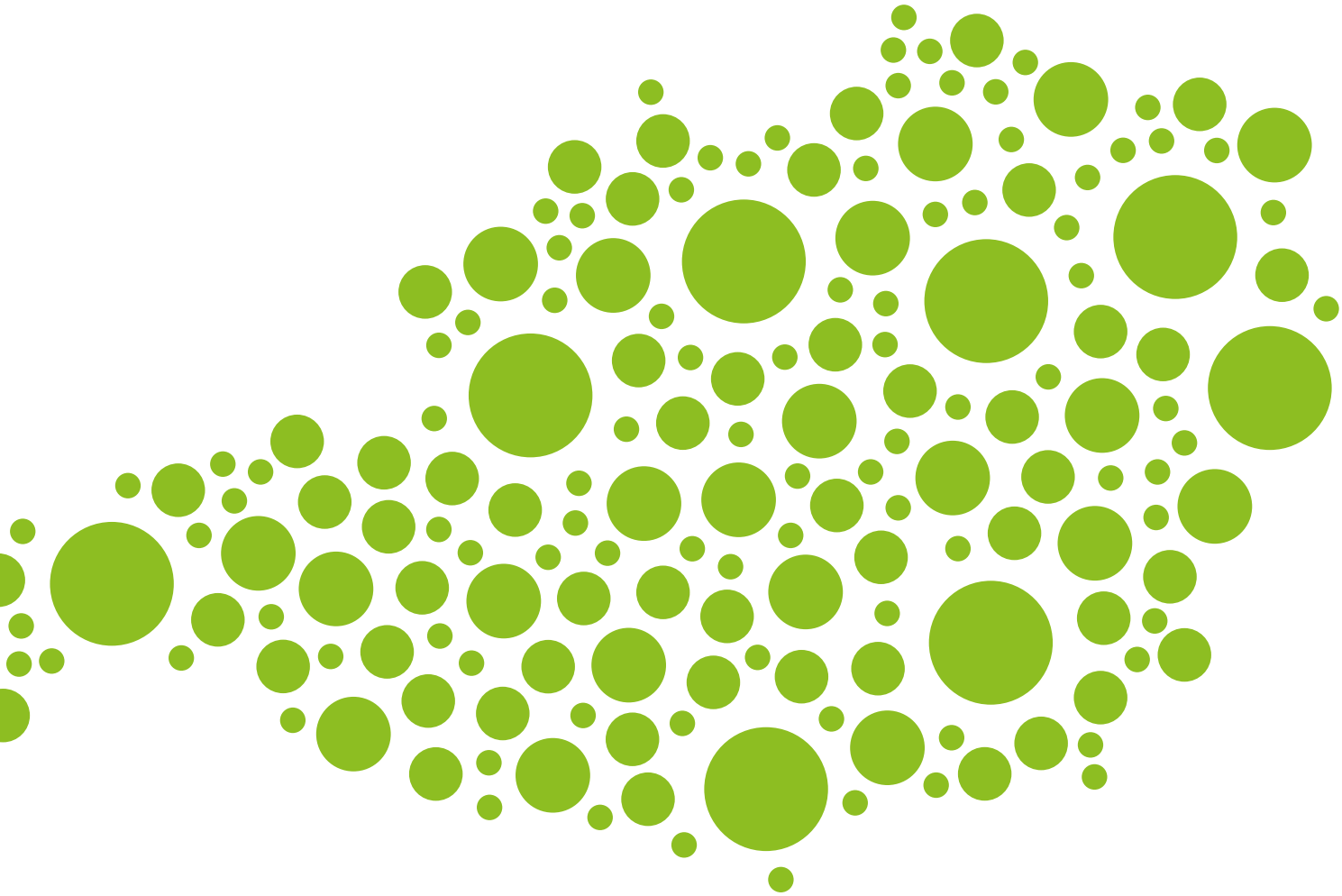
Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung



Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

BGF
NETZWERK

Handbuch
Betriebliche Gesundheitsförderung

7., überarbeitete und erweiterte Auflage

Dachverband der
österreichischen
Sozialversicherungen

BGF
NETZWERK

Impressum

Herausgeber
Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Für den Inhalt verantwortlich
Österreichische Gesundheitskasse
Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
Ansprechperson: Dr. iur. Jörg Eidher, MBA

Autor*innen
Mag.[a] Andrea Blattner (www.blattner.at)
DI Gregor Kvas (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention)
Mag. Martin Mayer
Mag. Hubert Langmann, MPH (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention)

Redaktion (in alphabetischer Reihenfolge)
Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
Bundesarbeitskammer
Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Fonds Gesundes Österreich
Industriellenvereinigung
Österreichische Gesundheitskasse
Österreichischer Gewerkschaftsbund
Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
Wirtschaftskammer Österreich

Zitiervorschlag
Blattner, A., Kvas, G., Mayer, M. & Langmann, H. (2025). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (7., neubearbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Österreichisches Netzwerk für BGF (Hrsg.).

Lektorat
www.transkribieren.at

Fotos
Hermann Wakolbinger

Grafik
Marc Wieser

Druck
Print Alliance HAV Produktions GmbH, 2540 Bad Vöslau

Stand
Mai 2026

Inhaltsverzeichnis

9 **Vorwort**

11 **1. Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheit**
11 1.1 Mitglieder
12 1.2 Aufgaben und Angebote
14 1.3 Das dreistufige Qualitätsmanagement

17 **2. Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung**
18 2.1 Nutzen und Vorteile von Betrieblicher Gesundheitsförderung
20 2.2 Gesundheitsressource Arbeit
21 2.3 Gesundheitsverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung
23 2.4 Der bio-psycho-soziale Gesundheitsbegriff
25 2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention
27 2.6 Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung
29 2.7 Zielgruppenorientierung und Chancengerechtigkeit
39 2.8 Psychosoziale Gesundheit und Führungskultur

43 **3. Management Betrieblicher Gesundheitsförderung**
44 3.1 Vorprojektphase
65 3.2 Diagnosephase
82 3.3 Maßnahmenplanung
102 3.4 Umsetzung
110 3.5 Evaluation und Dokumentation

129 **4. Besonderheiten Betriebsgrößen**
129 4.1 Betriebliche Gesundheitsförderung für Großbetriebe
131 4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung für Mittelbetriebe
136 4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung für Kleinbetriebe

143 **5. Qualitätskriterien des Netzwerk ÖNBGF**
144 5.1 Qualitätskriterium N° 1: Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur
144 5.2 Qualitätskriterium N° 2: (Projekt-)Struktur
144 5.3 Qualitätskriterium N° 3: Zuständigkeiten / Ansprechperson
145 5.4 Qualitätskriterium N° 4: Zielgruppenorientierung
145 5.5 Qualitätskriterium N° 5: Diagnosephase/-instrumente/Bedarfserhebung
146 5.6 Qualitätskriterium N° 6: Mitarbeitendenorientierung
146 5.7 Qualitätskriterium N° 7: Kommunikation
146 5.8 Qualitätskriterium N° 8: Verhältnisorientierte Maßnahmen
147 5.9 Qualitätskriterium N° 9: Verhaltensorientierte Maßnahmen
147 5.10 Qualitätskriterium N° 10: Führung
147 5.11 Qualitätskriterium N° 11: Qualität der Zielformulierung / Umfang der Ziele
148 5.12 Qualitätskriterium N° 12: Ergebniskontrolle und Evaluation
148 5.13 Qualitätskriterium N° 13: Zielerreichung
148 5.14 Qualitätskriterium N° 14: Nachhaltigkeit
149 5.15 Qualitätskriterium N° 15: Umsetzung des Projektkreislaufs

151 **6. Aktuelle Themen**
151 6.1 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0
165 6.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Übergangsmanagement
171 6.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und Aktive Mobilität mit Klimaschutz

175 **7. Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement**
175 7.1 Entwicklungsstufen von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement
178 7.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gestaltungsmerkmale
182 7.3 Entwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems
192 7.4 Tipps / Erfolgsfaktoren

195 **8. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und BGF**
196 8.1 Wie gestaltet sich der gemeinsame Ablauf?
197 8.2 Worauf ist bei der gemeinsamen Durchführung zu achten?

201 **9. Good Practice Beispiele**

205 **10. Werkzeugkoffer**
205 10.1 Vorprojektphase
214 10.2 Maßnahmenplanung
218 10.3 Evaluation
221 10.4 Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement
223 10.5 Betriebliches Übergangsmanagement

231 **11. Verzeichnisse**
231 11.1 Literatur
245 11.2 Online-Quellen
247 11.3 Ansprechstellen

Abkürzungsverzeichnis

AE	Anerkennender Erfahrungsaustausch
AGG	Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz
AIHTA	Austrian Institute for Health Technology Assessment
AMED	Arbeitsmediziner*in
ANSch	ArbeitnehmerInnenschutz
ArbVG	Arbeitsverfassungsgesetz
ASA	Arbeitsschutzausschuss
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BAK	Bundesarbeitskammer
BB	Beauftragte*r für Betriebliches Eingliederungsmanagement
B-BSG	Bundes-Bedienstetenschutzgesetz
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMM	Betriebliches Mobilitätsmanagement
BOKU	Universität für Bodenkultur Wien
BSC	Balanced Scorecard
BÜGM	Betriebliches Übergangsmanagement
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
BYOD	Bring your own device
CFE	Cycle Friendly Employer
dBGF	Digitale Betriebliche Gesundheitsförderung
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation e. V.
DOK-VO	Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente
DSG	Datenschutzgesetz
DV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
EAP	Employee Assistance Program/s
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FK	Führungskraft
GAS	Goal Attainment Scaling
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitszirkel
GZM	Gesundheitszirkelmoderator*in
HLS	High Level Structure
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IANPHI	International Association of Public Health Institutes
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
ISO	Internationale Organisation für Normung (International Organization for Standardization)

IV	Industriellenvereinigung
KI	Künstliche Intelligenz
KMU	Kleine und Mittlere Unternehmen
MA	Mitarbeitende
MbM	Mitarbeitende bewegen Mitarbeitende
MS	Managementsystem/e
MS-P	Managementsystem/e für Prävention
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖGB	Österreichischer Gewerkschaftsbund
ÖNORM	Österreichische Norm
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖNBGF	Österreichisches Netzwerk für BGF
ÖPGK	Österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz
PE/OE	Personal- und Organisationsentwicklung
PSP	Projektstrukturplan
QM	Qualitätsmanagement
ROI	Return on Invest
SFK	Sicherheitsfachkraft
SGMS	Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem/e
SVS	Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen
SV-OG	Sozialversicherungs-Organisationsgesetz
SVP	Sicherheitsvertrauensperson
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

„Es gibt tausend Krankheiten, aber nur eine Gesundheit.“

Carl Ludwig Börne

Vorwort

Gesundheit ist ein zentrales Gut und gewinnt in der modernen Arbeitswelt immer mehr an Bedeutung – nicht nur für die einzelnen Mitarbeitenden, sondern auch für Unternehmen und die Gesellschaft insgesamt. In Österreich wird die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) zunehmend als unverzichtbares Querschnittsthema erkannt, das über einzelne Maßnahmen hinaus systematisch in den Arbeitsalltag integriert werden muss.

Dieses Handbuch verfolgt daher einen ganzheitlichen Ansatz, der sowohl die körperliche, geistige und soziale Gesundheit berücksichtigt als auch die Wechselwirkungen zwischen individuellen Verhaltensweisen und den Arbeitsbedingungen in den Blick nimmt. Nur durch die Verbindung von Verhaltensprävention, also der Stärkung gesunder Lebensstile, und Verhältnisprävention, die Rahmenbedingungen und Arbeitsprozesse nachhaltig gestaltet, kann Gesundheit in Unternehmen effektiv gefördert werden. Vor allem Maßnahmen, die eine gesunde Führungskultur fördern, wirken auf beides: Verhalten und Verhältnisse.

Ein zentraler Erfolgsfaktor ist die Partizipation aller Mitarbeitenden. Die BGF wird so zu einer gemeinsamen Aufgabe, die das Engagement und die Bedürfnisse aller berücksichtigt und dadurch eine lebendige und nachhaltige Unternehmenskultur wie auch ein optimales Arbeitsumfeld schafft. Zudem stärkt eine konsequente BGF das Employer Branding: Unternehmen positionieren sich als attraktive Arbeitgeber*innen, die Verantwortung für die Förderung von Gesundheit und Zufriedenheit am Arbeitsplatz übernehmen und den langfristigen Erfolg sichern. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Balance zwischen Arbeit und Privatleben (Life Balance), denn nur wenn diese in Einklang steht, können Mitarbeitende langfristig gesund, motiviert und leistungsfähig bleiben.

Dass sich BGF lohnt, haben bereits zahlreiche österreichische Unternehmen erkannt: Engagement für mehr Gesundheit kann dazu beitragen, Krankenstände und die Fluktuation zu senken und die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden sowie in der Folge auch die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens zu steigern.

Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) ist seit Jahren ein verlässlicher Partner und Garant für Qualität in der BGF. Vorrangiges Ziel ist es, Unternehmen davon zu überzeugen und dabei zu unterstützen, Gesundheit nicht isoliert zu betrachten, sondern als Querschnittsthema systematisch durch die Gestaltung von Arbeitsprozessen und -plätzen in die gesamte Unternehmenskultur zu integrieren. Mit BGF tragen Arbeitgeber*innen aktiv dazu bei, arbeitsbedingte Belastungen zu reduzieren und Ressourcen im Unternehmen zu stärken. Die Gestaltung von Arbeitsprozessen und -plätzen kann die Gesundheit fördern und Krankheiten verhindern.

Bis **August 2025** haben österreichweit über **4.600 Betriebe** die BGF-Charta unterschrieben und österreichweit zeichnet das BGF-Gütesiegel bereits mehr als **2.400 Betriebe** aus. Seit Beginn der systematischen und qualitätsgesicherten BGF im Jahr 2004 wurden bereits knapp **720.000 Mitarbeitende** in BGF-Betrieben erreicht.

Mit dem Handbuch liegt nun ein aktualisiertes Nachschlagewerk vor, das sich an alle Akteur*innen im Feld der BGF richtet. Mit praxisnahen Maßnahmen und fundierten Handlungsempfehlungen bietet dieses Handbuch wertvolle Unterstützung, um Gesundheit als integralen Bestandteil Ihres Unternehmens zu verankern und damit einen echten Mehrwert für alle Beteiligten zu schaffen. Ziel ist es, allen interessierten Unternehmen einen Überblick über die Inhalte und Möglichkeiten der BGF zu bieten und diese Materie dadurch einer noch breiteren Anzahl an Betrieben zugänglich zu machen.

Das ÖNBGF ist bestrebt, die BGF in Österreich konsequent weiter zu stärken und noch mehr Betriebe zu gewinnen. Das Handbuch ist hierbei eines der zentralen Werkzeuge zum Erreichen einer hohen Qualität.

Stellvertretend für das ÖNBGF freue ich mich, Sie auf diesem wichtigen Weg zu begleiten und gemeinsam mit Ihnen Gesundheit, Life Balance und Wohlbefinden in österreichischen Unternehmen nachhaltig zu stärken. Mit dem Handbuch liegt nun ein aktualisiertes Nachschlagewerk vor, das sich an alle Akteur*innen im Feld der Betrieblichen Gesundheitsförderung richtet.

