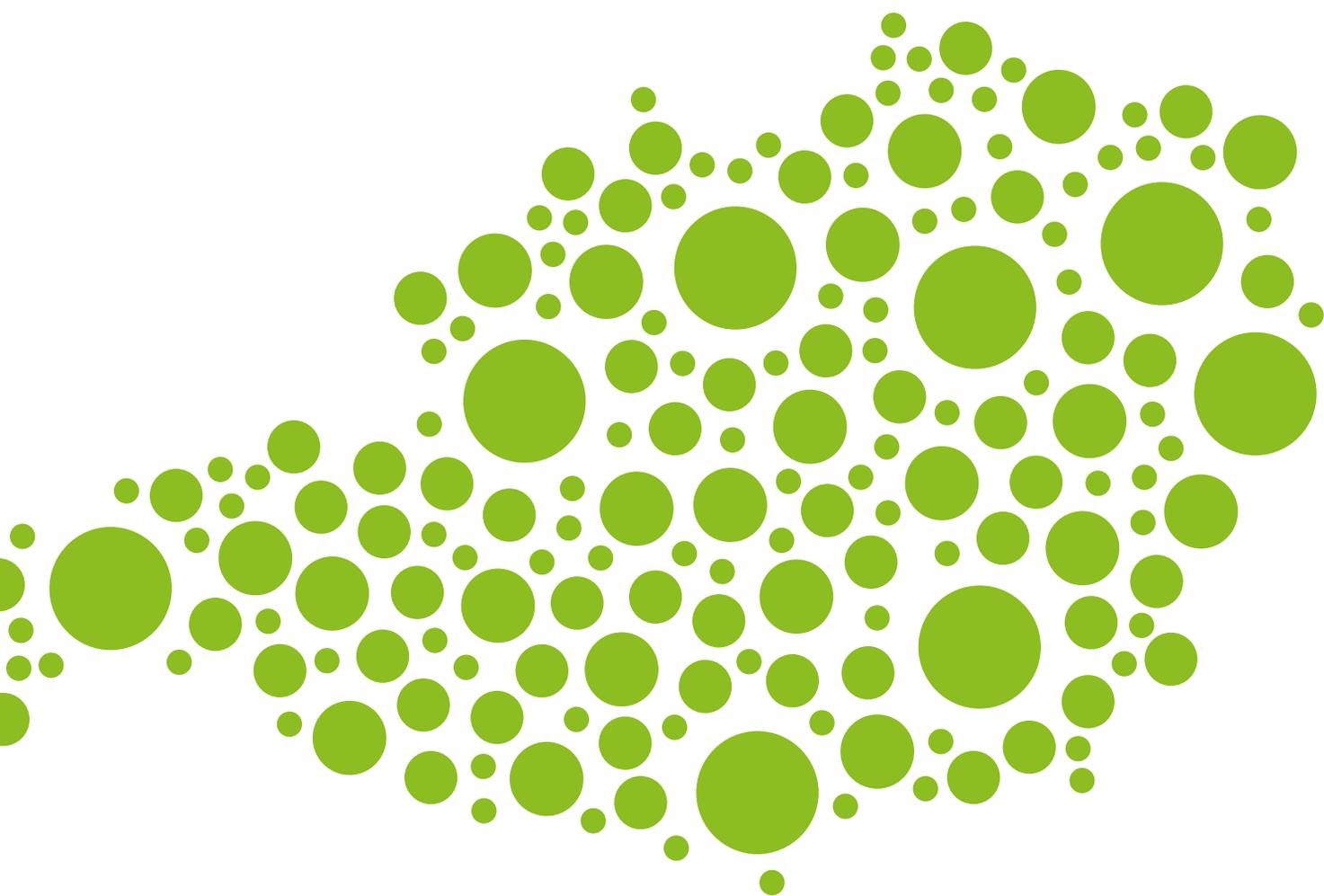


Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung

5. neu bearbeitete Auflage



Hauptverband der
österreichischen
Sozialversicherungsträger



Impressum

Herausgeber

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Für den Inhalt verantwortlich

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung

Ansprechperson: Mag. Christoph Heigl

Autorin und Autor

Mag.^a Andrea Blattner (Arbeitspsychologische Beratung & Evaluation)

Mag. Martin Mayer (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH)

Redaktion (in alphabetischer Reihenfolge)

Burgenländische Gebietskrankenkasse

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Kärntner Gebietskrankenkasse

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Salzburger Gebietskrankenkasse

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Tiroler Gebietskrankenkasse

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau

Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter

Wiener Gebietskrankenkasse

Zitiervorschlag

Blattner, A. & Mayer, M. (2018). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (5. neu bearbeitete Auflage). Hrsg.: Österreichisches Netzwerk für BGF. Wien.

Lektorat: Peter Eichbauer (Wien)

Korrektorat: Mag. Wolfgang Kanduth

Fotos: Hermann Wakolbinger (S. 8), Elisabeth Grebe (S. 9 Maringer), Foto Weiwurm (S. 9 Biach)

Grafische Umsetzung: Marc Wieser (www.bookmarc.at)

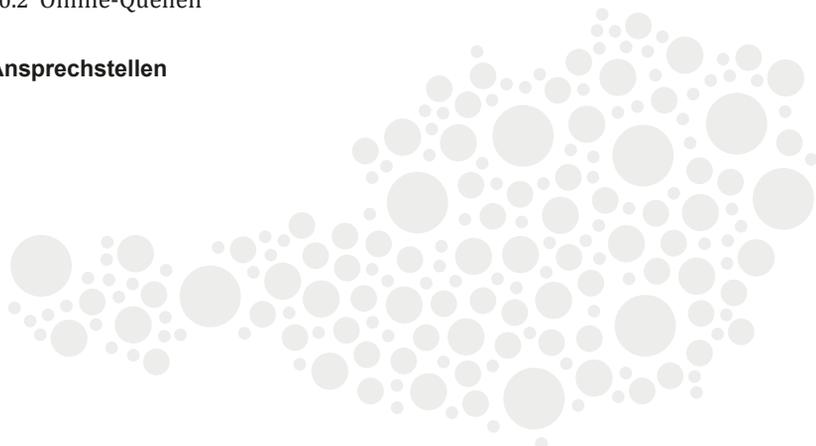
Stand: 01/2018



Inhaltsverzeichnis

9	Vorwort
.....	
11	Einleitende Worte der Verfasserin und des Verfassers
.....	
13	1. Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheit
13	1.1 Mitglieder
14	1.2 Aufgaben und Angebote
16	1.3 Das dreistufige Qualitätsmanagement
.....	
21	2. Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung
23	2.1 Nutzen und Vorteile von Betrieblicher Gesundheitsförderung
25	2.2 Gesundheitsressource Arbeit
27	2.3 Gesundheitsverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung
29	2.4 Der bio-psycho-soziale Gesundheitsbegriff
28	2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention
30	2.6 Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung
30	2.7 Zielgruppenorientierung und Chancengerechtigkeit
41	2.8 Psychosoziale Gesundheit und Führungskultur
.....	
45	3. Management Betrieblicher Gesundheitsförderung
46	3.1 Vorprojektphase
62	3.2 Diagnosephase
77	3.3 Maßnahmenplanung
92	3.4 Umsetzung
99	3.5 Evaluation und Dokumentation
.....	
117	4. Betriebliche Gesundheitsförderung für Kleinst- und Kleinbetriebe
117	4.1 Anforderungen von Klein- und Kleinstbetrieben
117	4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben
118	4.3 Der BGF-Prozess für Kleinst- und Kleinbetriebe
.....	
123	5. Qualitätskriterien des Netzwerk BGF
123	5.1 Qualitätskriterium N° 1: Unternehmensgrundsätze/Unternehmenskultur
124	5.2 Qualitätskriterium N° 2: (Projekt-)Struktur
124	5.3 Qualitätskriterium N° 3: Zuständigkeiten/Ansprechperson
125	5.4 Qualitätskriterium N° 4: Zielgruppenorientierung
125	5.5 Qualitätskriterium N° 5: Diagnosephase/-instrumente/Bedarfserhebung
125	5.6 Qualitätskriterium N° 6: Mitarbeitendenorientierung
126	5.7 Qualitätskriterium N° 7: Kommunikation
126	5.8 Qualitätskriterium N° 8: Verhältnisorientierte Maßnahmen
126	5.9 Qualitätskriterium N° 9: Verhaltensorientierte Maßnahmen
127	5.10 Qualitätskriterium N° 10: Führung
127	5.11 Qualitätskriterium N° 11: Qualität der Zielformulierung/Umfang der Ziele
127	5.12 Qualitätskriterium N° 12: Ergebniskontrolle und Evaluation
128	5.13 Qualitätskriterium N° 13: Zielerreichung
128	5.14 Qualitätskriterium N° 14: Nachhaltigkeit
128	5.15 Qualitätskriterium N° 15: Umsetzung des Projektkreislaufs

131	6. Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement
131	6.1 Entwicklungsstufen von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement
133	6.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gestaltungsmerkmale
137	6.3 Entwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems
147	6.4 Tipps/Erfolgsfaktoren
.....	
149	7. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und BGF
150	7.1 Wie gestaltet sich der gemeinsame Ablauf?
151	7.2 Worauf ist bei der gemeinsamen Durchführung zu achten?
.....	
155	8. Good Practice Beispiele
155	8.1 Bundesministerium für Finanzen
157	8.2 Dornbirner Jugendwerkstätten
159	8.3 „Kindernest“ Gem. Kinderbetreuungs Ges.m.b.H
161	8.4 FOSSEK OG
163	8.5 ÖAMTC Landesclub Oberösterreich
165	8.6 Fürstenallee Apotheke Mag. pharm. Kerp KG (bis 06/17: Mag. ^a pharm. Susanne Fleissner e. U., kurz: Fürstenallee Apotheke)
167	8.7 Fritz Jeitler Futtermittel GmbH
169	8.8 Pirktl Holiday GmbH & Co KG
171	8.9 ÖBB Technische Services GmbH (TS)
173	8.10 ELVG Bentlage Susanne Bentlage e. U.
.....	
177	9. Werkzeugkoffer
177	9.1 Vorprojektphase
186	9.2 Maßnahmenplanung
190	9.3 Checkliste zu den 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF
192	9.4 Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement
.....	
195	10. Verzeichnisse
195	10.1 Literatur
203	10.2 Online-Quellen
.....	
205	11. Ansprechstellen



Abkürzungsverzeichnis

AGG	Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz
ASA	Arbeitsschutzausschuss
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
AUVA-SGM	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – Sicherheits- und Gesundheitsmanagement
BAK	Bundesarbeitskammer
BB	Beauftragter für Betriebliches Eingliederungsmanagement
B-BSG	Bundes-Bedienstetenschutzgesetz
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BSC	Balanced Scorecard
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
DOK-VO	Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
EU	Europäische Union
FBV	Fonds Gesunde Betriebe Vorarlberg
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FK	Führungskräfte
GAS	Goal Attainment Scaling
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitszirkel
GZM	Gesundheitszirkelmoderator/in
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
IV	Industriellenvereinigung
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
KMU	Kleine und Mittlere Unternehmen
MA	Mitarbeiter/innen
MbM	Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
OHSAS	Occupational Health- and Safety Assessment Series
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk für BGF
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
PSP	Projektstrukturplan
QM	Qualitätsmanagement
ROI	Return on Invest
SFK	Sicherheitsfachkraft

SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVP	Sicherheitsvertrauensperson
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKO	Wirtschaftskammer Österreich



Vorwort

Die Gestaltung von Arbeitsprozessen und Arbeitsplätzen kann die Gesundheit fördern und Krankheiten verhindern. Der Apfelkorb im Unternehmen ist zwar oft ein plakatives Beispiel für Gesundheit, reicht aber nicht aus. Das Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung ist seit vielen Jahren ein verlässlicher Partner für Betriebe und ein Garant für Qualität in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Gesundheit darf dabei nicht isoliert betrachtet werden, sondern muss als Querschnittsthema systematisch in die gesamte Unternehmenskultur integriert werden.

Um wirksam zu werden, muss die Betriebliche Gesundheitsförderung als ganzheitlicher Prozess umgesetzt werden: von der Vorprojektphase bis hin zur nachhaltigen Implementierung in Form eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Mit dem Handbuch liegt nun ein aktualisiertes Nachschlagewerk vor, das sich an alle Akteurinnen und Akteure im Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung richtet. Schritt für Schritt wird der Weg in Richtung gesunder Betriebe aufgezeigt.

Ziel des Handbuchs ist es, Betriebliche Gesundheitsförderung einer noch breiteren Anzahl an Betrieben zugänglich zu machen. Bis Jänner 2017 haben österreichweit 884 Betriebe das BGF-Gütesiegel erlangt und 1.832 Betriebe haben die BGF-Charta unterschrieben. Seit 2004 wurden somit mehr als 420.000 Erwerbstätige erreicht, was einem Anteil von rund 14 Prozent aller Erwerbstätigen entspricht. Wir wollen die BGF konsequent weiter stärken und noch mehr Betriebe gewinnen. Das Handbuch ist hierbei ein zentrales Werkzeug zum Erreichen hoher Qualität.

Betriebliche Gesundheitsförderung – und darauf aufbauend ein modernes Betriebliches Gesundheitsmanagement – sind wirksame und notwendige Schritte zur gesunden Gestaltung von Arbeit und Organisation. Entsprechend hoffen wir mit dem Handbuch eine hochwertige Lektüre geschaffen zu haben, die alle Leserinnen und Leser dabei unterstützt.



Dr. Alexander Biach
Vorsitzender des Verbandsvorstandes
im Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger



Albert Maringer
Obmann OÖGKK
Vorsitzender des Ausschusses
„Krankenversicherung und Prävention“
im Hauptverband der österreichischen
Sozialversicherungsträger

Einleitende Worte der Verfasserin und des Verfassers

Das Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) richtet sich an BGF-Projektleiter/innen und -Mitarbeiter/innen, Führungskräfte, Betriebsrätinnen und Betriebsräte, Personal- und Organisationsentwickler/innen, Arbeitspsychologinnen und -psychologen, Präventivfachkräfte und BGF-Berater/innen sowie an alle sonst noch an der BGF interessierten Personen.

Bei der Erstellung des Handbuchs war es uns von großer Wichtigkeit, dieses so praxisnah wie möglich für Sie als Nutzer/innen aus den Betrieben aufzubereiten. Ein fundiertes und in der Praxis bewährtes Gerüst für die Umsetzung Ihres BGF-Projekts finden Sie auf den vorliegenden Seiten. Das Handbuch zeigt, wie BGF in **Betrieben jeglicher Größe und Branche** umgesetzt werden kann.

Zu Beginn wird das **Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung** (ÖNBGF) mit seinen Aufgaben und Angeboten in Kapitel 1 vorgestellt. Danach folgt ein Überblick über **zentrale Grundbegriffe der BGF** sowie zu den wesentlichsten **Zusammenhängen von Arbeit und Gesundheit** (Kapitel 2). Um in der Praxis zu arbeiten, wird nach dieser kurzen Einführung **Schritt für Schritt** der **Ablauf eines BGF-Projekts** erläutert (Kapitel 3). Wie auch **Kleinst- und Kleinunternehmen** von BGF profitieren können, erfahren Sie in Kapitel 4. In Kapitel 5 werden schließlich die **Qualitätskriterien** des Netzwerks BGF vorgestellt. Diese dienen zur Vertiefung der in Kapitel 3 vorgestellten BGF-Projektphasen und stellen für die betriebliche Praxis wichtige Aspekte noch einmal zusammenfassend dar. Spätestens am Ende eines Projekts stellt sich immer auch die Frage nach der **Nachhaltigkeit**. In Kapitel 6 werden Möglichkeiten aufgezeigt, nach Abschluss eines BGF-Projekts dauerhafte Strukturen und Prozesse in Form eines Betrieblichen **Gesundheitsmanagementsystems (BGM)** aufzubauen. Das darauf folgende Kapitel 7 stellt einen Ansatz vor, die Umsetzung eines BGF-Projekts

mit der **Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen** zu verbinden. Diese kann grundsätzlich unter der Einhaltung bestimmter Rahmenbedingungen möglichst ressourcenschonend mit der BGF kombiniert werden. **Beispiele guter Praxis** werden in Kapitel 8 beschrieben. Hier erhält die/der geneigte Lesende die Möglichkeit, von BGF-Expertinnen und -Experten aus dem BGF-Netzwerk zu erfahren, wie ausgesuchte Unternehmen BGF in ihrem Betrieb umgesetzt haben. Der **Werkzeugkoffer** in Kapitel 9 stellt Vorlagen zur Verfügung, die, an betriebspezifische Bedürfnisse angepasst, die Umsetzung eines eigenen BGF-Projekts unterstützen können.

Am Ende des Handbuchs findet sich eine Auflistung aller **Regional- und Servicestellen** sowie der **Partner/innen des Netzwerks BGF**, die bei der Umsetzung von BGF behilflich sind.

Ein großes Dankeschön gebührt Herrn **Dr. Christian Scharinger, MSc**, der in den vergangenen Jahren das Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung verfasst und zu dem gemacht hat, was es heute ist: Ein Standardwerk der österreichischen Sozialversicherung zur praxisorientierten Umsetzung der BGF.

So ein Handbuch schreibt sich nicht alleine. Daher bedanken wir uns bei allen **Redaktionsteammitgliedern** für ihre stets wertvollen und praxisnahen Inputs. Sie haben es unter anderem ermöglicht, dass in Kapitel 8 Erfahrungen von Unternehmen vorgestellt werden können. Auch **unseren Kolleginnen und Kollegen** danken wir für ihre unermüdliche Korrekturarbeit an Abbildungen und Texten.

Und nun wünschen wir Ihnen **viel Vergnügen** beim Lesen und vor allem **viel Erfolg** bei der Arbeit an Ihrem BGF-Projekt.

Andrea Blattner und Martin Mayer
Gratwein-Straßengel und Graz, im Jänner 2018

1. Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheit

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) steht für Gesundheit und Erfolg in Unternehmen. Seit dem ersten Umsetzungsprojekt in Österreich sind **mehr als 20 Jahre** vergangen. Dank dieser langjährigen Erfahrung in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) verfügt das Netzwerk über ein umfangreiches Angebotsportfolio, das Betrieben bei der Umsetzung von BGF zur Verfügung steht. Eines dieser Unterstützungsangebote halten Sie mit dem **Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung** gerade in Händen.

1.1 Mitglieder

Das Netzwerk BGF besteht aus der Koordinationsstelle, den Regional- und Servicestellen sowie den Partner/innen (siehe Abbildung 1). In der Koordinationsstelle des Netzwerks BGF, eingerichtet in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), laufen alle Fäden zusammen. Hier wird gemeinsam mit den Netzwerkmitgliedern an der Weiterentwicklung und qualitätsgesicherten Umsetzung der BGF in Österreich gearbeitet. Ziel ist es, ein österreichweit einheitliches Verständnis von BGF zu erzeugen. Diese Entwicklung wird u. a. durch regelmäßige Veranstaltungen, wie z. B. dem jährlich stattfindenden BGF-Infotag, als auch durch gemeinsame Projekte vorangetrieben.

Eine **Regionalstelle** pro Bundesland macht es möglich, Betrieben österreichweit kompetente Ansprechpartner/innen für die Begleitung von BGF-Projekten zur Seite zu stellen. Die Regionalstellen sind vorwiegend bei den Gebietskrankenkassen angesiedelt. In Vorarlberg wird im Auftrag der Vorarlberger Gebietskrankenkasse (VGKK) die Regionalstelle beim Fonds Gesunde Betriebe Vorarlberg (FGBV) geführt.

Kompetente Ansprechpartner/innen für österreichweite, aber auch regionale Projekte findet man in den **Servicestellen**. Die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) hat ihre Servicestelle am Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) angesiedelt. Eine weitere Servicestelle wird von der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA) betrieben.

BGF braucht eine breite Basis. Nur wenn alle zusammenarbeiten, kann die Idee von gesunden Mitarbeitenden in gesunden Unternehmen verwirklicht werden. Daher arbeitet das Netzwerk BGF eng mit seinen **Partnerinnen und Partnern** an der Verankerung und Weiterentwicklung der BGF in Österreich zusammen. Bereits bei der Gründung des Netzwerks BGF im Jahr 2000 konnten die Bundesarbeitskammer (BAK) und die Wirtschaftskammer Österreich (WKO) als Partnerinnen

Die Aufgaben des Netzwerks BGF lauten im Einzelnen wie folgt:

- Die Gesundheitsförderung und die Umsetzung der BGF sind gesetzlich im **Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)** und im **Gesundheitsförderungsgesetz (GfG)** verankert. Das Netzwerk BGF ist im Sinne der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags mit der Umsetzung im Kontext der Rahmen-Gesundheitsziele beauftragt.
- Das Netzwerk ist Denkfabrik und Motor der BGF in Österreich. Seit Gründungszeiten werden **Pilot- und Disseminationsprojekte** zu unterschiedlichsten Themenschwerpunkten initiiert und umgesetzt. Neben Umsetzungsprojekten werden laufend Wissenschaftskooperationen genutzt, um beispielsweise neue methodische Zugänge für Kleinst- und Kleinunternehmen (z. B. BGFvote) zu erarbeiten oder Leitfäden zur Erleichterung der Umsetzung in den Betrieben bereitzustellen (z. B. Schriftenreihe Psychische Gesundheit).
- Unabhängig von Branche und Betriebsgröße bieten die Regional- und Servicestellen des Netzwerks BGF interessierten österreichischen Betrieben eine **Projekt- und Prozessbegleitung** an. Die im Netzwerk entwickelten Standardprozesse sind wissenschaftlich fundiert, versprechen Effizienz, Effektivität und Nachhaltigkeit.
- Die Mitglieder des Netzwerks BGF bemühen sich im Sinne der österreichischen Betriebe um einen **gemeinsamen Auftritt innerhalb der Sozialversicherung** und schlagen die **Brücke zum ArbeitnehmerInnenschutz**. Das **dreistufige Qualitätsmanagement** (siehe Kapitel 1.3) sichert seit dem Jahr 2004 das hohe Niveau.
- Um die BGF österreichweit bekannt zu machen, betreibt das Netzwerk BGF eine umfassende **Informations- und Öffentlichkeitsarbeit**. Hierzu zählen:
 - ein jährlicher Informationstag zur BGF,
 - ein viermal jährlich erscheinender Newsletter zur BGF,
 - ein Internetauftritt auf www.netzwerk-bgf.at,
 - Präsenz und Fachvorträge bei einschlägigen Veranstaltungen,
 - Erarbeitung und Verbreitung von Informationsmaterialien,
 - Presse- und Medienarbeit sowie
 - diverse Vernetzungsveranstaltungen.
- Österreich hat als **Gründungsmitglied des Europäischen Netzwerks für BGF** (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) auch die europäische Entwicklung maßgeblich bereichert. In zahlreichen Initiativen wurde neues Wissen generiert, voneinander gelernt und Know-How an österreichische Betriebe weitergegeben.



Über 1.800 Betriebe wurden bereits durch das Qualitätsmanagement des Netzwerks BGF erfasst. 1.091 Betriebe sind gegenwärtig Träger des BGF-Gütesiegels und 51 Betriebe wurden bisher mit dem BGF-Preis ausgezeichnet. In Summe entspricht dies der Schaffung von mehr als 500.000 gesünderen Arbeitsplätzen. [Stand: Jänner 2018]

Alle **Angebote der Regional- und Servicestellen** finden sich kompakt und aktuell auf der Website des Netzwerks BGF (www.netzwerk-bgf.at). In diesem Handbuch werden spezielle Angebote, wie z. B. BGF in Klein- und Kleinstbetrieben, ein Fragebogen für die Diagnosephase (Kombi AG Österreich) und weiterführende Leitfäden (z. B. Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung), vorgestellt.

1.3 Das dreistufige Qualitätsmanagement

Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre, aber auch viele Studien¹ belegen, dass nur **ein systematisches Gesundheitsförderungsprojekt mit verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen** nachhaltig zu mehr Wohlbefinden und einer verbesserten Gesundheit für Beschäftigte führt. Darüber hinaus trägt ein BGF-Projekt zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitssysteme und einer mitarbeiterorientierten Unternehmenskultur bei.

Daher hat das Netzwerk BGF ein dreistufiges Qualitätsmanagementmodell entwickelt. Dieses basiert auf den Qualitätskriterien des Netzwerks BGF (siehe Kapitel 5 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF). Dank dieses Modells wird ein einheitlicher und hoher Standard der BGF für die Betriebe gewährleistet und nach außen hin transparent kommuniziert.

Stufe 1: Die BGF-Charta

Die Unterzeichnung der BGF-Charta als sichtbares Zeichen nach Außen, verdeutlicht die Absicht eines Unternehmens zur Umsetzung eines an den BGF-Qualitätskriterien orientierten BGF-Projekts in den auf die Unterzeichnung folgenden zwei Jahren. Darüber hinaus erhalten Betriebe, welche die Charta unterzeichnet haben, regelmäßige Informationen (z. B. den BGF-Newsletter) und Einladungen zu Veranstaltungen (z. B. BGF-Infotag) von der jeweils zuständigen Regional- oder Servicestelle.

¹ Eine Zusammenfassung von Studien findet sich im iga.Report 28

Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheit



Abbildung 2: Die BGF-Charta.

Stufe 2: Das BGF-Gütesiegel

Erfolgreich abgeschlossene BGF-Projekte und/oder Projekte, die dauerhaft in den Regelbetrieb implementiert wurden, können bei der zuständigen Regional- oder Servicestelle zur Erlangung des BGF-Gütesiegels eingereicht werden. Die Projekte werden in einem objektiven Verfahren anhand der Qualitätskriterien des Netzwerks BGF geprüft und bewertet. Nach erfolgreicher Prüfung wird das BGF-Gütesiegel zuerkannt. Das BGF-Gütesiegel behält drei Jahre seine Gültigkeit und kann als eingetragene Marke in der gesamten Unternehmenskommunikation eingesetzt werden. Wenn BGF systematisch weitergeführt wird, kann das BGF-Gütesiegel nach Ablauf der drei Jahre wiederverliehen werden.



Abbildung 3: Das BGF-Gütesiegel.



Die Zuerkennung des BGF-Gütesiegels erfolgt in drei Schritten:

- 1. Ausfüllen des Gütesiegelantrags durch den Betrieb. Dabei unterstützt die jeweils zuständige Regional- oder Servicestelle gerne. Der Gütesiegelantrag kann ganzjährig bei der Regional- oder Servicestelle eingereicht werden.**
- 2. Prüfung des Antrags durch die Netzwerkmitglieder und ein unabhängiges Institut.**
- 3. Zuerkennung des Gütesiegels im Rahmen der jährlich im November stattfindenden Vergabesitzung durch alle Netzwerkmitglieder.**

Stufe 3: Der BGF-Preis

In dreijährigen Zyklen werden die BGF-Preise vergeben. Mit ihnen sollen herausragende Projekte aus dem Kreis der BGF-Gütesiegelbetriebe gewürdigt werden. Jede Regionalstelle und jede Servicestelle vergibt jeweils einen Preis für Groß- und Kleinbetriebe. Die Auswahl erfolgt auf Basis der fachlichen Einschätzung der Regional- und Servicestellen sowie auf Basis der Bewertungen der Anträge zum BGF-Gütesiegel. Eine Fachjury aus BGF-Expertinnen und -Experten kürt aus dem Kreis der regionalen Preisträger/innen die beiden Gewinner/innen des BGF-Preises National (Klein- und Großbetrieb). Die Exklusivität des BGF-Preises garantiert den prämierten Unternehmen herausragende Alleinstellung und ist mit regionaler und internationaler Beachtung verbunden. Darüber hinaus verleihen die BAK sowie die WKO gemeinsam mit der SVA jeweils noch zusätzlich einen Sonderpreis.



Abbildung 4: Der BGF-Preis.

Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheit

2. Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Arbeit hält gesund – wenn sie **gut gestaltet** ist und die **Rahmenbedingungen passen**. Gut gestaltete Arbeit ist ausführbar, schädigungslos, beeinträchtigungsfrei sowie lern- und gesundheitsförderlich². Arbeit strukturiert den Alltag³, ermöglicht Erfolgserlebnisse und bietet die Möglichkeit zur sozialen Interaktion. Wechselseitige Erwartungen, sowohl von Seiten der Organisation als auch von Seiten der Beschäftigten, wie z. B. Loyalität, Arbeitsplatzsicherheit oder Eigenverantwortung, kennzeichnen die Beziehung von Arbeitgeber/in und Arbeitnehmer/in.⁴

Die Arbeitswelt von heute ist jedoch von immer mehr **Unsicherheit und Unstetigkeit** geprägt. Neue Anforderungen an Beschäftigte, wie z. B. ein hohes Maß an Selbstorganisation, Flexibilität und Mobilität, wirken sich sowohl auf die Bindung zum Unternehmen, als auch auf das Klima im Unternehmen aus. Die **Verantwortung für den Unternehmenserfolg** wird immer häufiger auf die Beschäftigten abgewälzt, bei gleichzeitig geringeren Tätigkeitsspielräumen und gewährter Verhandlungsautonomie.⁵ Zu berücksichtigen ist weiters, dass diese Anforderungen auf eine immer älter werdende Beschäftigungspopulation treffen, die aufgrund ihrer gewandelten Leistungsvoraussetzungen (siehe Kapitel 2.7.2) diesen neuen Steuerungsformen häufig mit wenigen oder unpassenden Ressourcen entgegentreten.

Um diese Anforderungen bewältigen zu können, greifen Beschäftigte immer häufiger auf eine Strategie der sogenannten **»interessierten Selbstgefährdung«**⁶ zurück. Damit ist gemeint, dass über das gesunde Maß hinaus für Firmenziele gearbeitet wird, in der Hoffnung auf Erfolg bzw. aus Angst vor Misserfolg und den damit (vermeintlich) einhergehenden Konsequenzen, wie z. B. Jobverlust. Das gehäufte Auftreten von **Präsentismus**, d. h. Personen gehen krank zur Arbeit, kann ein deutlicher Hinweis auf „interessierte Selbstgefährdung“ sein⁷ (siehe Kapitel 3.2).

Folgen dieser negativ beanspruchenden Arbeitsbedingungen können **körperliche und psychische Probleme und Erkrankungen** sowie **zwischenmenschliche Spannungen** und Konflikte sein.⁸ Neben den augenscheinlichen negativen Konsequenzen wie Qualitätsverlust, hohe Fluktuation und Krankenstände kann auch die **Reputation von Unternehmen** aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen Schaden nehmen.

² Hacker & Sachse (2014)

³ Schaper (2011)

⁴ Raeder (2007)

⁵ Barthold & Schütz (2010)

⁶ Krause et al. (2010)

⁷ Steinke & Badura (2011)

⁸ Allenspach & Brechbühler (2005)

BGF kann Verhältnisse und Verhaltensweisen aufzeigen, die auf Dauer die Gesundheit der Beschäftigten positiv beeinflussen oder gefährden. Gleichzeitig kann sie Lösungsansätze entwickeln, die zum Erhalt der individuellen Gesundheit beitragen, die Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten bewahren und den Unternehmenserfolg sichern.

2.1 Nutzen und Vorteile von Betrieblicher Gesundheitsförderung

Immer mehr Studien belegen die Wirksamkeit von BGF.⁹ Dabei ist es wichtig, **BGF als Organisationsentwicklung** zu verstehen, die in den verschiedensten Unternehmensbereichen eingegliedert ist und sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen setzt. Ganzheitliche Projekte versprechen gegenüber Einzelmaßnahmen mehr Erfolg.¹⁰

Positive Effekte können sowohl auf Seiten der **Beschäftigten** hinsichtlich ihrer physischer, psychischer und sozialer Gesundheit verzeichnet werden, als auch auf Seiten des **Unternehmens** (siehe Tabelle 1). Gesundere Beschäftigte fehlen nachweislich weniger oft krankheitsbedingt am Arbeitsplatz, sind zufriedener und leistungsfähiger.

Gewinn für Beschäftigte	Gewinn für Unternehmen
<ul style="list-style-type: none"> ● Mehr Wohlbefinden ● Positive Wirkungen auf die eigene Gesundheit ● Verbesserung des Kontakts zu Arbeitskolleginnen und -kollegen ● Ausbau der persönlichen Gesundheitskompetenzen ● Mehr Arbeitszufriedenheit ● ... 	<ul style="list-style-type: none"> ● Geringere Fluktuation ● Verbesserung der Kommunikation ● Zufriedenere Beschäftigte ● Weniger Konflikte ● Mehr Verbesserungsvorschläge ● Imagegewinn ● ...

Tabelle 1: Subjektiver Gewinn durch BGF.

Maßnahmen wirken am stärksten unmittelbar nach deren Durchführung. Um nachhaltige Veränderungen zu gewährleisten, ist es notwendig, das Thema Gesundheit dauerhaft und konsequent weiter zu verfolgen sowie in betriebliche Strukturen und Prozesse zu integrieren.

⁹ Eine Zusammenfassung von Studien findet sich im iga.Report 28

¹⁰ Bräunig et al. (2015)

Für die Durchführung von BGF sprechen neben positiven Auswirkungen auf die Mitarbeiterzufriedenheit und das Organisationsklima auch **ökonomische Überlegungen**. Dabei kann der **Return on Invest (ROI)** einen guten Anhaltspunkt liefern. Diese Kennzahl wird häufig an Krankheitskosten und krankheitsbedingten Fehlzeiten festgemacht. In der Literatur findet man ROIs für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten von 1:3 bis zu 1:10.¹¹ Das bedeutet, dass für jeden investierten Euro bis zu 10 Euro an das Unternehmen in Form von Kostenersparnissen zurückfließen können. Dabei zeigt sich immer wieder, dass die gemeinsame Umsetzung unterschiedlichster verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen erfolgsversprechender ist als isolierte Einzelmaßnahmen.

Auch für das eigene BGF-Projekt können unter bestimmten Voraussetzungen ROIs berechnet werden. ROIs sind in der Gesundheitsförderung allerdings unter bestimmten Annahmen **geschätzte Näherungswerte**. Dementsprechend müssen diese mit gebotener Vorsicht interpretiert und keinesfalls als alleinige Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine Fortführung gesundheitsförderlicher Aktivitäten herangezogen werden.¹²

2.2 Gesundheitsressource Arbeit

Arbeit erfordert von Beschäftigten den Einsatz ihrer körperlichen und geistigen Arbeitskraft. Dadurch kommt es zu **Belastungen**, die einerseits positive aber andererseits auch negative Wirkungen entfalten können. Der Arbeitseinsatz kann im **positiven** Sinne zum Erhalt, Erwerb und zum Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten beitragen¹³. **Negative** Aspekte von Belastungen können dann auftreten, wenn Arbeit so gestaltet ist, dass die individuellen Leistungsvoraussetzungen, wie z. B. Muskelkraft oder Qualifikation, über- oder unterfordert werden¹⁴. Auch die **Rahmenbedingungen**, wie z. B. Umgebungsbedingungen oder der Handlungsspielraum, unter denen eine Aufgabe erledigt wird, haben großen Einfluss auf das Wohlbefinden der Beschäftigten. Positiv wirkt sich beispielsweise eine angemessene Bestätigung der Leistung aus. Dabei geht es nicht in erster Linie um finanzielle Anerkennung. Das richtige Wort zur rechten Zeit von Vorgesetzten, aber auch von Kolleginnen und Kollegen kann oft mehr bedeuten als eine einmalige finanzielle Zuwendung oder Gehaltserhöhung. Um dies zu ermöglichen, ist die **Gestaltung der sozialen Beziehungen** am Arbeitsplatz von großer Bedeutung.¹⁵

¹¹ Bödeker (2010a)

¹² Fritz (2006)

¹³ Schaper (2011)

¹⁴ Allenspach & Brechbühler (2005)

¹⁵ Richter & Hacker (1998)

Konfliktträchtige Beziehungen zu Vorgesetzten und / oder Kolleginnen und Kollegen wirken sich ebenso negativ auf die Gesundheit aus wie isolierte Arbeitsplätze.

Damit Arbeit als Gesundheitsressource wirken kann, muss sie passend zu den jeweiligen Fähigkeiten des Mitarbeitenden „menschengerecht“ bzw. persönlichkeitsförderlich gestaltet sein.¹⁶ Zentrale Aspekte human gestalteter Arbeit sind in Tabelle 2 zusammengefasst. Zahlreiche Studien haben die gesundheitsfördernde und produktivitätssteigernde Wirkung **human gestalteter Arbeit** bereits überzeugend belegt. Diese Belege fanden sogar Eingang in Normen, wie z. B. der ÖNORM EN ISO 10075-2:2000, in welcher Gestaltungsgrundsätze für humane Arbeit festgehalten wurden.

Organisationale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Personale Ressourcen
<ul style="list-style-type: none"> ● Ganzheitlichkeit ● Aufgaben- und Anforderungsvielfalt ● Tätigkeitsspielräume ● Autonomie ● Qualifikationsnutzung ● Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten ● Partizipationsmöglichkeiten ● Zeitelastizität ● Sinnhaftigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ● Soziale Netzwerke ● Unterstützung durch: Vorgesetzte, Arbeitskolleginnen und -kollegen, Lebenspartnerinnen und -partner, andere Personen ● Führungsstil 	<ul style="list-style-type: none"> ● Zukunftsorientiertheit ● Flexible Bewältigungsstile ● Selbstregulationsfähigkeit ● Kohärenzerleben ● Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ● Kontrollüberzeugungen ● Erholungsfähigkeit

Tabelle 2: Ressourcen im Arbeitsprozess¹⁷

2.3 Gesundheitsverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Gesundheit kann als ein Ergebnis von **Austausch- und Anpassungsprozessen** zwischen Mensch und Umwelt gesehen werden. Ausgehend von der eigenen genetischen Disposition und der persönlichen Lebensweise wirken unterschiedlichste Belastungen und Ressourcen aus vielen Lebensbereichen (Settings) gleichzeitig auf den Menschen ein. Die Fähigkeit, zwischen diesen Anforderungen und Ressourcen ein Gleichgewicht herzustellen, beeinflusst den **momentanen individuellen Gesundheitszustand**. In Abbildung 5 sind die verschiedenen, in wechselseitiger Beziehung stehenden Ebenen dargestellt, die auf die

¹⁶ Hacker & Sachse (2014)

¹⁷ in Anlehnung an Udris et al. (1992), Richter et al. (2011)

Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Gesundheit Einfluss nehmen. Dieses Bild verdeutlicht, dass Gesundheit **keine individuelle Angelegenheit** ist, für die eine Person zu 100 Prozent selbst Verantwortung trägt. Vielmehr liegen in allen Lebensbereichen individuell **beeinflussbare und nicht beeinflussbare Potentiale**, Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder negativ zu beeinflussen.



Abbildung 5: Determinanten der Gesundheit.¹⁸

Die **gesundheitsförderliche Gestaltung** der einzelnen Lebensbereiche, wie z. B. des Arbeitsumfeldes, trägt maßgeblich dazu bei, dass die Gesundheit von Menschen positiv beeinflusst wird. Dabei belegen zahlreiche Studien, dass eine **Kombination aus verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen** die größten Erfolge in Hinblick auf eine nachhaltige Förderung der Gesundheit erzielt.

Sehr anschaulich konnten Tuomi und Ilmarinen (1999) zeigen, dass mit zunehmendem Lebensalter die Anzahl somatischer und psychischer Erkrankungen zunimmt und dies mit **sinkender Arbeitsfähigkeit** einhergeht. Eine Verzögerung dieser Leistungsminderung im Alter um ca. drei bis vier Jahre kann durch eine **Kombination aus verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen** erzielt werden.¹⁹

In diesem Sinne ist auch der **Betrieb** ein zentraler Lebensbereich, der einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung von Gesundheit oder Krankheit von Beschäftigten hat.

¹⁸ ÖNBGF (2017) in Anlehnung an Dahlgren & Whitehead (1991)
¹⁹ Uhle & Treier (2015)

2.4 Der bio-psycho-soziale Gesundheitsbegriff

Bereits im Jahr 1948 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen »Zustand völligen **psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens** und nicht nur als das Freisein von Krankheit und Gebrechen.«²⁰ Damit war der Grundstein moderner Gesundheitsdefinitionen gelegt. Gesundheit im Sinne der WHO ist allerdings bei genauerer Betrachtung kaum erreichbar. Daher gehen moderne Gesundheitsdefinitionen weg von dieser vollkommenen und statischen Sichtweise hin zu einer **dynamischen Sichtweise** bei der Menschen in der Lage sind, eine Balance zwischen Anforderungen und Ressourcen herzustellen.²¹

Diese Balance legt auch gleichzeitig nahe, dass es eine Art von Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit gibt (siehe Abbildung 6). Menschen sind somit nicht entweder gesund oder krank, sondern sie sind in Bezug auf ihre körperliche, psychische und soziale Konstitution entweder **mehr oder weniger gesund oder krank**.



Abbildung 6: Das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.²²

Die bloße Anwesenheit am Arbeitsplatz sagt somit nichts darüber aus, ob Beschäftigte gesund im Sinne von leistungsfähig sind. Die Anwesenheit trotz Krankheit (Präsentismus) kann viele Folgen für Unternehmen haben, wie beispielsweise **Produktivitäts- und Innovationsverluste** oder die Erhöhung von **Fehlern und Unfällen**. Die damit verbundenen Kosten fallen um ein Vielfaches höher aus als jene, die durch Krankmeldungen entstehen.²³

²⁰ WHO (1948)

²¹ Weinreich & Weigl (2011)

²² Hurrelmann (2006)

²³ Ulich & Wülser (2015)

Das Konzept der Salutogenese²⁴ (lat. salus: Gesundheit / Wohlbefinden, genese: Entstehung) ist ein Meilenstein für die Definition von Gesundheit. Die zentrale Frage lautet: „Was hält Menschen gesund?“. Diese **Ressourcenorientierung** bei gleichzeitiger Verwendung eines Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit war ein Wendepunkt für die modernen Gesundheitsdefinitionen. Eine vollständige Betrachtung von Gesundheit sollte somit sowohl den Aspekt der Pathogenese (griechisch páthos: Leiden[-schaft], génesis: Entstehung) als auch den Aspekt der Salutogenese einbeziehen. In einem weiteren zentralen Entwicklungsschritt bei der Definition von Gesundheit wurde der **Handlungsfähigkeit**²⁵ von Menschen im Zuge der Herstellung von Gesundheit Aufmerksamkeit geschenkt. Der Mensch ist nicht seiner Gesundheit oder Krankheit ausgeliefert, sondern kann aktiv an der Herstellung seiner Gesundheit mitwirken, indem er seine Fähigkeiten im Umgang mit Belastungen und Ressourcen einsetzt und erweitert.

Zusammengefasst kann man festhalten, dass ein **moderner Gesundheitsbegriff** folgende Aspekte berücksichtigt:

- biologische, psychologische und soziale Aspekte von Gesundheit,
- ein Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit, in dem Gesundheits- und Krankheitsaspekte gleichzeitig auftreten können,
- Ressourcen, die direkt, indirekt oder als Puffer gegen negative Beanspruchungsfolgen wirken, und
- die Handlungsfähigkeit des Menschen, seine Gesundheit aktiv zu beeinflussen.

Wenn man dem Satz „Was hat denn das mit Gesundheit zu tun?“ von vornherein begegnen möchte, sollte man bereits in der Vorprojektphase des BGF-Projekts den Gesundheitsbegriff thematisieren. Die Arbeit in den Gremien (Steuerungsgruppe, BGF-Projektteam, Gesundheitszirkel [GZ], ...), aber auch die Maßnahmenumsetzung mit den Beschäftigten wird um einiges erleichtert, wenn die Einigung auf einen mehrdimensionalen Gesundheitsbegriff im Vorfeld gelungen ist.



²⁴ Antonovsky (1979)

²⁵ Hacker (1991)

2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention sind zwei Prozesse im Bestreben, Arbeit für Beschäftigte sicher und gesundheitsförderlich („human“) zu gestalten. Das bedeutet, dass Arbeit nicht nur ausführbar, schädigungslos und beeinträchtigungsfrei erledigt werden kann, sondern dass Arbeit in letzter Konsequenz möglichst persönlichkeitsförderlich und gesundheitsförderlich gestaltet werden soll²⁶.

Im betrieblichen Kontext findet man Prävention vorwiegend in den Bestrebungen des gesetzlich verordneten ArbeitnehmerInnenschutzes, u. a. im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG). Die Geschäftsführung unter Zuhilfenahme der Präventivfachkräfte (Sicherheitsfachkraft und Arbeitsmedizin) hat die gesetzliche Verpflichtung „für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmenden in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen.“ (§ 3. [1] ASchG). BGF beinhaltet keine gesetzliche Verpflichtung, kann aber **gemeinsam mit dem ArbeitnehmerInnenschutz und dem Wiedereingliederungsmanagement** als Teil einer umfassenden betrieblichen Strategie für mehr Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz gesehen werden. Auch hierzu hat der Gesetzgeber rechtliche Grundlagen geschaffen (siehe Abbildung 7). All diese betrieblichen Bemühungen können gemeinsam im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM, siehe Kapitel 6) synergetisch umgesetzt werden.



Abbildung 7: Bausteine des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.²⁷

²⁶ Ulich (2007)

²⁷ Blattner & Elsigan (2015, S. 8 verändert)

Stellt man den ArbeitnehmerInnenschutz und BGF gegenüber, zeigt sich, dass diese von unterschiedlichen Menschenbildern ausgehen und unterschiedliche Ziele auf Verhältnis- und Verhaltensebene verfolgen (siehe Tabelle 3).

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als schutzbedürftiges Wesen <ul style="list-style-type: none"> ● Defizitmodell ● Schwächenorientiert ● Pathogenetisches Grundverständnis 	... autonom handelndes Subjekt <ul style="list-style-type: none"> ● Potentialmodell ● Stärkenorientiert ● Salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben/Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen <ul style="list-style-type: none"> ● Schutzperspektive ● Belastungsorientiert 	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen <ul style="list-style-type: none"> ● Entwicklungsperspektive ● Ressourcenorientiert
Aufgaben/Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen <ul style="list-style-type: none"> ● Wahrnehmen von Gefahren 	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen <ul style="list-style-type: none"> ● Wahrnehmen von Chancen

Tabelle 3: Betrieblicher Arbeitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung.²⁸

Die beiden Konzepte – so unterschiedlich ihre Herangehensweisen und Feinziele auch sein mögen – können sich in der betrieblichen Praxis hervorragend ergänzen. Sie sollten daher auf keinen Fall als konkurrierende, in sich geschlossene Prozesse verstanden werden. Vielmehr sollten sie als zwei Strategien verstanden werden, die letztlich **dasselbe übergeordnete Ziel** verfolgen, nämlich **mehr Sicherheit und Gesundheit für Beschäftigte**. Beispielsweise ist es möglich, BGF gemeinsam mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen umzusetzen (siehe Kapitel 7) und dadurch eine noch höhere Wirksamkeit für den Betrieb zu ermöglichen.

2.6 Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die BGF orientiert sich in ihrer Ausrichtung sehr stark an der Perspektive der **Salutogenese** („Was hält Menschen gesund?“). Aber auch die **Pathogenese** („Was macht Menschen krank?“) muss, um ein vollständiges Bild der betrieblichen Wirklichkeit zu erhalten, in die Definition von Handlungsfeldern der BGF aufgenommen werden. Ausgehend von diesen beiden Betrachtungsweisen wirken sowohl **Ressourcen** als auch **Anforderungen** auf das Wohlbefinden der Beschäftigten. Somit sollten diese beiden nur scheinbar konträren Perspektiven in den Bestrebungen einer **gesundheitsförderlichen Arbeits- und Organisationsgestaltung** und der **Befähigung von Beschäftigten** zu mehr persönlicher Gesundheit ihre Berücksichtigung finden (siehe Abbildung 8).

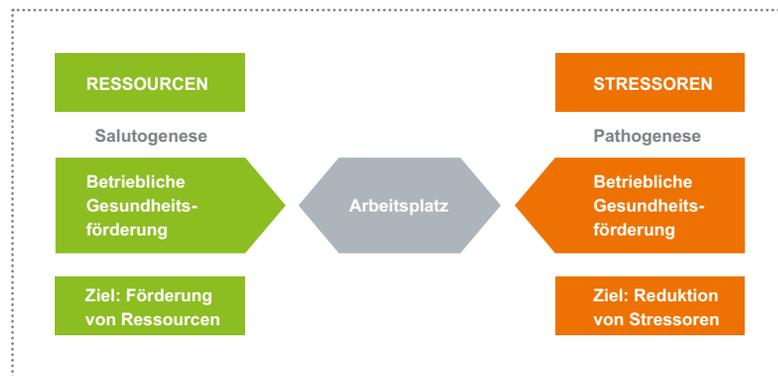


Abbildung 8: Doppelfunktion der BGF.²⁹

Im Betrieb sind zwei zentrale Handlungsebenen vorhanden:

- die **Organisation**, d. h. der Betrieb mit seinen Arbeitsbedingungen sowohl materieller als auch organisatorischer und sozialer Natur und
- die **Personen**, also die Beschäftigten mit all ihren Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Um positiven Einfluss auf diese beiden Ebenen zu nehmen, kommen sowohl **verhältnis-** (Arbeitssituation, Strukturen, Arbeitsumwelt, soziale Netzwerke) als auch **verhaltensorientierte** (Lebensweise, persönliches Risikoverhalten) **Maßnahmen** zum Einsatz.

Somit führen die beiden Perspektiven der Salutogenese und Pathogenese in Kombination mit den Handlungsebenen Organisation und Person zu

vier möglichen Zugängen, um Gesundheitsförderung im Betrieb zu gestalten. In Abbildung 9 sind diese vier Handlungsebenen mit einigen Beispielen dargestellt. Darüber hinaus zeigt sich, dass auf den Ebenen „Organisation“ und „Reduktion von Stressoren“ eine Kooperation mit dem ArbeitnehmerInnenschutz (wie bereits in Kapitel 2.5 kurz erwähnt und in Kapitel 7 ausführlich dargestellt) sinnvoll sein kann, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.



Abbildung 9:
Handlungsebenen der BGF.³⁰

2.7 Zielgruppenorientierung und Chancengerechtigkeit

Gesundheitsbewusste Beschäftigte sind mit BGF einfach zu erreichen. Schwieriger wird es, wenn Mitarbeiter/innen für das Projekt gewonnen werden sollen, die – aus welchen Gründen auch immer – wenig Interesse am Thema haben, den eigenen Bedarf nicht erkennen oder aufgrund persönlicher Motive dem Thema eher kritisch gegenüber stehen. Um diese **Beschäftigten zu erreichen** braucht es zielgruppenspezifische Maßnahmen, welche die Besonderheiten der Beschäftigten berücksichtigen und sie genau dort abholen, wo sie sich räumlich und mental befinden.³¹

³⁰ in Anlehnung an Scharinger (2009)

³¹ Meyer et al. (2015)

In diesem Abschnitt geht es somit darum, zu erkennen, welche Zielgruppen im Betrieb vorhanden sind. Durch die **Berücksichtigung der Diversität** im BGF-Projekt kann mehr Chancengerechtigkeit in Hinblick auf Gesundheit entstehen. Drei Aspekte werden dabei exemplarisch hervorgehoben: alter(n)sgerechtes Arbeiten, gendersensible und migrationssensible BGF.

2.7.1 Gerechte Chancen auf gute Gesundheit

Im Kapitel „Werkzeugkoffer“ finden Sie neben weiteren Vorlagen unter 9.1.3 auch die Checkliste „Zielgruppen-Gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Setting Betrieb“ in der der jeweilige betriebliche Ist-Stand für Alter, Geschlecht und Migrationsstatus, etc. eingetragen werden kann.

Nicht alle Menschen haben die **gleichen Chancen auf eine gute Gesundheit**. Im Jahr 1986 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein für die Gesundheitsförderung zentrales Papier, die **Ottawa Charta**. Schon damals wurden die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (dazu gehört auch der Betrieb) und die Entwicklung persönlicher Kompetenzen als zwei zentrale Bausteine gesehen, um die gesundheitliche Chancengleichheit zu reduzieren. Unter dem Begriff der **Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung** versteht man die Schaffung von gerechten Bedingungen, die allen bzw. möglichst vielen Menschen den Zugang zu Gesundheit ermöglichen.

Begünstigt wird die gesundheitliche Ungleichheit durch **sozio-ökonomische Schichtmerkmale** wie Bildung, beruflicher Status und Einkommen. Aber auch innerhalb einer Schicht treten Ungleichheiten in Merkmalen auf, wie z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität. Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status haben nachweislich einen schlechteren Gesundheitszustand als Personen mit einem höheren sozio-ökonomischen Status.

Erklärungsversuche, warum dieser Status einen solch enormen Einfluss auf die Gesundheit hat, gehen davon aus, dass nicht die gesundheitliche Belastung an sich wichtig ist, sondern die **Bilanz aus Belastungen und Bewältigungsressourcen** sowie die Art der gesundheitlichen Versorgung. Diese Unterschiede können in weiterer Folge zu unterschiedlichem Gesundheits- und Krankheitsverhalten führen. In letzter Konsequenz trägt die gesundheitliche Ungleichheit wiederum dazu bei, dass ein sozialer Auf- oder Abstieg wahrscheinlicher wird (siehe Abbildung 10).

