körperliche Aktivität
- Ernährung

Diese Empfehlungen sollen das Format Betrieblicher Gesundheitsbericht sowohl bei der Strukturierung, der Darstellung gesundheitsbezogener Kennzahlen sowie bei der Vergleichbarkeit über die Zeit hinweg unterstützen. Betriebliche Gesundheitsberichte sollten dabei keine spezielle Variante wissenschaftlicher Publikation darstellen, sondern dem gemeinsamen Ziel, verständliche und handlungsorientierte Darstellung von Gesundheitsinformationen zu liefern, verpflichtet sein.

1 Einleitung

In der SV-BSC 2011 wurde für das Setting Betrieb Abschnitt Kennzahlensysteme das Ziel festgelegt, mindestens drei Kennzahlen zu operationalisieren und für den österreichweiten Einsatz vorzubereiten sowie das Committment für die ausgewählten Kennzahlen bei relevanten Stakeholdern zu schaffen.

Aus dem Bericht „Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in Österreich“ (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, 2011) gehen folgende Empfehlungen hervor:

Als Ergebnis der Arbeit wird jedenfalls die Aufnahme von Kennzahlen für

- krankheitsbedingte Fehlzeiten
- BGF/BGM-Maßnahmen und
- Beteiligung an BGF/BGM-Maßnahmen
- subjektiven Gesundheitszustand
- Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkohol, Bewegung und Ernährung)
- Arbeitszufriedenheit
- Führungsverhalten und
- Soziale Unterstützung

als Bestandteil eines Betrieblichen Gesundheitsberichts empfohlen.

Eine bedingte Empfehlung und weitere Diskussion wird für Kennzahlen für

- freiwillige Fluktuation inkl. pensionierungsbedingter Abgänge (noch zu diskutieren für den Einsatz im öffentlichen und im ländlichen Bereich)
- Weiterbildung
- Produktivität
- Ausbildung der MitarbeiterInnen und
- Bindung (Commitment)

ausgesprochen.

Eine weitere Diskussion wird für Kennzahlen für vorgeschlagen:

- (gesundheitsbezogenes) Vorschlags-/Verbesserungswesen

- Qualität der Arbeit (z.B. Arbeitsintensität oder quantitative / qualitative Überforderung)
- Arbeitsfähigkeit / -bewältigung

Diese weitere Diskussion und Verbreitung der empfohlenen Kennzahlen sollte in einem dreistufigen Prozess erfolgen. Das Ergebnis dieses Prozesses ist Inhalt dieses Berichts. In einem ersten Schritt wurde der Vorschlag innerhalb der Sozialversicherungsträger diskutiert. In einem zweiten Schritt wurde die Diskussion auf Ebene der Sozialpartner fortgeführt und im letzten Schritt wurde die Diskussion der Ergebnisse auf der Ebene des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung und des Fonds Gesundes Österreich geführt. Als Treiber der Diskussion fungierte der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen.

Da jedenfalls auch die Operationalisierung der einzelnen Kennzahlen zu klären war, sollte bis zur Diskussion auf Ebene der Sozialpartner je Kennzahl mindestens ein Operationalisierungsvorschlag vorliegen. Die Operationalisierungsvorschläge wurden im Rahmen eines Projekts erarbeitet.

Die Empfehlungen sollen das Format Betrieblicher Gesundheitsbericht beim Aufbau, z.B. Betriebliche Gesundheitspolitik und Gesundheitsziele, Soziodemographie, Gesundheitszustand, (arbeitsweltbedingte) Einflussfaktoren auf die Gesundheit und Betriebliche Gesundheitsaktivitäten, bei der Befüllung mit gesundheitsbezogenen Kennzahlen sowie bei der Vergleichbarkeit über die Zeit hinweg unterstützen. Betriebliche Gesundheitsberichte sollten dabei keine spezielle Variante wissenschaftlicher Publikation darstellen, sondern dem gemeinsamen Ziel, verständliche und handlungsorientierte Darstellung von Gesundheitsinformationen zu liefern, verpflichtet sein.

Auch wenn in vielen Betrieben ein hohes Maß an „informellem“ Wissen über Arbeit, Gesundheit und Krankheit vorhanden ist, existieren in Österreich in der Gesundheitsberichterstattung der Arbeitswelt bzw. in der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung keine einheitlichen Berichtstandards. Dabei erfüllen gerade Kennzahlen für die Führungskräfte und das Management von Unternehmen eine wichtige Funktion hinsichtlich Planung, Steuerung und Kontrolle von (gesundheitsbezogenen) Unternehmensaktivitäten.

2 Ziel und Nutzen des Projekts

Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung sollten dazu dienen, die Gesundheit der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene abzubilden und Veränderungen (aufgrund von BGF) sichtbar zu machen sowie ggf. zukünftig zu monitoren. Idealerweise können diese Kennzahlen auch für eine ökonomische Bewertung von BGF herangezogen werden.

Zielsetzung des Projekts ist die Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in österreichischen Betrieben. Die Kennzahlen sollten nach Maßgabe auch für eine spätere nationale arbeitswelt-bezogene Gesundheitsberichterstattung herangezogen werden können. Die Kennzahlen sollen möglichst einfach zu erheben, praktikabel im Einsatz sein und bestimmte Kerngrößen möglichst unabhängig von der Betriebsgröße umfassen. Dies vor dem Hintergrund, dass die Erhebung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsförderung vor allem für KMUs eine Herausforderung darstellen könnte. Darüber hinaus sollen die Kennzahlen Aussagen über den Einfluss der BGF insbesondere auf die Gesundheit der MitarbeiterInnen ermöglichen.

Die operationalisierten Kennzahlen können, müssen aber nicht zwangsläufig, zur Überprüfung der Gesundheitsstrategie eines Unternehmens geeignet sein. Gesundheitsziele und Strategien von Unternehmen zur Erreichung dieser Ziele sind zu heterogen, als das mit einer kleinen Auswahl an Kennzahlen alle Ziele aller Unternehmen überprüft werden könnten. Sofern eine Passung mit der Gesundheitsstrategie eines Unternehmens vorliegt, können aber einzelne Kennzahlen durchaus einen Beitrag zur Überprüfung der Gesundheitsstrategie leisten.

Nichtziel: Entwicklung eines neuen Fragebogens

NutzerInnen der Projektstudie sind in erster Linie die Sozialversicherungsträger. Der Nutzen der Projektstudie für die SV-Träger besteht im Vorliegen von:

- Operationalisierten Kennzahlen für Betriebliche Gesundheitsberichterstattung

Projektteam

Die Studie wurde in Zusammenarbeit von vier Sozialversicherungsträgern erarbeitet: Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (Hubert Langmann, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Projektleitung), Kärntner Gebietskrankenkasse (Claudia Stumpfl), Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (Leo Manseder) und Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (Christoph Heigl).

3 Gesundheit und Messen

3.1 Was ist Gesundheit?

In ihrer Erklärung von 1946 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als "Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Fehlens von Krankheit und Gebrechen". Zwischenzeitig wurden aufgrund der mit dieser Definition einhergehenden Probleme Ergänzungen vorgeschlagen. Gesundheit ist ein dynamischer Prozess und vollkommenes Wohlbefinden wird als ein relativer Zustand aufgefasst, der auch subjektiv nicht immer erreichbar ist (Lippke & Renneberg, 2006, S.8). Einen weiteren Versuch, Gesundheit zu definieren, unternimmt Noack. Für ihn stellt die Gesundheit (einer Person, einer Gemeinschaft) „ein Potenzial und eine Fähigkeit dar, Lebensziele zu erreichen, das Leben zu gestalten und zu bewältigen, Gefühle zu regulieren und individuelle sowie soziale Bedürfnisse zu befriedigen“ (Noack, 2005).

3.2 Was ist Messen?

Einer gebräuchlichen Definition von Gutjahr (1972) zufolge, ist Messen das "Zuordnen von Zahlen zu Objekten, wobei die Relationen zwischen den Objekten durch die Relationen zwischen den Zahlen reflektiert werden soll“. Wie aus Abbildung 1 ersichtlich, werden den Personen der Menge A (a1: Person 1; a2: Person 2; a3: Person 3; a4: Person 4) Zahlen der Menge B zugeordnet (1: weiblich; 0: männlich).

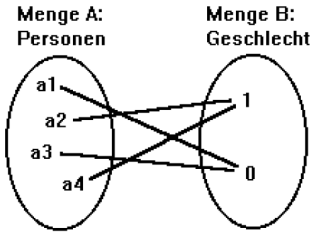


Abbildung 1: Messen.

3.3 Kann man Gesundheit messen?

Am Beginn steht „die Diskussion um die Messbarkeit aller Dinge …“ (Fritz, 2006, S. 11). Diese Wertediskussion wird polarisierend von zwei Gruppen geführt, von denen die eine alles für messbar hält und die andere davon ausgeht, dass das meiste nicht messbar ist.

„Wenn man Gesundheit selbst aber weder messen kann noch messen sollte, in welcher objektivierbaren und operationlisierbaren Form kann sie dann in Gesundheitsmanagement und Betriebliche Gesundheitsförderung eingebracht werden? Das muss offenbar indirekt geschehen, denn Gesundheit lässt sich zwar nicht selbst messen, wohl aber ihre „Statthalter“.“ (Westermayer & Stein, 2006, S. 225).

Bei der Messung von Gesundheit differenzieren Lippke und Renneberg (2006, S.8.) zwischen objektivierter Messung und subjektiver Feststellung von Gesundheit. Eine objektivierte Messung der Gesundheit besteht in einem Expertenkonsens insbesondere von medizinischem Fachpersonal (Urteil der Behandelnden) unter Zuhilfenahme medizinisch-technischer Messungen (z.B. Röntgenaufnahmen, Ultraschall, EKG). Die subjektive Feststellung von Gesundheit „beruht auf der eigenen Einschätzung des Gesundheitszustandes“ (Lippke & Renneberg, 2006, S.8).

Der Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist häufig ein indirekter und nur anhand sog. „weicher“ Faktoren wie z.B. Änderung des subjektiven Gesundheitszustandes, Änderung des Gesundheitsverhaltens oder Arbeitszufriedenheit messbar.

4 Indikatoren und Kennzahlen

4.1 Definitionen

4.1.1 Was ist ein Indikator?

Indikatoren kann man allgemein als Kenngrößen definieren, die zur Abbildung eines bestimmten, nicht direkt messbaren und oftmals komplexen Sachverhalts (Indikandum) ausgewählt werden (SRU, 1998, zitiert nach Pfaff & Nitzsche, 2008). Vergleichbare Ansätze stammen vom Bundesamt für Gesundheit (2005): „Ein Indikator dient zum Nachweis einer Größe, die nicht oder nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand direkt zu messen ist“ (zitiert nach Pfaff & Nitzsche, 2008) oder von Bortz und Döring (2002): „Ein Indikator stellt ein wesentliches Instrument zur Messung eines theoretischen Konstrukts dar. Der Indikator ist eine Hilfe und Unterstützung bei der Beurteilung einer Maßnahme als Erfolg oder Misserfolg“ (zitiert nach Wetzstein & Lauterbach, 2004, S. 17).

„Diese qualitativen Aspekte, die nicht direkt messbar sind, werden, im Gegensatz zu den direkt erfassbaren Kennzahlen, häufig auch als Indikatoren bezeichnet. In Abgrenzung zu den direkt erfassbaren Kennzahlen, bei denen ein eindeutiger kausaler Zusammenhang zum Zielwert besteht, sind viele Aspekte im Personalbereich qualitativer Natur und Sachverhalte können als Indikatoren nur mittelbar abgebildet werden. Diese Indikatoren können wiederum keine monokausalen Zusammenhänge widerspiegeln. Eine Fluktuationsquote kann beispielsweise eine indirekte Messgröße für Betriebsklima oder Arbeitszufriedenheit sein“ (Baumanns, 2009, S. 90).

Aufgrund der Bedeutung von „weichen“ Kennzahlen in der Nutzenbewertung von Betrieblicher Gesundheitsförderung sollen die sog. „Intangibles“ erwähnt werden. “’Intangibles’ werden definiert als nichtphysische Quellen zukünftiger Erträge (Labhart 1999: 189), z.B. Forschung und Entwicklung, Markenwerte, Mitarbeiter-Know-how, Kundenorientierung … Gesundheit, Befinden, Motivation und Identifikation der Mitarbeiter mit ihrem Unternehmen, mit anderen Worten das Humankapital“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S. 72). Was die Messung betrifft, werden intangible Werte „mit Hilfe „nichtfinanzieller Messgrößen“ (Non financials) erfasst und als Kennzahlen zur Einschätzung der Entwicklungspotenziale eines Unternehmens definiert“ (Labhart, 1999, S. 239, zitiert nach Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S. 72). Die

Bedeutung intangibler Werte zur Vorhersage zukünftiger Unternehmensentwicklung wird gerne betont (ebda.).

4.1.2 Was ist eine Kennzahl?

Betrachtet man die folgenden Definitionen des Begriffs Kennzahl aus der Betriebswirtschaftslehre, wird deutlich, dass keine eindeutige Abgrenzung zum Begriff Indikator gegeben ist. Nach Weber (1999) sind Kennzahlen Informationen in komprimierter Form über quantitativ gemessene betriebswirtschaftliche („harte“) und soziale („weiche“) Sachverhalte und für Horvath (2001) geben Kennzahlen „relevante Zusammenhänge in verdichteter, quantitativ messbarer Form wieder und dienen der expliziten Quantifizierung qualitativer Phänomene (zitiert nach Lütticke, 2004, S. 152).

Baumanns schlägt daher vor, auf die trennscharfe Abgrenzung der Begriffe Kennzahl und Indikator zu verzichten, „da im Bereich des Personalmanagements und dann insbesondere im BGM sowohl quantitative Größen (Kennzahlen), wie auch qualitative Aspekte (Indikatoren) gemeinsam in einem zu generierenden Bezugsrahmen Eingang finden sollen und eine derartige Trennung nur zu unnötiger Begriffskomplexität führen würde“ (2009, S. 91).

4.2 Anforderungen

4.2.1 Anforderungen an Indikatoren

Die Entwicklung von Indikatoren stellt innerhalb des „Logical Frameworks“ (Meyer, 2004, S. 34f) lediglich einen, wenngleich den für das spätere Monitoring- und Evaluationssystem entscheidenden, Baustein dar. Nach Meyer (2004) muss ein Indikator „gleichzeitig theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen genügen“ (S. 24), um entscheidungsrelevante Informationen liefern zu können, die dann auch in tatsächliche Entscheidungsprozesse einfließen. Zur Unterstützung und Versachlichung der Auswahl potenzieller Indikatorenkandidaten schlägt Meyer (2004) den Einsatz einer Indikatoren-Checkliste vor, welche eine Bewertung dieser Anforderungen durch ExpertInnen ermöglicht.

4.2.2 Anforderungen an Kennzahlen

Nach Froboese et al. (2008) „sollten Kennzahlen valide (die Kennzahl misst genau das, was sie vorgibt zu messen), vollständig (die Kennzahl informiert umfassend über Aspekt), zuverlässig (das Messresultat ist unabhängig vom Zeitpunkt, Ort und Beobachter) und zeitgerecht (Resultate sind dann erhältlich, wenn gewünscht) sein“ (S. 92f). Weitere Anforderungen (S. 93f) beziehen sich auf:

- **Nutzen**: „Kennzahlen sollen in kompakter Form die betriebliche Realität und dementsprechend auch die Aktivitäten und ökonomischen Auswirkungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung abbilden. Dabei kommt es weniger auf die Quantität an. Wichtiger ist es, dass die Kennzahlen die mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung verfolgten strategischen Ziele wiedergeben. Ein betrieblicher Nutzen ist dann gegeben, wenn sich die Kennzahlen von diesen Zielen und den damit verbundenen Aufgaben und Meilensteinen ableiten lassen. Wenige und prägnante Kennzahlen sind grundsätzlich besser und werden eher akzeptiert als viele unwichtige und umständlich zu erhebende Kennzahlen“ (S. 93).
- **Erfassungsaufwand**: Der Erfassungsaufwand sollte in einem angemessenen Verhältnis zu dem aus der Kennzahl resultierenden Nutzen stehen.
- **Verfolgbarkeit**: Im günstigsten Fall wurden die Kennzahlen bereits in der Vergangenheit erhoben. Bei „neu geschaffenen Kennzahlen ist die Verfolgbarkeit über die Zeit nicht zu vernachlässigen“. „Des Weiteren sollte der Zeitbezug der Kennziffern festgelegt werden, der im engen Zusammenhang mit dem Erfassungsaufwand steht„ (jahresweise, quartalsweise). Anpassungen bei Kennzahlen im Zeitverlauf wird es geben.
- **Darstellbarkeit**: „Kennzahlen sind durch ihre mathematische Darstellbarkeit geprägt“ (S. 94). Dies stellt bei den quantitativ verfügbaren Informationen (z. B. AU-Tage) kein Problem dar. „Die Erfassung von sog. weichen Faktoren (z. B. Betriebsklima) ist damit nicht ausgeschlossen. Sie müssen lediglich in eine messbare Form operationalisiert werden. Es gilt der Grundsatz, dass das, was nicht gemessen werden kann, auch nicht gemanagt werden kann“ (S. 94).
- **Datenquellen**: Bei der Kennzahlengenerierung kann man auf unterschiedlichste interne und externe Datenquellen zurückgreifen, die auf ihre Verlässlichkeit hin zu überprüfen sind.

- **Definitionen**: „Ein wichtiger Erfolgsfaktor für Kennzahlen ist ein gemeinsames Verständnis“ (S. 94). Jede Kennzahl sollte daher eindeutig definiert sein. Dies sollte auch für de facto selbsterklärende Kennzahlen gelten. Beispielsweise muss bei der Mitarbeiteranzahl geklärt werden, ob nur vorübergehend eingestellte Personen oder geringfügig Beschäftigte mitgezählt werden sollen.
- **Beeinflussbarkeit**: Die gewählten Kennzahlen sollen BGF-Aktivitäten in einem Unternehmen wiedergeben und auch in erster Linie durch die Betriebliche Gesundheitsförderung beeinflusst werden, also robust gegenüber anderen Kontextbedingungen sein. „Krankheitsbedingte Fehlzeiten werden zum Beispiel durch die wirtschaftliche Konjunkturlage beeinflusst, das heißt, in wirtschaftlich schlechten Zeiten ist tendenziell mit einem niedrigeren Krankenstand zu rechnen. Bei der Interpretation von Kennzahlen sollte demnach hinterfragt werden, ob neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung auch weitere Faktoren zu der jeweiligen Ergebnisausprägung beigetragen haben könnten“ (S. 95).
- **Messverantwortung**: „Es sollte klar geregelt werden, wer für die Erhebung der Kennzahlen zuständig ist“ (S. 96). Dies kann durch externe Institutionen erfolgen (z. B. Krankenkassen). Gleichfalls muss intern geregelt werden, wer mit der regelmäßigen Kennzahlenerhebung beauftragt wird.

5 Vorgehen

Das vorliegende Projekt ist das dritte in Folge zum Thema Betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Kennzahlen und baut auf den Ergebnissen der beiden anderen Studien auf. Im Rahmen der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beauftragten Studie „Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in Österreich“ (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, 2010) wurden ausgewählte österreichische Dokumente zum Thema Betrieblicher Gesundheitsbericht dargestellt und um die Ergebnisse einer Analyse von 42 „Gesundheitsberichten“ österreichischer BGF-Gütesiegelbetriebe ergänzt. Darüber hinausgehend wurden auch Ansätze zu einer arbeitsweltbezogenen (Gesundheits-)Bericht-erstattung miteinbezogen. In der sich anschließenden Studie wurden auf Basis von Befragungen und ExpertInneninterviews Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in Österreich vorgeschlagen (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, 2011). Das dritte Projekt beschäftigt sich nun mit der konkreten Operationalisierung dieser empfohlenen Kennzahlen. Dazu wurden mehrere Workshops abgehalten.