Dr. Jörg Eidher
Leiter des österreichischen Netzwerk BGF

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 ÖNBGF besteht aus der Koordinationsstelle, den Servicestellen sowie Partner*innen (siehe Abbildung 1). In der Koordinationsstelle des Netzwerks BGF, eingerichtet in der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), 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. den jährlich stattfindenden BGF-Infotag als auch durch gemeinsame Projekte vorangetrieben.

Servicestellen in den Bundesländern ermöglichen es, Betrieben österreichweit kompetente Ansprechpartner*innen für die Begleitung von BGF-Projekten zur Seite zu stellen. Die Servicestellen sind bei der ÖGK, bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB) und bei der Sozialversicherung der Selbständigen (SVS) angesiedelt. Die Kontaktdaten der Servicestellen sind auf der Homepage des ÖNBGF (www.netzwerk-bgf.at) zu finden.

BGF braucht eine breite Basis. Nur wenn alle zusammenarbeiten, kann die Idee von gesunden Mitarbeitenden (MA) in gesunden Unternehmen verwirklicht werden. Daher arbeitet das ÖNBGF eng mit seinen **Partner*innen** 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 gewonnen werden. Mittlerweile sind die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), der Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DV), die Industriellenvereinigung (IV), sowie der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) als namhafte Mitgliedsorganisationen dazugekommen. Das Interesse und die aktive Mitarbeit der Netzwerkmitglieder unterstreicht die Wichtigkeit der BGF in Österreich und trägt zu ihrer Verbreitung maßgeblich bei.

Abbildung 1:
Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF).

Wichtigster strategischer Partner ist der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ). Dieser wird seit Mitte 2006 als Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) geführt und sieht in der BGF einen wesentlichen Schwerpunkt seiner Tätigkeit.

1.2 Aufgaben und Angebote

Zentrale Aufgaben des ÖNBGF sind die qualitätsvolle Weiterentwicklung und Verbreitung der BGF in Österreich. Um dabei den hohen Qualitätsanforderungen gerecht zu werden, hat das ÖNBGF, aufbauend auf der Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (1997), **umfassende Qualitätsstandards für Österreich** formuliert (siehe Kapitel 5).

Die Aufgaben des ÖNBGF lauten im Einzelnen wie folgt:

- Die Gesundheitsförderung und die Umsetzung der BGF sind gesetzlich im **Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz** (ASVG) und im **Gesundheitsförderungsgesetz** (GfG) verankert. Das ÖNBGF ist im Sinne der Erfüllung des gesetzlichen Auftrags mit der Umsetzung im Kontext der Rahmen-Gesundheitsziele beauftragt.
- Das ÖNBGF 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 kleine und mittlere Unternehmen (KMU) zu erarbeiten oder Leitfäden zur Erleichterung der Umsetzung in den Betrieben bereitzustellen (z. B. Schriftenreihe Psychische Gesundheit).
- Unabhängig von Branche und Betriebsgröße bieten die Servicestellen des ÖNBGF interessierten österreichischen Betrieben eine **Projekt- und Prozessbegleitung** an. Die im Netzwerk entwickelten Standardprozesse sind wissenschaftlich fundiert, versprechen Effizienz, Effektivität und Nachhaltigkeit.
- Die Mitglieder des ÖNBGF bemühen sich im Sinne der österreichischen Betriebe um einen **gemeinsamen Auftritt innerhalb der Sozialversicherung** und schlagen die Brücke zum **Arbeitnehmer-Innenschutz (ANSch)**. Das **dreistufige Qualitätsmanagement (QM)** (siehe Kapitel 1.3) sichert seit dem Jahr 2004 das hohe Niveau.
- Um die BGF österreichweit bekannt zu machen, betreibt das ÖNBGF 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.

Alle **Angebote der Servicestellen** finden sich kompakt und aktuell auf der Website des Netzwerks ÖNBGF[1].

1 www.netzwerk-bgf.at [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

1.3 Das dreistufige Qualitätsmanagement

Die Erfahrungen der letzten 20 Jahre, aber auch viele Studien[2] belegen, dass nur **ein systematisches Gesundheitsförderungsprojekt** mit **verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen** nachhaltig zu mehr Wohlbefinden und einer verbesserten Gesundheit für MA führt. Darüber hinaus trägt ein BGF-Projekt zur Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitssysteme und einer Unternehmenskultur bei, die sich an den MA orientiert.

Daher hat das ÖNBGF ein dreistufiges Qualitätsmanagementsystem entwickelt, das auf den in Kapitel 5 beschriebenen Qualitätskriterien basiert. Dank dieses Systems wird ein einheitlicher und hoher Standard der BGF für die Betriebe gewährleistet und nach außen hin transparent kommuniziert.

Abbildung 2:
Die drei Stufen des ÖNBGF-Qualitätsmanagementsystems (Grafik: ÖGK).

2 Eine Zusammenfassung von Studien findet sich bei Bräunig et al. (2015) und Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoy (2019)

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 Jahren. Darüber hinaus erhalten Betriebe, die die Charta unterzeichnet haben, regelmäßige Informationen (z. B. den BGF-Newsletter) und Einladungen zu Veranstaltungen (z. B. BGF-Infotag) von der jeweils zuständigen ÖNBGF-Servicestelle.

Stufe 2: Das BGF-Gütesiegel

Erfolgreich abgeschlossene BGF-Projekte und/oder Projekte, die dauerhaft in den Regelbetrieb implementiert wurden, können bei der zuständigen Servicestelle zur Erlangung des BGF-Gütesiegels eingereicht werden. Die Projekte werden in einem objektiven Verfahren anhand der Qualitätskriterien des ÖNBGF geprüft und bewertet. Nach erfolgreicher Prüfung wird das BGF-Gütesiegel zuerkannt.

Die Zuerkennung des BGF-Gütesiegels erfolgt in drei Schritten:

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

?!

Das BGF-Gütesiegel behält drei Jahre seine Gültigkeit und kann als eingetragene Marke in der gesamten Unternehmenskommunikation eingesetzt werden. Wenn die BGF systematisch weitergeführt wird, kann es nach Ablauf der drei Jahre wiederverliehen werden.

?!

Insgesamt wurde das BGF-Gütesiegel bereits über 5.000 Mal vergeben. In Summe wurden mit BGF knapp 720.000 Mitarbeitende (in BGF-Gütesiegelbetrieben) erreicht. Über 4.600 Unternehmen haben die BGF-Charta unterzeichnet und 96 Unternehmen haben bereits den BGF-Preis gewonnen. [Stand: August 2025]

Stufe 3: Der BGF-Preis

Mit dem BGF-Preis, dessen Vergabe regelmäßig erfolgt, werden herausragende Projekte aus dem Kreis der BGF-Gütesiegelbetriebe gewürdigt. Je ÖNBGF-Servicestelle werden österreichweit Preise in mehreren Kategorien vergeben. Darüber hinaus werden auch noch Sonderpreise verliehen.

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 gesundheitsförderlich.[3] Sie strukturiert den Alltag [4], 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.[5]

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 in diesem aus. Die **Verantwortung für den Unternehmenserfolg** wird immer häufiger auf die Beschäftigten abgewälzt, bei gleichzeitig geringeren Tätigkeitsspielräumen und gewährter Verhandlungsautonomie.[6] Zu berücksichtigen ist weiters, dass diese Anforderungen auf eine immer älterwerdende 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«**[7] 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“ sein[8] (siehe Kapitel 3.2).

Folgen dieser negativ beanspruchenden Arbeitsbedingungen können **körperliche und psychische Probleme und Erkrankungen** sowie **zwischenmenschliche Spannungen** und Konflikte sein.[9] Neben den augenscheinlichen negativen Konsequenzen wie Qualitätsverlust, hohe Fluktuation und Krankenständen kann auch die **Reputation von Unternehmen** aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen Schaden nehmen.

---

3 Hacker & Sachse (2014)
4 Schaper (2011)
5 Raeder (2007)
6 Barthold & Schütz (2010)
7 Krause, Dorsemagen & Peters (2010)
8 Steinke & Badura (2011)
9 Allenspach & Brechbühler (2005)

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) kann Verhältnisse und Verhaltensweisen aufzeigen, die auf Dauer die Gesundheit der Beschäftigten positiv beeinflussen oder gefährden. **Verhältnisprävention[10] und Verhaltensprävention[11]** im betrieblichen Kontext beziehen sich auf zwei ineinandergreifende Strategien zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Verhältnisprävention umfasst strukturelle Maßnahmen, die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass sie gesundheitsförderlich wirken – etwa ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, gesundheitsorientierte Arbeitsorganisation und eine unterstützende Kommunikations- und Führungskultur. Die Verhaltensprävention hingegen zielt auf individuelle Verhaltensänderungen bei Beschäftigten ab. Dazu zählen u. a. Bewegungs-, Ernährungs- und Stressbewältigungsprogramme oder suchtpräventive Interventionen. Nach wie vor ist in Betrieben die Ansicht verbreitet, dass die Verantwortung für die Gesundheit bei den einzelnen Mitarbeitenden (MA) liegt. „Stressintensive und ungesunde Arbeitsbedingungen werden seltener als veränderbar gesehen".[12] Idealerweise kombiniert BGF sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Interventionen, die mit aktiver Einbindung der MA partizipativ entwickelt werden, denn beide Ansätze wirken zusammen, da gesundheitsförderliche Umgebungen gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen und stabilisieren können, und somit zum Erhalt oder zur Förderung der individuellen Gesundheit beitragen, die Leistungsvoraussetzungen der Beschäftigten bewahren und den Unternehmenserfolg sichern. **Verhältnisprävention und Verhaltensprävention sollten daher in allen Phasen eines BGF-Projekts berücksichtigt werden.**

2.1 Nutzen und Vorteile von Betrieblicher Gesundheitsförderung

Immer mehr Studien belegen die Wirksamkeit von BGF.[13] Dabei ist es wichtig, diese 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.[14]

---

10 Udris (2021a)
11 Udris (2021b)
12 Udris (2021b)
13 Bräunig et al. (2015); Barthelmes, Bödeker, Sörensen, Kleinlercher & Odoy (2019)
14 Bräunig et al. (2015)

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

Gewinn für Beschäftigte	Gewinn für Unternehmen
• Mehr Wohlbefinden • Positive Wirkungen auf die eigene Gesundheit • Verbesserung des Kontakts zu Arbeitskolleg*innen • Ausbau der persönlichen Gesundheitskompetenzen • Mehr Arbeitszufriedenheit • …	• 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.

Für die Durchführung von BGF sprechen neben positiven Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit 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 sind ROIs für die Senkung krankheitsbedingter Fehlzeiten von 1:3 bis zu 1:10 zu finden.[15] Das bedeutet, dass für jeden investierten Euro bis zu zehn 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. Diese sind in der Gesundheitsförderung allerdings unter bestimmten Annahmen **geschätzte Näherungswerte**. Dementsprechend müssen sie mit gebotener Vorsicht interpretiert und keinesfalls als alleinige Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine Fortführung gesundheitsförderlicher Aktivitäten herangezogen werden.[16]

---

15 Bödeker (2010a)
16 Fritz (2006)

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 beitragen.[17] **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 werden.[18] 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 Kolleg*innen 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.[19] Konfliktträchtige Beziehungen zu Vorgesetzten und/oder Kolleg*innen wirken sich ebenso negativ auf die Gesundheit aus wie isolierte Arbeitsplätze.

Damit Arbeit als Gesundheitsressource wirken kann, muss sie passend zu den jeweiligen Fähigkeiten der MA „menschengerecht“ bzw. persönlichkeitsförderlich gestaltet sein.[20] 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 10075-2:2024[21], in der Gestaltungsgrundsätze für humane Arbeit festgehalten wurden.

---

17 Schaper (2011)
18 Allenspach & Brechbühler (2005)
19 Richter & Hacker (1998)
20 Hacker & Sachse (2014)
21 ÖNORM EN ISO 10075-2 (2024)

Tabelle 2: Ressourcen im Arbeitsprozess[22]

Organisationale Ressourcen	Soziale Ressourcen	Personale Ressourcen
• Ganzheitlichkeit • Aufgaben- und Anforderungsvielfalt • Tätigkeitsspielräume • Autonomie • Qualifikationsnutzung • Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten • Partizipationsmöglichkeiten • Zeitelastizität • Sinnhaftigkeit	• Soziale Netzwerke • Unterstützung durch: Vorgesetzte, Arbeitskolleg*innen, Lebenspartner*innen, andere Personen • Führungsstil	• Zukunftsorientiertheit • Flexible Bewältigungsstile • Selbstregulationsfähigkeit • Selbstwirksamkeitsüberzeugungen • Kontrollüberzeugungen • Erholungsfähigkeit

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 3 sind die verschiedenen, in wechselseitiger Beziehung stehenden Ebenen dargestellt, die auf die 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 Potenziale**, Gesundheit zu erhalten, zu fördern oder negativ zu beeinflussen.

22 In Anlehnung an Udris, Kraft, Mussmann & Rimann (1992); Richter, Buruck, Nebel & Wolf (2011)

Abbildung 3: Determinanten der Gesundheit.[23]

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.[24]

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

---

23 In Anlehnung an Dahlgren & Whitehead (1991), zitiert nach ÖNBGF (2017)
24 Tuomi & Ilmarinen (1999, zitiert nach Uhle & Treier, 2015, S. 148)

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."[25] 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.[26]

Diese Balance legt gleichzeitig nahe, dass es eine Art von Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit gibt (siehe Abbildung 4). 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 4: Das Gesundheits-KrankheitsKontinuum.[27]

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.[28]

---

25 World Health Organization (1948)
26 Weinreich & Weigl (2011)
27 Hurrelmann (2006)
28 Ulich & Wülser (2015)

Das Konzept der Salutogenese[29] (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 jenen der Salutogenese einbeziehen. In einem weiteren zentralen Entwicklungsschritt bei der Definition von Gesundheit wurde der **Handlungsfähigkeit**[30] 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 ist festzuhalten, 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.

29 Antonovsky (1979)
30 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 in letzter Konsequenz möglichst persönlichkeits- und gesundheitsförderlich gestaltet werden soll.[31][31]

Im betrieblichen Kontext ist Prävention vorwiegend in den Bestrebungen des gesetzlich verordneten ArbeitnehmerInnenschutzes (ANSch) zu finden, u. a. im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG). Arbeitgeber*innen haben die gesetzliche Verpflichtung, „für Sicherheit und Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in Bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen" (§ 3. (1) ASchG). „Bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und der Festlegung der Maßnahmen sind erforderlichenfalls geeignete Fachleute heranzuziehen. Mit der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren können auch die Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner sowie sonstige geeignete Fachleute, wie Chemiker, Toxikologen, Ergonomen, insbesondere jedoch Arbeitspsychologen, beauftragt werden" (§ 4. (6) 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 5). All diese betrieblichen Bemühungen können gemeinsam im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) (siehe Kapitel 7) synergetisch umgesetzt werden.