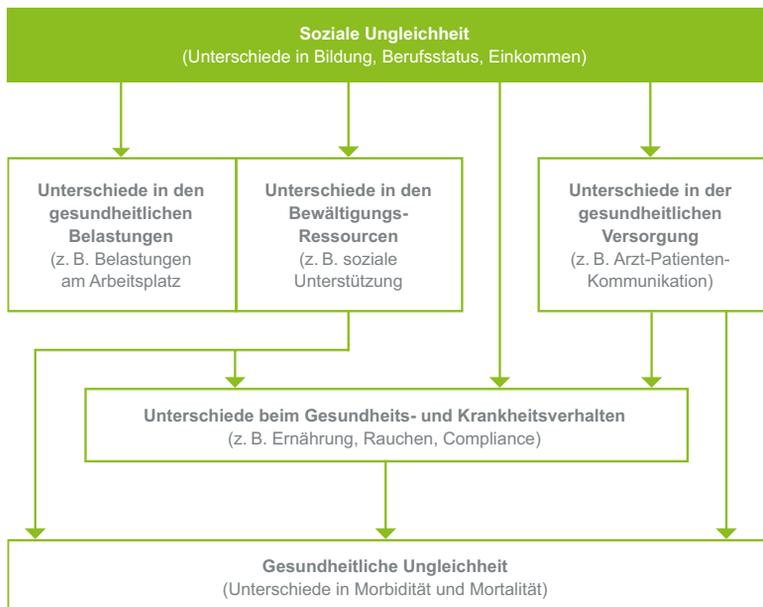


Abbildung 10: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.³²

Ein Grundsatz der BGF ist die Berücksichtigung der Bedürfnisse **aller Beschäftigten**. Daher nähert man sich dem Thema der Chancengerechtigkeit am besten über die Definition von **Zielgruppen** an. Dabei sollen sowohl sozio-ökonomische Schichtmerkmale wie Bildung und beruflicher Status als auch Merkmale wie Alter (siehe Kapitel 2.7.2), Geschlecht (siehe Kapitel 2.7.3) oder auch ethnische Zugehörigkeit (siehe Kapitel 2.7.4) **bereits bei der Konzeptentwicklung Berücksichtigung** finden. Somit werden insbesondere jene Personengruppen, die einen geringen sozio-ökonomischen Status innehaben und damit nachweislich in verschiedenen Bevölkerungsumfragen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen, im Zuge der Zielgruppendefinition ins Auge gefasst.

Maßnahmen der BGF sollen gezielt und nicht im Gießkannenprinzip eingesetzt werden. Eine gerechte Chance auf mehr Gesundheit haben Beschäftigte dann, wenn ihre individuellen Voraussetzungen aber auch ihre individuellen Arbeits- und Lebensbedingungen bereits in der Konzeption des BGF-Projekts Berücksichtigung finden. Abbildung 11 verdeutlicht die Unterschiede zwischen Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit.

?!

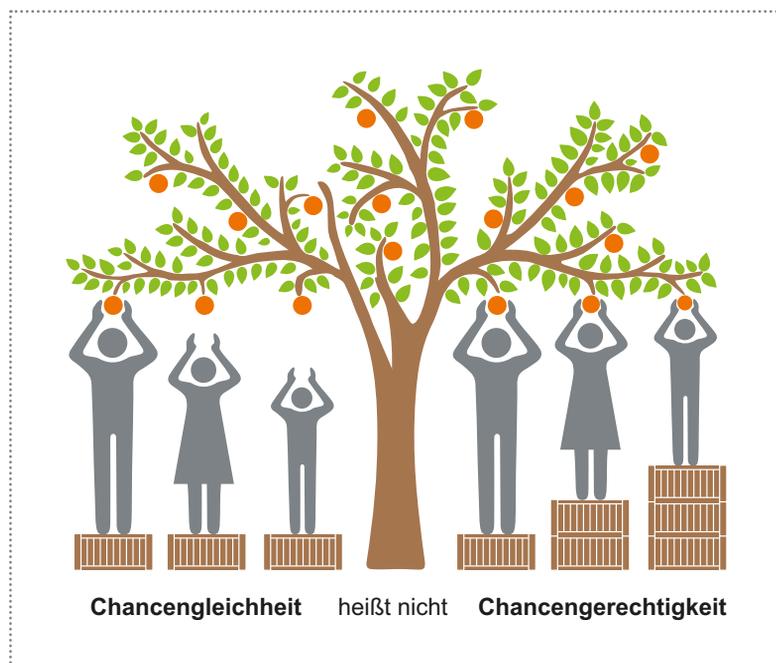


Abbildung 11: Chancengleichheit heißt nicht Chancengerechtigkeit.³³

2.7.2 Alter(n)sgerechtes Arbeiten

In Abhängigkeit der betrieblichen Ausgangslage kann die Berücksichtigung des Faktors Alter, vor dem Hintergrund der aktuellen demographischen Entwicklung, zu einem zentralen Handlungsfeld im BGF-Projekt werden. Dabei können verschiedene Altersgruppen als Zielgruppen definiert und im BGF-Prozess entsprechend berücksichtigt werden. Beispielsweise haben „ältere“ Beschäftigte meist andere Ressourcen und Belastungen als „jüngere“ Beschäftigte (siehe Abbildung 12). Diesem Umstand sollte in einem **lebensphasengerechten BGF-Projekt** Rechnung getragen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, einen Teil der Beschäftigten nicht zu erreichen.

³³ Quelle: <http://culturalorganizing.org/the-problem-with-that-equity-vs-equality-graphic/> [letzter Zugriff am 01.12.2017] – Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

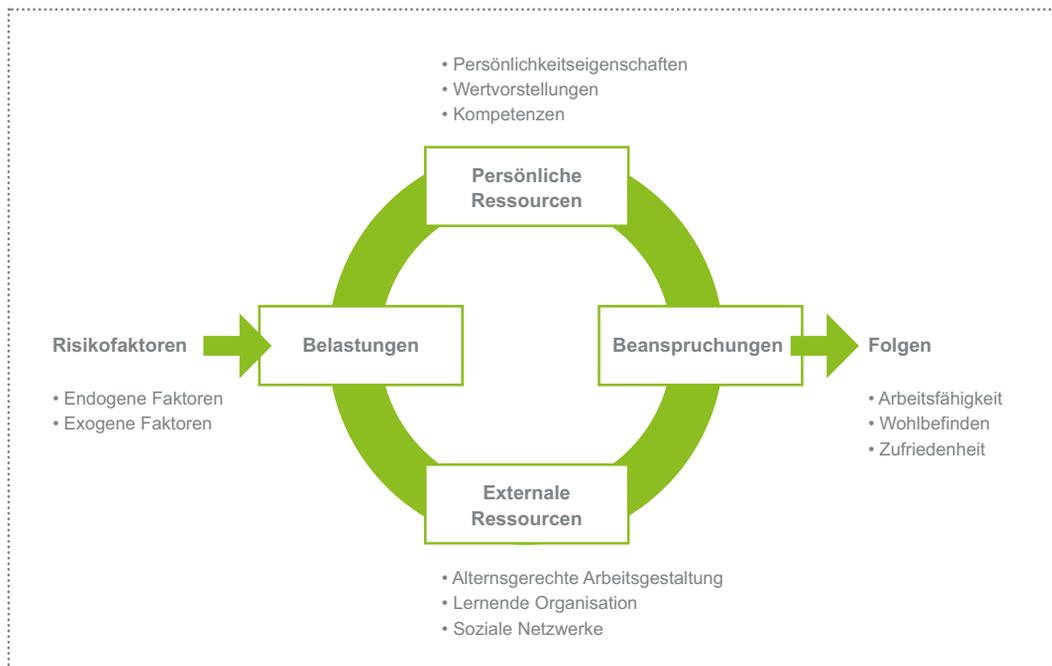


Abbildung 12: Altersrelevante Belastungen, Ressourcen und Folgen.³⁴

Nähert man sich dem Thema Alter und Beschäftigung, geht es häufig um die Frage der **Arbeitsfähigkeit**.³⁵ Gerade bei „älteren“ beschäftigungsfähigen Personen kommen häufig **Vorurteile** zu tragen, die zu unterschiedlichen negativen Konsequenzen für die/den Einzelne/n führen können. Solche Vorurteile können dazu beitragen, beispielsweise eine ausgeschriebene Stelle nicht mit einer „älteren“ beschäftigungsfähigen Person zu besetzen oder den „älteren“ Mitarbeitenden im Betrieb Qualifizierungsmaßnahmen vorzuenthalten.

Dass sich „jüngere“ und „ältere“ Arbeitnehmer/innen in ihrer Arbeitsfähigkeit unterscheiden, liegt auf der Hand. Dieser Unterschied ist jedoch nicht damit gleichzusetzen, dass „ältere“ Beschäftigte per se weniger leistungsfähig wären. Als Folge **altersbedingter Veränderungen** nehmen bestimmte Leistungsbereiche mit zunehmendem Alter ab, wie z. B. das Seh- und Hörvermögen, die Körperkraft, die Bewegungsgeschwindigkeit sowie die Reaktions- und Lerngeschwindigkeit. Sehr häufig verfügen „ältere“ Beschäftigte jedoch über Strategien, die diese Nachteile ausgleichen können. Mit dem Alter gehen genauso **positive Effekte** einher, wie beispielsweise komplexe Zusammenhänge besser zu verstehen, eine bessere Ausdrucksfähigkeit, größere Arbeitserfahrung oder eine bessere Kontrolle der eigenen Lebenssituation. Wichtig ist

³⁴ Mielck (2005, S. 53)

³⁵ Ilmarinen & Tempel (2002)

auch zu erwähnen, dass sich einzelne „jüngere“ und „ältere“ Personen in ihrer Leistung gar nicht unterscheiden müssen. Es ist allerdings so, dass in der Gruppe der „älteren“ Personen die **Bandbreite der Leistungsfähigkeit** größer ist als in der Gruppe der „jüngeren“. Die Erklärung für diese größere Bandbreite sehen viele Forscher/innen einerseits in der Gesundheit sowie körperlichen Fitness und andererseits in der Ausbildung und der Erfahrung. Damit zeigt sich, dass **Gesundheit und Bildung** zwei Schlüsselfaktoren dafür sind, dass „ältere“ Beschäftigte leistungsfähig sind und bleiben.³⁶

Da Gesundheit nicht erst in späteren Jahren gestärkt, sondern lebenslang ein Thema sein sollte, zeigt sich spätestens hier, dass weder nur „ältere“ Beschäftigte Zielgruppe von BGF sein sollten, noch, dass sie davon ausgeschlossen werden dürfen. (Arbeits-)lebenslange Aus-, Fort- und Weiterbildung in Kombination mit Gesundheitsförderung sind die besten **Präventoren** für späteren **Leistungsabbau und Krankheit**.

Um das Thema alter(n)sgerechten Arbeitens in ein BGF-Projekt zu integrieren, wird es notwendig sein, diesen Faktor **in allen Phasen des Projekts** zu berücksichtigen.

2.7.3 Gendersensible Betriebliche Gesundheitsförderung

Gesundheit hat ein Geschlecht. Diese Aussage findet man überall dort, wo Gesundheitsförderung nicht im Gießkannenprinzip umgesetzt, sondern zielgruppenspezifisch – und dazu gehört auch das Geschlecht – aufbereitet wird. Denn Frauen und Männer unterscheiden sich nicht nur in Bezug auf ihre **genetische Disposition**. Auch **Lebens- und Arbeitswelten**, ihre **Erfahrungen** mit dem Gesundheitssystem und nicht zuletzt die noch immer **vorherrschenden Geschlechterrollen** beeinflussen die Gesundheit von Männern und Frauen. Daher trägt gendersensible BGF maßgeblich zur Passgenauigkeit von Angeboten bei.³⁷

Frauen müssen beispielsweise – immer noch – häufiger als Männer der Anforderung gewachsen sein, **Kindererziehung und/oder die Pflege von Angehörigen mit dem Berufsleben** zu vereinen. Während lediglich 6,8 % der Väter mit Kindern unter 15 Jahren in Teilzeit arbeiten, sind über 75 % der Mütter in Teilzeitbeschäftigung.³⁸ Männer sind aufgrund der Ausübung eher männertypischer Berufe häufiger von körperlichen Verschleißerscheinungen und Arbeitsunfällen betroffen. Frauen

³⁶ Ulich & Wülser (2015)

³⁷ Altgeld & Kolip (2009)

³⁸ Kaindl & Schipfer (2015)

dagegen eher von arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen. Ziel eines gendersensiblen BGF-Projekts ist es vor allem, Frauen und Männern eine **gleichberechtigte Teilhabe** in allen Bereichen zu gewähren. In der Medizin ist seit den 80er Jahren bekannt, dass sich Krankheiten bei Männern und Frauen unterschiedlich zeigen. Daher wäre es wünschenswert, dass bei Diagnosen, Therapien und Medikationen der Genderaspekt Berücksichtigung findet. Besonders auffällige Unterschiede zwischen Männern und Frauen zeigen sich etwa bei Rheuma oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Herzinfarkt und Schlaganfall sind keine typischen Männerkrankheiten. Diese zeigen sich bei Frauen lediglich mit anderen Symptomen und werden daher häufig gar nicht oder erst zu spät erkannt. Ein weiteres Beispiel sind Depressionen. Diese äußern sich bei Männern oft untypisch und können daher übersehen werden.

Um in der BGF sowohl Frauen als auch Männern gerechte Chancen für mehr Gesundheit zu verschaffen, sollte **in jeder Projektphase** der Genderaspekt Berücksichtigung finden. Die nachfolgende Tabelle zeigt auszugsweise, wie in den verschiedenen Projektschritten die Unterschiedlichkeit berücksichtigt werden kann. Dabei ist es wichtig zu betonen, dass es um eine Berücksichtigung des Geschlechtsaspekts geht und nicht darum, zwei völlig unterschiedliche Projekte aufzusetzen. Eine **Überbetonung der Unterschiedlichkeiten** kann ähnlich negative Folgen für das Projekt mit sich bringen, wie eine komplette Missachtung dieses Aspekts.

	WAS (Inhalt)	WIE (Methode)
Vorprojektphase	<ul style="list-style-type: none"> • Lassen sich für Frauen und Männer unterschiedliche und/oder gemeinsame Projektziele benennen? • Wie hoch ist der Männer- bzw. Frauenanteil an der Gesamtbeschäftigtenzahl und in einzelnen Tätigkeitsgruppen? • Lassen sich bei Frauen und Männern unterschiedliche Teilnahmemotive am Projekt vermuten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die BGF-Akteurinnen und Akteure zum Thema Gender qualifiziert? • Ist die Zusammensetzung der Steuerungsgruppe, des BGF-Projektteams und der Workshops zur partizipativen Maßnahmenableitung repräsentativ? • Ist das Informationsmaterial für Männer und Frauen gleichermaßen ansprechend?
Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Sind Geschlechterdifferenzen in den Belastungen und Ressourcen bei gleichen und bei unterschiedlichen Tätigkeiten inhaltlich berücksichtigt? • Sind Geschlechterdifferenzen in den außerbetrieblichen Anforderungsstrukturen und Lebenslagen berücksichtigt? • Sind Geschlechterdifferenzen in den Bewältigungsstilen und im Gesundheitsverhalten berücksichtigt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind in den soziodemografischen Kategorien geschlechtsrelevante Besonderheiten berücksichtigt? • Ist der Fragebogen für männliche und weibliche Substichproben validiert? • Sind die Fragen des Fragebogens geschlechtsneutral formuliert? • Gibt es eine getrennte Auswertung für Männer und Frauen? • Werden die empirischen Ergebnisse theoriegeleitet gendersensibel interpretiert?
Maßnahmenplanung und -umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Sollte es für Frauen und Männer gemeinsame und/oder spezielle Angebote geben? • Gibt es unterschiedliche Themen für Männer und Frauen, die Gegenstand der Intervention sein sollten? • Gibt es unterschiedliche Methoden, die zur Anwendung kommen sollten? • Gibt es geschlechtsspezifisch unterschiedliche Gestaltungsempfehlungen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind bei der Interventionsplanung genderspezifische Kontextbedingungen angemessen berücksichtigt, sodass sowohl Frauen als auch Männer teilnehmen können? • Gibt es eine bewusste Entscheidung für gemischt- oder getrennt-geschlechtliche Interventionen (gemäß der Analyseergebnisse)? • Sind Geschlechterunterschiede bzw. -präferenzen bei der Wahl der Methoden berücksichtigt?
Evaluation & Nachhaltigkeit	<ul style="list-style-type: none"> • Lassen sich unterschiedliche Wirkungen der Interventionen für Männer und Frauen annehmen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Wird bei der Bestimmung der Evaluationskriterien auf mögliche Geschlechterunterschiede Bezug genommen? • Werden geschlechterdifferenziert Konsequenzen aus der Evaluation abgeleitet?

Tabelle 4: Gendersensible Aufbereitung der BGF-Phasen.³⁹

Zu guter Letzt sei darauf hingewiesen, dass eine gendersensible BGF bereits bei der Kommunikation beginnt. Die **Verwendung geschlechtsneutraler Formulierungen** oder die Berücksichtigung beider Geschlechter in der direkten und indirekten Kommunikation sollte spätestens mit einem Projekt zur BGF Einzug ins Unternehmen halten.

Gendersensible BGF birgt einige Herausforderungen. Sie verlangt, wie auch die Berücksichtigung anderer Zielgruppen, kritisches Reflektieren in allen Phasen des Projekts. Und trotz dieses Mehraufwandes zahlt es sich aus, auch bzgl. des Geschlechts, sensibel zu sein. Denn am Ende sorgt eine gendersensible BGF für mehr Chancengerechtigkeit, höhere Beteiligungsquoten von Männern und Frauen und eine größere Nachhaltigkeit.

2.7.4 Migrationssensible Betriebliche Gesundheitsförderung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Herausforderungen, BGF für die **Zielgruppe Immigrantinnen und Immigranten** aufzubereiten. Dabei soll die Zielgruppe nicht nur mit Maßnahmen erreicht, sondern in den BGF-Prozess eingebunden werden. Mit der Zielgruppe Immigrantinnen und Immigranten sind Beschäftigte aus erster und zweiter Generation gemeint, die aus Nicht-EU Staaten stammen und sich mit einer gültigen Arbeitserlaubnis legal in Österreich aufhalten. Eingeschlossen werden auch Migrantinnen und Migranten, d. h. Personen aus anderen EU-Ländern.⁴⁰

Die **Arbeitssituation** von Immigrantinnen und Immigranten ist aufgrund geringerer Qualifizierung, erschwelter Anerkennung ausländischer Abschlüsse und sprachlicher Barrieren schwierig. Sie finden sich häufig in un- und angelernten Tätigkeiten sowie in Berufen mit hohen Gesundheits- und Unfallrisiken wieder. Darüber hinaus sind Immigrantinnen und Immigranten mehr Stressoren, wie z. B. mangelnde soziale Anerkennung und Diskriminierung auch am Arbeitsplatz, ausgesetzt. Gleichzeitig herrscht ein hoher Anpassungsdruck. Je weniger Immigrantinnen und Immigranten sozial integriert sind, desto schwerwiegender sind die negativen Auswirkungen auf deren Gesundheit.⁴¹

Neben diesen schwierigeren Arbeitsbedingungen, haben Personen mit anderem kulturellen Hintergrund häufig **andere Konzepte bzgl. Gesundheit und Krankheit sowie dem Umgang mit Belastungen**.⁴²

⁴⁰ Definition in Anlehnung an European Agency for Safety and Health at Work (2008)

⁴¹ Badura et al. (2010)

⁴² Hoppe (2011)

Sprachliche Hürden, begrenzte soziale Netzwerke sowie Wissenslücken über das Gesundheitssystem erschweren den Zugang zur medizinischen Versorgung und zu Gesundheitsangeboten.

Trotz aller dieser augenscheinlichen Erkenntnisse, existiert selten eine **Verbindung zwischen BGF und dieser Form von Diversität am Arbeitsplatz**.⁴³ Daraus resultiert, dass Gesundheitsangebote am Arbeitsplatz von Immigrantinnen und Immigranten nur begrenzt in Anspruch genommen werden. Damit Maßnahmen wirksam sein können, muss auch auf diese Zielgruppe – sofern sie im Unternehmen eine Rolle spielt – eingegangen werden.

Um den **BGF-Prozess** auch für Immigrantinnen und Immigranten ansprechend zu gestalten, bedarf es bereits in der Diagnosephase Erhebungsinstrumenten mit geringen sprachlichen Anforderungen. Wenn der größte Teil der Beschäftigten eine andere Muttersprache als Deutsch spricht, wird es schwierig sein, die Diagnosephase vorwiegend auf eine schriftliche Mitarbeitendenbefragung zu stützen. Vielmehr sollten gerade dann **interaktive mündliche Verfahren**, wie z. B. World Cafe und Fokusgruppen, zur Datengewinnung herangezogen werden. Bei der **Interpretation** der Ergebnisse ist darauf zu achten, dass Personen mit anderem kulturellen Hintergrund auch andere Konzepte von Krankheit und Gesundheit haben. Somit ist es wichtig, auch in den Gremien (Steuerungsgruppe, BGF-Projektteam, Gesundheitszirkel) Immigrantinnen und Immigranten zu beteiligen.

Führungskräfte sollten in einem BGF-Projekt mit Zielgruppe Immigrantinnen und Immigranten nicht nur in Hinblick auf gesundheitsförderliches Führen, sondern auch bzgl. kultursensiblen Führens geschult werden. Die Einführung von **Gesundheitslotsen**, teilweise mit eigenem Migrationshintergrund, kann Beschäftigte mit und ohne Migrationshintergrund für das Projekt gewinnen. Darüber hinaus können sie neben Auskünften über das Projekt auch Informationen bzgl. des Gesundheitssystems in Österreich und den Zugang zu diesem geben.



*Es gibt bereits einige Broschüren, die sich mit dem Thema **Gesundheit und Krankheit**, speziell aufbereitet für Immigrantinnen und Immigranten, beschäftigen. In Kapitel 10.2 sind einige Links zu solchen Broschüren (ohne Anspruch auf Vollständigkeit) zusammengestellt.*

Wichtige weitere Maßnahmen sind die **Stärkung des Teams** am Arbeitsplatz, Forcieren der **sozialen Unterstützung** sowohl durch Vorgesetzte als auch durch Kolleginnen und Kollegen sowie der Aufbau einer **Kultur der Wertschätzung** auch gegenüber Immigrantinnen und Immigranten.

2.8 Psychosoziale Gesundheit und Führungskultur

»In tradierten Unternehmen finden wir auf den Führungsetagen häufig altgediente Fachexpertinnen und Fachexperten, denen arbeitsinhaltlich kaum jemand das Wasser reichen kann, deren Ausbildung jedoch nicht beinhaltet, wie man Mitarbeitenden authentisch begegnet, sie einbindet, sie in ihren Gesundheitskompetenzen fördert und in die Lage zu einer aktiven Teilhabe versetzen kann.«⁴⁴

Erwiesenermaßen hat die (unmittelbare) Führungskraft auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und die psychische Gesundheit der Beschäftigten einen **wesentlichen Einfluss**. Daher sollten sowohl der ArbeitnehmerInnenschutz als auch die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Fürsorgepflicht als zentrale Führungsaufgaben behandelt werden.⁴⁵ Führungskräfte haben nicht nur durch ihren Umgang mit der eigenen Gesundheit eine **Vorbildwirkung** und durch ihr Führungsverhalten Einfluss auf das Wohlergehen der Beschäftigten. Sie haben auch Verantwortung für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten. Daher sollten folgende Faktoren von Führungskräften beachtet werden, die das gesundheitsförderliche Verhalten von Mitarbeitenden maßgeblich beeinflussen können⁴⁶:

1. **Gesunde Selbstführung/Vorbild:** Als Basis für eine Förderung der psychischen Gesundheit der Mitarbeiter/innen dient zu allererst die eigene Gesundheit der Führungskraft. Denn zeigt diese einen bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und kennt sowie respektiert die eigenen Belastungsgrenzen, kann dies als Vorbild für die Mitarbeiter/innen dienen.

⁴⁴ Uhle & Treier (2015, S. 153)

⁴⁵ Zimolong & Elke (2006), zitiert nach Krampitz (2015)

⁴⁶ Pitschl & Mayer (2016)

2. **Gesundheitsförderliches Führungsverhalten:** Das Verhalten von Führungskräften hat erwiesenermaßen Einfluss auf die Motivation, Arbeitszufriedenheit, Leistungsbereitschaft und das Wohlbefinden der Mitarbeiter/innen. Wertschätzendes Führungsverhalten wirkt sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten aus.
3. **Gestaltung von Arbeitsbedingungen:** Als Mindestmaß sollte Arbeit so gestaltet sein, dass sie für die Mitarbeiter/innen schädigungslos und beeinträchtigungsfrei ist und eine Über- oder Unterforderung der Beschäftigten vermieden wird. Optimal wäre es, wenn die jeweilige Tätigkeit gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Aspekte, wie etwa Handlungs- und Entscheidungsspielräume, Ganzheitlichkeit, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, umfasst. Dafür brauchen Führungskräfte aber auch angemessene Bedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihrer Fürsorgepflicht auch ausreichend nachkommen zu können. Dies beinhaltet etwa einen angemessenen zeitlichen Spielraum für die Umsetzung von Führungsaufgaben und für den regelmäßigen Austausch mit den Mitarbeitenden. Aber auch die Bereitschaft von der Unternehmensleitung, ihre Führungskräfte bedarfsgerecht zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten zu qualifizieren bzw. zu befähigen.

Führungskräfte können darüber hinaus im Rahmen der Fürsorgepflicht u. a. auch **frühe Warnzeichen von Überforderungen ihrer Beschäftigten erkennen**. Warnzeichen beziehen sich häufig auf psychisch überfordernde Arbeitssituationen und auf Verhaltensänderungen von Seiten der betroffenen Mitarbeiter/innen. Bei psychischen Auffälligkeiten kann ein Gespräch zwischen der/dem Betroffenen und der Führungskraft Klarheit über die aktuelle Situation schaffen.



Für Informationen zum genauen Aufbau eines solchen »Fürsorgegesprächs« sowie für weitere Hilfestellungen ist der Leitfaden »Psychische Gesundheit II – Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten für Führungskräfte«⁴⁷ zu empfehlen.

Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

3. Management Betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Umsetzung eines BGF-Projekts beinhaltet u. a. die gesundheitliche Ausgangslage im Betrieb zu erheben, messbare Ziele zu formulieren, verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen zu planen, projektplangeleitet umzusetzen, zu dokumentieren und zu evaluieren. Darüber hinaus sollen rechtzeitig die nötigen Rahmenbedingungen für eine dauerhafte Integration des Themas Gesundheit in bestehende betriebliche Routinen nach dem eigentlichen Projekt geschaffen werden. Damit verbunden ist auch der Umgang mit Widerständen, die umfassende Information der Beschäftigten über den Projektfortschritt und die Sicherung des Commitments der Führungskräfte durch Überzeugungsarbeit.⁴⁸ Dazu ist es vor dem eigentlichen Projektstart im Zuge der **Vorprojektphase** u. a. wichtig, eine Projektorganisation aufzubauen, die Verantwortlichen für ihre künftigen Aufgaben zu qualifizieren sowie zeitliche und finanzielle Ressourcen festzulegen und einen Projektplan zu erstellen.

In Abbildung 13 sind alle Phasen mit einer groben Schätzung des zeitlichen Bedarfs umrissen. Dieser Überblick stellt nur einen **allgemeinen Rahmen für die Umsetzung** von BGF-Projekten dar. Die Durchführung ist jeweils betriebsspezifisch auf die Bedürfnisse und vorhandenen Rahmenbedingungen des jeweiligen Unternehmens anzupassen.

Vor allem ist zu beachten, dass **Klein- und Kleinstbetrieben** ein eigenes Modell (siehe Kapitel 4) zur Verfügung steht, welches auf deren Besonderheiten und Ressourcen Rücksicht nimmt.

⁴⁸ Weinreich & Weigl (2002)



Abbildung 13: BGF-Projektmanagementkreislauf



In Kapitel 9 sind für viele Projektschritte Vorlagen und Checklisten enthalten, die für die Planung und Umsetzung verwendet werden können.

3.1 Vorprojektphase

Strukturen aufbauen – Aufgaben und Verantwortung festlegen – Gemeinsamkeit sicherstellen

Ein BGF-Projekt beginnt eigentlich vor dem offiziellen Projektstart mit Vorbereitungsarbeiten. In dieser Phase werden die Weichen für den späteren Projekterfolg gestellt. Wesentliche Vorüberlegungen, wie u. a. die untenstehenden ausgewählten Aspekte, sollten vor dem eigentlichen Projektstart geklärt und festgelegt werden:

- Was möchten wir mit dem BGF-Projekt erreichen? Was soll sich aufgrund des BGF-Projekts in unserem Unternehmen verändern? (Grobziele)
- Wer soll das Projekt leiten und wer soll mitarbeiten? Welchen Qualifizierungsbedarf gibt es für die BGF-Projektleitung und das -team? (Projektorganisation)

- Mit welchen Methoden soll die Diagnosephase der betrieblichen Ausgangslage erfolgen? Welche finanziellen Mittel sind zur erfolgreichen Projektumsetzung nötig? (Projektplan)
- Wie und zu welchem Zeitpunkt sollen unsere Führungskräfte über das BGF-Projekt informiert und zur Stärkung eines gesundheitsförderlichen Führungsverhaltens sensibilisiert werden? Gibt es darüber hinaus Zielgruppen im Betrieb, die besondere Aufmerksamkeit benötigen? (Zielgruppenorientierung)
- Wie werden die Beschäftigten über das kommende BGF-Projekt informiert? (Projektkommunikation und -information)
- Wie soll das BGF-Projekt offiziell gestartet werden? (Kick-Off)

Auf den folgenden Seiten werden Schritt für Schritt diese einzelnen Aspekte aus der Vorprojektphase vorgestellt. Um den Aufwand für Klein- und Kleinstbetriebe auf das Notwendigste zu beschränken, kann ein spezieller, für diese Unternehmensgröße entwickelter Projektablauf umgesetzt werden (siehe Kapitel 4).

3.1.1 Projektdefinition und Projektauftrag

Die Durchführung eines BGF-Projekts ist eine komplexe Aufgabe, die die **Zusammenarbeit von verschiedensten Beteiligten im Betrieb** voraussetzt. Sie hat daher Projektstatus und ist erfahrungsgemäß sehr gut mit den Methoden des Projektmanagements zu bearbeiten. Dabei ist darauf zu achten, dass bereits während der Projektlaufzeit die Frage der Nachhaltigkeit geklärt wird, um die dauerhafte Integration von Gesundheit als Querschnittsthema im Betrieb zu gewährleisten (siehe Kapitel 6). In der Projektdefinition geht es somit darum, eine erste grobe Planung für die eigentliche Projektumsetzung vorzunehmen und darauf aufbauend einen Projektauftrag zu erstellen.

Gerade am Beginn eines Projekts werden viele Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen von unterschiedlichsten Interessentinnen und Interessenten (Geschäftsführung, Personalvertretung, einzelnen Abteilungen, Führungskräften, Beschäftigten, ...) formuliert. Da jedoch selten ausgewiesene Gesundheitsexpertinnen und -experten im Unternehmen beschäftigt sind, bleibt die Frage „Was können wir mit dem Projekt erreichen“ meist nebulös. Dann tut man gut daran, sich an einem wissenschaftlich fundierten Modell zu orientieren und erste Ziele zu formulieren. Diese **Grobziele** (Ziele- und Nicht-Ziele) geben dabei die Richtung vor, in die sich das Unternehmen mit Hilfe der BGF entwickeln möchte. Sie sollen positiv und realistisch formulierte Zustände abbilden, die mit dem Projekt erreicht werden sollen. **Die Formulierung der Feinziele erfolgt im Zuge der Maßnahmenplanung** (siehe Kapitel 3.3).

Unterstützung bei der Formulierung von Grob- und Feinzielen bieten **Modelle aus den Gesundheitswissenschaften**. Diese entsprechen je nach Ausgangslage, Schwerpunktsetzungen oder einfach auch Interessen des Betriebes manchmal besser, manchmal schlechter den Anforderungen des Projekts. Beispielhaft wird hier ein sehr umfassendes Modell von Baumanns (2009) vorgestellt. Er orientierte sich bei seinem Modell wiederum an Modellen von Badura & Greiner (2008). Dabei werden Wirkungszusammenhänge dargestellt, wobei auch die zeitliche Komponente (was wird früher sichtbar, was erst später) Berücksichtigung findet. Mit diesem Modell soll verdeutlicht werden, in welche Richtung sich ein BGF-Projekt entwickeln kann.

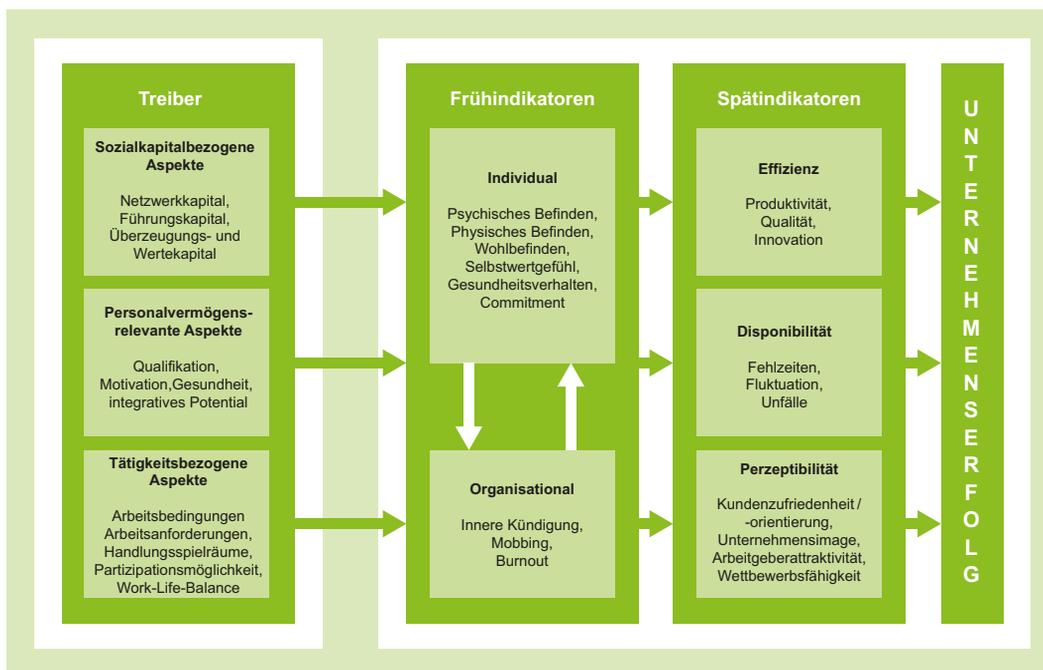


Abbildung 14: Bezugsrahmen für den Zusammenhang zwischen Treibern und Ergebnissen.⁵⁰

Anmerkung: Die Begriffe Indikatoren und Kennzahlen werden im vorliegenden Handbuch laut einer Empfehlung von Baumanns⁴⁹ synonym verwendet.

Die Treiber im Modell sind jene Faktoren, an denen im Rahmen des Projekts gearbeitet wird. Früh- und Spätindikatoren ermöglichen es, die erhofften positiven Auswirkungen sichtbar zu machen. Gemessen werden können diese Früh- und Spätindikatoren z. B. mittels Fragebögen, Gruppeninterviews oder Einzelinterviews. Auch firmeninterne

⁴⁹ Baumanns (2009, S. 91)
⁵⁰ Baumanns (2009, S. 121)

Routinedaten oder Daten der Sozialversicherung können hierfür Verwendung finden. Zu den verschiedenen Methoden siehe Kapitel 3.2.

Sind die Grobziele formuliert und ist das Projekt definiert, wird der **Projektauftrag** erstellt. Er hat den Zweck das Projekt formell zu genehmigen, die Verantwortlichkeiten und Befugnisse des Projektleiters festzulegen sowie alle Erfordernisse, Zielsetzungen und wirtschaftlichen Aspekte des Projekts zu dokumentieren.⁵¹ Der Projektauftrag beinhaltet eine Zusammenfassung der Zielvereinbarungen zwischen der Projektauftraggeberin oder dem Projektauftraggeber bzw. der Steuerungsgruppe und dem Projektteam. Der Projektauftrag sollte Folgendes beinhalten:

- Projektstarttermin, Projektendtermin,
- Grobziele, Nicht-Projektziele,
- Hauptaufgaben /Projektphasen,
- Zielgruppen,
- Projektkosten im Sinne von zu investierender Zeit und finanziellen Ressourcen,
- ProjektauftraggeberInnenteam, Projektmanager/in, Projektteammitglieder,
- externe Expertinnen und Experten als Unterstützer/innen,
- Zusammenhang mit anderen Programmen /Projekten,
- Projektstrukturen im Sinne von Kommunikationskanälen und Entscheidungsprozessen,
- relevante Projektumwelten sowie
- Projektname und Projektlogo.

In Kapitel 9 finden sich eine Anleitung für die Durchführung eines halbtägigen Projektplanungsworkshops sowie eine Vorlage für die Gestaltung eines Projektauftrags.

3.1.2 Projektorganisation und Projektrollen

Gerade BGF-Projekte leben von der Beteiligung der Menschen, die es planen, umsetzen und sich bei der Umsetzung von Maßnahmen beteiligen. Eine strukturierte Projektorganisation und die Definition der einzelnen Rollen im Projekt unterstützen den Prozess und sorgen für Transparenz und Klarheit in der Arbeit und bei Entscheidungen.

Eine beispielhafte Projektorganisation ist in Abbildung 15 wiedergegeben. Diese sollte, wie alle anderen Vorlagen auch, an die betriebs-spezifischen Gegebenheiten des eigenen Unternehmens angepasst werden.

⁵¹ ÖNORM ISO 21500 (2016)

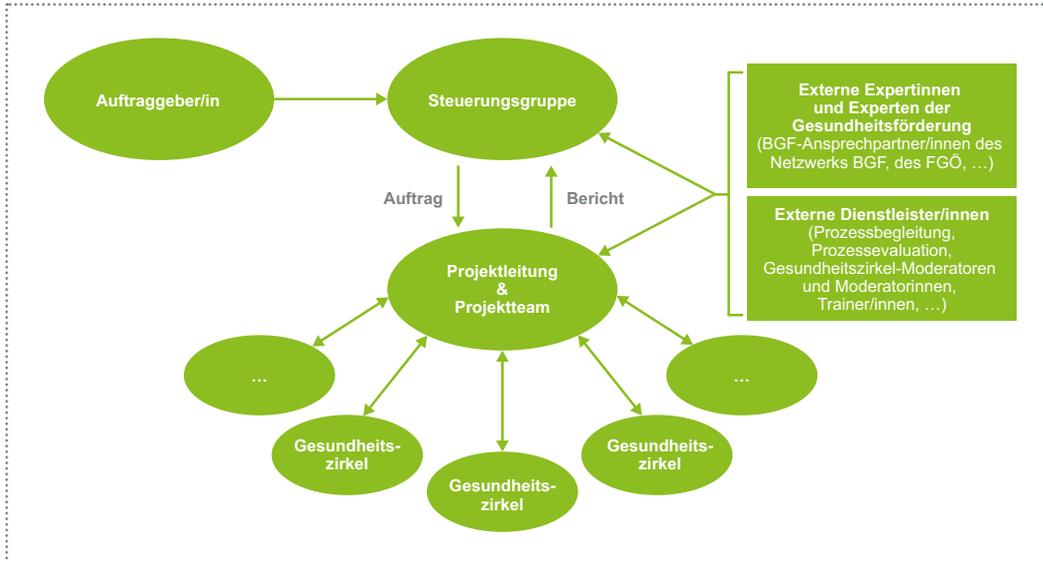


Abbildung 15: Projektorganisation.⁵²



Nicht alle Beschäftigten haben die gleichen Chancen auf ein gesundes (Ewerbs-)Leben. Daher ist die Einbindung von speziellen Zielgruppenvertretungen, wie z. B. ethnische Minderheiten, Lehrlinge, ältere Beschäftigte in die Steuerungsgruppe, das Projektteam und/oder in die GZ, ein wesentlicher Schritt zu mehr Chancengerechtigkeit (siehe Kapitel 2.7).

Auftraggeber/in / AuftraggeberInnenteam

Die Geschäftsführung oder das oberste Management eines Unternehmens als Auftraggeber/in bzw. AuftraggeberInnenteam erteilen der BGF-Projektleitung den Auftrag zur Durchführung eines BGF-Projekts. Je nach innerbetrieblicher Projektorganisation kann die oder der Auftraggebende selbst ein Mitglied der Steuerungsgruppe sein bzw. ist die oder der Auftraggebende mit der Steuerungsgruppe gleichzusetzen.

Steuerungsgruppe

Der Steuerungsgruppe sollten Vertreterinnen und Vertreter sowohl der ArbeitgeberInnen- als auch der ArbeitnehmerInnenseite angehören. Häufig setzt sich eine Steuerungsgruppe aus der Geschäftsleitung, der ArbeitnehmerInnenvertretung (Betriebsrätin/Betriebsrat, Personalvertretung, Jugendvertrauensrat), Führungskräften einzelner Organisationseinheiten, wie z. B. der Personalabteilung, der BGF-Projektleitung

52 in Anlehnung an Ulich & Wülser (2004)

sowie weiteren für Gesundheit und Sicherheit zuständigen Personen (z. B. Präventivfachkräften), zusammen. Zentrale Aufgaben der Steuerungsgruppe sind:

- Erstellung des Projektauftrags,
- Freigabe der Projektziele,
- Beschluss und Freigabe zeitlicher und finanzieller Ressourcen,
- Kontrolle und Abnahme von Status- bzw. Fortschrittsberichten und Projektbudgets,
- Freigabe der umzusetzenden Maßnahmen,
- Veranlassung der BGF-Projektkommunikation (z. B. Kommunikationsplan, Gesundheitsberichte).

Die Arbeit der Steuerungsgruppe kann auf dem schriftlichen Projektauftrag basieren (siehe Kapitel 3.1.1). Er gibt allen, die in irgendeiner Form im Projekt mitwirken, den Rahmen und die Legitimität für ihre Arbeit und er hilft, den Erfolg zu bewerten. Die Steuerungsgruppe installiert die Projektleitung und das Projektteam, die in weiterer Folge die eigentliche Umsetzung des Projekts übernehmen.

Die Gesamtverantwortung für das Thema Gesundheit bleibt aber immer bei der obersten Leitung eines Betriebes. Diese hat damit letztlich die Verantwortung, der Projektleitung und dem Projektteam ausreichende zeitliche und finanzielle Ressourcen zur erfolgreichen Projektumsetzung zur Verfügung zu stellen, sowie diese für ihre Aufgaben im Projekt durch bedarfsgerechte Qualifizierungsmaßnahmen zu befähigen.



Projektleitung

Einer der wesentlichen Erfolgsfaktoren für das Gelingen eines BGF-Projekts ist die Projektleitung, die auch Mitglied des Projektteams ist. Die Projektleitung bildet die Schnittstelle zwischen Steuerungsgruppe und Projektteam. Sie ist die zentrale Ansprechperson für alle am Projekt beteiligten internen und externen Personen. Als wichtiger Projekttreiber ist sie für die gesamte Umsetzung sowie für die Qualitätssicherung und die fortlaufende Projektdokumentation verantwortlich. Die Aufgaben der Projektleitung sind unter anderem:

- Zentrale Ansprechperson für Führungskräfte und Mitarbeiter/innen,
- Erstellung des Projektauftrags und Verschriftlichung der Projektziele,
- Erarbeitung eines Projektstrukturplans (PSP),
- Budgetverwaltung,
- Leitung und Dokumentation der Projektteam- und Steuerungsgruppentreffen,

- Auftragserteilung und Zusammenarbeit mit den Gesundheitszirkel-moderatorinnen und -moderatoren und anderen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren,
- Innerbetriebliche Kommunikation und Projektmarketing,
- Erarbeitung und Umsetzung eines Maßnahmenplans inklusive Koordination und Organisation von Maßnahmen,
- Kooperation und Kommunikation mit externen Projektpartnerinnen und Projektpartnern,
- Sicherstellung der Dokumentation und Evaluation des Projekts,
- Erstellung von Fortschrittsberichten sowie Vorbereitung und Herbeiführung von projektrelevanten Entscheidungen der Steuerungsgruppe bzw. der/des Auftraggeberin/Auftraggebers.

Fachliche Kompetenz bzgl. der Leitung von Projekten, persönliches Interesse, Engagement sowie die Akzeptanz im Unternehmen zeichnen eine gute Projektleitung aus. Sie sollte die betrieblichen Kommunikationswege gut kennen und an einer zentralen Schnittstelle im Unternehmen tätig sein, wie beispielsweise in der Personalentwicklung, dem Qualitätsmanagement oder dem ArbeitnehmerInnenschutz. Aufgrund dieser vielfältigen Anforderungen ist die Projektleitung auch jene Person, die den höchsten Qualifizierungsbedarf im gesamten BGF-Projekt hat. Darüber hinaus benötigt die Projektleitung für die Projektarbeit ausreichende zeitliche Ressourcen.

Projektteam

Das Projektteam ist zusammen mit der BGF-Projektleitung für die operative Umsetzung des BGF-Projekts verantwortlich. Es übernimmt je nach internen Absprachen:

- die Planung, Umsetzung und Dokumentation von Gesundheitsförderungsmaßnahmen,
- schafft die Kommunikationsstruktur im Betrieb,
- nimmt eine wichtige Multiplikatorenfunktion ein,
- trägt die für die Steuerungsgruppe relevanten Informationen zusammen und
- plant die notwendigen Schritte.

Die Auswahl von Projektteammitgliedern sollte nach deren inhaltlicher Qualifikation, aber auch nach deren Interesse am Thema erfolgen. Für Gesundheit begeisterte Mitarbeiter/innen mit speziellen, für das Projekt notwendigen Fertigkeiten sind die Idealbesetzung für diese Rolle. Sehr häufig werden Beschäftigte aus dem Personalwesen, dem Marketing, der ArbeitnehmerInnenvertretung sowie Präventivfachkräfte (Arbeitsmediziner/innen und Sicherheitsfachkräfte) für das Projektteam ausgewählt.

Die gemeinsame Arbeit am Projekt gelingt dann am besten, wenn das Projektteam Zeit hat, eine gemeinsame Ausgangsbasis zu schaffen. Diese „Selbstfindung“ ist vor allem für die spätere Arbeit immens wichtig, um „Grundsatzdiskussionen“, die den Projekt- ablauf behindern und unnötige Reibungsverluste verursachen, zu verhindern. Daher sind zu Beginn der Arbeit Prinzipien der Zusammenarbeit, Aufgaben und klare Spielregeln zu vereinbaren:

- Wesentliche Übereinkunft, alle Projektschritte nur auf Basis von Konsens durchzuführen, um unabhängig von bestehenden Arbeitsweisen und Mechanismen der Interessensaushandlung zwischen Betrieb und Beschäftigten das Projekt gemeinsam zu entwickeln.
- Vereinbarung einer regelmäßigen, langfristig terminisierten Sitzungsfrequenz.
- Laufende schriftliche Protokollierung der Sitzungen als Dokumentation, Gedächtnisstütze und Ergebnissicherung (bereits bei Vorgesprächen im Vorfeld des Projekts). Alle Vereinbarungen, Pläne und Entscheidungen werden grundsätzlich schriftlich fixiert (unter anderem für den Fall personeller Veränderungen in den Gremien).



Gesundheitszirkel und ähnliche partizipative Methoden zur Maßnahmengenerierung

Ein zentraler Baustein in allen BGF-Projekten, unabhängig von Projekt- oder Betriebsgröße, ist die partizipative Maßnahmenableitung etwa in Form von GZn. Dabei haben Gruppen von Beschäftigten die Möglichkeit, über gesundheitliche Ressourcen und Belastungen im Betrieb zu diskutieren und Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Die Beschäftigten übernehmen somit die Rolle der Expertin / des Experten für ihre eigene Arbeitssituation. Aufgrund der zentralen Bedeutung von GZn für die partizipative Maßnahmenentwicklung werden diese in Kapitel 3.3.2 im Detail beschrieben.

Externe Expertinnen und Experten der Gesundheitsförderung

Zu den externen Expertinnen und Experten zählen die Ansprechpartner/innen der Regional- und Servicestellen des Netzwerks BGF sowie weitere Gesundheitsexpertinnen und -experten der Partner/innen und des FGÖ. Diese setzen wichtige inhaltliche Impulse, unterstützen bei der Qualitätssicherung und tragen letztlich zu einer qualitätsgesicherten Umsetzung aller Projektphasen bei.

Externe Dienstleistende

Zur Unterstützung der internen Umsetzungsverantwortlichen kann es je nach betrieblichem Bedarf sinnvoll sein, eine externe Unterstützung hinzuzuziehen. Beispielsweise unterstützen externe Prozessbegleitende⁵³ sowohl die Steuerungsgruppe als auch die Projektleitung und das Projektteam bei Planung und Umsetzung des Projekts. Falsch verstanden wäre die Rolle der externen Prozessbegleitung dann, wenn diese die Rolle der internen Projektleitung vollständig oder teilweise übernimmt. Ziel sollte es sein, Wissen im Unternehmen aufzubauen und im Unternehmen zu halten.

Neben der externen Prozessbegleitung kann es notwendig sein, manche Arbeitspakete, wie z. B. die Mitarbeitendenbefragung, die Moderation von GZn, Trainings zum Gesunden Führen oder die Struktur- und Prozessevaluation an externe Dienstleister/innen zu vergeben. Diese sind durch die Projektleitung in Abstimmung mit dem Projektteam und der Steuerungsgruppe auszuwählen und zu beauftragen.

Qualifizierungsbedarf

Das Thema Gesundheit im betrieblichen Kontext ist für die meisten am Projekt Beteiligten Neuland. Daher sollte bereits im Vorfeld damit begonnen werden, die Projektmitarbeiter/innen ausreichend für ihre Aufgaben zu qualifizieren. Den größten Qualifizierungsbedarf hat dabei die Projektleitung. Wichtig ist, darauf zu achten, dass die oberste Leitung neben einem Maßnahmenbudget auch finanzielle und zeitliche Ressourcen für eine bedarfsgerechte Qualifizierung der Projektverantwortlichen zur Verfügung stellt.

Projektstartsitung für das Projektteam und die Steuerungsgruppe

Ein Projekt ist durch einen eindeutigen Start und ein definiertes Ende begrenzt. Nach Auftragserteilung durch die Projektauftraggeberin oder den Projektauftraggeber nimmt das BGF-Projektteam seine Arbeit auf. Dazu ist es sinnvoll, eine Startsitung für das Projektteam und die Steuerungsgruppe in Form eines Halbtages- oder Tagesworkshops zu veranstalten. Eingeladen sind alle Mitglieder der Steuerungsgruppe, des Projektteams, die Projektleitung sowie eventuell weitere Projektbeteiligte (z. B. externe Expertinnen und Experten der Regional- und Servicestellen, externe Prozessbegleitung). Ziel ist es, alle Beteiligten über die Grobziele, den Projektablauf und die interne Projektorganisation zu informieren. Weitere Inhalte können der Beschluss von Regeln für die Zusammenarbeit und die Definition des Gesundheitsverständnisses sein. Dabei ist die Begriffsklärung „Was bedeutet für uns Gesundheit“ von zentraler Bedeutung.⁵⁴

⁵³ ONR 43765 (2015)

⁵⁴ Schneider (2012)

3.1.3 Projektkommunikation und -marketing

Um Beschäftigte im BGF-Projekt zu Beteiligten zu machen, ist eine gelungene Information und Kommunikation ein wesentlicher Erfolgsfaktor. Die Projektkommunikation gibt **Antworten und Orientierung**, ist **sachlich und glaubwürdig, motiviert und inspiriert** die Zielgruppen. Wichtig ist, dass die Kommunikation **wertschätzend** gestaltet ist und **laufend** erfolgt. Sie informiert die Beschäftigten nicht nur, sondern bezieht diese auch dialogisch ein. Ziel ist es, die Aufmerksamkeit, das Interesse und den **Beteiligungswunsch** der Beschäftigten am BGF-Projekt zu **wecken**.

Der Informationsfluss sollte beinhalten:⁵⁵

- Vorinformationen (Ankündigungen),
- laufende Informationen (Stand der Umsetzung des Projekts und einzelner Maßnahmen) sowie
- Feedbackschleifen (Wie kommen das Projekt als Ganzes aber auch einzelne Maßnahmen an?).