5.1 Workshops

Es fanden mehrere Arbeitstreffen statt, zu denen Expertinnen und Experten der Sozialversicherung, der Sozialpartner und dem Fonds Gesundes Österreich eingeladen wurden. Den Auftakt bildete ein Workshop des Projektteams zur Operationalisierung der Kennzahlen am 30.9.2012 im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die dort festgelegten Kennzahlen und erarbeiteten Operationalisierungsvorschläge sind auf den folgenden Seiten angeführt:

Zielbereich: Arbeit

Freiwillige Fluktuation (Eigenkündigungsquote)
Berechnung: Ausscheider / Gesamtzahl MA **Dividend:** Anzahl der Belegschaftsmitglieder, die in einer Periode freiwillig aus dem Unternehmen ausgeschieden sind. **Divisor:** Zahl der Belegschaftsmitglieder zum Stichtag. **Einschränkungen:** Indikator für Arbeitszufriedenheit (Annahme); abhängig von

Freiwillige Fluktuation (Eigenkündigungsquote)

Arbeitsmarktsituation und Konjunktur; Interpretationsmöglichkeiten abhängig von Unternehmensgröße und Beobachtungszeitraum

Offene Fragen: Festlegung Stichtag/Beobachtungsperiode; Festlegung Divisor (Jahresanfang minus Jahresende/2 oder Summe der Monatsletzten/12 od. Jahresmitte, etc.; Vollzeit/Teilzeit

Weiterbildung (Qualifizierungstage je MA)

Berechnung: Anzahl der Tage für Qualifizierung / Gesamtzahl MA

BEISPIEL

Das Unternehmen hat Anfang März insgesamt 245 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Im Monat März wurden intern und bei externen Weiterbildungsträgern insgesamt Qualifizierungsmaßnahmen im Umfang von 73 Tagen durchgeführt. Daraus ergibt sich für diese Kennzahl ein Wert von

73 / 245 = 0,298

Dividend: Anzahl der Belegschaftsmitglieder, die in einer Periode freiwillig aus dem Unternehmen ausgeschieden sind.

Divisor: Zahl der Belegschaftsmitglieder zum Stichtag.

Einschränkungen: Aussagekraft aus Unternehmenssicht abhängig von Einschätzung der Geschwindigkeit des technologischen Wandels und der Veränderungen der Qualifikationsanforderungen an die MA; Definition Qualifizierung; welche Beschäftigten/-gruppen (üblicherweise Qualifiziertere, Besserverdienende); Datenqualität

Offene Fragen: Ersatz durch relative Kennzahl „Personalentwicklungsaufwand in Prozent des Personalaufwands“ (größerer Erhebungsaufwand für Unternehmen)

Produktivität je MA

Berechnung: Wertschöpfung / Gesamtzahl MA (Vollkräfteeinheiten)

BEISPIEL

Das Unternehmen hat insgesamt 245 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Im Vormonat wurde eine Wertschöpfung von insgesamt 1,488 Mio. EUR erwirtschaftet. Die Zahl der Vollkräfteeinheiten ergibt sich durch Umrechnung der Teilzeitbeschäftigten auf Vollzeitkräfte und beträgt 235,5. Daraus ergibt sich für diese Kennzahl ein Wert von

1.488.000 EUR / 235,5 = 6.318,47 EUR

Dividend: Wertschöpfung

Divisor: Zahl der Belegschaftsmitglieder in Vollkräfteeinheiten zum Stichtag.

Einschränkungen: nur für Profitunternehmen eindeutig interpretierbar; Datenqualität

Offene Fragen: Definition Wertschöpfung: Umsatz minus von anderen Unternehmen bezogene Vorleistungen (Material, Dienstleistungen, etc.)

Arbeitszufriedenheit

Allgemeine Arbeitszufriedenheit

Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzu-frieden	sehr unzu-frieden
Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit…	☐	☐	☐	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung;

Führungsverhalten

Direkte Vorgesetzte/ direkter Vorgesetzter

Mein direkter Vorgesetzter Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.	nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Mein/e direkte/r Vorgesetzte/r vereinbart realistische Arbeitsziele mit mir.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein/e direkte/r Vorgesetzte/r gibt mir Feedback zu meiner Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Mein/e direkte/r Vorgesetzte/r lobt mich für gute Arbeit.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Arbeitsklima-Index (AK OÖ)

Bitte geben Sie an, wie zufrieden Sie mit den folgenden Bereichen Ihrer Arbeit sind. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.	sehr zufrieden	zufrieden	weder / noch	unzu-frieden	sehr unzu-frieden
Mit dem Führungsstil meiner/meines direkte/n Vorgesetzten bin ich …	☐	☐	☐	☐	☐

Formulierung und Antwortkategorien modifiziert

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung

Bindung (Commitment)

Bewertung meiner Arbeit (I) Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.	nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Ich bin stolz darauf, für dieses Unternehmen zu arbeiten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich fühle mich in diesem Unternehmen „zu Hause“.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung

Qualität der Arbeit

Bewertung meiner Arbeit (I) Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.	nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
Meine Arbeit stellt vielfältige Anforderungen an mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich lerne bei meiner Arbeit Neues dazu.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ich bin in Entscheidungen, die meine Arbeit betreffen, eingebunden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meine Arbeit ist sinnvoll.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung

Qualitative Überforderung

Arbeit und Betrieb	fast nie	selten	manchmal	oft	fast immer
Man hat genug Zeit diese Arbeit zu erledigen.	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt so viel zu tun, dass einem die Arbeit über den Kopf wächst.	☐	☐	☐	☐	☐
Es passiert soviel auf einmal, dass man es kaum bewältigen kann.	☐	☐	☐	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung

Soziale Unterstützung durch direkte/n Vorgesetzte/n

	Unterstützung Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.	nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
A	Wenn ich bei der Arbeit Probleme habe, erhalte ich von meiner direkten Vorgesetzten/ meinem direkten Vorgesetzten Unterstützung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	Meine direkte Vorgesetzte/ mein direkter Vorgesetzter unterstützt mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung; A: Probleme treten nicht auf;

Offene Fragen: Variante B (entspricht fast ESWC, European Survey on Working Conditions);

Soziale Unterstützung durch KollegInnen

	Unterstützung Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.	nie	selten	manchmal	oft	immer	kann ich nicht beurteilen
A	Wenn bei der Arbeit Probleme auftreten, erhalte ich von meinen KollegInnen Unterstützung.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B	Meine KollegInnen unterstützen mich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung; A: Probleme treten nicht auf;

Offene Fragen: Variante B (entspricht fast ESWC, European Survey on Working Conditions);

Arbeitsfähigkeit

2. Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O_5	O_4	O_3	O_2	O_1

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht
O_5	O_4	O_3	O_2	O_1

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung; keine Berechnung des Arbeitsfähigkeitsindex möglich

Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

6. Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?

unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
O_1	O_4	O_7

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung; keine Berechnung des Arbeitsfähigkeitsindex möglich

Zielbereich: Gesundheit

Kennzahlen zur Beschreibung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens			
Kennzahl	**Definition**	**Berechnungsvorschrift**	**Erläuterungen**
AU-Fälle	Anzahl der Fälle von Arbeitsabsenz aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.	Summe der AU-Fälle	Ein Beschäftigter kann im Auswertungs-zeitraum mehrere AU-Fälle aufweisen. Bei jahresübergreifenden Fällen werden jene berücksichtigt, die im Auswertungszeit-raum beendet wurden (rechtszensierte Selektion).
AU-Tage	Anzahl der Absenztage aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.	Summe der AU-Tage	Bei der Berechnung der AU-Tage werden auch arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage inkludiert. Bei jahresüber-greifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden“ Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden“ Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt.
AU-Fälle je Mitarbeiter (Kopfquote der AU-Fälle)	Anzahl der AU-Fälle je Beschäftigten	Summe der AU-Fälle dividiert durch die Anzahl der Mitarbeiter	Die Summe der angefallenen AU-Fälle wird auf die Beschäftigten verteilt.
AU-Tage je Mitarbeiter (Kopfquote der AU-Tage)	Anzahl der AU-Tage je Beschäftigten	Summe der AU-Tage dividiert durch die Anzahl der Mitarbeiter	Die Summe der angefallenen AU-Tage wird auf die Beschäftigten verteilt.
AU-Tage je AU-Fall	Mittlere Dauer eines AU-Falles	Anzahl der AU-Tage dividiert durch die Anzahl der AU-Fälle	Die mittlere Dauer eines AU-Falles ist ein Indikator für die Schwere einer Erkrankung.
Gesundheitsquote	Anteil der absenzfreien Kalendertage am Kalenderjahr	100 minus (Kopfquote der AU-Tage dividiert durch 365 mal 100)	Die Gesundheitsquote ist ein Indikator für den Gesundheitszustand der Beschäftigten.
Langzeiterkrankungen	AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 6 Wochen	In Prozent aller AU-Fälle	Mit Ablauf der 6. Woche endet in der Regel die Lohnfortzahlung durch den Arbeitgeber; ab der 7. Woche wird durch die Krankenkasse Krankengeld gezahlt

Subjektive Gesundheit

Wir möchten Sie nun darum bitten, uns Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu beschreiben, es geht also nicht darum, wie Sie sich heute fühlen.

1	**Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?**				
	☐ Sehr gut	☐ Gut	☐ Mittelmäßig	☐ Schlecht	☐ Sehr schlecht

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Beantwortung

Gesundheitsverhalten (Rauchen)

Rauchen Sie zurzeit oder haben Sie jemals geraucht?			
☐ Ja, täglich	☐ Ja, gelegentlich	☐ Nein, nicht mehr	☐ Ich habe nie geraucht

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Beantwortung; Ideal: Häufigkeit und Intensität (im Zweifelsfall Häufigkeit);

Gesundheitsverhalten (Alkoholkonsum)

Trinken Sie Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen, andere alkoholhaltige Getränke)?					
☐ Nie	☐ Selten	☐ Mehrmals im Monat	☐ 1 Mal in der Woche	☐ Mehrmals in der Woche	☐ Täglich

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Beantwortung; Ideal: Häufigkeit und Intensität (im Zweifelsfall Häufigkeit); keine Feststellung von problematischen Alkoholkonsum

Gesundheitsverhalten (Bewegung)

An wie vielen der vergangenen 7 Tage waren Sie mindestens für 30 Minuten körperlich aktiv?							
an 0 Tagen	an 1 Tag	an 2 Tagen	an 3 Tagen	an 4 Tagen	an 5 Tagen	an 6 Tagen	an 7 Tagen

Die Frage bezieht sich auf körperliche Betätigungen bei der Arbeit, bei der Haus- und Gartenarbeit, in der Freizeit, beim Sport oder um von einem Ort zum anderen zu gelangen. Es sollen nur Betätigungen berücksichtigt werden, die mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt wurden.

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung; u.U. Einfluss saisonaler Schwankungen

Gesundheitsverhalten (Ernährung)

Selbstberichtete Mindestmenge an verzehrtem Gemüse bzw. Obst

Wie oft essen Sie …	Obst	Gemüse (ausgenommen Kartoffel)
2 Mal oder öfter am Tag	☐	☐
1 Mal am Tag	☐	☐
Seltener als 1 Mal am Tag, aber mindestens 4 Mal pro Woche	☐	☐
Seltener als 4 Mal pro Woche, aber mindestens 1 Mal in der Woche	☐	☐
Seltener als 1 Mal pro Woche	☐	☐
Nie	☐	☐

Einschränkungen: Selbstselektion bei der Befragung

Offene Fragen: Zeitraum

Bei insgesamt fünf Arbeitstreffen erfolgte die Vorstellung des Projekts, der einzelnen Kennzahlen sowie deren Diskussion. Dabei wurden folgende Anmerkungen zu den einzelnen Kennzahlen abgegeben (mehrfache Nennungen werden nicht extra angeführt)

Tabelle 1: Anmerkungen der TeilnehmerInnen zu den Kennzahlen

Kennzahl	Anmerkung
Krankheitsbedingte Fehlzeiten	Beibehaltung der Kennzahlen AU-Tage, AU-Fälle, AU-Tage je MA, AU-Fälle je MA und Gesundheitsquote wird befürwortet. Streichung der Kennzahl Langzeiterkrankung wird befürwortet; Diagnosebasierte Krankenstandsanalysen dürfen nur von den Sozialversicherungen durchgeführt werden. Unterschiedliche Datenlage bei SV und Unternehmen aufgrund der Meldepflichtregelung für Krankenstände bis zu 3 Tagen Kennzahl Kurzzeitkrankenstände wird vorgeschlagen
BGF-/BGM-Maßnahmen & Beteiligung	Mehr verhältnisbezogenen Maßnahmen bei der Darstellung der Art der Maßnahmen erwünscht Beibehaltung erwünscht; Ausgewogenheit zwischen verhältnis- und verhaltensbezogenen Maßnahmen bei der Darstellung der Art der Maßnahmen soll weiter angestrebt werden Sinnhaftigkeit der Kennzahl wird hinterfragt; Anzahl der Maßnahmen bildet u.a. die Gesundheit der Beschäftigten auf betrieblicher Ebene nicht ab und wäre auch nicht praktikabel im Einsatz

Kennzahl	Anmerkung
Freiwillige Fluktuation	Beibehaltung offen; genauere Operationalisierung erwünscht
Weiterbildung: Qualifizierungstage je MitarbeiterIn	Differenziertere Erfassung der Kennzahl; Differenzierung nach freiwilliger vs. „verordneter“, bezahlter vs. unbezahlter Weiterbildung; Differenzierung nach Führungskräften und MitarbeiterInnen; Hinweis auf fehlende Angaben zu Kosten von Weiterbildung, Hinweis auf Leiharbeiterproblematik Genauere Operationalisierung erwünscht Kennzahl könnte durch die Kennzahl Personalentwicklungsaufwand in Prozent des Personalaufwands ersetzt werden
Produktivität: Wertschöpfung je MitarbeiterIn (VKE)	Mangelnde Allgemeingültigkeit in Bezug auf Unternehmen Wird insgesamt als sehr „kritische“ Kennzahl betrachtet; wird der tatsächlich geleisteten Arbeit seitens der Beschäftigten nicht gerecht; mangelnde Allgemeingültigkeit in Bezug auf Unternehmen (nicht für Non-Profit-Unternehmen geeignet) Es wurde auch die Frage der Leiharbeit angesprochen, die dabei nicht abgebildet wird. Ergänzend für größere Unternehmen Aufnahme erwünscht Die Kennzahl zur Produktivität wird als nicht wesentlich bzw. in dem Ausmaß als gesundheitsrelevant erachtet, als dass sich ein derartiger Kennwert in dieser Auswahl wiederfinden sollte. Aussagekraft der Kennzahl wird hinterfragt
Produktivität: Umsatz je MitarbeiterIn (VKE).	Aufnahme erwünscht Die Kennzahl zum Umsatz wird als nicht wesentlich bzw. in dem Ausmaß als gesundheitsrelevant erachtet, als dass sich ein derartiger Kennwert in dieser Auswahl wiederfinden sollte. Aussagekraft der Kennzahl wird hinterfragt
Subjektive Gesundheit	Beibehaltung befürwortet; Kontext wird tlw. als problematisch betrachtet (Beschäftigte könnten annehmen, dass Personen mit geringerer subjektiver Gesundheit Gefahr laufen eher gekündigt zu werden)
Gesundheitsverhalten (Rauchen)	Unsicher ob Kennzahl „etwas bringt“; Erfahrung zeigt, dass in BGF-Projekten oft alle Ziele bis auf Rauchen /Alkohol erreicht werden (es handelt sich um Süchte (Erkrankungen) und daher sind sie nicht Teil der

Kennzahl	Anmerkung
	Gesundheitsförderung). Streichung befürwortet. Wiederaufnahme befürwortet
Gesundheitsverhalten (Alkohol)	Unsicher ob Kennzahl „etwas bringt“; Erfahrung zeigt, dass in BGF-Projekten oft alle Ziele bis auf Rauchen /Alkohol erreicht werden (es handelt sich um Süchte (Erkrankungen) und daher sind sie nicht Teil der Gesundheitsförderung). Streichung befürwortet Wiederaufnahme befürwortet
Gesundheitsverhalten (Bewegung)	Lebensstilaspekte sollten unbedingt enthalten sein; Beibehaltung befürwortet Hinweis auf saisonale Einflüsse bei der Erhebung
Gesundheitsverhalten (Ernährung)	Problematik der Fructoseintoleranz von Personen Beibehaltung befürwortet; Einfachere Abfrage erwünscht Hier müsste auch die Möglichkeit einer warmen Mahlzeit bei Nacht- bzw. bei Nachtschichtarbeit abgefragt werden. Abfrage ob es eine Kantine im Unternehmen gibt bzw. eine Aufwärmmöglichkeit für Essen am Arbeitsplatz zur Verfügung gestellt wird
Arbeitszufriedenheit	Beibehaltung befürwortet
Führungsverhalten	Beibehaltung befürwortet (Formulierung modifiziert nach Arbeitsklima-Index (AK OÖ) wird aufgrund der sprachlichen Einfachheit bevorzugt Abgleich mit Kennzahl Soziale Unterstützung durch direkte/n Vorgesetzte/n Kennzahl könnte aufgrund der Länge des Fragebogens und aufgrund der Überschneidung mit der Kennzahl Soziale Unterstützung durch direkte/n Vorgesetzte/n gestrichen werden
Soziale Unterstützung durch direkte/n Vorgesetzte/n	Beibehaltung der Kennzahl offen; Formulierung lt. Variante B könnte unklar bleiben (… Unterstützung wobei?) ist aber einfacher Abgleich mit Kennzahl Führungsverhalten Beibehaltung befürwortet
Soziale Unterstützung durch KollegInnen	Beibehaltung der Kennzahl offen; Formulierung lt. Variante B könnte unklar bleiben (… Unterstützung wobei?) ist aber einfacher Beibehaltung befürwortet
Bindung (Commitment)	Kennzahl könnte aufgrund der Länge des Fragebogens

Kennzahl	Anmerkung
	gestrichen werden Streichung befürwortet
Qualität der Arbeit	Beibehaltung wird befürwortet Ergänzen um Frage zu Handlungsspielraum / Tätigkeitsspielraum befürwortet; insgesamt zu „hochschwellig“; Aufnahme einer Frage zu Unterforderung (qualitativ, quantitativ) Frage 1 (Anforderungen), Frage 2 (Fähigkeitszuwachs durch Arbeit) und Frage 5 (Handlungsspielraum) könnten aufgrund der Länge des Fragebogens gestrichen werden
Quantitative Überforderung	Beibehaltung befürwortet
Arbeitsintensität	Streichung befürwortet
Arbeitsfähigkeit	Beibehaltung befürwortet Streichung Frage 2 befürwortet
	Frage nach Reliabilität und Validität der Kennzahlen
	Formulierung „… in den letzten vier Wochen …“ bei den Fragen scheint einen zu kurzen Zeitraum abzubilden; Zeitraum sollte sich auf das letzte Jahr beziehen
	Hinweis auf Abfrage von Betriebsrat (ArbeiterInnen-, Angestelltenbetriebsrat), ArbeitsmedizinerIn, Sicherheitsfachkraft, Sicherheitsvertrauensperson im Unternehmen
	Hinweis auf Abfrage von Anzahl ArbeiterInnen, Angestellten, LeiharbeiterInnen, MigranntInnen
	Hinweis auf Abfrage von Betreuung durch AUVAsicher
	Hinweis auf Abfrage von Wirtschaftsklasse
	Hinweis auf Übersetzung in andere Sprachen, damit möglichst viele Beschäftigte an den Erhebungen teilnehmen können
	Das Konzept/Kennzahlen ist schlüssig, nachvollziehbar und u.a gut geeignet mehr Informationen über die BGF österreichweit zu erhalten. Es besteht kein Ergänzungs- /Änderungsbedarf.
	Wünschenswert wären auch Kennzahlen bezüglich Arbeitszeit wie Mehr- und Überstunden
	Präsentismus ist ein deutlich stärkerer Prädiktor für die Gesundheit ist als Fehlzeiten. Die Aufnahme der

Kennzahl	Anmerkung
	Kennzahl „Präsentismus“ wird empfohlen.
	Wie wird mit Überschneidungen bei Kennzahlen-Abfrage und MA-Befragung umgegangen? Es wird nur in den seltensten Fällen möglich sein, die Fragebögen abzuändern, d.h. Doppelgleisigkeiten müssen in Kauf genommen werden
	Die Kennzahlen sollten zentral gesammelt und in regelmäßigen Abständen in Berichtsform aufbereitet werden (z.B. OÖGKK als ÖNBGF-Koordinationsstelle)
	Die Unternehmen sollten in Projekt- bzw. Kooperationsvereinbarungen dazu verpflichtet werden, sich an der Kennzahlen-Erhebung zu beteiligen

5.2 Operationalisierung

Die finale Operationalisierung der Kennzahlen erfolgte am Institut für Gesundheitsförderung und Prävention durch Herrn DI Andreas Kvas und Herrn Mag. Hubert Langmann

5.3 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung erfolgte durch die Mitglieder des Projektteams. Allfällige Verbesserungsvorschläge wurden anschließend durch Herrn DI Andreas Kvas und Herrn Mag. Hubert Langmann in die vorliegende Berichtversion eingearbeitet.