---

31 Ulich (2007)

Abbildung 5: Handlungsfelder des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.[32]

Betriebliches Gesundheitsmanagement		
Arbeitnehmer-Innenschutz Schutz von Leben, Gesundheit, Integrität und Würde, Prävention arbeitsbedingter Gefahren und Belastungen, menschengerechte Arbeitsgestaltung *(ASchG insb. §§ 3 bis 7K)* **PFLICHT**	**Betriebliche Gesundheitsförderung** Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit *(§§ 116 und 154b ASVG; § 65b B-KUVG, § 99b GSVG, § 96b BSVG, GfG)* **FREIWILLIG**	**Betriebliches Eingliederungsmanagement** Wiederherstellung und Festigung der Arbeitsfähigkeit, Wiedereingliederung nach langen Krankenständen *(AGG, WIETZ-G)* **FREIWILLIG**

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

Tabelle 3: Betrieblicher Arbeitsschutz[33] und Betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung.[34]

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

32 Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (2020). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb". Expertenpapier (Stand: 06.02.2020). Wien: Autor.
33 Der „Arbeitsschutz" in Deutschland und der „ArbeitnehmerInnenschutz" in Österreich beziehen sich beide auf Maßnahmen zur Sicherheit von Arbeitnehmer*innen und zum Schutz ihrer Gesundheit während der Arbeit. Es gibt jedoch Unterschiede in den gesetzlichen Grundlagen und der Ausgestaltung.
34 Ulich (2005, S. 528)

Die beiden Handlungsfelder, so unterschiedlich ihre Herangehensweisen und Feinziele auch sein mögen, können einander in der betrieblichen Praxis hervorragend ergänzen. Sie sollten daher auf keinen Fall als konkurrierende, in sich geschlossene Prozesse verstanden werden. Vielmehr sind sie als zwei Handlungsfelder zu verstehen, die letztlich **dasselbe übergeordnete Ziel** verfolgen, nämlich **mehr Sicherheit und Gesundheit für Beschäftigte**. Beispielsweise ist es möglich, BGF gemeinsam mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung umzusetzen (siehe Kapitel 8), um dadurch eine noch gezieltere und effizientere Maßnahmenumsetzung im 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 6).

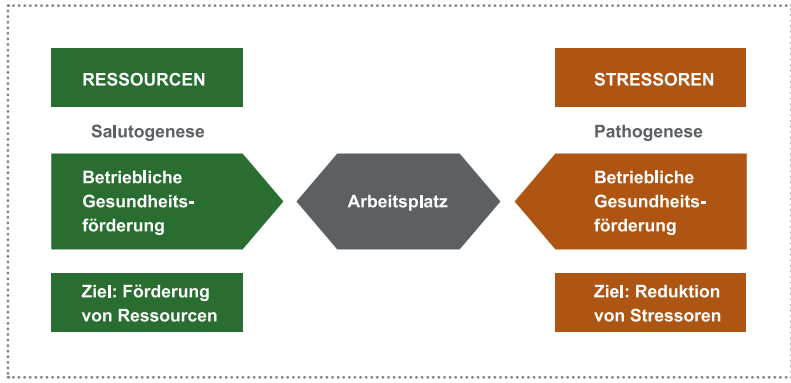


Abbildung 6:
Doppelfunktion der BGF.[35]

35 In Anlehnung an Weinreich & Weigl (2011)

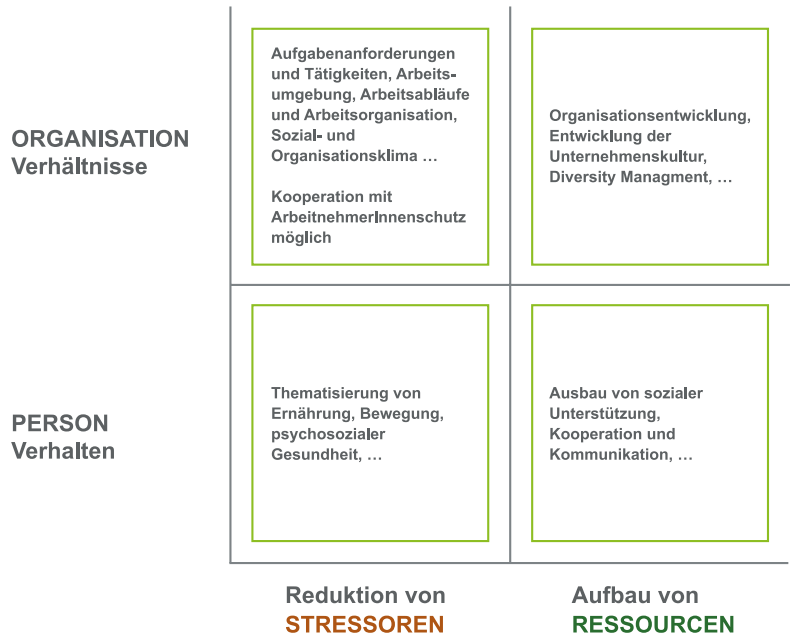
Im Betrieb sind zwei zentrale Handlungsebenen vorhanden:

- 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 7 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 ANSch (wie bereits in Kapitel 2.5 kurz erwähnt und in Kapitel 8 ausführlich dargestellt) sinnvoll sein kann, um Doppelgleisigkeiten zu vermeiden.

Abbildung 7:
Handlungsebenen der BGF.[36]



36 In Anlehnung an Scharinger (2009)

2.7 Zielgruppenorientierung und Chancengerechtigkeit

Gesundheitsbewusste Beschäftigte sind mit BGF einfach zu erreichen. Schwieriger wird es, wenn MA 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 gegenüberstehen. Um diese **Beschäftigten zu erreichen**, braucht es zielgruppenspezifische Maßnahmen, die die Besonderheiten der Beschäftigten berücksichtigen und sie genau dort abholen, wo sie sich räumlich und mental befinden.[37]

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

Nicht alle Menschen haben die **gleichen Chancen auf eine gute Gesundheit**. Im Jahr 1986 verabschiedete die Europäische Union (EU) 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 Chancenungleichheit zu reduzieren. Unter **Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsförderung** wird die Schaffung gerechter Bedingungen verstanden, die allen oder möglichst vielen Menschen den Zugang zu Gesundheit ermöglichen.

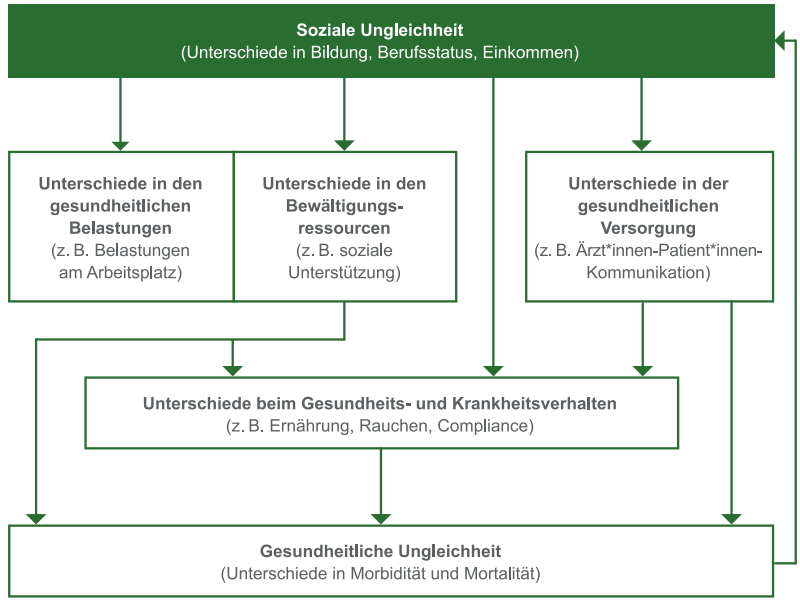
Begünstigt wird die gesundheitliche Ungleichheit durch **sozio-ökonomische Schichtmerkmale** wie die Bildung, der berufliche Status und das Einkommen.[38] Aber auch innerhalb einer Schicht treten Ungleichheiten in Merkmalen auf, wie z. B. Alter, Geschlecht, Nationalität. Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status haben nachweislich einen schlechteren Gesundheitszustand als Personen mit einem höheren sozio-ökonomischen Status.

---

37 Meyer, Klose & Schröder (2015)
38 FGÖ (2007); Wesenauer & Sebinger (2011)

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 vielfältigen Gesundheits- und Krankheitsverhalten führen. In letzter Konsequenz trägt die gesundheitliche Ungleichheit wiederum dazu bei, dass ein sozialer Auf- oder Abstieg wahrscheinlicher wird (siehe Abbildung 8).

Abbildung 8: Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit.[39]



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 ethnischer Hintergrund (siehe Kapitel 2.7.4) sowie Menschen mit Behinderung[40] **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.

39 In Anlehnung an Mielck (2005, S. 53)
40 Strohriegl (2025)

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. Detaillierte Ausführungen zur Chancengerechtigkeit als Querschnittsthema im Rahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung finden sich im FGÖ Leitfaden „Faire Gesundheitschancen im Betrieb. Praxisleitfaden für Betriebliche Gesundheitsförderung“[41]. Abbildung 9 verdeutlicht die Unterschiede zwischen Chancengleichheit und Chancengerechtigkeit.

?!

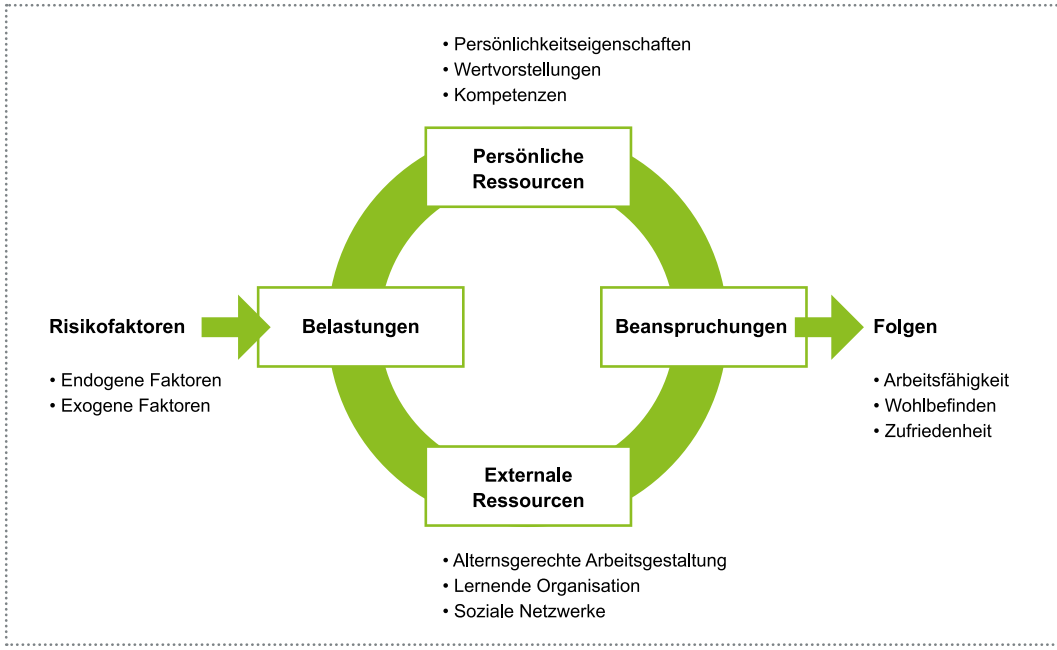
Abbildung 9: Chancengleichheit heißt nicht Chancengerechtigkeit.[42]

41 Weber et al. (2017)
42 https://uwadigcitizenship.weebly.com/equitable-use-in-classroom.html [letzter Zugriff am 9. 7. 2025]

2.7.2 Alter(n)sgerechtes Arbeiten

In Abhängigkeit der betrieblichen Ausgangslage kann die Berücksichtigung des Faktors Alter, vor dem Hintergrund der aktuellen demografischen 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 10). Diesem Umstand sollte in einem **lebensphasengerechten BGF-Projekt** Rechnung getragen werden. Ansonsten besteht die Gefahr, einen Teil der Beschäftigten nicht zu erreichen.

Abbildung 10: Alternsrelevante Belastungen,Ressourcen und Folgen.[43]



Nähert man sich dem Thema Alter und Beschäftigung, geht es häufig um die Frage der **Arbeitsfähigkeit**.[44] Gerade bei „älteren" beschäftigungsfähigen Personen kommen häufig **Vorurteile** zu tragen, die zu unterschiedlichen negativen Konsequenzen für Einzelne führen können. Solche Vorurteile können dazu beitragen, beispielsweise eine ausgeschriebene Stelle nicht mit einer „älteren" beschäftigungsfähigen Person zu besetzen oder den „älteren" MA im Betrieb Qualifizierungsmaßnahmen vorzuenthalten.

---

43 Uhle & Treier (2015, S. 369)
44 Ilmarinen & Tempel (2002)

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 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 jener der „jüngeren“. Die Erklärung für diese größere Bandbreite sehen viele Forschenden einerseits in der Gesundheit sowie körperlichen Fitness und andererseits in der Ausbildung und Erfahrung. Damit zeigt sich, dass **Gesundheit und Bildung** zwei Schlüsselfaktoren dafür sind, dass „ältere“ Beschäftigte leistungsfähig sind und bleiben.[45]

In Zeiten des digitalen Wandels ist der Schlüsselfaktor (Weiter)Bildung bei „älteren“ Arbeitnehmer*innen wichtiger geworden denn je, zumal diese, im Gegensatz zu den jüngeren Kolleg*innen, keine „Digital Natives“ sind, d. h. nicht mit digitalen Technologien aufgewachsen sind. Damit alle MA eines Unternehmens die Herausforderungen der „Arbeit 4.0“ (siehe Kapitel 6.1) bewältigen können, werden kontinuierliche Weiterbildungsprogramme zu Themen der Digitalisierung sowie die Etablierung einer lernförderlichen Unternehmenskultur, die Fehler als Chance zum Lernen sieht, empfohlen. Den MA können in altersgemischten Teams eine digitale Grundausbildung und darauf aufbauend spezifische Ausbildungen zu Schwerpunktthemen der Digitalisierung angeboten werden. Die Qualifizierung von Führungskräften (FK) im Bereich Digital Leadership wird dabei als ein wichtiger Erfolgsfaktor unterstrichen, zumal FK sowohl als Vorbild dienen als auch die Unternehmensstrategie in Zeiten des digitalen Wandels vorgeben.[46]

---

45 Ulich & Wülser (2015)
46 Hankammer und Nickel (2015)

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 ist überall dort zu finden, 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.[47]

Frauen müssen teilweise noch häufiger als Männer der Anforderung gewachsen sein, **Kindererziehung, Haushalt und/oder die Pflege von Angehörigen mit dem Berufsleben** zu vereinen. Erkennbar ist das anhand der aktiven Teilzeitquote (nach dem ILO-Konzept) bei Männern mit Kindern unter 15 Jahren 7,7 % im Gegensatz zu 74,0 % bei Frauen mit Kindern für das Jahr 2023.[48] Da die unbezahlte Arbeit zwischen den Geschlechtern ungleich verteilt ist (Statistik Austria, 2023, Zeitverwendung 2021/22)[49], ist es gerade in der Arbeitswelt 4.0 (siehe Kapitel 6.1) von zentraler Bedeutung, den Genderaspekt bei der Anpassung der betrieblichen Rahmenbedingungen an den digitalen Wandel zu berücksichtigen. Dies gilt vor allem dann, wenn mit der Digitalisierung in Betrieben die Standardisierung von Arbeitsprozessen forciert wird, die wenig selbstorganisiertes Arbeiten erlauben.[50]

---

47 Altgeld & Kolip (2009)
48 www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gender-statistiken/vereinbarkeit-von-beruf-und-familie [letzter Zugriff am 15. 7. 2025]
49 www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/zeitverwendung [letzter Zugriff am 15. 7. 2025]
50 Ahlers et al. (2018)

Männer sind aufgrund der Ausübung eher männertypischer Berufe häufiger von körperlichen Abnutzungserscheinungen und Arbeitsunfällen betroffen; Frauen 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.