Mit einer auf die betriebspezifischen Bedarfe passenden Kommunikations- und Marketingstrategie kann es gelingen, auch schwer erreichbare Zielgruppen (siehe Kapitel 5.6 und Kapitel 9) für das Projekt zu gewinnen. Attraktive und einheitlich gestaltete Unterlagen (z. B. Plakate, Einladungen, Gesundheitsberichte), die einen **hohen Wiedererkennungswert** aufweisen, tragen dazu in hohem Maße bei. Noch vor Projektstart sollten deshalb ein aussagekräftiger **Projekttitle** und ein **Projektlogo** entwickelt werden, um ab dem Zeitpunkt des Projektstarts eine rechtzeitige, glaubwürdige und empfängerInnengerechte Kommunikation zu gewährleisten.

Die Projektkommunikation und das -marketing sind an den einzelnen Projektphasen auszurichten. Am Beginn sollte einerseits auf breite Information, z. B. in Form einer Kick-Off Veranstaltung, gesetzt werden. Andererseits ist auch die **direkte, persönliche Kommunikation sowohl durch die Projektleitung als auch durch beteiligte Mitarbeiter/innen** gerade am Beginn besonders wichtig, um Ängste zu nehmen und dem neuen Thema Gesundheit Raum zu verschaffen.

Die schriftliche Information mittels Papiermethoden (z. B. Informationsfolder, Gesundheitsberichte, Einladungen) sowie elektronischer Medien (z. B. E-Mail, Internet oder Intranet) sind überlegt einzusetzen. Sowohl **zu wenig** als auch **zu viel** können das Interesse der Beschäftigten gefährden.

Führungskräfte spielen in der Projektkommunikation eine zentrale Rolle, da deren Kommunikationswirkung häufig höher ist als jene von Informationsmedien (siehe Kapitel 3.1.6).

Neben Führungskräften sind **Meinungsbildner/innen** in der Projektkommunikation von zentraler Bedeutung. Das sind Beschäftigte, an denen sich andere Mitarbeiter/innen orientieren. Diese Beschäftigten sollten in der Vorprojektphase identifiziert und aktiv in das Projekt einbezogen werden.

Eine gelungene Projektkommunikation beinhaltet:

- einen Projektnamen und ein Projektlogo mit hohem Wiedererkennungswert,
- die Information von Führungskräften und die Erteilung eines Kommunikationsauftrages (Führungskräfte sollen ihre Mitarbeiter/innen bzgl. des BGF-Projekts informieren, motivieren und mit gutem Beispiel vorangehen),
- die Identifikation von Meinungsbildnerinnen und -bildnern und deren Einbeziehung,
- die Gestaltung eines positiven Projektstarts z. B. in Form einer Kick-Off Veranstaltung (siehe Kapitel 3.1.5),
- die Gestaltung ansprechender textlicher und bildlicher Informationsunterlagen,
- die Nutzung unterschiedlichster, bewusst gewählter Informationskanäle (Papiermedien, E-Mail, Internet, Intranet, ...),
- die Auswahl des richtigen Zeitpunkts (z. B. anlassbezogen, zu definierten Zeitpunkten),
- die Gestaltung eines sichtbaren Projektabschlusses sowie
- die weiterführende Planung zur Gesundheitskommunikation in der Nachhaltigkeit bzw. im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM).

3.1.4 Projektplan

Ausgehend vom Projektauftrag wird der **Projektplan** erstellt. Um zu diesem für den Betrieb maßgeschneiderten Plan zu gelangen, sind im Wesentlichen vier Schritte notwendig (siehe Abbildung 16). Der zu betreibende Aufwand ist dabei in Relation zur Firmen- bzw. Projektgröße zu setzen. Beispielsweise ist es für einen Klein- oder Kleinstbetrieb nicht unbedingt notwendig, einen Balkenplan für die Terminplanung zu erstellen.



Abbildung 16: BGF-Projektplan

Schritt 1 zum Projektplan

Ein wichtiges Instrument, v. a. für größere Betriebe, ist der Projektstrukturplan (**PSP**). Er legt fest, was im Rahmen des BGF-Projekts zu tun ist und zergliedert die Aufgaben in jeder Projektphase in einzelne Arbeitspakete. Der PSP enthält wichtige Meilensteine. Die Erstellung des PSP ist neben der Formulierung der Ziele die wichtigste und zugleich herausforderndste Aufgabe in der BGF-Projektplanung. Für Kleinst- und Kleinbetriebe ist ein PSP nicht zwingend erforderlich. Hier reicht meist ein gut strukturierter Terminplan mit den wichtigsten Meilensteinen.

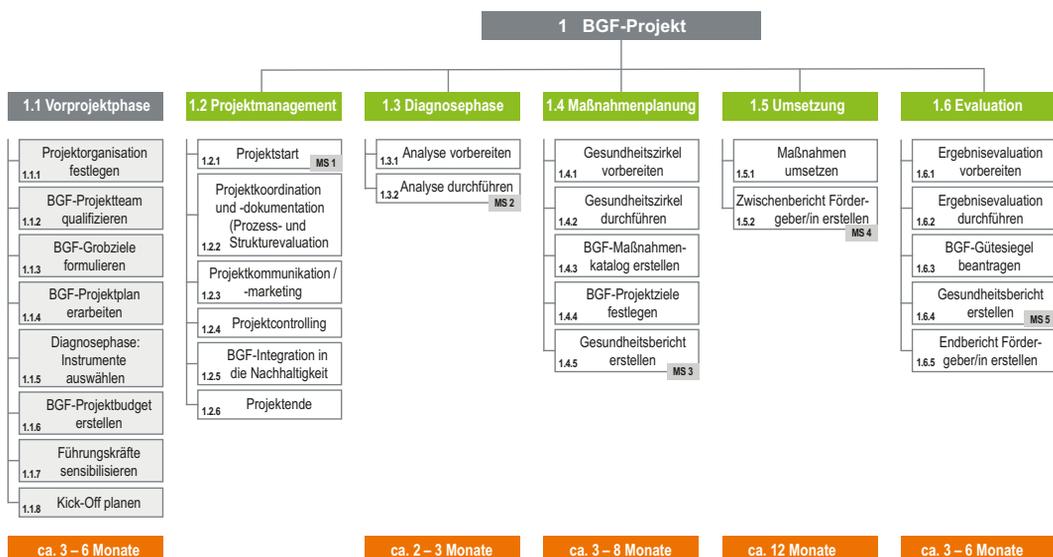


Abbildung 17: Beispiel für einen Projektstrukturplan (PSP)

Aus dem PSP kann ein **Meilensteinplan** (siehe Abbildung 18) erstellt werden. Meilensteine sind Zeitpunkte, an denen zentrale Projektergebnisse vorliegen sollten. Handelt es sich um ein großes Projekt, hilft der Meilensteinplan den Überblick über den Projektfortschritt und die Einhaltung der zeitlichen Planung zu behalten. In kleinen Projekten ist der Meilensteinplan als Terminplan ausreichend. Dieser sollte für eine einfache Projektsteuerung nicht mehr als acht oder neun Meilensteine enthalten.

Projektmeilensteinplan		
PSP	Bezeichnung	Plantermin
1.2.1	Projektstart ist erfolgt	
1.3.2	Analyse ist durchgeführt	
1.4.5	Gesundheitsbericht ist erstellt	
1.5.2	Zwischenbericht Fördergeber/in ist erstellt	
1.6.4	Gesundheitsbericht ist erstellt	
Version: 1.0	Datum:	Ersteller: EA

Abbildung 18: Beispiel für einen Meilensteinplan

Im Rahmen der Erstellung eines PSP wird eine Arbeitspaketbeschreibung durchgeführt. Das bedeutet, dass die einzelnen Aufgaben, die erbracht werden müssen, um das Projekt erfolgreich umzusetzen, näher beschrieben werden. Ziel der **Arbeitspaketbeschreibung** ist es, die einzelnen Aufgaben voneinander abzugrenzen, aber auch Schnittstellen zwischen ihnen zu erkennen. Nicht jedes Arbeitspaket muss beschrieben werden. Es sollten jedoch vor allem jene einer Spezifikation unterzogen werden, deren Inhalte und Ergebnisse nicht klar sind.

Schritt 2 zum fertigen Projektplan

In einem zweiten Schritt wird in der **Aufwandschätzung** abgeklärt, welche zeitlichen Ressourcen der BGF-Projektleitung und gegebenenfalls weiteren am Projekt aktiv beteiligten Beschäftigten für eine erfolgreiche Projektumsetzung zur Verfügung gestellt werden sollten. Es ist keine gute Idee, einer/einem Beschäftigten das BGF-Projekt zusätzlich zur „normalen“ Tätigkeit ohne wesentliche zeitliche Ressourcen zu überantworten. Spätestens zu diesem Zeitpunkt ist abzuklären, ob die Unternehmensleitung bzw. die Auftraggebenden bereit sind, diese zeitlichen Ressourcen für die Projektleitung, das Projektteam und weitere am Projekt aktiv beteiligte Beschäftigte zur Verfügung zu stellen.

Neben der Schätzung des zeitlichen Aufwands sollte eine finanzielle **Aufwandschätzung inklusive einer Abklärung der Fördermöglichkeiten** (z. B. FGÖ-Projektförderung) im Zuge der Budgetplanung

erfolgen. Dabei kann ein Kostenplan helfen, der sich an der Arbeitspaketbeschreibung orientiert und die einzelnen Projektaufgaben zusätzlich mit einer Kostenschätzung hinterlegt.

Der FGÖ unterstützt qualitätsvolle BGF-Pilotprojekte mittels Anstoßfinanzierung. Gefördert werden ausschließlich anteilmäßige Prozesskosten. Eine Ausnahme gilt für Kleinst- und Kleinbetriebe. Diese können zusätzlich zu der Prozesskostenförderung einen Pauschalbetrag für die Abdeckung von Maßnahmen beantragen.⁵⁶ Die aktuellen Förderrichtlinien finden sich auf der FGÖ-Homepage sowie im Fact Sheet „Information für Antragsteller/innen von Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung“.

Schritt 3 zum fertigen Projektplan

In einem dritten Schritt wird eine konkrete **Terminplanung**, entweder über den Meilensteinplan oder detaillierter mit Hilfe einer Terminliste und/oder anhand eines Balkenplans, vorgenommen. Die Terminplanung unterstützt dabei, das Projekt so gut wie möglich in das Geschäftsjahr zu integrieren und allen Verantwortlichen und Betroffenen einen raschen Überblick über die Projektdauer zu ermöglichen.

Schritt 4 zum fertigen Projektplan

Als letzter Schritt auf dem Weg zum fertigen BGF-Projektplan ist schlussendlich eine **Abschätzung der Risiken** zur Qualitätssicherung hilfreich, um eventuelle Gefährdungen des Projekterfolgs frühzeitig zu erkennen und Präventivmaßnahmen zu erstellen. Pro Arbeitspaket können finanzielle, zeitliche oder inhaltliche Risiken identifiziert, priorisiert sowie eventuell frühzeitig Gegenmaßnahmen entwickelt werden.

Vorlagen für einen BGF-Projektplan sowie für eine Arbeitspaketbeschreibung finden Sie neben weiteren Checklisten aus dem Kapitel 9 „Werkzeugkoffer“ auf der Website des Netzwerk BGF unter folgendem Link: www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

Die Planung eines BGF-Projekts kann mit der Unterstützung einer/eines BGF-Ansprechpartnerin/Ansprechpartners einer Regional- oder Servicestelle des Netzwerks BGF erfolgen. Diese stehen den Betrieben als kompetente Berater/innen bei der maßgeschneiderten Projektplanung und -umsetzung zur Seite und bieten zudem u. a. noch unterschiedliche Fördermöglichkeiten an.



3.1.5 Auftaktveranstaltung (Kick-Off für Beschäftigte)

Nach dem **Kick-Off für das Projektteam und die Steuerungsgruppe** (siehe Kapitel 3.1.2) erfolgt die **Auftaktveranstaltung für Beschäftigte** bzw. alle Zielgruppen. Häufig wird dieser Projektauftritt in Form einer Kick-Off Veranstaltung durchgeführt. Diese können zwischen einer Stunde in Klein- und Kleinstbetrieben und mehreren Halbtages- oder Tagesveranstaltungen für alle Betriebsstandorte eines Großunternehmens dauern. Dabei werden alle Beschäftigten bzw. alle Zielgruppenpersonen über das Projekt informiert und eingeladen, sich am Projekt aktiv zu beteiligen. Dies ist auch die erste Möglichkeit, den Beschäftigten einen Zugang zu einem erweiterten Gesundheitsbegriff zu ermöglichen. Innovative Auftaktveranstaltungen wie z. B. Gesundheitskabaretts oder Gesundheitskonferenzen bieten die Möglichkeit, das Thema mit Leichtigkeit zu versehen und die Beschäftigten von Beginn an zu Beteiligten zu machen. Vor allem in kleinen Unternehmen haben sich z. B. auch Mitarbeiterversammlungen in gemütlichem Rahmen mit einem kleinen Imbiss und einem kurzen Statement der Geschäftsführung als Kick-Off bewährt.



Eine umfassende und gleichzeitig einfache Dokumentation des gesamten BGF-Prozesses, beginnend in der Vorprojektphase, erleichtert das gemeinsame Arbeiten.

Wie eine gute Dokumentation aufgebaut werden kann, findet sich in Kapitel 3.5.2.

3.1.6 Spezielle Aspekte in der Vorprojektphase

Zielgruppenorientierung

Bereits während der Vorprojektphase ist es im Sinne des partizipativen Vorgehens zu empfehlen, die definierte(n) Zielgruppe(n) aktiv einzubinden. Dies kann z. B. in Form von Analyseworkshops, in denen mit unterschiedlichsten Vertreterinnen und Vertretern von Zielgruppen die Besonderheiten der jeweiligen Gruppen analysiert werden, oder in Form von Einzelgesprächen mit Schlüsselpersonen stattfinden. Je früher und umfassender die Zielgruppe(n) eingebunden wird bzw. werden, desto eher werden die Bedürfnisse der Zielgruppe(n) getroffen und umso wahrscheinlicher ist der Erfolg des BGF-Projekts.

Daher müssen bereits beim Projektentwurf Überlegungen angestellt werden, welche Zielgruppen im Unternehmen vorhanden sind und ob alle gleichermaßen im Projekt berücksichtigt werden sollen. Einen guten Hinweis auf Zielgruppen im Betrieb können Organisationsdaten wie z. B. Krankenstandsdaten, Fluktuationsraten oder allgemeine

Personaldaten liefern. Möchte man diese heranziehen, muss natürlich mit der gebotenen Umsicht in Hinblick auf Anonymität und Datenschutz vorgegangen werden. Literatur- und Internetrecherchen helfen Personengruppen zu identifizieren, welche von mangelnden Ressourcen und hohen Belastungen besonders betroffen sind. Vielleicht wird festgestellt, dass der Bedarf an Gesundheitsförderung einer Zielgruppe immens größer ist als aller anderen Beschäftigtengruppen im Betrieb. Dann kann es Sinn machen, diese Gruppe im Projekt vorrangig zu behandeln und diese als primäre Zielgruppe zu definieren.

Sensibilisierung der Führungskräfte

Eine Vielzahl an Studien belegt mittlerweile eindeutig den wichtigen Einfluss von Führungsverhalten auf die Gesundheit der Mitarbeiter/innen.⁵⁷ Führungskräften kommt neben ihrer gesetzlich verankerten Fürsorgepflicht auch eine Schlüsselrolle bei der Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter/innen zu. Neben ihrer Vorbildwirkung haben sie darüber hinaus einen hohen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit sowie auf die Anpassung von Arbeitsanforderungen an die jeweiligen Fähigkeiten ihrer Mitarbeiter/innen. Sie können durch ihr tagtäglich gezeigtes Führungsverhalten einen maßgeblichen Einfluss u. a. auf das Betriebsklima, das Commitment und die Qualität der Zusammenarbeit nehmen.⁵⁸

Die Geschäftsführung oder das oberste Management sollte sicherstellen, dass die Führungskräfte für ihre Aufgaben im Rahmen des BGF-Projekts qualifiziert und informiert werden. Wenn Führungskräfte hinter dem BGF-Projekt stehen und von dessen Zielen überzeugt sind, nehmen sie die Angebote in Anspruch, stellen Ressourcen im eigenen Verantwortungsbereich für die BGF zur Verfügung, beteiligen sich an laufenden BGF-Prozessen und ermutigen ihre Mitarbeiter/innen selbst zur aktiven Teilnahme.

⁵⁷ Badura et al. (2011)

⁵⁸ Pitschl & Mayer (2016)

3.2 Diagnosephase

Ressourcen erkennen – Belastungen identifizieren – Bedarf erheben

Die Diagnosephase ist das **Fundament für die später erfolgende Maßnahmenplanung** und häufig eine der ersten für die Beschäftigten sichtbaren Aktionen im Rahmen des BGF-Projekts. Durch aussagekräftige Daten wird es möglich, Ressourcen und Belastungen zu benennen sowie Handlungsfelder zu identifizieren. In der abschließenden Ergebnisevaluation (siehe Kapitel 3.5) wird noch einmal auf die Ergebnisse der Diagnosephase zurückgegriffen, um den Erfolg des Projekts sichtbar zu machen. Beispielsweise kann der Vergleich der Ergebnisse zweier Mitarbeitendenbefragungen (eine am Beginn und eine am Ende des Projekts) Veränderungen sichtbar machen. Daher ist es wichtig, bereits in der Diagnosephase die Ergebnisevaluation mit zu bedenken. Es gibt viele verschiedene Arten zu Daten zu kommen. Für alle gilt, dass die Beachtung und Einhaltung des **Datenschutzes** zu jeder Zeit gewährleistet sein muss⁵⁹.

Die eingesetzten Methoden und Instrumente dienen nicht nur der Datengewinnung für die spätere Maßnahmenableitung, sondern sind ihrerseits bereits eine **Intervention**. Durch die Befragung der Beschäftigten – in welcher Form auch immer – wird das Nachdenken über Gesundheit angeregt. Dabei wird ein umfassendes Gesundheitsverständnis (biopsychosoziale Gesundheit) transportiert, welches das persönliche Verständnis von Gesundheit der Beschäftigten bereichern kann.

Zusammengefasst werden alle Befunde der Diagnosephase gemeinsam mit den erarbeiteten Maßnahmen und weiteren Informationen im **ersten Gesundheitsbericht** (siehe Kapitel 3.3.5) dargestellt.

Auch wenn es so scheint, dass **Mitarbeitendenbefragungen** in größeren Unternehmen zu einem Projekt „einfach dazugehören“, heißt das noch lange nicht, dass unbedingt eine schriftliche Befragung durchgeführt werden muss. Es spricht nichts dagegen, andere Methoden zu wählen, wenn die Projektleitung und das Projektteam zu dem Schluss kommen, dass eine schriftliche Befragung beispielsweise aufgrund sprachlicher Hürden für die Mitarbeiter/innen unpassend ist (siehe auch Kapitel 2.7).

⁵⁹ Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000): Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten

Es ist wichtig, Methoden und Verfahren zu wählen, die von allen Beschäftigten verstanden und die für alle Beschäftigten zugänglich sind. Ein komplexer Fragebogen mit einer großen Anzahl mitunter sehr persönlicher Fragen könnte z. B. bei Beschäftigten mit geringen sprachlichen Fähigkeiten auf Widerstand stoßen.



Allgemein ist zu beachten, dass die Diagnosephase **weder zu knapp noch zu umfangreich** bemessen sein sollte. Weder wird für einen Betrieb mit 100 Beschäftigten eine einzige Fokusgruppe zur Datenerhebung ausreichen, noch sollte die Erhebung dermaßen umfangreich gestaltet sein, dass am Ende mit all den Ergebnissen nichts angefangen werden kann (Erzeugung von „Datenfriedhöfen“). Die Auswahl der einzelnen Methoden und Instrumente sollte vielmehr stets vor dem Hintergrund der Grobziele (siehe Kapitel 3.1.1) geschehen. Wenn mehrere Methoden und Instrumente eingesetzt werden, sollten diese aufeinander abgestimmt sein, um einen möglichst großen Informationsgewinn bei möglichst geringem finanziellen und personellen Aufwand zu erzielen⁶⁰.

Um also ein **umfassendes Bild der gesundheitlichen Ausgangslage** im Unternehmen im Bereich Organisation, Arbeitsgestaltung und des persönlichen Gesundheitsverhaltens zu erlangen, ist es sinnvoll, auf unterschiedliche Datenquellen zurückzugreifen. In größeren Unternehmen kann beispielsweise auf bereits vorhandene Routinedaten (z. B. Fehlzeiten- und Fluktuationsstatistiken, Gefährdungsbeurteilungen, arbeitsmedizinische Untersuchungen, betriebliches Vorschlagswesen) zurückgegriffen werden und diese mit Ergebnissen weiterer Erhebungsmethoden (z. B. Mitarbeitendenbefragung, Interviews, Fokusgruppen) zu einem umfassenden Bild der gesundheitlichen Ausgangssituation im Betrieb kombiniert werden. Auch in kleinen Unternehmen kann es sinnvoll sein, sich nicht „nur“ auf eine Datenquelle, wie z. B. einen GZ, zu stützen, sondern zum Beispiel im Vorfeld ein Interview mit der Geschäftsleitung oder einzelnen Führungskräften und Beschäftigten zu nutzen. Ein Beispiel für eine Mehrebenenanalyse findet sich in Abbildung 19.

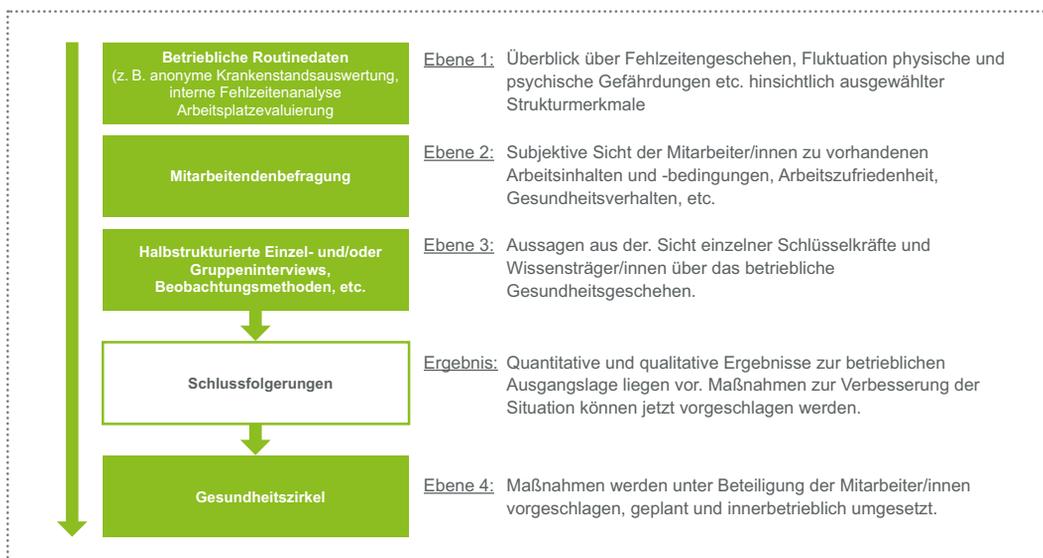


Abbildung 19: Beispiel einer Mehrebenenanalyse.⁶¹



Mitarbeitendenbefragungen sind das Mittel der Wahl, wenn es darum geht, ein umfassendes Bild über das Gesundheitsgeschehen im Unternehmen zu zeichnen. Im Zuge einer einzigen Befragung können viele verschiedene Aspekte von Gesundheit erhoben werden. Gleichzeitig wird den Beschäftigten ein umfassendes Bild von Gesundheit vermittelt. Das Netzwerk BGF bietet mit dem Kombi-AG Österreich einen Fragebogen, der all diese Vorteile vereint.

Wie bereits erwähnt stehen zur Datengewinnung viele verschiedene Methoden und Instrumente zur Verfügung. Im Folgenden werden überblicksmäßig

- die Analyse vorhandener Unternehmensdaten,
- die anonymisierte Krankenstandsauswertung,
- die schriftliche Mitarbeitendenbefragung sowie
- mündliche Gruppen- und Einzelinterviews und
- Beobachtungsmethoden

erläutert. Bei der Wahl der Methoden und Instrumente sind keinerlei Einschränkungen gegeben. Es sollte jedoch immer darauf geachtet werden, **wissenschaftlich fundierte und qualitätsgesicherte Instrumente** einzusetzen und die Analyseebenen möglichst miteinander zu verknüpfen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten.

⁶¹ in Anlehnung an Weinreich & Weigl (2011, S. 245)

3.2.1 Analyse vorhandener Unternehmensdaten

AUF EINEN BLICK: UNTERNEHMENSDATEN

- **Einsatzgebiet:** Kleinst-, Klein-, Mittel- und Großbetriebe
- **Vorteile:**
 - Geringer Aufwand bei Datenbeschaffung
 - Erster allgemeiner Überblick über Ressourcen und Belastungen und deren Folgen
- **Nachteile:**
 - Oberflächliche Betrachtung
 - Keine Ursachen etwaiger gesundheitlicher Problemlagen
 - Keine Ableitung von Maßnahmen möglich
- **Expertise**
 - internes Expertenwissen



Organisationsinterne Routinedaten, wie z. B. Fehlzeiten- und Fluktuationsdaten, können bereits erste Hinweise auf mögliche Ressourcen und Belastungen geben. Mit Routinedaten können aber auch spezielle Auswertungen wie z. B. eine Altersstrukturanalyse durchgeführt werden. Die Altersverteilung der Beschäftigten, kombiniert mit statistischen Daten zur Vorhersage der Altersentwicklung in der Branche, kann Aufschluss darüber geben, welche besonderen Herausforderungen aktuell, aber auch in Zukunft, auf den Betrieb durch die altersstrukturellen Verschiebungen zukommen. Weiters können **Berichte der Präventivfachkräfte** (Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft) und **Dokumentationen bereits durchgeführter gesundheitsförderlicher Aktivitäten** aufschlussreich für die nächsten Schritte im Projekt sein.

3.2.2 Analyse krankheitsbedingter Fehlzeiten

Die Österreichischen Sozialversicherungsträger bieten BGF-Kooperationsbetrieben anonymisierte Krankenstandsanalysen im Rahmen von BGF-Projekten an. Unter dem Begriff „Fehlzeiten“ werden dabei alle Abwesenheiten vom Arbeitsplatz zusammengefasst, die dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger gemeldet wurden. Neben medizinischen können dabei aber auch andere Gründe, wie z. B. reduzierte Motivation oder private Notfallsituationen, zu Fehlzeiten führen. Dies birgt die Gefahr einer gewissen Unschärfe und muss bei der Interpretation bedacht werden. Dennoch können die gesundheitliche Konstitution der Belegschaft beurteilt sowie allfällige Veränderungen nach der Umsetzung von Maßnahmen im Sinne einer Ergebnisevaluation ermittelt werden.

Bei der **Interpretation krankheitsbedingter Fehlzeiten** muss mit Bedacht vorgegangen werden. Diese gesundheitsökonomischen Kennzahlen bilden in erster Linie krankheitsassoziierte Kosten ab. Sie sagen mehr über den Gesundheitszustand des Unternehmens als über den Gesundheitszustand der Belegschaft aus.⁶² Diese Kennzahlen weisen als eine Art „Fieberthermometer“ auf etwaige Problemfelder innerhalb der Organisation hin, liefern jedoch keine verlässlichen Aussagen über den Gesundheitszustand der Beschäftigten. Krankenstände sind durch eine Vielzahl an Faktoren bedingt. Daher ist es nicht möglich aufgrund von Krankenstandsanalysen Maßnahmen abzuleiten. Allerdings stehen diese Daten in der Regel als betriebliche Routinedaten leicht zur Verfügung. Sie können sehr wohl im Rahmen einer Mehrebenenanalyse genutzt werden, um erste mögliche Problemlagen in der Organisation zu identifizieren und Überlegungen betreffend der dahinterliegenden Ursachen zu generieren. Die Ergebnisse der Krankenstandsanalyse können weitere Analyseschritte einleiten. Die nachfolgende Tabelle fasst die Stärken und Schwächen von Fehlzeitenstatistiken zusammen.

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • leicht verfügbar • leicht kommunizierbar • bezahlte aber nicht geleistete Arbeit ist ein betrieblicher Kostenfaktor • Häufung von Fehlzeiten: klares Indiz für Organisationsprobleme und Handlungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> • keine Aussage über zugrunde liegende Probleme und ihre Ursachen • kein verlässlicher Indikator für realen Gesundheitszustand der Abwesenden • keine Information zum Gesundheitszustand der Anwesenden • Nichterfassung „verdeckter“ Produktivitätsverluste durch Präsentismus

Tabelle 5: Stärken und Schwächen von Fehlzeitenstatistiken.⁶³

Daten, welche im Rahmen von BGF-Projekten gewonnen werden, dürfen nur für diese Projekte verwendet werden. Eine Übermittlung bzw. Verwendung dieser Daten zu anderen Zwecken ist nicht zulässig.

⁶² Badura (2015)

⁶³ Badura (2015, S. 62)

Die Interpretation von krankheitsbedingten Fehlzeiten ist komplexer als es auf den ersten Blick scheint. Es kann passieren, dass Schlüsse gezogen werden, die zu weitreichend oder falsch sind. Daher wird die Beiziehung von Expertinnen und Experten der Regional- und Servicestellen empfohlen.



Gemeinsam mit Expertinnen und Experten kann der Frage nach den Ursachen, aber auch nach den Folgen von Fehlzeiten nachgegangen werden. Denn sowohl für den Betrieb (mehr Kosten, geringere Produktion) als auch für die Beschäftigten (Übernahme zusätzlicher Arbeiten) kann es durch übermäßige Fehlzeiten zu negativen Konsequenzen kommen. Die gemeinsame Betrachtung der Fehlzeitenstatistik mit anderen Ergebnissen der Diagnosephase, wie z. B. Ergebnissen aus Fokusgruppen, der Mitarbeitendenbefragung oder Interviews, kann zum Verständnis beitragen.

Für BGF-Kooperationsbetriebe ab 50 Beschäftigten bieten die Krankensicherungssträger anonymisierte Krankenstandsanalysen an.

Die anonyme Krankenstandsanalyse	
Einsatzgebiet	Unternehmen ab 50 Beschäftigten
Analyseeinheit(en)	Gruppen von Beschäftigten mit mindestens 50 Personen
Aufwand	Das Unternehmen stellt eine Anforderung an den jeweils zuständigen Krankenversicherungsträger. Zusätzlich werden einige Firmen- und Mitarbeitendendaten benötigt.
Durchführung	Durch den (die) zuständigen Krankenversicherungsträger
Auswertung	<p>Grundsätzlich wird eine Standardauswertung mit folgenden Inhalten durchgeführt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der Mitarbeiter/innen im Auswertungsjahr (nach Geschlecht) • Anwesenheitsquote • Anzahl der Krankenstandsfälle und -tage (nach Geschlecht und pro Mitarbeiter/in) • Aufschlüsselung der erkrankten Mitarbeiter/innen nach Häufigkeit der Krankenstandsfälle und -tage • Gegenüberstellung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage zur Wirtschaftsklasse, der das Unternehmen angehört <p>Darüber hinaus können Sonderauswertungen angefordert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • getrennte Auswertung nach Arbeiter/innen und Angestellten • getrennte Auswertungen nach Abteilungen oder Betriebsstätten • Auswertung nach Altersgruppen • Auswertung bestimmter Diagnosegruppen • Jahresvergleich, sofern Vergleichsdaten vorhanden sind und im Zuge des BGF-Projekts bereits eine Maßnahmenumsetzung erfolgte (frühestens zwei Jahre nach Start des BGF-Projekts)
Datenschutz	Hohe Qualitätsstandards bei der Bearbeitung und Auswertung der Krankenstandsdaten gewährleisten den Datenschutz und lassen keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu. Daher werden Gruppen unter 50 Personen (z. B. Frauen und Männer, Altersgruppen, Abteilungen) nicht ausgewertet.

Tabelle 6: Übersicht zur anonymen Krankenstandsanalyse.

3.2.3 Schriftliche Mitarbeitendenbefragung

AUF EINEN BLICK: MITARBEITENDENBEFRAGUNG

- **Einsatzgebiet: Klein-, Mittel- und Großbetriebe**
- **Vorteile:**
 - Repräsentative, systematische und valide Erfassung der Arbeits- und Organisationsbedingungen und des subjektiven Gesundheitszustands
 - Hinweise, wo im Unternehmen eine Feinanalyse notwendig ist
 - Praktische Grundlage für die Festlegung von BGF-Zielen
 - Einfache Ableitung von übergeordneten Handlungsfeldern
 - Antwortendenzen durch geeigneten Fragebogen minimierbar
 - Partizipation aller Beschäftigten möglich
 - Vermittlung eines umfassenden Gesundheitsbegriffs
- **Nachteile:**
 - Schwierigkeiten für wenig sprachgewandte Beschäftigte
 - Organisatorischer und finanzieller Aufwand
 - Keine konkreten Maßnahmen ableitbar
- **Expertise**
 - (internes) Expertenwissen



In der Diagnosephase werden ab einer gewissen Betriebsgröße häufig **gesundheitsbezogene Mitarbeitendenbefragungen** zur Datengewinnung eingesetzt. Dabei werden mittels Fragebogen (Papier / Bleistift oder online) alle oder eine möglichst repräsentative Stichprobe von Beschäftigten auf **freiwilliger Basis** zu deren Befinden, Einstellungen, Wünschen und Erwartungen befragt. Die Auswertung erfolgt unter Einhaltung der **Datenschutzrichtlinien** in anonymisierter Form. Die Ergebnisse werden an die Beschäftigten rückgemeldet.

Ziel der gesundheitsbezogenen Mitarbeitendenbefragung ist es, Ressourcen und Handlungsfelder zu verdeutlichen, um – soweit möglich – erste konkrete Verbesserungsmaßnahmen zu planen und die weitere Maßnahmenplanung (z. B. GZ) vorzubereiten. Eine zweite gesundheitsbezogene Mitarbeitendenbefragung am Ende des Projekts kann als **Teil der Ergebnisevaluation** dienen. Neben standardisierten Instrumenten ist eine hohe Professionalität bei der Planung, Durchführung, Auswertung und Interpretation bis hin zur Rückmeldung der Ergebnisse immens wichtig⁶⁴.

⁶⁴ Bungard (2005)

Zu einer professionellen Vorbereitung der Mitarbeitendenbefragung gehört auch eine durchdachte **Informationspolitik**. Um zu einer hohen Rücklaufquote und damit verbunden zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, müssen die Beschäftigten im Vorfeld über Sinn und Zweck der Befragung, die Durchführung und insbesondere über Maßnahmen zum Schutz ihrer persönlichen Daten informiert werden.⁶⁵ Die Erfahrung zeigt, dass sich die Vorstellung und eventuell auch gleich die Durchführung der Mitarbeitendenbefragung im Zuge der **Kick-Off Veranstaltung** bewährt hat.

Die **Rücklaufquote** von Mitarbeitendenbefragungen ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Anonymität und Vertraulichkeit, die Auswertung durch externe Expertinnen und Experten sowie eindeutige Informationen über die Verwendung der Ergebnisse können die Rücklaufquote positiv beeinflussen. Die Brutto-Rücklaufquote berechnet sich aus der Anzahl eingesammelter Fragebögen (unabhängig davon, ob diese bearbeitet wurden oder nicht) dividiert durch die Anzahl ausgegebener Fragebögen. Gute Rücklaufquoten im Rahmen von BGF-Projekten liegen bei 60 % und mehr.

Es gibt verschiedenste Fragebögen, die im Rahmen von BGF-Projekten eingesetzt werden können. Dringend abzuraten ist von Fragebögen, deren Qualität nicht gesichert ist und die somit fragliche Ergebnisse liefern. Die Qualität eines Fragebogens kann anhand der **Testgütekriterien** festgestellt werden. Hierzu liefert die ÖNORM EN ISO 10075-3 wichtige Anhaltspunkte. Das Netzwerk BGF stellt mit dem Kombi AG Österreich einen qualitätsgesicherten Fragebogen zur Verfügung, der auch für die kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und BGF eingesetzt werden kann.

Kombi AG Österreich (Kombinationsfragebogen Arbeit und Gesundheit)

Der Kombi AG Österreich ist ein vom Netzwerk BGF speziell für den Einsatz im Rahmen von BGF-Projekten entwickelter Fragebogen. Ziel des Kombi AG ist es, sowohl gesundheitsförderliche als auch potenziell gesundheitsschädigende Merkmale der Arbeit festzustellen. Zudem werden Informationen über Gesundheitsverhalten, Ressourcen und die gesundheitliche Situation der Mitarbeiter/innen erfasst. Dieses Instrument ist auch für die Analyse im Rahmen einer kombinierten Umsetzung von BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen (siehe Kapitel 7) geeignet.

⁶⁵ Rixgens (2010)

Kombi AG Österreich	
Einsatzgebiet	Unternehmen ab 50 Mitarbeitenden
Analyseeinheit(en)	Gruppen bestehend aus mindestens 6 Beschäftigten
Aufwand	Interessierte Unternehmen wenden sich an ihre zuständige Regional- oder Servicestelle
Durchführung	Durch das Netzwerk BGF geschulte Expertinnen und Experten unterstützen bei der Durchführung und Interpretation der Befragung im Unternehmen. Die Auswertung wird durch das IfGP oder die OÖGKK erstellt.
Auswertung	Folgende Bereiche werden abgedeckt: <ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit und Arbeitsfähigkeit • Präsentismus • Gesundheitsbeschwerden • Lebensstilfaktoren (Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum und Alkohol) • Belastungen • Ressourcen • Arbeitszufriedenheit
Datenschutz	Die Datenerhebung erfolgt durch eine anonyme, schriftliche Befragung der Mitarbeiter/innen. Aus Datenschutzgründen werden keine Teilauswertungen z. B. von Geschlecht, Alter oder Abteilung unter 6 Mitarbeiter/innen vorgenommen. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind somit zu keiner Zeit möglich.

Tabelle 7: Kombi AG Österreich

Die Ansprechpartner/innen der Regional- und Servicestellen stehen für Fragen zur Auswahl, Durchführung und Interpretation von Ergebnissen gerne zur Verfügung.



3.2.4 Mündliche Gruppen- und Einzelinterviews



AUF EINEN BLICK: GRUPPEN- UND EINZELINTERVIEWS

- **Einsatzgebiet: Kleinst-, Klein-, Mittel- und Großbetriebe**
- **Vorteile:**
 - Anpassung an betriebspezifische Anforderungen
 - Lenkung durch Interviewer/in möglich
 - Vertiefende Aussagen z. B. von einzelner für das BGF-Projekt wichtiger Personen oder Zielgruppen
 - In Kombination mit den Ergebnissen der
 - Mitarbeitendenbefragung können ursachenbezogene
 - Aussagen und Maßnahmenvorschläge abgeleitet werden
- **Nachteile:**
 - Geringe Repräsentativität
 - Beeinflussung durch Interviewer/in möglich
 - Aufwand (Durchführung und Auswertung)
- **Expertise**
 - (internes) Expertenwissen

Es gibt viele verschiedene Methoden und Instrumente, um im Gruppen- oder Einzelsetting gesundheitsrelevante Daten zu erarbeiten. Die bekanntesten sind GZ (siehe Kapitel 3.3.2), Fokusgruppen und Einzelinterviews. Die **Grenze zwischen Diagnosephase und Maßnahmenplanung schwimmt** bei manchen Instrumenten (z. B. GZ), da das Ziel nicht nur die Generierung von Daten zur Beschreibung der Ausgangslage ist, sondern gleichzeitig Maßnahmenvorschläge direkt durch die Beteiligten erarbeitet werden. Daher werden einige Instrumente erst in Kapitel 3.3 behandelt. In vorliegendem Kapitel werden nur jene Methoden bzw. Instrumente überblicksmäßig beschrieben, deren übergeordnetes Ziel die Datengenerierung und nicht die Maßnahmenplanung ist.

Im Gegensatz zur schriftlichen Befragung liefern diese Methoden detailreiche und auf den Betrieb zugeschnittene Aussagen. Allerdings ist eine Einordnung der Ergebnisse mittels Benchmarks nicht so einfach möglich wie bei schriftlichen Befragungen. Jede Methode liefert jedoch wertvolle Aussagen. In größeren Betrieben werden diese zusammen mit schriftlichen Mitarbeitendenbefragungen im Rahmen des Mehrebenenansatzes (siehe Abbildung 19) häufig kombiniert eingesetzt. In kleineren Unternehmen wird auch zur Datengewinnung eher auf GZ zurückgegriffen.

Beispiel für ein Gruppeninterview für große Gruppen

Wie bereits erwähnt ist es nicht immer notwendig, unbedingt eine Mitarbeitendenbefragung in großen Unternehmen durchzuführen. Es kann verschiedenste Gründe geben, sich gegen eine schriftliche Befragung zu entscheiden. Beispielsweise kann es sein, dass sehr viele Beschäftigte Migrationshintergrund mit einer anderen Muttersprache als Deutsch haben und dadurch Schwierigkeiten bei der Bearbeitung von schriftlichen Unterlagen entstehen. Dann bieten sich mündliche Großgruppeninterviews an. Eine gute Vorbereitung sichert dabei maßgeblich den Erfolg und führt dazu, dass mit den Ergebnissen rasch und effizient weitergearbeitet werden kann. Eine der bekanntesten Großgruppenmethode ist das World-Café.⁶⁶

Das World-Café	
Kurzbeschreibung	Das World-Café ermöglicht es, an Tischen mit vier bis sechs Personen in einer angenehmen Atmosphäre unter professioneller Anleitung das Thema Gesundheit im Unternehmen konstruktiv zu diskutieren und Ressourcen und Handlungsfelder aufzuzeigen. Dabei ist es wichtig, im Vorfeld Fragen zu entwickeln, welche die Diskussion in die gewünschte Richtung lenken und kreative Prozesse ermöglichen. Der Austausch über Berufs- und Hierarchieebenen hinweg ermöglicht es, dabei neue Sichtweisen zu generieren und das Thema Gesundheit kreativ zu bearbeiten. Dabei ist diese Methode gleichzeitig als Intervention zu sehen, da die Teilnehmer/innen durch die gemeinsame Arbeit am Thema neue Perspektiven kennen lernen sowie Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit erkennen können. Durch die vielseitige Beleuchtung des Themas werden neben Aufträgen an das BGF-Projekt auch individuelle Möglichkeiten sichtbar, wie jede/r Einzelne im Rahmen seiner Möglichkeiten zu mehr Gesundheit für sich selbst aber auch allgemein im Unternehmen beitragen kann. Das World-Café endet mit einer Reflexionsrunde, in der die Ergebnisse allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern in zusammengefasster Form präsentiert werden.
Anzahl Sitzungen	1
Dauer je Sitzung	45 Minuten bis drei Stunden
Gruppengröße	zwischen 12 und 2.000 Teilnehmer/innen
Moderation	geschulte externe (oder interne) Moderation, je Tisch ein/e Gastgeber/in
Ergebnis	Geclusterte Aussagen zu Ressourcen und Handlungsfeldern für das BGF-Projekt

Tabelle 8: World-Café in der BGF.

⁶⁶ Brown et al. (2007)

Beispiel für ein Gruppeninterview für kleinere Gruppen

Auch in kleineren Unternehmen oder bei einzelnen Gruppen können Gruppeninterviews zum vorrangigen Zweck der Datengewinnung eingesetzt werden. Eines der bekanntesten Instrumente ist hierbei die Fokusgruppe. Als Vorbereitung auf die Durchführung einer Fokusgruppe ist es wichtig, Annahmen bzgl. des Themas Gesundheit im Unternehmen aufzustellen und anhand dieser Annahmen einen Interviewleitfaden zu erstellen.⁶⁷ Dabei müssen die betriebspezifischen Arbeitsumstände (z. B. vorwiegend körperliche Arbeit, vorwiegend geistige Arbeit), die Zusammensetzung der Beschäftigten (z. B. Geschlecht, Alter) sowie die Branche (z. B. vorwiegend Dienstleistungen, vorwiegend Produktion) Berücksichtigung finden. Ausgehend von diesen Unternehmensspezifika werden vorab Annahmen bzgl. Ressourcen und Belastungen getroffen, die ebenfalls im Interviewleitfaden Berücksichtigung finden.

Die Fokusgruppe	
Kurzbeschreibung	<p>Je nach Fragestellung(en) werden Beschäftigte einer oder mehrerer Hierarchieebenen gemeinsam zu ausgewählten Themen der Gesundheit im Unternehmen interviewt. Dabei kommt ein zuvor erstellter Interviewleitfaden zum Einsatz, der dem Gruppeninterview Struktur gibt und die anschließende Auswertung erheblich erleichtert. Im Gegensatz zu Einzelinterviews soll die Gruppensituation die Diskussion anregen und dadurch den Redefluss jeder Einzelnen/jedes Einzelnen steigern. Fragestellungen können z. B. lauten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welche Ressourcen und Belastungen gibt es in der Abteilung? • Gibt es Gruppen im Unternehmen wie z. B. Frauen, ältere Beschäftigte, die besondere Herausforderungen zu bewältigen haben? • Wie können einzelne Gruppen im Unternehmen für das Projekt gewonnen werden?
Anzahl Sitzungen	2 bis 3 Sitzungen je nach Thema empfohlen
Dauer je Sitzung	halb- oder ganztägig
Gruppengröße	zwischen 7 und 10 Mitarbeitende
Moderation	1 bis 2 erfahrene, geschulte externe (oder interne) Moderatorinnen und Moderatoren
Ergebnis	schriftlicher Bericht mit Ressourcen und Belastungen

Tabelle 9: Fokusgruppe in der BGF.⁶⁸

⁶⁷ Bortz & Döring (2006)

⁶⁸ adaptiert nach Vogt (2010)

Einzelinterviews

Es kann zudem auch Sinn machen, einzelne Führungs- und/oder Schlüsselkräfte im Rahmen von Einzelinterviews zu Ressourcen und Belastungen im Betrieb zu befragen. Ziele solcher Einzelinterviews können z. B. sein,

- auf Basis der Interviewergebnisse, die Auswahl weiterer Methoden und deren Inhalte zur Datengewinnung zu treffen,
- Ressourcen und Belastungen besonderer Zielgruppen im Detail zu erfassen oder
- Hintergrundinformationen und Interpretationen zu den vorrangigsten Ergebnissen einer Mitarbeitendenbefragung von betrieblichen Expertinnen und Experten einzuholen,
- das Interview als Intervention zur Steigerung der Beteiligungsmotivation bestimmter Führungs- und/oder Schlüsselkräfte und damit verbundenen Gruppen im Unternehmen einzusetzen.

Es wird nicht immer notwendig sein, jedes Interview elektronisch aufzuzeichnen, im Anschluss zu transkribieren und nach sozialwissenschaftlichen Methoden auszuwerten. Allerdings ist der Einsatz eines Interviewleitfadens mit angeschlossenem Auswertungsleitfaden dringend anzuraten, um die Aussagekraft und die Qualität der Methode zu gewährleisten. Methodisch ausgebildete Expertinnen und Experten können solche Interview- und Auswertungsleitfäden, abgestimmt auf die betrieblichen Besonderheiten, erstellen.

Qualitativ hochwertige und damit aussagekräftige Einzelinterviews bedürfen zeitlicher und finanzieller Ressourcen und sollten nur dann eingesetzt werden, wenn sich daraus ein merklicher Gewinn für das Projekt ergibt.

3.2.5 Beobachtungsmethoden

AUF EINEN BLICK: BEOBACHTUNGSMETHODE

- **Einsatzgebiet: Klein-, Mittel- und Großbetriebe**
- **Vorteile:**
 - Detaillierte Erkenntnisse bezüglich Ressourcen und Belastungen einzelner Arbeitstätigkeiten
 - Ergebnisse unabhängig von Antworttendenzen
- **Nachteile:**
 - Durchführung nur von geschulten (externen) Expertinnen und Experten
 - Hoher Aufwand
- **Expertise**
 - Externes Expertenwissen



Es gibt sogenannte Arbeitsanalyseverfahren, die einen sehr guten Aufschluss darüber geben können, wo genau Belastungen in einzelnen Arbeitstätigkeiten oder Teiltätigkeiten auftreten und die Beschäftigten in negativer Weise beeinträchtigen. Eingesetzt sollten sie im Rahmen von BGF-Projekten dann werden, wenn im Zuge der Analysephase erkannt wird, dass komplexe Zusammenhänge und Belastungen mit den bisher eingesetzten Instrumenten nur in unzureichendem Maße analysiert werden konnten und die Generierung von Maßnahmen nicht möglich scheint. Arbeitsanalyseverfahren sind zeitintensiv und sollten nur von verfahrensgeschulten Fachexpertinnen und -experten durchgeführt werden. Nichts desto trotz kann der bedachte Einsatz solcher Methoden erheblich zur Qualität des gesamten Projekts beitragen.

Das SGA – Screening Gesundes Arbeiten	
Kurzbeschreibung	Das SGA ist auf die Analyse, Beurteilung und Gestaltung von Arbeitsbereichen und deren Tätigkeiten gerichtet.
Einsatzgebiet	Alle Branchen – Arbeitsplatz, Teiltätigkeit(en)
Aufwand	ca. 1 Stunde
Durchführung	Erfahrene, geschulte Interviewer/innen
Inhalte	<ul style="list-style-type: none"> ● Physische Belastungen (Körperhaltung, Arbeitsmittel, Ergonomie) ● Psychische Belastungen (Arbeitstätigkeit, Arbeitsorganisation, Soziale Bedingungen) ● Arbeitsumgebung (Beleuchtung, Lärm, Geruch, Zugluft)

Tabelle 10: Beispiel für ein Beobachtungsinterview: SGA – Screening Gesundes Arbeiten.⁶⁹

3.3 Maßnahmenplanung

Ziele festlegen – Maßnahmenplan erstellen – Umsetzung forcieren

Am Ende der Diagnosephase liegen Ergebnisse vor, anhand derer die wichtigsten **Handlungsfelder** für die nächsten Projektschritte festgemacht werden können. Darüber hinaus ist der **derzeitige Gesundheitszustand** des Unternehmens beschrieben.

In der Phase der Maßnahmenplanung geht es nun darum, konkrete umsetzbare Maßnahmen zu entwickeln. Dabei ist es wichtig, zuerst noch einmal die Richtung, in welche sich das Projekt entwickeln soll, anhand von **Feinzielen** festzulegen. Danach geht es an die Ausarbeitung von Maßnahmen. Auf das Qualitätskriterium der **partizipativen Erarbeitung** von Maßnahmen ist dabei besonders Bedacht zu nehmen (siehe Kapitel 5.1.6). Beschäftigte als Expertinnen und Experten ihres Arbeitsplatzes spielen dabei die zentrale Rolle. Sie erarbeiten gemeinsam Vorschläge zum Ausbau von Ressourcen und zur Reduktion von Belastungen.

Viel Arbeit steckt nach Abschluss der partizipativen Maßnahmenerarbeitung in der Zusammenführung aller Ergebnisse und in der **Erstellung des Maßnahmenkatalogs**. Dieser Maßnahmenkatalog, hinterlegt mit Terminen, Zuständigkeiten und finanziellen Mitteln, bildet die Basis für die Phase der Maßnahmenumsetzung.

3.3.1 Von Grob- zu Feinzielen

Ein wichtiger Schritt vor der eigentlichen Umsetzung von BGF-Maßnahmen ist die Formulierung von Projektzielen. Ein Ziel ist die Beschreibung eines künftigen, angestrebten positiven Soll-Zustands. Es legt die Ausrichtung eines BGF-Projekts fest und beschreibt, **wohin** ein Projekt führt bzw. **welche Wirkungen** erreicht werden sollen. Es gibt somit Antwort auf die Frage: „Was möchten wir mit unserem BGF-Projekt erreichen?“ Die Umsetzung der BGF-Maßnahmen beschreibt hingegen vielmehr das **Wie** und den **Weg zur Zielerreichung** und ist somit nicht mit einem BGF-Projektziel gleichzusetzen bzw. zu verwechseln.⁷⁰

BGF-Projektziele schaffen **Transparenz** in der Kommunikation sowohl nach innen, etwa für die Auftraggeber/innen bzw. die betrieblichen Zielgruppen als auch nach außen, z. B. für die Fördergeber/innen, Kundinnen und Kunden sowie Lieferantinnen und Lieferanten. Sie geben **Orientierung** über die Absicht und die Richtung des BGF-Projekts und bilden

⁷⁰ FGÖ (2008)

den Rahmen für die Wahl der geeigneten Maßnahmen. Durch eine **systematische Überprüfung**, ob die gewünschten Wirkungen auch tatsächlich eingetreten sind, ermöglichen Ziele eine dauerhafte Weiterentwicklung in Form von kontinuierlichem Lernen.⁷¹ Darüber hinaus ist die Formulierung von Zielen in den Qualitätskriterien des Netzwerks BGF enthalten (siehe Kapitel 5.11) und stellt eine **wichtige Voraussetzung zur Erlangung des BGF-Gütesiegels** dar.