6 Empfohlene Kennzahlen

Im Folgenden werden die Kennzahlen aufgelistet, welche aufgrund der Bewertung durch die SV-TrägerexpertInnen und der Diskussion mit den VertreterInnen der Sozialpartner und dem Fonds Gesundes Österreich empfohlen werden (Tabelle 2). In Tabelle 3 werden ergänzend jene Kennzahlen angeführt für die dzt. kein Konsens gefunden werden konnte. Für eine nähere Beschreibung der Kennzahlen wird auf den Berichtsanhang verwiesen.

Tabelle 2: Empfohlene Kennzahlen

Zielbereich: Arbeit	Zielbereich: Gesundheit
BGF-Maßnahmen nach Art	Gesundheitsquote
Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen	AU-Tage
Fluktuationsquote*	AU-Fälle
Qualifizierungstage	AU-Tage je AU-Fall
Arbeitszufriedenheit	AU-Quote
Zufriedenheit mit Führungsstil	Langzeitkrankenstände
Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n	Kurzzeitkrankenstände*
Soziale Unterstützung durch KollegInnen	[Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen
Qualität der Arbeit	Subjektiver Gesundheitszustand
Quantitative Überforderung	Körperliche Aktivität
Arbeitsfähigkeit	Ernährung
Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren	

Anmerkungen. * Einsatz ergänzend wünschenswert

Tabelle 3: Kennzahlen für die dzt. kein Konsens besteht

Zielbereich: Arbeit	Zielbereich: Gesundheit
Produktivität - Umsatz je MA)	Raucherstatus
Produktivität - Wertschöpfung je MA)	Problematischer Alkoholkonsum
Commitment (Bindung)	

7 Weitere Schritte

Im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger hat die Arbeitsgruppe Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in Österreich operationalisiert. Diese Kennzahlen sollen die durch umgesetzte gesundheitsförderliche BGF-Maßnahmen erzielten Gesundheits- und Gesundheitsverhaltenseffekte abzubilden in der Lage sein. Im Sinne eines breitenwirksamen Ansatzes wurde versucht, eine einfache Handhabung für die Erhebung der Kennzahlen in den Unternehmen als auch im Routineeinsatz der Sozialversicherungsträger zu ermöglichen. Vor diesem Hintergrund können diese Kennzahlen auch für die gemeinsame (kassenübergreifende) Evaluation von BGF-Projekten herangezogen werden. Dadurch wird es auch ermöglicht, dass betriebsspezifische Ergebnisse benchmarkbezogen an die Betriebe rückgemeldet werden können.

7.1 Rahmenbedingungen

Für die Durchführung bedeutet dies:

- Eignung für einen projektbezogenen Einsatz in den Unternehmen. Die Unternehmen sollen die Daten zur Berechnung der Kennzahlen möglichst aufwandsneutral im Rahmen ihres BGF-Projekts zur Verfügung stellen können. Die Berechnungen der einzelnen Kennzahlen müssen daher auch nicht von den Unternehmen durchgeführt werden.
- Eignung für einen Regeleinsatz durch die Sozialversicherungsträger. Die Aktivitäten der Sozialversicherungsträger im Rahmen von Betrieblicher Gesundheitsförderung haben eine große Reichweite. Um dies mit vertretbarem Aufwand leisten zu können, müssen die Instrumente von angemessener Kürze sein und sich auf das Wesentliche beschränken.
- Der Schwerpunkt soll auf Gesundheitswirkungen liegen. Damit wird eine weitgehende Fokussierung auf die Ergebnisqualität vorgenommen, deren Hintergrund in der oben geforderten Kürze der Instrumente liegt, aber auch der Tatsache Rechnung trägt, dass die Sozialversicherungsträger speziell an den am Ende der Wirkungsketten liegenden Gesundheitswirkungen Interesse haben müssen, denen speziell in den Settingansätzen vielfältige andere Erfolgsindikatoren vorgelagert sind (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S. 4).

Die Durchführung erfolgte in Abstimmung mit den ExpertInnen der Sozialversicherungsträger. Für einzelne Arbeitsschritte wurde darüber hinaus zusätzlich der Kontakt zu anderen ExpertInnen aufgenommen. Alle Dokumentations- und Fragebögen sollten im Rahmen einer Machbarkeitsstudie geprüft und einer (wissenschaftlichen) Prüfung unterzogen werden.

7.2 Gemeinsame (kassenübergreifende) Evaluation

Ein Verfahren zur gemeinsamen (kassenübergreifenden) Evaluation von BGF soll dazu dienen, auch die Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen übergreifend abzubilden. Damit können und sollen (bereits bestehende) Mitarbeiterbefragungen im Rahmen der Prozess- und Ergebnisevaluation bei BGF-Projekten in Unternehmen nicht ersetzt werden, denn diese Befragungen dienen primär der Analyse der Ausgangssituation zur Ableitung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. „Zwar können Ergebnisse der vorliegenden Verfahren auch in die Planung von Gesundheitsförderung einfließen, wegen ihrer Kürze können sie solche Analysen meist nicht ersetzen.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S. 5). Der hier vorgeschlagene Evaluationsansatz entspricht weitestgehend dem Evaluationsansatz Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2008).

„Die Anwendung von einheitlichen, übergreifenden Verfahren zur Evaluation von BGF birgt verschiedene Probleme, die a) im Wesen der BGF, b) in den Betrieben und c) in den beteiligten Kassen begründet sind.

a) BGF folgt einem komplexen, ganzheitlichen Ansatz, "der neben verhaltensbezogenen Maßnahmen vor allem auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation umfasst". Gesundheitsförderung im Setting Betrieb ist darum durch die gegenseitige Abhängigkeit verschiedener, in der Evaluation zu unterscheidender Zielebenen gekennzeichnet:
    - die Verankerung von Gesundheitsförderung in Betrieben als Organisationsziel,
    - die Gesamteffekte von BGF auf der Betriebsebene,
    - die Einzeleffekte von Maßnahmen (die teilweise denen des individuellen Ansatzes entsprechen) bei den daran teilnehmenden Mitarbeitern/innen.“ (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S. 5).

Die Evaluation der Einzeleffekte aller verschiedenen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung und der Prozesse ihres Zusammenwirkens kann mit einem einzigen kurzen Verfahren nicht geleistet werden - so wünschenswert dies auch für den einzelnen Betrieb und die einzelne Sozialversicherung sein mag.

b) „In unterschiedlichen Wirtschaftszweigen und Branchen gibt es unterschiedliche Betriebsgrößen mit unterschiedlichen Berufen, Arbeitsbedingungen und Organisationsformen, die wiederum in unterschiedlicher Weise auf die Gesundheit einwirken. Die Beschreibung dieser Vielfalt mit einheitlichen Kriterien kann keinem Betrieb völlig gerecht werden." (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2008, S. 5).

c) Nicht zuletzt unterscheiden sich die Krankenkassen hinsichtlich der bei Ihnen Versicherten, deren Arbeitstätigkeiten und Arbeitsbedingungen.

Es ist nicht das Ziel, die z.T. deutlich differenzierteren Analyse-Verfahren die meist im Rahmen von MitarbeiterInnenbefragungen eingesetzt werden (zumeist handelt es sich hier um wissenschaftlich konstruierte Fragebögen) zu ersetzen. Für die gemeinsame (kassenübergreifende) Evaluation der Effekte von Betrieblicher Gesundheitsförderung sollen einheitliche und kurze Instrumente zur Verfügung gestellt werden. Diese können neben die bestehenden Verfahren treten und durch diese ergänzt werden. Die gemeinsame (kassenübergreifende) Evaluation sieht den Einsatz von zwei Verfahren vor:

- Erfassung der Verankerung von Gesundheitsförderung im Betrieb vor und nach einem BGF-Projekt (damit können Aussagen über mögliche Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung wie z.B. auf Gesundheitsquote, Fluktuationsquote, etc. getroffen werden) und
- Messung der Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung durch je einen Ergänzungsbogen zur Mitarbeiterbefragung vor und nach einem Projekt.

Den schematischen Ablauf der Evaluation in Betrieben zeigt Abbildung 2.

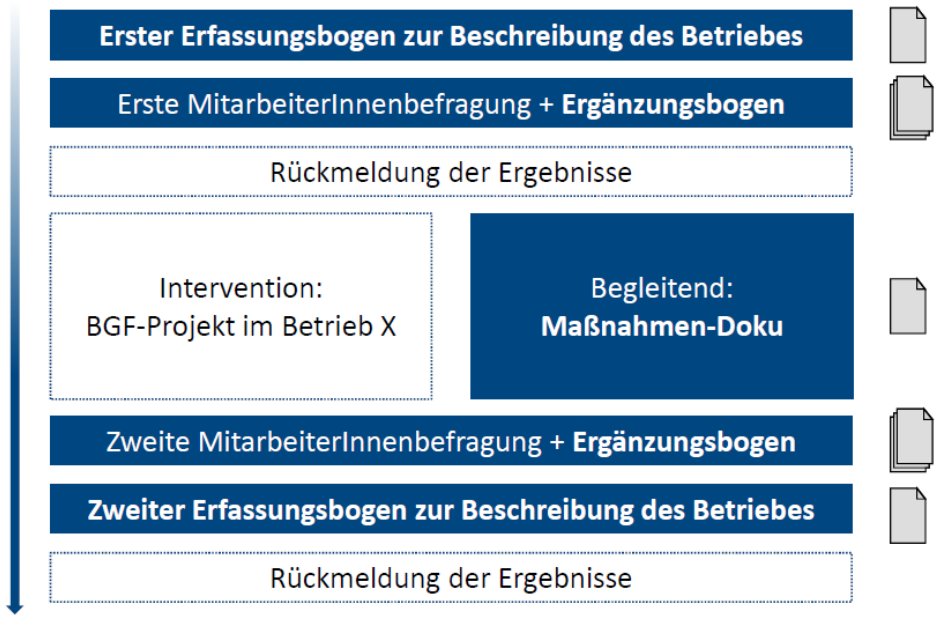


Abbildung 2. Übersicht über die Evaluation der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Für die Durchführung einer einheitlichen (kassenübergreifenden) Evaluation liegen die folgenden Instrumente (siehe Anhang) vor:

- Erfassungsbogen zur Beschreibung des Betriebs. Dieser Erfassungsbogen ist jeweils einmalig zu Beginn und am Ende eines BGF-Projekts auszufüllen. Idealerweise von der/dem ProjektleiterIn gemeinsam mit der Steuerungsgruppe im Betrieb. Der Erfassungsbogen gliedert sich in die zwei Teile Basisdaten zur Beschreibung des Betriebs (Wirtschaftsklasse, Beschäftigtenstand, etc.) und Implementationsgrad zentraler Merkmale Betrieblicher Gesundheitsförderung (vgl. „Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung“ des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung),
- Ergänzungsbogen zur jeweiligen MitarbeiterInnenbefragung. Dieser Ergänzungsbogen soll von allen MitarbeiterInnen im Betrieb bzw. dem Standort oder der Abteilung, in dem/der das BGF-Projekt durchgeführt wird, in unveränderter Form bei der MitarbeiterInnenbefragung zur Erhebung des IST-Stands und bei der MitarbeiterInnenbefragung am Ende des Projekts ausgefüllt werden.

- Maßnahmendokumentation betriebliche Gesundheitsförderung. Die Maßnahmendokumentation ist begleitend während des Projekts einmal jährlich von der/dem ProjektleiterIn auszufüllen.

Die Bearbeitung des Erfassungsbogens zur Beschreibung des Betriebs und die erste Mitarbeiterbefragung sollten im Idealfall Bestandteil einer Analysephase sein. Im Anschluss werden der Erfassungsbogen, alle Ergänzungsbögen zur Mitarbeiterbefragung sowie die Maßnahmendokumentation betriebliche Gesundheitsförderung an eine noch festzulegende zentrale Datenverarbeitungsstelle übermittelt und ebenda ausgewertet.

Nach erfolgter Auswertung erhalten die Betriebe eine einfache Rückmeldung über ihre Ergebnisse. Dieser Prozess wird bei der MitarbeiterInnenbefragung am Ende des Projekts wiederholt. Alle übermittelten und analysierten Daten eines Kalenderjahres können dann im „BGF-Report Österreich“ (Arbeitstitel) zusammengefasst dargestellt werden. Einen Überblick über die Instrumente und den Datenübermittlungsprozess bis zum Bericht gibt Abbildung 3.

Eine mögliche Entwicklung der einzelnen Ausbaustufen, nach der Durchführung einer Machbarkeitsphase, zeigt Abbildung 4. Es wird angenommen, dass sich über die nächsten Jahre immer mehr Unternehmen und Sozialversicherungen an der einheitlichen, kassenübergreifenden Evaluation beteiligen (und so auch zur Generierung von (aussagekräftigeren) Benchmarks beitragen).

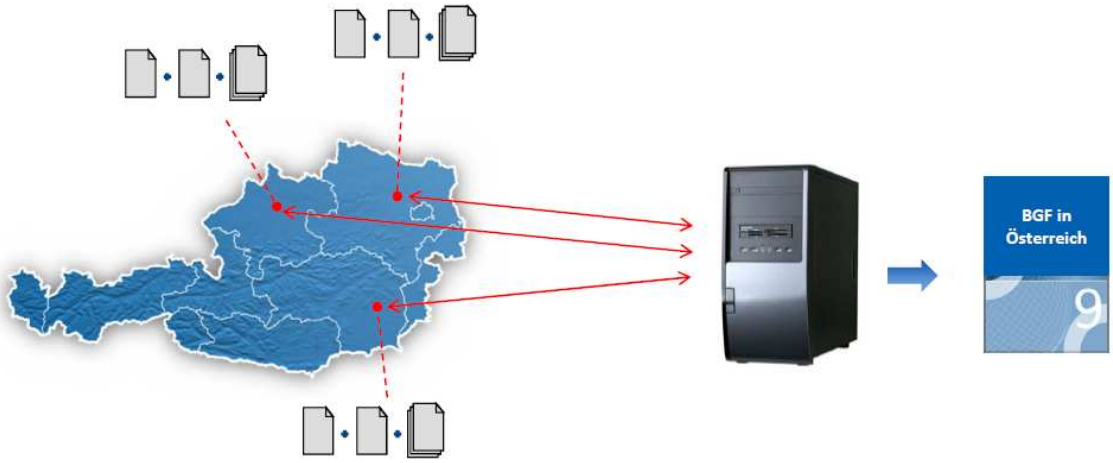


Abbildung 3. Von der Datenübermittlung zum Bericht

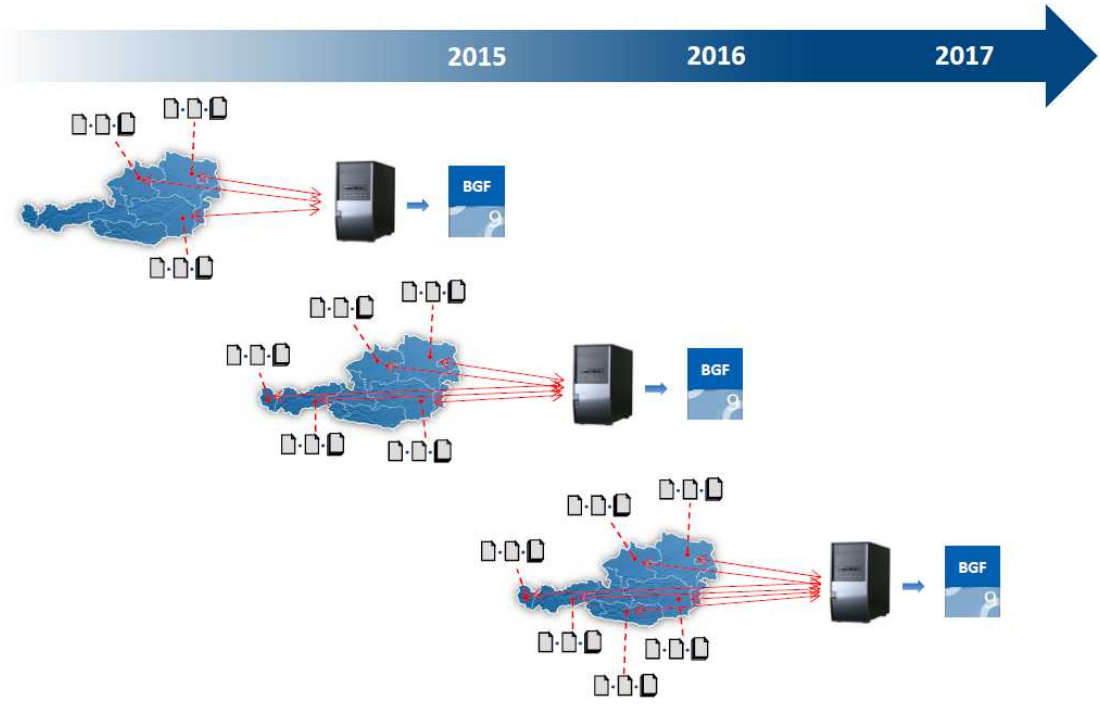


Abbildung 4. Entwicklung 2015 bis 2017.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.). (2008). *Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 208 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Anwenderhandbuch Evaluation Teil 2: Evaluation von betrieblicher Gesundheitsforderung* (Fassung yom Juni 2008). Bergisch Gladbach: Autor.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2012). *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren*. Heidelberg: Springer.

Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg.* Heidelberg: Springer.

Baumanns, R. (2009). *Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Nutzen für Unternehmer und Mitarbeiter. Eine Evaluation.* Stuttgart: Ibidem.

Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung. (Hrsg.). (2004). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission* (4. Aufl.). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.