Tabelle 4: Gendersensible Aufbereitung der BGF-Phasen.[51]

	WAS (Inhalt)	WIE (Methode)
Vorprojektphase	• 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?	• Sind die BGF-Akteur*innen 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	• 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?	• 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	• 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?	• Sind bei der Interventionsplanung genderspezifische Kontextbedingungen angemessen berücksichtigt, sodass sowohl Frauen als auch Männer teilnehmen können? • Kann das Geschlecht der Trainer*innen Einfluss auf den Erfolg der Maßnahmen haben? • 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	• Lassen sich unterschiedliche Wirkungen der Interventionen für Männer und Frauen annehmen?	• Wird bei der Bestimmung der Evaluationskriterien auf mögliche Geschlechterunterschiede Bezug genommen? • Werden geschlechterdifferenziert Konsequenzen aus der Evaluation abgeleitet?

51 In Anlehnung an Ducki, Bamberg & Metz (2011, S. 444 f.)

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.[52] 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 wie auch für eine größere Nachhaltigkeit.

2.7.4 Migrationssensible Betriebliche Gesundheitsförderung

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Herausforderungen, BGF für die Zielgruppe Immigrant*innen aufzubereiten. Dabei soll die Zielgruppe nicht nur mit Maßnahmen erreicht, sondern in den BGF-Prozess eingebunden werden. Mit der **Zielgruppe Immigrant*innen** 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 Migrant*innen, d. h. Personen aus anderen EU-Ländern.[53]

Die Arbeitssituation von Immigrant*innen ist aufgrund geringerer Qualifizierung, erschwerter 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 Immigrant*innen mehr Stressoren wie z. B. mangelnder sozialer Anerkennung und Diskriminierung am Arbeitsplatz ausgesetzt. Gleichzeitig herrscht ein hoher Anpassungsdruck. Je weniger Immigrant*innen sozial integriert sind, desto schwerwiegender sind die negativen Auswirkungen auf deren Gesundheit.[54]

Neben diesen schwierigeren Arbeitsbedingungen haben Personen mit anderem kulturellen Hintergrund häufig **andere Konzepte bzgl. Gesundheit und Krankheit sowie des Umgangs mit Belastungen**.[55] Sprachliche Hürden, begrenzte soziale Netzwerke sowie Wissenslücken über das Gesundheitssystem erschweren den Zugang zur medizinischen Versorgung und zu Gesundheitsangeboten.

---

52 Gaiswinkler (2020); Pichler, Korn, Münch-Beurle & Wolf (2020)
53 In Anlehnung an European Agency for Safety and Health at Work (2008)
54 Badura, Walter & Hehlmann (2010)
55 Hoppe (2011)

Trotz all dieser augenscheinlichen Erkenntnisse existiert selten eine **Verbindung zwischen BGF und dieser Form von Diversität am Arbeitsplatz.**[56] Daraus resultiert, dass Gesundheitsangebote am Arbeitsplatz von Immigrant*innen 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** ebenso für Immigrant*innen ansprechend zu gestalten, bedarf es bereits in der Diagnosephase Erhebungsinstrumente 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) Immigrant*innen zu beteiligen.

Führungskräfte (FK) sollten in einem BGF-Projekt mit Zielgruppe Immigrant*innen nicht nur in Hinblick auf gesundheitsförderliches Führen, sondern auch bzgl. kultursensiblen Führens geschult werden. Die Einführung von **Gesundheitslots*innen**[57] – 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.[58]

?!

Es gibt bereits einige Broschüren, die sich mit dem Thema Gesundheit und Krankheit, speziell aufbereitet für Immigrant*innen, beschäftigen. In Kapitel 11.2 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 Kolleg*innen sowie der Aufbau einer **Kultur der Wertschätzung** gegenüber Immigrant*innen.

---

56 Uhle & Treier (2015)
57 www.frau-und-arbeit.at/salus; www.salusweb.at [letzter Zugriff am 15. 7. 2025]
58 ifz. Internationales Forschungszentrum für soziale und ethische Fragen et al. (2024)

2.8 Psychosoziale Gesundheit und Führungskultur

»„In tradierten Unternehmen finden wir auf den Führungsetagen häufig altgediente Fachexpert*innen, denen arbeitsinhaltlich kaum jemand das Wasser reichen kann, deren Ausbildung jedoch nicht beinhaltete, wie man MA authentisch begegnet, sie einbindet, sie in ihren Gesundheitskompetenzen fördert und in die Lage zu einer aktiven Teilhabe versetzen kann.«[59]

Erwiesenermaßen hat die (unmittelbare) Führungskraft auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und die psychische Gesundheit der Beschäftigten einen **wesentlichen Einfluss**. Daher sollten sowohl der ANSch, aber auch die Gesundheitsförderung im Rahmen der gesetzlichen Fürsorgepflicht als zentrale Führungsaufgaben behandelt werden.[60] FK haben nicht nur durch ihren Umgang mit der eigenen Gesundheit eine **Vorbildwirkung** und durch ihr Führungsverhalten Einfluss auf das Wohlergehen der Beschäftigten. Sie haben außerdem Verantwortung für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen ihrer Beschäftigten.[61] Daher sollten folgende Faktoren von FK beachtet werden, die das gesundheitsförderliche Verhalten von MA maßgeblich beeinflussen können:[62]

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

2. **Gesundheitsförderliches Führungsverhalten:** Das Verhalten von FK hat erwiesenermaßen Einfluss auf die Motivation, Arbeitszufriedenheit, Leistungsbereitschaft und das Wohlbefinden der MA. Wertschätzendes Führungsverhalten wirkt sich positiv auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten aus.

---

59 Uhle & Treier (2015, S. 153)
60 Zimolong & Elke (2006), zitiert nach Krampitz (2015)
61 Wilde, Hinrichs & Schüpbach (2008); Wilde, Hinrichs, Bahamondes & Schüpbach (2009)
62 Pitschl & Mayer (2016)

3. **Gestaltung von Arbeitsbedingungen:** Als Mindestmaß sollte Arbeit so gestaltet sein, dass sie für MA 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 FK aber auch angemessene Bedingungen, die es ihnen ermöglichen, ihrer Fürsorgepflicht 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 FK bedarfsgerecht zu einem gesundheitsförderlichen Führungsverhalten zu qualifizieren bzw. zu befähigen.

FK können darüber hinaus im Rahmen der Fürsorgepflicht u. a. **frühe Warnzeichen von Überforderungen ihrer Beschäftigten erkennen**. Solche beziehen sich häufig auf psychisch überfordernde Arbeitssituationen und auf Verhaltensänderungen von Seiten der betroffenen MA. Bei psychischen Auffälligkeiten kann ein Gespräch zwischen den 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«[63] und der Wissensband »Gesundheit führt! Führungskräfte als Schlüsselfaktor in der Betrieblichen Gesundheitsförderung«[64] zu empfehlen.

63 Pitschl & Mayer (2016)
64 Kriener, Pichler, Cechota & Feigl (2019)

3. Management Betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Umsetzung eines Betriebliche Gesundheitsförderung-(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 (FK) durch Überzeugungsarbeit.[65] 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 11 sind alle Phasen eines BGF-Projekts 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. Des Weiteren ist unter Bedachtnahme der in Kapitel 6.1 dargelegten Vor- und Nachteile zu entscheiden, ob und wenn ja in welchem Ausmaß Tools der digitalen Betrieblichen Gesundheitsförderung (dBGF-Tools) eingesetzt werden.

Vor allem ist zu beachten, dass in **Klein- und Mittelbetrieben** (KMU) eigene Modelle (siehe Kapitel 4.3 und 4.2) zur Verfügung stehen, die auf deren Besonderheiten und Ressourcen Rücksicht nehmen. Aber auch in KMU können dBGF-Tools zum Einsatz kommen.

---

65 Weinreich & Weigl (2002)

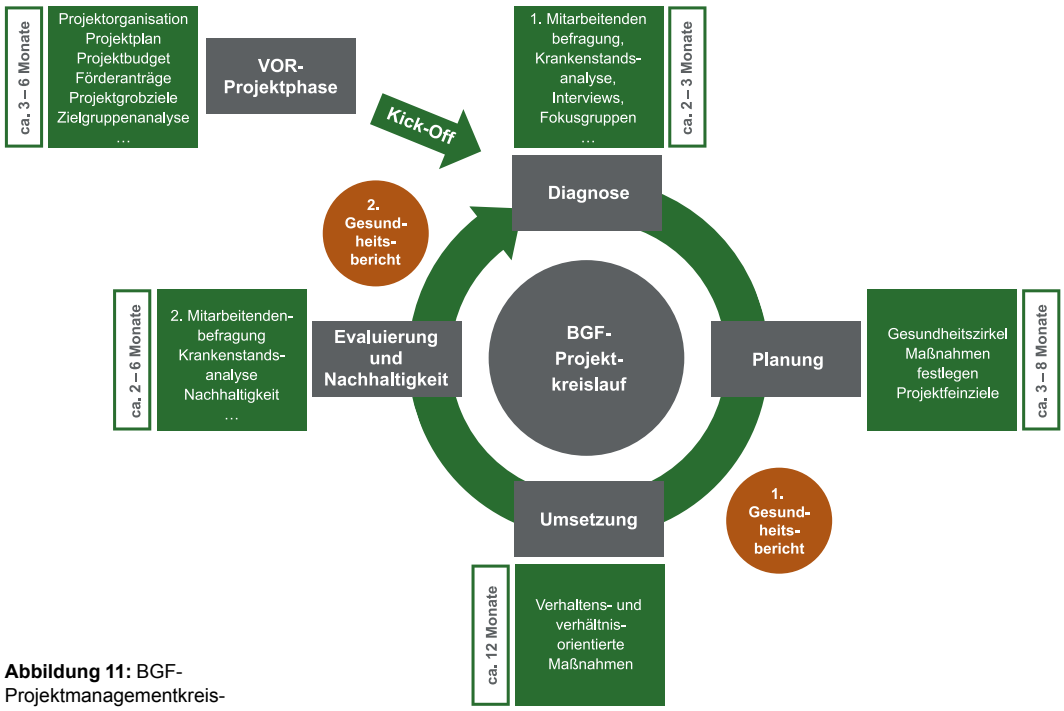


Abbildung 11: BGF-Projektmanagementkreis-lauf

?!

In Kapitel 10 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 spä-teren 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 FK 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 KMU auf das Notwendigste zu beschränken, kann ein spezieller, für diese Unternehmensgrößen entwickelter Projektablauf umgesetzt werden (siehe Kapitel 4.3 und Kapitel 4.2).

3.1.1 Projektdefinition und -auftrag

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 zu Beginn eines Projekts werden viele Wünsche, Hoffnungen und Erwartungen von unterschiedlichsten Interessent*innen (Geschäftsführung, Personalvertretung, einzelnen Abteilungen, FK, Beschäftigten …) formuliert. Da jedoch selten ausgewiesene Gesundheitsexpert*innen 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 10).

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,[66] das sich auch am Sozialkapitalansatz orientiert.[67] Dabei werden Wirkungszusammenhänge dargestellt, wobei 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.

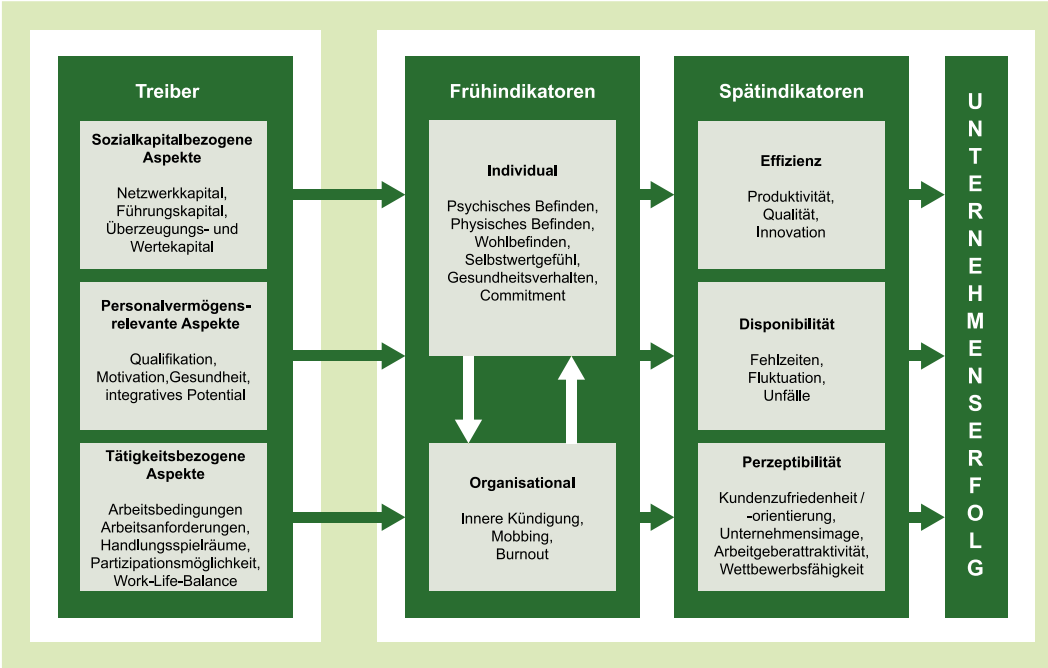


Abbildung 12: Bezugsrahmen für den Zusammenhang zwischen Treibern und Ergebnissen.[69]

Anmerkung: Die Begriffe Indikatoren und Kennzahlen werden im vorliegenden Handbuch laut einer Empfehlung von Baumanns[68] 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 diese z. B. mittels Fragebögen, Gruppen- oder Einzelinterviews. Auch firmeninterne Routinedaten oder Daten der Sozialversicherung können hierfür Verwendung finden. Zu den verschiedenen Methoden siehe Kapitel 3.2.

---

66 Baumanns (2009)
67 Badura, Greiner, Behr, Rixgens & Ueberle (2008)
68 Baumanns (2009, S. 91)
69 Baumanns (2009, S. 121)

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 der Projektleitung festzulegen sowie alle Erfordernisse, Zielsetzungen und wirtschaftlichen Aspekte des Projekts zu dokumentieren.[70] Der Projektauftrag beinhaltet eine Zusammenfassung der Zielvereinbarungen zwischen Projektauftraggeber*in 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
- Projektauftraggeber*innenteam, Projektmanager*in, Projektteammitglieder
- externe Expert*innen als Unterstützer*innen
- Zusammenhang mit anderen Programmen/Projekten
- Projektstrukturen im Sinne von Kommunikationskanälen und Entscheidungsprozessen
- relevante Projektumwelten
- Projektname und Projektlogo

In Kapitel 10 finden sich eine Anleitung für die Durchführung eines halbtägigen Projektplanungsworkshops sowie eine Vorlage für die Gestaltung eines Projektauftrags.