In der Vorprojektphase können häufig erst Grobziele festgelegt werden. Diese sollten spätestens mit Abschluss der Diagnosephase in **messbare Feinziele** umformuliert sowie unter anderem mit aussagekräftigen Kennzahlen einer Mess- und Überprüfbarkeit zugänglich gemacht werden.⁷² Ziele **können im Projektverlauf auch einer Veränderung unterworfen** werden. Beispielsweise wenn die ursprünglich festgelegten Ziele ihre Bedeutung aufgrund von neuem Wissen, veränderten Rahmenbedingungen oder aufgrund von Ergebnissen einer projektbegleitenden Evaluation verlieren oder neue Ziele hinzukommen.

Gute Projektziele sind „SMART“ und in der Gegenwart formuliert, beinhalten möglichst keine Modalverben wie etwa „soll“ und sind bis zum Ende des Projekts erreichbar- und beurteilbar.⁷³

- **S**pezifisch (Klarheit darüber, was sich bei wem verändern soll)
- **M**essbar (Überprüfbarkeit, ob das Ziel erreicht worden ist oder nicht)
- **A**nspruchsvoll (Erreichung des Ziels ist herausfordernd)
- **R**ealistisch (Zielerreichung muss unter den, dem BGF-Projekt zur Verfügung stehenden Ressourcen erreichbar sein)
- **T**erminisiert (Definition eines konkreten Zeitpunkts bis wann das Ziel erreicht wird)

Um die Erreichung eines Ziels am Ende des Projekts beurteilen zu können, müssen in der Regel Sollwerte, die mit Kennzahlen hinterlegt sind, festgelegt werden. Dabei gibt es aber nicht die „richtigen“ BGF-Kennzahlen im Sinne eines „one size fits all“. Vielmehr werden auf Grundlage der Ergebnisse der Diagnosephase in weiterer Folge die betriebspezifischen Handlungsfelder abgeleitet und erst daraufhin „SMARTER“ Ziele mit den passenden Indikatoren erarbeitet.

⁷¹ FGÖ (2008)

⁷² Spicker & Schopf (2007)

⁷³ quint-essenz unter: www.quint-essenz.ch/de/topics/1133 [letzter Zugriff am 01.12.2017] – Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

*Die Begriffe **Kennzahl** und **Indikator** werden synonym verwendet. Kennzahlen bzw. Indikatoren sind Informationen in komprimierter Form über quantitativ gemessene betriebswirtschaftliche („harte“) und soziale („weiche“) Sachverhalte.⁷⁴ Mehrere Indikatoren bzw. Kennzahlen können zu einem Index zusammengefasst werden. Ein Index ist somit ein Messwert für ein komplexes Merkmal.⁷⁵*



Vereinfacht wird in der Regel zwischen drei unterschiedlichen Zielarten unterschieden, nämlich zwischen Ergebnis-, Prozess- und Strukturzielen:

Ergebnisziele (Outcome-, Effektivitäts- oder Wirksamkeitsziele) beziehen sich primär auf die Wirkungen, die mit dem BGF-Projekt erreicht werden sollen (z. B. Verbesserung des persönlichen Gesundheitszustands, Erhöhung der Mitarbeitendenbindung, verbesserte Kommunikation im Unternehmen). Sie geben Antwort auf Fragen wie etwa „Was ist nach dem BGF-Projekt anders als jetzt?“ oder „Welche Wirkungen werden mit dem BGF-Projekt erzielt?“

Prozessziele (Output- und Effizienzziele) beziehen sich auf die Effizienz der eingesetzten Mittel in Bezug zur Zielerreichung. Sie beinhalten keine Angaben über Wirksamkeiten, geben aber an, ob wichtige BGF-Prozesse zielgerecht umgesetzt worden sind (z. B. Teilnahmequoten und -zufriedenheit, Rücklaufquote der Mitarbeitendenbefragung, Anzahl der umgesetzten Maßnahmen oder der verteilten Folder / Broschüren). Die Erreichung dieser Ziele ist somit eine wichtige Voraussetzung („Wahrscheinlichkeitserhöher“), dass ein BGF-Projekt eine hohe Wirkung entfaltet und die übergeordneten Ergebnisziele erreicht werden. Mit Prozesszielen kann u. a. folgende Frage beantwortet werden: „Wie wollen wir unsere Ziele erreichen?“

Strukturziele: Auf dieser Zielebene werden die „Rahmenbedingungen“ festgemacht, die erforderlich sind, dass Programme sowie verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen im Projekt ausreichend umgesetzt werden können. Dies beinhaltet unter anderem das Sicherstellen von ausreichenden zeitlichen/budgetären Ressourcen, die Basisqualifizierung aller BGF-Projektteammitglieder, eine ausreichende Anzahl ausgebildeter Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren, etc.

⁷⁴ Weber (1999) zitiert nach Lütticke (2004, S. 152)

⁷⁵ Bortz & Döring (2006)

Zielformulierung	Indikator / Kennzahl	Sollwert	Maßnahmen
Welche Veränderungen sollen sich einstellen?	Woran ist die Zielerreichung erkennbar?	Welcher Wert soll konkret erreicht werden?	Mit welchen Maßnahmen soll das Ziel erreicht werden?
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit hat sich im Vergleich zum Projektstart erhöht. (Ergebnisziel)	Skala Arbeitszufriedenheit (aus KOMBI AG)	+10 %	
Die Mitarbeiter/innen sind für ein gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisiert. (Prozessziel)	Teilnahmequote bzw. Durchdringungsgrad (relativer Anteil der Teilnehmer/innen / Gesamtzahl der Mitarbeiter/innen)	50 %	z. B. Ernährungsworkshops, Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen, Stressmanagement nach Kaluza
Die Arbeitsbedingungen sind flächendeckend im Betrieb verbessert. (Prozessziel)	Prozentsatz der umgesetzten Maßnahmen aus den GZn (GZ) im Vergleich zur Gesamtzahl der Maßnahmenvorschläge	75 %	z. B. Verhältnisorientierte Maßnahmen im Bereich Arbeitsumgebung und -organisation, Aufgabengestaltung und Zusammenarbeit / Betriebsklima
Es sind ausreichende personelle Ressourcen zur Projektumsetzung im Betrieb vorhanden. (Strukturziel)	Regelmäßige Treffen des BGF-Projektteams Anzahl der Gesundheitszirkelmoderator/innen (GZM) pro Abteilung	1 Treffen / Monat 1 GZM / Abteilung	z. B. Freistellung von BGF-Projektteammitgliedern für die Treffen z. B. Freistellung der GZM für die Moderation der GZ, Vernetzung / Austausch der GZM mit dem BGF-Projektteam
Die BGF-Projektorganisation ist für ihre Aufgaben im Projekt befähigt. (Strukturziel)	Teilnahmequote an BGF-Ausbildung für BGF-Projektleitung Teilnahmequote an Ausbildung für GZ-Moderator/innen	100 % 100 %	z. B. Teilnahme an BGF-Basisausbildung (ca. 3–4 Tage) z. B. Teilnahme an GZM-Ausbildung (ca. 2–3 Tage)

Tabelle 11: Beispielhafte BGF-Ergebnis-, Prozess- und Strukturziele.

Im Folgenden werden beispielhaft BGF-Projektziele angeführt, die diesen Anforderungen nicht genügen. Anhand der Unterschiede zu den oben angeführten Beispielen sollen dadurch die Anforderungen an die SMART-Zielformulierung noch stärker hervorgehoben werden.

„Im Rahmen unseres BGF-Projekts werden 5 Maßnahmen zum Themenfeld psychische Gesundheit durchgeführt.“

Hier liegt genau genommen keine Beschreibung eines erwünschten Zielzustands vor, sondern vielmehr eine Beschreibung von Maßnahmen, mit denen ein Ziel erreicht werden soll. Maßnahmen geben nur den Weg zur Zielerreichung an. Die eigentliche Zielerreichung bleibt hier also noch offen und muss noch gesondert formuliert werden.

„Kein/-e Mitarbeiter/in soll sich nach dem Projekt weiter ungesund ernähren.“

Dieses Ziel wurde nicht positiv formuliert und zudem ist es in Abhängigkeit der Unternehmensgröße auch nicht realistisch, dass 100 % einer Belegschaft sich regelmäßig gesund ernähren. Außerdem sollte der zu erreichende Zielzustand zusätzlich durch die Angabe eines Indikators konkretisiert werden.

Tipps / Erfolgsfaktoren:

- **Die Ziele des BGF-Projekts sind „SMART“ formuliert.** Erst wenn klare und realistische Projektziele formuliert sind, können später zum Projektende konkrete Erfolge aufgezeigt und unerfüllte, nicht ausgesprochene Erwartungen von Seiten der / des Auftraggeberin / Auftraggebers vermieden werden.
- Für die Formulierung von Zielen sollten sich die Projektleitung und die Projektteammitglieder **genügend Zeit** nehmen. Die Ziele sollten im Projektteam, z. B. im Rahmen eines eigenen Zieleworkshops, diskutiert werden. Wenn möglich sollten auch die Meinungen einiger Führungskräfte und Mitarbeiter/innen eingeholt werden.
- Die **Freigabe der Ziele** erfolgt schließlich durch die / den Auftraggeber/in. Die Ziele werden schriftlich in Form eines Zielekatalogs festgehalten und in geeigneter Form an die Belegschaft kommuniziert.
- Die Formulierung von **zusätzlichen Nichtzielen** hilft klare Grenzen zu ziehen und festzulegen, was mit dem BGF-Projekt eigentlich bezweckt wird und was nicht Teil des Auftrags der BGF im Unternehmen ist.
- Es sollten in der Regel **nicht zu viele Ziele** für das BGF-Projekt definiert werden („twenty is plenty“). Im Zweifelsfall bietet es sich an, nur die wichtigsten Ziele schriftlich festzulegen, um die Aufmerksamkeit auf diese zu fokussieren und die Projektsteuerung in Form einer in regelmäßigen Abständen erfolgenden Überprüfung der Zielerreichung vorzunehmen.

3.3.2 Partizipative Maßnahmenentwicklung: Gesundheitszirkel

Ein **zentrales Qualitätskriterium** der BGF besteht in der partizipativen Maßnahmenentwicklung. Beschäftigte haben dabei als Expertinnen und Experten ihres eigenen Arbeitsbereichs die Möglichkeit, arbeitsbedingte Ressourcen und Belastungen zu identifizieren und darauf aufbauend ursachenbezogene Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation zu entwickeln. Diese Diskussionen werden intern oder extern moderiert und folgen einem klaren Ablaufschema.

GZ sind das am häufigsten eingesetzte Instrument, um Beschäftigte zu Beteiligten zu machen. Im Folgenden wird exemplarisch der Ablauf eines GZ vorgestellt.

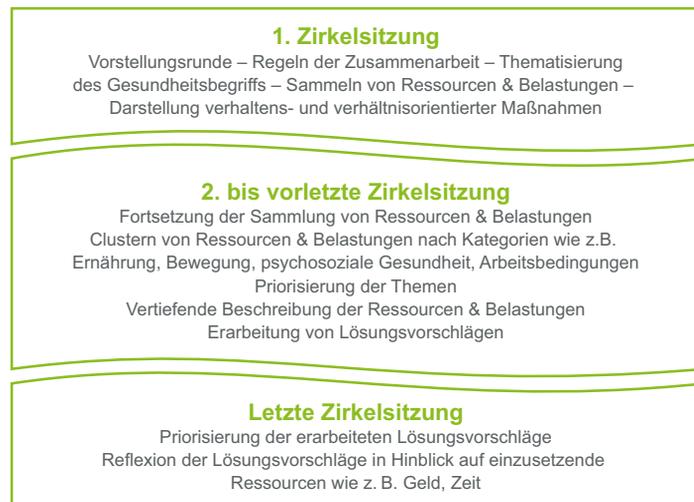


Abbildung 20: Beispiel für den prototypischen Ablauf eines GZ.

Ausgehend von den Entwicklungen des QM und den Erfahrungen mit dem Instrument der Qualitätszirkel, wurden mit Ende der 80er Jahre etwa zur gleichen Zeit zwei verschiedene Gesundheitszirkelkonzepte entwickelt und in der betrieblichen Praxis erprobt: Das **Berliner** und das **Düsseldorfer Modell**. In Österreich wurde das **Linzer Modell** im Jahre 1993 im Rahmen eines Pilotprojekts erstmals eingesetzt und evaluiert. Es gibt zwar grundlegende Gemeinsamkeiten dieser drei Modelle, sie unterscheiden sich jedoch in der Akzentuierung der zugrunde liegenden Ziele, in ihren theoretischen Bezügen und in der praktischen Vorgehensweise.⁷⁶ In der Praxis werden häufig Mischformen dieser drei Konzepte umgesetzt. Im Folgenden werden die drei Modelle in zusammengefasster Form dargestellt.

Gesundheitszirkel	
Einsatzgebiet	Klein-, Mittel- und Großbetriebe
Teilnehmer/innen	Gruppen bestehend aus 6 bis 12 Beschäftigten einer hierarchischen Ebene ODER verschiedener hierarchischer Ebenen
Aufwand	Mehrmalige Treffen innerhalb der Arbeitszeit.
Moderation	Ausgebildete interne ODER externe Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren
Fokus	Thematisch offene Zirkel ODER themenzentrierte Zirkel
Ergebnisse	(Umsetzungsreife) verhältnis- und verhaltensorientierte Lösungsvorschläge

Tabelle 12: Übersicht GZ
– Zusammenschau der drei Modelle.

Es gibt auch andere Möglichkeiten wie z. B. **Gesundheitsworkshops** um Ressourcen und Belastungen zu diskutieren und Maßnahmen unter Beteiligung von Beschäftigten zu erarbeiten. Diese werden v. a. in Kleinst- und Kleinbetrieben durchgeführt (siehe Kapitel 4.3.2). Führungskräfte haben, wie auch Beschäftigte, spezifische Ressourcen und Belastungen. Um diesem Umstand gerecht zu werden empfiehlt es sich, einen eigenen GZ für Führungskräfte durchzuführen. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Merkmale eines GZ.

	Merkmale
Anzahl Treffen	3 bis 5
Dauer pro Treffen	2 bis 3 Stunden
Abstand zwischen Treffen	1 bis 2 Wochen
Zusammensetzung	Beschäftigte einer Hierarchieebene oder Beschäftigte unterschiedlicher Hierarchieebenen
Teilnehmeranzahl	6 bis 12
Moderation	Ein/e erfahrene/r, geschulte/r externe/r (oder interne/r) Moderator/in
Dokumentation	Protokoll
Ergebnis	Maßnahmenvorschläge

Tabelle 13: Merkmale von GZ.

In GZ werden arbeitsbedingte **Ressourcen und Belastungen** gesammelt und deren Ursachen diskutiert, um in weiterer Folge gemeinsam Lösungsvorschläge zu erarbeiten.⁷⁷ Nicht nur technische und organisatorische Ressourcen und Belastungen, wie z. B. ungünstige Anordnung von Arbeitsplätzen oder mangelhafte Protokollierung von Besprechungen, kommen dabei zur Sprache. Auch soziale und psychische Ressourcen

⁷⁷ Sochert (2002)

und Belastungen, wie z. B. Unstimmigkeiten zwischen Abteilungen oder Stress, finden Platz in der Diskussion. Dabei entscheidet die Gruppe, welche Ressourcen und Belastungen mit welcher Priorität behandelt werden und wie intensiv sie sich mit einzelnen Themen auseinandersetzt. Die Aufgabe der Moderation besteht darin, mit offenen Fragen die Diskussion zu führen, die Ergebnisse zu dokumentieren und das Protokoll zu verfassen. Bereits zu Beginn der Gruppenarbeit sollte ein/e **Gesundheitszirkelsprecher/in** benannt werden. Deren Aufgabe besteht darin, die Ergebnisse im Rahmen des Trichterworkshops (siehe unten) den Entscheidungsträgerinnen und -trägern zu präsentieren und Fragen zu beantworten.

Der **Fokus** der GZ muss in der Steuerungsgruppe festgelegt werden. Dabei können beispielsweise in Form des Mehrebenenansatzes (siehe Abbildung 19) die wesentlichsten Ergebnisse aus der Diagnosephase herangezogen werden, um festgestellte Ressourcen und Belastungen im Detail zu besprechen und darauf aufbauend in den GZ konkrete Lösungsansätze zu entwickeln (thematisch geschlossene GZ). Thematisch offene Zirkel bieten sich vor allem dann an, wenn die Erkenntnisse aus der Diagnosephase unzureichend sind. Sie können auch sehr gut in Kleinstbetrieben als alleiniges Diagnose- und Maßnahmenearbeitungsinstrument in Form von Gesundheitsworkshops eingesetzt werden (siehe Kapitel 4).

Organisatorische Rahmenbedingungen

Die **Organisation und Beauftragung** der GZ obliegt der BGF-Projektleitung und dem BGF-Projektteam (siehe Abbildung 15). Eine Checkliste zur Umsetzung eines GZ findet sich im Werkzeugkoffer. Ein regelmäßiger Austausch zwischen BGF-Projektteam und Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren trägt maßgeblich zur Ergebnisqualität bei. Die Teilnahme am GZ ist freiwillig und erfolgt während der Arbeitszeit. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass bereits vor Beginn sowohl **Vorgesetzte als auch die ArbeitnehmerInnenvertretung** eingebunden werden. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die regelmäßige und konstante Teilnahme der Beschäftigten. Wenn Führungskräfte um die Wichtigkeit einer regelmäßigen Teilnahme ihrer Mitarbeitenden wissen, wird es wahrscheinlicher, dass eine konstante Mitwirkung der Beschäftigten ermöglicht wird. Die Anzahl an Teilnehmer/innen, die Häufigkeit sowie die Dauer der Treffen hängen vom gewählten Modell ab. Wie viele Zirkel in einem Unternehmen umgesetzt werden, hängt wiederum von der Größe und Struktur des Unternehmens sowie von der Anzahl an Standorten ab.

Je nach Modell besteht die Gruppe aus Beschäftigten **einer oder mehrerer Hierarchieebenen**. Dies hängt auch davon ab, welche(s) Ziel(e) verfolgt werden soll(en). In hierarchisch gemischten Gruppen können Schnittstellenprobleme direkt besprochen und treffsichere

Maßnahmen ohne zusätzliche Abstimmungsprozesse erarbeitet werden. Allerdings kann die Durchmischung von Beschäftigten und Führungskräften auch dazu führen, dass Probleme des Sozial- und Organisationsklimas, wie z. B. mangelnde Transparenz von Entscheidungen aus Angst vor negativen Konsequenzen, nicht angesprochen werden. Beides hat Vor- und Nachteile. Die Entscheidung für oder gegen eine hierarchische Durchmischung muss, je nach betrieblicher Gegebenheit, individuell getroffen werden. Es ist auch denkbar, dass zu bestimmten Zeitpunkten der Gruppenarbeit Vorgesetzte oder Beschäftigte aus anderen Bereichen eingeladen werden, um beispielsweise Lösungsvorschläge gemeinsam auf Umsetzbarkeit zu prüfen.

Unabhängig davon, ob die **Moderation** intern oder extern erfolgt, sollte diese immer von ausgebildeten Moderatorinnen und Moderatoren durchgeführt werden. Die/der Moderator/in muss eine hohe soziale und fachliche Kompetenz sowie absolute Neutralität mitbringen. Für interne Moderatorinnen und Moderatoren spricht, dass sie die Organisation und die Abläufe kennen. Externe Moderatorinnen und Moderatoren haben den Vorteil, dass sie sich unabhängiger in der Organisation bewegen können. D. h. sie sind nicht in die Hierarchie eingebunden. Ihnen wird auch rascher die geforderte Neutralität zugesprochen.⁷⁸ Für größere Unternehmen hat sich der Einsatz interner Moderatorinnen und Moderatoren bewährt. Hierzu werden Beschäftigte in mehrtägigen Ausbildungen auf ihre Aufgabe vorbereitet. Ein wesentlicher Vorteil liegt auch darin, dass die internen Moderatorinnen und Moderatoren als Meinungsbildner/innen fungieren und wichtiges Projekt-Knowhow auch nach dem Projekt weiterhin zur Verfügung steht.

Ergebnis der Zirkel sind Lösungsvorschläge, die arbeitsbedingte Ressourcen stärken und Belastungen reduzieren sollen. Spätestens hier zeigt sich, dass es wichtig ist, erfahrene Beschäftigte für die Zirkelarbeit zu gewinnen, die auch ein Gespür dafür haben, was im Unternehmen umsetzbar ist und was nicht. Dennoch sollten auch innovative Lösungsvorschläge, die vielleicht auf den ersten Blick nicht unbedingt umsetzungstauglich wirken, der Steuerungsgruppe präsentiert werden. Nicht selten entwickeln sich aus innovativen Ideen neue Möglichkeiten, um die Gesundheit der Beschäftigten zu stärken. In der Umsetzungsphase gelangen zwischen 45 und 86 Prozent der Verbesserungsvorschläge zur Umsetzung. Dabei werden am häufigsten Maßnahmen zur Steigerung des psychosozialen Klimas (67 %) gefolgt von organisationalen Interventionen (60 %) und Maßnahmen zur Reduktion körperlicher Belastungen (54 %) umgesetzt.⁷⁹

⁷⁸ Sochert (1999)

⁷⁹ Aust & Ducki (2004)

Information vor, während und nach Gesundheitszirkel

Um **Teilnehmer/innen** für GZ zu gewinnen, bedarf es vorab einer umfassenden Information. Dabei hat es sich bewährt z. B. im Rahmen von Dienstbesprechungen die Zirkelmethode vorzustellen, Fragen zu beantworten und um Teilnahme zu ersuchen. Die Teilnahme von Vorgesetzten und ArbeitnehmerInnenvertretung an diesen Vorbesprechungen unterstreicht die Wichtigkeit des Unterfangens.

Während der Durchführung von GZ werden die Teilnehmer/innen immer wieder aufgefordert, mit ihren **unmittelbaren Kolleginnen und Kollegen** Themen aus den Treffen zu erläutern und Meinungen einzuholen. Dies schafft einerseits auch für Nichtteilnehmer/innen Transparenz und andererseits ermöglicht es, weitere Ideen und Anliegen in die Zirkelarbeit einfließen zu lassen.

Welche **Maßnahmen durch die Steuerungsgruppe endgültig beschlossen** werden, sollte wiederum transparent allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern kommuniziert werden. Wenn Maßnahmen nicht umgesetzt werden, sollte auch dies offen angesprochen und argumentiert werden. Je transparenter die Entscheidung für oder gegen vorgeschlagene Maßnahmen ausfällt, desto eher können diese durch die Teilnehmer/innen nachvollzogen werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich Mitarbeiter/innen auch in den folgenden Jahren aktiv an der Erarbeitung von Maßnahmen beteiligen, steht und fällt mit der Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen durch die Steuerungsgruppe.

3.3.3 Maßnahmenkatalog

Mit Abschluss der GZ beginnt die intensive Arbeit des Projektteams. Es gilt alle Ergebnisse der Diagnosephase und alle Maßnahmenvorschläge aus den Zirkeln zusammenzuführen und aufzubereiten. Je nach Anzahl durchgeführter Zirkel ist diese wichtige Phase mit unterschiedlichem Aufwand verbunden. Die Kunst besteht darin, die vorhandene Komplexität zu reduzieren, ohne die Fülle erarbeiteter Daten und Maßnahmenvorschläge aus den Augen zu verlieren. Dabei gibt es nicht den einen, richtigen Weg wie diese schwierige Aufgabe zu lösen ist. Bewährt hat sich die Durchführung sogenannter Trichterworkshops.

Trichterworkshop

Das Projektteam bereitet alle **Ergebnisse der Diagnosephase** und **Zirkel** auf. Dabei bietet sich das Bild eines Trichters an, in den alle Informationen aus der Diagnosephase sowie alle Zirkelergebnisse verdichtet und zu Maßnahmenpaketen verschnürt werden (siehe Abbildung 21). Dabei ist es wichtig, auch die zuvor definierten **Feinziele** immer wieder in Erinnerung zu rufen, um den vorab vereinbarten Rahmen bzw. die inhaltlichen Eckpfeiler des BGF-Projekts zu berücksichtigen. Es kann

sein, dass Lösungsansätze in der Gruppenarbeit entwickelt wurden, die jedoch mit Nicht-Zielen des BGF-Projekts zusammenfallen oder nicht mit den Zielen kompatibel sind. Wenn triftige Gründe für eine Neuausrichtung des BGF-Projekts sprechen, können Ziele vor der Umsetzung von Maßnahmen verändert werden. Falls dies jedoch nicht der Fall ist, sollten die Grenzen, die Ziele und Nicht-Ziele definieren, eingehalten werden. Ansonsten läuft man Gefahr, dass zusammenhanglose Einzelmaßnahmen die Umsetzungsphase dominieren, die weder für Beschäftigte nachvollziehbar sind, noch den gewünschten Erfolg des Gesamtprojekts bringen.

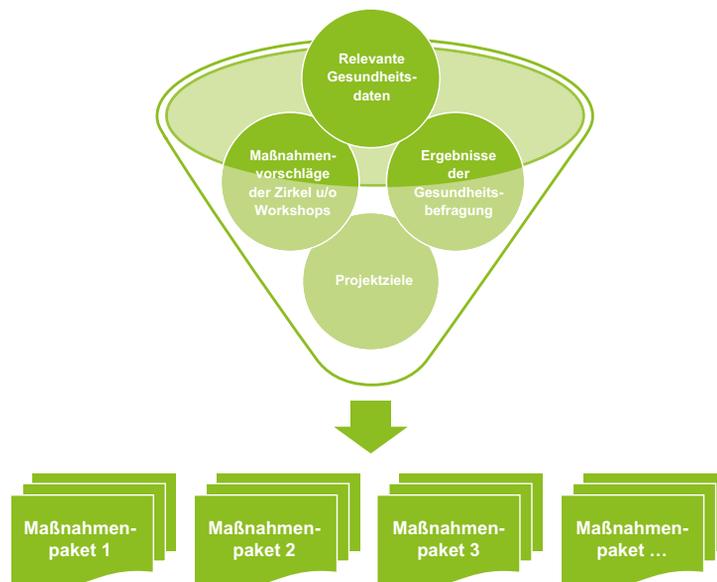


Abbildung 21: Inhalte und Ergebnisse des Trichter-Workshops.

Die Vorstellung der Zirkel- und Workshopergebnisse sollte unter Einbezug der **Gesundheitszirkelsprecher/innen** erfolgen. Dies hat den Sinn, dass Unklarheiten, beispielsweise aufgrund sprachlicher Ungenauigkeiten, unmittelbar behoben werden können und die Arbeit zügig voranschreiten kann.

Aufgrund der Fülle an Informationen und Maßnahmenvorschlägen hat sich eine **externe Moderation** des Trichterworkshops vor allem für größere Projekte bewährt. Alle durch diesen konsequenten Filterungsprozess erarbeiteten **Maßnahmenpakete** werden der **Steuerungsgruppe weitgehend beschlussreif** vorgelegt. Die Steuerungsgruppe hat nun die Aufgabe diese Maßnahmenpakete hinsichtlich vorhandener Umsetzungsressourcen aber auch anderer betrieblicher Überlegungen (z. B. Strategien und Entwicklungen) zu prüfen und die Maßnahmenvorschläge zur Umsetzung freizugeben oder abzulehnen. Wenn Maßnahmen abgelehnt werden, sollte wiederum dokumentiert werden, warum eine Ablehnung erfolgt. Dies ist für die Information der Gesundheitszirkelteilnehmer/innen wichtig.

Am Ende dieses Projektschritts steht ein durch die Steuerungsgruppe beschlossener **Maßnahmenplan** (siehe Abbildung 22).

Maßnahmenplan						
Projektziel-Nr.	Maßnahme	Zielgruppe	Umsetzungsverantwortliche/r	Bis wann umgesetzt	durchgeführt	Anmerkungen
3	Menü 1 wird in der Kantine jeden Tag als „Wertvolles Menü“ geplant, gekocht und beworben	Alle Beschäftigten	Leitung Kantine	01.10.2016	<input type="checkbox"/>	
2	Alle Führungskräfte nehmen am Training „Gesundes Führen“ teil.	Alle Führungskräfte	Personalabteilung	01.11.2017	<input type="checkbox"/>	
5	5 Beschäftigte werden zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für das Konzept „Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen“ ausgebildet	Beschäftigte im Bereich Büro	Personalabteilung	01.02.2017	<input type="checkbox"/>	
Version: 1.0 Datum: Ersteller: EA						

Abbildung 22: Maßnahmenplan.

Ablauf- und Ressourcenplanung

Nach Beschluss der Maßnahmen durch die Steuerungsgruppe geht es an die Planung der konkreten Maßnahmenumsetzung. Dabei steht die Frage „Wer macht was mit wem bis wann?“ im Vordergrund (siehe Abbildung 23). Diese Liste kann nach der Kapazitäts- und Einsatzmittelplanung um die erforderlichen Ressourcen ergänzt werden.

To-Do Liste - Training »Gesundes Führen«				
Was	Wer	Mit wem	Bis wann	Ressourcenbedarf
Auswahl der Trainerin bzw. des Trainers	Huber		20.03.2016	Zeitbedarf, Reisekosten
Einladung der Teilnehmer/innen zum Seminar	Huber	Schuster	12.04.2016	Material, Kopierkosten
Evaluierung des Seminars	Huber	Schuster	20.06.2016	Zeitbedarf
Version: 1.0 Datum: Ersteller: EA				

Abbildung 23: Aktivitäten- bzw. To-do Liste.

Die Umsetzung von Maßnahmen bedarf nicht nur materieller und finanzieller, sondern vor allem auch zeitlicher Ressourcen. Die Frage, ob Beschäftigte **innerhalb oder außerhalb der Arbeitszeit** an Maßnahmen teilnehmen, kann nicht pauschal beantwortet werden. Sie sollte bei jeder verhaltensorientierten Maßnahme gesondert diskutiert werden. Beispielsweise könnte man sich darauf einigen, dass verhaltensorientierte Maßnahmen, die keinen direkten Bezug zu den eigentlichen Arbeitsanforderungen haben (z. B. Wirbelsäulengymnastik, Nordic Walking-Kurse, Ernährungsberatung, Kochworkshop, Tabakentwöhnungsseminare), außerhalb der Arbeitszeit angeboten werden. Maßnahmen, die in direktem Zusammenhang mit der Qualität der Arbeit stehen, sollten für die Beschäftigten allerdings innerhalb der Arbeitszeit angeboten werden (z. B. Teambuilding, Kommunikations- und Konflikttrainings, Stressmanagement, Gesundes Führen).

3.3.4 Quick-Wins

Wenn man den zeitlichen Verlauf eines BGF-Projekts betrachtet, zeigt sich, dass zwischen Kick-Off Veranstaltung für Mitarbeiter/innen und der ersten konkreten Umsetzung von partizipativ erarbeiteten Maßnahmen ein sehr langer Zeitraum liegt. Je nach Betriebsgröße vergehen zwischen drei und zwölf Monate, bis die erste Maßnahme aus dem Maßnahmenplan umgesetzt wird. Dieser lange Zeitraum kann dazu führen, dass Beschäftigte am Gesundheitsförderungsprojekt zweifeln. Daher ist es wichtig, rasch umsetzbare Maßnahmen, die eventuell bereits auf Basis der Diagnosephase erarbeitet werden können, noch während der Planungsphase umzusetzen. Wenn beispielsweise die Diagnosephase ergeben hat, dass sehr viele aufhörwillige Raucher/innen unter den Beschäftigten sind, können ohne viele weitere Analysen rasch und unbürokratisch Tabakentwöhnungsseminare angeboten werden. Weitere Beispiele für Quick-Wins sind:

- Kleine bauliche Veränderungen, wie z. B. freundliche Gestaltung des Aufenthaltsraums,
- Angebot gesunder Snacks und Getränke in bereits vorhandenen Automaten,
- Austausch von Arbeitsgeräten und Materialien, wie z. B. Sessel, Werkzeug,
- Vorträge, Workshops, diverse Veranstaltungen etc.

Verzichtet man auf die Umsetzung von Quick-Wins, läuft man Gefahr, die Erwartungen der Beschäftigten zu enttäuschen. Dadurch kann es passieren, dass die Teilnahmebereitschaft sowohl an der partizipativen Maßnahmenentwicklung als auch an den Maßnahmen selbst sinkt. Quick-Wins tragen dazu bei, das Interesse am BGF-Projekt über einen langen Zeitraum aufrecht zu erhalten.

3.3.5 Der erste Gesundheitsbericht

Je nach Projektgröße wird der erste Gesundheitsbericht während oder am Ende der Planungsphase erstellt. Die Erfahrung zeigt, dass sich sogenannte belegschaftsnahe Gesundheitsberichte mit verständlich aufbereiteten Ergebnissen der Diagnose- und Planungsphase bewährt haben.

In großen Projekten vergeht von der Kick-Off Veranstaltung für Beschäftigte bis zum fertigen Maßnahmenkatalog viel Zeit. Daher sollte mit dem ersten Gesundheitsbericht nicht zu lange gewartet werden. Auch wenn der Maßnahmenplan noch nicht ausgearbeitet ist, kann der erste Gesundheitsbericht erstellt werden. In kleineren Projekten kann im ersten Gesundheitsbericht bereits der fertige Maßnahmenplan mitveröffentlicht werden.

Der erste Gesundheitsbericht fasst in erster Linie die Ergebnisse der Diagnose- und, soweit vorhanden, der Planungsphase zusammen. Eine zentrale Aufgabe des Berichts liegt darin, die Diskussion über Gesundheit zu versachlichen. Erstellt wird er meist von Mitgliedern des BGF-Projektteams. Die Beauftragung zur Erstellung sowie die Letztverantwortung für den Inhalt obliegen der Steuerungsgruppe. Adressaten sind die Beschäftigten, die durch den Gesundheitsbericht über den „Gesundheitsstatus“ der Belegschaft sowie des Unternehmens informiert werden. Weiters kann der erste Gesundheitsbericht je nach Projektfortschritt Auskunft darüber geben, in welchen Handlungsfeldern Maßnahmen geplant sind oder welche konkreten Maßnahmen umgesetzt werden.

Die Ausgestaltung des Berichts soll das Interesse der Beschäftigten wecken. Sowohl sprachlich als auch bildlich sollen die Voraussetzungen der Zielgruppen berücksichtigen werden. Das bedeutet, dass der Gesundheitsbericht für möglichst viele Beschäftigte verständlich aufzubereiten ist. Dabei werden Tabellen sparsam und nur in geeigneter Darstellungsform mit Erklärungen eingesetzt. Abbildungen mit statistischen Ergebnissen sollten ohne großen Erklärungsbedarf verstanden werden.



Eine Gute Idee ist es, den ersten Gesundheitsbericht in Form einer Informationszeitung für alles Mitarbeiter/innen aufzubereiten. Diese umfasst auf wenigen Seiten die wesentlichsten Informationen in kompakter Form.

Die nachfolgende Tabelle enthält einen Überblick über mögliche Inhalte eines ersten Gesundheitsberichts sowie eine Beschreibung, worauf bei der Darstellung besondere Rücksicht genommen werden muss.

Inhalt	Beschreibung
Stellungnahme der Geschäftsleitung, der ArbeitnehmerInnenvertretung und eventuell weiterer für die BGF wichtiger Akteurinnen und Akteure	Das Statement der Geschäftsführung zeigt, dass BGF zum Führungsthema erhoben wurde. Die Beschäftigten erkennen, dass die Geschäftsführung und damit auch die Führungskräfte dem Thema eine hohe Bedeutung beimessen. Sie sind am Erfolg des Projekts interessiert. Gleichzeitig werden die Beschäftigten durch das Statement der ArbeitnehmerInnenvertretung sowie eventuell weiterer für die Gesundheit wichtiger Akteure im Betrieb darauf aufmerksam gemacht, dass BGF nur mit dem Interesse und der Beteiligung der Beschäftigten erfolgreich sein kann. Die Statements wirken im Idealfall gegen Individualisierung bei Gesundheitsproblemen, geben Denkanstöße und wecken eine realistische Erwartungshaltung in der Belegschaft.
Beschreibung des BGF-Projekts	Um den Beschäftigten die Orientierung zu erleichtern, ist es sinnvoll, kurz und prägnant den gesamten Projektablauf zu skizzieren. Dies gelingt am besten mit einer bildlichen Darstellung der einzelnen Projektphasen (siehe beispielsweise Abbildung 13). Dabei lockert die Verwendung von Fotos den Gesundheitsbericht auf und schafft eine Verbindung zu den Beschäftigten. Das Projekt erhält auch durch die Vorstellung der Projektverantwortlichen (BGF-Projektleitung, BGF-Projektteam, Gesundheitszirkelteilnehmer/innen, Steuerungsgruppe) mehr Belegschaftsnähe. Um deutlich zu machen, dass das Projekt keine einmalige Gesundheitsaktion darstellt, sondern BGF als Organisationsentwicklung verstanden wird, sollte auch die Ausrichtung des Projekts in Richtung gesunde Unternehmensstrukturen für Beschäftigte dargestellt werden. Die Grobziele verdeutlichen, wohin sich das Unternehmen entwickeln möchte.
Zusammenfassung der Diagnosephase	Nun folgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse der Diagnosephase. Dies ist der herausforderndste Teil des gesamten Berichts. Es geht schließlich darum, die komplexen Erkenntnisse noch einmal zu komprimieren und die wesentlichsten Ergebnisse in ansprechender und verständlicher Form darzustellen. Kurze, einfache Sätze gepaart mit wenigen aussagekräftigen Grafiken helfen, diese Aufgabe zu lösen. Dabei heißt die Devise: weniger ist mehr.
Partizipative Maßnahmenarbeit	Wenn GZ abgehalten wurden und diese zum Zeitpunkt der Berichterstellung bereits ausgewertet sind, können auch diese Ergebnisse kurz und knapp dargestellt werden. Dabei darf allerdings nicht vergessen werden, dass die erarbeiteten Maßnahmen erst im nächsten Schritt mit der Steuerungsgruppe abgestimmt und beschlossen werden. Daher sollte – falls der Maßnahmenbeschluss noch ausständig ist – vor allem auf die Arbeit in den Zirkeln eingegangen werden und weniger auf deren Ergebnisse.
Eventuell beschlossene Maßnahmen	Die größten Erwartungen haben Beschäftigte bzgl. der Maßnahmen, die im Zuge des Projekts umgesetzt werden. In kleineren Betrieben wird es möglich sein, bereits im ersten Gesundheitsbericht die durch die Steuerungsgruppe beschlossenen Maßnahmen zu kommunizieren. In größeren Betrieben nimmt die Maßnahmenarbeit erfahrungsgemäß einen längeren Zeitraum in Anspruch. Daher kann es sein, dass es nicht möglich ist konkrete Maßnahmen in den Bericht aufzunehmen. Stattdessen können jedoch erste Handlungsfelder beschrieben werden, in denen Maßnahmen gesetzt werden.
Ausblick	Am Ende des Gesundheitsberichts geht es darum, einen Ausblick auf die kommenden Monate zu geben. Auch im Gesundheitsbericht kann bereits zu diesem Zeitpunkt das Thema der Nachhaltigkeit zumindest kurz angeschnitten werden.

Tabelle 14: Inhalte und Beschreibung des ersten Gesundheitsberichts.

Der Umfang und Inhalt des ersten Gesundheitsberichts variiert mit der Größe des BGF-Projekts. Nichts desto trotz sollte auch im Zuge groß angelegter Projekte auf eine ausschweifende Darstellung von Ergebnissen und Daten verzichtet werden. Der Gesundheitsbericht fasst die wesentlichen Eckpunkte des bisherigen Projekts zusammen und gibt einen Ausblick auf die folgenden Projektschritte. Detailergebnisse und überbordende Erklärungen haben ebenso wenig einen Mehrwert für die Beschäftigten wie wissenschaftliche Studien und Erkenntnisse.

Der Datenschutz ist, wie auch bereits während der gesamten Diagnose- und Planungsphase, im ersten Gesundheitsbericht sicherzustellen. Es sollte unter keinen Umständen passieren, dass Einzelergebnisse von Beschäftigten oder Abteilungen – sofern diese, aus welchen Gründen auch immer, vorhanden sind – im Bericht aufscheinen.

Der Gesundheitsbericht dient nicht nur rein der Information der Beschäftigten, sondern ist für sich bereits eine erste Intervention. Beschäftigte erhalten Einblick in die gesundheitliche Situation im Betrieb, erkennen Zusammenhänge und setzen sich dadurch mit ihrer eigenen gesundheitlichen Situation auseinander. Daher ist ein Gesundheitsbericht keine einmalige Informationsquelle, sondern sollte in regelmäßigen Abständen erscheinen. Ein zweiter Gesundheitsbericht im Rahmen eines BGF-Projekts ist am Ende des Projekts vorgesehen (siehe Kapitel 3.5).

3.4 Umsetzung

Verhältnisse und Verhaltensweisen gesundheitsförderlich gestalten – Führungskräfte zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten befähigen.

Am Ende der Planungsphase liegt ein durch die Steuerungsgruppe beschlossener Maßnahmenkatalog vor, welcher nun zur Umsetzung gelangt. Dieser gründet auf den Ergebnissen der Diagnosephase sowie auf der partizipativen Maßnahmenplanung und hat zum Ziel, die vorab festgelegten Projektziele zu erreichen. Das ist der Zeitpunkt, an dem die meisten Beschäftigten wahrnehmen, dass im Projekt auch **wirklich etwas passiert**. Dabei profitieren die Beschäftigten nicht nur durch die aktive Teilnahme an verhaltensorientierten Maßnahmen. Die größte Wirkung entfalten Maßnahmenbündel bestehend aus **verhältnisorientierten und verhaltensorientierten Maßnahmen**.

Die Hauptaufgabe der Projektleitung und des Projektteams liegt nun darin, die beschlossenen Maßnahmen konsequent umzusetzen, die Mitarbeiter/innen laufend über die Aktivitäten zu informieren und über den Projektfortschritt an die Unternehmensleitung bzw. den / die Auftraggeber/in zu berichten. Es ist wichtig, der Phase der Maßnahmenumsetzung ausreichend Zeit zu geben, damit das BGF-Projekt seine Wirksamkeit entfalten und die beabsichtigten Ziele auch tatsächlich erreicht werden können. Als Umsetzungszeitraum hat sich in BGF-Projekten erfahrungsgemäß ein Zeitraum von ca. einem Jahr bewährt. In kleineren Projekten ist dieser entsprechend kürzer (siehe Kapitel 4). Dabei ist es in dieser Phase auch ganz besonders wichtig, eine **Erfolgskontrolle** vorzunehmen. So sollte geprüft werden,

- ob die Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden,
- in welcher Qualität die Umsetzung erfolgt,
- ob die Zielgruppe an den Maßnahmen teilnimmt,
- ob der Zeit- und Kostenrahmen für die Umsetzung der Maßnahmen eingehalten wird sowie
- ob die Maßnahmen den erwarteten Erfolg bringen.

Wie eine Erfolgskontrolle auf Maßnahmenebene umgesetzt werden kann, ist in Kapitel 3.5.1 im Detail beschrieben.

3.4.1 Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen

Verhaltensorientierte Maßnahmen sind Interventionen, die in erster Linie das Verhalten der Beschäftigten positiv beeinflussen. Beispielsweise sollen Stressmanagement-Workshops Beschäftigte dazu befähigen, mit ihrem individuellen Stresserleben konstruktiv umzugehen.

Verhältnisorientierte Maßnahmen haben zum Ziel, die Bedingungen positiv zu beeinflussen. Dabei sollen (Arbeits-)Bedingungen dermaßen gestaltet werden, dass sie nicht potenziell gesundheitsschädlich, sondern im besten Falle gesundheitsförderlich auf die Beschäftigten wirken.



Abbildung 24: Beispiele für BGF-Einzelmaßnahmen.

Am erfolgversprechendsten sind Maßnahmenbündel, die sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen enthalten. Dabei haben verhältnisorientierte Maßnahmen meist die größere Reichweite. Ausgerichtet und abgeglichen mit den Ergebniszielen aus den vorangegangenen Projektphasen geht es nun darum, die beschlossenen Maßnahmen so zu kombinieren, dass sie die größtmögliche Wirkung entfalten und die Zielerreichung unterstützen.

In Abbildung 25 ist ein Beispiel für ein **Maßnahmenbündel** dargestellt. Das Ziel lautet, die Transparenz von Entscheidungen zu steigern, um dadurch für die Beschäftigten mehr Orientierung zu ermöglichen.



Abbildung 25: Beispiel für ein Maßnahmenbündel zur Erreichung eines Ergebnisziels.

Dazu werden in erster Linie verhältnisorientierte Maßnahmen gesetzt. Aber auch im Training „Gesundes Führen“ – welches auch für andere Ziele eingesetzt wird – soll das Thema „Kommunikation von Unternehmensentscheidungen“ aufgenommen werden. Dadurch sollen Führungskräfte befähigt werden, auch unpopuläre Entscheidungen sachlich an ihre Mitarbeiter/innen weiterzugeben.

Eine ausschließliche Verhaltensorientierung in der Maßnahmenumsetzung ist häufig zum Scheitern verurteilt. Wenn Beschäftigte dafür sensibilisiert werden, wie sie gesundheitsförderlich leben und arbeiten, die Lebens- und Arbeitsbedingungen jedoch dieses gesundheitsförderliche Verhalten nicht zulassen, werden diese Maßnahmen nicht die gewünschte Wirkung entfalten können. Zahlreiche Beispiele zeigen dies, wie z. B.:

- Workshop zur gesunden Ernährung – ungesundes Kantinenessen;
- Bewegungsimpulse für eine bewegte Pause – Pausen werden aufgrund einer mangelhaften Pausenkultur nicht konsumiert;
- Stressmanagementworkshop – die Arbeitsorganisation verursacht permanenten Zeitdruck.

Gerade bei der Maßnahmenumsetzung muss auf die spezifischen Zielgruppen geachtet werden. Nicht jedes Angebot ist für jede Zielgruppe geeignet. Maßnahmenbündel aus unterschiedlichen verhaltensorientierten Angeboten und verhältnisorientierten Maßnahmen zu ein- und demselben Thema bzw. Handlungsfeld erreichen eine größere Hebelwirkung und ermöglichen es, alle Zielgruppen einzubinden und damit die gesetzten Ziele im Projekt zu erreichen.



3.4.2 Nieder-, mittel- und hochschwellige Maßnahmen

Nicht selten haben BGF-Projektverantwortliche das Gefühl, dass trotz ausgeklügelten Maßnahmenkatalogs und tollen Angeboten die **Beschäftigten nicht erreicht** werden. Das kann daran liegen, dass die Hürden zur Teilnahme für die oder den Einzelne/n zu hoch sind. Hürden können dabei beispielsweise sein:

- zeitliche Aspekte (z. B. Angebote außerhalb der Arbeitszeit für teilzeitbeschäftigte Frauen mit Kindern)
- soziale Normen (z. B. Yoga für Männer)
- Kultur (z. B. Ernährungsworkshops mit österreichischer Küche für Migranten)
- Sprache (z. B. faktenbasierte Gesundheitsvorträge für Personen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch)

Daher sollten unterschiedlichste Maßnahmen auf **unterschiedlichem Zugangsniveau** angeboten werden. In Tabelle 15 finden sich Beispiele für nieder-, mittel- und hochschwellige Angebote im Rahmen von BGF-Projekten.

Zielebene	Niederschwellige Angebote	Mittelschwellige Angebote	Hochschwellige Angebote
Gesundheitsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> ● Aktionstag Gesundheit (z. B. Betriebsausflug mit Gesundheitsprogramm) ● Obstkorb ● Vorträge im Bereich Lifestyle ● Gesundheitschecks ● Gesundheitsaktionen: z. B. Teilnahme an Laufwettbewerben, Vergünstigungen im Fitnesscenter 	<ul style="list-style-type: none"> ● Entspannungstrainings ● Laufgruppen ● Tabakentwöhnungskurse ● Mitarbeiter/innen bewegen ● Mitarbeiter/innen ● Ernährungsberatung 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gesundes Kantinenessen ● Rauchfreier Betrieb ● Betriebliche Ruheräume
Arbeitsorientiert	<ul style="list-style-type: none"> ● Arbeitspsychologische Sprechstunde ● Vorträge im Bereich Ergonomie, Heben und Tragen, psychische Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> ● Einzelseminare Gesundes Führen ● Einzelseminare im Bereich Stressmanagement, Burnoutprävention, Kommunikation-Konflikt, Work-Life-Balance, etc. ● Maßnahmen im Bereich der Teamentwicklung ● Einführung von regelmäßigen Teambesprechungen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Integration von Gesundheit in Personal- und Organisationsentwicklungsinstrumenten (z. B. Mitarbeitendengespräch, Ausbildungen für Lehrlinge) ● Entwicklung eines dauerhaften Gesunden Führen-Programms ● Familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung ● Jobrotation, -enlargement und -enrichment (gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung)

Tabelle 15: Beispiele für nieder-, mittel- und hochschwellige Maßnahmen.

Niederschwellige Maßnahmen sind vor allem am Beginn gesundheitsfördernder Aktivitäten im Betrieb sinnvoll. Die Hürden zur Teilnahme sind gering, der Erlebnisfaktor und die damit zu beeinflussende Motivation hoch. Diese Angebote machen den Beschäftigten das BGF-Projekt bewusst. Sie können meist auch einer großen Anzahl von Beschäftigten zugänglich gemacht werden und steigern dadurch das Gemeinschaftsgefühl.

Mittelschwere Maßnahmen sind meist Seminar- und Schulungsangebote oder Umsetzungsschwerpunkte, die auf der Ausbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren basieren. Diese Angebote richten sich meist nur mehr an einen kleineren Teil der Belegschaft und bedürfen bereits einiges mehr an Überzeugungsarbeit, um die Zielgruppen zur Teilnahme zu bewegen. Es hat sich bewährt solche Seminare, Kurse und Workshops – soweit Räumlichkeiten zur Verfügung stehen – direkt im Betrieb umzusetzen. Die Teilnahmequote kann dadurch gesteigert werden. Mittelschwere Maßnahmen erfordern, neben organisatorischer Vorbereitung, auch erweiterte Kooperationen mit externen Partnerinnen und Partnern (z. B. Trainer/innen). Aufgrund der damit verbundenen detaillierten Planung und Organisation ist erfahrungsgemäß mit einer entsprechenden Vorlaufzeit zu rechnen.

In Organisationsprozesse greifen **hochschwellige Maßnahmen** ein. Da BGF ein moderner Ansatz der Organisationsentwicklung ist, ermöglichen diese Maßnahmen die Entwicklung von Strukturen und Prozessen, die gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten schaffen. Der Gesundheitsaspekt dieser Maßnahmen erschließt sich für Beschäftigte nicht mehr unmittelbar und ohne weitere Erklärung. Diese Maßnahmen erfordern Zeit, finanzielle Ressourcen, exakte Vorbereitung sowie tatkräftige Unterstützung der Geschäftsführung und der Führungskräfte. Beispielsweise könnte auf Ebene der Führungskräfte ein „Kollegialer Erfahrungsaustausch“ eingeführt werden. Denn gerade Führungskräfte stellen sich im Zuge eines BGF-Projekts neuen Herausforderungen. Führungsstile werden besprochen, Ideen für gesundheitsförderliches Führen diskutiert und umgesetzt. Da kann es sehr hilfreich sein, mit den Kolleginnen und Kollegen konkrete Fälle zu besprechen und Umsetzungsstrategien für die eigene Führungsarbeit gemeinsam zu erarbeiten.

3.4.3 Nachhaltigkeit planen

Spätestens in der Umsetzungsphase, wenn die ersten großen Herausforderungen des Projekts gemeistert sind und die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs im Vordergrund steht, ist es an der Zeit, sich über die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung im Unternehmen Gedanken zu machen. Das **langfristige Ziel** Betrieblicher Gesundheitsförderung sind **gesunde Mitarbeiter/innen in gesunden Organisationen**. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es wichtig über die Projektlaufzeit hinaus das Thema Gesundheitsförderung in der Organisation zu verankern. Dies wird in der BGF mit dem Begriff der Nachhaltigkeit verknüpft und beinhaltet auf lange Sicht den Aufbau eines, auf die jeweiligen betrieblichen Bedürfnisse passenden, BGMs.