Bortz, J. & Döring, N. (2003). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschafter* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Büch, V., Sonntag, Kh. & Stegmaier, R. (2010) Strukturale Komponente”Arbeitsumgebung” im BiG-Modell. In Kh. Sonntag, R. Stegmaier & U. Spellenberg (Hrsg.), *Arbeit Gesundheit Erfolg. Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG* (S. 53-69). Kröning: Asanger Verlag.

Felfe, J. & Six, B. (2005). Die Relation von Arbeitszufriedenheit und Commitment. In L. Fischer (Hrsg.), *Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 37-60). Göttingen: Hogrefe.

Fritz, S. (2006). Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen (2. korrigierte Aufl.). Zürich: vdf.

Froböse, I., Wellmann, H. & Weber, A. (2008). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung.* Wiesbaden: Universum Verlag.

GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010* (2. korrigierte Fassung vom 10. November 2010). Berlin: Autor.

Gutjahr, W. (1972). *Die Messung psychischer Eigenschaften*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaft.

Havighorst, F. (2006). *Personalkennzahlen*. Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Wien: Autor.

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (2010). *Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in Österreich*. Unveröffentlichter Bericht, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Graz.

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (2011). *Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung in Österreich.* Unveröffentlichter Bericht, Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, Graz.

Kammer für Arbeiter und Angestellte für OÖ (2009). *Schriftenreihe Österreichischer Arbeitsklima Index 1 / Austrian Working Climate Index*. Linz: Autor.

Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & Ph. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 7-12). Heidelberg: Springer.

Lütticke, J. (2004). Befragungsbasierte Managementinformationssysteme im Krankenhaus. In H. Pfaff, J. Lütticke, B. Bardura, C. Piekarski & P. Richter (Hrsg.), *„Weiche" Kennzahlen für das strategische Krankenhausmanagement. Stakeholderinteressen zielgerichtet erkennen und einbeziehen* (S. 149-167). Bern: Hans Huber.

Meyer, W. (2004). *Indikatorenentwicklung: Eine praxisorientierte Einführung* (2. Auflage). CEval Arbeitspapiere. Saarbrücken: Centrum für Evaluation.

Noack, H. (2008, November). Gesundheitsbegriffe und –indikatoren. Vortrag gehalten beim Universitäts-lehrgang Public Health, Graz.

Pfaff, H. & Nitzsche, A. (2008, Juni). *Gesundheit mit Kennzahlen und Indikatoren managen.* Vortrag gehalten bei der DNBGF-Konferenz, Bonn.

Schempp, N., Jung, C., Seidel, J. & Strippel, H. (2012). *Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2011*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).

Six, B. & Kleinbeck, U. (1989). Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In E. Roth, H. Schuler & A. B. Weinert (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie. Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie* (Band 3). Organisationspsychologie (S. 348-398). Göttingen: Hogrefe.Sonntag, K., Stegmaier, R. & Spellenberg, U. (Hrsg.) (2010). *Arbeit Gesundheit Erfolg. Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG.* Kröning: Asanger Verlag.

Trojano, R. (2007). Large-Scale Applications of Accelerometrers: New Frontiers and New Questions. American College of Sports Medicine. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39 (9).

Udris, I. & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 397 – 419). Göttingen: Hogrefe.

Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009): *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009* (Dritte überarbeitete und ergänzte Auflage). BMG, Wien

Westermayer, G. & Stein, B. A. (2006). *Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit*. Göttingen: Hogrefe.

Wetzstein, A. & Lauterbach, D. (2007). *Qualität in der Prävention. Indikatoren zur Qualitätsmessung.* Dresden: BGAG – Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

World Health Organization (WHO). (1946). *Preamble of the Constitution of the World Health Organisation*. New York: International Health Conference.

World Health Organization (WHO) (Hrsg.). (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Genf: Autor.

World Health Organisation (WHO). (2006). *Die Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO.* Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas. Ernährung und Bewegung für die Gesundheit, Istanbul.

Anhang

Die Beschreibung der Kennzahlen beinhaltet den im Zuge der Projektrecherchen gewonnen aktuellen Kenntnisstand des Projektteams. Eine abschließende Qualitätssicherung dieser Beschreibungen durch externe ExpertInnen wird empfohlen. Irrtümer sind demnach vorbehalten. Ebenso ist es möglich, dass sich bei einzelnen Kennzahlen Änderungen durch die jeweils dafür zuständigen Institutionen ergeben. Über die Dauer der Gültigkeit der einzelnen Beschreibungen kann keine Aussage getroffen werden.

Die Beschreibung orientiert sich am Schema der Indikatoren-Beschreibung des Projekts „Performancemessung im österreichischen Gesundheitswesen. Schwerpunkt: Outcomes. Grundlagenbericht I: Theorie, Framework, Übergeordnete Indikatoren.“ (Beitel, Ch., Labek, A., Dragosits, A., Goltz, A., Pfeffer, N. & Scheuringer, M., 2013). Dieses Schema wurde um die folgenden Kategorien ergänzt:

- Verwendungszweck, Aussagekraft und –grenzen
- Adressat
- Ziel- und Sollwerte
- Toleranzwerte
- Gültigkeit
- Messverfahren
- Einheit
- Ein- und Ausschlusskriterien
- Definition der Bestandteile der Formel
- Auswertungseinschränkungen

Durch diese Ergänzungen soll gewährleistet werden, dass im Fall einer Verwendung einzelner Kennzahlen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsberichterstattung, die Unternehmen darauf hingewiesen werden z.B. Ziel-, Soll- und Toleranzwerte bei der innerbetrieblichen Verwendung für diese Indikatoren festzulegen.

A1 Empfohlene Kennzahlen

Zielbereich	Arbeit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	BGF-Maßnahmen nach Art
Langform der Bezeichnung	Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung nach der Art
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt die Anzahl und die prozentuelle Verteilung von BGF-Maßnahmen sowie von den durchführenden Betrieben nach inhaltlicher und formaler Maßnahmengruppe bezogen auf ein Jahr.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Gibt Aufschluss über die inhaltliche Ausrichtung der Maßnahmen. So lässt sich zeigen, welche Maßnahmen im Vordergrund stehen, wie sich verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen verteilen oder welche Maßnahmen dem vorherrschenden Belastungsprofil in der jeweiligen Wirtschaftsklasse entsprechen. Die Kennzahl dient auch dem Monitoring der maßnahmenbezogenen BGF-Aktivitäten in Österreich.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	BGF-Projektleitung/BGF-Steuergruppe
Aktualität und Periodizität	täglich verfügbar
Messverfahren	„Maßnahmendokumentation BGF“
Berechnungsmethode	1. Anzahl Maßnahmen 2. Anzahl Betriebe 3. (Anzahl Maßnahmen / Gesamtanzahl Maßnahmen) * 100 4. (Anzahl Betriebe / Gesamtanzahl Betriebe) * 100
Stratifizierbarkeit	Verhältnis-/Verhaltensorientierung, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland

Einheit	1. Maßnahme 2. Betrieb 3. Prozent 4. Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	Anzahl Maßnahmen: Anzahl der dokumentierten Maßnahmen nach Art. Anzahl Betriebe: Anzahl der Betriebe mit zumindest einer dokumentierten Maßnahme nach Art. Gesamtanzahl Maßnahmen: Summe aller dokumentierten Maßnahmen. Gesamtanzahl Betriebe: Summe aller Betriebe mit übermittelter „Maßnahmendokumentation BGF“.
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsbericht-erstattung
Referenzen	Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.). (2008). *Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 208 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Anwenderhandbuch Evaluation Teil 2: Evaluation von betrieblicher Gesundheitsforderung* (Fassung yom Juni 2008). Bergisch Gladbach: Autor.
Anmerkungen	Art der Maßnahme gemäß „Maßnahmendokumentation BGF“

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen
Langform der Bezeichnung	Beteiligungsquote an Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt die Beteiligungsquote seitens der Zielgruppe(n) der Beschäftigten nach Art der Maßnahmen (inhaltlich, formal) im Beobachtungszeitraum (maximal ein Jahr).
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Gibt Aufschluss über verhaltenspräventive Aktivitäten der Mitarbeiter im betrieblichen Umfeld. „Es handelt sich um einen Indikator sowohl für das Gesundheitsbewusstsein der

	Mitarbeiter als auch für das Sozialkapital und Commitment. Voraussetzung ist das Angebot von verhaltenspräventiven Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Effektivität solcher Maßnahmen wird teilweise sehr spezifisch diskutiert. Bei manchen Maßnahmen bestehen detaillierte Vorstellungen über erzielbare Reduzierungen der krankheitsbedingten Fehlzeitenquoten, in diesen Fällen ist die Kennzahl monetarisierbar.“ (Badura et al, 2008, S. 176). „Direkt erreicht werden die Teilnehmer an Veranstaltungen und Maßnahmen. Indirekt können Beschäftigte dadurch erreicht werden, dass die „direkten“ Teilnehmer oder Multiplikatoren ihre gewonnenen Informationen weiter geben. Wenn Multiplikatoren geschult werden, wirkt sich diese Schulung auf weitere Personen aus. Auch können die Beschäftigten indirekt durch verhältnisbezogene Maßnahmen im Betrieb erreicht werden.“ (Schempp, Jung, Seidel, & Strippel, 2012, S. 80).
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	BGF-Projektleitung/BGF-Steuergruppe
Aktualität und Periodizität	täglich verfügbar
Messverfahren	
Berechnungsmethode	(Teilnehmer / Größe der Zielgruppe(n)) * 100
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	Teilnehmer: Durchschnittliche Anzahl der Belegschaftsmitglieder im Beobachtungszeitraum, die sich an vom Unternehmen angebotenen oder organisierten Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt haben. Größe der Zielgruppe(n): Durchschnittliche Zahl der Belegschaftsmitglieder im Beobachtungszeitraum, für welche die Maßnahme angeboten wird.

Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.). (2008). *Gemeinsame und einheitliche Evaluationsverfahren zu § 208 SGB V der Spitzenverbände der Krankenkassen. Anwenderhandbuch Evaluation Teil 2: Evaluation von betrieblicher Gesundheitsforderung* (Fassung yom Juni 2008). Bergisch Gladbach: Autor. Schempp, N., Jung, C., Seidel, J. & Strippel, H. (2012). Präventionsbericht 2012. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung Berichtsjahr 2011. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS).
Anmerkungen	Weitere ableitbare Kennzahl: Erstbeteiligungsquote je Maßnahme (z.B. Gesundheitszirkel)

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Fluktuationsquote
Langform der Bezeichnung	Freiwillige Fluktuationsquote (Eigenkündigungsquote)
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt den Anteil der Anzahl der Kündigungen durch MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum an der Gesamtzahl der MitarbeiterInnen zu Beginn des Beobachtungszeitraumes.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Diese Kennzahl nimmt einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Arbeitszufriedenheit und der Anzahl der Eigenkündigungen durch MitarbeiterInnen an. Zudem steht die Kennzahl als Indikator für verminderte Bindungsbereitschaft, Beständigkeit der Organisation, Personalplanung und Verlust von personengebundenem Wissen. Indikator für Arbeitszufriedenheit, Commitment und Beziehungskapital. Die Ausprägung der Kennzahl ist aber auch noch von anderen Faktoren abhängig. Dazu zählt etwa eine prekäre Arbeitsmarktsituation, welche die Angst vor Arbeitslosigkeit

	über die Unzufriedenheit im Unternehmen stellen kann. Bei Wiederbesetzung freigewordener Stellen ist ein Teil der Fluktuationskosten monetarisierbar, z.B. durch Abschätzung der Kosten für Personalbeschaffung und –einarbeitung. In Klein- und Mittelbetrieben kann die Zahl der Eigenkündigungen in kurzen Zeiträumen (z. B. innerhalb eines Monats) wegen der geringen Gesamtbeschäftigtenzahl sehr gering sein. Dabei sind aber auch starke Schwankungen wahrscheinlich, womit die Interpretationsmöglichkeiten gering sind. Verschiedene Branchen sind nur bedingt miteinander vergleichbar. Diese Kennzahl ist damit – vor allem in Klein- und Mittelbetrieben – nur von geringem Nutzen. Der Grad der Mitarbeiterzufriedenheit lässt sich nur sehr eingeschränkt ablesen. Die Gründe für die Eigenkündigung werden gar nicht dargestellt. Dieses Problem trifft allerdings für alle indirekten Kennzahlen zu.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalstammdaten
Aktualität und Periodizität	Täglich verfügbar
Messverfahren	
Berechnungsmethode	(Anzahl der Kündigungen durch MA im Beobachtungszeitraum / Gesamtzahl MA zu Beginn des Beobachtungszeitraumes) * 100
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	Anzahl der Kündigungen durch MA: Anzahl der Belegschaftsmitglieder, die im Beobachtungszeitraum freiwillig aus dem Unternehmen ausgeschieden sind.
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Havighorst, F. (2006). Personalkennzahlen. Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung.

	http://ross.htw-berlin.de/RoSSApp/Catalog/Catalog/Index/5
Anmerkungen	Alle Formen pensionierungsbedingter Abgänge werden nicht in die Berechnung aufgenommen. Probleme ergeben sich bei Einbezug von Beschäftigten mit alten Abfertigungsansprüchen bzw. Sozialplänen. Ebensolche ergeben sich im Zusammenhang mit dem Einbezug von SaisonarbeiterInnen (sofern sie nicht gekündigt werden). Vorschlag: Festlegung des Beobachtungszeitraums: 1.1. – 31.12.

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Qualifizierungstage
Langform der Bezeichnung	Anzahl Qualifizierungstage je MitarbeiterIn
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt die Anzahl der Tage für die Inanspruchnahme von Weiterbildungsmaßnahmen je MitarbeiterIn im Beobachtungszeitraum.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahl dient als Einschätzung für die Entwicklung der MitarbeiterInnen-Qualifikationen und stellt damit einen Indikator für • Steuerung der Leistungs- und Humanpotenziale des Unternehmens • Steigerung der MitarbeiterInnenmotivation • Erhöhung des Marktwertes der Arbeitskraft • Verbesserung des Personaleinsatzes • Erhalt und Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit • Weiterentwicklung der Organisation dar. Die Interpretationsmöglichkeit hängt von der Güte der Einschätzung der Geschwindigkeit und des Umfangs der Veränderungen an Qualifikationsanforderungen für das Unternehmen ab. Für eine Bewertung der Kennzahl braucht es also eine Gegenüberstellung des Weiterbildungsbedarfs und der tatsächlichen Weiterbildungsaktivitäten im Sinne der Kennzahl. Da mit dieser Kennzahl eine rein quantitative Messung der Weiterbildung vorliegt, sollte ein Qualitätscontrolling der Weiterbildungsmaßnahmen durchgeführt werden, etwa mittels einer obligatorischen Bewertung der Maßnahmen durch die TeilnehmerInnen.

	Der mögliche Zusammenhang von Qualität und Kosten von Weiterbildung ist jedenfalls limitierend. Ohne gleichzeitige Erhebung der Kosten der Qualifizierung bleiben Fragen, wie z.B. ob Unternehmer ihre Beschäftigten eher in „kostengünstige“ Fortbildungen entsenden, offen. Eine Differenzierung zwischen Fort-/Weiterbildung und Ausbildung ist erforderlich.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen
Aktualität und Periodizität	Täglich verfügbar
Messverfahren	
Berechnungsmethode	Anzahl der Tage für Qualifizierung / Gesamtzahl MA
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, höchster Bildungsabschluss Beschäftigungsausmaß, Beschäftigungsverhältnis, Gehaltsklasse, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Versichertenkategorie,
Einheit	Tag je MA
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	Anzahl der Tage für Qualifizierung: Anzahl der Tage für die Inanspruchnahme von Weiterbildungsmaßnahmen im Beobachtungszeitraum. Gesamtzahl MA: Bezeichnet die durchschnittliche Anzahl der MitarbeiterInnen [umgerechnet in Vollzeitäquivalente] im Beobachtungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Havighorst, F. (2006). Personalkennzahlen. Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung. http://ross.htw-berlin.de/RoSSApp/Catalog/Catalog/Index/5
Anmerkungen	Vorschlag: Definition der durchschnittlichen Anzahl der MitarbeiterInnen [umgerechnet in Vollzeitäquivalente] im Beobachtungszeitraum, z.B. nach

	• Summe der Monatsletzten/12 Die Kennzahl „Anzahl Qualifizierungstage je MitarbeiterIn“ könnte evtl. durch die relative Kennzahl „Personalentwicklungsaufwand in Prozent des Personalaufwands“ ersetzt werden. Nachteil: größerer Erhebungsaufwand für die Unternehmen; geringe Bedeutung für KKU. Weitere ableitbare Kennzahl: Anteil der MitarbeiterInnen mit keiner Weiterbildung.

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Arbeitszufriedenheit
Langform der Bezeichnung	Allgemeine Arbeitszufriedenheit
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Arbeitszufriedenheit wird gewöhnlich als eine Einstellung einer Person aufgefasst, die sowohl kognitive als auch emotionale Komponenten umfasst (Six & Kleinbeck, 1989). „Locke (1976) definiert Arbeitszufriedenheit als angenehmen, positiven emotionalen Zustand, der das Resultat der Bewertung der eigenen Arbeit ist.“ (zitiert nach Felfe & Six, 2005, S. 39). Für die Kennzahl „selbst eingeschätzte sehr gute oder gute Arbeitszufriedenheit“ wird der Anteil der Personen zusammengefasst, die mit ihrer Arbeit „sehr zufrieden“ oder „zufrieden“ sind.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen.

	Frage: „Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit…“ Antwortkategorien: „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „weder noch (weder zufrieden noch unzufrieden)“, „unzufrieden“, „sehr unzufrieden“
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „sehr zufrieden“ und „zufrieden“.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Six, B. & Kleinbeck, U. (1989). Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In E. Roth, H. Schuler & A. B. Weinert (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Wirtschafts-, Organisations- und Arbeitspsychologie (Band 3). Organisationspsychologie (S. 348-398). Göttingen: Hogrefe. Felfe, J. & Six, B. (2005). Die Relation von Arbeitszufriedenheit und Commitment. In L. Fischer (Hrsg.), Arbeitszufriedenheit. Konzepte und empirische Befunde (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 37-60). Göttingen: Hogrefe.
Anmerkungen	

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Zufriedenheit mit Führungsstil
Langform der Bezeichnung	Zufriedenheit mit dem Führungsstil der/des direkten Vorgesetzten
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten, die mit dem Führungsstil ihrer/ihres direkten Vorgesetzten (sehr) zufrieden sind.
Verwendungszweck,	„Führungskräfte haben auf unterschiedliche Weise Einfluss

Aussagekraft und -grenzen	auf die Arbeitszufriedenheit, Motivation, Befinden, Gesundheit ihrer Mitarbeiter und hierdurch bedingt auf deren Fehlzeiten. Mitarbeiterbefragungen in unterschiedlichen Branchen und Betriebsgrößen belegen diesen Zusammenhang eindrucksvoll. Führungskräfte geben durch ihr eigenes Verhalten den Mitarbeitern eine Verhaltensorientierung, nehmen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Mitarbeiter (Arbeitsorganisation, Zeit- und Leistungsdruck, Informations-, Entscheidungs- und Handlungsspielraum, Unterstützung, sozialer Umgangsstil, Konflikt- und Problembewältigung) und beeinflussen damit ganz wesentlich die Arbeitszufriedenheit und das Befinden der Mitarbeiter.“ (GKV Spitzenverband, 2010, S. 73f). Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen. Frage: „Mit dem Führungsstil meiner/meines direkten Vorgesetzten bin ich …“ Antwortkategorien: „sehr zufrieden“, „zufrieden“, „weder noch“, „unzufrieden“, „sehr unzufrieden“
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „sehr zufrieden“ und „zufrieden“.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Kammer für Arbeiter und Angestellte für OÖ (2009).