3.1.2 Projektorganisation und Projektrollen

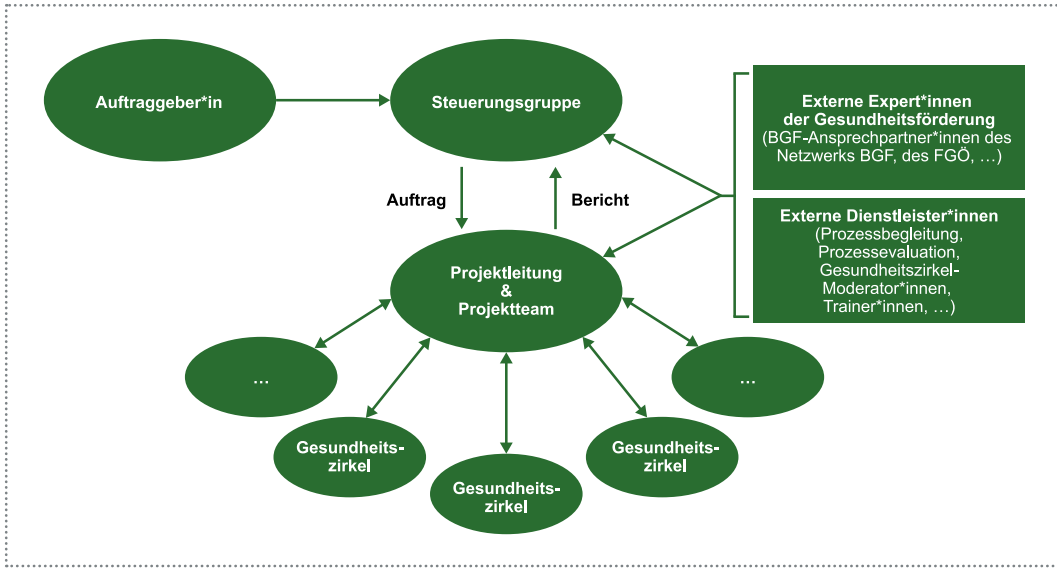
Gerade BGF-Projekte leben von der Beteiligung der Menschen, die diese planen, umsetzen und sich bei der Umsetzung von Maßnahmen beteiligen. Eine strukturierte Projektorganisation und die Definition der einzelnen Rollen im Projekt unterstützen den Prozess und sorgen für Transparenz wie auch Klarheit in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

Eine beispielhafte Projektorganisation ist in Abbildung 13 wiedergegeben. Diese sollte – wie alle anderen Vorlagen auch – an die betriebsspezifischen Gegebenheiten des eigenen Unternehmens angepasst werden.

---

70 ÖNORM ISO 21500 (2016)

Abbildung 13: Projektorganisation.[71]



?!

Nicht alle Beschäftigten haben die gleichen Chancen auf ein gesundes (Erwerbs)leben. Daher ist die Einbindung von Vertreter*innen spezieller Zielgruppen, wie z. B. Personen mit (ethnischem) Migrationshintergrund, 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 / Auftraggeber*innenteam

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

Steuerungsgruppe

Der Steuerungsgruppe sollten Vertreter*innen sowohl der Arbeitgeber*innen- als auch der Arbeitnehmer*innenseite angehören. Häufig setzt sich eine Steuerungsgruppe aus der Geschäftsleitung, der Arbeitnehmer*innenvertretung (Betriebsrätin*Betriebsrat, Personalvertretung, Jugendvertrauensrätin*Jugendvertrauensrat, Menschen mit

---

71 In Anlehnung an Ulich & Wülser (2004)

Behinderung sowie Behindertenvertrauensperson), FK einzelner Organisationseinheiten, wie z. B. der Personalabteilung, der BGF-Projektleitung 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 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. Diese 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 FK und Mitarbeitende (MA),
- Erstellung des Projektauftrags und Verschriftlichung der Projektziele,
- Erarbeitung eines Projektstrukturplans (PSP),
- Budgetverwaltung,

- Leitung und Dokumentation der Projektteam- und Steuerungsgruppentreffen,
- Auftragserteilung und Zusammenarbeit mit den Gesundheitszirkelmoderator*innen (GZM) und
- anderen Multiplikator*innen,
- innerbetriebliche Kommunikation und Projektmarketing,
- Erarbeitung und Umsetzung eines Maßnahmenplans inklusive Koordination und Organisation von Maßnahmen,
- Kooperation und Kommunikation mit externen Projektpartner*innen,
- Sicherstellung der Dokumentation und Evaluation des Projekts,
- Erstellung von Fortschrittsberichten sowie Vorbereitung und Herbeiführung von projektrelevanten Entscheidungen der Steuerungsgruppe bzw. der Auftraggeber*innen.

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 (QM) oder dem ArbeitnehmerInnenschutz (ANSch). Aufgrund dieser vielfältigen Anforderungen ist die Projektleitung auch jene Person, die den höchsten Qualifizierungsbedarf im gesamten BGF-Projekt hat. Darüber hinaus benötigt sie 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 Multiplikator*innenfunktion 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 Interesse am Thema erfolgen. Für Gesundheit begeisterte MA mit speziellen, für das Projekt notwendigen Fertigkeiten sind die Idealbesetzung für diese Rolle. Sehr häufig werden Beschäftigte aus dem Personalwesen, dem Marketing, der Arbeitnehmer*innenvertretung 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 Projektablauf 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 Beschäftigen 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 Gesundheitszirkeln (GZ). 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 Expert*innen für ihre eigene Arbeitssituation. Aufgrund der zentralen Bedeutung von GZ für die partizipative Maßnahmenentwicklung werden diese in Kapitel 3.3.2 im Detail beschrieben.

Externe Expert*innen der Gesundheitsförderung

Zu den externen Expert*innen zählen die Ansprechpersonen der Servicestellen des Netzwerks BGF sowie weitere Gesundheitsexpert*innen der Partner*innen und des Fonds Gesundes Österreich (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 Prozessbegleitende[72] 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 in diesem zu halten.

Neben der externen Prozessbegleitung kann es notwendig sein, manche Arbeitspakete, wie z. B. die Mitarbeitendenbefragung, die Moderation von GZ, 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 Projektmitarbeitenden 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.

Projektstartsitzung für das Projektteam und die Steuerungsgruppe

Ein Projekt ist durch einen eindeutigen Start und ein definiertes Ende begrenzt. Nach Auftragserteilung durch Projektauftraggeber*in nimmt das BGF-Projektteam seine Arbeit auf. Dazu ist es sinnvoll, eine **Startsitzung 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 Expert*innen der 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.[73]

---

72 ONR 43765 (2015)
73 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

- **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?)

beinhalten.[74]

Mit einer auf die betriebsspezifischen Bedarfe passenden Kommunikations- und Marketingstrategie kann es gelingen, auch schwer erreichbare Zielgruppen (siehe Kapitel 5.1.6 und Kapitel 10) 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 **Projekttitel** und ein **Projektlogo** entwickelt werden, um ab dem Zeitpunkt des Projektstarts eine rechtzeitige, glaubwürdige und empfänger*innengerechte 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. Dabei können dBGF-Tools helfen. Beispielsweise können Plakate mit QR-Codes gestaltet werden, die zu kurzen Videobotschaften der Geschäftsleitung, des Betriebsrats, von FK und Mitarbeitenden, aber auch der BGF-Projektleitung und dem Projektteam verlinken. Gerade in dezentralen Unternehmen ist es von Vorteil, solche Tools für die Kommunikation zu nutzen,

---

74 Nöhammer, Eitzinger, Schaffenrath-Resi & Stummer (2009); Nöhammer, Schusterschitz & Stummer (2010)

um eine breite Information der Beschäftigten zu gewährleisten. Je abwechslungsreicher und spannender die Information gestaltet ist, desto mehr Aufmerksamkeit erlangt diese und desto größer ist die Reichweite.

Auf Künstliche Intelligenz (KI) basierte Chatbots wie ChatGPT, MidJourney etc. eröffnen hier neue Möglichkeiten und bieten wertvolle Unterstützung im Rahmen der dBGF. ChatGPT kann als virtueller Coach die Projektleitung eines BGF-Projekts durch die Erstellung maßgeschneiderter Inhalte zu Gesundheitsthemen wie Stressmanagement, Ernährung oder Bewegung für die Verwendung in Newsletter, zur Maßnahmenbewerbung etc. unterstützen. Es liefert interaktive Tipps, beantwortet Fragen und entwickelt praxistaugliche Programme, die zielgruppenorientiert angepasst werden können. MidJourney kann visuelle Inhalte wie Infografiken oder motivierende Materialien gestalten, um BGF-Maßnahmen ansprechend zu bewerben. KI-Tools bieten mit skalierbarer und personalisierter Ansprache eine kosteneffiziente Möglichkeit, (digitale) BGF-Maßnahmen breit auszurollen, wodurch insbesondere in hybriden Arbeitsumgebungen eine kontinuierliche Unterstützung gewährleistet werden kann.

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

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

Neben FK sind **Meinungsbildner*innen** in der Projektkommunikation von zentraler Bedeutung. Das sind Beschäftigte, an denen sich andere MA orientieren. Diese 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 FK und die Erteilung eines Kommunikationsauftrages (diese sollen ihre MA bzgl. des BGF-Projekts informieren, motivieren und mit gutem Beispiel vorangehen),
- die Identifikation von Meinungsbildner*innen 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 in analoger und digitaler Form,
- die Nutzung unterschiedlichster, bewusst gewählter Informationskanäle (Papiermedien, E-Mail, Internet, Intranet, Gesundheitsplattform ...),
- 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 14). Der zu betreibende Aufwand ist dabei in Relation zur Firmen- bzw. Projektgröße zu setzen. Beispielsweise ist es für KMU nicht unbedingt notwendig, einen Balkenplan für die Terminplanung zu erstellen.

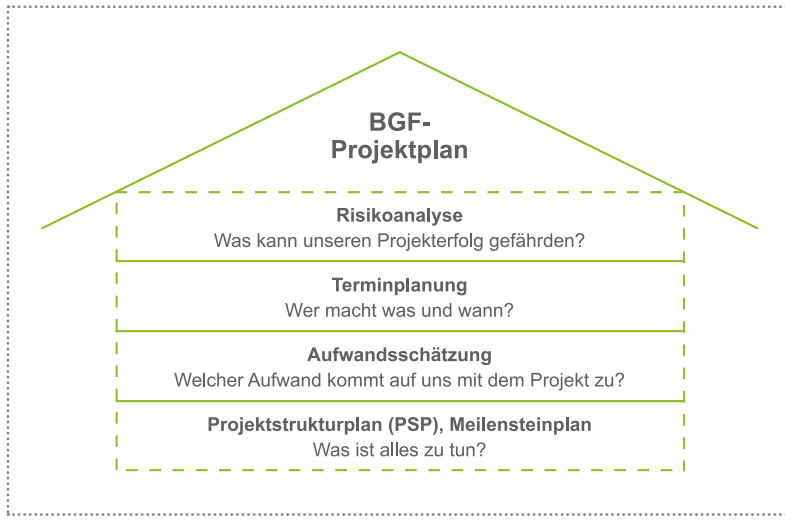
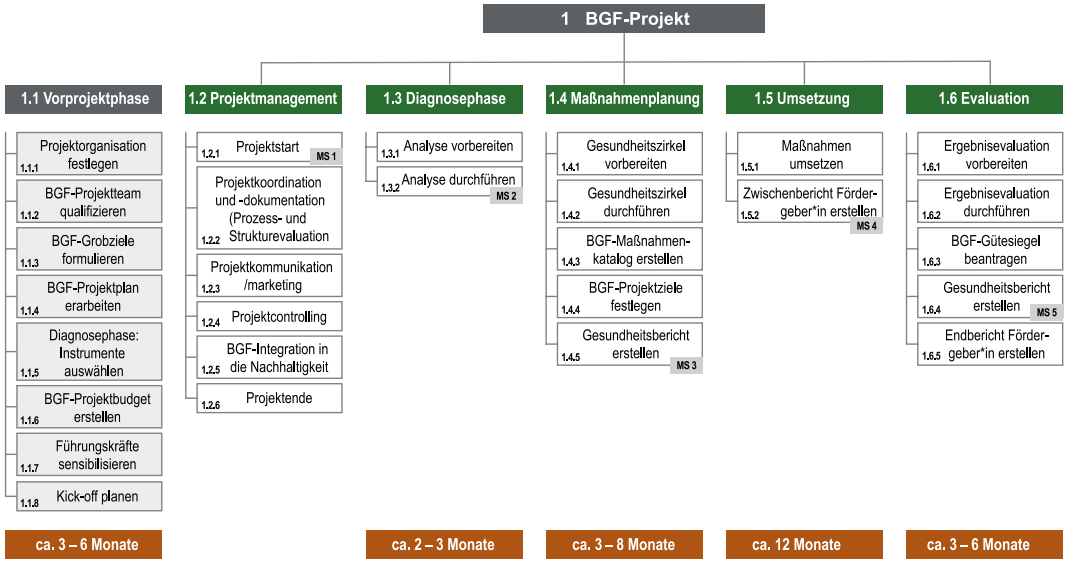


Abbildung 14:
BGF-Projektplan

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. Er enthält wichtige Meilensteine. Die Erstellung des PSP ist neben der Formulierung der Ziele die wichtigste und zugleich herausforderndste Aufgabe in der BGF-Projektplanung. Für KMU ist ein PSP nicht zwingend erforderlich. Hier reicht meist ein gut strukturierter Terminplan mit den wichtigsten Meilensteinen.

Abbildung 15: Beispiel für einen PSP.



Aus dem PSP kann ein **Meilensteinplan** (siehe Abbildung 16) 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 16: 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, 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, Förderungen seitens der ÖNBGF-Servicestellen oder auch Informationen über beitragsfreie freiwillige soziale Zuwendungen der Dienstgeber*innen[75]) 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.

75 www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.904706&portal=oegkdgportal

Der FGÖ unterstützt qualitätsvolle BGF-Pilotprojekte mittels Anstoßfinanzierung. Gefördert werden ausschließlich anteilsmäßige Prozesskosten. Unter bestimmten Voraussetzungen besteht für Betriebe (bis max. 25 Personen Belegschafts-/Zielgruppengröße bzw. bis max. 49 Personen Belegschafts-/Zielgruppengröße) auch die Möglichkeit, einen Pauschalbetrag für die Abdeckung von Maßnahmenkosten zu beantragen und zu erhalten.[76] Die aktuellen Förderrichtlinien finden sich auf der FGÖ-Homepage[77] 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.

?!

Die Planung eines BGF-Projekts kann mit der Unterstützung einer BGF-Ansprechperson einer Servicestelle des Österreichischen Netzwerk für BGF (ÖNBGF) 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.

---

76 https://fgoe.org/pilotprojekte_bgf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
77 https://fgoe.org bzw. https://fgoe.org/foerderprogramme_bgf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

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 Projektauftakt in Form einer Kick-off-Veranstaltung durchgeführt. Diese können zwischen einer Stunde in Kleinbetrieben 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 an diesem 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 Mitarbeitendenversammlungen 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 Vertreter*innen 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 deren Bedürfnisse 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 (siehe hierzu auch Kapitel 2.7) zu definieren.