In der Nachhaltigkeit geht es zwar um die **Verstetigung von Methoden und Maßnahmen**, aber gleichzeitig auch um eine **kontinuierliche Weiterentwicklung**. Um dies zu erreichen, ist ein **Mitdenken von Gesundheit in allen Strukturen und Prozessen der betrieblichen Routinen** notwendig (siehe Kapitel 6). Anknüpfungspunkte für Gesundheitsthemen finden sich beispielsweise in der Personalentwicklung (z. B. Führungskräfteentwicklung), in der Planung und Organisation von Arbeitstätigkeiten (z. B. Stellenbeschreibungen), in der Beschaffung (z. B. Ankauf neuer Arbeitsgeräte), in baulichen Maßnahmen (z. B. Erweiterung von Gemeinschaftsräumen) oder auch in der Planung von Gemeinschaftsaktivitäten (z. B. Betriebsausflüge). Das Thema Nachhaltigkeit berührt verschiedene Strukturen im Unternehmen. Abbildung 26 verdeutlicht, dass Ressourcen (Personal, Budget, Zeit) freigegeben werden müssen. Das Thema muss in Strukturen und Prozesse integriert, Zielvereinbarungen adaptiert und das mittlere Management umfassend einbezogen werden. Auch nach dem Projekt ist ein wesentliches Erfolgskriterium die Partizipation und Information der Beschäftigten.

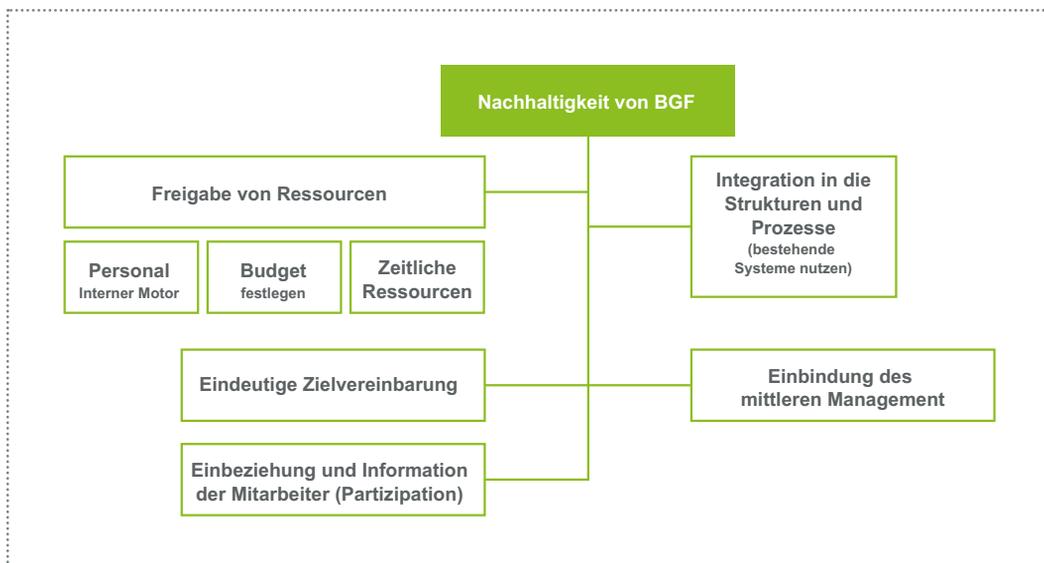


Abbildung 26: Erfolgsfaktoren für Nachhaltigkeit aus Expertensicht.⁸⁰

3.5 Evaluation und Dokumentation

Ziele evaluieren – Veränderungen messen – Erreichtes dokumentieren

In der abschließenden Phase des BGF-Projekts steht die Evaluation und Dokumentation sowie die Überführung des Projekts in die Organisationsroutine, etwa in Form eines BGM, an. Dabei soll der erzielte Nutzen sichtbar gemacht und Verbesserungspotentiale erkannt werden. Die Ergebnisse des Projekts sind für die Weiterarbeit zu sichern.

*Unterstützung bei der Planung der BGF-Evaluation erhalten
Sie von Ihrer zuständigen Regional- oder Servicestelle.*



3.5.1 Evaluation

Das Wort Evaluation stammt aus dem Lateinischen und ist eine Zusammensetzung der Wörter „valor“ (= Wert) und der Vorsilbe e/ex (= aus). Zusammengesetzt bedeutet es „einen Wert aus etwas ziehen“.⁸¹ Mit der Evaluation ist gewährleistet, dass die Projektverantwortlichen und Entscheidungsträger/innen den Nutzen aber auch Verbesserungspotentiale erkennen.

In Anlehnung an die Qualitätsdimension Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität⁸² unterscheidet man zwischen

- **Strukturevaluation**,
- **Prozessevaluation** (auch „formative Evaluation“) und
- **Ergebnisevaluation** (auch „summative Evaluation“).

Dabei stellt sich die Frage »unter welchen Bedingungen (Strukturen) und auf welche Art und Weise (Prozesse) [...] welche Wirkungen (Ergebnisse) erreicht [wurden]?«⁸³ Diese dreiteilige Herangehensweise ist von immenser Wichtigkeit. Beispielsweise kann es passieren, dass eine Maßnahme durchgeführt und im Rahmen der Ergebnisevaluation schlecht bewertet wird. Nun kann es sein, dass nicht die Maßnahme an sich das Problem ist, sondern die Organisation (z. B. Auswahl der falschen Zielgruppe, mangelhafte räumliche Bedingungen, ungenügend qualifizierte Trainer/innen, mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte). Wenn ausschließlich eine Ergebnisevaluation durchgeführt wird, läuft man

⁸¹ Stockmann (2004)

⁸² Donabedian (1966)

⁸³ von der Knesebeck et al. (1999, S. 174)

Gefahr, dass gute Maßnahmen aufgrund falscher Schlussfolgerungen ausgeschieden werden.

Selbst- und Fremdevaluation

Je nach Projektgröße nimmt die Evaluation eines BGF-Projekts mehr oder weniger Ressourcen in Anspruch. Generell unterscheidet man zwischen **interner oder externer Selbst- oder Fremdevaluation** (siehe Tabelle 16). Wer mit der Evaluation betraut wird, hängt von der Projektgröße, den finanziellen Möglichkeiten und dem aus der Evaluation erwarteten Nutzen ab. In **Kleinst- und Kleinbetrieben** ist generell eine Selbstevaluation vorgesehen. In größeren Projekten hängt die Frage nach Selbst- oder Fremdevaluation auch davon ab, ob Förderungen lukriert wurden. Bei vom FGÖ geförderten BGF-Projekten ist seit 2014 ab einer beantragten Fördersumme von € 60.000.- verpflichtend⁸⁴ eine externe Evaluation durchzuführen. Bei Projekten mit geringerer Antragssumme kann zwischen interner und externer Evaluation gewählt werden. Genauere Informationen finden sich im Factsheet „Anforderungen an die Evaluation geförderter Projekte“ des Fonds Gesundes Österreich.

	Interne Evaluation	Externe Evaluation
Selbstevaluation	Evaluator/in ist eine Person oder Personengruppe, der auch die operative Durchführung des Projekts obliegt.	–
Fremdevaluation	Evaluator/in ist eine Person oder Personengruppe einer anderen Organisationseinheit, z. B. einer internen Abteilung für QM.	Evaluator/in ist eine Person oder Personengruppe, die nicht dem / der Mittelgeber/in und nicht dem durchführenden Unternehmen angehört.

Tabelle 16: Formen der Evaluation.⁸⁵

Bei der **internen Evaluation** (Selbstevaluation) führen jene Personen, welche das BGF-Projekt umsetzen, die Evaluation durch. Neben den Vorteilen einer besseren Betriebskenntnis ist dieser Ansatz allerdings nicht ganz unproblematisch. Zum einen setzt er entsprechende Expertise und Ressourcen voraus. Zum anderen ist die / der Evaluator/in nicht jedem Ergebnis gegenüber gleich neutral eingestellt. In diesem Fall liegt eine sogenannte parteiliche Evaluation vor. Um die damit verknüpften Probleme zu umgehen, wird oft eine andere Person oder eine Institution mit der Evaluation beauftragt (**externe Evaluation** oder Fremdevaluation). Dadurch soll der Prozess der Bewertung objektiviert werden.⁸⁶

⁸⁴ Stand Jänner 2017

⁸⁵ Stockmann (2004); Widmer (2001)

⁸⁶ Gollwitzer & Jäger (2009)

Der größte Nutzen dabei ist „der Blick von Außen“. Auf Basis eines vorauszusetzenden sehr guten Methodenwissens kann die externe Evaluation maßgeblich dazu beitragen, das Projekt zu reflektieren und die Qualität zu steigern. Nichts desto trotz muss die externe Evaluation mit größeren Widerständen rechnen. Auch die Kosten einer externen Evaluation sind meist höher.

Planung der Evaluation

Idealerweise wird bereits in der **Vorprojektphase** die Evaluation zumindest grob konzipiert. Dabei stellt sich vorab die Frage, ob eine interne Evaluation ausreicht, oder eine externe Evaluation bzw. eine Kombination aus Selbst- und Fremdevaluation den Projekterfolg maßgeblich unterstützen könnte. Wenn die Entscheidung auf eine zumindest teilweise Fremdevaluation fällt, benötigt man bereits für die Ausschreibung der Evaluation sowie für den systematischen Vergleich der einlaufenden Angebote ein **Evaluationskonzept**. Dieses sollte sich eng am BGF-Projektauftrag (siehe Kapitel 3.1.1) orientieren, da hier bereits zu evaluierende Ziele und Maßnahmen beschrieben sind. In nachfolgender Tabelle sind mögliche Inhalte eines Evaluationskonzepts angeführt. Je nach Umfang der auszuschreibenden Evaluation wird das Evaluationskonzept mehr oder weniger Punkte enthalten.

Inhalt	Beschreibung
Metainformationen	Festlegung der verantwortlichen Person(en) mit Kontaktinformationen (Anschrift, Telefonnummern, E-Mail-Adressen), Datum, Versionsnummer, ergänzende Anmerkungen
Ausgangslage der Evaluation	Neben einer kurzen Beschreibung des zu evaluierenden Projekts und seinem Kontext, wird das Wirkungsmodell, d. h. die vermuteten Wirkungszusammenhänge und der Evaluationszweck dargestellt.
Fokus der Evaluation	Was soll genau evaluiert werden (Evaluationsgegenstand)? Welche Fragen soll die Evaluation beantworten und welche Fragestellungen eignen sich am besten, um die Berücksichtigung der Prinzipien der Gesundheitsförderung (Chancengerechtigkeit, Partizipation, Empowerment und Settingansatz) angemessen evaluieren zu können?
Planung und Methodik	Darstellung von Evaluationsform (Selbst- oder / und Fremdevaluation, formative oder / und summative Evaluation) und Design (Vorher-Nachher-Design mit oder ohne Kontrollgruppe), der theoretischen Grundlagen und Modelle der Evaluation und der Prozesse und Methoden der Datenerhebung und -auswertung. Darüber hinaus werden auch Feldzugang (Kontaktperson[en] vor Ort im Feld, offene Fragen im Zusammenhang mit der Datenerhebung) und Zeitplanung beschrieben.
Organisation	Hier werden die Verantwortlichkeiten, Rollen und erforderlichen Kompetenzen der Evaluatorinnen und Evaluatoren sowie Fragen der Finanzierung der Evaluation (maximale Kosten der Evaluation, Kostenträger, etc.) dargestellt.
Wertschöpfung	Darstellung des Prozesses, der der Verbreitung, Nutzung und Verwertung der Evaluationsergebnisse sowie der aus der Evaluation gewonnen Erkenntnisse dient. Dabei geht es um die „Wertschöpfung“ der Evaluation, die Optimierung der Ergebnisse, indem diese für möglichst viele Menschen zugänglich und nutzbar gemacht werden.
Weitere Aspekte	...

Tabelle 17: Mögliche Inhalte des Evaluationskonzepts.⁸⁷

Für geförderte extern evaluierte Projekte gibt es einen „**FGÖ Evaluationsbogen**“, der den Schwerpunkt der externen Evaluation darstellt. Dieser muss im Projektverlauf mitberücksichtigt und zum Projektende gemeinsam mit dem Projektendbericht und dem Endbericht der Evaluation übermittelt werden. Im Hinblick auf die Selbstevaluation sind die wichtigsten Evaluations- und Reflexionsfragen des FGÖ in die Vorlagen der Controlling- und Endberichte integriert.

Bei Projekten in **Kleinst- und Kleinunternehmen** sowie bei Projekten mit ausschließlicher Selbstevaluation ist ein ausführliches Evaluationskonzept nicht notwendig. Hier reicht es, am Ende der Diagnosephase einen **Evaluationsraster** (siehe Werkzeugkoffer) zu entwickeln, der zu jedem angestrebten Struktur-, Prozess- und Ergebnisziel eine Erhebungsmethode sowie einen Erhebungszeitpunkt vorsieht.

⁸⁷ modifiziert nach quint-essenz (2014)

Inhalt der Evaluation

Betrachtet man ein BGF-Projekt mit seiner Dauer von durchschnittlich zwei Jahren in Mittel- und Großbetrieben oder von einem Jahr in Kleinst- und Kleinunternehmen, seinen Strukturen, Prozessen und den vielen umgesetzten Maßnahmen, stellt sich die Frage was und wie genau evaluiert werden soll. Alles zu evaluieren, wird nicht möglich sein. Gar nichts zu evaluieren, wäre in Hinblick auf die Nutzenargumentation gegenüber der / dem Auftraggeber/in (meist die Geschäftsleitung) nicht empfehlenswert und für die Überführung in die Linienorganisation hinderlich. Tabelle 18 zeigt die Möglichkeiten welche Evaluationsebenen im Zuge einer Projektevaluation grundsätzlich unterschieden werden können.

Evaluationsform	Evaluationsbeispiel
Managementevaluation	BGF-Projekt
Programmevaluation	Maßnahmenbündel, z. B. Evaluation gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen, Evaluation des Maßnahmenschwerpunkts „Stressmanagement“, Evaluation des Schwerpunkts „Gesundes Führen“
Evaluation eines Maßnahmentyps oder einer Einzelmaßnahme	Evaluation eines Entspannungstrainings oder eines GZ

Tabelle 18: Evaluationsebenen gesundheitsbezogener Interventionen.⁸⁸

Für die Evaluation wird auf die **Feinziele** (Struktur-, Prozess- und Ergebnisziele, siehe Kapitel 3.3.1) zurückgegriffen. Gut, wenn diese wie vorgesehen in der zweiten Projektphase (Planung) SMART formuliert und im Laufe des Projekts bei Bedarf angepasst wurden. Diese geben auch gleich den Inhalt der Evaluation vor.

Das Netzwerk-BGF hat mit der Erstellung der **15 Qualitätskriterien** einen wesentlichen Beitrag geleistet, um ressourcenschonend eine Managementevaluation vornehmen zu können. Dabei dienen die 15 Qualitätskriterien als Ausgangspunkt für Reflexionsfragen, die im Zuge eines beteiligungsorientierten Prozesses (BGF-Projektleitung, BGF-Projektteam, Steuerungsgruppe) bearbeitet werden (siehe Werkzeugkoffer).

Diese Reflexion sollte im Sinne einer begleitenden Struktur- und Prozessevaluation wiederholt an wichtigen Projektmeilensteinen (z. B. Ende der Diagnosephase, Ende der Planungsphase / Anfang Umsetzungsphase, Evaluationsphase) durchgeführt werden.

⁸⁸ Ulich & Wülser (verändert) (2015), in Anlehnung an Pfaff (2001, S. 36)



Unterstützung bei der Reflexion anhand der 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF erhalten Sie von Ihrer zuständigen Regional- oder Servicestelle.

Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Grundsätzlich findet die Evaluation wie auch die Zielformulierung auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene statt. Diese drei Ebenen beeinflussen sich gegenseitig und müssen daher in ihrer Wechselwirkung betrachtet werden.

Die **Strukturevaluation** erfolgt schwerpunktmäßig am Beginn des Projekts. Dabei geht es um die Erhebung, Beschreibung und Bewertung der Ausgangssituation, d. h. der gegebenen Rahmenbedingungen und der zur Verfügung gestellten personellen, materiellen und organisatorischen Ressourcen für das BGF-Projekt. Zu den personellen Ressourcen zählen z. B. die Qualifikationen und der Aus-, Weiter- und Fortbildungsstand der BGF-Umsetzungsverantwortlichen. Zu den materiellen oder sachlichen Rahmenbedingungen zählen z. B. die Infrastruktur und die Arbeitsmittel. Und zu den organisatorischen und finanziellen Ressourcen zählen z. B. Arbeitskonzepte sowie rechtliche und vertragliche Bestimmungen.

Ein BGF-Projekt ist ein komplexes Vorhaben im sozialen System Organisation. Damit das BGF-Projekt steuerbar ist, benötigt es nicht nur eine exakte Planung, sondern auch eine kontinuierliche Überprüfung der einzelnen Prozesse, um zu sehen, ob die angestrebten Ziele auch erreicht werden können. Bei der **Prozessevaluation** geht es daher um die Bewertung des BGF-Projekts in der Phase seiner Durchführung. Fragen nach dem Projektmanagement, den betrieblichen Entscheidungsprozessen, der partizipativen Gestaltung des BGF-Projekts, der Qualität der Umsetzung von Maßnahmen, der Erreichung der einzelnen Zielgruppen, etc. werden untersucht. Abbildung 27 zeigt ausgewählte Dimensionen der Prozessevaluation.

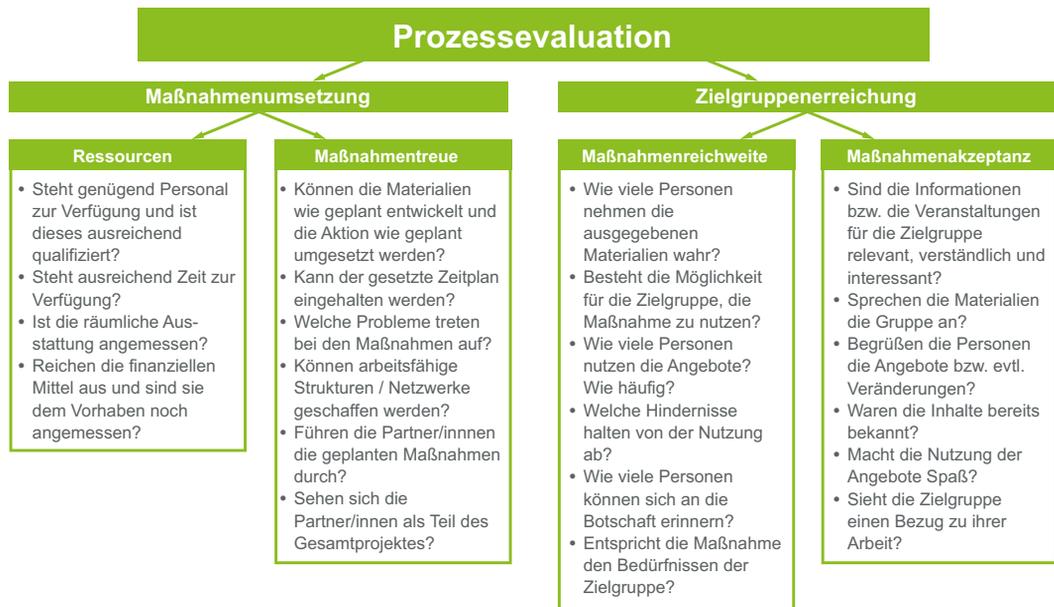


Abbildung 27: Ausgewählte Dimensionen der Prozessevaluation.⁸⁹

Die Prozessevaluation ermöglicht auf Basis einer Zwischenevaluation Aussagen über die Qualität der Implementierung sowie über eventuell eingetretene Effekte und liefert somit Erkenntnisse für die Steuerung des BGF-Projekts. Vom Ergebnis der Zwischenevaluation(en) hängt dann ab, ob das BGF-Projekt oder eine einzelne Maßnahme wie bisher weitergeführt oder auch angepasst wird (eine nicht erfolgreiche Maßnahme könnte auch durch eine neue Maßnahme ersetzt werden). In diesem Zusammenhang können in der Vorprojektphase festgelegte Abbruchkriterien das BGF-Projekt oder eine einzelne Maßnahme betreffend zur Anwendung kommen.⁹⁰

Die **Ergebnisevaluation** befasst sich schlussendlich mit den Auswirkungen des Projekts auf die Beschäftigten und das Unternehmen. Dabei soll gezeigt werden, welche positiven oder auch negativen Konsequenzen die umgesetzten Maßnahmen zur Folge hatten. Abbildung 28 zeigt ausgewählte Dimensionen der Ergebnisevaluation.

⁸⁹ modifiziert nach Loss et al., (2010, S. 29)

⁹⁰ vgl. Busch & Werner (2011); Gollwitzer & Jäger (2009); Loss et al. (2010)

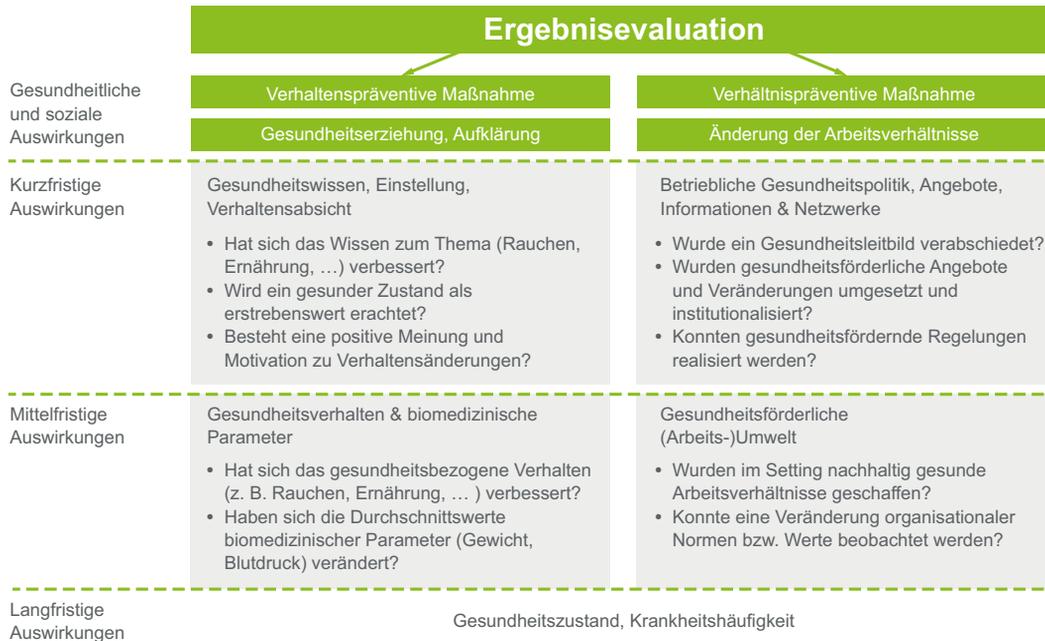


Abbildung 28: Ausgewählte Dimensionen der Ergebnisevaluation.⁹¹

Nicht immer müssen alle Maßnahmen bis ins Detail evaluiert werden. Das **Einbeziehen von relevanten Forschungsergebnissen** ist eine weitere Möglichkeit, um eine Nutzenargumentation eingeführter Programme und Maßnahmen zu führen.⁹² Es gibt bereits zahlreiche Studien, die sich beispielsweise mit den positiven Effekten erweiterter Handlungsspielräume befassen oder die Effektivität von Stressmanagementprogrammen (z. B. »Gelassen und sicher im Stress«⁹³) nachgewiesen haben. Natürlich müssen Maßnahmen immer an die betrieblichen Bedingungen angepasst werden. Trotzdem ist es nicht notwendig, dass bereits in zahlreichen Studien evaluierte Programme und Maßnahmen noch einmal ihre Wirkung bis ins Detail nachweisen, um ihre Berechtigung im BGF-Projekt zu haben.

Wenn **Ergebnisziele** einer umfassenden Bewertung zugeführt werden sollen, müssen einige Überlegungen angestellt werden. So muss festgelegt werden, welche Personen der Zielgruppe/n wie oft mit welcher Methode befragt, beobachtet bzw. „gemessen“ werden sollen. Erst ein Vergleich der aktuellen Gesundheitssituation der Mitarbeiter/innen mit ihrer gesundheitlichen Ausgangssituation zu Beginn des BGF-Projekts erlaubt eine Einschätzung der durchgeführten Maßnahmen in Bezug auf ihre Wirkungen (**Vorher-Nachher-Design**) und die damit angestrebte

⁹¹ Modifiziert nach Loss et al. (2010, S. 38)
⁹² Ulich & Wülser (2015)
⁹³ Kaluza (2015)

Zielerreichung. Dabei kann es, je nach Größe und Anzahl an Standorten des Unternehmens, Art der Maßnahmen etc., sinnvoll sein, nicht immer alle Personen einer Zielgruppe zu befragen. Es kann auch eine Auswahl an zu befragenden Personen (**Stichprobe**) nach bestimmten Kriterien erfolgen.

Manchmal kann es auch sinnvoll sein, für die Überprüfung einzelner Maßnahmen, Personen, die an dieser Maßnahme teilnehmen, mit Personen, die nicht an dieser Maßnahme teilnehmen, zu vergleichen (Kontrollgruppen-Design). Diese Herangehensweise sollte dann gewählt werden, wenn beispielsweise kostenintensive Maßnahmen, wie z. B. flächendeckende Trainings, eingeführt werden sollen. Dann ist es immer gut, im Zuge eines Pilotversuchs diese Maßnahme im Rahmen des Projekts zu testen, mittels **Kontrollgruppen-Design** zu überprüfen, ob auch die angestrebten Erwartungen erfüllt werden und erst dann diese Maßnahme auszurollen.

Wenn alle Daten vorliegen, beginnt die Phase der Datenauswertung. Alle Daten werden analysiert und die Ergebnisse für einen Bericht oder eine Präsentation aufbereitet. Zwischen der Auswertung der Daten und der Interpretation der Ergebnisse muss dabei klar unterschieden werden (siehe Tabelle 19).

	Datenauswertung	Dateninterpretation
Definition	Reine Beschreibung der Ergebnisse ohne (Be-)Wertung	Bewertung der Ergebnisse
Methode	<ul style="list-style-type: none"> ● Auszählung, Berechnung oder Zusammenfassung der Daten ● Darstellung mittels Tabellen, Grafiken und / oder verbaler Beschreibung ● Auswertung mit Hilfe von Statistikprogrammen oder Textanalysen 	<ul style="list-style-type: none"> ● Kommentierung der Daten im Vergleich zu den vorab festgelegten Zielen ● Erklärungsversuche der Daten und Schlussfolgerungen durch das Evaluationsteam

Tabelle 19: Datenauswertung und Dateninterpretation.⁹⁴

Die Interpretation der Ergebnisse umfasst den Vergleich der Ergebnisse mit den ursprünglich festgelegten Zielen sowie die Suche nach möglichen Erklärungen für Abweichungen und aufgetretene Schwierigkeiten.⁹⁵

⁹⁴ modifiziert nach Loss et al. (2010, S. 70)

⁹⁵ Loss et al. (2010)

Ohne den Vergleich mit den vorab definierten Zielen ist eine Projektbewertung wenig sinnvoll. Hier zeigt sich wieder die Wichtigkeit der Zielarbeit von Anbeginn des Projekts.

Evaluationszeitpunkt

Schwerpunktmäßig werden die Strukturevaluation vor allem am Beginn und die Ergebnisevaluation in der Umsetzungs- und Evaluationsphase durchgeführt. Die Prozessevaluation sollte während der gesamten Projektlaufzeit Informationen über die Umsetzungsgüte liefern, um gegebenenfalls steuernd eingreifen zu können. Bereits zu Beginn des BGF-Projekts sollten Evaluationszeitpunkte festgelegt und mit zeitlichen Ressourcen eingeplant werden.

Bewertung der Zielerreichung

Es ist von zentraler Bedeutung, dass die Ziele des Projekts klar und mit Bezug auf die angestrebten Wirkungen formuliert werden. Was erwartet man sich vom gesamten Projekt, was von einzelnen Projektschritten, was von einzelnen Maßnahmen? Nur dann können Kennzahlen gebildet werden, die zeigen, ob die Ziele erreicht werden konnten.⁹⁶ Wie so oft in der Praxis, gestaltet sich auch die Formulierung von Zielen nach den SMART-Kriterien nicht immer einfach. Die gemeinsame Arbeit an den Zielen ist aber unabdingbar, fördert sie doch das gemeinsame Verständnis über die einer Maßnahme bzw. dem BGF-Projekt zugrundeliegende Intention. Die wahre Herausforderung liegt jedoch in der Bestimmung des Zielerreichungsgrades.

Damit man weiß, ob ein Ziel erreicht wurde, muss es messbar sein. In diesem Zusammenhang spricht man vom „**Operationalisieren**“. Bei der Operationalisierung werden Kennzahlen gebildet, die den interessierenden Sachverhalt abbilden.⁹⁷

Eine Kennzahl muss »gleichzeitig theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen genügen«⁹⁸, um entscheidungsrelevante Informationen liefern zu können. Nur entscheidungsrelevante Informationen werden später dann auch in tatsächliche Entscheidungsprozesse einfließen. Zur Unterstützung bei der Auswahl von Kennzahlen kann eine Kennzahlen-Checkliste eingesetzt werden.

⁹⁶ Kolip (2016)

⁹⁷ Kolip (2016)

⁹⁸ Meyer (2004, S. 24)

Kennzahlen können nach den **ZWERG-Kriterien** überprüft werden. Das Akronym ZWERG steht für:

- **Zentrale Bedeutung:** Der Indikator sollte einen direkten Bezug zum Ziel aufweisen, quasi im Zentrum der Fragestellung stehen.
- **Wirtschaftlich:** Der Indikator sollte mit einem vertretbaren Aufwand erhoben werden können.
- **Einfach:** Die Kennzahl ist verständlich und nachvollziehbar.
- **Rechtzeitig:** Der Indikator lässt sich zu einem Zeitpunkt erheben, der eine Auswertung und Aufbereitung in der Projektlaufzeit möglich macht.
- **Genau:** Die Erhebung ist verlässlich. Für die Erhebung müssen Instrumente, z. B. Fragebögen eingesetzt werden, die zuverlässig das erheben, was sie erheben sollen (also möglichst wenig anfällig sind für z. B. Ausfüllfehler).⁹⁹

Manchmal kann es schwierig sein, gerade bei dem schwer fassbaren Thema Gesundheit, Ziele und Kennzahlen bereits zu Beginn des Projekts festzulegen. Es fehlt an Erfahrung und viele stellen sich die Frage, was überhaupt möglich ist. Um hier Abhilfe zu schaffen, hat sich der Einsatz der sogenannten **Zielerreichungsskala** bewährt. Tabelle 20 fasst dieses Instrument zur Bestimmung der Zielerreichung zusammen.

⁹⁹ Kolip (2016, S. 27)

Kurzbeschreibung	Das Goal Attainment Scaling (GAS) ist ein Verfahren zur Überprüfung von konkreten projektbezogenen Zielen (vgl. SMART-Kriterien), die mit einem Zeitpunkt für die Überprüfung der Zielerreichung versehen sind. Je Ziel werden eine bzw. mehrere Kennzahlen festgelegt, die das Ziel messbar machen. Für jede Kennzahl wird eine 5-stufige Skala formuliert, in deren Mitte das erwartete Ergebnis zu einem bestimmten Zeitpunkt steht. »Davon ausgehend werden zwei Stufen nach oben („mehr als erwartet“ und „viel mehr als erwartet“) und zwei Stufen nach unten („weniger als erwartet“ und „viel weniger als erwartet“) festgelegt.« ¹⁰¹ Die Bewertung der Zielerreichung erfolgt zum, in der Skala festgelegten, Zeitpunkt.
Einsatzgebiet	Für unterschiedliche Ziele auf mehreren Ebenen in verschiedenen Kontexten.
Durchführung	Das GAS ist ein partizipativer Prozess, bei dem die Formulierung der Ziele und angestrebten Zielerreichung sowie die spätere Bewertung der Zielerreichung durch alle an einer Maßnahme Beteiligten (d. h. Akteurinnen und Akteure, die an der Planung und Umsetzung der Maßnahme(n) mitwirken, Vertreter/innen der Zielgruppe(n)) gemeinsam gleichberechtigt durchgeführt werden. ¹⁰² „Die Formulierung der Ziele und die Anwendung von GAS sollte möglichst im Planungsprozess und vor Beginn der Umsetzung erfolgen. Wird GAS für die Prozessbegleitung eingesetzt, muss die Zielerreichung nicht zwangsläufig in einem Schritt bis zum Abschluss der Intervention formuliert werden. Für die Unterstützung der Prozessoptimierung ist es sogar sinnvoll, die Zielerreichungsskala zunächst für ein nahes Zwischenziel zu beschreiben und anschließend fortzuschreiben. GAS ist dann vor allem ein Instrument zur Verbesserung der Planungs- und Prozessqualität.“ ¹⁰³ Es müssen nicht alle angestrebten Ziele mittels GAS durchleuchtet werden. Es kann ausreichend sein, einige gewichtige Ziele mittels GAS zu beurteilen, um zu sehen, ob diese Methode für das Projekt und in weiterer Folge für die BGF oder das BGM einen Nutzen bringt.
Ergebnis	Klare Zieldefinitionen zu Beginn eines BGF-Projekts »sowie die (ggf. prozessbegleitende) Überprüfung der Zielerreichung (Prozess- und /oder Ergebnisqualität)« ¹⁰⁴ .

Tabelle 20: Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling).¹⁰⁰

Das nachfolgende Beispiel zeigt, wie für ein Ziel und einen Indikator das GAS beschrieben werden kann.

¹⁰⁰ Kiresuk & Sherman (1968)
¹⁰¹ Schaefer (2015, S. 5)
¹⁰² Schaefer & Kolip (2010)
¹⁰³ Schaefer (2015, S. 5)
¹⁰⁴ Schaefer (2015, S. 3)

Ziel 4:	Erhöhung der Alltagsaktivität der Beschäftigten durch Einrichtung von Bewegungsangeboten
Kennzahl 1:	Körperliche Aktivität pro Woche in Minuten
2 = viel mehr als erwartet	6 Monate nach Start der Bewegungsangebote hat sich die wöchentliche, für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Beschäftigten um mindestens 60 Minuten erhöht.
1 = mehr als erwartet	6 Monate nach Start der Bewegungsangebote hat sich die wöchentliche, für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Beschäftigten um mindestens 45 Minuten erhöht.
0 = erwartetes Ergebnis	6 Monate nach Start der Bewegungsangebote hat sich die wöchentliche, für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Beschäftigten um mindestens 30 Minuten erhöht.
- 1 = weniger als erwartet	6 Monate nach Start der Bewegungsangebote hat sich die wöchentliche, für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Beschäftigten um weniger als 30 Minuten erhöht.
- 2 = viel weniger als erwartet	6 Monate nach Start der Bewegungsangebote hat sich die wöchentliche, für körperliche Aktivität aufgewendete Zeit bei den regelmäßig teilnehmenden Beschäftigten nicht erhöht.

Tabelle 21: Beispiel für ein GAS.

Kosten der Evaluation

Die Kosten für eine Evaluation belaufen sich auf ca. **10 bis 15 % der Projektprozesskosten** (d. h. Projektkosten exklusive Aufwendungen für Maßnahmen). Diese Summe sollte unabhängig davon, ob es sich um eine interne oder externe Evaluation handelt, eingerechnet werden. Auch wenn eine Selbst- oder interne Fremdevaluation stattfindet, benötigen die Evaluatorinnen und Evaluatoren dieses Budget in Form von Zeittressourcen, eventuell anfallenden Lizenzkosten (z. B. für Fragebögen) oder punktuell zugekaufter externer Unterstützung (z. B. Durchführung und Auswertung von Interviews).

Evaluationsbericht und Präsentation

Mit dem Ende des BGF-Projekts stehen auch die Ergebnisse der Evaluation zur Verfügung. Viel Zeit und Aufwand wurde investiert, um den Verlauf und die Wirkungen des BGF-Projekts abzubilden und einer systematischen Bewertung zu unterziehen. Der Evaluationsbericht sollte im Projektteam, in der Steuerungsgruppe und mit der / dem Auftraggeber/in sowie idealerweise auch mit Vertreterinnen und Vertretern der Zielgruppen diskutiert werden. Die Evaluationsergebnisse sollten nicht, auch wenn sie nicht so positiv wie erhofft ausfallen, „unter den Teppich gekehrt werden“. Vielmehr sollten die Evaluationsergebnisse entsprechend des Evaluationsziels zur Dissemination den jeweilig angeführten Personen in einer entsprechend aufbereiteten Form zur Verfügung gestellt werden.

Eine umfassende Aufbereitung des Evaluationsberichts und / oder einer Präsentation können sein:¹⁰⁵

- Basisangaben zum Projekt wie Titel, Laufzeit, verantwortliche Abteilung, Geldgeber/in
- Projektbeschreibung einschließlich Hintergrund, Ziele, Zielgruppe(n), Ansätze und Maßnahmen
- zu beantwortende Evaluationsfragen
- Methoden der Evaluation
- Ergebnisse zur Programmreichweite und -akzeptanz („Prozessevaluation“)
 - Umsetzung der einzelnen Maßnahmen, einschließlich Anzahl und Datum der durchgeführten Aktionen sowie ggf. die Anzahl der jeweiligen Teilnehmer/innen
 - Möglicherweise aufgetretene Probleme und dadurch veranlasste Änderungen
 - Beschreibung der Stichproben hinsichtlich Anzahl der Befragten und demographischer Merkmale
 - Angaben zur Programmreichweite und -akzeptanz auf Basis der durchgeführten Befragung
- Ergebnisse zur Programmwirksamkeit („Ergebnisevaluation“)
 - Beschreibung der Stichproben hinsichtlich Anzahl der Befragten und demographischer Merkmale
 - Angaben zur Programmwirksamkeit (Einfluss auf Wissen, Verhalten, etc.) auf Basis der durchgeführten Befragung
- Diskussion der Ergebnisse und Ableitung von Schlussfolgerungen für die Zukunft
- Gegebenenfalls Anhang mit Kopien von Presseberichten oder entwickelten Materialien

Evaluationsstandards

Wie für viele andere Bereiche, gibt es auch für den Bereich der Evaluation Standards, also weithin als richtig anerkannte Vorgehensweisen. So fordert die Deutsche Gesellschaft für Evaluation e. V. (DeGE-val), dass Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen sollen:

- Nützlichkeit
- Durchführbarkeit
- Fairness
- Genauigkeit

Für jede der zuvor angeführten vier Eigenschaften wurden von der DeGEval mehrere Standards festgelegt. Während die **Nützlichkeitsstandards** sicherstellen, dass die Evaluation sich an den geklärten

Evaluationszwecken sowie am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer/innen ausgerichtet, geben die **Durchführbarkeitsstandards** Hilfestellung dabei, die Evaluation realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewusst zu planen und auszuführen. Die **Fairnessstandards** wiederum sollen sicherstellen, dass respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen während des gesamten Prozesses umgegangen wird. Und die **Genauigkeitsstandards** sollen sicherstellen, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und Evaluationsfragestellungen liefert.¹⁰⁶

Auch in der ÖNORM D 4000 finden sich Anforderungen an Evaluationen. Hier werden **soziale Sensibilität, Transparenz** und **Datenschutz** besonders hervorgehoben.¹⁰⁷

Wenn Angebote für eine externe Evaluation eingeholt werden, sollte darauf geachtet werden, dass die Anbieter/innen sich diesen Standards der Evaluation verpflichtet fühlen. Dies ist ein zentrales Qualitätsmerkmal externer Evaluation, die auf hohe Professionalität schließen lässt.



3.5.2 Dokumentation

Eine umfassende, systematische und einheitliche Dokumentation projektrelevanter Entscheidungen, Vereinbarungen, Maßnahmen, Ereignisse und Erfahrungen ist nicht nur für die Planung und Steuerung, sondern auch für die Evaluation des BGF-Projekts von großer Bedeutung. Die Projektdokumentation ist die „Zusammenstellung ausgewählter, wesentlicher Daten über Konfiguration, Organisation, Mitteleinsatz, Lösungswege, Ablauf und erreichte Ziele des Projekts“.¹⁰⁸

Die Dokumentation dient also nicht nur der Evaluation, sondern erfüllt darüber hinaus wichtige Aufgaben. So können Entscheidungsträger/innen und Kooperationspartner/innen laufend mit aktuellen Informationen zum BGF-Projekt versorgt werden. Informationen für die Erstellung von betrieblichen Gesundheitsberichten, Zwischen- und Endbericht können mit vertretbarem Aufwand relativ rasch zur Verfügung gestellt werden.

¹⁰⁶ DeGEval (2008)

¹⁰⁷ ÖNORM D 4000 (2005)

¹⁰⁸ DIN 69901:2009

Auch im Falle personeller Veränderungen von Entscheidungsträgerinnen und -trägern, Steuerungsgruppen- oder Projektteammitgliedern ist dadurch eine weniger aufwendige Übergabe projektrelevanter Informationen sichergestellt.

Der Aufwand, ein **Dokumentationssystem** einzuführen und einheitliche Vorlagen für die verschiedenen Typen von Dokumenten (wie z. B. Projektauftrag, Projektplan, Projekthandbuch, Projektberichte, Gesprächs-, Sitzungs-, Beschlussprotokolle, gestellte Anträge, veröffentlichte Preetexte, etc.) zu erstellen, erscheint groß. Einmal eingerichtet und regelmäßig überprüft (d. h., werden die zu Projektbeginn erstellten Vorlagen den Anforderungen der laufenden Projektarbeit noch gerecht oder müssen sie adaptiert werden) wird die **Arbeit im BGF-Projekt dadurch aber auch sehr erleichtert**. Idealerweise ist ein Projektteammitglied für das Dokumentationssystem zuständig. Die Verwaltung der Dokumente erfolgt am einfachsten auf einem Server im Intra- oder Internet, da die Dokumente dadurch fast jederzeit für alle Personen, die über einen Benutzernamen und ein Passwort verfügen, zugänglich sind und bei Bedarf auch ausgedruckt werden können.

Dokumente sollten vor allem **lesbar und verständlich** sein. Einheitliches Seitenlayout, Angaben zu Autor/in, Datum der letzten Änderung, Versionsnummer, etc. erleichtern das praktische Arbeiten mit den Dokumenten. Damit der **Überblick in den (elektronischen) Ordnern** im BGF-Projektalltag nicht verloren geht, sollten Vereinbarungen für das Aktualisieren, Archivieren und Vernichten der Dokumente festgelegt werden.

Zur **Dokumentation von verhaltenspräventiven Maßnahmen** wird die Erstellung eines (spezifischen) **Beobachtungsbogens** je Maßnahme empfohlen. Auf diese Art und Weise können spätestens direkt nach dem Ende einer Maßnahme die wichtigsten Informationen zur Maßnahme dokumentiert werden. Beobachtungsbögen dieser Art eignen sich auch für die Ableitung von Verbesserungsvorschlägen für den Fall, dass die Maßnahme ein weiteres Mal angeboten werden soll.

Eine besondere Bedeutung im Rahmen eines BGF-Projekts kommt der Ableitung und Umsetzung **verhältnispräventiver Maßnahmen** zu. Die Dokumentation von Veränderungen dieser Art für die Ergebnisevaluation ist daher sehr wichtig. Um die Veränderung und den Erfolg der Maßnahmen nachzuweisen, sollte daher bereits vor der geplanten Umsetzung der Ist-Stand des Arbeitsumfelds dokumentiert werden. Für die Dokumentation verhältnispräventiver Maßnahmen wird die Erstellung eines **Dokumentationsbogens inkl. Fotodokumentation** empfohlen.

3.5.3 Der zweite Gesundheitsbericht

Der zweite Gesundheitsbericht wird am Ende des BGF-Projekts verfasst. Der Inhalt ist kurzgefasst der gesamte Prozessablauf, die durchgeführten Maßnahmen, Ergebnisse der Evaluation sowie ein Ausblick, wie es nach dem Projekt weitergehen wird. Auch in diesem Gesundheitsbericht sind die Statements der Geschäftsführung und der Umsetzungsverantwortlichen von zentraler Bedeutung. Sie zeigen wiederum, dass die Gesundheitsförderung im Unternehmen Rückhalt von der obersten Leitung erfährt und holt die Umsetzer/innen vor den Vorhang. Adressatinnen und Adressaten sind wie auch beim ersten Gesundheitsbericht die Beschäftigten.

In der nachfolgenden Tabelle werden mögliche Inhalte des zweiten Gesundheitsberichts sowie eine Beschreibung, worauf bei der Darstellung besondere Rücksicht genommen werden muss, aufgelistet.

Tabelle 22: Inhalte und Beschreibung des zweiten Gesundheitsberichts.

Inhalt	Beschreibung
Stellungnahme der Geschäftsleitung, der ArbeitnehmerInnenvertretung und eventuell weiterer für die BGF wichtigen Akteurinnen und Akteure	Die Geschäftsführung zeigt mit ihrem Statement, dass das Gesundheitsförderungsprojekt den Rückhalt der obersten Leitung hatte und dass auch in Zukunft die Gesundheitsförderung Managementaufgabe bleibt. Auch die Projektleitung, das Projektteam, die Personalvertretung und weitere im Unternehmen zentrale Personen können mit kurzen Texten ihr Resümee über das Projekt ziehen und zukünftige Entwicklungen ankündigen.
Beschreibung des BGF-Projekts und aller durchgeführten Phasen	Auch wenn im ersten Gesundheitsbericht bereits die ersten Phasen des Projekts dargestellt wurden, empfiehlt es sich, diese im zweiten Bericht noch einmal in aller Kürze zusammenzufassen und um die restlichen Phasen zu ergänzen. Was wurde wie und wann gemacht? Welche Highlights gab es in den einzelnen Phasen. Welche besonderen Maßnahmen wurden umgesetzt. Gibt es Evaluationsergebnisse in denen die Beschäftigten ihre Einschätzungen zum Projekt und/oder zu einzelnen Maßnahmen kundtun konnten? Je praxisnaher und mit je mehr Bezug zu den Beschäftigten, z. B. durch kurze Statements einzelner Teilnehmer/innen, dieser Teil verfasst ist, desto leichter lesbar ist er. Fotos von Plakaten, Teilnehmerinnen und Teilnehmern, neuen oder umgestalteten Arbeitsplätzen oder Räumlichkeiten etc. lockern den Bericht auf.
Ergebnisse der Evaluation und Ausblick	In aller Kürze und Einfachheit sollte auch auf die Ergebnisse der Evaluation eingegangen werden. Einerseits interessiert Beschäftigte, ob diese ganzen Aktivitäten zu einer Verbesserung der Gesundheit beigetragen haben und andererseits kann mit Hilfe der Evaluationsergebnisse auch gut argumentiert werden, warum etwas beibehalten oder warum etwas nicht beibehalten wird.
Ergebnisse der Evaluation und Ausblick	Der Ausblick rundet den Bericht ab. Er zeigt, wie es nach dem Projekt weitergehen wird. Auch wenn man zum Zeitpunkt des Berichts noch nicht weiß wie viele Ressourcen vorhanden sein werden, ist es wichtig die Grundsatzentscheidung zur Weiterführung der Gesundheitsförderungsaktivitäten zu kommunizieren. Damit wird gezeigt, dass BGF keine einmalige Angelegenheit war, sondern dass sie auch in Zukunft ein wichtiger strategischer Teil der Organisationsentwicklung bleiben wird.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung für Kleinst- und Kleinbetriebe

4.1 Anforderungen von Klein- und Kleinstbetrieben

Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bilden das Rückgrat der europäischen sowie der österreichischen Unternehmenslandschaft. Aufgrund der geringen Beschäftigtenanzahl haben diese Betriebe besondere Anforderungen an ein BGF-Projekt.

Das Netzwerk BGF hat, speziell für die Bedürfnisse dieser Gruppe, ein eigenes Modell für die BGF entwickelt. Es kommt den Anforderungen kleiner Betriebe insofern entgegen, als dass Strukturen vereinfacht und Prozesse verkürzt sind. Die Angebote richten sich an Unternehmen mit einer Beschäftigtenzahl bis rund 50 Mitarbeiter/innen.

4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

In Kleinst- und Kleinbetrieben ist es besonders wichtig, das Vorgehen in BGF-Projekten an die Besonderheiten, Möglichkeiten und Bedürfnisse der einzelnen Betriebe anzupassen. Dies verlangt von den Beraterinnen und Beratern ein **höheres Maß an Flexibilität** als bei BGF-Projekten in größeren Betrieben. Die Praxis zeigt jedoch, dass daraus wesentliche Vorteile und Potentiale für kleinere Unternehmen resultieren können. Im Folgenden sind Faktoren angeführt, die bei der Durchführung von BGF-Projekten in Klein- und Kleinstbetrieben besonders zu beachten sind¹⁰⁹:

1. **Zentrale Rolle der Geschäftsführung:** Kleinst- und Kleinbetriebe sind meist nur um die Geschäftsführung zentriert, welche die einzige oder eine der wenigen zentralen Führungskräfte darstellt. Die Einstellungen, Überzeugungen, Erfahrungen und Kompetenzen der Geschäftsführung spiegeln sich zumeist in der Unternehmenskultur und im Arbeitsklima wider.
2. **Organisationsstrukturen und -prozesse:** Organisationsstrukturen sind in Kleinst- und Kleinbetrieben einfacher und wenig formalisiert. Es sind meist flache Hierarchien gekennzeichnet von kurzen Kommunikationswegen.
3. **Soziale Beziehungen:** Höhere Transparenz, größere Nähe und höhere soziale Kontrolle stellen Ressourcen für Kleinst- und

Kleinbetriebe dar. Häufig entsteht eine hohe Identifikation mit dem Betrieb und hohe Solidarität mit dem/der Vorgesetzten.

4. **Arbeitsanforderungen:** In Kleinst- und Kleinbetrieben ist ein hohes Maß an Flexibilität gefordert, da es häufig weniger Routinetätigkeiten und standardisierte Abläufe gibt, als in größeren Unternehmen. Dadurch entstehen ständig neue Herausforderungen für die Beschäftigten und daher muss ein relativ hohes Qualifikationsniveau vorausgesetzt werden.
5. **Begrenzte Ressourcen:** Begrenzte finanzielle, personelle und zeitliche Spielräume hindern Kleinst- und Kleinbetriebe häufig daran, ein BGF-Projekt zu starten. Kurzfristige wirtschaftliche Existenzsicherung steht zumeist vor längerfristigen gesundheitlichen Überlegungen.
6. **Kaum betriebliche Verankerung von Gesundheits- und Sicherheitsthemen:** Institutionalisierte Belegschaftsvertretungen gibt es in Kleinst- und Kleinbetrieben zumeist nicht. Daher obliegt der erste Schritt zur BGF meist der Geschäftsführung.

4.3 Der BGF-Prozess für Kleinst- und Kleinbetriebe

Ausgehend von all diesen zuvor genannten Überlegungen ist das Netzwerk BGF seit geraumer Zeit bemüht den BGF-Prozess für Kleinst- und Kleinbetriebe so ressourcenschonend wie möglich aufzusetzen. Dabei soll jedoch der bewährte BGF-Managementkreislauf (Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation), wie ihn auch größere Unternehmen durchlaufen, erhalten bleiben.



Das Netzwerk BGF bietet unterschiedliche Modelle für die Durchführung von BGF in Kleinst- und Kleinbetrieben an. Die Regional- und Servicestellen unterstützen Unternehmen bei der Modellauswahl.

4.3.1 Gesundheitscoaching

Im Jahr 2006 wurde das Modell des Gesundheitscoachings¹¹⁰ erarbeitet. Dieses Modell ermöglicht es bereits nach drei innerbetrieblichen Interventionen einen Maßnahmenplan vorliegen zu haben. Dabei steht am Beginn ein Führungskräfte-Einzelcoaching, danach ein

Gesundheitsworkshop für Beschäftigte und als Abschluss ein Zusammenführungsworkshop. In diesem werden sowohl die Vorschläge der Beschäftigten als auch die Anliegen der Geschäftsführung diskutiert und ein gemeinsamer Maßnahmenplan erstellt. Nach sechs bis neun Monaten Maßnahmenumsetzung erfolgen die Evaluation und die Überführung in die Nachhaltigkeit.

4.3.2 BGFvote

BGFvote ist ein weiterer vom Netzwerk BGF entwickelter BGF-Beratungsablauf. Dabei werden in der Diagnosephase mittels eines elektronischen Befragungssystems Ressourcen und Belastungen erhoben. Gruppen von Beschäftigten (maximal 50 Personen gleichzeitig) werden mittels einer MS Power-Point-Präsentation die Fragen des Fragebogens vorgegeben. Jede/r Teilnehmer/in gibt mittels Abstimmungsgerät anonym ihre/seine Antwort auf die gerade projizierte Frage. Alle Antworten werden unmittelbar gespeichert und können nach Beendigung der Befragung ohne großen Zeitverlust ausgewertet werden.

Anpassung von BGFvote an die Betriebsgröße

Auch wenn sich das Angebot von BGFvote an alle Kleinst- und Kleinbetriebe richtet, kann auch innerhalb dieses Konzepts individuell auf unterschiedliche Größen und Strukturen des Unternehmens eingegangen werden. Denn ein Kleinstbetrieb von sechs Beschäftigten hat wiederum andere Anforderungen an ein BGF-Projekt als ein Betrieb mit 50 Beschäftigten. Welche Strukturen aufgebaut und welche Prozesse durchgeführt werden, wird individuell für jedes Unternehmen erarbeitet.