	Schriftenreihe Österreichischer Arbeitsklima Index 1 / Austrian Working Climate Index. Linz: Autor. GKV-Spitzenverband (Hrsg.). (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010* (2. korrigierte Fassung vom 10. November 2010). Berlin: Autor.
Anmerkungen	Die Frage ist angelehnt an, aber nicht wortident (weder hinsichtlich Formulierung noch hinsichtlich Antwortformat) mit der Frage 6 des Arbeitsklimaindex der AK Oberösterreich. Arbeitsklimaindex AK Oberösterreich. Der Österreichische Arbeitsklima Index ist ein gemeinsames Produkt der Arbeiterkammer Oberösterreich und der beiden Sozialforschungsinstitute IFES (Institut für empirische Sozialforschung) und SORA (Institute for Social Research and Analysis). Der Fragebogen umfasst 26 Themengebiete inklusive Arbeitszeitregelungen, Betriebsgröße, Zufriedenheit mit betrieblichen Sozialleistungen usw. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen in Ihrer beruflichen Tätigkeit? Mit dem Führungsstil durch die Vorgesetzten Antwortkategorien: „sehr zufrieden“ (1) (2) (3) (4) „gar nicht zufrieden“ (5) Jeweils zwei Erhebungswellen, also insgesamt 1800 Interviews, werden zur Neuberechnung des Index herangezogen, die halbjährlich (Mai und November) stattfindet. Dazwischen (Februar und September) gibt es Sonderauswertungen zu besonderen Aspekten des Index. Der Arbeitsklima Index beruht auf Befragungen von Stichproben unselbständig erwerbstätiger Personen in ganz Österreich. Zur Erhebung der Daten werden vierteljährlich jeweils 900 Arbeitnehmer/-innen in ganz Österreich befragt. Diese Befragung wird von Mitarbeiter/-innen des IFES mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens in persönlichen Gesprächen durchgeführt.

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n
Langform der Bezeichnung	Soziale Unterstützung durch die/den direkte/n Vorgesetzte/n
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl	Anteil der Befragten, die sich von ihrer / ihrem Vorgesetzten

(textliche Beschreibung)	oft bzw. immer unterstützt fühlen.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen. Frage: „Meine direkte Vorgesetzte/ mein direkter Vorgesetzter unterstützt mich." Antwortkategorien: „nie", „selten", „manchmal", „oft", „immer".
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „oft" und „immer".
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	
Anmerkungen	Die Frage ist nicht wortident mit der Frage 6 des Arbeitsklimaindex der AK Oberösterreich (weder hinsichtlich Formulierung noch hinsichtlich Antwortformat).

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Soziale Unterstützung durch KollegInnen

Langform der Bezeichnung	Soziale Unterstützung durch KollegInnen
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten, die sich von ihren KollegInnen oft bzw. immer unterstützt fühlen.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Unterstützung durch KollegInnen erweist sich als wichtige Dimension für die Gesundheit der Beschäftigten. “Diese beschreibt, ob die Kollegen sich gegenseitig unterstützen oder bei Problemen aushelfen. Studien zeigten in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle von *vorhandener sozialer Unterstützung* auf: Diese verminderte die Beanspruchung in belastenden Situationen (Cohen & Wills, 1985; Fusilier, Ganster & Mayes, 1987; Hochwarter, Witt, Treadway & Ferris, 2006; Sonntag, Benz, Edelmann & Kipfmüller, 2001; Zapf, 2002), reduzierte Unfallzahlen und förderte die Mitarbeitergesundheit (z.B. weniger Verletzungen am Arbeitsplatz, weniger Burnout) (Stone et al., 2007).” (Büch, Sonntag & Stegmaier, 2010, S. 62). Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen. Frage: „Meine KollegInnen unterstützen mich.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „oft“ und „immer“.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	

Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Büch, V., Sonntag, Kh. & Stegmaier, R. (2010) Strukturale Komponente"Arbeitsumgebung" im BiG-Modell. In Kh. Sonntag, R. Stegmaier & U. Spellenberg (Hrsg.), *Arbeit Gesundheit Erfolg. Betriebliches Gesundheitsmanagement auf dem Prüfstand: Das Projekt BiG* (S. 53-69). Kröning: Asanger Verlag.
Anmerkungen	

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Qualität der Arbeit
Langform der Bezeichnung	Qualität der Arbeit
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten, deren Arbeit oft bzw. immer vielfältige Anforderungen an sie stellt, die bei der Arbeit oft bzw. immer Neues dazu lernen, die oft bzw. immer in Entscheidungen, die ihre Arbeit betreffen, eingebunden sind, deren Arbeit oft bzw. immer sinnvoll ist und die ihre Arbeitsaufgaben oft bzw. immer nach ihren eigenen Vorstellungen gestalten können.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Diese Kennzahl besteht aus fünf Fragen. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen. Frage: „Meine Arbeit stellt vielfältige Anforderungen an mich."

	Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“.. Frage: „Ich lerne bei meiner Arbeit Neues dazu.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“. Frage: „Ich bin in Entscheidungen, die meine Arbeit betreffen, eingebunden.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“. Frage: „Meine Arbeit ist sinnvoll“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“. Frage: „Ich kann meine Arbeitsaufgaben nach meinen eigenen Vorstellungen gestalten.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „immer“ und „oft“
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	
Anmerkungen	

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Quantitative Überforderung
Langform der Bezeichnung	Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (quantitativ)
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl	„Darunter werden Belastungen durch das anfallende

(textliche Beschreibung)	Arbeitsvolumen und durch die parallele Erledigung mehrerer Aufgaben sowie durch Zeitdruck verstanden.“ (Udris & Rimann, 1999, S. 408). Anteil der Befragten, die oft bzw. immer genug Zeit haben ihre Arbeit zu erledigen bzw. die oft bzw. immer so viel zu tun haben, dass ihnen die Arbeit über den Kopf wächst.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Die Skala „Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (quantitativ)“ des Verfahrens SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse) (Rimann & Udris, 1993) besteht aus drei Items von denen zwei zur Bildung der Kennzahl herangezogen werden. Das originale Antwortformat wurde abgeändert. Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen. Frage: „Man hat genug Zeit diese Arbeit zu erledigen.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“. Frage: „Es gibt so viel zu tun, dass einem die Arbeit über den Kopf wächst.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „immer“ und „oft“
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	Die Skala „Überforderung durch die Arbeitsaufgaben (quantitativ)“ des Verfahrens SALSA kann nicht berechnet

	werden.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Udris, I. & Rimann, M. (1999). SAA und SALSA: Zwei Fragebögen zur subjektiven Arbeitsanalyse. In H. Dunckel (Hrsg.), Handbuch psychologischer Arbeitsanalyse-verfahren (S. 397 – 419). Göttingen: Hogrefe.
Anmerkungen	Das originale Antwortformat des Verfahrens SALSA besteht aus fünf Antwortstufen in doppelter Verbalisierung der Antwortverankerung (Udris & Rimann, 1999, S. 406): Antwortkategorien: „fast nie / trifft überhaupt nicht zu“, „selten / trifft eher nicht zu“, „manchmal / teils-teils“, „oft / trifft eher zu“, „fast immer / trifft völlig zu“.

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Arbeitsfähigkeit
Langform der Bezeichnung	Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die Arbeitsanforderungen
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu den Anforderungen der Arbeitstätigkeit
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Dimension 2 des WAI / WAI-K besteht aus 2 Fragen: Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein? Antwortkategorien: „sehr gut“ (5) „eher gut“ (4) „mittelmäßig“ (3)

	„eher schlecht“ (2) „sehr schlecht“ (1). Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein? Antwortkategorien: „sehr gut“ (5) „eher gut“ (4) „mittelmäßig“ (3) „eher schlecht“ (2) „sehr schlecht“ (1).
Berechnungsmethode	Gewichtung der Punkte entsprechend dem Arbeitsinhalt: In Dimension 2 wird die Arbeitsfähigkeit bezüglich der körperlichen und psychischen Anforderungen der Arbeit erfasst. Die Antworten auf diese zwei Fragen werden jeweils danach gewichtet, inwieweit es sich bei der üblichen Tätigkeit des Befragten um vorwiegend körperliche oder um vorwiegend geistige Tätigkeiten handelt. Entweder ist dieser Aspekt aus der Auswahl der zu befragenden Personengruppen ersichtlich oder es muss vorab im WAI-Fragebogen erfragt werden. Bei Beschäftigten mit vorwiegend körperlicher Arbeit (z.B. Montagearbeiten, Reinigung) wird der Wert der ersten Frage in Dimension 2 (Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Anforderungen) mit 1,5 multipliziert. Der Wert für die zweite Frage (Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Anforderungen) wird dagegen mit 0,5 multipliziert. Beide errechneten Werte werden anschließend addiert. (Beispiel: erste Frage 3 Punkte und zweite Frage 5 Punkte: [3 x 1,5] + [5 x 0,5] = 4,5 + 2,5 = 7) Für Beschäftigte mit vorwiegend geistiger Tätigkeit (z.B. Büroarbeit, Lehre, Verwaltung) gilt das Umgekehrte: der Wert der ersten Frage (Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Anforderungen) wird mit 0,5 multipliziert. Der Wert für die zweite Frage (Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Anforderungen) wird dagegen mit 1,5 multipliziert. (Beispiel: erste Frage 3 Punkte und zweite Frage 5 Punkte: [3 x 0,5] + [5 x 1,5] = 1,5 + 7,5 = 9) Personen, die gleichermaßen geistig und körperlich tätig sind (z.B. Pflegeberufe, Kraftfahrer, auch körperlich tätige Nachtarbeiter werden hierzu gezählt) werden die unveränderten Werte der beiden Fragen addiert. (Beispiel: erste Frage 3 Punkte und zweite Frage 5 Punkte: 3 + 5 = 8)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	Keine Berechnung des Arbeitsfähigkeitsindex (Work Ability

	Index) im Sinne der Lang- oder Kurzform möglich.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	http://www.wai-netzwerk.at/der-wai/meinen-wai-berechnen.html http://www.abiplus.net/?page_id=48
Anmerkungen	Österreich: Die Frage 2.8 des Arbeitsbewältigungsindex Plus™ ist nicht ident mit der Frage der Dimension 6 des WAI / WAI-K. Befragungsergebnisse aus dem fünfjährigen Programm „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ von der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) mit dem Arbeitsbewältigungsindex Plus™. Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ befindet sich im Eigentum der AUVA und PVA und ist eine Weiterentwicklung des ursprünglichen Arbeitsbewältigungsindex um die Dimensionen: Einstellungen und Werte, Fähigkeiten und Kenntnisse sowie Arbeitsbedingungen. Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ enthält den „klassischen“ Arbeitsbewältigungsindex ohne Abfrage von detaillierten medizinischen Diagnosen, dafür die Frage nach der Anzahl der derzeitigen durch einen Arzt / eine Ärztin diagnostizierten Krankheiten. Diese Kurzform des WAI ist in dieser Form in Österreich seit 1996 im Einsatz. Frage 2.2: Wie gelingt es Ihnen derzeit, die körperlichen Arbeitsanforderungen zu bewältigen? Antwortkategorien: „sehr gut“, „eher gut“, „mittelmäßig“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“. Frage 2.3: Wie gelingt es Ihnen derzeit, die psychischen Arbeitsanforderungen zu bewältigen? Antwortkategorien: „sehr gut“, „eher gut“, „mittelmäßig“, „eher schlecht“, „sehr schlecht“. Die erste Befragungswelle des Programms „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ fand 2009 (n = 5.957), die zweite 2011 (n = 7.697) und die dritte 2012 (n = 6.858) statt (ein Unternehmen wird erst 2013 die Abschlussbefragung durchführen). Deutschland: Entwicklung einer empirischen Basis zur Arbeitsfähigkeit und funktionellen Gesundheit-Repräsentativerhebung an

	Erwerbstätigen Status: laufend Geplantes Ende: 31. Oktober 2014 Vorhabenbeschreibung: Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit gewinnen vor dem Hintergrund des Wandels in der Arbeitswelt an Bedeutung. Dazu ist es erforderlich, die aktuelle funktionelle Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung einzuschätzen. Im Rahmen des Projektes sollen die dafür erforderlichen repräsentativen Daten erhoben werden. Ebenso besteht Bedarf an empirisch gesicherten Erkenntnissen zu wesentlichen Einflussfaktoren (Risiken und Ressourcen) der Arbeitsfähigkeit. Das Projekt verfolgt die folgenden Ziele: 1.Ermittlung von Referenzwerten zur Arbeits- und Funktionsfähigkeit, die im Rahmen betriebsärztlicher Praxis sowie im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung von Arbeits- und Funktionsfähigkeit als wissenschaftlich fundierte Vergleichsbasis dienen sollen. 2.Systematische Untersuchung von Kontextfaktoren hinsichtlich der Arbeits- und Funktionsfähigkeit auf Basis theoretischer Konzepte. 3.Bestimmung der Testgüte (Validität/Reliabilität) von Instrumenten zur Erfassung von Arbeits- und Funktionsfähigkeit. 4.Vorbereitung einer Längsschnittstudie zur Prognosemöglichkeit von Instrumenten (WAI, ICF) für zeitlich nachgelagerte Ereignisse, z. B. Frühverrentung. Die repräsentativen Untersuchungen sollen an einer Stichprobe von Erwerbstätigen (N = 4500, einschließlich Oversampling, Stichprobenziehung auf Basis des IAB Beschäftigungspanels). ICF- und WAI- bezogene Referenzdaten wären für verschiedene Anwendungsfelder in den Bereichen "Betriebliche Gesundheitsförderung", Prävention, Wiedereingliederung, medizinische und berufliche Rehabilitation und die betriebsärztlichen Betreuung von Arbeitnehmern von hohem Nutzwert. Als mögliche Nutzer kommen sowohl Anwender auf der betrieblichen Ebene (Arbeitsmediziner, Präventionsbeauftragte etc.) wie auch Organisationen und Körperschaften in Betracht (Kranken- / Unfallversicherungen) in Betracht. Quelle: http://www.baua.de/de/Forschung/Forschungsprojekte/f2250.html

Zielbereich	Arbeit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren
Langform der Bezeichnung	Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Dimension 6 des WAI / WAI-K besteht aus einer Frage: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können? Antwortkategorien: „Unwahrscheinlich“ (1), „nicht sicher“ (4), „ziemlich sicher“ (7)
Berechnungsmethode	1, 4 oder 7 Punkte (Wert der im Fragebogen angekreuzten Antworten)
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	Keine Berechnung des Arbeitsfähigkeitsindex (Work Ability Index) im Sinne der Lang- oder Kurzform möglich.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	http://www.wai-netzwerk.at/der-wai/meinen-wai-berechnen.html

	http://www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de/index.php?der-wai
Anmerkungen	Österreich: Die Frage 2.8 des Arbeitsbewältigungsindex Plus™ ist nicht ident mit der Frage der Dimension 6 des WAI / WAI-K. Befragungsergebnisse aus dem fünfjährigen Programm „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ von der Pensionsversicherungsanstalt (PVA) und der Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) mit dem Arbeitsbewältigungsindex Plus™. Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ befindet sich im Eigentum der AUVA und PVA und ist eine Weiterentwicklung des ursprünglichen Arbeitsbewältigungsindex um die Dimensionen: Einstellungen und Werte, Fähigkeiten und Kenntnisse sowie Arbeitsbedingungen. Der Arbeitsbewältigungsindex Plus™ enthält den „klassischen“ Arbeitsbewältigungsindex ohne Abfrage von detaillierten medizinischen Diagnosen, dafür die Frage nach der Anzahl der derzeitigen durch einen Arzt / eine Ärztin diagnostizierten Krankheiten. Diese Kurzform des WAI ist in dieser Form in Österreich seit 1996 im Einsatz. Frage 2.8: Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten Jahren ausüben können? Antwortkategorien: „ziemlich sicher“, „nicht sicher“, „unwahrscheinlich“ Die erste Befragungswelle des Programms „Fit für die Zukunft – Arbeitsfähigkeit erhalten“ fand 2009 (n = 5.957), die zweite 2011 (n = 7.697) und die dritte 2012 (n = 6.858) statt (ein Unternehmen wird erst 2013 die Abschlussbefragung durchführen). Deutschland: Entwicklung einer empirischen Basis zur Arbeitsfähigkeit und funktionellen Gesundheit-Repräsentativerhebung an Erwerbstätigen Status: laufend Geplantes Ende: 31. Oktober 2014 Vorhabenbeschreibung: Maßnahmen zum Erhalt und zur Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit gewinnen vor dem Hintergrund des

	Wandels in der Arbeitswelt an Bedeutung. Dazu ist es erforderlich, die aktuelle funktionelle Gesundheit und die Arbeitsfähigkeit der Erwerbsbevölkerung einzuschätzen. Im Rahmen des Projektes sollen die dafür erforderlichen repräsentativen Daten erhoben werden. Ebenso besteht Bedarf an empirisch gesicherten Erkenntnissen zu wesentlichen Einflussfaktoren (Risiken und Ressourcen) der Arbeitsfähigkeit. Das Projekt verfolgt die folgenden Ziele: 1.Ermittlung von Referenzwerten zur Arbeits- und Funktionsfähigkeit, die im Rahmen betriebsärztlicher Praxis sowie im Rahmen von Maßnahmen zur Förderung von Arbeits- und Funktionsfähigkeit als wissenschaftlich fundierte Vergleichsbasis dienen sollen. 2.Systematische Untersuchung von Kontextfaktoren hinsichtlich der Arbeits- und Funktionsfähigkeit auf Basis theoretischer Konzepte. 3.Bestimmung der Testgüte (Validität/Reliabilität) von Instrumenten zur Erfassung von Arbeits- und Funktionsfähigkeit. 4.Vorbereitung einer Längsschnittstudie zur Prognosemöglichkeit von Instrumenten (WAI, ICF) für zeitlich nachgelagerte Ereignisse, z. B. Frühverrentung. Die repräsentativen Untersuchungen sollen an einer Stichprobe von Erwerbstätigen (N = 4500, einschließlich Oversampling, Stichprobenziehung auf Basis des IAB Beschäftigungspanels). ICF- und WAI- bezogene Referenzdaten wären für verschiedene Anwendungsfelder in den Bereichen "Betriebliche Gesundheitsförderung", Prävention, Wiedereingliederung, medizinische und berufliche Rehabilitation und die betriebsärztlichen Betreuung von Arbeitnehmern von hohem Nutzwert. Als mögliche Nutzer kommen sowohl Anwender auf der betrieblichen Ebene (Arbeitsmediziner, Präventionsbeauftragte etc.) wie auch Organisationen und Körperschaften in Betracht (Kranken- / Unfallversicherungen) in Betracht. Quelle: http://www.baua.de/de/Forschung/Forschungsprojekte/f2250.html

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Gesundheitsquote
Langform der Bezeichnung	Gesundheitsquote
Zuordnung im Framework	

Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt den Anteil der um die Arbeitsunfähigkeitstage – gezählt als Kalendertage und nicht Arbeitstage – verminderten Kalendertage an der Gesamtzahl der Kalendertage im Beobachtungszeitraum.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahl steht neben einer Kontrolle der Ausfallzeiten infolge von Krankheit als Indikator für • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Eine Einschränkung in der Aussagekraft besteht darin, dass die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit nicht dargestellt ist. Damit ist unklar, ob die Ursache im Einflussbereich des Unternehmens liegt, oder unternehmensexternen Faktoren zuzuschreiben ist (z.B. Grippewelle). Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt.“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	(1 – (AU-Tage / Anzahl MitarbeiterInnen) / 365) * 100 Optional: Einzelne Krankmeldungen fließen mit maximal 30 Tage in die Berechnung ein, um Verzerrungen zu vermeiden.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland

Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	AU-Tage: Bei der Berechnung der AU-Tage aller MitarbeiterInnen werden auch arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage inkludiert, d.h. Kalendertage gezählt. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden" Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden" Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt (HVB, 2013). Anzahl MitarbeiterInnen: Bezeichnet die durchschnittliche Anzahl der MitarbeiterInnen im Auswertungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	Dienstgeber verlangen vielfach erst bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeitsdauer eine ärztliche Bestätigung. Wenn die/der DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Tage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall, noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst – sofern es seitens des Trägers zu keiner Nacherfassung aufgrund von Krankengeldanspruch kommt. Eine Erhebung der AU-Tage über das Personalwesen weist somit gegenüber den SV-Abrechnungsdaten den Vorteil auf, diese „Kurzzeitkrankenstände" zu erfassen. Ein Nachteil ergibt sich mit dem Mehraufwand für die Betriebe.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Havighorst, F. (2006). Personalkennzahlen. Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung. http://ross.htw-berlin.de/RoSSApp/Catalog/Catalog/Index/6 Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681
Anmerkungen	Mit der positiven Perspektive der Gesundheit der

	MitarbeiterInnen kann diese Kennzahl anstatt der Größe „Krankheitsquote = 1 – Gesundheitsquote“ betrachtet werden. Zudem bleibt der intuitive Zugang einer positiven Bewertung der Kennzahl-Maximierung im Gegensatz zur Krankheitsquote erhalten. Eine Stratifizierung nach Diagnosen macht aber nur für die Krankheitsquote Sinn. Vorschlag: Definition der durchschnittlichen Anzahl der MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum, z.B. nach • Summe der Monatsletzten/12 Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten.