Sensibilisierung der Führungskräfte

Eine Vielzahl an Studien belegt mittlerweile eindeutig den wichtigen Einfluss von Führungsverhalten auf die Gesundheit der MA.[78] FK kommt neben ihrer gesetzlich verankerten Fürsorgepflicht auch eine Schlüsselrolle bei der Förderung der Gesundheit ihrer MA zu. Neben ihrer Vorbildwirkung haben sie darüber hinaus einen hohen Einfluss auf die Gestaltung der Arbeit sowie auf die Passung von Arbeitsanforderungen an die jeweiligen Fähigkeiten ihrer MA. Sie können durch ihr tagtäglich gezeigtes Führungsverhalten einen maßgeblichen Einfluss u. a. auf das Betriebsklima, das Commitment und die Qualität der Zusammenarbeit nehmen.[79]

Die Geschäftsführung oder das oberste Management sollte sicherstellen, dass die FK für ihre Aufgaben im Rahmen des BGF-Projekts qualifiziert und informiert werden. Wenn diese 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 MA selbst zur aktiven Teilnahme.

Einsatz von dBGF-Tools

Digitale Tools können in allen Phasen des Projekts eingesetzt werden. Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über dBGF-Tools und die Möglichkeit, diese in den unterschiedlichsten Projektphasen einzusetzen. Die Nummern beziehen sich auf die Projektphasen aus Abbildung 13. Weiters ist vermerkt, in welchem Kapitel eine Detailbeschreibung des dBGF-Tools zu finden ist.

---

78 Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer (2011)
79 Pitschl & Mayer (2016)

Tabelle 5: dBGF-Tools und deren Einsatz in den Projektphasen.[80]

Projektphase					dBGF-Tool	Details unter:
1	2	3	4	5	Online Befragungs-Tools	Kapitel 3.2.3
1	2	3	4	5	Gruppen- und Einzelinterviews	Kapitel 3.2.4
	2	3	4	5	Videogestützte Analysen	Kapitel 3.4.2
	2	3	4	5	Webinare	Kapitel 3.3.3
			4		Gesundheits-Apps	Kapitel 3.3.3
			4		Online-Coaching-Plattform/EAP	Kapitel 3.3.3
			4		Wearables	Kapitel 3.3.3
	2	3	4	5	Gesundheitsplattform	Kapitel 3.1.6

Die vorgenommene Zuordnung zu den Projektphasen ist eher konservativ. Einige Publikationen weisen Gesundheits-Apps, Online Coaching-Plattformen/EAP und Wearables auch eine Nutzung in den Phasen Diagnose, Planung und Evaluation zu. Um aus diesen Tools jedoch Rückschlüsse für die Maßnahmenplanung ziehen zu können, müssen individuelle Gesundheitsdaten von Beschäftigten in anonymisierter Form gesammelt und ausgewertet werden. Dies kann zur Verunsicherung und damit zur Nichtteilnahme von Beschäftigten führen. Weiters muss geklärt sein, ob und inwiefern das gewählte Vorgehen den Anforderungen an die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) entspricht. Ob und in welchem Ausmaß Unternehmen Wearables und ähnliche dBGF-Tools zum Sammeln von individuellen Gesundheitsdaten und zum Ableiten von (individuellen) Gesundheitsmaßnahmen einsetzen, muss jedes Unternehmen für sich entscheiden und ggf. einer juristischen Abklärung unterziehen. In diesem Zusammenhang ist auch zu klären, ob Tatbestände vorliegen, die gemäß Arbeitsverfassungsgesetz (ArbVG) betriebsvereinbarungspflichtig sind. Entscheidend ist allerdings, frühzeitig die Belegschaftsvertretung einzubeziehen und bereits vorab den Beschäftigten Informationen zur Verfügung zu stellen durch die klar wird, welche dBGF-Tools eingesetzt werden, wie diese genutzt werden können und wie mit den Daten umgegangen wird. Dadurch kann eventuellen Vorbehalten frühzeitig entgegengewirkt werden.

Sofern der Einsatz von dBGF-Tools angedacht ist, ist bereits in der Vorprojektphase zu überlegen, in welchen Phasen und in welcher Art und Weise diese Tools genutzt werden. Folgende Fragen können bei der Entscheidung helfen:

80 In Anlehnung an VBG (2020)

- In welchen Projektphasen sollen dBGF-Tools zum Einsatz kommen?
- Unterstützt der Einsatz der dBGF-Tools in den ausgewählten Projektphasen die Umsetzung? (Oder stecken andere Überlegungen dahinter, warum dBGF-Tools eingesetzt werden sollen?)
- Sind die erforderlichen Voraussetzungen (z. B. Hard- und Software) für die Umsetzung gegeben?
- Haben alle Beschäftigten Zugang (z. B. alle haben Zugang zu Computer/Laptop/Tablet/Smartphone, eine eigene Firmen-E-Mail-Adresse, Zugriffsberechtigungen)?
- Ist eine individualisierte Ansprache von Zielgruppen möglich? (z. B. Mehrwert durch Mehrsprachigkeit)
- Ist die Bedienung ergonomisch?
- Braucht es externe Dienstleister*innen und wenn ja, sind diese unabhängig?
- Gibt es ein standardisiertes Datenformat? (Dies ermöglicht ggf. einen Dienstleistendenwechsel)
- Braucht es Schulungen für die Zielgruppen? Wenn ja, mit wie viel Ressourcenaufwand ist dafür zu rechnen?
- Sind Supportmöglichkeiten (intern/extern) gegeben?
- Ist der Datenschutz gewährleistet? (Gibt es z. B. klare Regelungen, wer was mit welchen Daten macht, wo diese gespeichert, wie diese geschützt werden, wie Daten auf Verlangen von Beschäftigten gelöscht werden?)
- Sind die einmaligen und/oder laufenden Kosten in der Kostenkalkulation berücksichtigt? Können diese Kosten auch nach Projektende weiter finanziert werden?
- Sind die Wartung und Betreuung z. B. von Plattformen auch in der Nachhaltigkeit gesichert?

Die Möglichkeit, schnell und einfach Gamifications und Wettbewerbe einzubauen, kann die Motivation einzelner Zielgruppen deutlich erhöhen. Allerdings ist es wichtig, bei solchen Komponenten auf die Chancengerechtigkeit zu achten und klar zu kommunizieren, wie mit den Daten umgegangen wird. Sonst besteht die Gefahr, dass MA von der Teilnahme eher abgeschreckt denn durch den spielerischen Aspekt aufgefordert werden. So konnte gezeigt werden, dass die Angst vor einer böswilligen Nutzung gesammelter Daten die Akzeptanz sehr stark senkt.[81] Weiters ist zu bedenken, dass unbeabsichtigte Folgen durch den Einsatz von dBGF-Tools möglich sind. Beispielsweise können diese Tools zu einem erhöhten Leistungsdruck bei den Beschäftigten durch das Gefühl der Überwachung, der beabsichtigten Leistungssteigerung sowie durch eine (noch stärkere) Vermischung von Privat- und Arbeitsleben erfolgen.

---

81 Yassaee & Mettler (2019)

Gesundheitsplattformen eignen sich zur zentralen Steuerung des BGF-Projekts. Eine Gesundheitsplattform kann dabei für vielfältige Zwecke genutzt werden. Meist wird dazu das Intranet, also das unternehmensinterne Computernetzwerk genutzt. Es gibt Anbieter, die Softwarelösungen für Gesundheitsplattformen bis hin zu Komplettsystemen anbieten. Bei solchen ist besonders darauf zu achten, was im Rahmen der BGF wirklich gebraucht wird, wie verlässlich die zur Verfügung gestellten Informationen, Daten und Auswertungen sind und ob laufende Kosten auch nach Projektende finanziert werden können. Es empfiehlt sich auch, Informationen darüber einzuholen, inwieweit der Support der Anbieter z. B. für Systemanpassungen gewährleistet ist.

Auf Gesundheitsplattformen können

- Informationen bereitgestellt,
- Veranstaltungen angekündigt,
- Webinare veranstaltet und als Aufzeichnung zur Verfügung gestellt,
- Befragungen, Selbsttests und Abstimmungen durchgeführt,
- Rückmeldungen gesammelt,
- Wettbewerbe veranstaltet

und noch einiges mehr durchgeführt werden.

Unabhängig davon, wie viele dBGF-Tools zum Einsatz kommen, kann die Gesundheitsplattform auch als Drehscheibe für analoge Angebote dienen. Dadurch haben Beschäftigte orts- und zeitunabhängig Zugriff auf diverse Inhalte. Darüber hinaus trägt die Gesundheitsplattform zur einfachen Handhabung sowohl bei den Projektbetreibenden als auch bei den Nutzenden bei. Alles ist zentral über die Gesundheitsplattform organisiert und einer E-Mail-Flut wird entgegengewirkt.

Die Gesundheitsplattform kann

- bereits in der Vorprojektphase aufgebaut werden,
- für die Kick-off-Veranstaltung z. B. für eine Videoübertragung,
- in der Diagnosephase für die Sammlung von Daten,
- in der Planungs- und Umsetzungsphase für die Umsetzung von Maßnahmen sowie
- in der Evaluations- und Nachhaltigkeitsphase für die Bewertung und weitere Ausrichtung

genutzt werden. Weiters können alle zentralen Dokumente wie Einladungen, Informationen, Gesundheitsberichte etc. zentral abgelegt und allen MA jederzeit zur Verfügung gestellt werden.

Sensibilisierung für das Thema Gesundheitskompetenz

Als wichtige Schlüsselkompetenz in der Arbeitswelt 4.0 gilt die Gesundheitskompetenz von Beschäftigten und FK (siehe Kapitel 6.1.3). Um das Thema Gesundheitskompetenz als ergänzenden Handlungsschwerpunkt in einem BGF-Projekt verfolgen zu können, muss diese Thematik bereits in der Vorprojektphase in den Projektzielen verankert und dahingehend das Management von Beginn an sensibilisiert und für die Unterstützung gewonnen werden. Hierfür wird eine **Checkliste** aus dem ÖNBGF Leitfaden „Betriebe für Gesundheitskompetenz!"[82] in verkürzter Form wiedergegeben:

- Sensibilisierung der Geschäftsführung für das Thema Gesundheitskompetenz (Nutzen für das Unternehmen aufzeigen)
- Standortbestimmung Gesundheitskompetenz im Betrieb (Einsatz eines Selbsteinschätzungstools)
- Gesundheitskompetenz in Projektziele aufnehmen
- Zuständigkeiten in der BGF-Steuerungsgruppe (z. B. Geschäftsführung) und im BGF-Projektteam (z. B. Gesundheitsvertrauensperson) für Gesundheitskompetenz klären
- Schulungen für zuständige Personen anbieten
- Kommunikation von Anfang an gesundheitskompetent gestalten
- Symbolisches Bekenntnis der Geschäftsführung zur gesundheitskompetenten Organisation

82 Birgmann (2020)

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 mitzubedenken. Es gibt viele verschiedene Arten, zu Daten zu kommen. Für alle gilt, dass die Beachtung und Einhaltung des **Datenschutzes** zu jeder Zeit gewährleistet sein muss.[83]

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 (bio-psycho-soziale Gesundheit) transportiert, das 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 MA unpassend ist (siehe auch Kapitel 2.7).

---

83 Datenschutzgesetz (DSG)

?!

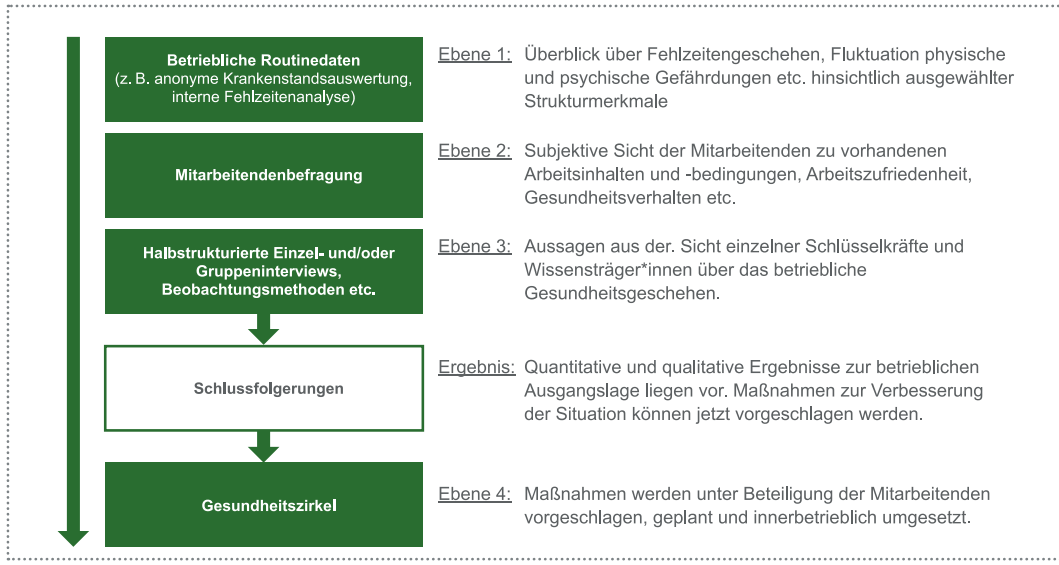
Es ist wichtig, Methoden und Verfahren zu wählen, die von allen Beschäftigten verstanden und die für alle zugänglich sind. Ein komplexer Fragebogen mit einer großen Anzahl mitunter sehr persönlicher Fragen könnte z. B. bei Beschäftigten mit geringen sprachlichen Fähigkeiten auf Widerstand stoßen.

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, sind diese aufeinander abzustimmen, um einen möglichst großen Informationsgewinn bei möglichst geringem finanziellen und personellen Aufwand zu erzielen.[84]

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, arbeitsmedizinische Untersuchungen, betriebliches Vorschlagswesen) zurückgegriffen 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 FK und Beschäftigten zu nutzen. Ein Beispiel für eine Mehr-Ebenenanalyse findet sich in Abbildung 17.

84 Weinreich & Weigl (2011)

Abbildung 17: Beispiel einer Mehr-Ebenenanalyse.[85]



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 ÖNBGF 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 ist jedoch immer darauf zu achten, wissenschaftlich fundierte und qualitätsgesicherte Instrumente einzusetzen und die Analyseebenen möglichst miteinander zu verknüpfen, um aussagekräftige Ergebnisse zu erhalten. Darüber hinaus ist bei jeder

85 In Anlehnung an Weinreich & Weigl (2011, S. 245)

eingesetzten Methode und jedem Instrument zu prüfen, ob sich alle Beschäftigten in gleichem Maße beteiligen können. Gerade der Zugang zu und der Umgang mit dBGF-Tools zur Datengewinnung (z. B. Online-Mitarbeitendenbefragung, Online-Workshops, Interviews mittels Videotelefonie) sind hier besonders hervorzuheben. Gegebenenfalls sind Schulungen vorab zur digitalen Kompetenzentwicklung notwendig, um Chancengerechtigkeit zu gewährleisten.

3.2.1 Analyse vorhandener Unternehmensdaten

AUF EINEN BLICK: UNTERNEHMENSDATEN

- **Einsatzgebiet: 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 Expert*innenwissen

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 – SFK) und **Dokumentationen bereits durchgeführter gesundheitsförderlicher Aktivitäten** aufschlussreich für die nächsten Schritte im Projekt sein.