Verschiedene Elemente, wie z. B. eine **Kick-Off Veranstaltung, Führungskräfte-, Gesundheitsgespräche** und **Gesundheitsworkshop(s) für Mitarbeiter/innen und Führungskräfte** bilden die Grundlage für das BGF-Projekt. Der **Maßnahmenplan** besteht, wie auch bei größeren Betrieben, aus verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen und wird mit Führungskräften und Beschäftigten entwickelt. Am Ende des Projekts steht die **Evaluation**. Dabei werden Veränderungen sowie die Zielerreichung mit Beschäftigten und Führungskräften erörtert. Darüber hinaus werden in Hinblick auf die Sicherung der Nachhaltigkeit weiterführende Maßnahmen abgeleitet.

Das elektronische Befragungssystem

Das Befragungssystem besteht aus drei Teilen, die im Folgenden genauer beschrieben sind. Die Befragung wird als Gruppenbefragung durchgeführt. Die Bearbeitungsdauer beträgt 30 bis 40 Minuten.

1. Teil: KFZA

Der Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)¹¹¹ ist ein in der betrieblichen Praxis häufig eingesetztes arbeitspsychologisches Screening-Verfahren, welches der Ermittlung und Beurteilung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz dient. Als subjektives Erhebungsinstrument liefert er Informationen über das Erleben der Arbeitssituation aus der Sichtweise der Beschäftigten und ist branchenunspezifisch einsetzbar. Der KFZA besteht aus insgesamt 26 Fragen, die zu 11 Skalen verrechnet werden. Diese lassen sich wiederum zu vier Aspekten zuordnen: Arbeitsinhalte, Ressourcen, Stressoren sowie Organisationsklima (siehe Tabelle 23). Der Fragebogen entspricht den Anforderungen an Instrumente für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ÖNORM EN ISO 10075-3 „Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastungen“.

Der Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse	
Einsatzgebiet	Unternehmen mit 6 bis 50 Mitarbeitenden
Analyseeinheit(en)	Gruppen bestehend aus mindestens 6 Beschäftigten
Aufwand	Interessierte Unternehmen wenden sich an ihre zuständige Regional- oder Servicestelle
Durchführung	Durch das Netzwerk BGF geschulte Expertinnen und Experten unterstützen bei der Durchführung und Interpretation der Befragung im Unternehmen.
Auswertung	Folgende Aspekte werden durch die 26 Fragen abgedeckt: <ul style="list-style-type: none"> ● Arbeitsinhalte ● Ressourcen ● Stressoren ● Organisationsklima
Datenschutz	Die BGFvote-Befragung wird mithilfe eines elektronischen Befragungssystems als Gruppenbefragung durchgeführt. Aus Datenschutzgründen werden keine Teilauswertungen z. B. von Geschlecht, Alter oder Abteilung vorgenommen, wenn die Gruppe aus weniger als sechs Beschäftigten besteht. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind somit zu keiner Zeit möglich.

Tabelle 23: Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA).

2. Teil: Zusätzliche Fragen zur BGF

Im 2. Teil werden neun zusätzliche Fragen zur Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmotivation, zur Einschätzung des derzeitigen Gesundheitszustands sowie zu gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen und darauf bezogene Wünsche gestellt. Eine Beispielfrage wäre: „Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Motivation beim Ausüben Ihrer Tätigkeit ein?“

3. Teil: Fragen zur Projektevaluation

Die im BGFvote Modell vorgesehene Zweitbefragung beinhaltet, zusätzlich zu den ersten beiden Teilen, einige Fragen zur Evaluation des BGF-Projekts, wie z. B. „Wie beurteilen Sie die Umsetzung der Maßnahmen insgesamt?“

Das BGFvote-Modell ist ein bewährtes, methodisch fundiertes und in der betrieblichen Praxis gut einsetzbares Modell für Kleinst- und Kleinbetriebe. Der Leitfaden BGFvote – Gesundheitsförderung für Kleinst- und Kleinbetriebe führt das hier knapp dargestellte Vorgehen im Detail aus.

Die Regional- und Servicestellen verfügen über das entsprechende Equipment zur Durchführung von BGFvote und unterstützen bei der praktischen Umsetzung im Betrieb.



5. Qualitätskriterien des Netzwerk BGF

Aufbauend auf den vier zentralen Leitlinien der Luxemburger Deklaration entwickelte das Netzwerk BGF 15 Qualitätskriterien. Diese dienen dazu, die Qualität von BGF-Projekten zum Projektabschluss zu bewerten und stellen somit auch die inhaltliche Grundlage für den Antrag zur Erreichung des BGF-Gütesiegels dar (siehe Abbildung 29). Darüber hinaus können, auch schon während der eigentlichen Umsetzungsphase eines BGF-Projekts, diese als Eckpfeiler und Orientierungsrichtlinien genutzt werden.



Abbildung 29: Die 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF.

Im Folgenden sind diese 15 Qualitätskriterien genauer beschrieben. Dabei stehen jeweils die wesentlichsten Bestimmungsmerkmale im Vordergrund:

5.1 Qualitätskriterium N° 1: Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur

Die BGF in zentrale Unternehmensdokumente einbauen

Ein BGF-Projekt soll kein in sich geschlossenes System sein, das unabhängig von anderen Systemen, Strukturen und Prozessen im Unternehmen existiert. Vielmehr muss von Beginn an darauf geachtet werden,

es als Querschnittsthema in allen Strukturen und Prozessen zu verankern. Dies gelingt, indem Gesundheit längerfristig als Querschnittsthema in den vorhandenen betrieblichen Routinen, wie etwa in die Ausbildung von Mitarbeitenden und Führungskräften eingebunden sowie in zentrale Unternehmensdokumente (z. B. Unternehmensleitbild, Führungsgrundsätze, Personalstrategie), in Instrumente der Personal- und Organisationsentwicklung (z. B. Mitarbeitendengespräch) und wenn passend u. a. in vorhandenen Managementsysteme (z. B. Qualitätsmanagement, Umweltmanagement, Arbeitssicherheit) eingebaut wird (siehe Kapitel 6). Als sichtbares Zeichen, dass die Unternehmenskultur einer gesundheitsförderlichen Gestaltung zugeführt wird, dient die BGF-Charta (siehe Kapitel 1.3).

5.2 Qualitätskriterium N° 2: (Projekt-)Struktur

Die BGF im Unternehmen strukturell verankern

Die strukturelle Verankerung der BGF (etwa in Form einer Steuerungsgruppe, BGF-Projektleitung und BGF-Projektteam, Gesundheitszirkel-moderatorinnen und -moderatoren) bildet neben dem Durchlaufen der einzelnen BGF-Phasen (Ablauf) die Basis für ein gelingendes BGF-Projekt. Die Umsetzungsverantwortlichen sollten aus allen Bereichen und Hierarchien des Unternehmens stammen, um einerseits eine hohe Akzeptanz und andererseits eine breite Basis für die Umsetzung des Prozesses zu gewährleisten. Unabhängig von der Betriebsgröße müssen sowohl Arbeitgeber/innen als auch Arbeitnehmer/innen vertreten sein und gemeinsam die Vision von der Förderung der Gesundheit der Belegschaft verfolgen.

5.3 Qualitätskriterium N° 3: Zuständigkeiten / Ansprechperson

Klare Verantwortlichkeit und Zuständigkeiten für die BGF benennen

Die Umsetzung der BGF wird im Sinne einer eigenen Projektorganisation auf Zeit vorgenommen, die später nach der Umsetzung des Projekts in eine dauerhafte BGM-Struktur übergehen soll. Dafür müssen konkrete Aufgaben und Zuständigkeiten schriftlich benannt werden und im Vorfeld des BGF-Projekts eine bedarfsgerechte Qualifizierung erfolgen. Zusätzlich sind ausreichende zeitliche Ressourcen für die Arbeit im BGF-Projekt und später in der Nachhaltigkeit bzw. im BGM Inhalt dieses Qualitätskriteriums.

5.4 Qualitätskriterium N° 4: Zielgruppenorientierung

Bedürfnisse einzelner Zielgruppen angemessen berücksichtigen

Die zielgruppenorientierte Arbeit im Projekt gewährleistet, dass die wichtigsten Handlungsfelder erkannt und darauf aufbauend adäquate Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt werden. Dabei steht die Definition von Zielgruppen (z. B. Frauen/Männer, Beschäftigte mit Migrationshintergrund, Lehrlinge / ältere Beschäftigte) am Anfang. Erst wenn die Zielgruppen definiert und deren besondere Bedürfnisse beschrieben sind, können die weiteren Projektschritte (Diagnose, Planung, Umsetzung, Evaluation) qualitativ umgesetzt werden. Dies beugt einer dem Gießkannenprinzip folgenden Maßnahmenumsetzung vor, welche die spezifischen Bedarfe der einzelnen Zielgruppen nicht berücksichtigt.

5.5 Qualitätskriterium N° 5: Diagnosephase/-instrumente/Bedarfserhebung

Qualitätsgesicherte BGF- Diagnoseinstrumente einsetzen

Welche Art von Methode(n) und Diagnoseinstrument(en) für die Bedarfserhebung gewählt wird bzw. werden, hängt sehr stark von der Größe und der Struktur des Unternehmens ab. Alle eingesetzten Diagnoseinstrumente sollten allerdings anhand wissenschaftlicher Theorien und Modelle entwickelt und anhand von normierten Testgütekriterien¹¹² geprüft worden sein. Nur diese Instrumente gewährleisten eine möglichst valide Erhebung der Ausgangswerte für die Ableitung von Zielen, Handlungsfeldern und Maßnahmen. Mit dem Kombi AG Österreich und BGFvorte stellt das Netzwerk BGF seinen Partnerbetrieben zwei wissenschaftlich fundierte Instrumente für die Diagnosephase zur Verfügung. Auch die Qualität von Gesundheitszirkeln wurde in verschiedensten Studien bereits belegt.¹¹³

5.6 Qualitätskriterium N° 6: Mitarbeitendenorientierung

Beteiligungsmöglichkeiten für die Belegschaft schaffen

Beschäftigte sind aufgrund ihrer zumeist langjährigen Erfahrung in der Regel die besten Expertinnen und Experten für mögliche Veränderungen und Neugestaltung der Arbeits- und Organisationsbedingungen im eigenen Betrieb. Von ihrem Einsatz ist das Gelingen des Projekts in

¹¹² Österreichisches BGF Netzwerk (2016)

¹¹³ Ulich & Wülscher (2015, S. 169 ff.)

einem hohen Maße abhängig. Deshalb ist es wesentlich, ausreichende Möglichkeiten zu schaffen, damit sie sich aktiv einbringen können.

5.7 Qualitätskriterium N° 7: Kommunikation

Über das BGF-Projekt laufend informieren und Widerständen rechtzeitig begegnen

Die Planung der Information über die BGF-Projektziele, Maßnahmen und Beteiligungsmöglichkeiten sowie über den aktuellen Stand der Dinge und eine regelmäßige und anlassbezogene Kommunikation zur Reduktion von Widerständen, fördert die Akzeptanz und trägt unmittelbar zum Gelingen des BGF-Projekts bei. Dabei sollte darauf geachtet werden, einen Kommunikationsplan möglichst früh, am besten schon in der Vorprojektphase zu erstellen und dabei darauf zu achten, die zuvor definierten Zielgruppen auch adäquat anzusprechen. Die Information mittels mündlicher und schriftlicher Medien bzw. Kommunikationskanäle (z. B. Mitarbeitendenzeitung, Plakate, Intranet, Infopoints, Teambesprechungen, Ansprachen durch die Geschäftsführung) und durch verschiedenste Personen (z. B. BGF-Projektleitung, Führungskräfte, Betriebsrat, Kolleginnen und Kollegen) unterstützen die Bekanntheit der BGF und der Maßnahmen im Betrieb.

5.8 Qualitätskriterium N° 8: Verhältnisorientierte Maßnahmen

Bedarfsorientierte Arbeits- und Organisationsbedingungen verbessern

Ausgehend von den Ergebnissen der Diagnosephase und der partizipativen Maßnahmenplanung werden bedarfsgerecht verhältnisorientierte Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt. Da verhältnisorientierte Maßnahmen mehr Beschäftigte erreichen als verhaltensorientierte Maßnahmen, überwiegen diese in ihrer Anzahl.

5.9 Qualitätskriterium N° 9: Verhaltensorientierte Maßnahmen

Bedarfsorientiert für ein gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisieren und befähigen

Ausgehend von den Ergebnissen der Diagnosephase und der partizipativen Maßnahmenplanung werden bedarfsgerecht verhaltensorientierte Maßnahmen erarbeitet und umgesetzt. Maßnahmen auf der persönlichen

Ebene zielen auf ein erhöhtes Bewusstsein und Achtsamkeit gegenüber der eigenen Gesundheit (Sensibilisierung) sowie weiterführend auf einen Erwerb von Kompetenzen zum Aufbau neuer oder Vertiefung bereits bestehender gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ab.

5.10 Qualitätskriterium N° 10: Führung

Führungskräfte zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten sensibilisieren und befähigen

Bereits in der Vorprojektphase wurden Führungskräfte für das Thema Gesundheitsförderung sensibilisiert und gewonnen. Durch wiederkehrende Qualifizierungsmaßnahmen in Bezug auf gesundheitsförderliches Führen werden sie befähigt, sich und ihre Mitarbeitenden bei der Förderung der Gesundheit zu unterstützen. Die stetige Einbindung der Führungskräfte in die einzelnen Projektphasen gewährleistet, dass sie sich mit dem Projekt identifizieren und ihren Mitarbeitenden die Partizipation am BGF-Projekt und die Teilnahme an den Maßnahmen ermöglichen.

5.11 Qualitätskriterium N° 11: Qualität der Zielformulierung / Umfang der Ziele

SMARTe Ziele für das BGF-Projekt formulieren

Die zu Beginn, auf Basis des bio-psycho-sozialen Gesundheitsmodells, formulierten Grobziele sind anhand der Ergebnisse der Diagnosephase zu spezifischen, messbaren, angemessenen / attraktiven, realistischen und terminisierten SMARTen Feinzielen weiterentwickelt worden. Diese Feinziele dienen als Orientierung für die Ausrichtung des Projekts. Anhand der Ziele kann schon während der Umsetzungsphase frühzeitig erkannt werden, ob das BGF-Projekt auf dem richtigen Weg ist. Bei Projektende erleichtern SMARTe Ziele das Sichtbarmachen von Erfolgen und das Aufdecken von bestehendem Handlungsbedarf.

5.12 Qualitätskriterium N° 12: Ergebniskontrolle und Evaluation

Effizienz und Wirksamkeit des BGF-Projekts bewerten

Das Projekt wird sowohl während der Umsetzung (Struktur- und Prozessevaluation) laufend (formativ) als auch am Ende (Ergebnisevaluation) abschließend (summativ), bewertet. Diese Bewertungen fließen während der Projektlaufzeit immer wieder in die Projektarbeit ein und fördern

die Qualität der Umsetzung. Am Ende des Projekts zeigt die Ergebnisevaluation, welche Veränderungen erzielt werden konnten. Nach Abschluss des Projekts dienen die Ergebnisse der Evaluation dazu, jene Strukturen, Prozesse und Ergebnisse in die Nachhaltigkeit zu überführen, die sich bereits während der Umsetzung des BGF-Projekts bewährt haben.

5.13 Qualitätskriterium N° 13: Zielerreichung

Zielerreichungsgrad prüfen

Am Ende des Projekts steht die Prüfung der Ergebnisziele. Anhand der zuvor formulierten Ziele und Kennzahlen kann die Erreichung bzw. Nichterreichung bewertet werden. Wenn Ziele nicht erreicht worden sind, ist es wichtig die Ursachen zu identifizieren, um im Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung die Zielerreichung beim nächsten Durchlaufen des Managementkreislaufs in der Nachhaltigkeit (siehe Kapitel 8) zu sichern.

5.14 Qualitätskriterium N° 14: Nachhaltigkeit

Projektstrukturen, Prozesse und Maßnahmen auf Nachhaltigkeit ausrichten

Bereits während der Umsetzungsphase wurde das Thema Nachhaltigkeit in die Projektarbeit aufgenommen. Die in der Projektarbeit erprobten und bewährten Strukturen, Prozesse und Maßnahmen werden dauerhaft in der Linienorganisation bzw. im BGM fortgeführt. Diese Verfestigung gewährleistet eine dauerhafte Beschäftigung der Organisation mit dem Thema Gesundheit. Dabei erfahren vorhandene Unternehmensdokumente und Managementsysteme eine nachhaltige Erweiterung um das Thema Gesundheit (siehe Qualitätskriterium 1 Unternehmensgrundsätze/ Unternehmenskultur).

5.15 Qualitätskriterium N° 15: Umsetzung des Projektkreislaufs

Die BGF-Aktivitäten werden stringent und strukturiert umgesetzt

Der BGF-Managementkreislauf wird systematisch umgesetzt. Die einzelnen Schritte sind aufeinander abgestimmt, bauen auf dem Vorangehenden auf und sind wiederum die Basis für den nächsten Schritt.

Qualitätskriterien des Netzwerks BGF

6. Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

In diesem Kapitel geht es um die Frage, wie Betriebe nach dem erfolgreichen Abschluss eines BGF-Projekts ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) einführen und dauerhaft umsetzen können. Anhand einzelner Entwicklungsstufen, beginnend von der Durchführung von BGF-Einzelmaßnahmen über die Umsetzung eines BGF-Projekts bis hin zum Aufbau eines BGM, wird ein idealtypischer Weg hin zu einem gesunden Betrieb skizziert. Anschließend werden zentrale BGM-Gestaltungsmerkmale und einzelne Elemente bzw. Bausteine eines BGM-Systems vorgestellt.

6.1 Entwicklungsstufen von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Umsetzung von BGF-Einzelmaßnahmen

Bevor Betriebe ein Projekt zur BGF durchführen, haben sie zumeist schon Erfahrung mit der Umsetzung von Einzelmaßnahmen (sog. „Gesundheitsförderung im Betrieb“) gesammelt. Die Umsetzung von BGF-Maßnahmen ohne vorhergehende Bedarfsanalyse, einer Definition von Zielen sowie u. a. einer abschließenden Evaluation ist in österreichischen Betrieben insgesamt weit verbreitet. Laut einer aktuellen Studie¹¹⁴ bieten insgesamt etwa 74 Prozent der Unternehmen Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung an, wobei 92 Prozent der Betriebe mit über 250 Mitarbeitenden und nur 23 Prozent der kleineren Betriebe BGF-Maßnahmen umsetzen.

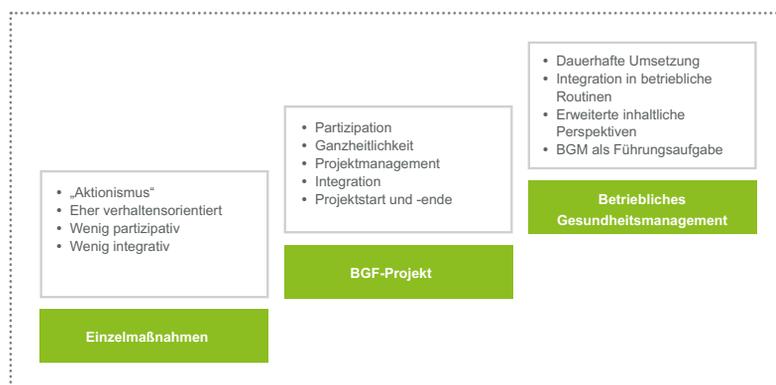


Abbildung 30: Entwicklungsstufen zu einem Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Auf dieser ersten Entwicklungsstufe sind erfahrungsgemäß die Nachhaltigkeit und die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen nur eingeschränkt gegeben. Einzelmaßnahmen können aber durchaus einen ersten wichtigen Schritt darstellen, um erste Erfahrungen mit dem Thema Gesundheit im betrieblichen Kontext zu sammeln und so später wichtige Weichen für die Umsetzung eines BGF-Projekts zu stellen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Eine systematischere Beschäftigung mit Gesundheit erfolgt erst auf der nächsten Entwicklungsstufe in Form eines Projekts zur BGF. Hier wird die Grundlage für die nachhaltige Förderung der Gesundheit der Beschäftigten geschaffen. In der praktischen Umsetzung bedeutet dies etwa den Aufbau einer Projektorganisation, die Qualifizierung und Befähigung der Verantwortlichen sowie die Bereitstellung personeller und finanzieller Ressourcen. Die gesundheitliche Ausgangslage des Betriebs wird erhoben und unter Beteiligung der Mitarbeitenden werden die zu erreichenden Ziele definiert. Nachfolgend werden sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen geplant und umgesetzt. Nach Abschluss des Projekts werden die Ergebnisse evaluiert und analysiert (siehe Kapitel 3.5).

Die Durchführung eines BGF-Projekts ermöglicht wichtige Lernerfahrungen, indem einzelne BGF-Strukturen (z. B. BGF-Projektleiter/in, BGF-Projektteam) und Prozesse (z. B. Diagnose) bzw. Instrumente (z. B. Mitarbeitendenbefragung, GZ) erstmalig im Betrieb erprobt und für eine dauerhafte Umsetzung „getestet“ werden können. Denn die BGF ist nicht als einmalige, auf die Projektlaufzeit begrenzte Intervention zu betrachten, sondern vielmehr als Einstieg in die nächste Entwicklungsstufe, in ein dauerhaft umzusetzendes BGM, das unter anderem dadurch charakterisiert ist, dass es kein zeitliches Ende hat.

Betriebliches Gesundheitsmanagement:

Ein BGM baut auf den im Kapitel 5 vorgestellten 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF auf und hat somit ein gemeinsames theoretisches Fundament mit BGF-Projekten. Darüber hinaus gibt es wesentliche Aspekte, die ergänzend zu diesen grundlegenden Anforderungen ein BGM kennzeichnen und es damit auch von einem BGF-Projekt unterscheiden.

Eine Expertenkommission der Bertelsmann- und der Hans-Böckler-Stiftung (2004) definiert BGM beispielsweise als das »systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen rund um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten. Es unterscheidet sich von Einzelmaßnahmen durch die Integration in Betriebsroutinen und ein kontinuierliches

Betreiben der vier Kernprozesse Diagnostik, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation.«¹¹⁵

Um ein BGM noch näher zu charakterisieren, werden im folgenden Abschnitt die wesentlichsten Gestaltungsmerkmale im Überblick angeführt.

6.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gestaltungsmerkmale

6.2.1 Dauerhafte Umsetzung und Verstetigung

Die im BGF-Projekt eingeführte Organisationsstruktur auf Zeit (z. B. BGF-Projektleitung, BGF-Projektteam, GZ) und die damit verbundenen Verantwortlichkeiten, Aufgaben und Gremien werden passend auf die betrieblichen Bedarfe und vorhandenen Ressourcen überarbeitet bzw. adaptiert und im Rahmen der Implementierung des BGM als dauerhafte BGM-Organisationsstruktur etabliert. Darüber hinaus werden auch die BGM-Kernprozesse (z. B. Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation) dem Prinzip der „kontinuierlichen Verbesserung“ folgend, in regelmäßigen Abständen wiederkehrend und dauerhaft umgesetzt.

Dafür sind die sichtbare Unterstützung der obersten Leitung eines Unternehmens sowie die Bereitstellung von längerfristigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen, die dauerhafte Umsetzung von Maßnahmen und die bedarfsgerechte, fortlaufende Qualifizierung der innerbetrieblichen Akteurinnen und Akteure (z. B. Gesundheitsmanager/innen, Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren, Gesundheitsvertrauenspersonen, Führungskräfte aller Ebenen) wesentliche Erfolgsvoraussetzungen.

6.2.2 Integration in betriebliche Routinen

Ein BGM zielt auch darauf ab, Gesundheit als Querschnittsthema in die vorhandenen betrieblichen Routinen zu integrieren und nahtlos in Bestehendes einzufügen. Dies bedeutet, dass bei der Erstellung eines BGM-Konzepts auch im Vorfeld analysiert wird, in welchen Managementsystemen/-instrumenten und Geschäftsprozessen Gesundheit im Unternehmen als Querschnittsmaterie mit berücksichtigt werden soll.

Gesundheit kann als integraler Bestandteil von betrieblichen Strukturen und Prozessen, unter anderem auf oberster Ebene in Unternehmens- und Führungskräfteleitbildern, in den Unternehmenszielen und in betrieblichen Kennzahlensystemen sowie in Instrumenten der Personal- und Organisationsentwicklung (z. B. Mitarbeitendengespräch, Zielvereinbarungen), in der Personalauswahl, in der Aus- und Weiterbildung, in bestehenden Kommunikationsprozessen, bei Einkaufs- und Beschaffungsmaßnahmen sowie u. a. bei baulichen Maßnahmen mit berücksichtigt werden.

Dadurch erreicht man einerseits eine höhere Anzahl von Beschäftigten sowie (auch) jene, die man sonst nur schwer mit einem BGM erreicht (z. B. sozioökonomisch Benachteiligte, gering qualifizierte Mitarbeiter/innen) bzw. die am meisten von gesundheitsfördernden Maßnahmen im Betrieb profitieren. Andererseits erzielt der/die Dienstgeber/in dadurch auch den höchsten wirtschaftlichen Nutzen von Gesundheitsförderung im Betrieb (Return on Investment).

Bezüglich Zielvereinbarungen zeigt eine aktuelle Gesundheitsmonitorstudie von der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK, dass das Führen mittels Zielvereinbarungen grundsätzlich gesundheitsförderlich wirken kann, wenn sich die partizipativ vereinbarten Ziele am Leistungsvermögen der Beschäftigten orientieren, von diesen auch beeinflusst und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen auch erreichbar sind. Stetig steigende Zielvorgaben („Zielspiralen“), die sich hingegen ausschließlich an steigenden Ertrags- oder Leistungszielen (z. B. marktbedingt) orientieren, können die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen und zu selbstgefährdenden Verhaltensweisen führen.¹¹⁶

In vielen Industrie- und Produktionsunternehmen bietet es sich zudem an, Gesundheit in ein vorhandenes Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem (z. B. AUVA-SGM¹¹⁷, OHSAS¹¹⁸) oder in ein integriertes Managementsystem einzubauen. In öffentlichen Einrichtungen oder vielen Dienstleistungsorganisationen sind erfahrungsgemäß eher Qualitätsmanagementsysteme (z. B. ISO 9001) weiter verbreitet, auch hier kann eine Integration in bestehende QM-Strukturen und Prozesse zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit erfolgen.

¹¹⁶ Chevalier & Kaluza (2015)

¹¹⁷ AUVA-SGM = Allgemeine Unfallversicherungsanstalt – Sicherheits- und Gesundheitsmanagement

¹¹⁸ OHSAS = Occupational Health- and Safety Assessment Series

6.2.3 Erweiterung inhaltlicher Perspektiven

Ein BGM ist im Vergleich zur BGF ein inhaltlich umfangreicheres Konzept, das einen erweiterten Blickwinkel auf das Thema Gesundheit freigibt. Aus inhaltlicher Perspektive sollte es nämlich **zumindest die Erhaltung und Förderung der Gesundheit** im Unternehmen durch die Verbindung bestehender Ziele, Strukturen und Prozesse des gesetzlich geregelten ArbeitnehmerInnenschutzes (Prävention) und der BGF zu einem integrativen Gesamtkonzept beinhalten. Janssen, Kentner & Rockholtz (2004) bringen diese inhaltliche Erweiterung in einen formelhaften Zusammenhang: »Betriebliches Gesundheitsmanagement = ArbeitnehmerInnenschutz + Betriebliche Gesundheitsförderung + Strategisches Management.«¹¹⁹

Darüber hinaus **kann** die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bedarfsgerecht um die **zusätzliche Perspektive der Wiederherstellung der Gesundheit**, etwa durch die Wiedereingliederung langzeiterkrankter Beschäftigter (Tertiärprävention), **erweitert werden**. In einem BGM werden die Perspektiven der BGF um die der Prävention sowie des Fallmanagements bzw. der betrieblichen Wiedereingliederung ergänzt, sodass ein umfassendes BGM bildlich gesprochen auf drei „Säulen“ beruht.



Abbildung 31:
Das BGM-3-Säulen-Modell.¹²⁰

¹¹⁹ Janssen et al. (2004, S. 44)

¹²⁰ In Anlehnung an Schirmmayer (2015)

Betriebliche Gesundheitsförderung in der Nachhaltigkeit

In vielen Betrieben ist es aus Gründen begrenzter personeller und finanzieller Mittel nach dem eigentlichen BGF-Projektende nicht unmittelbar möglich, ein umfassendes BGM mit dem oben beschriebenen erweiterten inhaltlichen Fokus aufzubauen. Diese Entwicklungen brauchen erfahrungsgemäß auch Zeit. Ein wichtiger Zwischenschritt für Mittel- und Großbetriebe auf dem Weg zu einem BGM kann aber die dauerhafte Etablierung von Zielen, Strukturen und Prozessen vorerst innerhalb einer „Säule BGF“ darstellen („Betriebliche Gesundheitsförderung in der Nachhaltigkeit“). Auf dieser Grundlage können längerfristig dann die anderen „Säulen“ zu einem umfassenden BGM aufgebaut und ergänzt werden. Für Kleinst- und Kleinbetriebe braucht es noch praktikable Modelle und Angebote zur Wiedereingliederung von langzeiterkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden.

6.2.4 BGM als Führungsaufgabe

Ein BGM ist auch dadurch gekennzeichnet, dass es eine Führungsaufgabe ist. Ein qualitativ hochwertiges BGM zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht ausschließlich vom Betrieblichen Gesundheitsmanagement umgesetzt und organisiert wird, sondern in allen Unternehmensbereichen bzw. auf allen Hierarchieebenen gelebt wird. Ein so verstandenes „Gesundes Management“ verliert den Projektcharakter und wird zum „Tagwerk“, also zu einem fixen Bestandteil der täglichen Führungsarbeit.¹²¹

Eine wesentliche Voraussetzung, damit Gesundheit zur Führungsaufgabe wird, ist, dass die oberste Unternehmensleitung ihre Führungskräfte dafür auch ausreichend qualifiziert und befähigt, Ressourcen für die Umsetzung zur Verfügung stellt und Gesundheitsförderung u. a. in bestehenden Instrumenten (z. B. Mitarbeitendengespräche, Zielvereinbarungen) integriert ist.

Eine besondere Rolle kommt dabei der Leitung eines Unternehmens zu. Ein Managementsystem funktioniert nämlich nur so gut, wie die oberste Leitung das System forciert und in Handlungen und Entscheidungen täglich unterstreicht. Sie trägt letztlich die Gesamtverantwortung für das Wohlergehen der Belegschaft. Die operativen Aufgaben werden dabei an geeignete Mitarbeitende (z. B. Betriebliche Gesundheitsmanager/innen) im Unternehmen delegiert. Die oberste Leitung ist für einen erforderlichen Wandel in Richtung einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur verantwortlich und vermittelt, wie bedeutsam das BGM für die Erreichung der Unternehmensziele ist.¹²²

¹²¹ Weinreich & Weigl (2011, S. 152)

¹²² Kaminski (2013, S. 83 ff.)

Checkliste BGM-Gestaltungsmerkmale
Welche Strukturen (Aufgaben, Verantwortlichkeiten und Gremien) und Prozesse (BGF-Managementkreislauf) haben sich im BGF-Projekt bewährt? Was soll davon dauerhaft fortgeführt bzw. beibehalten werden? (Verstetigung)
Welche Maßnahmen aus dem BGF-Projekt sollen nach Projektende weiter fortgeführt werden? (Verstetigung)
Ist Gesundheit in vorhandenen Instrumenten der Personal- und Organisationsentwicklung (z. B. Mitarbeitendengespräche) integriert? (Integration in betriebliche Routinen)
Ist Gesundheit im Unternehmensleitbild oder in ähnlichen Dokumenten (z. B. Personalpolitik, Betriebsvereinbarungen, Führungsgrundsätze) sowie in Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen oder in vorhandenen Managementsystemen als Querschnittsthema integriert? (Integration in betriebliche Routinen)
Welche Verantwortlichkeiten, Gremien und Maßnahmen aus dem ArbeitnehmerInnenschutz bzw. im Bereich der Früherkennung bzw. Wiedereingliederung von langzeiterkrankten Mitarbeitenden gibt es bereits im Betrieb? (Erweiterte inhaltliche Perspektiven)
Wie kann eine gute Zusammenarbeit der einzelnen Verantwortlichkeiten, Gremien sichergestellt und die Maßnahmen in Form eines integrativen Gesamtkonzepts aufeinander abgestimmt werden? (Erweiterte inhaltliche Perspektiven)
Wurden bislang Qualifizierungsmaßnahmen zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten im Betrieb umgesetzt? Unterstützen die Führungskräfte sichtbar die Ziele und Aktivitäten des BGM? (Gesundheit als Führungsaufgabe)
Nehmen Führungskräfte ihre betriebliche Fürsorgepflicht wahr bzw. werden im Rahmen der betrieblichen Zielvereinbarungen mit Führungskräften auch BGM-Ziele für den eigenen Verantwortungsbereich vereinbart? (Gesundheit als Führungsaufgabe)

Tabelle 24: Checkliste BGM-Gestaltungsmerkmale.

6.3 Entwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt (siehe Kapitel 2 Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung) und der sich verändernden Wettbewerbsbedingungen für Betriebe, ist davon auszugehen, dass künftig systematische Ansätze zur dauerhaften Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit weiter an Bedeutung gewinnen.

In diesem Abschnitt wird in Anlehnung an allgemeine Anforderungen an Managementsysteme eine BGM-Systematik vorgestellt. Wenn Betriebe nach der erfolgreichen Umsetzung eines BGF-Projekts eine dauerhafte und wirkungsvolle Verankerung von Gesundheit anstreben,

ist es erfahrungsgemäß oft hilfreich, eine konkrete Beschreibung, wie BGM im eigenen Unternehmen umgesetzt werden soll, vorzunehmen.

Diese Beschreibung kann die wesentlichsten Eckpfeiler eines BGM-Systems (siehe Abbildung 32) in Form eines eigenen BGM-Handbuchs festlegen und folgende Elemente beinhalten:

- Beschreibung des betrieblichen Gesundheitsleitbilds zur längerfristigen Ausrichtung des BGM („Gesundheitsleitbild bzw. -politik“),
- Aufgaben, Verantwortlichkeiten und BGM-Gremien („BGM-Organisationsstruktur“),
- Festlegung von kurz- und mittelfristigen BGM-Zielen und die damit verbundenen Kennzahlen,
- BGM-Prozesse (z. B. BGF-Managementkreislauf, Kommunikation/Information, Arbeitsplatzevaluierung),
- Maßnahmen bzw. Programme (z. B. gesundheits- und arbeitsorientierte, verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen) mit denen die jeweiligen BGM-Ziele erreicht werden sollen sowie
- Regelmäßige interne Selbstbewertung des BGM (z. B. in Form von „internen Audits“, „Managementbewertung“) sowie an eine
- Fortlaufende Dokumentation (z. B. Gesundheits- oder Jahresbericht).

Ein so beschriebenes BGM-Konzept dient als grober Orientierungsrahmen und unterstützt Betriebe bei der Einführung, der Umsetzung und der Weiterentwicklung ihres BGM. Das Konzept sollte in weiterer Folge jeweils an die spezifischen Bedarfe und Ressourcen des Unternehmens angepasst bzw. in regelmäßigen Abständen aktualisiert werden. Der Umfang ist an die Größe und die Komplexität des jeweiligen Betriebs angepasst, sollte aber in der Regel so kurz und knapp wie möglich gehalten werden und im Aufbau mit den grundlegenden Anforderungen anderer Managementsysteme zumindest kompatibel sein. Das BGM-Konzept kann als integraler Bestandteil in das Handbuch eines im Betrieb vorhandenen Managementsystems (ArbeitnehmerInnenschutz, Qualität, Umwelt, integriertes Managementsystem) eingebaut werden.

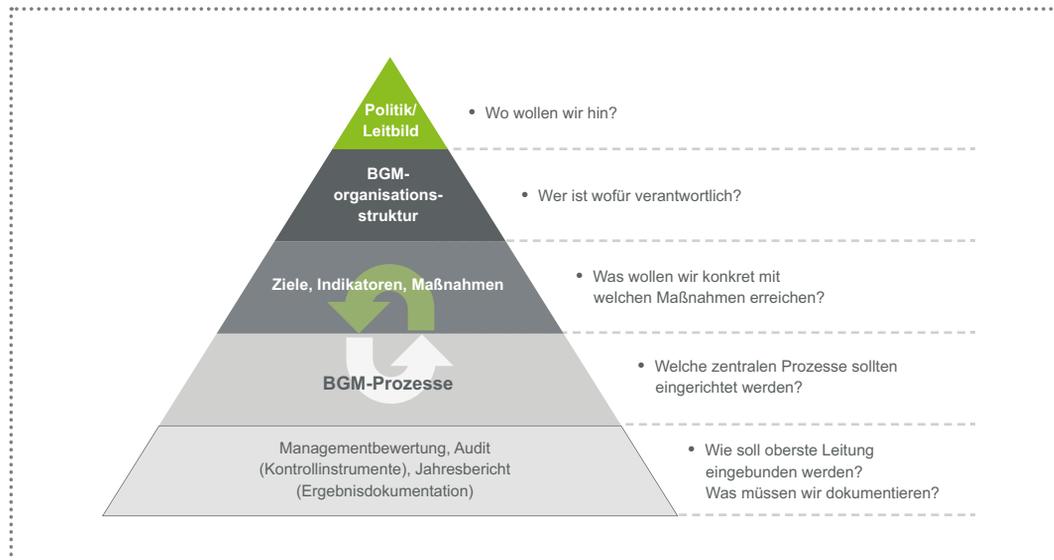


Abbildung 32: Bausteine einer BGM-Systematik.

6.3.1 Basisanalyse

Die ersten Überlegungen zur Erstellung eines BGM-Konzepts sollten bereits frühzeitig bzw. während der Durchführung eines BGF-Projekts erfolgen. Um ein auf die Bedarfe des jeweiligen Betriebs passendes BGM-Konzept zu erstellen, ist in einem ersten Schritt die Erhebung von vorhandenen Strukturen, Prozessen und Maßnahmen im Bereich der Prävention und der BGF von besonderer Bedeutung. In Form einer sogenannten „**Basisanalyse**“ kann für jeden Baustein bzw. jedes Element des BGM-Konzepts der Status Quo erhoben und mit den grundlegenden BGM-Gestaltungsmerkmalen in Beziehung gesetzt werden. In Kapitel 9 findet sich eine Checkliste mit einer Reihe an Reflexionsfragen zur Durchführung einer Basisanalyse.

6.3.2 Betriebliche Gesundheitspolitik

Ein Gesundheitsleitbild legt die Ausrichtung der Organisation im Bereich Gesundheit längerfristig fest. Es bildet die Basis für die Ableitung von Zielen und Maßnahmen. Die Gesundheitspolitik dient als ein offizielles Statement der Unternehmensleitung, sich dafür aktiv einzusetzen, die Gesundheit der Mitarbeiter/innen zu erhalten, zu fördern bzw. wiederherzustellen. In der aktiven Umsetzung des Leitbilds im Betriebsalltag zeigen die Unternehmensleitung und die Führungskräfte, dass Gesundheit im Betrieb über einen angemessenen Stellenwert verfügt.¹²³

6.3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement – Organisationsstruktur

Ein wesentlicher Schritt ist die dauerhafte Verankerung einer BGM-Organisationsstruktur und die Festlegung, welche Aufgaben und Funktionen zur Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit im Betrieb von wem wahrgenommen werden sollen. Je nach betrieblichen Rahmenbedingungen und den jeweiligen Erfordernissen, gilt es nach der erfolgreichen Umsetzung eines BGF-Projekts abzuklären, welche der vorhandenen Verantwortlichkeiten und Gremien dauerhaft fortgeführt und welche Aufgaben angepasst oder erweitert bzw. welche Aufgaben und BGM-Funktionen neu aufgebaut werden sollten. Im BGM geht es letztlich auch darum, dass der Leistungsbeitrag aller Verantwortlichen zielorientiert aufeinander abgestimmt und zu einem integrierten Gesamtbild verwoben wird. So wird auch sichtbar, dass es eigentlich in jedem Unternehmen Ressourcen gibt, die für das integrierte Gesamtkonzept BGM eingesetzt und nutzbar gemacht werden und somit einen wertvollen Beitrag zur BGM-Gesamtleistung beitragen können.¹²⁴

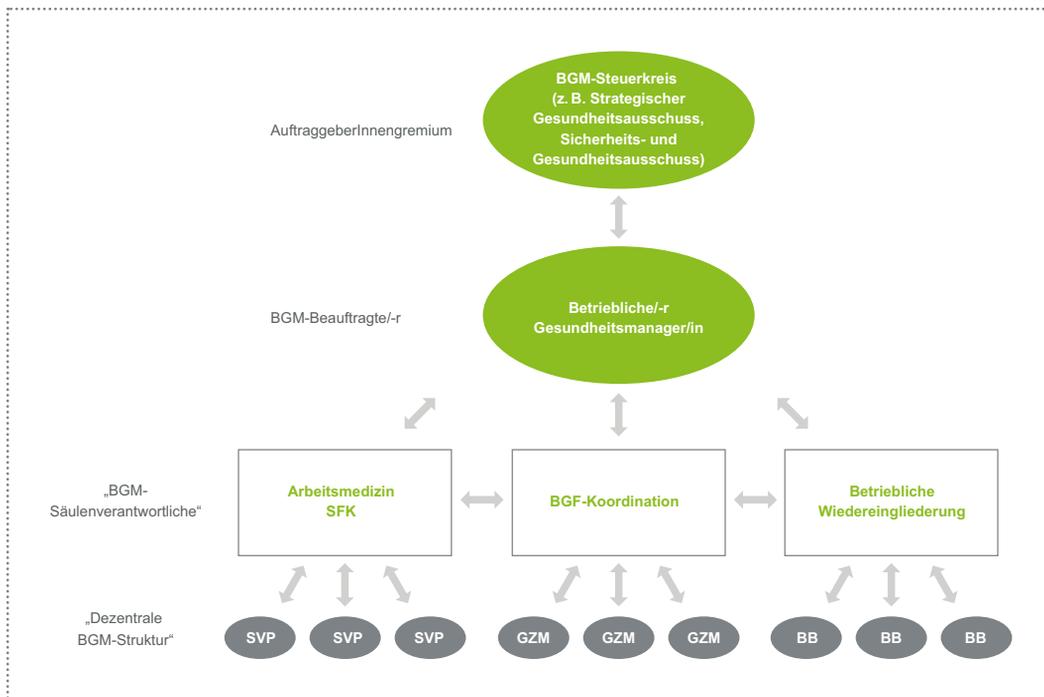


Abbildung 33: Beispielhafte BGM-Organisationsstruktur.

BGM = Betriebliches Gesundheitsmanagement, SFK = Sicherheitsfachkraft, BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung, SVP = Sicherheitsvertrauensperson, GZM = Gesundheitszirkelmoderator/in, BB = Beauftragte/r für Betriebliches Eingliederungsmanagement

Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Beispielweise sollte die/der BGM-Verantwortliche mit einer klaren Aufgaben- und Stellenbeschreibung sowie einem definierten Zeitbudget (falls keine Vollzeitstelle vorhanden ist) ausgestattet sein und einen regelmäßigen Kontakt und Austausch zur obersten Leitung im Betrieb pflegen.

Die Erweiterung der inhaltlichen Perspektiven (siehe Kapitel 6.2) führt in weiterer Konsequenz auf organisatorischer Ebene dazu, dass **bestehende Fachbereiche**, die bislang (direkt oder indirekt) mit Sicherheit und Gesundheit im Betrieb beschäftigt waren (z. B. ArbeitnehmerInnenschutz, Arbeitspsychologie, Gesundheitsförderung, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement, Wiedereingliederung/Casemanagement), keine Parallelstrukturen im Betrieb aufbauen, sondern sich vielmehr **dauerhaft untereinander vernetzen und austauschen** sowie sich auf gemeinsame, übergeordnete BGM-Ziele ausrichten sollten. Dieser Austausch untereinander kann u. a. zum Beispiel in der Fortführung des BGF-Projektteams als sogenanntes **BGM-Team** bzw. **operativer Gesundheitsausschuss** oder im **Arbeitsschutzausschuss (ASA)** erfolgen.

Darüber hinausgehend ist es erfahrungsgemäß sinnvoll, die bestehenden GZ im BGM weiterzuführen bzw. in bestehende Strukturen (z. B. Qualitätszirkel) zu integrieren. Falls die GZ zuvor extern moderiert wurden, könnten diese Zirkel künftig, je nach den vorhandenen Ressourcen, durch ausgebildete **interne Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren** umgesetzt werden. Zusätzlich kann zur Sicherstellung einer verbesserten Information und einer höheren Teilnahmequote weiterer Belegschaftsteile an dem Maßnahmenangebot die **Etablierung neuer Rollen**, wie etwa eine zusätzliche Multiplikatorenstruktur (z. B. „Gesundheitsvertrauenspersonen“), angedacht werden.

6.3.4 Ziele und Indikatoren

Die schriftliche Formulierung von Zielen sowie eine regelmäßige Erfolgsbewertung (Evaluation) sind im BGM genauso handlungsleitend wie bei einem BGF-Projekt (siehe Kapitel 5.3.1). Nur auf Grundlage messbarer Ziele kann letztlich belegt werden, ob die Maßnahmen wie geplant umgesetzt worden sind bzw. ob die gewünschten Wirkungen, etwa zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gesundheit der Beschäftigten, tatsächlich eingetreten sind.

Ziele sollten schließlich auch den erweiterten inhaltlichen Blickwinkel eines BGM, wie etwa die Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen (Prävention) sowie die Förderung der Gesundheit und die dauerhafte Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung, beinhalten (siehe Tabelle 25).

	Zielformulierung	Indikator / Kennzahl
BGM-Perspektive	Welche Veränderungen sollen sich einstellen?	Woran ist die Zielerreichung erkennbar?
ArbeitnehmerInnenschutz (Ergebnisziel)	Die Arbeitsunfälle im Betrieb sind rückläufig.	Arbeitsunfälle pro Jahr (absolute Anzahl)
Betriebliche Gesundheitsförderung (Ergebnisziel)	Der Gesundheitszustand der Mitarbeiter/innen ist verbessert.	Allgemeiner Gesundheitszustand (aus KOMBI AG)
Wiedereingliederung (Ergebnisziel)	Die Mitarbeiter/innen kehren nach einem Langzeitkrankenstand aus der Wiedereingliederung an ihren angestammten Arbeitsplatz zurück.	Anzahl der wiedereingegliederten Mitarbeiter/innen-Gesamtfälle pro Jahr

Tabelle 25: Beispielhafte BGM-Grobziele.

Ein BGM sollte idealerweise nachweisen können, dass es einen substantiellen Beitrag zur Erreichung der Unternehmensziele leistet. Dies setzt voraus, dass sich die Ziele und Strategien bzw. Handlungsfelder des BGM in eine übergeordnete Personal- und Unternehmensstrategie einfügen bzw. aus dieser abgeleitet werden können.¹²⁵ Die Kennzahlen können dabei entweder in vorhandene Kennzahlensysteme, wie etwa in eine Balanced Scorecard (BSC), integriert¹²⁶ oder zur Steuerung des BGM, beispielsweise als eigenständige Gesundheits-BSC, etabliert werden.¹²⁷

6.3.5 Prozesse

Die Umsetzung eines BGM kann – wie auch andere Veränderungen – ungeplant im Unternehmen einfach so „passieren“ oder diese wird geplant und zielgerichtet gestaltet. Für besonders wichtige und in regelmäßigen Abständen umzusetzende Tätigkeiten im BGM, die für die Sicherheit sowie für die Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit besonders relevant sind, ist es zielführend diese zu standardisieren, d. h. immer gleich ablaufen zu lassen und als Prozess zu definieren („**BGM-Kernprozesse**“). Die Definition von sogenannten „Prozessen“ gehört zu den Anforderungen vieler Managementsysteme.

¹²⁵ Krause, K.; Basler, M. & Bürki, E. (2016). BGM voranbringen mit Wirkungsüberprüfungen – ein Leitfadens für Betriebe. Gesundheitsförderung Schweiz. Arbeitspapier 38, Bern und Lausanne. Download unter https://promotionsante.ch/assets/public/documents/de/5-grundlagen/publikationen/bgm/arbeitspapiere/Arbeitspapier_038_GFCH_2016-12_-_Leitfaden_Wirkungsueberpruefung_BGM.pdf [letzter Zugriff am 01.12.2017] – Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

¹²⁶ Richtlinie 2014/95/EU des Europäischen Parlaments und des Rates im Hinblick auf die Angabe nichtfinanzieller und die Diversität betreffender Informationen zur Erhöhung der Transparenz der Sozial- und Umweltberichterstattung von Unternehmen aller Branchen innerhalb der EU.

¹²⁷ Horvath et al. (2009)

Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ein Prozess beschreibt dabei eine (meist zeitliche) Folge von einzelnen Schritten und Tätigkeiten, die auszuführen sind, um ein spezielles Ziel zu erreichen.¹²⁸

In der Säule „ArbeitnehmerInnenschutz“ sollten zumindest die gesetzlich im ASchG geforderten und dauerhaft umzusetzenden Tätigkeiten, u. a. im Bereich der Ermittlung und Beurteilung von Gefahren, der Information und Unterweisung von Mitarbeitenden, jeweils als Prozess beschrieben werden.

In der Säule „BGF“ ist die Durchführung des Managementkreislaufs (Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation) zusammen mit der internen und externen Kommunikation als eine Art „Motor“ für die Ableitung von konkreten Maßnahmen von grundlegender Bedeutung (siehe Kapitel 6.2). Die damit verbundenen Tätigkeiten können in ihren Einzelschritten als Prozess schriftlich dokumentiert in ein BGM-Konzept eingebaut werden. Viele Erfahrungen, die im Rahmen des BGF-Projekts mit der Durchführung und erstmaligen Erprobung dieses Zyklus erzielt worden sind, können zudem für die dauerhafte Fortführung genutzt werden.

Bedarfsgerecht können die Prozesse aus der Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung um die wesentlichsten Tätigkeitsschritte im Rahmen der „Säule“ Wiedereingliederung von langzeiterkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden ergänzt werden. Bei der konkreten Umsetzung der Tätigkeiten in den drei BGM-Säulen wird leicht ersichtlich, ob der schriftlich festgehaltene Tätigkeitsablauf in der Praxis auch wirklich so umgesetzt wird. Falls dies nicht der Fall ist, sollte der Ablauf verbessert oder die betrieblichen Voraussetzungen geschaffen werden, sodass die definierten BGM-Prozesse auch wie geplant umgesetzt werden können.

6.3.6 Programme und Maßnahmen

In der Nachhaltigkeit geht es um die Verstetigung von Maßnahmen bzw. Angeboten sowie um deren kontinuierliche Weiterentwicklung. So können bewährte Maßnahmen dauerhaft angeboten und durch die Rückmeldung der Teilnehmenden sowie aufgrund veränderter Bedarfe kontinuierlich weiterentwickelt werden. Weiters kann darauf Bedacht genommen werden, die Maßnahmen nicht ausschließlich mittels „Gießkannenprinzip“ für alle Mitarbeiter/innen umzusetzen, sondern das vorhandene Standardangebot durch die Entwicklung von spezifischen Maßnahmen für einzelne Zielgruppen (z. B. an- und ungelernte Mitarbeiter/innen, tätigkeits- und alternsgerechte Aspekte) zu ergänzen.

¹²⁸ www.sozialversicherung.at/portal27/portal/auvaportal/content/contentWindow?action=2&viewmode=content&contentid=10007.673235 [letzter Zugriff am 01.12.2017] – Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch



Abbildung 34: Stufen des Kriteriums „Nachhaltigkeit“.¹²⁹

Einige Unternehmen entwickeln entlang ihrer Gesundheitsstrategien thematische Ein- oder Mehrjahresschwerpunkte (z. B. psychische Gesundheit) sowie zur langfristigen Verankerung betriebsinterne Leitlinien zu gesundheitsrelevanten Themenstellungen. In manchen Bereichen, wie der Alkohol- und Tabakprävention, sind diese Leitlinien integrierter Bestandteil einer erfolgreichen Umsetzung. Aber auch für andere Handlungsfelder, wie Mobbing- oder Burn-Out-Prävention, gibt es gute Praxisbeispiele. Die Erarbeitung entsprechender Richtlinien erfordert eine gemeinsame Linie der verschiedenen Interessensgruppen in einem Betrieb.¹³⁰

6.3.7 Regelmäßige Selbstbewertung

Viele Managementsysteme beinhalten in ihren grundlegenden Anforderungen als Element bzw. Baustein auch eine in regelmäßigen Abständen durchzuführende Selbstbewertung. Diese Selbstbewertung kann mit einer in regelmäßigen Abständen durchgeführten Struktur- und Prozess-evaluation während der Durchführung eines BGM-Projekts verglichen werden. Ziel ist es, festzustellen, ob das BGM wirksam ist und im betrieblichen Alltag auch gelebt wird, sowie die BGM-Umsetzung systematisch zu optimieren und die betriebsinternen Lernprozesse zu stützen. So können frühzeitig Zielabweichungen, Risiken oder mögliche Störungen erkannt werden und das BGM fortlaufend optimiert werden („Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung“).