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Tage
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitstage je MitarbeiterIn (Kopfquote der AU-Tage)
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt die Anzahl der Absenztage je MitarbeiterIn aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahl kann neben einer Kontrolle der Ausfallzeiten infolge von Krankheit als Indikator für folgende Bereiche stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe

	Wird als Datenquelle das Personalwesen gewählt, besteht eine Einschränkung in der Aussagekraft darin, dass die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit über Diagnosen nicht angenähert werden kann. Damit ist unklar, ob die Ursache im Einflussbereich des Unternehmens liegt, oder unternehmensexternen Faktoren zuzuschreiben ist (z.B. Grippewelle). Werden als Datenquelle die SV-Abrechnungsdaten gewählt, liegen Diagnosen aber eine Untererfassung der „Kurzzeitkrankenstände“ vor – siehe Auswertungseinschränkungen. Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt.“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	AU-Tage / Anzahl MitarbeiterInnen
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland, Diagnose (SV-Abrechnungsdaten)
Einheit	Tag je MA
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	AU-Tage: Bei der Berechnung der AU-Tage aller MitarbeiterInnen werden auch arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage inkludiert, d.h. Kalendertage gezählt. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden“ Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden“ Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt (HVB, 2013).

	Anzahl MitarbeiterInnen: Bezeichnet die durchschnittliche Anzahl der MitarbeiterInnen im Auswertungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	Dienstgeber verlangen vielfach erst bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeitsdauer eine ärztliche Bestätigung. Wenn die/der DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Tage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall, noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst – sofern es seitens des Trägers zu keiner Nacherfassung aufgrund von Krankengeldanspruch kommt. Eine Erhebung der AU-Tage über das Personalwesen weist somit gegenüber den SV-Abrechnungsdaten den Vorteil auf, diese „Kurzzeitkrankenstände“ vollständig zu erfassen. Ein Nachteil ergibt sich mit dem Mehraufwand für die Betriebe.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681
Anmerkungen	Vorschlag: Definition der durchschnittlichen Anzahl der MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum, z.B. nach • Summe der Monatsletzten/12 Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten, oder • auf Diagnosenebene weniger als 5 Krankenstands-fälle vorliegen.

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Fälle
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitsfälle je MitarbeiterIn (Kopfquote der AU-Fälle)
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt die Anzahl der Absenzfälle je MitarbeiterIn aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahl kann neben einer Kontrolle der Ausfallzeiten infolge von Krankheit als Indikator für folgende Bereiche stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Wird als Datenquelle das Personalwesen gewählt, besteht eine Einschränkung in der Aussagekraft darin, dass die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit über Diagnosen nicht angenähert werden kann. Damit ist unklar, ob die Ursache im Einflussbereich des Unternehmens liegt, oder unternehmensexternen Faktoren zuzuschreiben ist (z.B. Grippewelle). Werden als Datenquelle die SV-Abrechnungsdaten gewählt, liegen Diagnosen aber eine Untererfassung der „Kurzzeitkrankenstände“ vor – siehe Auswertungseinschränkungen. Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt.“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	

Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	AU-Fälle / Anzahl MitarbeiterInnen
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland, Diagnose (SV-Abrechnungsdaten)
Einheit	Fall je MA
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	AU-Fälle: Ein Beschäftigter kann im Auswertungszeitraum mehrere AU-Fälle aufweisen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen werden jene berücksichtigt, die im Auswertungszeitraum beendet wurden (rechtszensierte Selektion) (HVB, 2013). Anzahl MitarbeiterInnen: Bezeichnet die durchschnittliche Anzahl der MitarbeiterInnen im Auswertungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	Dienstgeber verlangen vielfach erst bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeitsdauer eine ärztliche Bestätigung. Wenn die/der DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Tage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall, noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst – sofern es seitens des Trägers zu keiner Nacherfassung aufgrund von Krankengeldanspruch kommt. Eine Erhebung der AU-Fälle über das Personalwesen weist somit gegenüber den SV-Abrechnungsdaten den Vorteil auf, diese „Kurzzeitkrankenstände“ vollständig zu erfassen. Ein Nachteil ergibt sich mit dem Mehraufwand für die Betriebe.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681

Anmerkungen	Vorschlag: Definition der durchschnittlichen Anzahl der MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum, z.B. nach • Summe der Monatsletzten/12 Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten, oder • auf Diagnosenebene weniger als 5 Krankenstands-fälle vorliegen.

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Tage je AU-Fall
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt. Er stellt damit die mittlere Dauer eines AU-Falles dar.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Grundsätzlich ist die mittlere Dauer eines AU-Falles ein Indikator für die Schwere einer Erkrankung. Die Kennzahl kann neben einer Kontrolle der Ausfallzeiten infolge von Krankheit auch als Indikator für folgende Bereiche stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Wird als Datenquelle das Personalwesen gewählt, besteht eine Einschränkung in der Aussagekraft darin, dass die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit über Diagnosen nicht angenähert werden kann. Damit ist unklar, ob die Ursache im

	Einflussbereich des Unternehmens liegt, oder unternehmensexternen Faktoren zuzuschreiben ist (z.B. Grippewelle). Werden als Datenquelle die SV-Abrechnungsdaten gewählt, liegen Diagnosen aber eine Untererfassung der „Kurzzeitkrankenstände“ vor – siehe Auswertungseinschränkungen. Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt.“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	AU-Tage / AU-Fälle
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland, Diagnose (SV-Abrechnungsdaten)
Einheit	Tag je Fall
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	AU-Tage: Bei der Berechnung der AU-Tage aller MitarbeiterInnen werden auch arbeitsfreie Zeiten wie Wochenenden und Feiertage inkludiert, d.h. Kalendertage gezählt. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden“ Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden“ Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt (HVB, 2013). AU-Fälle: Ein Beschäftigter kann im Auswertungszeitraum mehrere AU-Fälle aufweisen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen werden jene berücksichtigt, die im Auswertungszeitraum beendet wurden (rechtszensierte

	Selektion) (HVB, 2013).
Auswertungseinschränkungen	Dienstgeber verlangen vielfach erst bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeitsdauer eine ärztliche Bestätigung. Wenn die/der DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Tage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall, noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst – sofern es seitens des Trägers zu keiner Nacherfassung aufgrund von Krankengeldanspruch kommt. Eine Erhebung der AU-Tage über das Personalwesen weist somit gegenüber den SV-Abrechnungsdaten den Vorteil auf, diese „Kurzzeitkrankenstände“ vollständig zu erfassen. Ein Nachteil ergibt sich mit dem Mehraufwand für die Betriebe.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681
Anmerkungen	Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten, oder • auf Diagnosenebene weniger als 5 Krankenstands-fälle vorliegen.

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Quote
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitsquote

Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl beschreibt den Anteil der MitarbeiterInnen mit mindestens einem Arbeitsunfähigkeitsfall aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Diese Kennzahl gibt Auskunft darüber, wie groß der von Arbeitsunfähigkeit betroffene Personenkreis ist. Er kann als Indikator für folgende Bereiche stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Wird als Datenquelle das Personalwesen gewählt, besteht eine Einschränkung in der Aussagekraft darin, dass die Ursache für die Arbeitsunfähigkeit über Diagnosen nicht angenähert werden kann. Damit ist unklar, ob die Ursache im Einflussbereich des Unternehmens liegt, oder unternehmensexternen Faktoren zuzuschreiben ist (z.B. Grippewelle). Werden als Datenquelle die SV-Abrechnungsdaten gewählt, liegen Diagnosen aber eine Untererfassung der „Kurzzeitkrankenstände“ vor – siehe Auswertungseinschränkungen. Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt.“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	

Berechnungsmethode	Anzahl Krankenstandspersonen / Anzahl MitarbeiterInnen
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland, Diagnose (SV-Abrechnungsdaten)
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	Anzahl Krankenstandspersonen: Anzahl der MitarbeiterInnen, welche im Beobachtungszeitraum mindestens einen Arbeitsunfähigkeitsfall aufweisen. Anzahl MitarbeiterInnen: Bezeichnet die durchschnittliche Anzahl der MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	Dienstgeber verlangen vielfach erst bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeitsdauer eine ärztliche Bestätigung. Wenn die/der DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Tage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall, noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst – sofern es seitens des Trägers zu keiner Nacherfassung aufgrund von Krankengeldanspruch kommt. Eine Erhebung der AU-Tage über das Personalwesen weist somit gegenüber den SV-Abrechnungsdaten den Vorteil auf, diese „Kurzzeitkrankenstände“ vollständig zu erfassen. Ein Nachteil ergibt sich mit dem Mehraufwand für die Betriebe.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer.
Anmerkungen	Vorschlag: Definition der durchschnittlichen Anzahl der MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum, z.B. nach • Summe der Monatsletzten/12 Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen

	beinhalten, oder • auf Diagnosenebene weniger als 5 Krankenstands-fälle vorliegen.

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Langzeitkrankenstände
Langform der Bezeichnung	Langzeitkrankenstände
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl besteht aus zwei Kennzahlen: 1. Anteil der AU-Fälle mit mehr als 42 AU-Tagen an Gesamtzahl der AU-Fälle, 2. Anteil der AU-Tage von AU-Fällen mit mehr als 42 AU-Tagen an Gesamtzahl der AU-Tage aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Für den Großteil der anfallenden Arbeitsunfähigkeitstage sind Langzeitkrankenstände mit mehr als 42 AU-Tagen verantwortlich, obwohl diese an der Gesamtzahl der AU-Fälle nur einen geringen Anteil ausmachen. Maßnahmen zur Reduktion des Arbeitsunfähigkeitsvolumens sollten demnach vor allem bei diesen AU-Fällen ansetzen. Dabei kommt der Prävention der Erkrankungen, welche zu diesen Langzeitfällen führen, eine besondere Bedeutung zu (Badura et al., 2012; Leoni, 2014). Siehe dafür den Indikator „[Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen“. Die Kennzahlen können als Indikator für folgende Bereiche stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und

	entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	1. (AU-Fälle / Gesamtanzahl AU-Fälle) * 100 2. (AU-Tage / Gesamtanzahl AU-Tage) * 100
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	AU-Fälle: Summe der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen. Ein Beschäftigter kann im Auswertungszeitraum mehrere AU-Fälle aufweisen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen werden jene berücksichtigt, die im Auswertungszeitraum beendet wurden (rechtszensierte Selektion) (HVB, 2013). AU-Tage: Summe der Arbeitsunfähigkeitstage der Fälle mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden“ Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden“ Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt (HVB, 2013). Gesamtanzahl AU-Fälle/-Tage: Summe aller AU-Fälle/-Tage im Auswertungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B. et al. (2012). *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren.* Heidelberg: Springer. Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M.

	(2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681 Leoni, T. (2014). *Fehlzeitenreport 2013. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich.* Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
Anmerkungen	Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Kurzzeitkrankenstände
Langform der Bezeichnung	Kurzzeitkrankenstände
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl besteht aus zwei Kennzahlen: 1. Anteil der AU-Fälle mit bis 3 AU-Tagen an Gesamtzahl der AU-Fälle, 2. Anteil der AU-Tage von AU-Fällen mit bis 3 AU-Tagen an Gesamtzahl der AU-Tage aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Kurzzeitkrankenstände können sich oft sehr störend auf den Betriebsablauf auswirken und hohe Folgekosten verursachen. Vor allem Kleinbetriebe können davon stark betroffen sein, da diese weniger flexibel als Großbetriebe auf den Ausfall einer Arbeitskraft reagieren können. Für den Gesamtkrankenstand spielen Kurzzeitkrankenstände aber nur eine untergeordnete Rolle (Leoni, 2014). Die Kennzahlen können als Indikator für folgende Bereiche

	stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt“ (Badura et al., 2008, S. 171), sofern im Rahmen eines Kurzzeitkrankenstandes tatsächlich eine Krankschreibung durch den Arzt erfolgte – siehe Auswertungseinschränkungen. Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahl im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	Personalwesen, SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Personalwesen: täglich verfügbar SV-Abrechnungsdaten: zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	1. (AU-Fälle / Gesamtanzahl AU-Fälle) * 100 2. (AU-Tage / Gesamtanzahl AU-Tage) * 100
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	AU-Fälle: Summe der Arbeitsunfähigkeitsfälle mit einer Dauer von bis zu 3 Kalendertagen. Ein Beschäftigter kann im Auswertungszeitraum mehrere AU-Fälle aufweisen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen werden jene berücksichtigt, die im Auswertungszeitraum beendet wurden (rechtszensierte Selektion) (HVB, 2013).

	AU-Tage: Summe der Arbeitsunfähigkeitstage der Fälle mit einer Dauer von bis zu 3 Kalendertagen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden“ Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden“ Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt (HVB, 2013). Gesamtanzahl AU-Fälle/-Tage: Summe aller AU-Fälle/-Tage im Auswertungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	Dienstgeber verlangen vielfach erst bei mehr als drei Tagen Arbeitsunfähigkeitsdauer eine ärztliche Bestätigung. Wenn die/der DienstnehmerIn innerhalb dieser drei gewährten Tage keine selbstständige Meldung beim zuständigen Versicherungsträger macht, und seine Arbeitsunfähigkeit nicht länger als eben diese drei Tage dauert, so ist weder der Arbeitsunfähigkeitsfall, noch dessen Dauer beim Sozialversicherungsträger erfasst – sofern es seitens des Trägers zu keiner Nacherfassung aufgrund von Krankengeldanspruch kommt. Eine Erhebung der AU-Tage über das Personalwesen weist somit gegenüber den SV-Abrechnungsdaten den Vorteil auf, diese „Kurzzeitkrankenstände“ vollständig zu erfassen. Ein Nachteil ergibt sich mit dem Mehraufwand für die Betriebe.
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681 Leoni, T. (2014). *Fehlzeitenreport 2013. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich.* Wien: Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung.
Anmerkungen	Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn

	• diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	[Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen
Langform der Bezeichnung	[Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Diese Kennzahl besteht aus zwei Kennzahlen: 1. Anteil der [Langzeit-]AU-Fälle mit einer bestimmten Diagnose an Gesamtzahl der [Langzeit-]AU-Fälle, 2. Anteil der AU-Tage von [Langzeit-]AU-Fällen mit einer bestimmten Diagnose an Gesamtzahl der [Langzeit-]AU-Tage aufgrund von Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Mit diesen Kennzahlen kann eruiert werden, welche Krankheiten für die [Langzeit-]Arbeitsunfähigkeitsfälle verantwortlich sind. Dabei kommt der Prävention der Erkrankungen, welche zu Langzeitfällen führen, eine besondere Bedeutung zu, da diese nicht nur für die Erkrankten, sondern auch für die Wirtschaft und die SV-Träger eine hohe Belastung darstellen (Badura et al., 2012). Die Kennzahlen können als Indikator für folgende Bereiche stehen: • die Gesundheitspolitik des Unternehmens • Auswirkungen arbeitsbedingter Belastungen • die Arbeitszufriedenheit und das Betriebsklima • Ursachen für eventuelle Produktivitätseinbußen • Kostenanstieg durch krankheitsbedingte Abwesenheit • Personalengpässe Von Vorteil „ist die eindeutige Bewertung durch externe, nämlich die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit durch einen Arzt“ (Badura et al., 2008, S. 171). Nicht berücksichtigt werden Phänomene wie Präsentismus […] sowie unterschiedliche „Krankschreibungspraktiken“ (ebda). Auffällige Veränderungen dieser Kennzahlen im zeitlichen Verlauf können als Auslöser für eine Ursachenanalyse und entsprechende betriebliche Maßnahmen wirken.

Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	SV-Abrechnungsdaten
Aktualität und Periodizität	Zumindest quartalsweise
Messverfahren	
Berechnungsmethode	1. ([Langzeit-]AU-Fälle nach Diagnose / Gesamtanzahl [Langzeit-]AU-Fälle) * 100 2. ([Langzeit-]AU-Tage nach Diagnose / Gesamtanzahl [Langzeit-]AU-Tage) * 100
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklassen, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	[Langzeit-]AU-Fälle nach Diagnose: Summe der [Langzeit-]Arbeitsunfähigkeitsfälle [mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen] mit einer bestimmten Diagnose. Ein Beschäftigter kann im Auswertungszeitraum mehrere AU-Fälle aufweisen. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen werden jene berücksichtigt, die im Auswertungszeitraum beendet wurden (rechtszensierte Selektion) (HVB, 2013). [Langzeit-]AU-Tage nach Diagnose: Summe der Arbeitsunfähigkeitstage der [Langzeit-]Fälle [mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen] mit einer bestimmten Diagnose. Bei Auswertungszeitraum übergreifenden Fällen, werden sämtliche Tage der „einstrahlenden“ Fälle, d.h. die im Auswertungszeitraum beendet wurden, berücksichtigt. Die AU-Tage der „ausstrahlenden“ Fälle, d.h. die nicht im Auswertungszeitraum beendet wurden, bleiben unberücksichtigt (HVB, 2013). Gesamtanzahl [Langzeit-]AU-Fälle/-Tage: Summe aller [Langzeit-]AU-Fälle/-Tage im Auswertungszeitraum.
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Badura, B. et al. (2012). *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken*

	minimieren. Heidelberg: Springer. Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2008). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. Heidelberg: Springer. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB). (2013). *Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung 2013*. Zugriff am 30.05.2014. Verfügbar unter https://www.sozialversicherung.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.683681
Anmerkungen	Datenschutz: Vorbehaltlich keiner Widersprüche zu bestehenden Betriebsvereinbarungen wird folgende Vorgehensweise empfohlen: Stratum-Ausprägungen werden zusammengefasst, wenn • diese weniger als 15 Personen aufweisen, oder • diese weniger als 5 Krankenstandspersonen beinhalten, oder • auf Diagnosenebene weniger als 5 Krankenstandsfälle vorliegen.