3.2.2 Analyse krankheitsbedingter Fehlzeiten

Unter dem Begriff „krankheitsbedingte Fehlzeiten“ werden alle Abwesenheiten vom Arbeitsplatz zusammengefasst, die dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger gemeldet wurden.

Die Servicestellen des ÖNBGF bieten BGF-Kooperationsbetrieben ab einer bestimmten Mitarbeitendenanzahl anonymisierte Krankenstandsanalysen im Rahmen der Durchführung von BGF-Projekten an.

Daten zu krankheitsbedingten Fehlzeiten stehen den Betrieben aufgrund deren einfachen Gewinnung, hohen Reichweite und der geringen Kosten als sogenannte betriebliche Routinedaten in der Regel leicht zur Verfügung. Bei deren Interpretation muss aber auch deshalb mit Bedacht vorgegangen werden, da diese in erster Linie krankheitsassoziierte Kosten abbilden. Sie scheinen laut neueren Untersuchungen mehr über den Gesundheitszustand des Unternehmens als über jenen der Belegschaft auszusagen.[86] Krankenstände sind als sogenannte „Spätindikatoren“ durch eine Vielzahl an Faktoren mitbedingt und erlauben grundsätzlich keinen zuverlässigen Rückschluss auf konkrete den Krankenstand verursachende Einflussfaktoren (Symptom- versus Ursachenebene).[87] Daher ist es nicht möglich, ausschließlich aufgrund von Krankenstandsanalysen konkrete Maßnahmen abzuleiten. Diese weisen vielmehr als eine Art „Fieberthermometer“ auf etwaige Problemfelder innerhalb der Organisation hin und können im Rahmen einer Mehrebenenanalyse in einem BGF-Projekt genutzt werden, um mögliche Problemlagen in der Organisation zu identifizieren und erste Annahmen betreffend die dahinterliegenden Ursachen zu formulieren. Zur Ableitung von konkreten Maßnahmen sollten die Ergebnisse der Krankenstandsanalyse aber noch unbedingt um den Einsatz weiterer Analysemethoden ergänzt werden (z. B. Mitarbeitendenbefragung, Interviews, Gesundheitszirkel). Die nachfolgende Tabelle fasst die Stärken und Schwächen von Krankenstandsanalysen zusammen.

---

86 In Anlehnung an Badura (2015)
87 Bödeker (2010b)

Tabelle 6: Stärken und Schwächaen von Krankenstandsanalysen.[88]

Stärken	Schwächen
• leicht verfügbar • leicht kommunizierbar • bezahlte aber nicht geleistete Arbeit ist ein betrieblicher Kostenfaktor • Häufung von Fehlzeiten: klares Indiz für Organisationsprobleme und Handlungsbedarf • erste Auffälligkeiten bezüglich zentraler Strukturmerkmale (z. B. Alter, Abteilung, Arbeitende/Angestellte) identifizierbar • externe Benchmarks (z. B. österreichweit, oder anhand der eigenen Wirtschaftsklasse) sind möglich • zusätzliche Aussagen über Krankenstandsdiagnosen	• keine Aussage über die den Krankenständen zugrunde liegenden Ursachen (Symptomebene) • nur „Hypothesenbildung“ über mögliche Ursachen von Krankenständen • weiterführende qualitative und/oder quantitative Analysen notwendig • kein verlässlicher Indikator für realen Gesundheitszustand der Abwesenden • keine Information zum Gesundheitszustand der Anwesenden • Nichterfassung „verdeckter“ Produktivitätsverluste durch Präsentismus

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.

?!

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 Expert*innen der ÖNBGF-Servicestellen empfohlen.

Gemeinsam mit Expert*innen kann der Frage nach den Ursachen, aber auch nach den Folgen von krankheitsbedingten 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.

88 Badura (2015, S. 62)

Tabelle 7: Übersicht zur anonymen Krankenstandsanalyse.

Das anonyme Krankenstandsanalyseinstrument EvalKS der ÖGK	
Einsatzgebiet	Unternehmen ab 75 Beschäftigten
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	• Personalstatistik • Basiskennzahlen • Auswertung nach Arbeitenden und Angestellten • Auswertung nach Altersgruppen • Auswertung nach Abteilungen • Auswertung von Betriebsstätten • Auswertung der Krankheitsgruppen
Datenschutz	In der Bearbeitung und Auswertung der Krankenstandsdaten werden genaue Qualitätsstandards zur Sicherung des Datenschutzes eingehalten. Dadurch sind keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich. Darüber hinaus gelten eine Reihe weiterer Sicherheitsvorkehrungen.

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
  - Antworttendenzen 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) Expert*innenwissen

In der Diagnosephase werden ab einer gewissen Betriebsgröße häufig **gesundheitsbezogene Mitarbeitendenbefragungen** zur Datengewinnung eingesetzt. Dabei werden mittels Fragebogen (Papier-Bleistift-Version 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. Der Vorteil einer elektronischen Befragung liegt darin, dass die Ergebnisse bei standardisierten Befragungen durch automatisierte Auswertungsschritte schneller vorliegen und damit die Diagnosephase deutlich schneller voranschreitet.[89] Diesen Vorteil nutzt auch der Kombi AG Österreich Fragebogen des ÖNBGF (siehe weiter hinten). Zu beachten ist allerdings, dass allen Beschäftigten die Möglichkeit gegeben werden muss, an der Befragung teilzunehmen. Dies kann eine Kombination der Papier-Bleistift- und Online-Methode notwendig machen.

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. Gesundheitszirkel) 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 wichtig.[90]

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.[91] 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 Expert*innen, eindeutige Informationen über die Bekanntgabe und weitere Verwendung der Ergebnisse sowie ein Erinnerungsschreiben (z. B. Erinnerungs-Mail mit dem Link zur Online-Befragung) können die Rücklaufquote positiv beeinflussen.

---

89 Hasselmann, Franzen & Schauerte (2019, S. 182)
90 Bungard (2005)
91 Rixgens (2010)

Die Brutto-Rücklaufquote berechnet sich bei der Papier-Bleistift-Methode aus der Anzahl eingesammelter Fragebögen (unabhängig davon, ob diese bearbeitet wurden oder nicht), dividiert durch die Anzahl ausgegebener Fragebögen. Bei der Online-Methode werden alle Fragebögen einbezogen, die geöffnet wurden (siehe Beispiel). Gute Rücklaufquoten im Rahmen von BGF-Projekten liegen bei 60 % und mehr.

Beispiel:
Ein Unternehmen versendet an alle 420 Beschäftigten personalisierte E-Mails mit einem Link zur Teilnahme an der Online-Mitarbeitendenbefragung. Davon öffnen 315 Personen den Fragebogen. 252 Beschäftigte bearbeiten alle Fragen und senden den Fragebogen ab. Die anderen 63 Personen brechen die Befragung vorzeitig ab, d. h. sie öffnen z. B. den Fragebogen und schließen ihn gleich wieder oder sie bearbeiten ihn teilweise und verlassen die Befragung (der Stand wird zwischengespeichert), öffnen die Befragung aber nicht noch einmal, um diese abzuschließen (der Fragebogen wird nicht abgeschickt).
Die Brutto-Rücklaufquote beträgt somit 315 / 420 × 100 = 75 %, die Netto-Rücklaufquote beträgt 252 / 420 × 100 = 60 %.[92]

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[93] wichtige Anhaltspunkte. Das ÖNBGF 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 ÖNBGF speziell für den Einsatz im Rahmen von BGF-Projekten entwickelter Fragebogen. Sein Ziel ist es, sowohl gesundheitsförderliche als auch potenziell gesundheitsschädigende Merkmale der Arbeit festzustellen. Zudem werden Informationen über Gesundheitsverhalten, Ressourcen und die gesundheitliche Situation der MA erfasst. Teil 1 dieses Instruments ist der Sozialversicherungsfragebogen zur Erhebung von Bedingungen bei der Arbeit (SOFEBA), der speziell für die Analyse im Rahmen der kombinierten Umsetzung von BGF und der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung (siehe Kapitel 8) entwickelt wurde.

---

92 www.qualtrics.com/de/erlebnismanagement/marktforschung/ruecklaufquote/ [letzter Zugriff 18. 5. 2026]
93 ÖNORM EN ISO 10075-3 (2004)

Tabelle 8: Kombi AG Österreich

Das Befragungsinstrument Kombi AG Österreich	
Einsatzgebiet	Unternehmen ab 50 Mitarbeitenden
Analyseeinheit(en)	Gruppen bestehend aus mindestens sechs Beschäftigten
Aufwand	Interessierte Unternehmen wenden sich an ihre zuständige Servicestelle
Durchführung	Durch das ÖNBGF geschulte Expert*innen unterstützen bei der Durchführung und Interpretation der Befragung im Unternehmen. Die Auswertung wird durch das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention erstellt.
Auswertung	Folgende Bereiche werden abgedeckt: • Gesundheit und Arbeitsfähigkeit • Präsentismus • Gesundheitsbeschwerden • Lebensstilfaktoren (Ernährung, Bewegung, Tabakkonsum und Alkohol) • Belastungen • Ressourcen • Arbeitszufriedenheit
Zusatzmodule	• Arbeitsfähigkeit (vertiefende Erfassung) • Covid-19 • Homeoffice
Datenschutz	Die Datenerhebung erfolgt durch eine anonyme, schriftliche Befragung der MA. Aus Datenschutzgründen werden keine Teilauswertungen z. B. von Geschlecht, Alter oder Abteilungen unter sechs MA vorgenommen. Rückschlüsse auf Einzelpersonen sind somit zu keiner Zeit möglich.

?!

Die Ansprechpersonen der ÖNBGF-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: Klein-, Mittel- und Großbetriebe**
- **Vorteile:**
  - Anpassung an betriebsspezifische Anforderungen
  - Lenkung durch Interviewer*in möglich
  - Vertiefende Aussagen z. B. von einzelnen für das BGF-Projekt wichtigen 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) Expert*innenwissen

Es gibt viele verschiedene Methoden und Instrumente, um im Gruppen- oder Einzelsetting gesundheitsrelevante Daten zu erarbeiten. Die bekanntesten sind Gesundheitszirkel (siehe Kapitel 3.3.2), Fokusgruppen und Einzelinterviews. Die **Grenze zwischen Diagnosephase und Maßnahmenplanung verschwimmt** 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 10 behandelt. In vorliegendem Abschnitt 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 17) 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 (für die Zuerkennung eines BGF-Gütesiegels jedoch sehr wohl). 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 Großgruppenmethoden ist das World-Café.[94]

Tabelle 9: World-Café in der BGF.

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 wie auch Handlungsfelder aufzuzeigen. Dabei ist es wichtig, im Vorfeld Fragen zu entwickeln, die die Diskussion in die gewünschte Richtung lenken und kreative Prozesse ermöglichen. Der Austausch über Berufs- und Hierarchieebenen hinweg ermöglicht es, 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 kennenlernen 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*ihrer 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 Teilnehmer*innen 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

94 Brown, Isaacs & Bürger (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 einen Interviewleitfaden zu erstellen.[95] Dabei müssen die betriebsspezifischen 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.

Tabelle 10: Fokusgruppe in der BGF.[96]

Die Fokusgruppe	
Kurzbeschreibung	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 jedes*jeder Einzelnen steigern. Fragestellungen können z. B. lauten: • 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	zwei bis drei Sitzungen je nach Thema empfohlen
Dauer je Sitzung	halb- oder ganztägig
Gruppengröße	zwischen sieben und zehn Mitarbeitende
Moderation	ein bis zwei erfahrene, geschulte externe (oder interne) Moderator*innen
Ergebnis	schriftlicher Bericht mit Ressourcen und Belastungen

95 Bortz & Döring (2006)
96 In Anlehnung an 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 Expert*innen 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 Expert*innen 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.

dBGF-Tools für mündliche Gruppen- und Einzelinterviews

Grundsätzlich ist eine **virtuelle Durchführung** sowohl von Einzel- als auch Gruppeninterviews und von Gesundheitszirkeln **möglich**. Der große Vorteil dabei ist, dass die Teilnehmenden ortsunabhängig teilnehmen können. Dies kann gerade bei dezentralen Standorten einiges an Reisezeit einsparen. Allerdings ist zu bedenken, dass Vorteile einer Präsenzdurchführung wie z. B. die Wahrnehmung und Integration von Mimik und Gestik, der informelle Austausch, der Aufbau von Vertrauen, das rechtzeitige Erkennen von Meinungsverschiedenheiten und ggf. von Konflikten, aber auch die gegenseitige Motivation[97] und Inspiration durch die gleichzeitige physische Anwesenheit an einem Ort in einem hohen Maße verloren gehen.

---

97 Hertel (2021)

Die Methoden können **virtuell nicht 1:1 umgesetzt**, sondern müssen adaptiert werden. Gleichzeitig bedeutet das, dass auch die Interviewer*innen und Moderator*innen entsprechende Kenntnisse vorzuweisen haben.

Ist es bei Einzelinterviews noch relativ einfach, die analoge Methode online zu adaptieren, braucht es beispielsweise bei Fokusgruppen und Gesundheitszirkeln bereits mehr Aufwand. Angefangen von der Medienkompetenz der Teilnehmenden (Stichwort: Chancengerechtigkeit von erfahrenen und wenig bis nichterfahrenen Teilnehmenden) bis hin zu den Regeln der Zusammenarbeit (z. B. Nutzung von Mikrofon und Video, Chatfunktion) und dem Datenschutz müssen zusätzliche Aspekte bedacht werden. Hier bewährt es sich, zu Beginn ein **technisches Onboarding** durchzuführen. D. h., alle Teilnehmenden mit den im Programm vorhandenen und zu verwendenden Tools ggf. vor Beginn der eigentlichen Veranstaltung vertraut zu machen.

Virtuelle Formate können die klassischen Formate sehr gut ergänzen. Einer **Kombination von analogen und digitalen Tools** ist auch hier vor reinen Online-Formaten der Vorrang zu geben. Denn dank Online-Formaten können auch jene Beschäftigten einfacher erreicht werden, die ansonsten aufgrund von dislozierten Arbeitsstellen oder mobiler Arbeit nur schwer erreicht werden können. Gerade mit Blick auf die Chancengerechtigkeit sind allerdings die Faktoren Zugang zu dBGF-Tools sowie Medienkompetenz bei der Planung von virtuellen Formaten unbedingt zu berücksichtigen.

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) Expert*innen
  - Hoher Aufwand
- **Expertise**
  - Externes Expert*innenwissen

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 angewandten Instrumenten nur in unzureichendem Maße analysiert werden konnten und die Generierung von Maßnahmen nicht möglich scheint. Arbeitsanalyseverfahren sind zeitintensiv und sollten nur von verfahrensgeschulten Fachexpert*innen durchgeführt werden. Nichtsdestotrotz kann der bedachte Einsatz solcher Methoden erheblich zur Qualität des gesamten Projekts beitragen.