¹²⁹ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

¹³⁰ Scharinger (2009, S. 84)

Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Dabei können etwa exemplarisch folgende Fragestellungen erhoben werden:

- Ist das BGM mit den festgelegten Strukturen und Prozessen geeignet, die angestrebten Ziele zu erreichen und eine praktische Umsetzung im Unternehmen sicherzustellen?
- Sind die Zielsetzungen mit der Gesundheitspolitik vereinbar bzw. mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen erreichbar?
- Wie unterstützt die Unternehmensleitung den Erfolg des BGM?
- Ist es plausibel, dass durch die geplanten Interventionen die BGM-Ziele erreicht werden können?
- Werden Mitarbeiter/innen und Führungskräfte durch die Interventionen erreicht bzw. wie sind diese damit zufrieden? Werden die Zielgruppen im vorgesehenen Ausmaß erreicht?
- Gibt es eine ausgewogene Verteilung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Umsetzungsmaßnahmen bzw. wird die Belegschaft ausreichend eingebunden?
- Wird mit den Informations- und Kommunikationsmaßnahmen die Belegschaft ausreichend erreicht bzw. sind diese wirksam?
- Wie wird die kontinuierliche Weiterentwicklung des BGM sichergestellt?

Bewährte Instrumente zur Durchführung einer internen Selbst- oder externen Fremdbewertung sind **Workshops, Fokusgruppen, Interviews und Dokumentenanalysen** sowie auch u. a. regelmäßig durchgeführte **Begehungen** und **interne Audits**. Dafür sollten ein Auditverfahren und ein -programm festgelegt werden, aus dem zumindest der Umfang, die Häufigkeit und die Methodik sowie die Berichterstattung festgelegt werden.¹³¹

Darüber hinaus können Verbesserungspotenziale auch aus weiteren Quellen identifiziert (z. B. GZ, Betriebliche Wiedereingliederung, Mitarbeitendenbefragungen, Workshops, Besprechungen, Audits) und Maßnahmen zur Weiterentwicklung des BGM-Systems in Form einer kontinuierlichen Verbesserung abgeleitet werden. Sämtliche Verbesserungsmaßnahmen sollten schriftlich festgehalten werden, an die Unternehmensleitung weitergeleitet und dort in einer sogenannten Managementbewertung besprochen werden. Im Rahmen einer Managementbewertung setzt sich die oberste Leitung mindestens einmal im Jahr mit dem BGM und den weiteren Verbesserungsvorschlägen auseinander und bewertet darüber hinaus, ob das BGM sowie dessen Ziele und Maßnahmen ausreichend umgesetzt werden.¹³²

¹³¹ Nähere Informationen im Österreichischen Leitfadens für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben (BMWVA, 2004).

¹³² AUVA (2011)

6.3.8 Dokumentation

Eine regelmäßig durchgeführte Dokumentation liefert die Basis für die Erstellung von Jahres- oder Gesundheitsberichten sowie für eventuell von Fördergeberinnen und -gebern geforderte Zwischen- und Endberichte. Bei personellen Veränderungen sorgt sie für einen problemlosen Wechsel ohne Informationsverlust und bietet laufende Information für Entscheidungsträger/innen und Kooperationspartner/innen eines Projekts.¹³³

Die Dokumentation sollte übersichtlich und strukturiert aufgebaut sein, sowie bei Bedarf aktualisiert und/oder überarbeitet werden.¹³⁴ Sie kann je nach betrieblichen Bedarfen und Ressourcen die oben beschriebene BGM-Systematik in Form eines Konzepts beinhalten (z. B. Gesundheitspolitik, Verantwortlichkeiten, Ziele und Kennzahlen, Prozesse und Maßnahmen). Darüber hinaus können die Ergebnisse der Diagnosephase, wie etwa von Mitarbeitendenbefragungen, Arbeitsplatzevaluierung, arbeitsmedizinischen Untersuchungen, Interviews, Fokusgruppen, die umgesetzten Maßnahmen (bei der Arbeitsplatzevaluierung nach den gesetzlichen Vorschriften des ASchG im Rahmen der DOK-VO¹³⁵) schriftlich dokumentiert werden. Weiters können beispielhaft die internen Besprechungen, die Ergebnisse aus den Selbstbewertungen (z. B. interne Audits, Managementbewertungen) und aus der fortlaufenden Ergebnisevaluation und die daraus abgeleiteten Maßnahmen dokumentiert werden.

Als Zusammenfassung der Aktivitäten bietet es sich an, jährlich oder in anderen angemessenen zeitlichen Abständen einen BGM-Jahres- oder Gesundheitsbericht zu erstellen.¹³⁶ In diesem sollten u. a. die BGM-Organisationsstruktur, die Gesundheitspolitik und Ziele sowie die umgesetzten Maßnahmen angeführt werden. Gekoppelt an die Periodizität der Diagnosephase (z. B. alle zwei Jahre) kann der Jahresbericht um die Ergebnisse z. B. der Mitarbeitendenbefragung bedarfsgerecht in Form eines „klassischen“ Gesundheitsberichts erweitert und an die Belegschaft kommuniziert werden.

¹³³ Scharinger (2009, S. 80)

¹³⁴ Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004)

¹³⁵ DOK-VO = Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente

¹³⁶ Siehe Regelwerk des AUVA-SGM (2010)

6.4 Tipps/Erfolgsfaktoren

- Für eine erste Basisanalyse sollte ausreichend Zeit eingeplant werden. Diese sollte gemeinsam im BGF-Projektteam bereits während der Durchführung des BGF-Projekts gestartet werden. Damit kann bereits frühzeitig mit den ersten Planungen zum Aufbau eines BGM-Systems gestartet werden.
- Um eine möglichst hohe Akzeptanz der Gesundheitspolitik bzw. des Leitbilds zu gewährleisten, können BGM-Verantwortliche („Betriebliche/r Gesundheitsmanager/innen“) zusammen mit dem BGM-Team (z. B. mit Vertreterinnen und Vertretern der Präventivdienste, Belegschaftsvertretung, Personalentwicklung, Qualitätsmanagement) einen ersten Vorschlag für eine Betriebliche Gesundheitspolitik erstellen. Dieser kann in weiterer Folge mit den Führungskräften und Mitarbeitenden abgestimmt und gegebenenfalls verändert bzw. noch weiter ergänzt und schließlich von der Unternehmensleitung freigegeben werden.¹³⁷
- Dieses Leitbild sollte in weiterer Folge sowohl im Betrieb allen Beschäftigten (z. B. in Form von Aushängen, Besprechungen, Schulungen, Firmenveranstaltungen, Intranet) als auch externen Kooperationspartnerinnen und -partnern, Kundinnen und Kunden oder Lieferantinnen und Lieferanten (z. B. Homepage, Inserate/Stellenanzeigen, Messen, Tage der offenen Tür) bekannt gemacht werden.
- Die BGM-Organisationsstruktur sollte mit allen BGM-Verantwortlichen sowie einer Beschreibung ihrer Tätigkeiten möglichst bildhaft in Form eines Organigramms dargestellt werden.
- Es soll sichergestellt werden, dass die zuständigen Personen genügend Arbeitszeit zur Verfügung haben, um ihren Aufgaben entsprechend nachkommen zu können.
- Werden Gesundheitszirkelmoderatorinnen und -moderatoren, Gesundheits- oder Sicherheitsvertrauenspersonen u. a. ausgebildet, so ist es für das dauerhafte und erfolgreiche Bestehen dieser BGM-Strukturen wichtig, dass ein regelmäßiger Austausch bzw. eine Vernetzung mit dem Gesundheitsmanagement erfolgt. Auch dafür müssen angemessene zeitliche Ressourcen zur Verfügung gestellt werden und eine regelmäßige Fortbildung erfolgen. Letztlich sind auch die Aufgaben und Rollen unter Einbindung der Betroffenen schriftlich festzuhalten und regelmäßig zu aktualisieren.
- Die BGM-Dokumentation sollte schlank und nicht zu umfangreich gehalten werden. Falls ein BGM-Jahres- oder Gesundheitsbericht erstellt wird, sollte darauf geachtet werden, dass auch hier die Unternehmensleitung ihre Unterstützung des BGM, etwa in Form eines Vorworts, sichtbar macht.

7. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und BGF

Was spricht für die kombinierte Umsetzung der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen?

Die BGF gemeinsam mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen durchzuführen ist mit Vorteilen aber auch Herausforderungen verbunden. Zu den Vorteilen einer synergetischen Umsetzung gehören unter anderem:

Umfassende Ermittlung bzw. Erhebung der gesundheitlichen Ausgangslage im Betrieb

Beiden Prozessen gemeinsam ist das Ziel, durch die Ableitung und Umsetzung passgenauer Maßnahmen für sichere, weniger belastende bzw. risikoärmere und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu sorgen. Damit einhergehend sollen etwa Über- und Unterforderung reduziert sowie Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit bei den Beschäftigten aufgebaut und folglich die Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen und die Zufriedenheit der Kundinnen und Kunden gefördert und ausgebaut werden. Sie ergänzen sich dahingehend, dass die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen sich im Rahmen der Gefahrenprävention auf die Vermeidung und Reduktion von gesundheitlichen Gefahren konzentriert, während die BGF neben der Reduktion von gesundheitlichen Risiken auch den Aufbau von Ressourcen und die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit der Beschäftigten anstrebt. Daraus entstehende Synergien können in der Umsetzung der beiden Prozesse genutzt werden.

Reduktion von personellen und finanziellen Mitteln durch die integrierte gleichzeitige Umsetzung der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung

Aufgrund des ähnlichen Prozessablaufes lassen sich einzelne Schritte organisatorisch gut miteinander kombinieren, wobei die gleichzeitige Nutzung von Methoden und gemeinsamer Mittel Zeit und Kosten spart. Beispielsweise können für beide Prozesse gleichzeitig Besprechungen und Workshops genutzt werden, an welchen dieselben innerbetrieblichen und gegebenenfalls externen Fachkräfte teilnehmen.

Sichtbarmachen des Engagements der Geschäftsleitung

Der ArbeitnehmerInnenschutz erlangt durch die Einbeziehung in die Kommunikationsmaßnahmen und -abläufe und in die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit der BGF erhöhte Aufmerksamkeit. Ebenso wird durch die kombinierte Umsetzung das Engagement der Geschäftsleitung für mehr Gesundheit am Arbeitsplatz sichtbar gemacht, welches von den Mitarbeitenden positiv wahrgenommen wird und somit den Stellenwert von Gesundheit im Unternehmen erhöhen kann.

7.1 Wie gestaltet sich der gemeinsame Ablauf?

Da einige Schritte im Prozess der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen ähnlich sind, können diese unter Einhaltung bestimmter Regeln miteinander kombiniert werden. Dazu ist eine genaue Planung in der Vorprojektphase notwendig. Die gesetzlichen Anforderungen der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen müssen eingehalten werden. Die gemeinsame Umsetzung darf nicht dazu führen, dass gesetzlichen Anforderungen nicht entsprochen wird. Die nachfolgende Abbildung 35 zeigt den groben Ablauf eines BGF-Projekts und hebt dabei die Besonderheiten der BGF sowie die Möglichkeiten der Synergien der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen hervor:

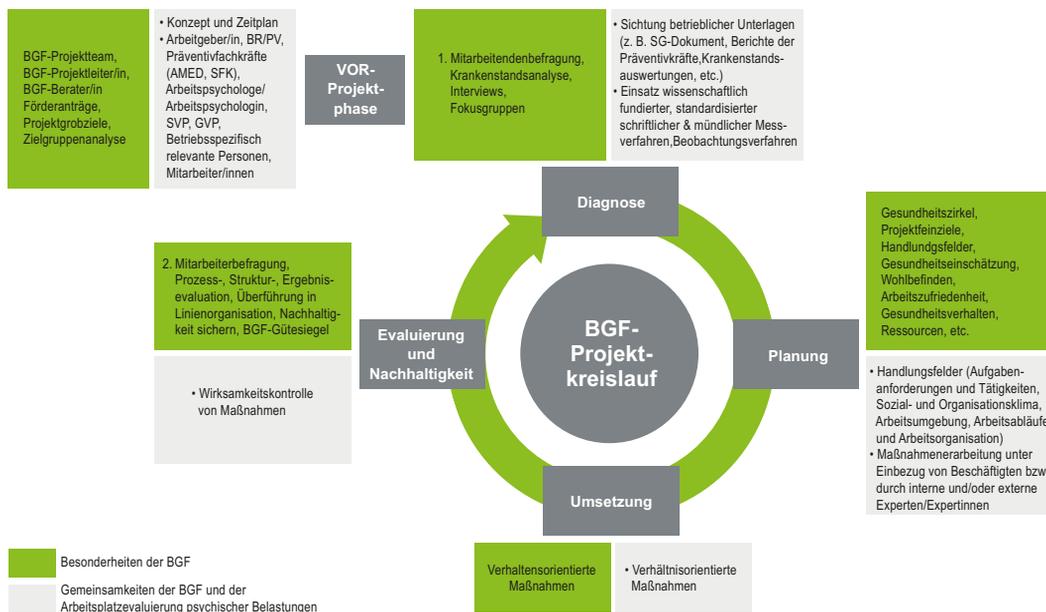


Abbildung 35:
Synergien der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen.

Bereits in der Vor-Projektphase ist die Nutzung von Synergien möglich, z. B. bei der Festlegung von Verantwortlichkeiten und der Erstellung eines zeitlichen Ablaufplans im Rahmen der Konzepterstellung sowie bei der Information der Mitarbeiter/innen über das gesamte Vorhaben (siehe Kapitel 3.1.5). Im Zuge der Erhebung der Ausgangssituation (Diagnosephase) können Synergien bei der Auswahl und inhaltlichen Abstimmung der Messverfahren genutzt werden. Beispielsweise können schriftliche Befragungen oder Workshops für beide Prozesse zeitgleich durchgeführt werden. Bei der Maßnahmenentwicklung profitieren

beide Prozesse von der systematischen Zusammenstellung der Ergebnisse. Auch die Evaluation auf Maßnahmenebene kann für beide Prozesse gemeinsam durchgeführt werden.

7.2 Worauf ist bei der gemeinsamen Durchführung zu achten?

Damit eine erfolgreiche Durchführung der BGF in Kombination mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gewährleistet werden kann, ist Folgendes zu beachten:

Methodische und organisatorische Rahmenbedingungen

Wenn beide Prozesse zeitgleich umgesetzt werden, können Synergien auch tatsächlich genutzt werden. Allerdings sollten keinesfalls Projektschritte beliebig kombiniert bzw. gegenseitig ausgetauscht werden. Beispielsweise sollte im Rahmen der Diagnosephase immer klar gekennzeichnet sein, welches Erhebungsinstrument für welchen Prozess Verwendung findet.

Datenerhebung und Anforderungen an Erhebungsverfahren

Im Rahmen der Diagnose ist zu beachten, dass die eingesetzten wissenschaftlich geprüften Messverfahren auch alle inhaltlichen, formalen und qualitativen Anforderungen und Vorgaben erfüllen und dass datenschutzrechtliche Aspekte berücksichtigt werden. Demographische Daten werden im Zuge der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen nicht erhoben. Bei der gemeinsamen Durchführung von schriftlichen Befragungen oder Workshops sollte kenntlich gemacht oder darauf hingewiesen werden, welcher Teil welchem Prozess inhaltlich zuzuordnen ist.

Unterschiede in der Maßnahmenableitung und schriftlichen Dokumentation (gesetzliche Pflicht vs. freiwillige Leistung)

Während bei der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen für jede festgestellte psychische Gefahr verpflichtend entsprechende Maßnahmen zu setzen sind, können im Rahmen von BGF-Projekten spezifische Handlungsfelder für die Maßnahmenableitung ausgewählt werden. Unterschiede ergeben sich auch hinsichtlich der Art der Dokumentation. Laufende Information sowie Berichterstattung (z. B. Gesundheitsberichte) an die Beschäftigten ist wesentlicher Bestandteil der BGF. Bei der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen ist es gesetzlich geregelt, dass Ergebnisse und Maßnahmen im SG-Dokument festzuhalten sind.

Kosten

Die Kosten für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen stellen aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des Prozesses Betriebsausgaben dar. Förderungen können nur für das BGF-Projekt beantragt werden, wobei unter Umständen auf besondere Förderrichtlinien zu achten ist.

Für nähere Information zur kombinierten Umsetzung der BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen wird auf den „Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung“ verwiesen¹³⁸.



Bei Fragen zur verpflichtenden Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz unterstützen die Präventivfachkräfte (Arbeitsmedizin und Sicherheitsfachkraft) sowie Arbeitspsychologinnen und -psychologen. Darüber hinaus erhält man Auskunft bei der Interessensvertretung (AK, ÖGB, IV, WKÖ) und der Arbeitsinspektion.

Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und BGF

8. Good Practice Beispiele

8.1 Bundesministerium für Finanzen

Sparte:	„O“ Öffentliche Verwaltung, Verteidigung; Sozialversicherung
Rechtsform:	Non-Profit Organisation
Anzahl d. Beschäftigten:	250 und mehr
Unternehmensstruktur:	mehrere Standorte

8.1.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in der Finanzverwaltung
Projektzeitraum:	2011 bis heute
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	BVA
Qualitätsmerkmal(e):	Verhaltens- und Verhältnisorientierung, Führung, Kommunikation

8.1.2 Projektbeschreibung

Beschäftigungsfähigkeit stellt die Grundlage dar, um Leistung zu erbringen. Ein strategisches Ziel im BMF ist es daher, die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden zu stärken und sie im Bereich der Verhaltens- und auch Verhältnisprävention mit verschiedensten Maßnahmen und Aktivitäten zu unterstützen.

Die Förderung der Beschäftigungsfähigkeit ist im BMF nicht als isolierte Aktivität zu sehen, sondern ist Teil der Personal- und Organisationsentwicklung und damit ein integrierendes Element des Managementsystems der Organisation. Die Betriebliche Gesundheitsförderung, als wesentlicher Teil der Beschäftigungsfähigkeit, folgt dem Gedanken der Nachhaltigkeit und hat im BMF eine lange Tradition. Mit der Verabschiedung der „Richtlinie zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit in der Finanzverwaltung“ im Jahre 2011 wurde im BMF eine klare Struktur zur Durchführung der BGF – wissenschaftliche Grundlagen, als auch die Beschreibung von Akteurinnen und Akteuren sowie die „Vier Gesundheitskreise“ als Maßnahmenkatalog im Bereich Gesundheitsförderung – geschaffen. Zudem findet sich hier eine klare Definition der strategischen Zielsetzung zur Förderung der Beschäftigungsfähigkeit. Als zentrales Handlungsmodell gilt hierbei das „Modell der Beschäftigungsfähigkeit“, welches einerseits auf dem Modell der Arbeitsfähigkeit – geprägt durch

die finnische Tradition nach Ilmarinen – und andererseits dem Ansatz der „Employability“ nach Rump beruht.

Ein nächster, wichtiger Schritt in Richtung Gesundheitsmanagement – und damit von der BGF zum BGM – besteht nun darin, dass ein modernes und effizientes Betriebliches Gesundheitsmanagement, Grundmodelle und zentrale gesundheitsrelevante Handlungsfelder mit den in der Organisation vorhandenen Management- und Steuerungsstrukturen verbindet und damit Gesundheit als einen zentralen Wert im Unternehmen verankert.

8.1.3 Statement des Unternehmens

„Wir arbeiten gerade daran, die BGF zu einem umfassenden Betrieblichen Gesundheitsmanagement weiterzuentwickeln. Das bedeutet, von der Verhaltensprävention in die Verhältnisprävention zu kommen und den Gesundheitsaspekt in allen Kernprozessen mitzudenken.“

Mag.^a (FH) Ulrike Danzmayr, Leiterin der Gruppe A der Präsidialsektion



8.2 Dornbirner Jugendwerkstätten

Sparte:	„Q“ Gesundheits- und Sozialwesen
Rechtsform:	Non-Profit Organisation
Anzahl d. Beschäftigten:	10 – 49
Unternehmensstruktur:	1 Standort

8.2.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Gesundheitsförderung in den Jugendwerkstätten
Projektzeitraum:	seit 2001
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	FGBV
Qualitätsmerkmal(e):	Strukturelle Verankerung, nachhaltig im Unternehmen implementiert, ausgewogene Maßnahmen auf Verhaltens- und Verhältnisebene, Berücksichtigung von Stammpersonal und Transitmitarbeitenden, Evaluierung des Projekts durch die Fachhochschule für Soziale Arbeit

8.2.2 Projektbeschreibung

Im Jahr 2001 wurde das Thema Gesundheitsförderung für Jugendliche Transitarbeitskräfte aufgegriffen und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt. Anfangs wurde mit dem klassischen Thema „Ernährung“ begonnen und ein gesundes Frühstück angeboten. Ausgehend von den herkömmlichen verhaltensorientierten Themen wie Ernährung und Bewegung wurde das Spektrum der Gesundheitsförderung schrittweise in Richtung soziale Kompetenzen, Persönlichkeitsentwicklung und psychisches Wohlbefinden erweitert. So stehen mittlerweile vor allem Kompetenzen wie Kommunikations- und Konfliktfähigkeit im Mittelpunkt eines Verständnisses von sozialer Integration und Gesundheit. Vorbildlich erscheint auch der Zugang, dass diese Schwerpunkte auch unter geschlechtsspezifischen Blickwinkeln gestaltet werden.

Nachdem das Thema Gesundheitsförderung in einer ersten Phase auf der Ebene der Jugendlichen Transitarbeitskräfte entwickelt wurde, rückte in einem zweiten Schritt die Gesundheit des Stammpersonals in den Mittelpunkt. Dabei wurde auf Konzepte und Erfahrungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung Bezug genommen.

Im Kontext der Dornbirner Jugendwerkstätten wird das Thema Gesundheit strukturell in einem kleinen Gesundheitsteam, bestehend aus Geschäftsführung, zwei Mitarbeitenden des Stammpersonals, der Betriebsärztin und einer Diätologin koordiniert und ständig weiterentwickelt. Die Beteiligung der Jugendlichen und des Stammpersonals ist durch wiederholte Befragungen und Arbeitsgruppen gewährleistet. Für das Gesundheitsprojekt ist jährlich ein konkretes Budget vorgesehen. Da die begleiteten Jugendlichen nach ca. sechs Monaten das Projekt wieder verlassen, wird bewusst darauf Wert gelegt, dass das Gelernte in den Alltag integriert werden kann. Dass die gesundheitsfördernden Maßnahmen einen positiven Effekt auf das Gesundheitsverhalten im Alltag haben, konnte durch eine Evaluationsstudie der Fachhochschule Vorarlberg nachgewiesen werden. Ebenfalls belegte die Studie einen positiven Effekt der Maßnahmen auf das Sozialverhalten der Jugendlichen.

8.2.3 Statement des Unternehmens

„Ich würde arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen auf jeden Fall empfehlen, sich mit dem Thema Gesundheit zu beschäftigen. Gesundheitsförderung bringt sowohl der Einrichtung, als auch jedem Einzelnen viel. Den Jugendlichen bringt es u. a. Kompetenzen, welche sowohl in der beruflichen als auch der privaten Lebenswelt zentral sind. Der Einrichtung bringt Gesundheitsförderung ein positives Image und ein sehr positives Feedback der betreuten Jugendlichen.“



© Dornbirner Jugendwerkstätten

8.3 „KinderneSt“ Gem. Kinderbetreuungs Ges.m.b.H

Sparte:	„Q“ Gesundheits- und Sozialwesen
Rechtsform:	Non-Profit Organisation
Anzahl d. Beschäftigten:	250 und mehr
Unternehmensstruktur:	Mehrere Standorte

8.3.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Füreinander Frauenpower, miteinander Powerfrauen
Projektzeitraum:	2005 bis 2008, nachhaltig
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	KGKK
Qualitätsmerkmal(e):	Ein wesentliches Merkmal ist die partizipative Ausrichtung des Projekts. Maßnahmen werden mit den Mitarbeitenden gemeinsam erarbeitet und implementiert. Die nachhaltige Fortführung des Projekts ist für die „KinderneSt“ Gem. Kinderbetreuungs Ges.m.b.H von großer Bedeutung. So werden kurz-, mittel- und langfristige Indikatoren laufend überprüft und weiterentwickelt.

8.3.2 Projektbeschreibung

Die „KinderneSt“ Gem. Kinderbetreuungs Ges.m.b.H versteht sich als Partnerin für Familien und Dienstleisterin für Kinder. Im Zentrum der Organisation stehen die Mitarbeiter/innen, welche die wichtigste Ressource in der Organisation darstellen. Daher wird die Betriebliche Gesundheitsförderung seit 2005 kontinuierlich, nachhaltig und erfolgreich betrieben. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein wichtiges strategisches Instrument, um Mitarbeiter/innen an das Unternehmen zu binden und deren Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Ziele, welche im Rahmen der BGF verfolgt werden, sind beispielsweise die Bewusstwerdung von Gesundheitsressourcen und -belastungen, die Implementierung von Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen, die Steigerung des Wohlbefindens, die Integration von Bewegung in den Alltag, die Bewusstseinsbildung zur gesunden Ernährung sowie die Nutzung von Expertenwissen. Dem Prinzip der Ganzheitlichkeit entsprechend gibt es Maßnahmen, welche sich auf die Verhaltensebene als auch auf die Verhältnisebene auswirken. Der Fokus ist dabei auf die Vereinbarkeit

von Familie und Beruf, Konfliktbewältigung, Entspannungstechniken, Lärmdämmung, Bewegung, Arbeitsplatzgestaltung (ergonomisches Arbeiten), Supervisionen, gesunde Ernährung und Einbindung der Mitarbeiter/innen in die Unternehmensplanung mittels regelmäßig stattfindenden Arbeitsgruppen gerichtet.

Mit dem Team der Gesundheits- und Vitalbeauftragten wurde ein weiterer Meilenstein in der Betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt. Sie sind Anlaufstelle für Mitarbeiter/innen, wenn sie sich in der Arbeit physisch oder psychisch belastet fühlen oder helfen ihnen bei der beruflichen Reintegration nach einem längeren Krankenstand. Dieses Service ist vertraulich, beratend und unterstützend.

Der Nachhaltigkeitsplan, basierend auf den Ergebnissen der regelmäßig stattfindenden Mitarbeiter/innenbefragungen, sichert die dauerhafte Übertragung der Maßnahmen in den Arbeitsalltag.

Der Erfolg der Betrieblichen Gesundheitsförderung lässt sich durch die niedrige Fluktuationsrate, sowie die geringen Krankenstände als auch an der großen Beteiligung an BGF-Maßnahmen messen.

8.3.3 Statement des Unternehmens

„Betriebliche Gesundheitsförderung ist für die ‚KinderneSt‘ Gem. Kinderbetreuungs Ges.m.b.H ein wichtiger Teil der Unternehmensstrategie und -struktur. Gemeinsam lernen, wachsen und entwickeln wir!“



© Thomas Hude

8.4 FOSSEK OG

Sparte:	„N“ Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen
Rechtsform:	OG
Anzahl d. Beschäftigten:	10 – 49
Unternehmensstruktur:	1 Standort

8.4.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Gesunde Mitarbeiterinnen = Gesunder Betrieb
Projektzeitraum:	Herbst 2011 bis Frühjahr 2012 Gesundes Führen 2012 bis 2013
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	NÖGKK
Qualitätsmerkmal(e):	<ul style="list-style-type: none"> ● Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur ● Zuständigkeiten / Ansprechpersonen ● Verhältnisorientierte Maßnahmen ● Führung ● Nachhaltigkeit

8.4.2 Projektbeschreibung

Die Geschäftsführerin der Firma Fossek OG, Frau Ilse Fossek, führte ab Herbst 2011 in ihrem Betrieb das BGF-Projekt „Gesunde Mitarbeiter/innen = Gesunder Betrieb“ durch. Der Entschluss dazu war das Anliegen, durch verbesserte Rahmenbedingungen für die Belegschaft deren Identifikation mit dem Unternehmen zu verstärken.

Im Zuge der Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung wurde das Thema „Gesundheit“ in das Firmenleitbild integriert. Beim anschließenden Unternehmermodell „Gesundes Führen“ der NÖGKK konnte Frau Fossek mit Hilfe einer externen Expertin das Führen von bedürfnisgerechten Dialogen erlernen und erproben.

Zahlreiche Maßnahmen wurden eingeführt. So z. B. die Übernahme von Eigenverantwortung der Mitarbeiter/innen bei ihren Arbeitsaufträgen (Zeitraumen, Einteilung der Arbeitszeit, die Anforderung zur Aufnahme neuer Mitarbeiter/innen erfolgt durch das Team – nicht über die Geschäftsführung, auch die Auswahl der betreffenden Mitarbeiter/innen erfolgt durch das Team), der Einsatz und Ankauf für neue Arbeitsmittel erfolgt auf Vorschlag der Mitarbeiter/innen und wird von der

Geschäftsführung zur Kenntnis genommen und auch umgesetzt, Selbstbestimmung über die Häufigkeit und Länge der Pausen (hebt das Selbstbewusstsein der Mitarbeiter/innen und ist Wertschätzung durch die Geschäftsführerin), freie Gestaltung der Arbeitszeit durch die Mitarbeiter/innen innerhalb des gesetzlichen Rahmens (z. B. eine Woche Vollzeit, danach wieder Teilzeit, wie es die familiären Verhältnisse zulassen). Betriebliche Gesundheitsförderung und die Weiterführung von gesunden Dialogen sind ein fixer Bestandteil von Teambesprechungen und Mitarbeitergesprächen aber auch zur Erarbeitung neuer Maßnahmen.

Im Februar 2016 bekam das Unternehmen das Gütesiegel des österreichischen Netzwerks bereits zum zweiten Mal verliehen. Auch andere Auszeichnungen (Familienfreundlichster Betrieb 2009, 1. Platz Hollabrunner Integrations Award 2014, Nominierung für den BGF-Preis 2014, BGF-Preisträger NÖ 2017 in der Kategorie Kleinbetrieb) wurden dem Unternehmen bereits zuerkannt.

8.4.3 Statement des Unternehmens

„Nur zusammen (meine Mitarbeiter/innen und ich) sind wir stark!“



© Astrid Bartl

8.5 ÖAMTC Landesclub Oberösterreich

Sparte:	„S“ Erbringung von sonstigen Dienstleistungen
Rechtsform:	Non-Profit-Organisation
Anzahl d. Beschäftigten:	250 und mehr
Unternehmensstruktur:	mehrere Standorte

8.5.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	G'SUND HEIT – gesund heute
Projektzeitraum:	2012 – 2014
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	OÖGKK
Qualitätsmerkmal(e):	<ul style="list-style-type: none"> ● Unternehmensgrundsätze/-kultur ● Verhältnisorientierte Maßnahmen ● Verhaltensorientierte Maßnahmen ● Ergebniskontrolle und Evaluation ● Nachhaltigkeit ● Allgemeine Bewertung des Projekts

8.5.2 Projektbeschreibung

Das Projekt „G'SUND HEIT – gesund heute“ des ÖAMTC Oberösterreich startete Anfang 2012 mit dem vorrangigen Ziel, die Gesundheitsförderung als gemeinsame, ganzheitliche und nachhaltige Maßnahme zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zwischen dem Unternehmen einerseits und den Mitarbeiter/innen andererseits zu etablieren. Die Umsetzung erfolgte sowohl in der Landeszentrale in Linz als auch in den 18 oberösterreichischen ÖAMTC-Stützpunkten.

Nach der Gesundheitsbefragung mittels BGF-Kompass (Rücklaufquote: 77 %) erarbeiteten mehr als 30 Mitarbeiter/innen in vier moderierten Gesundheitszirkeln, aufgeteilt nach Berufsgruppen, zahlreiche Maßnahmenvorschläge. Auf Verhaltensebene wurden verschiedene Angebote (Gesundheitstage, Workshops, Seminare, Erstellung von Leitfäden etc.) mit dem Fokus auf die Themen „Rücken & Nacken“, „Bewegung“, „Ernährung“, „Entspannung und Umgang mit Stress“ sowie „Rauchen“ durchgeführt. In Zusammenarbeit mit dem Oberösterreich Tourismus wurde für die Mitarbeiter/innen die Möglichkeit geschaffen, Gesundheitsurlaube („g'sunde Kurzurlaube“) mit Vergünstigungen von bis zu 20 Prozent in Form von Zusatzleistungen oder eines Preisnachlasses und einer Zuzahlung durch das Unternehmen in Anspruch zu nehmen. Ebenso wurden

auf Verhältnisebene verschiedene Maßnahmen abgeleitet wie beispielsweise die Anschaffung von ergonomischen Sitzhockern, Akku-Schlag-schraubern für Reifenpannen und Headsets zur Telefonie. Eingeführt wurde auch eine Telefon-Weiterleitung in Stoßzeiten. Dafür erfolgte eine personelle Aufstockung um eine zusätzliche Vollzeit- sowie Teilzeitstelle.

Während des gesamten Projektes wurde auf eine transparente Kommunikation und Informationsweitergabe mittels verschiedener Kanäle (z. B. Kick-Off, Leiterbesprechung, Mitarbeiterbrief, Wegweiser, Gesundheitsbericht) geachtet. Auch nach Ende des Projektes können sich die Mitarbeiter/innen zu gesundheitsrelevanten Themen über eine Online-Plattform (OÖ-Info-Drehscheibe) informieren und haben beispielsweise Zugang zu Gesundheits-Broschüren.

Insgesamt nimmt die Erhaltung und aktive Förderung der körperlichen und psychischen Gesundheit der Mitarbeiter/innen eine zentrale und nachhaltige Rolle in der Unternehmensphilosophie des ÖAMTC Oberösterreichs – auch über das Projektende mit Juni 2014 hinaus – ein.

8.5.3 Statement des Unternehmens

„Das ‚gute Gefühl, beim Club zu sein‘ ist untrennbar mit dem ÖAMTC verbunden und gilt damit erst recht für das Wohlbefinden aller Menschen, die beim Club arbeiten.“



8.6 Fürstenallee Apotheke Mag. pharm. Kerp KG (bis 06/17: Mag.^a pharm. Susanne Fleissner e. U., kurz: Fürstenallee Apotheke)

Sparte:	„Q“ Gesundheits- und Sozialwesen
Rechtsform:	Profitorientiertes Unternehmen
Anzahl d. Beschäftigten:	10 – 49
Unternehmensstruktur:	1 Standort

8.6.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	fit-4-work
Projektzeitraum:	2008 – 2010 seither: nachhaltige Umsetzung im Regelbetrieb
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	SGKK
Qualitätsmerkmal(e):	<ul style="list-style-type: none"> ● Zuständigkeiten / Ansprechpersonen ● Mitarbeiter/innen-Orientierung ● Führung ● Nachhaltigkeit ● Allgemeine Bewertung (Stringenz, Kohärenz der BGF-Aktivitäten)

8.6.2 Projektbeschreibung

Die Inhaberin der Fürstenallee Apotheke entschied sich 2008 für die Umsetzung umfassender Betrieblicher Gesundheitsförderung im Rahmen des Projekts „fit-4-work“. BGF wurde von Anbeginn als Führungsaufgabe gesehen. Die IST-Analyse und die Evaluation wurden in Form einer Arbeitssituationsanalyse durchgeführt. Alle Mitarbeiter/innen hatten die Möglichkeit, daran teilzunehmen. Zusätzlich wurden extern moderierte Gesundheitszirkel durchgeführt. Die Belegschaft erhielt Informationen über das Projekt in den Mitarbeitendenbesprechungen, in informellen Gesprächen sowie durch schriftliche Aushänge und in der Mappe Betriebliche Gesundheitsförderung, die alle Mitarbeiter/innen erhielten. Ein großes Anliegen war, eine Kultur der wertschätzenden Führung weiter zu verfeinern. Zentrales Thema neben der wertschätzenden Führungskultur war die spürbare Verbesserung des Betriebsklimas. Als Maßnahmen wurden u. a. Supervision der Mitarbeiter/innen, Coaching der Führungskräfte, Workshops zu gesunder Ernährung, Zeitausgleich für Besprechungen, verbesserte Rahmenbedingungen in

der Warenannahme und Seminare für Führungskräfte umgesetzt. Die Urlaubsplanung wurde durch die Mitarbeiter/innen neu strukturiert. Zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens gab es das Seminar „Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen“. Eine Mappe mit Tipps zur Gesundheitsförderung und Gesundheitserhaltung zu den Themen Ernährung, Bewegung, Entspannung und Aktivierung wurde zusammengestellt. Das Projekt „fit-4-work“ wurde 2010 abgeschlossen.

Seither wird Betriebliche Gesundheitsförderung nachhaltig weitergelebt: Durch jährliche Mitarbeitendenbefragungen, regelmäßige Gesundheitszirkel und durch die Einbettung des Themas BGF in das Qualitätsmanagementsystem (ISO zertifiziert) mit internen Audits und Mitarbeitendengesprächen wird eine qualitätsvolle und partizipative Maßnahmenplanung auf Grundlage einer umfassenden Bedarfsanalyse sicher gestellt. Die daraus abgeleiteten Maßnahmen werden laufend umgesetzt. BGF wird als wirkungsvolles Instrument der Organisationsentwicklung gesehen, das sowohl FÜR die Mitarbeiter/innen, als auch MIT ihnen umgesetzt wird. Mit Juli 2017 wurde die Fürstenallee Apotheke unter der Leitung von Mag. Dr. Roland Hutzinger neu übernommen. Dabei soll Betriebliche Gesundheitsförderung entsprechend der zuvor beschriebenen Nachhaltigkeit weitergeführt werden.

Der Fürstenallee Apotheke wurde bereits zweimal das BGF-Gütesiegel verliehen und 2012 gewann sie den Salzburger Gesundheitspreis.

8.6.3 Statement des Unternehmens

„Betriebliche Gesundheitsförderung hat uns viel gebracht: nicht nur das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheit am Arbeitsplatz verbesserte sich. Es ist ein wirkungsvolles Instrument der Organisationsentwicklung.“
Mag.^a Susanne Fleissner MAS, ehemalige Eigentümerin Fürstenallee Apotheke



© Fürstenallee Apotheke

8.7 Fritz Jeitler Futtermittel GmbH

Sparte:	Futtermittellieferant
Rechtsform:	Profitorientiertes Unternehmen
Anzahl d. Beschäftigten:	10–49
Unternehmensstruktur:	1 Standort

8.7.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Gemeinsam Fit in die Zukunft
Projektzeitraum:	2012–2013
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	STGKK
Qualitätsmerkmal(e):	<ul style="list-style-type: none"> ● Kommunikation ● Struktur ● Verantwortlichkeit ● Projektstringenz ● Unternehmenskultur

8.7.2 Projektbeschreibung

Das Kleinunternehmen ist seit 1967 als Futtermittelexperte und Ansprechpartner für umfangreiche Sicherheit im Futtermiteinsatz in der Steiermark etabliert. Der Familienbetrieb führte im Jahr 2012 ein Gesundheitsprojekt nach dem BGF-Modell Kleinbetrieb unter dem Titel „Gemeinsam fit in die Zukunft“ durch. In den Workshops wurden die Ressourcen und Belastungen im Arbeitsalltag besprochen und verschiedenste Maßnahmen erarbeitet. Im Gesundheitsverhalten wurden Ernährung und Bewegung beachtet und Angebote erarbeitet. Im Unternehmen werden allen Mitarbeitenden täglich Mineralwasser, Obst, Aufstriche, Joghurt und Milch zur freien Entnahme angeboten. Eine Mitarbeiterin absolvierte das Seminar „MbM – Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen“ und sorgt seither als Multiplikatorin für Bewegung in den Arbeitspausen und bei Besprechungen. Es wurden Maßnahmen zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Innen- und Außendienst erarbeitet. Zusätzlich steht den Mitarbeitenden ein externer Coach zur Verfügung, der sie im Umgang mit schwierigen und belastenden Kundengesprächen unterstützt. Die Arbeitsprozesse im Lager und im Büro wurden optimiert und ein Prozesshandbuch erarbeitet. Unter dem Titel „FJF-Gesundheitsprogramm“ werden jährlich Vorträge und Seminare zu Themen wie Ernährung, Tabakentwöhnung, Krebsforschung sowie ein „Aktiv-Tag“ für gemeinsame sportliche Aktivitäten angeboten.

8.7.3 Statement des Unternehmens

*„Wenn es den Mitarbeitenden gut geht – dann geht es auch der Firma gut!
Dies spüren auch unsere Kundinnen und Kunden. Nur durch motivierte
und gesunde Mitarbeiter/innen kann eine Firma „gesund“ wachsen.“*



© Fritz Jeitler GmbH

8.8 Pirktl Holiday GmbH & Co KG

Sparte:	„I“ Beherbergung und Gastronomie
Rechtsform:	Profitorientiertes Unternehmen
Anzahl d. Beschäftigten:	250 und mehr
Unternehmensstruktur:	mehrere Standorte

10.8.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Mehr Lebensfreude durch Gesundheit
Projektzeitraum:	2013–2015
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	TGKK
Qualitätsmerkmal(e):	Zielgruppenorientierung, Partizipation

8.8.2 Projektbeschreibung

Das Projekt „Mehr Lebensfreude durch Gesundheit“ wurde offiziell im Mai 2013 ins Leben gerufen. Das Ziel lag darin, ein gesundheitsförderliches Umfeld für Mitarbeiter/innen zu schaffen und betriebliche Gesundheitsförderung nachhaltig zu integrieren. Bereits bestehende Maßnahmen (Zumba, Yoga, Pilates, Fitnessstudio u.v.m.), jährliche Mitarbeitendenbefragungen sowie die Integration der Betriebsärztin wurden im Rahmen des Projekts vertieft.

Die Zielgruppe des Projekts umfasst die gesamte Belegschaft der Pirktl Holiday GmbH & Co KG. Der hohe Frauenanteil, ein erhöhter Anteil an Teilzeitbeschäftigten, unterschiedliche Altersgruppen (von 15 bis 65 Jahren) als auch die unterschiedlichen Arbeitszeiten (Früh- und Abenddienst) ergaben eine große Herausforderung. Deshalb fokussierte man sich bei der Umsetzung auf diese Gegebenheiten und organisierte neben Befragungen, GZn, Mitarbeitendenkaffees auch Jahrgangstreffen. Mitarbeiter/innen, die sich im selben Lebensabschnitt befinden, konnten im Rahmen dieses Treffens ihre Wünsche und Bedürfnisse offen aussprechen. Basierend auf den Ergebnissen der Workshops wurden dann neue Maßnahmen und Angebote erstellt und auf die jeweiligen Zielgruppen besser abgestimmt. Beispiele dafür sind die Durchführung einer Gesundheitsstraße (kurzer Gesundheitscheck), Impfpassaktionstage und die Neugestaltung eines Trainingsraumes für Mitarbeiter/innen mit einer Spielecke für Kinder. Zudem wünschten sich einige Mitarbeiter/innen, auch bei anderen Fitness-Einrichtungen außerhalb des

Betriebes vergünstigt mit ihren Freunden trainieren zu können. Dies wurde bereits mit einigen Partnerinnen und Partnern aus der Region koordiniert, weitere sind angedacht. Familienmitglieder oder Freunde zum gemeinsamen Trainieren im Betrieb mitzubringen (Fitnessstudio oder zu Einheiten wie Mitarbeiter/innen-Yoga und -Zumba) ist ebenso ein neues Angebot, welches aus den Anregungen der Treffen hervorging.

Eine jährliche Wiederholung des Jahrgangstreffens ist nun ein fixer Bestandteil für die nachhaltige Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung im Haus.

8.8.3 Statement des Unternehmens

Katharina Pirktl, Geschäftsleitung: „Es ist uns ein großes Anliegen, für unser Team ein abwechslungsreiches Angebot und individuelle, zielgruppenspezifische Maßnahmen im Rahmen unseres Projekts „Mehr Lebensfreude durch Gesundheit“ zu bieten, wie auch weiterhin das Bewusstsein für die eigene Gesundheit zu schärfen.“



© Pirktl Holiday GmbH & Co KG

8.9 ÖBB Technische Services GmbH (TS)

Sparte:	„H“ Verkehr und Lagerei
Rechtsform:	Profitorientiertes Unternehmen
Anzahl d. Beschäftigten:	250 und mehr
Unternehmensstruktur:	mehrere Standorte

8.9.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	Fit4You
Projektzeitraum:	Seit 2001
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	VAEB
Qualitätsmerkmal(e):	Partizipation, Nachhaltigkeit, Einbindung der Führungskräfte

8.9.2 Projektbeschreibung

Die ÖBB-TS ist ein Unternehmen des ÖBB-Konzerns und mit 21 Standorten in ganz Österreich vertreten. TS hat bereits im Jahr 2001 mit einem BGF-Projekt („Fit4you“) begonnen, 2003 wurde BGF in die Linie übergeführt. Das BGF-Gütesiegel wird im Jahr 2016 bereits zum 4. Mal beantragt. Im Jahr 2008 gab es eine extern beauftragte Evaluation zum BGM, auf Basis der Evaluationsergebnisse wurde das BGM neu aufgesetzt. Neben einer stärkeren Verhältnisorientierung bildet das Thema „Gesundes Führen“ seitdem einen wichtigen Schwerpunkt.

Die Partizipation der Mitarbeiter/innen ist durch die seit nunmehr über zehn Jahren laufenden GZ gewährleistet. Im Jahr 2011 hat das Unternehmen ein Projekt zur Betrieblichen Wiedereingliederung (BWE) gestartet. Hervorzuheben ist hierbei insbesondere die enge Verzahnung und Abstimmung zwischen BGM und BWE sowie die durchgängige Berücksichtigung von gesundheitsförderlichen Aspekten in den BWE-Prozessen. Alle 21 Standorte des Unternehmens sind durch ein engmaschiges Netzwerk aus Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in das BGM eingebunden. Vielfältige Kommunikationskanäle werden genutzt, um die Mitarbeiter/innen an allen Standorten über Gesundheitsthemen zu informieren und für Gesundheitsbelange zu sensibilisieren. Das Gesundheitsmanagement ist mittlerweile fixer Bestandteil der Unternehmenskultur und Unternehmenspraxis. Alle Führungskräfte wurden/ werden verpflichtend in gesundem Führen geschult. Das Thema

Gesundheit ist in der internen Kommunikation fix verankert. Gesundheitsbezogene Ziele sind fixer Bestandteil der Unternehmensziele. Hervorzuheben ist eine gute Abstimmung und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsmanagement und dem ArbeitnehmerInnenschutz. Beispiele für abgestimmte Vorgehensweisen: Evaluierung der psychischen Belastungen und Projekt „Gesunder Arbeitsplatz“. Im Rahmen des Gesundheitsmanagements werden sowohl Maßnahmen, die sich an alle Mitarbeiter/innen richten, als auch spezifische Maßnahmen für ausgewählte Mitarbeiter/innen angeboten. Das Qualitätskriterium Ganzheitlichkeit wird durch die vielfältigen Handlungsfelder (z. B. Gesundes Führen, Betriebliche Wiedereingliederung, verschiedene verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen, gesunder Arbeitsplatz, psychische Gesundheit Workshops und Impulsvorträge etc.) gut abgedeckt. Für das Projekt- bzw. Programmmanagement sind die entsprechenden Rahmenbedingungen geschaffen (z. B. monatlicher Jour Fixe, Gremien, Funktionsbeschreibungen, Einbettung in Managementsysteme, Zielvereinbarungen, etc.).

8.9.3 Statement des Unternehmens

„Die Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit fördern wir mit einem ganzheitlichen Gesundheitsmanagement. Maßgeschneiderte und zielgruppenorientierte Programme unterstützen Mitarbeiter/innen dabei, ihre Gesundheit zu stärken und langfristig zu erhalten.“



8.10 ELVG Bentlage Susanne Bentlage e. U.

Sparte:	„F“ Bau
Rechtsform:	Profitorientiertes Unternehmen
Anzahl d. Beschäftigten:	10 – 49
Unternehmensstruktur:	1 Standort

8.10.1 Allgemeine Angaben zum Projekt

Projektname:	„Wir schützen Leben, auch unser eigenes“
Projektzeitraum:	2015 – 2016
Zuständige Regional- bzw. Servicestelle:	WGKK
Qualitätsmerkmal(e):	Integration im Betrieb, Nachhaltigkeit, Öffentlichkeitsarbeit

8.10.2 Projektbeschreibung

Der Projektstart erfolgte über eine Kick-Off Veranstaltung. In diesem Rahmen wurden die Mitarbeiter/innen mittels bgf vote befragt. Informationen über das Projekt erhielten die Mitarbeiter/innen über wöchentliche Besprechungen, Newsletter, Social Media, E-Mails, eine WhatsApp Gruppe sowie die BGF Seite auf unserer Homepage (www.elvg.at/BGFProjekt.html). Im Projektmanagementzyklus folgte nach der bgf vote Befragung, ein Mitarbeiter/innenworkshop, ein Führungskräfteworkshop sowie ein Zusammenführungworkshop und eine erneute bgf vote Befragung.

Aus dem Projekt entwickelten sich zahlreiche verhältnis- sowie verhaltensorientierte Maßnahmen für alle Mitarbeiter/innen (die außer dem Teamtraining in Jesolo alle innerhalb der Arbeitszeit stattfanden):

- Firmeninternes Seminar „heitere Gelassenheit & die beglückende Leichtigkeit“ im Umgang mit schwierigen Menschen (Kunden)
- Verbesserung der Kommunikation durch bessere Nutzung von Kalendern und Messengergruppen
- Einladung zu einem 4-tägigen Teamtraining in Jesolo mit dem Schwerpunkt Gesundheit, Achtsamkeit, Bewegung und Entspannung
- Entschluss zusätzliche Räumlichkeiten anzumieten für größeren Besprechungs- bzw. Pausenraum

- Sicherheitsvertrauensperson wird zusätzlich zur Gesundheitsvertrauensperson als Ansprechperson für gesundheitliche Belange
- zusätzliches Einzelcoaching aufgrund des Gruppenseminars
- Angebot zum Besuch eines Fitnessstudios mit Personaltrainer
- Angebot sich der Laufgruppe anzuschließen
- Angebot zu Raucherentwöhnungsseminaren
- Veganer Vortrag und Kochkurs in der Firmenküche inkl. Rezepte und der Möglichkeit auch weiterhin nachzufragen beim Vortragenden
- kostenlose zur Verfügungstellung von einem BIO Energy Drink um andere schädliche Energy Drinks zu vermeiden
- zusätzlich zu bereits vorhandenen Obstkorb wird ein Jausenkistl bestellt mit BIO Brot, Getränk, Käse und Gemüse
- MitarbeiterInnen bewegen MitarbeiterInnen: Ausbildung von MitarbeiterInnen
- Einladung zum gemeinsamen Durchführen von Übungen

8.10.3 Statement des Unternehmens

„Bei uns ist Gesundheit nicht Nebensache, sondern Chefsache!“

ELVG BENTLAGE
Wir schützen Leben



© ELVG Bentlage

Good Practice Beispiele

9. Werkzeugkoffer

Unterlagen und Checklisten für die Praxis

Der Werkzeugkoffer enthält eine Reihe von leeren Unterlagen, etwa in Form von Checklisten und Vorlagen, die im Rahmen der Umsetzung von BGF-Projekten als praktische Unterstützung herangezogen werden können und je nach vorliegenden Bedarfen, Ressourcen und betrieblichen Rahmenbedingungen noch betriebsspezifisch adaptiert werden sollten.

9.1 Vorprojektphase

9.1.1 Checkliste BGF-Projektplanungsworkshop

Im Rahmen der Vorprojektphase (siehe Kapitel 3.1.1) können durch einen BGF-Planungsworkshop die wesentlichsten Eckpunkte bzw. Konturen eines BGF-Projekts übersichtlich und strukturiert erarbeitet werden. Die Checkliste BGF-Projektplanungsworkshop gibt einen Überblick über beispielhafte Fragen, die als Grundlage zur Erstellung eines Projektauftrags und für die weitere BGF-Projektplanung von Nutzen sind.