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Subjektiver Gesundheitszustand
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Gesundheitszustand
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der befragten MitarbeiterInnen, welche ihre subjektive Einschätzung der eigenen allgemeinen Gesundheit mit (sehr) gut bewerten.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Erhebung des subjektiven Gesundheitszustandes dient der Identifizierung von Gesundheitsproblemen, der Einschätzung der bestehenden Krankheitslast und der gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und dient damit als Indikator für den objektiven Gesundheitszustand der befragten MitarbeiterInnen. Der Indikator stellt auch einen guten Prädiktor für Mortalität und Morbidität dar. Die Kennzahl fokussiert auf den Gesundheitszustand im Allgemeinen und nicht die auf die Abbildung von temporären aktuellen Gesundheitsproblemen. Dabei soll die Gesundheit in ihrer bio-psycho-sozialen Gesamtheit erfasst werden.

	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	ATHIS Frage: „Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?“ Antwortkategorien: „Sehr gut“, „Gut“, „Mittelmäßig“, „Schlecht“, „Sehr schlecht“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „Sehr gut“ und „Gut“.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_binary/o3176_33.-Self-perceived-health_20111128.pdf Statistik Austria (Hrsg.). (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Autor.
Anmerkungen	

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Körperliche Aktivität
Langform der Bezeichnung	Körperliche Aktivität der MitarbeiterInnen
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl	Anteil der befragten MitarbeiterInnen, welche angeben, in den vergangenen sieben Tagen an mindestens fünf Tagen für je

(textliche Beschreibung)	mindestens 30 Minuten körperliche Betätigungen ausgeführt zu haben.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahl dient als Indikator für das Bewegungsverhalten der befragten MitarbeiterInnen. Gemeinsam mit anderen Lebensstil-assoziierten Faktoren trägt Bewegung einen entscheidenden Teil zur Steigerung der Lebensqualität, Vermeidung von Krankheiten und vorzeitigem Tod bei (Departement of Health, 2004). Die Frage bezieht sich auf körperliche Betätigungen bei der Arbeit, bei der Haus- und Gartenarbeit, in der Freizeit, beim Sport oder um von einem Ort zum anderen zu gelangen. In diesem weit gefassten Bewegungsbegriff liegt auch der Vorteil des Indikators. Allerdings ist davon auszugehen, dass die subjektiven Auskünfte über das Bewegungsverhalten eine Überschätzung des Bewegungsniveaus von 23 bis 44 % bewirken (Trojano, 2007). Zudem können eine positive Selbstselektion bei der Befragung sowie der Einfluss saisonaler Schwankungen zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen. Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	HBSC Frage: „An wie vielen der vergangenen 7 Tage waren Sie mindestens für 30 Minuten körperlich aktiv?“ Antwortkategorien: „an 0 Tagen“, „an 1 Tag“, „an 2 Tagen“, „an 3 Tagen“, „an 4 Tagen“, „an 5 Tagen“, „an 6 Tagen“, „an 7 Tagen“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „an 5 Tagen“, „an 6 Tagen“ und „an 7 Tagen“.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent

Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Department of Health. (2004). *Physical activity – health improvement and prevention: at least five a week. Department of Health, London*. Zugriff am 29.05.2014. Verfügbar unter http://www.sportkeighley.com/documents/Information/five_a_week.pdf Statistik Austria (Hrsg.). (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Autor. Trojano, R. (2007). Large-Scale Applications of Accelerometrers: New Frontiers and New Questions. *American College of Sports Medicine. Medicine & Science in Sports & Exercise, 39* (9).
Anmerkungen	Es sollen nur Betätigungen berücksichtigt werden, die mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung ausgeübt wurden.

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Ernährung
Langform der Bezeichnung	Ernährungsverhalten der MitarbeiterInnen
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der befragten MitarbeiterInnen, welche angeben, mindestens einmal am Tag Obst (ausgenommen Säfte) beziehungsweise Gemüse (ausgenommen Kartoffeln und Säfte) zu essen.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahl dient als Indikator für das gesunde Ernährungsverhalten der befragten MitarbeiterInnen. Der Verzehr von Obst und Gemüse gilt als präventiver Faktor gegen kardiovaskuläre Erkrankungen (WHO, 2002) und Krebserkrankungen des Verdauungstraktes (WHO, 2006). Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung

Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	EHIS Frage 1: „Wie oft essen Sie Obst?“ Frage 2: „Wie oft essen Sie Gemüse (ausgenommen Kartoffel)?“ Antwortkategorien: „zwei Mal oder öfter am Tag“, „einmal am Tag“, „seltener als einmal am Tag, aber mindestens vier Mal pro Woche“, „seltener als vier Mal pro Woche, aber mindestens einmal pro Woche“, „seltener als einmal in der Woche“, „nie“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der Antwortkategorien „zwei Mal oder öfter am Tag“ und „einmal am Tag“.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_binary/o2968_49.%20Fruit%20consumption_20100603.pdf. http://www.healthindicators.eu/healthindicators/object_binary/o2969_50.%20Vegetable%20consumption_20100812.pdf. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_SDDS/en/hlth_det_esms.htm http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_de7&lang=de. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_ehis_de8&lang=de. World Health Organization (WHO) (Hrsg.). (2002). *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*. Genf: Autor. World Health Organisation (WHO). (2006). *Die*

	Herausforderung Adipositas und Strategien zu ihrer Bekämpfung in der Europäischen Region der WHO. Europäische Ministerkonferenz der WHO zur Bekämpfung der Adipositas. Ernährung und Bewegung für die Gesundheit, Istanbul.
Anmerkungen	Laut Metadaten zum EHIS wurde bei der ersten Erhebungswelle im Jahr 2006 seitens Österreich die Frage zum Ernährungsverhalten in dieser Form nicht gestellt, womit keine nationalen Vergleichsdaten vorliegen. Der nächstliegende Vergleich mit Deutschland ist ebenfalls nicht möglich, da auch in diesem Fall die Daten zum Ernährungsverhalten nicht erhoben wurden. Als Alternativbenchmark können die EHIS-Ergebniswerte von Slowenien der Erhebungsrunde 2008 herangezogen werden.

A2 Kennzahlen für die dzt. kein Konsens besteht

Zielbereich	Arbeit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Produktivität – Umsatz je MA
Langform der Bezeichnung	Produktivität – Umsatz je MitarbeiterIn
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Aussagekraft dieser Kennzahl ist gering, „da diese sich allein durch Veränderung der Fertigungstiefe ändert (Beispiel: Das Outsourcing einer Abteilung führt fast automatisch zu einem Anstieg des Umsatzes je Mitarbeiter).“ (Havighorst, 2006, S. 21).
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Euro
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung

Referenzen	Havighorst, F. (2006). Personalkennzahlen. Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung.
Anmerkungen	

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Produktivität – Wertschöpfung je MA
Langform der Bezeichnung	Produktivität – Wertschöpfung je MitarbeiterIn
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	"Die Aussagekraft dieser Kennzahl ist hoch, da durch die Wahl der Wertschöpfung als Bezugsgröße automatisch die Fertigungstiefe (Welcher Anteil am Produkt wird selbst erstellt und nicht von Zulieferern eingekauft?) im Unternehmen berücksichtigt wird. Sie eignet sich daher erheblich besser zur Beurteilung der Produktivität als die oft benutzte Kennzahl »Umsatz je Mitarbeiter«, da diese sich allein durch Veränderung der Fertigungstiefe ändert (Beispiel: Das Outsourcing einer Abteilung führt fast automatisch zu einem Anstieg des Umsatzes je Mitarbeiter). Auch die Vergleichbarkeit mit Werten anderer Unternehmen ist besser als bei der Kennzahl »Umsatz je Mitarbeiter«." (Havighorst, 2006, S. 21).
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	
Berechnungsmethode	
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland

Einheit	Euro
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Havighorst, F. (2006). Personalkennzahlen. Düsseldorf: edition der Hans Böckler Stiftung.
Anmerkungen	

Zielbereich	**Arbeit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Commitment
Langform der Bezeichnung	Commitment
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der Befragten, die oft bzw. immer stolz darauf sind, für dieses Unternehmen zu arbeiten.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Selbstselektion bei der Befragung
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	Frage „Ich bin stolz darauf, für dieses Unternehmen zu arbeiten.“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „immer“.
Berechnungsmethode	Relativer Anteil der Befragten, die „immer“ und „oft“ angeben

Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	
Anmerkungen	

Zielbereich	**Gesundheit**
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Raucherstatus
Langform der Bezeichnung	Selbstberichteter Raucherstatus (RaucherIn, Ex-RaucherIn und NichtraucherIn)
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der befragten MitarbeiterInnen, welche angeben, täglich, gelegentlich, nicht mehr bzw. nie geraucht zu haben.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Der Indikator erlaubt es, zwischen aktuellen RaucherInnen (täglich oder gelegentlich), Ex-RaucherInnen und NichtraucherInnen zu unterscheiden. Krankheitsbelastung und vorzeitige tabakbedingte Sterblichkeit verursachen nicht nur Leid für die Betroffenen und ihr persönliches Umfeld, sondern auch hohe betriebs- und volkswirtschaftliche Kosten. Zu den gesundheitlichen Schäden kommen ökonomische Schäden wie etwa die Kosten der medizinischen Versorgung der an den Folgen des Rauchens erkrankten PatientInnen. Zum anderen hat das Rauchen aber auch indirekte ökonomische Auswirkungen: Durch den Ausfall an Arbeitskraft aufgrund von Krankheiten und vorzeitigen Todesfällen, die dem Rauchen zugeschrieben werden können, kommt es zu einem Verlust an volkswirtschaftlicher Wertschöpfung (Neubauer et al., 2007).

	Es wird die Häufigkeit, aber nicht die Intensität des Rauchens dargestellt. Selbstselektion bei der Befragung.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	Nicht über dem österreichweiten Durchschnitt täglich Rauchender (ATHIS 2006/2007: etwa 25 % (roh)). Derzeit läuft die Erhebungswelle für ATHIS 2013/2014.
Toleranzwerte	
Gültigkeit	
Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	ATHIS (adaptiert) Frage: „Rauchen Sie zurzeit?“ Antwortkategorien: „Ja, täglich“, „Ja, gelegentlich“, „Nein, nicht mehr“, „Ich habe nie geraucht“.
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der jeweiligen Antwortkategorien.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Neubauer S., Welte R., Beiche A. et al. (2007). Smoking-attributable mortality, morbidity and costs in Germany: update and 10 year comparision. *Tobacco Controll, 15*, 464-471. Statistik Austria (Hrsg.). (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation*. Wien: Autor.
Anmerkungen	

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Problematischer Alkoholkonsum
Langform der Bezeichnung	Problematischer Alkoholkonsum
Zuordnung im Framework	
Definition der Kennzahl (textliche Beschreibung)	Anteil der befragten MitarbeiterInnen mit über der „Gefährdungsgrenze“ liegendem Alkoholkonsum. Problematischer Alkoholkonsum umfasst riskante und hochriskante Alkoholkonsummuster, die schädlich-missbräuchliche und abhängige Problemausprägungen aufweisen können.
Verwendungszweck, Aussagekraft und -grenzen	Die Kennzahlen erheben die Häufigkeit des Alkoholkonsums sowie eine Einschätzung zum problematischen Alkoholkonsumverhalten und stellen damit auch einen Prädiktor für alkoholbezogene Gesundheitsprobleme dar. Riskanter oder hoher Alkoholkonsum kann eine Reihe von unterschiedlichen Erkrankungen wie z.B. Leberzirrhose, Herzmuskelerkrankungen, Schädigungen des Gehirns und des peripheren Nerven¬systems sowie Entzündungen und zahlreiche Krebserkrankungen nach sich ziehen. Darüber hinaus kann missbräuchlicher Alkoholkonsum zu negativen soziale Konsequenzen wie z.B. Auflösung sozialer Beziehungen oder Arbeitsplatzverlust führen (RKI, 2011). Der tatsächliche Alkohol-Pro-Kopf-Konsum wird zumeist erheblich unterschätzt. Hierfür werden folgende wesentliche Gründe angeführt: Stichprobenverzerrungen (AlkoholikerInnen sind in üblichen Befragungsstichproben stark unterrepräsentiert), Fehlangaben (bewusst „beschönigen“) und Vergessen der tatsächlich konsumierten Alkoholmengen (Uhl et al., 2009). Es wird die Häufigkeit, aber nicht die Intensität des Alkoholkonsums dargestellt. Selbstselektion bei der Befragung.
Adressat	Geschäftsführung, ArbeitnehmerInnenvertretung
Ziel- und Sollwerte	Nicht über dem österreichweiten Durchschnitt an Personen mit problematischem Alkoholkonsum (ATHIS 2006/2007: 4 % (roh)). Derzeit läuft die Erhebungswelle für ATHIS 2013/2014.
Toleranzwerte	
Gültigkeit	

Datenquellen	MitarbeiterInnenbefragung
Aktualität und Periodizität	
Messverfahren	AUDIT Frage 1: „Trinken Sie Alkohol (Bier, Wein, Spirituosen, andere alkoholhaltige Getränke)?“ Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „mehrmals im Monat“, „einmal in der Woche“, „mehrmals in der Woche“, „täglich“. CAGE Frage 2: 1. Hatten Sie schon mal das Gefühl, dass Sie Ihren Alkoholkonsum reduzieren sollten? (Cut down drinking, C) 2. Haben Sie sich schon darüber aufgeregt, wenn andere Leute Ihr Trinkverhalten kritisierten? (Annoyance, A) 3. Hatten Sie wegen Ihres Alkoholkonsums schon Gewissensbisse? (Guilty, G) 4. Haben Sie am Morgen nach dem Erwachen schon als erstes Alkohol getrunken, um Ihre Nerven zu beruhigen oder den Kater loszuwerden? (Eye-opener, E) Antwortkategorien: „ja“, „nein“
Berechnungsmethode	Relative Häufigkeit der jeweiligen Antwortkategorien bei Frage 1. Relative Häufigkeit der MitarbeiterInnen mit mindestens zwei bejahenden Antworten bei Frage 2.
Stratifizierbarkeit	Geschlecht, Alter, Beschäftigungsausmaß, Unternehmensgröße, Wirtschaftsklasse, Bundesland
Einheit	Prozent
Ein- und Ausschlusskriterien	
Definition der Bestandteile der Formel	
Auswertungseinschränkungen	
Verwendung	Betriebliche / Arbeitsweltbezogene Gesundheitsberichterstattung
Referenzen	Robert Koch Institut (Hrsg.). (2011). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. Berlin: Autor Statistik Austria (Hrsg.). (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und*

	methodische Dokumentation. Wien: Autor. Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W. & Musalek, M. (2009): *Handbuch Alkohol – Österreich: Zahlen, Daten, Fakten, Trends 2009*. Dritte überarbeitete und ergänzte Auflage. BMG, Wien
Anmerkungen	

A3 Zielwerte

Im Folgenden werden zu einigen ausgewählten Indikatoren mögliche Zielwerte und Anmerkungen angegeben.

Zielbereich	Arbeit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Fluktuationsquote
Langform der Bezeichnung	Freiwillige Fluktuationsquote (Eigenkündigungsquote)
Ziel- und Sollwerte	Senkung der Fluktuationsquote gegen 0 %

Zielbereich	Arbeit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Qualifizierungstage
Langform der Bezeichnung	Anzahl Qualifizierungstage je MitarbeiterIn
Ziel- und Sollwerte	Ziel- und Sollwerte sind grundsätzlich je nach Unternehmenspolitik zu bestimmen. Für MitarbeiterInnen bedeuten hohe Werte ein Steigen des Marktwertes sowie der Beschäftigungssicherheit.

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Gesundheitsquote
Langform der Bezeichnung	Gesundheitsquote
Ziel- und Sollwerte	Eine Gesundheitsquote von 100 % sollte kein Ziel sein, weil dies einen Hinweis für das Erscheinen bei der Arbeit trotz Krankheit darstellen kann (Präsentismus).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Tage
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitstage je MitarbeiterIn (Kopfquote der AU-Tage)
Ziel- und Sollwerte	Eine Anzahl von 0 Tagen je MitarbeiterIn sollte kein Ziel sein, weil dies einen Hinweis für das Erscheinen bei der Arbeit trotz Krankheit darstellt (Präsentismus).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Fälle
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitsfälle je MitarbeiterIn (Kopfquote der AU-Fälle)
Ziel- und Sollwerte	Eine Anzahl von 0 Fällen je MitarbeiterIn sollte kein Ziel sein, weil dies einen Hinweis für das Erscheinen bei der Arbeit trotz Krankheit darstellt (Präsentismus).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Tage je AU-Fall
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall
Ziel- und Sollwerte	Eine Anzahl von 3 oder weniger Tagen pro AU-Fall sollte kein Ziel sein, weil dies einen Hinweis für das Erscheinen bei der Arbeit trotz Krankheit darstellt (Präsentismus).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	AU-Quote
Langform der Bezeichnung	Arbeitsunfähigkeitsquote
Ziel- und Sollwerte	Ein Anteil von 0 % sollte kein Ziel sein, weil dies einen Hinweis für das Erscheinen bei der Arbeit trotz Krankheit darstellt (Präsentismus).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Langzeitkrankenstände
Langform der Bezeichnung	Langzeitkrankenstände
Ziel- und Sollwerte	Unter dem österreichweiten Durchschnitt liegend (Österreich, 2012: 3,6 % aller AU-Fälle; 37,8 % aller AU-Tage).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Kurzzeitkrankenstände
Langform der Bezeichnung	Kurzzeitkrankenstände
Ziel- und Sollwerte	Ein überdurchschnittlich hoher Anteil an Kurzzeitkrankenständen (Österreich, 2012: 36,9 % aller AU-Fälle; 7,2 % aller AU-Tage) sollte kein Ziel sein, weil dies einen Hinweis für das Erscheinen bei der Arbeit trotz Krankheit darstellen kann (Präsentismus).

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	[Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen
Langform der Bezeichnung	[Langzeit-]AU-Fälle/-Tage nach Diagnosen
Ziel- und Sollwerte	Unter dem österreichweiten Durchschnitt liegend.

Zielbereich	Gesundheit
Kurzbezeichnung der Kennzahl	Subjektiver Gesundheitszustand
Langform der Bezeichnung	Subjektiver Gesundheitszustand
Ziel- und Sollwerte	Nicht unter dem österreichweiten Durchschnitt (ATHIS 2006/2007: etwa 76 % (roh)). Derzeit läuft die Erhebungswelle für ATHIS 2013/2014.

A4 Instrumente

Die nachfolgend angeführten Instrumente

- Erfassungsbogen zur Beschreibung des Betriebs
- Ergänzungsbogen zur MitarbeiterInnenbefragung und
- Maßnahmendokumentation Betriebliche Gesundheitsförderung

sind konzeptionell und inhaltlich stark angelehnt an

- B-1 Erfassungsbogen zur Beschreibung des Betriebs
- B-2 Mitarbeiterbefragung "Gesundheit im Betrieb" und
- B-Dok1 Maßnahmendokumentation betriebliche Gesundheitsförderung

aus dem Anwenderhandbuch Evaluation Teil 2: Evaluation von betrieblicher Gesundheitsforderung der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen in Deutschland (2008).

Erfassungsbogen zur Beschreibung des Betriebs – [Schablone]
Der Bogen dient für die *gemeinsame (kassenübergreifende)* Evaluation der Effekte von Betrieblicher Gesundheitsförderung als einheitliches und kurzes Instrument. Zudem dient er dazu, den Grad der Verankerung von Gesundheitsförderung im Betrieb zu erfassen. Der Bogen ist vor und nach einem BGF-Projekt jeweils einmalig von der/dem ProjektleiterIn – idealerweise gemeinsam mit der Steuerungsgruppe im Betrieb – auszufüllen.