Agendapunkte	Exemplarische Fragestellungen:
Ausgangssituation	<ul style="list-style-type: none"> ● Welche aktuellen Entwicklungen im Betrieb sind die Auslöser für das Interesse an der Durchführung eines BGF-Projekts? ● Worin liegen die Chancen eines möglichen BGF-Projekts? ● Worin liegen dabei mögliche Risiken?
Klärung Gesundheitsverständnis	<ul style="list-style-type: none"> ● Was verstehen wir im Betrieb genau unter „Gesundheit“? ● Auf welches gemeinsame Verständnis können wir uns einigen?
Einflussfaktoren / Projektumfeld	<ul style="list-style-type: none"> ● Wer könnte das Projekt intern unterstützen? ● Wer steht dem Projekt wahrscheinlich negativ gegenüber? ● Welche Zielgruppe(n) werden wahrscheinlich Widerstand leisten? ● Welche Ansätze / Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Beschäftigten gibt es bereits im Betrieb? ● Gibt es im Betrieb schon Erfahrungen mit ähnlichen Projekten? ● Welche wichtigen Schnittstellen zu anderen Projekten gibt es? ● Wie sieht das Projektumfeld in unserem Betrieb aus? ● Welche Priorität hat das BGF-Projekt im Vergleich zu den anderen?
(Grob-)Zielsetzung	<ul style="list-style-type: none"> ● Was möchten wir mit dem BGF-Projekt erreichen? ● Was genau ist im Unternehmen nach dem Projekt anders? ● Gibt es übergeordnete strategische Ziele, die das BGF-Projekt berücksichtigen soll? ● Was soll mit dem BGF-Projekt nicht erreicht werden?

Zielgruppenorientierung	<ul style="list-style-type: none"> • Welcher Nutzen soll für wen entstehen? • Was sind die Zielgruppen unseres BGF-Projekts? • Gibt es besonders belastete und /oder benachteiligte Zielgruppen, auf die besonderes Augenmerk gelegt werden sollte?
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Wer ist Auftraggeber/in? • Wer ist Projektleiter/in? • Wer steht für das Projektteam zur Verfügung? • Wie werden Entscheidungen im Projektteam getroffen? • Was sind die Regeln für eine erfolgreiche Zusammenarbeit? • Welches Zeitbudget steht den Verantwortlichen zur Verfügung? • Welche Qualifizierungsbedarfe liegen vor? • Mit welchen Methoden und Instrumenten möchten wir die Ist-Analyse unserer Ausgangslage im Betrieb durchführen? • Möchten wir GZ intern oder extern durchführen lassen? • Was und wann soll im BGF-Projekt dokumentiert werden?
Grobplanung	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Hauptaufgaben für die Umsetzung? • Welche Meilensteine ergeben sich daraus? • Welcher Aufwand (personell und finanziell) kommt auf uns zu? • Wie sieht die grobe Zeitdauer für das BGF-Projekt aus? • Welcher Ressourcenbedarf (Personal- & Mittelbedarf) lässt sich daraus abschätzen? Mit welchen Kosten ist grob zu rechnen? • Welche Projektrisiken könnten unseren Projekterfolg gefährden?
Next steps	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationskonzept • Sensibilisierung der Führungskräfte • Planung des BGF-Kick-Offs • Projektdokumentation & Berichtswesen • FGÖ-Förderantrag • Unterzeichnung BGF-Charta

9.1.2 Projektauftrag

Der Projektauftrag hat den Zweck das Projekt formell zu genehmigen, die Verantwortlichkeiten und Befugnisse der Projektleiterin bzw. des Projektleiters festzulegen sowie alle Erfordernisse, Zielsetzungen und budgetären Rahmenbedingungen eines BGF-Projekts zu dokumentieren (siehe Kapitel 3.1.1).¹³⁹

Werkzeugkoffer

Projektname:	
Projektstart:	
Projektende:	
Grobziele:	Was soll sich aufgrund des BGF-Projekts im Betrieb verändern? Was soll nach dem Projekt anders sein als vorher?
Nichtziele:	Was soll mit dem BGF-Projekt keinesfalls erreicht werden? Was ist nicht Auftrag des BGF-Projekts?
Organisation:	Wer ist wofür verantwortlich und hat welche Kompetenzen?
Auftraggeber/in:	
Projektleitung:	
Projektteam:	
Projektphasen	Termine: Beginn und Ende der jeweiligen Projektphase
Vorprojektphase	
Diagnosephase	
Maßnahmenplanung	
Umsetzung	
Evaluation	
Budget/Ressourcen:	Welche zeitlichen und finanziellen Ressourcen stehen zur Verfügung?
Interne Personalkosten:	
Externe Beratungskosten:	
Maßnahmenumsetzung:	
Zielgruppe(n):	Wer ist alles vom BGF-Projekt im Unternehmen betroffen?
Projektumwelten:	Welche Schnittstellen/Synergien zu anderen Projekten sind zu berücksichtigen?
Fortschrittsbericht	In welcher Form und in welchen Abständen wird der/dem Projektauftraggeber/in über den Projektfortschritt berichtet?
Auftraggeber/in:	Projektleiter/in:
Datum:	Datum:

9.1.3 Checkliste Zielgruppen – Gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Setting Betrieb¹⁴⁰

Stand per:	Anteil (Prozentangaben)
Altersgruppen im Unternehmen	
junge Arbeitnehmer/innen (Lehrlinge) (Personen bis 20)	
ältere Arbeitnehmer/innen (Personen ab 45 Jahre)	
Geschlechterverhältnis im Unternehmen	
Männer	
Frauen	
Alleinerzieher/innen im Unternehmen	
Bildungsgruppen im Unternehmen	
Pflichtschule	
Lehrabschluss	
Matura/Universität/Fachhochschule	
	Anteil (Prozentangaben als Richtwert)
Berufsstatus im Unternehmen	
Geringer Status (z. B. Hilfsarbeiter/innen)	
Mittlerer Status (z. B. Verwaltungs- angestellte, Sekretariat, Facharbeiter/innen)	
Hoher Status (z. B. Führungskräfte, Fachkräfte)	

Personen mit Migrationshintergrund in 1. Generation	
Gruppe 1 Herkunftsland: Sprache:	
Gruppe 2 Herkunftsland: Sprache:	
Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen	
Beschäftigungsausmaß	
Geringfügige Beschäftigte	
Teilzeit-Beschäftigte	
Vollzeit-Beschäftigte	
Beschäftigte im Schichtdienst	
Leiharbeiter/innen im Unternehmen	

9.1.4 Projektkommunikation und -marketing

Kommunikationsmaßnahmen sollten gerade im Rahmen von BGF-Projekten sorgfältig vorbereitet werden, um ihre gewünschte Wirkung auf die zu erreichenden Zielgruppen zu haben. Die Wichtigkeit einer gelingenden Projektkommunikation ist nicht zu unterschätzen, da sie meist eine große Anzahl von Personen erreichen soll (siehe Kapitel 3.1.3 Projektkommunikation und -marketing).¹⁴¹

Zielgruppen- oder Anspruchsgruppenanalyse

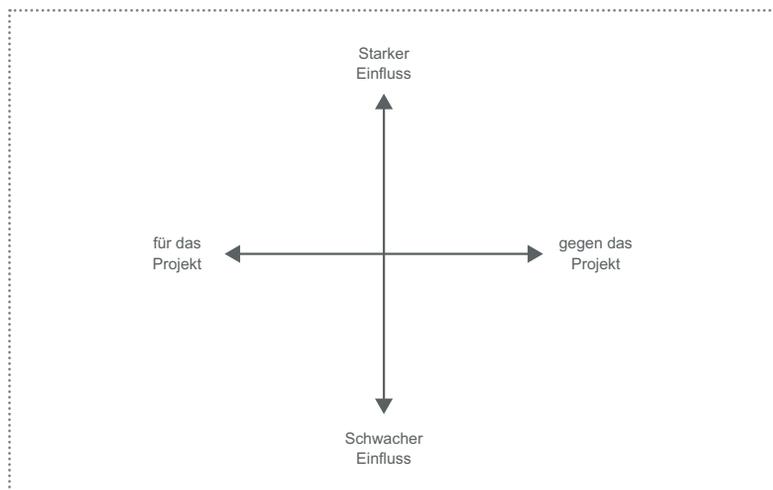
Für die Erstellung einer zielgruppenspezifischen und empfangergerechten Projektkommunikation sollte zuerst abgeklärt werden, welche größeren Zielgruppen im Betrieb überhaupt vom BGF-Projekt betroffen sind und welchen Einfluss bzw. welche Erwartungen und persönlichen Einstellungen diese gegenüber dem BGF-Projekt haben könnten.

¹⁴¹ Reichert (2016)

Wer nimmt Einfluss auf das Projekt? Wer ist davon betroffen?	Welche Erwartungen bestehen von der Person/ Gruppe an das Projekt?	Wie ist die Einstellung zum Projekt? positiv + / neutral ~ / negativ –	Wie stark ist der Einfluss der Person/Gruppe? niedrig mittel hoch

Kraffteldanalyse

Im Rahmen einer sogenannten Kraffteldanalyse kann der vermutete Einfluss sowie die jeweiligen Einstellungen der einzelnen ermittelten Zielgruppen gegenüber dem BGF-Projekt aus der Ziel- und Anspruchsgruppenanalyse zur besseren Veranschaulichung auf einer Vierfeldertafel übersichtlich dargestellt werden.



Kommunikationsplan

Auf Basis der Ziel- oder Anspruchsgruppenanalyse kann leicht ein einfacher Kommunikationsplan erstellt werden. Dieser enthält auf Grundlage vermuteter Bedenken / Widerstände, bzw. noch offenen Fragen gegenüber dem BGF-Projekt, auch die einzelnen Medien bzw. Kommunikationskanäle (z. B. BGF-Newsletter, Folder, Plakate, Intranet, Beiträge in Mitarbeitendenzeitungen, Gesunde Tipps, Belegschaftsversammlungen, Führungs- und Teambesprechungen, Einzelgespräche) sowie die jeweiligen Zeitpunkte für die Umsetzung der einzelnen Kommunikationsmaßnahmen.

Werkzeugkoffer

Zielgruppen	Kommunikationsbedarfe (z. B. Wünsche, Fragen, Bedenken/ Widerstände)	Medien/ Kommunikationskanäle (z. B. mündlich/ schriftlich)	Zeitpunkt (z. B. quartalsweise / meilensteinbezogen)

9.1.5 Projektstrukturplan und Arbeitspakete

Vorlagen für einen BGF- Projektplan sowie für eine Arbeitspaketbeschreibung finden Sie neben weiteren Checklisten aus dem Kapitel 9 „Werkzeugkoffer“ auf der Website des Netzwerk BGF unter folgendem Link: www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

9.1.6 Projektrisikoaanalyse

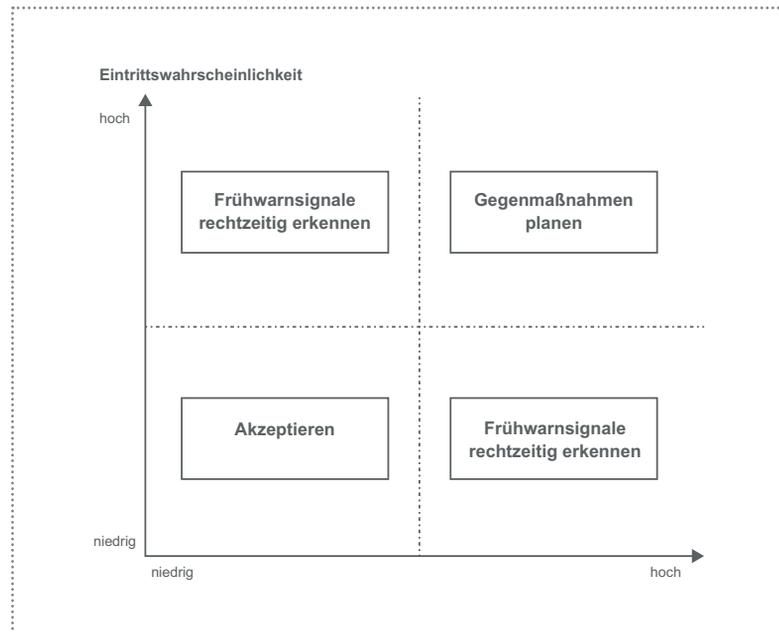
Die Projektrisikoaanalyse kann auch als eine zusätzliche Qualitätssicherungsschleife im Rahmen der BGF-Projektplanung betrachtet werden. Es werden dabei mögliche Risiken, die den Projekterfolg hinsichtlich des inhaltlichen Ergebnisses, der zeitlichen Dauer und/oder der finanziellen Kosten identifiziert und frühzeitig mögliche Gegenmaßnahmen geplant (siehe Kapitel 3.1.4 Projektplan).

Qualitative Risikoanalyse

Welche Risiken bedrohen das Projekt?	Wie wahrscheinlich sind sie?	Wie stark wirken sie sich aus?	Was kann man tun?

Es ist nicht nötig, sich für jedes denkbare Risiko frühzeitig Gegenmaßnahmen zu überlegen, vielmehr sollte das Bewusstsein für mögliche Projektrisiken bei der /dem BGF-Projektverantwortlichen geschärft werden („Frühwarnsignale rechtzeitig erkennen“) und nur Maßnahmen, vor allem für die hoch wahrscheinlichen Risiken, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit im Laufe der Umsetzung des BGF-Projekts auftauchen können, geplant werden („Gegenmaßnahmen planen“).

Projektrisikoaanalysematrix¹⁴²



Gegenmaßnahmen planen

Beschreibung des Risikos	Maßnahmen zur Risiko-vermeidung/-reduzierung	Verantwortlich	Zeitpunkt

9.1.7 Grobkostenschätzung für BGF-Betriebe in Mittel- und Großunternehmen (ab 50 Mitarbeitenden)

Im Folgenden findet sich eine Auflistung der wesentlichsten Kosten, die im Rahmen eines BGF-Projekts anfallen können. Die angeführten Beträge sind eine grobe Kostenschätzung und dienen somit auf Basis von Erfahrungswerten nur als erste Orientierungsgrundlage.

¹⁴² Reichert (2016)

Werkzeugkoffer

Interne Personalkosten	
Projektleiter/in:	Zeitaufwand ist abhängig vom Umfang des Projekts und der Größe des Betriebes
Externe Beratungskosten (Standard)	
Erstellung Ist-Analyse (z. B. Krankenstandsanalyse, Mitarbeitendenbefragung mittels Standard- und Zusatzauswertung Kombi AG)	ca. EUR 3.000,-
Ergebnisevaluation /Projektende (z. B. Krankenstandsanalyse, Mitarbeitendenbefragung mittels Standard- und Zusatzauswertung Kombi AG)	ca. EUR 3.500,-
Externe Begleitung bei der Projektdurchführung je nach gewünschtem Ausmaß	Grobe Schätzung: ca. EUR 20.000,-
Zusätzliche externe Kosten (je nach Bedarf)	
Zusätzliche Beratungsleistungen <i>Falls keine internen Ressourcen vorhanden sind, können diese ebenfalls zugekauft werden (z. B. Unterstützung bei der Erstellung von Gesundheitsberichten, Projektmarketing, etc.).</i>	Kosten abhängig von den Leistungen
Externe Gesundheitszirkel-Moderation <i>Für den Fall, dass die GZ extern moderiert werden sollen.</i>	pro GZ (3 Sitzungen) ca. EUR 2.500,-
Externe Prozessevaluation <i>Im Falle einer FGÖ-Förderung ist ab einer beantragten Fördersumme größer als 60.000,- EUR verpflichtend eine externe Prozessevaluation vorzusehen. Bei einer beantragten Fördersumme zwischen 20.000,- EUR und 60.000,- EUR ist wahlweise eine interne oder externe Evaluation durchzuführen.</i>	Kosten ab ca. EUR 10.000,-
Ausbildungen von internen GZ-Moderatorinnen und Moderatoren <i>z. B. 2- bis 2,5-tägige Schulungen</i>	pro Person EUR 400–500,-
Ausbildungen, z. B. der BGF-Projektleitung <i>z. B. 3- bis 4-tägige Schulungen</i>	pro Person EUR 500–900,-
Kosten für die Umsetzung von Maßnahmen	
Umsetzung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen <i>50,- bis 150,- EUR pro Person (wären bei 250 Mitarbeitendem ca. 25.000,- EUR) dienen als grober Richtwert. Kommen zusätzliche zielgruppenspezifische oder z. B. bauliche Maßnahmen dazu, ist der Betrag erfahrungsgemäß höher anzusetzen.</i>	pro Person ca. EUR 50–150,-
Diverse Sachaufwendungen <i>(z. B. Kopier- und Druckkosten, Reise- und Veranstaltungskosten, etc.)</i>	grobe Schätzung: ab ca. EUR 1.000,-

Möglichkeiten einer anteiligen Förderung der Prozesskosten durch den FGÖ

Weitere Förderungen sind durch einzelne Regional- und Servicestellen des ÖNBGF möglich. Die Kontaktadressen finden sich im Handbuch im Kapitel 11.

9.2 Maßnahmenplanung

9.2.1 BGF-Projektziele

Ziele legen die Ausrichtung eines BGF-Projekts fest und beschreiben, wohin ein Projekt führt bzw. welche Wirkungen erreicht werden sollen. Sämtliche Ziele sollten nach der SMART-Regel (siehe Kapitel 3.3.1 Von Grob- zu Feinzielen) schriftlich in Form eines Zielekatalogs dokumentiert und in geeigneter Form an die Belegschaft kommuniziert werden.

Ziel-formulierung	Indikator/ Kennzahl	Sollwert	Maßnahme	Erhebungs-methode	Zeitpunkt
Welche Veränderungen sollen sich einstellen?	Woran ist die Zielerreichung erkennbar?	Welcher Wert soll konkret erreicht werden?	Mit welcher Maßnahme soll das Ziel erreicht werden?	z. B. Mitarbeitendenbefragung	z. B. zu Projektende

9.2.2 Checkliste zur Umsetzung eines Gesundheitszirkels (GZ)¹⁴³

Anzahl der Mitarbeiter/innen	
Name des BGF-Projekts	
Dauer des BGF-Projekts	
Interne BGF-Projektleitung	
Externe/r GZ-Moderator/in	
Bezeichnung des GZ	

Übersicht über alle geplanten GZ

#	Bezeichnung des GZ	Name der Moderation
1		
2		
3		

Design des GZs

Anzahl der Teilnehmer/innen (max. 12)	
Anzahl der GZ-Sitzungen	
Dauer pro GZ-Sitzung	

Weitere Vereinbarungen hinsichtlich Umsetzung und Organisation

Teilnehmer/innen am GZ sind ...

hinsichtlich Arbeitsplatz/Tätigkeitsbereich homogen
hinsichtlich Berufsgruppen homogen
hinsichtlich Hierarchieebene homogen
zielgruppenspezifisch zusammengesetzt (z. B. Frauen, Migrantinnen und Migranten, Leiharbeiter/innen)
themenspezifisch zusammengesetzt

Beschreibung in Stichworten

Bedarfsanalyse zur Weiterbearbeitung im GZ

Folgende Analysen aus der Diagnosephase bzw. dem Projektvorfeld sind zur Bearbeitung im GZ aufbereitet:

	Bezeichnung der Bedarfsanalyse (Jahr der Durchführung)	Aufbereitung zur Bearbeitung im GZ (folgende Inhalte in folgendem Format)

Weitere Verwendung der Ergebnisse des GZs

Maßnahmenvorschläge des GZ werden auch im Rahmen einer Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen lt. ASchG verwendet.

- Ja
- Nein

Im GZ erfolgt ...

- (Vertiefende) Diagnose zu Einflussfaktoren auf / Ursachen von Ressourcen bzw. Belastungen
 - Ja
 - Belastungen und Einflussfaktoren/Ursachen konkret benennen und dokumentieren
 - Ressourcen und Einflussfaktoren/Ursachen konkret benennen und dokumentieren
 - Nein

Anmerkung der internen BGF-Projektleitung

- Priorisierung
 - Ja, Priorisierung nach Wichtigkeit der Belastungen für die GZ-Teilnehmer/innen
 - Ja, Priorisierung nach Wichtigkeit der Ressourcen für die GZ-Teilnehmer/innen
 - Nein, keine Priorisierung

Anmerkung der internen BGF-Projektleitung

- Planung von Maßnahmenvorschlägen
 - zur Stärkung gesundheitsbezogener Ressourcen
 - zur Reduktion gesundheitsbezogener Belastungen
 - auf der Verhältnisebene
 - auf der Verhaltensebene
 - Bei der Planung von Maßnahmenvorschlägen sind folgende drei Perspektiven einzunehmen:
 - Was könnten Mitarbeiter/innen umsetzen?
 - Was könnten Führungskräfte mit Mitarbeitenden umsetzen?
 - Was könnten andere Personen/Abteilungen umsetzen?

Anmerkung der internen BGF-Projektleitung

Werkzeugkoffer

- Dokumentation der Maßnahmenvorschläge
Die GZ-Moderation dokumentiert die Ergebnisse des GZs folgend:
 - nach eigener Vorlage der GZ-Moderation
 - zusätzlicher GZ-Bericht erwünscht

Mit Abschluss des GZs wird ein/e Gruppensprecher/in zur Präsentation der Ergebnisse, z. B. in Steuerungsgruppe, vor Führungskraft) benannt.

- Ja
- Nein

Anmerkung der internen BGF-Projektleitung

9.2.3 BGF-Maßnahmenkatalog

Am Ende der Phase der Maßnahmenplanung steht ein durch die BGF-Steuerungsgruppe beschlossener Maßnahmenplan. In diesem werden sämtliche zur Umsetzung freigegebenen Maßnahmen für die jeweilige(n) Zielgruppe(n) aufgelistet (siehe Kapitel 3.3.3 Maßnahmenkatalog). Für jede Maßnahme wird ein/e Verantwortliche/r benannt und der Zeitpunkt, bis zu dem die Maßnahme umgesetzt werden soll, festgelegt. Zusätzlich wird angegeben, ob die Maßnahme zur Umsetzung finanzielle Mittel benötigt (z. B. Gesundes Führen-Seminar mit externen Trainerinnen und Trainern) oder ob diese ohne zusätzliche monetäre Aufwendungen durchgeführt werden kann (z. B. Einführung von „Mitarbeiter/innen bewegen Mitarbeiter/innen“ als bewegte Kurzpause im Betrieb).

Ziel	Maßnahme	Zielgruppe(n)	Verantwortlich	Zeitpunkt/ Kosten

9.3 Checkliste zu den 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF



N°	Qualitätskriterium	✓
1	<p>Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur <i>Verankerung der BGF in zentralen Unternehmensdokumenten und Managementsystemen.</i></p> <p>Welche Schritte wurden gesetzt, damit BGF im Unternehmen als Querschnittsmaterie umgesetzt und „gelebt“ wird?</p>	
2	<p>(Projekt-)Struktur <i>Strukturelle Verankerung der BGF im Unternehmen.</i></p> <p>Entspricht die strukturelle und personelle Ausrichtung der BGF-Strukturen den theoretischen Ansprüchen der BGF und den aus den Betriebsspezifika resultierenden Erfordernissen?</p>	
3	<p>Zuständigkeiten / Ansprechpersonen <i>Klare Verantwortlichkeit für die BGF.</i></p> <p>Können Personen oder Gruppen, welche die BGF im Unternehmen federführend forcieren bzw. umsetzen, klar benannt werden?</p>	
4	<p>Zielgruppenorientierung <i>Ausrichtung des Projektes (insbesondere Diagnose und Umsetzung) an Bedürfnissen einzelner Zielgruppen.</i></p> <p>Wurden die Bedürfnisse von einzelnen Gruppen innerhalb der Belegschaft (Frauen/Männer, Mitarbeiter/innen mit mangelhaften Deutschkenntnissen, Lehrlinge/ältere Arbeitnehmer/innen, etc.) in ausreichendem Maß berücksichtigt?</p>	
5	<p>Diagnosephase/-instrumente / Bedarfserhebung <i>Adäquanz der eingesetzten Instrumente und Tools.</i></p> <p>Wurden adäquate quantitative und/oder qualitative Instrumente/Tools im Rahmen der Diagnosephase eingesetzt?</p>	
6	<p>Mitarbeitendenorientierung <i>Partizipative Ausrichtung der BGF im Unternehmen.</i></p> <p>Mit welcher Qualität wurde die Prämisse der Partizipation im Unternehmen umgesetzt? Wie umfassend und wie häufig konnten sich die Mitarbeiter/innen am Projekt beteiligen? Inwiefern konnten sie mitbestimmen? Wurden Entscheidungen gemeinsam getroffen?</p>	
7	<p>Kommunikation <i>Qualität der Informations- und Kommunikationsstrukturen.</i></p> <p>Mit welcher Qualität und Quantität (Medien, Kanäle, etc.) wurde die Kommunikation über die BGF gewährleistet? Wie konnten sich die Mitarbeiter/innen über das Projekt informieren? Wie viele Möglichkeiten wurden hierfür geschaffen?</p>	

Werkzeugkoffer

8	<p>Verhältnisorientierte Maßnahmen <i>Umsetzung von angemessenen Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention.</i></p> <p>In welchem Umfang und mit welcher Qualität wurden verhältnisorientierte Maßnahmen umgesetzt? Stehen diese in einem angemessenen Verhältnis zu den verhaltensorientierten Maßnahmen? Orientieren sich die gesetzten Maßnahmen streng an den Ergebnissen der Bedarfserhebung?</p>	
9	<p>Verhaltensorientierte Maßnahmen <i>Umsetzung von angemessenen Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention.</i></p> <p>In welchem Umfang und mit welcher Qualität wurden verhaltensorientierte Maßnahmen umgesetzt? Stehen diese in einem angemessenen Verhältnis zu den verhältnisorientierten Maßnahmen? Orientieren sich die gesetzten Maßnahmen streng an den Ergebnissen der Bedarfserhebung?</p>	
10	<p>Führung <i>Sensibilisierung von Führungskräften sowie Umsetzung von spezifischen Maßnahmen für Führungskräfte.</i></p> <p>In welchem Umfang und mit welcher Qualität wurden derartige Maßnahmen umgesetzt? Orientieren sich die gesetzten Maßnahmen streng an den Ergebnissen der Bedarfserhebung?</p>	
11	<p>Qualität der Zielformulierung/Umfang der Ziele <i>Qualität und Umfang der formulierten Ziele.</i></p> <p>Wurde ein in Anbetracht der Betriebsspezifika angemessenes Bündel an Zielen definiert? Wurden die Ziele SMART formuliert? Sind die Ziele spezifisch bzw. präzise, messbar, von allen Beteiligten akzeptiert, realistisch und zeitlich festgelegt?</p>	
12	<p>Ergebniskontrolle und Evaluation <i>Qualität und Umfang der Evaluation/Kontrolle des gesamten BGF-Kreislaufes.</i></p> <p>Wurden im Sinne einer angemessenen Ergebniskontrolle/Evaluation adäquate quantitative und/oder qualitative Instrumente/Tools eingesetzt?</p>	
13	<p>Zielerreichung <i>Überprüfung und Reflexion der Erreichung der angestrebten Ziele.</i></p> <p>Wurden die angestrebten Ziele erreicht? Wurden die Ziele und etwaige Gründe im Falle von Nichterreichung angemessen reflektiert?</p>	
14	<p>Nachhaltigkeit <i>Nachhaltige Ausrichtung von Projektstrukturen und Maßnahmen.</i></p> <p>Mit welchem Aufwand bzw. Qualität leistet der Betrieb eine nachhaltige Fortführung der BGF? Werden die geschaffenen Strukturen erhalten? Werden weiterhin bewährte bzw. neue Maßnahmen umgesetzt? Gibt es ein fixes BGF-Budget?</p>	
15	<p>Allgemeine Bewertung <i>Stringente und strukturierte Umsetzung der BGF-Aktivitäten (Public-Health-Action-Cycle).</i></p> <p>Wurden die Aktivitäten schlüssig, stringent und in sich stimmig umgesetzt?</p>	

Netzwerk BGF

Gemeinsam für gesunde und erfolgreiche Unternehmen

9.4 Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

9.4.1 Checkliste zur BGM-Basisanalyse

Um ein, auf die Bedarfe des jeweiligen Betriebs passendes, BGM-Konzept zu erstellen, kann bereits frühzeitig bzw. während der Durchführung eines BGF-Projekts in Form einer sogenannten „Basisanalyse“ für jedes Element eines BGM-Systems der Status Quo erhoben und mit den grundlegenden BGM-Gestaltungsmerkmalen in Beziehung gesetzt werden (siehe Kapitel 6).

Allgemeine Reflexionsfragen	<ul style="list-style-type: none"> ● In welcher Phase ist das BGF-Projekt derzeit? ● Was sind bisher die wichtigsten Erkenntnisse aus dem BGF-Projekt? ● Welche Maßnahmen wurden im BGF-Projekt bereits umgesetzt? ● Welche Veränderungen bzw. Ergebnisse konnten bereits erreicht werden?
Betriebliche Gesundheitspolitik	<ul style="list-style-type: none"> ● Welche schriftlichen Bekenntnisse in Bezug auf die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit gibt es im Betrieb (z. B. Unternehmensleitbild, Führungsgrundsätze, Betriebsvereinbarungen)? ● Gibt es ein eigenes schriftlich formuliertes Leitbild für Gesundheit? ● Wird dieses von der Unternehmensleitung sichtbar unterstützt, bei betrieblichen Entscheidungen berücksichtigt bzw. von den Führungskräften im Alltag gelebt? ● Ist die betriebliche Gesundheitspolitik den Führungskräften und Mitarbeitenden bekannt und an diese kommuniziert worden?
Organisationsstruktur	<ul style="list-style-type: none"> ● Wie ist der ArbeitnehmerInnenschutz im Betrieb organisiert? Welche Funktionen (z. B. Arbeitsmedizin, Sicherheitsfachkräfte) und Gremien (z. B. ASA) sind bereits vorhanden? ● Welche Funktionen (z. B. BGF-Projektleiter/in und -mitarbeiter/innen, Gesundheitszirkelmoderation) und Gremien (z. B. Steuerkreis, BGF-Projektteam) sind bereits vorhanden? Welche BGF-Strukturen haben sich bewährt und sollen künftig im BGM dauerhaft fortgeführt werden? ● Welche Verantwortlichkeiten und Gremien gibt es im Betrieb, die sich mit der Früherkennung bzw. mit der Wiedereingliederung von langzeit-erkrankten Mitarbeitenden beschäftigen?
Ziele und Kennzahlen	<ul style="list-style-type: none"> ● Was soll mit dem BGF-Projekt erreicht werden? Was soll sich aufgrund des Projekts im Betrieb verändern? Wie sieht der Status Quo der Zielerreichung derzeit aus? ● Welche Ziele gibt es im Bereich des ArbeitnehmerInnenschutzes im Betrieb bzw. im Bereich der Früherkennung oder im Umgang mit langzeiterkrankten Mitarbeitenden im Betrieb? ● Gibt es übergeordnete strategische Ziele des Unternehmens, auf die ein künftiges BGM Bezug nehmen sollte? ● Welche Routinedaten (z. B. Krankenstands- und Unfallquote, Arbeitszufriedenheit) im Bereich der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit sind im Betrieb schon vorhanden?

Werkzeugkoffer

Programme und Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Was wird im Betrieb im Rahmen des BGF-Projekts auf der verhaltens- und verhältnisbezogenen Ebene bereits umgesetzt? Was davon soll künftig dauerhaft fortgeführt werden? • Welche Maßnahmen werden derzeit im ArbeitnehmerInnenschutz umgesetzt? Welche Maßnahmen gibt es zur Früherkennung bzw. im Rahmen der Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten? • Werden Führungskräfte ausreichend zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten befähigt bzw. qualifiziert? • Gibt es besonders belastete und /oder benachteiligte Zielgruppen, auf die im künftigen BGM besonderes Augenmerk gelegt werden sollte?
Exkurs: PE-/OE-Instrumente und Systeme	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Instrumente der Personal- und Organisationsentwicklung (PE /OE) gibt es im Betrieb? • In welchen bestehenden PE-/OE- bzw. Führungsinstrumenten (z. B. BSC, Zielvereinbarungen) könnte künftig Gesundheit als Querschnittsthema verankert werden? • Welche Managementsysteme und -instrumente (Qualität, Arbeitsschutz, Umwelt) gibt es im Betrieb?
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird bei der Umsetzung des BGF-Projekts im Betrieb vorgegangen (z. B. BGF-Managementkreislauf bzw. BGF-Kernprozesse: Diagnosephase / Ist-Analyse, Maßnahmenplanung, Umsetzung und Evaluation)? Ist es geplant diese auch nach Umsetzung des BGF-Projekts in regelmäßigen Abständen fortzuführen? • Welche in regelmäßigen Abständen wiederkehrenden Tätigkeiten (Prozesse) werden im ArbeitnehmerInnenschutz umgesetzt (z. B. Arbeitsplatzevaluierung, Unterweisungen, arbeitsmedizinische Untersuchungen)? Wie werden darüber hinaus die jeweiligen gesetzlichen Anforderungen (z. B. ASchG, B-BSG) im Betrieb umgesetzt? • Welche in regelmäßigen Abständen wiederkehrenden Tätigkeiten (Prozesse) werden zur Früherkennung und bei der Wiedereingliederung von längerfristig erkrankten bzw. verunfallten Mitarbeitenden im Betrieb umgesetzt? • Welche dieser Prozesse /Tätigkeitsschritte wird schriftlich in Form einer Prozessbeschreibung festgehalten bzw. werden in regelmäßigen Abständen einer internen Kontrolle unterzogen?
Kontrollinstrumente / kontinuierliche Verbesserung	<ul style="list-style-type: none"> • Wie werden derzeit im Rahmen des BGF-Projekts Verbesserungspotenziale identifiziert (z. B. Struktur- und Prozessevaluation)? • Wie werden derzeit im ArbeitnehmerInnenschutz Verbesserungspotenziale identifiziert (z. B. Begehungen, Audits, Kennzahlen)? • In welcher Form bzw. wie häufig wird die Unternehmensleitung über den Stand der Dinge / Fortschritt in der Umsetzung der BGF bzw. im ArbeitnehmerInnenschutz informiert (Managementbewertung)?
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> • Was wird derzeit im Rahmen des BGF-Projekts dokumentiert (z. B. BGF-Projektteambesprechungen, Gesundheitszirkelprotokolle, Ergebnisse der Diagnosephase, BGF-Maßnahmenkatalog, Teilnahmequoten Maßnahmen, BGF-Projektziele, Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Projekt, Gesundheitsbericht)? • Was wird derzeit im Rahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes bzw. im Zuge der Früherkennung bzw. bei der Wiedereingliederung von längerfristig erkrankten oder verunfallten Mitarbeitenden im Betrieb dokumentiert? • Wird derzeit eine Zusammenfassung aller Ziele, Strukturen, Prozesse und Maßnahmen im Betrieb zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit etwa in Form eines Jahres- oder Gesundheitsberichts vorgenommen?

10. Verzeichnisse

10.1 Literatur

Allenspach, M. & Brechbühler, A. (2005). Stress am Arbeitsplatz. Theoretische Grundlagen, Ursachen, Folgen und Prävention. Bern: Hans Huber.

Altgeld, T. & Kolip, P. (2009). Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Ein Beitrag zur Qualitätsverbesserung im Gesundheitswesen. In P. Kolip & T. Altgeld (Hrsg.), Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention. Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis (S. 15–26). Weinheim: Juventa.

Antonovsky, A. (1979). Health, stress, and coping. Toronto: John Wiley & Sons.

Aust, B. & Ducki, A. (2004). Comprehensive Health Promotion Interventions at the Workplace: Experiences With Health Circles in Germany. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9 (3), 258–270.

AUVA (Hrsg.). (2010). Regelwerk: Das Sicherheits- und Gesundheitsmanagement-System der AUVA. Download unter: www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.542527&version=1445521358 (letzter Zugriff am 01. 12. 2017). Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

AUVA (Hrsg.). (2011). Anleitung und Beispielsammlung zum Regelwerk AUVA-SGM. Download unter: www.auva.at/cdscontent/load?contentid=10008.542521 (letzter Zugriff am 01. 12. 2017). Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

Badura, B. (2015). Studententext: Sozialkapital, Gesundheit, Organisationserfolg – Grundlagen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Bielefeld: Eigenverlag.

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Macco, K. (Hrsg.). (2011). Fehlzeitenreport 2011. Führung und Gesundheit. Berlin: Springer.

Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Heidelberg: Springer.

Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.). (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Göttingen: Hogrefe.

Barthold, L. & Schütz, A. (2010). Stress im Arbeitskontext. Ursachen, Bewältigung und Prävention. Weinheim: Beltz.

Baumanns, R. (2009). Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Stuttgart: Ibidem-Verlag.

Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Autor.

Blattner, A. & Elsigan, G. (2015). Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Wien: Österreichisches Netzwerk für BGF.

Bödeker, W. (2010a). Lohnt sich Betriebliche Gesundheitsförderung? Ökonomische Indikatoren und Effizienzanalysen. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 165–170). Bern: Hans Huber.

Bödeker, W. (2010b). Arbeitsunfähigkeitsanalysen. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 240–245). Berlin: Springer.

Bortz, J. & Döring, N. (2006). Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Bräunig, D., Haupt, J., Kohstall, T., Kramer, I., Pieper, C. & Schröer, S. (2015). iga. Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention. Berlin: iga.

Brown, J., Isaacs, D. & Bürger, S. (2007). Das World Café. Kreative Zukunftsgestaltung in Organisationen und Gesellschaft. Heidelberg: Carl-Auer.

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.). (2004). Ö-SGMS: Österreichischer Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben. Download unter: www.arbeitsinspektion.gv.at/cms/preview/attachments/0/1/4/CH3606/CMS1449670902858/oe_sgms.pdf (letzter Zugriff am 01. 12. 2017). Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

Bungard, W. (2005). Feedback in Organisationen: Stellenwert, Instrumente und Erfolgsfaktoren. *Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie*, 20 (2), 3–13.

Busch, C. & Werner, D. (2011). Qualitätssicherung durch Evaluation. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch.* (S. 221–234). Göttingen: Hogrefe.

Chechota, J. & Loitzl, G. (2006). Gesundheitscoaching für Klein- und Kleinstbetriebe. Modulentwicklung und Testphase bei 3 Modellbetrieben (Aug.-Nov. 2006). Unveröffentlichtes Manuskript. Datenschutzgesetz 2000 (DSG 2000). Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten.

Debitz, U., Buruck, G., Mühlpfordt, S., Muzykorska, E., Lübert, U. & Schmidt, H. (2014). Der Leitfaden zum Screening Gesundes Arbeiten – SGA. (3. vollständig überarbeitete Auflage), Berlin: INQA.

DeGEval – Gesellschaft für Evaluation e. V. (2008) (Hrsg.). Standards für Evaluation (4. unveränderte Auflage). Mainz: Autor.

Deutsche Gesellschaft für Personalführung (Hrsg.). (2014). Integriertes Gesundheitsmanagement: Konzept und Handlungshilfen für die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen. Bielefeld: Bertelsmann.

Verzeichnisse

- Donabedian, A. (1966).** Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 166–206.
- DIN 69901 (2009).** Projektmanagement – Projektmanagementsysteme. Teil 1: Grundlagen.
- Dragona, N. & Wahl, S. (2015).** Zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Hintergründe, Strategien und Qualitätsstandards. In B. Badura et al. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015* (S. 21–29). Berlin: Springer.
- Ducki, A., Bamberg, E. & Metz, A.-M. (2011).** Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In E. Bamberg et al. (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt* (S. 135–153). Göttingen: Hogrefe.
- European Agency for Safety and Health at Work (2008).** European Risk Observatory – Literature study on migrant workers. Bilbao: European Agency for Safety and Health at Work.
- Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung zur betrieblichen Gesundheitspolitik (2004).** Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Abschlussbericht Kurzfassung. Download unter: www.boeckler.de/pdf/fofoe_kurzf_abschlussb_gesundheit.pdf (letzter Zugriff am 01. 12. 2017). Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch
- Faller, G. (Hrsg.). (2010).** Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.
- FGÖ Fonds Gesundes Österreich (2007).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Tagungsband der 9. Österreichischen Präventionstagung. Wien: Eigenverlag.
- FGÖ Fonds Gesundes Österreich (2008).** Basiswissen Ziele. Download unter: http://info.projekt-guide.fgoe.org/sites/default/files/inline-files/Download_Basiswissen_Ziele.pdf (letzter Zugriff am 01. 12. 2017). Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch
- Fritz, S. (2006).** Ökonomischer Nutzen „weicher“ Kennzahlen (2. Aufl.). Zürich: vdf.
- Gareis, R. (2006).** Happy Projects (3. Aufl.). Wien: Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.
- Gollwitzer, M. & Jäger, R. S. (2009).** Evaluation kompakt. Weinheim: Beltz.
- Grote, G. & Künzler, C. (1996).** Theorie und Praxis der Sicherheitskultur. Zürich: vdf.
- Hacker, W. (1991).** Aspekte einer gesundheitsstabilisierenden und -fördernden Arbeitsgestaltung. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 35 (2), 48–58.
- Hacker, W. & Sachse, P. (2014).** Allgemeine Arbeitspsychologie. Psychische Regulation von Tätigkeiten (3. vollständig überarbeitete Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Hoppe, D.P.D. (2011).** Arbeit und Gesundheit. In S. Kauffeld (Hrsg.), *Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie* (S. 223–244). Berlin: Springer.

Horvath, P., Gamm, N. & Isensee, J. (2009). Einsatz der Balanced Scorecard bei der Strategieumsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In Fehlzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft, (S. 127–137). Heidelberg: Springer.

Hurrelmann, K. (2006). Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim: Juventa.

Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? Herausgegeben von M. Giesert im Auftrag des DGB-Bildungswerk e. V. Hamburg: VSA.

Janssen, P., Kentner, M. & Rockholtz, C. (2004). Balanced Scorecard und betriebliches Gesundheitsmanagement – Den Unternehmenserfolg steigern durch die effiziente Steuerung der Humanressourcen. In M. T. Meifert & M. Kesting (Hrsg.), Gesundheitsmanagement im Unternehmen (S. 41–56). Berlin: Springer.

Kaindl, M. & Schipfer, R. K. (2015). Familien in Zahlen 2015. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung.

Kaluza, G. (2015). Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung (3. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.

Kaminski, M. (2013). Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis: ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020. Wiesbaden: Springer.

Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich (2015). Gesundheit ist (auch) eine Frage der Unternehmenskultur. Linz: Eigenverlag

Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health*, 1 (4), 443–453.

Klemens, S., Wieland, R. & Krajewski, J. (2004). Fähigkeits- und führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche. In Dokumentation des 50. Arbeitswissenschaftlichen Kongresses vom 24. bis 26. März 2004 in Zürich. Dortmund: GfA-Press.

Kolip, P. (2016). Ergebnisevaluation von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Bielefeld: Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen.

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (2015). Kriterien für gute Praxis der sozialogenbezogenen Gesundheitsförderung. Berlin: Eigenverlag.

Krampitz, J. (2015). Führungskräfte: Einfluss des betrieblichen Status auf die Gesundheit. In B. Bandura et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2015 (S. 165–183). Berlin: Springer.

Krause, A., Dorsemagen, C. & Peters, K. (2010). Interessierte Selbstgefährdung: Was ist das und wie geht man damit um. *HR Today*, 4, 43–45.

Verzeichnisse

Loss, J., Seibold, C., Eichhorn, C. & Nagel, E. (2010). Evaluation in der Gesundheitsförderung. Erlangen: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

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.

Meggeneder, O. (2006). Das Linzer Gesundheitszirkelmodell. In O. Meggeneder & H. Hirtenlehner (Hrsg.), Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen (S. 191–200). Frankfurt am Main: Mabuse.

Mercer (2014). Health Management Survey 2014: Download unter: www.mercer.at/newsroom/mercer-health-management-survey-2014.html (letzter Zugriff am 01. 12. 2017). Aktueller Link auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

Mielck, A. (2005). Soziale Ungleichheit und Gesundheit (1. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Meyer, M. (2004). Indikatorenentwicklung. Eine praxisorientierte Einführung (2. Aufl.). Saarbrücken: Centrum für Evaluation.

Meyer, M., Klose, J. & Schröder, H. (2015). Zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Ein Überblick. In B. Badura et al. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2015 (S. 1–8). Berlin: Springer.

Nöhhammer, E., Eitzinger, C., Schaffenrath-Resi, M. & Stummer, H. (2009). Zielgruppenorientierung und betriebliche Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung, 1, 77–82.

Nöhhammer, E., Schusterschitz, C. & Stummer, H. (2010). Wenn Werbung nicht genügt: Information und Kommunikation in der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (S. 128–133). Bern: Hans Huber.

ONR 43765 (2015). Anforderungen an Prozessbegleiter und Prozessbegleiterinnen in der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

ÖNORM EN ISO 10075-1 (2000). Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 1: Allgemeines und Begriffe.

ÖNORM EN ISO 10075-2 (2000). Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 2: Gestaltungsgrundsätze.

ÖNORM EN ISO 10075-3 (2004). Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 3: Grundsätze und Anforderungen an Verfahren zur Messung und Erfassung psychischer Arbeitsbelastung.

ÖNORM ISO 21500 (2016). Leitlinien Projektmanagement.

Österreichisches BGF Netzwerk (2016). BGFvorte: Gesundheitsförderung für Klein- und Kleinunternehmen.

Pelster, K. (2010). ...und die Nachhaltigkeit? In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 171–178). Bern: Hans Huber.

Pitschl, V. & Mayer, M. (2016). Leitfaden psychische Gesundheit. Ansatzpunkte und Gestaltungsmöglichkeiten für Führungskräfte. Wien: Hauptverband d. österreichischen Sozialversicherungsträger.

Pohlandt, A., Richter, P., Jordan, P. & Schulze, F. (1999). Rechnergestütztes Dialogverfahren zur psychologischen Bewertung von Arbeitsinhalten. In H. Dunckel (Hrsg.), *Handbuch Psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (S. 341–362). Zürich: vdf.

Projekt SALUS, Frau & Arbeit gGmbH (2015). Wegweiser Gesundheitssystem in Salzburg. [Broschüre]. Salzburg: Autor.

Prümper, J., Hartmannsgruber, K. & Frese, M. (1995). KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 39 (3), 125–131.

Raeder, S. (2007). Der Psychologische Vertrag. In H. Schuler & K. Sonntag (Hrsg.), *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 294–299). Göttingen: Hogrefe.

Reichert, T. (2016). *Projektmanagement. Projekte zum Erfolg führen*. Freiburg: Haufe-Lexware GmbH und Co. KG

Reis-Klingspiegl, K. & Fadengruber, C. (2015). Clearingprozess zur Durchführung von Gesundheitszirkeln im Kontext von BGF und BGM. Ein Handbuch im Auftrag der OÖGKK, unterstützt durch den HVB. Graz: Autor.

Richter, P., Buruck, G., Nebel, C. & Wolf, S. (2011). Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt* (S. 25–59). Göttingen: Hogrefe.

Richter, P. & Hacker, W. (1998). *Belastung und Beanspruchung. Stress, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben*. Heidelberg: Asanger.

Rixgens, P. (2010). Mitarbeitendenbefragung. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 206–212). Berlin: Springer.

Salzburger Gebietskrankenkasse (2011). *Gesundheitliche Chancengleichheit – Maßnahmenpaket Setting Betrieb. Erklärender Leitfaden zu den im Rahmen des Projektes entwickelten Werkzeuge*. Salzburg: Autor.

Schaper, N. (2011). Wirkungen der Arbeit. In F. W. Nerdinger, G. Blickle & N. Schaper (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 476–494). Berlin: Springer.

Verzeichnisse

- Schaefer, I. (2015).** Leitfaden – Goal Attainment Scaling (Zielerreichungsskalen). Bielefeld: Universität, Fakultät für Gesundheitswissenschaften.
- Schaefer, I. & Kolip, P. (2010).** Unterstützung der Qualitätsentwicklung mit Goal Attainment Scaling (GAS). *Prävention*, 3, 66–69.
- Scharinger, C. (2009).** Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung (4. überarbeitete Aufl.). Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger.
- Schirmacher, L. (2015).** Lernmittel zur Ausbildung zum „Gesundheitsmanager im Betrieb“, symbicon GmbH.
- Schneider, C. (2012).** Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Sochert, R. (1999).** Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel – Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. In Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Forschung*, Fb 827. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Sochert, R. (2002).** Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Neue Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen. Essen: BKK Bundesverband.
- Spicker, I. & Schopf, A. (2007).** Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen: Praxis- handbuch für Pflege- und Sozialdienste. Berlin: Springer.
- Stoffel, S., Amstad, F. & Steinmann, R. M. (2012).** Baukasten für Betriebliche Gesundheitsförderung. Aachen: Meyer & Meyer.
- Steinke, M. & Badura, B. (2011).** Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Stockmann, R. (2004).** Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. Saarbrücken: Centrum für Evaluation (CEval).
- Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992).** Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *psychosozial*, 15 (4), 9–22.
- Uhle, T. & Treier, M. (2015).** Betriebliches Gesundheitsmanagement (3. Aufl.). Berlin: Springer.
- Ulich, E. (2005).** Arbeitspsychologie (6. Aufl.). Stuttgart: vdf.
- Ulich, E. (2007).** Arbeitsgestaltung. In H. Schuler & K. Sonntag (Hrsg.), *Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 165–174). Göttingen: Hogrefe.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2004).** Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Arbeitspsychologische Grundlagen (2. Aufl.). Wiesbaden: Springer.

- Ulich, E. & Wülser, M. (2015).** Gesundheitsmanagement in Unternehmen (6. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Vogt, U. (2010).** Gesundheitszirkel, Workshops und Arbeitssituationsanalysen. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 248–252). Berlin: Springer.
- von dem Knesebeck, O., Zamora, P. & Rugulies, R. (1999).** Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojekts zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse* (S. 163–177). Weinheim: München.
- Waldherr, K., Swazina, K. R. & Ropin, K. (2012).** Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit (WEG): Erfahrungen zur Nachhaltigkeit des Modellprojekts betrieblicher Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen. Wien: Fonds Gesundes Österreich.
- Weinreich, I. & Weigl, C. (2002).** Gesundheitsmanagement erfolgreich umsetzen. Neuwied, Kriftel: Luchterhand.
- Weinreich, I. & Weigl, C. (2011).** Unternehmensratgeber betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen-Methoden-personelle Kompetenzen. Berlin: Schmidt.
- Wesenauer, A. & Sebinger, S. (2011).** Soziale Ungleichheit und Gesundheit (2. Aufl.). Frankfurt am Main: Mabuse.
- Widmer, T. H. (2000).** Qualität der Evaluation – Wenn Wissenschaft zur praktischen Kunst wird. In R. Stockmann (Hrsg.), *Evaluationsforschung* (S. 77–102). Opladen: Leske+Budrich.
- Wilde, B., Hinrichs, S. & Schüpbach, H. (2008).** Der Einfluss von Führungskräften und Kollegen auf die Gesundheit der Beschäftigten – Zwei empirische Untersuchungen in einem Industrieunternehmen. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 100–106.
- Wilde, B., Hinrichs, S., Bahamondes, C. & Schüpbach, H. (2009).** Führungskräfte und ihre Verantwortung für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter – Eine empirische Untersuchung zu den Bedingungsfaktoren gesundheitsförderlichen Führens. *Wirtschaftspsychologie*, 2, 74–89.
- World Health Organization. (1948).** Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death.

10.2 Online-Quellen

Österreich

Alter(n)sgerechte Arbeitsorganisation: www.arbeitundalter.at

Fonds Gesundes Österreich: www.fgoe.org

Männer und Gesundheit: www.maennerundgesundheit.at

Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung: www.netzwerk-bgf.at

Rahmengesundheitsziele: www.gesundheitsziele-oesterreich.at

Öffentliches Gesundheitsportal Österreich: www.gesundheit.gv.at

Gesunde Arbeit: www.gesundearbeit.at

Deutschland

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: www.leitbegriffe.bzga.de

Bundesverband für Betriebliches Gesundheitsmanagement: www.bbgm.de

Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz: www.quint-essenz.ch/de/topics/1133

<https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement.html>

Internetseiten und Broschüren für unterschiedliche Zielgruppen

www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=28

www.rotekreuz.at/fileadmin/user_upload/PDF/Migration/GesundBleiben_D_E_web.pdf

www.diesie.at/download_website/broschueren_publicationen/index.html

Aktuelle Links finden Sie auch unter www.netzwerk-bgf.at/BGF-Handbuch

11. Ansprechstellen

Ansprechpersonen finden Sie auf www.netzwerk-bgf.at unter „Regional- und Servicestellen“



OÖ Gebietskrankenkasse



Wiener Gebietskrankenkasse



Tiroler Gebietskrankenkasse



NÖ Gebietskrankenkasse



Burgenländische GKK



Salzburger Gebietskrankenkasse



Kärntner Gebietskrankenkasse



Fonds Gesunde Betriebe
Vorarlberg



Steiermärkische GKK



VA für Eisenbahnen und Bergbau



VA öffentlich Bediensteter



Österreichischer Gewerkschaftsbund



Allgemeine
Unfallversicherungsanstalt



Industriellenvereinigung



Wirtschaftskammer Österreich



Hauptverband der österr.
Sozialversicherungsträger



SVA der gewerblichen Wirtschaft



Bundesarbeitskammer