Name des Betriebs:	**Datum:**
Adresse:	
Internet/E-Mail:	
ProjektleiterIn:	**Tel.:**
	Email:

Für welchen Teil des Betriebs wird das Projekt zur Gesundheitsförderung durchgeführt?

☐ für einen eigenständigen Gesamtbetrieb, der nur einen Standort hat

☐ für nur einen Standort/eine Filiale/einen Zweigbetrieb eines Betriebs

☐ für eine Abteilung/einen Bereich eines Betriebs, nämlich:

Bitte alle weiteren Angaben für den angekreuzten Bereich machen!

Wirtschaftsklasse (ÖNACE 2008)**:** |___|___|___|			
Anzahl MitarbeiterInnen – Durchschnitt(!) im Beobachtungszeitraum			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
		Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|

Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen [*nach Maßnahme***]**			
TeilnehmerInnen – Durchschnitt(!) im Beobachtungszeitraum			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
		Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
Zielgruppe – Durchschnitt(!) im Beobachtungszeitraum			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|

	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
		Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|

Fluktuationsquote			
Kündigungen *durch* MitarbeiterInnen im Beobachtungszeitraum			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
		Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
Anzahl MitarbeiterInnen – zu Beginn(!) des Beobachtungszeitraumes			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|

		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
		Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|

Qualifizierungstage

Anzahl der Tage für Qualifizierung im Beobachtungszeitraum

		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
		Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
	höchster Bildungsabschluss	ISCED 0-2	|___|___|___|___|___|
		ISCED 3-4	|___|___|___|___|___|
		ISCED 5-6	|___|___|___|___|___|
	Beschäftigungs-verhältnis	geringfügig	|___|___|___|___|___|
		vollversichert	|___|___|___|___|___|
	Gehaltsklasse	*Gehaltsklasse_1*	|___|___|___|___|___|
		Gehaltsklasse_2	|___|___|___|___|___|
		…	|___|___|___|___|___|
		Gehaltsklasse_n	|___|___|___|___|___|
	Versichertenkategorie	*Versichertenkategorie_1*	|___|___|___|___|___|
		Versichertenkategorie_2	|___|___|___|___|___|
		…	|___|___|___|___|___|

	Versichertenkategorie_n	|___|___|___|___|___|

Anzahl MitarbeiterInnen – Durchschnitt(!) im Beobachtungszeitraum [*umgerechnet in Vollzeitäquivalente***]**

	Gesamt	|___|___|___|___|___|
Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
	Männlich	|___|___|___|___|___|
Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
	25 bis 34	|___|___|___|___|___|
	35 bis 44	|___|___|___|___|___|
	45 bis 54	|___|___|___|___|___|
	55 bis 64	|___|___|___|___|___|
	65 und älter	|___|___|___|___|___|
Beschäftigungsausmaß	Vollzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
	Teilzeitbeschäftigt	|___|___|___|___|___|
höchster Bildungsabschluss	ISCED 0-2	|___|___|___|___|___|
	ISCED 3-4	|___|___|___|___|___|
	ISCED 5-6	|___|___|___|___|___|
Beschäftigungs-verhältnis	geringfügig	|___|___|___|___|___|
	vollversichert	|___|___|___|___|___|
Gehaltsklasse	*Gehaltsklasse_1*	|___|___|___|___|___|
	Gehaltsklasse_2	|___|___|___|___|___|
	…	|___|___|___|___|___|
	Gehaltsklasse_n	|___|___|___|___|___|
Versichertenkategorie	*Versichertenkategorie_1*	|___|___|___|___|___|
	Versichertenkategorie_2	|___|___|___|___|___|
	…	|___|___|___|___|___|
	Versichertenkategorie_n	|___|___|___|___|___|

Gesundheitsquote, AU-Tage [*nach Diagnose*]		
AU-Tage im Beobachtungszeitraum [*nach Diagnose*]		
	Gesamt	|___|___|___|___|___|
Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
	Männlich	|___|___|___|___|___|
Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
	25 bis 34	|___|___|___|___|___|
	35 bis 44	|___|___|___|___|___|
	45 bis 54	|___|___|___|___|___|
	55 bis 64	|___|___|___|___|___|
	65 und älter	|___|___|___|___|___|

AU-Fälle [*nach Diagnose*]		
AU-Fälle im Beobachtungszeitraum [*nach Diagnose*]		
	Gesamt	|___|___|___|___|___|
Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
	Männlich	|___|___|___|___|___|
Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
	25 bis 34	|___|___|___|___|___|
	35 bis 44	|___|___|___|___|___|
	45 bis 54	|___|___|___|___|___|
	55 bis 64	|___|___|___|___|___|
	65 und älter	|___|___|___|___|___|

AU-Quote		
Krankenstandspersonen im Beobachtungszeitraum (MitarbeiterInnen, welche im Beobachtungszeitraum mindestens einen AU-Fall aufweisen)		
	Gesamt	|___|___|___|___|___|
Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
	Männlich	|___|___|___|___|___|

Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
	25 bis 34	|___|___|___|___|___|
	35 bis 44	|___|___|___|___|___|
	45 bis 54	|___|___|___|___|___|
	55 bis 64	|___|___|___|___|___|
	65 und älter	|___|___|___|___|___|

Langzeitkrankenstände [*nach Diagnose*]

Summe der AU-Tage der Fälle mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen im Beobachtungszeitraum [*nach Diagnose*]

	Gesamt	|___|___|___|___|___|
Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
	Männlich	|___|___|___|___|___|
Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
	25 bis 34	|___|___|___|___|___|
	35 bis 44	|___|___|___|___|___|
	45 bis 54	|___|___|___|___|___|
	55 bis 64	|___|___|___|___|___|
	65 und älter	|___|___|___|___|___|

AU-Fälle mit einer Dauer von mehr als 42 Kalendertagen im Beobachtungszeitraum [*nach Diagnose*]

	Gesamt	|___|___|___|___|___|
Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
	Männlich	|___|___|___|___|___|
Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
	25 bis 34	|___|___|___|___|___|
	35 bis 44	|___|___|___|___|___|
	45 bis 54	|___|___|___|___|___|
	55 bis 64	|___|___|___|___|___|
	65 und älter	|___|___|___|___|___|

Kurzzeitkrankenstände			
Summe der AU-Tage der Fälle mit einer Dauer von bis zu 3 Kalendertagen im Beobachtungszeitraum			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|
AU-Fälle mit einer Dauer von bis zu 3 Kalendertagen im Beobachtungszeitraum			
		Gesamt	|___|___|___|___|___|
	Geschlecht	Weiblich	|___|___|___|___|___|
		Männlich	|___|___|___|___|___|
	Alter (Jahre)	15 bis 24	|___|___|___|___|___|
		25 bis 34	|___|___|___|___|___|
		35 bis 44	|___|___|___|___|___|
		45 bis 54	|___|___|___|___|___|
		55 bis 64	|___|___|___|___|___|
		65 und älter	|___|___|___|___|___|

Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Fragen, inwieweit die einzelnen Aspekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung bereits umgesetzt sind! Manche Fragen müssen für Betriebe mit mehr als 50 MitarbeiterInnen anders beantwortet werden, manche gelten nur für größere Betriebe (> 50 Mitarb.).

Verankerung von Gesundheitsförderung im Betrieb	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Es gibt eine (>50 Mitarb.: schriftliche) Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung	☐	☐	☐	☐	☐
Die Unternehmensleitlinie wird von allen Gruppen im Betrieb mitgetragen	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt Ressourcen für die Gesundheitsförderung (finanzielle Ressourcen, Freistellung von MitarbeiterInnen)	☐	☐	☐	☐	☐
Die Betriebsleitung lässt sich regelmäßig über die Fortschritte der betrieblichen Gesundheitsförderung berichten	☐	☐	☐	☐	☐
Gesundheit spielt auf allen Führungs-ebenen eine Rolle	☐	☐	☐	☐	☐

Fortbildung	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Bei Bedarf gibt es Fortbildungen zur Gesundheitsförderung	☐	☐	☐	☐	☐
Auch die Weiterqualifizierung von Führungskräften in Gesundheitsförderung hat einen hohen Stellenwert	☐	☐	☐	☐	☐

Planung	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Zu Beginn von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung wurden dazu vorhandene Kompetenzen und Ressourcen im Betrieb ermittelt	☐	☐	☐	☐	☐
Die Planungen zur Gesundheitsförderung werden bedarfsgerecht aus einer Ist-Analyse hergeleitet	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt einen Zeitplan für die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen	☐	☐	☐	☐	☐
Alle MitarbeiterInnen sind über die Vorhaben im Bereich Gesundheitsförderung informiert	☐	☐	☐	☐	☐

Steuerung von Gesundheitsförderung und Partizipation	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Es gibt ein verantwortliches Steuerungsteam für Gesundheitsförderung, das sich regelmäßig trifft	☐	☐	☐	☐	☐
Falls wegen Betriebsgröße kein Steuerungsteam: Die Steuerung erfolgt regelmäßig in anderen Gruppen / Besprechungen	☐	☐	☐	☐	☐
Im Steuerungsgremium sind alle betroffenen Personengruppen repräsentiert	☐	☐	☐	☐	☐
Nur > 50 Mitarb.: Es gibt verantwortliche Arbeitsgruppen für Themen der Gesundheitsförderung	☐	☐	☐	☐	☐
Zur Steuerung von Gesundheitsförderung werden betriebseigene Daten genutzt, z.B. zu Fehlzeiten und Unfällen	☐	☐	☐	☐	☐
Es finden Gesundheitszirkel statt	☐	☐	☐	☐	☐
Der Betriebsrat/die MitarbeiterInnen werden in alle wichtigen Entscheidungen zur Gesundheitsförderung einbezogen	☐	☐	☐	☐	☐

Vielfalt gesundheitsfördernder Ansätze	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Es werden sowohl Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Gestaltung des Betriebs und der Abläufe als auch Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens durchgeführt	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahmen zu Verhalten und Maßnahmen zu den Verhältnissen sind systematisch miteinander verknüpft	☐	☐	☐	☐	☐
Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung werden in die Organisationsstrukturen und -prozesse integriert	☐	☐	☐	☐	☐

Qualitätssicherung	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Kurze schriftliche Konzepte der Einzelmaßnahmen liegen vor	☐	☐	☐	☐	☐
Die Erreichung der Ziele wird regelmäßig überprüft	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt regelmäßige Erhebungen zur MitarbeiterInnenzufriedenheit	☐	☐	☐	☐	☐

Nur > 50 Mitarb.: Auswirkungen der Gesundheitsförderung auf wirtschaftliche Ergebnisse (Fluktuation, Produktivität, Kosten-Nutzen-Bilanzen etc.) werden regelmäßig überprüft	☐	☐	☐	☐	☐
Es gibt regelmäßig fortgeschriebene Gesundheitsberichte auf der Basis aller vorliegenden Informationsquellen (Befragungen, interne/externe Statistiken)	☐	☐	☐	☐	☐

Soziale Verantwortung	nicht begonnen	geplant / in Vorber.	begonnen	teilweise erreicht	voll erreicht
Der Betrieb hat sich dem Umweltschutz verpflichtet	☐	☐	☐	☐	☐
Der Betrieb unterstützt die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit	☐	☐	☐	☐	☐
Der Betrieb verfügt über geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung von MitarbeiterInnen bei Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit	☐	☐	☐	☐	☐

Wer war an der Bearbeitung dieses Bogens beteiligt?

Vom Betrieb:

Von der Krankenkasse:

FALLS DIES EINE NACHBEFRAGUNG IST:

Gab es seit der ersten Befragung Entwicklungen oder Ereignisse im Betrieb, die bei der Beurteilung der Ergebnisse der betrieblichen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen sind?

☐ nein

☐ ja, und zwar:

☐ Umstrukturierungen
☐ Veränderung von Arbeitsaufkommen
☐ Veränderung von Personalausstattung
☐ Wechsel der Eigentumsverhältnisse
☐ Veränderung von wirtschaftlicher Situation
☐ Sonstige: ……

Weitere Abfragemöglichkeiten aufgrund der Hinweise:

- Anzahl ArbeiterInnen / Angestellte / LeiharbeiterInnen
- Anzahl Personen mit Migrationshintergrund
- Betriebsrat (ArbeiterInnen-, Angestelltenbetriebsrat)
- ArbeitsMedizinerIn
- Sicherheitsfachkraft
- Sicherheitsvertrauensperson
- Betreuung durch AUVAsicher
- Kantine im Unternehmen bzw. Aufwärmmöglichkeit für Essen am Arbeitsplatz (auch bei Nacht- bzw. bei Schichtarbeit)

Ergänzungsbogen zur MitarbeiterInnenbefragung – [Schablone]
Der Bogen dient für die *gemeinsame (kassenübergreifende)* Evaluation der Effekte von Betrieblicher Gesundheitsförderung als einheitliches und kurzes Instrument. Dieser ist vor und nach einem BGF-Projekt als Ergänzung zur MitarbeiterInnenbefragung von der/dem jeweiligen TeilnehmerIn an der MitarbeiterInnenbefragung auszufüllen.

Arbeitszufriedenheit, Zufriedenheit mit Führungsstil					
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	unzu-frieden	sehr unzu-frieden
Alles in allem bin ich mit meiner Arbeit…	☐	☐	☐	☐	☐
Mit dem Führungsstil meiner/meines direkten Vorgesetzten bin ich…	☐	☐	☐	☐	☐

Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte/n, Soziale Unterstützung durch KollegInnen, Qualität der Arbeit, Quantitative Überforderung					
Beziehen Sie sich bitte auf Ihre letzten vier Arbeitswochen	nie	selten	manch-mal	oft	immer
Meine direkte Vorgesetzte / mein direkter Vorgesetzter unterstützt mich					
Meine KollegInnen unterstützen mich					
Meine Arbeit stellt vielfältige Anforderungen an mich					
Ich lerne bei meiner Arbeit Neues dazu					
Ich bin in Entscheidungen, die meine Arbeit betreffen, eingebunden					
Meine Arbeit ist sinnvoll					
Ich kann meine Arbeitsaufgaben nach meinen eigenen Vorstellungen gestalten					
Man hat genug Zeit diese Arbeit zu erledigen					
Es gibt so viel zu tun, dass einem die Arbeit über den Kopf wächst					

Arbeitsfähigkeit	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeits-fähigkeit in Relation zu den körperlichen Arbeitsanforderungen ein?	☐	☐	☐	☐	☐
Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeits-fähigkeit in Relation zu den psychischen Arbeitsanforderungen ein?	☐	☐	☐	☐	☐

Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren	unwahrscheinlich	nicht sicher	ziemlich sicher
Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?	☐	☐	☐

Subjektiver Gesundheitszustand	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?	☐	☐	☐	☐	☐

Körperliche Aktivität							
An wie vielen der vergangenen 7 Tage waren Sie mindestens für 30 Minuten körperlich aktiv?							
☐ an 0 Tagen	☐ an 1 Tag	☐ an 2 Tagen	☐ an 3 Tagen	☐ an 4 Tagen	☐ an 5 Tagen	☐ an 6 Tagen	☐ an 7 Tagen

Ernährung		
Wie oft essen Sie…?	Obst	Gemüse (ausgenommen Kartoffel)
zwei Mal oder öfter am Tag	☐	☐
einmal am Tag	☐	☐
seltener als einmal am Tag, aber mindestens vier Mal pro Woche	☐	☐
seltener als vier Mal pro Woche, aber mindestens einmal pro Woche	☐	☐
seltener als einmal in der Woche	☐	☐
nie	☐	☐

Angaben zur Person		
Geschlecht	☐ Weiblich	☐ Männlich
Alter	|___|___|___| Jahre	
Beschäftigungsausmaß	☐ Vollzeitbeschäftigt	☐ Teilzeitbeschäftigt

Weitere Abfragemöglichkeiten aufgrund der Hinweise:

- Kantine im Unternehmen bzw. Aufwärmmöglichkeit für Essen am Arbeitsplatz (auch bei Nacht- bzw. bei Schichtarbeit)
- Leistung von Mehr- und/ oder Überstunden

- ArbeiterIn / Angestellte/r / LeiharbeiterIn
- Migrationshintergrund

Maßnahmendokumentation Betriebliche Gesundheitsförderung

Name der Firma:_____ **Jahr:**_____ **Blatt:**____

Erläuterung der Dokumentation

Wozu dient der Bogen?	Zur Auswertung des Projekts zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird mit dem Bogen erfasst, welche Maßnahmen durchgeführt werden. Er bildet damit den Hintergrund für Veränderungen der Betriebsstruktur und für individuelle Veränderungen bei den beteiligten Personen.
Wer füllt den Bogen aus?	Die verantwortliche Person, die die betriebliche Gesundheitsförderung koordiniert, möglichst gemeinsam mit Betriebsvertretern.
Was ist eine Maßnahme?	"Maßnahme" wird aufgabenbezogen verstanden, d.h. es handelt sich um eine Tätigkeit bzw. um ein Tätigkeitsbündel, das in einem überschaubaren Zeitrahmen stattfindet und ein Ergebnis (zumindest ein Teilergebnis) hat.
Welche Maßnahmen werden dokumentiert?	Dokumentiert werden alle Maßnahmen, die eindeutig dem Projekt zuzurechnen sind. Dazu gehören auch Maßnahmen und Hilfestellungen einer externen Institution.
Für welchen Zeitraum wird ausgefüllt?	Für jedes Jahr ein neuer Bogen, werden mehr als zehn Maßnahmen durchgeführt, wird eine neue Seite genommen.

Art der Maßnahme (bitte Zutreffendes ankreuzen)	**Maßnahmentitel** Für jede Maßnahme bitte eine Spalte verwenden									
Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Krankenstandsauswertung über Krankenversicherung										
Krankenstandsauswertung auf Basis betriebseigener Daten										
Mitarbeiterbefragung (z.B. schriftlich, Mitarbeiterbefragungs-Workshop)										
Gesundheitszirkel bzw. Varianten wie Zufriedenheitszirkel, Teamreflexionen, Workshops, Arbeitsgruppen, etc.										
gesundheitsbezogene Veranstaltung (z.B. Gesundheitstag, Informationsveranstaltung, Ernährungsvortrag)										
gesundheitsbezogene Fort-/Weiterbildung (z.B. Gesundes Führen)										
Kurs (z.B. Nordic Walking, Ernährungs-Workshop, Raucherentwöhnung, Stressmanagement, Teamentwicklung)										
Individuelle Beratung (z.B. Mobbingberatung, Führungskräfte-Coaching, Rauchertelefon)										
Investition, Neuanschaffung (z.B. Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells, ergonomische Sitzgelegenheit)										
Gesundheitsbezogener Strukturaufbau im Unternehmen (z.B. BGF-/BGM-Kurs, Festlegung Zuständigkeit mit Ressourcen, betriebliches Wiedereingliederungsmanagement)										
Sonstiges (z.B. Arbeitsanalyse, Gesundheitscoaching)										

Beschreibung der Maßnahme (bitte Anzahl eintragen)

Wie oft wurde die Maßnahme angeboten (z.B. 3 Gesundheitszirkel insgesamt im Unternehmen)										
Zahl der Termine/Treffen je Maßnahme (z.B. 5 Treffen je Gesundheitszirkel)										
(mittlere) Dauer der Termine/Treffen in Stunden (z.B. 1,5 Stunden je Gesundheitszirkel-Treffen)										
Größe der Zielgruppe (für wieviele Personen wurde die Maßnahme ausgeschrieben/angeboten?)										

Erreichte Zielgruppenpersonen (bitte Anzahl eintragen)

Anzahl der erreichten Personen der Zielgruppe										

Version 20131020