Tabelle 11: Beispiel für ein Beobachtungsinterview: SGA – Screening Gesundes Arbeiten.[98]

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. eine Stunde
Durchführung	Erfahrene, geschulte Interviewer*innen
Inhalte	• Physische Belastungen (Körperhaltung, Arbeitsmittel, Ergonomie) • Psychische Belastungen (Arbeitstätigkeit, Arbeitsorganisation, soziale Bedingungen) • Arbeitsumgebung (Beleuchtung, Lärm, Geruch, Zugluft)

98 Debitz et al. (2014); www.inqa.de; https://screening-gesundes-arbeiten.de [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

3.2.6 Diagnosemethoden zur Erhebung der Gesundheitskompetenz

Eine Erweiterung der Diagnose-Inhalte um das Thema Gesundheitskompetenz kann auf organisationaler wie auch auf individueller Ebene erfolgen. Dem ÖNBGF Leitfaden „Betriebe für Gesundheitskompetenz!“[99] folgend, werden mögliche Diagnosemethoden kurz zusammengefasst:

Diagnoseebene Organisation:

- Schriftliche Selbsteinschätzung (z. B. in Anlehnung an „Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtung“ der ÖPGK)
- Qualitative Interviews mit dem Management, Betriebsrat, der Arbeitsmedizin und den Beschäftigten mit dem Fokus „Wie Gesundheitskompetent ist der Betrieb?“
- Dokumentenanalyse in Abgleich mit den Kriterien guter Gesundheitsinformation[100]
- Begehungen und „Walking Interviews“ mit dem Management, Photo-Voice mit Beschäftigten mit dem Fokus „Wie gesundheitskompetent ist der Betrieb?“
- Gesundheitskompetenzspezifisches Kennzahlenset (z. B. einschlägige Fortbildungen)

Diagnoseebene Individuell:

- Schriftliche Mitarbeitendenbefragung mit den kurzen und praktikablen Instrumenten HLSEU16[101] und GR-eHEALS[102] zur Erhebung der allgemeinen und der digitalen Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 6.1.3) als Ergänzungsmodule zu KombiAG (siehe Kapitel 3.2.3)
- Schriftliche Befragung mit dem Fokus auf „Kenntnis und Verständnis betriebsinterner gesundheitsrelevanter Informationsmaterialien“
- Gesundheitsbericht mit gesundheitskompetenzspezifischer Subgruppenanalyse wie hinsichtlich Präsentismus

---

99 Sochert (2002)
100 Sochert (2002)
101 Sochert (2002)
102 Sochert (2002)

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 die sich das Projekt entwickeln soll, anhand von **Feinzielen** zu bestimmen. Danach geht es an die Ausarbeitung von Maßnahmen. Auf das Qualitätskriterium der **partizipativen Erarbeitung** von Maßnahmen ist besonders Bedacht zu nehmen (siehe Kapitel 5.1.6). Beschäftigte als Expert*innen 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 – 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.[103]

---

103 FGÖ (2008)

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, Kund*innen sowie Lieferant*innen. Sie geben **Orientierung** über die Absicht und die Richtung des BGF-Projekts und bilden 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.[104] Darüber hinaus ist die Formulierung von Zielen in den Qualitätskriterien des Netzwerks BGF enthalten (siehe Kapitel 5.1.11) 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.[105] 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 erreich- und beurteilbar.[106]

- **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 for all“. Vielmehr werden auf Grundlage der Ergebnisse der Diagnosephase in weiterer Folge die betriebsspezifischen Handlungsfelder abgeleitet und erst daraufhin „SMARTE“ Ziele mit den passenden Indikatoren erarbeitet.

---

104 FGÖ (2008)
105 Spicker & Schopf (2007)
106 www.quint-essenz.ch/de/topics/1133 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

?!

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.[107] Mehrere Indikatoren bzw. Kennzahlen können zu einem Index zusammengefasst werden. Ein Index ist somit ein Messwert für ein komplexes Merkmal.[108]

Vereinfacht wird in der Regel zwischen drei unterschiedlichen Zielarten unterschieden, nämlich 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?“ und „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 GZM etc.

---

107 Weber (1999), zitiert nach Lütticke (2004, S. 152)
108 Bortz & Döring (2006)

Tabelle 12: Beispielhafte BGF-Ergebnis-, Prozess- und Strukturziele

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?**
Die Zufriedenheit mit dem Führungskräfteverhalten ist bis zum Projektende verbessert. (Ergebnisziel)	Einzelfrage zur Zufriedenheit mit der Führung (aus Kombi AG)	+ 10 %	
Das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit hat sich im Vergleich zum Projektstart erhöht. (Ergebnisziel)	Skala Arbeitszufriedenheit (aus Kombi AG)	+ 10 %	
Die MA sind für ein gesundheitsförderliches Verhalten sensibilisiert. (Prozessziel)	Teilnahmequote bzw. Durchdringungsgrad (relativer Anteil der Teilnehmenden/Gesamtzahl der Mitarbeitenden)	50 %	z. B. Ernährungsworkshops, Mitarbeitende bewegen Mitarbeitende (MbM), Stressmanagement nach Kaluza
Die Arbeitsbedingungen sind flächendeckend im Betrieb verbessert. (Prozessziel)	Prozentsatz der umgesetzten Maßnahmen aus den Gesundheitszirkeln 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 GZM	100 % 100 %	z. B. Teilnahme an BGF-Basisausbildung (ca. 3 – 4 Tage) z. B. Teilnahme an GZM-Ausbildung (ca. 2 – 3 Tage)

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 müsste noch gesondert formuliert werden.

„Kein*e Mitarbeitende*r 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 noch 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 Auftraggeber*innen 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 FK und MA eingeholt werden.
- Die **Freigabe der Ziele** erfolgt schließlich durch die Auftraggeber*innen. 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 Maßnahmenerarbeitung: Gesundheitszirkel

Ein **zentrales Qualitätskriterium** der BGF besteht in der partizipativen Maßnahmenerarbeitung. Beschäftigte haben dabei als Expert*innen 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.

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

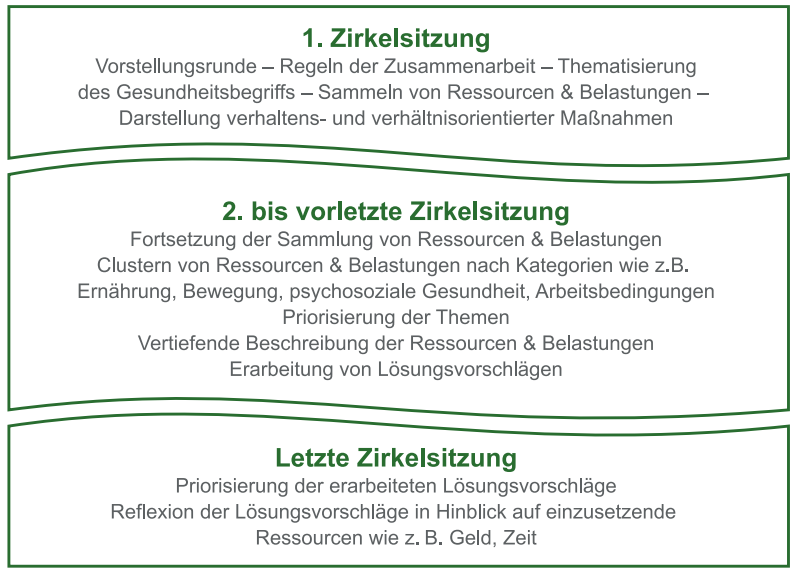


Abbildung 18: Beispiel für den prototypischen Ablauf eines GZ.

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 Ansätze, sie unterscheiden sich jedoch in der Akzentuierung der zugrunde liegenden Ziele, in ihren theoretischen Bezügen und in der praktischen Vorgehensweise.[109] In der Praxis werden häufig Mischformen dieser drei Konzepte umgesetzt. Im Folgenden werden die drei Modelle in zusammengefasster Form dargestellt.

Tabelle 13: Übersicht GZ – Zusammenschau der drei Modelle.

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 GZ-Moderator*innen
Fokus	Thematisch offene Zirkel **ODER** themenzentrierte Zirkel
Ergebnis	(Umsetzungsreife) verhältnis- und verhaltensorientierte Lösungsvorschläge

Es gibt auch andere Möglichkeiten wie z. B. **Gesundheitsworkshops bzw. Workshops für Mitarbeitende**, um Ressourcen und Belastungen zu diskutieren und Maßnahmen unter Beteiligung von Beschäftigten zu erarbeiten. Diese werden v. a. in Mittelbetrieben durchgeführt (siehe Kapitel 4)

FK haben, wie auch Beschäftigte, spezifische Ressourcen und Belastungen. Um diesem Umstand gerecht zu werden, empfiehlt es sich, einen eigenen GZ für FK durchzuführen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Merkmale eines GZ.

109 Meggeneder (2006)

Tabelle 14: Merkmale von GZ.

Merkmale	
Anzahl Treffen	3 bis 5
Dauer pro Treffen	2 bis 3 Stunden
Modalität	offline und/oder online
Abstand zwischen Treffen	1 bis 2 Wochen
Zusammensetzung	Beschäftigte einer Hierarchieebene oder Beschäftigte unterschiedlicher Hierarchieebenen
Teilnehmer*innenanzahl	6 bis 12
Moderation	Ausgebildete interne oder externe GZ-Moderator*innen
Dokumentation	Protokoll
Ergebnis	Maßnahmenvorschläge

In GZ werden arbeitsbedingte **Ressourcen und Belastungen** gesammelt und deren Ursachen diskutiert, um in weiterer Folge gemeinsam Lösungsvorschläge zu erarbeiten.[110] 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 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 Entscheidungsträger*innen 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 17) 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 KMU als alleiniges Diagnose- und Maßnahmenerarbeitungsinstrument in Form von Gesundheitsworkshops eingesetzt werden (siehe Kapitel 4).

110 Sochert (2002)

Organisatorische Rahmenbedingungen

Die **Organisation und Beauftragung** der GZ obliegt der BGF-Projektleitung und dem BGF-Projektteam (siehe Abbildung 13). Eine Checkliste zur Umsetzung eines GZ findet sich im Werkzeugkoffer. Ein regelmäßiger Austausch zwischen BGF-Projektteam und GZ-Moderator*innen 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 Arbeitnehmendenvertretung** eingebunden werden. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die regelmäßige und konstante Teilnahme der Beschäftigten. Wenn FK um die Wichtigkeit einer regelmäßigen Teilnahme ihrer MA wissen, wird es wahrscheinlicher, dass eine konstante Mitwirkung der Beschäftigten ermöglicht wird. Die Anzahl an Teilnehmenden, 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 FK 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 seine 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 Moderator*innen durchgeführt werden. Diese müssen eine hohe soziale und fachliche Kompetenz sowie absolute Neutralität mitbringen. Für interne Moderator*innen spricht, dass sie die Organisation und die Abläufe kennen. Externe hingegen 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.[111] Für größere Unternehmen hat sich der Einsatz interner Moderator*innen bewährt.

---

111 Sochert (1999)

Hierzu werden Beschäftigte in mehrtägigen Ausbildungen auf ihre Aufgabe vorbereitet. Ein wesentlicher Vorteil liegt auch darin, dass diese als Meinungsbildner*innen fungieren und wichtiges Projekt-Know-how auch nach dem Projekt weiterhin zur Verfügung steht. Wenn das Thema Gesundheitskompetenz einen ergänzenden Schwerpunkt im BGF-Projekt darstellt, sollte der*die Moderator*in in Gesundheitskompetenz geschult sein und auf eine Teilnahme der im BGF-Projekt für Gesundheitskompetenz nominierten bzw. zuständigen Personen geachtet werden.[112]

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.1.[113]

Virtuelle Durchführung von Gesundheitszirkeln

In Kapitel 3.2.4 wurden bereits einige Vor- und Nachteile der Nutzung von dBGF-Tools im Rahmen von mündlichen Gruppen- und Einzelinterviews diskutiert. Aufgrund der zentralen Bedeutung von Gesundheitszirkeln für die BGF wird nun genauer auf die Möglichkeiten und Grenzen einer virtuellen Durchführung eingegangen.

Einer analogen Durchführung von Gesundheitszirkeln ist prinzipiell der Vorrang zu geben. In manchen Situationen oder für manche Unternehmen ist dies jedoch nur mit sehr viel zusätzlichem Aufwand möglich. Dann sollten GZ virtuell abgehalten werden. Dabei ist darauf zu achten, dass vorab die **Methodenkompetenz** der Teilnehmenden erhoben und ggf. (individuelle) Schulungen durchgeführt werden. Auch die Methodenkompetenz der internen und/oder externen Moderator*innen sollte geprüft und entweder eine Schulung durchgeführt bzw. Kompetenznachweise eingefordert werden.

---

112 Birgmann (2020)
113 Aust & Ducki (2004)

Die **Planung** der GZ ist sowohl methodisch als auch zeitlich an das digitale Format anzupassen. Je nach Vorerfahrung der Teilnehmenden kann das z. B. bedeuten, dass die Dauer der einzelnen Einheiten gekürzt, dafür die Anzahl der Treffen erhöht werden. Die Auswahl der digitalen Visualisierungstechniken sollte dermaßen erfolgen, dass einerseits nicht zu viele unterschiedliche Tools zur Anwendung kommen und andererseits bereits im Unternehmen vorhandene Tools verwendet werden. Ein Probelauf aller zum Einsatz kommenden Tools in der unternehmensinternen digitalen Umgebung ggf. mit den IT-Verantwortlichen ist dringend anzuraten.

Die **Regeln der Zusammenarbeit** sind, um Aspekte der virtuellen Durchführung zu ergänzen. Das betrifft beispielsweise den Umgang mit Bild und Ton, den Hinweis, dass virtuell etwas mehr Zeit benötigt wird, ggf. die Nutzung der Chatfunktion, die Art und Weise, wie man sich zu Wort melden kann, den Datenschutz sowie Nebentätigkeiten.

Der **Ablauf** der GZ bleibt gleich. Es gibt unterschiedlichste Möglichkeiten, sowohl das Kennenlernen der Teilnehmenden untereinander, das Sammeln von Ressourcen und Belastungen, das Bearbeiten der Themen bis hin zur Erarbeitung von Lösungsvorschlägen sowie die Rückmeldungen zur Durchführung mit Hilfe von digitalen Tools umzusetzen. Dabei ist Kreativität gleich wie bei der analogen Durchführung gefragt.

Gerade zu Beginn der virtuellen Umsetzung von GZ macht es Sinn, **Co-Moderator*innen** beizuziehen die sich um alle technischen Belange kümmern. Diese können auch Rückmeldungen und Reaktionen von Teilnehmer*innen aufnehmen und immer wieder in den Prozess einsteuern. Damit wird die moderierende Person entlastet und kann sich uneingeschränkt den Inhalten widmen.

Information vor, während und nach Gesundheitszirkel

Um **Teilnehmende** 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 Arbeitnehmer*innenvertretung an diesen Vorbesprechungen unterstreicht die Wichtigkeit des Unterfangens.

Während der Durchführung von GZ werden die Teilnehmenden immer wieder aufgefordert, mit ihren **unmittelbaren Kolleg*innen** Themen aus den Treffen zu erläutern und Meinungen einzuholen. Dies schafft einerseits auch für Nichtteilnehmende 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 Teilnehmenden kommuniziert werden. Wenn Maßnahmen nicht umgesetzt werden, ist dies offen anzusprechen und zu argumentieren. Je transparenter die Entscheidung für oder gegen vorgeschlagene Maßnahmen ausfällt, desto eher können diese durch die Teilnehmenden nachvollzogen werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich MA 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.

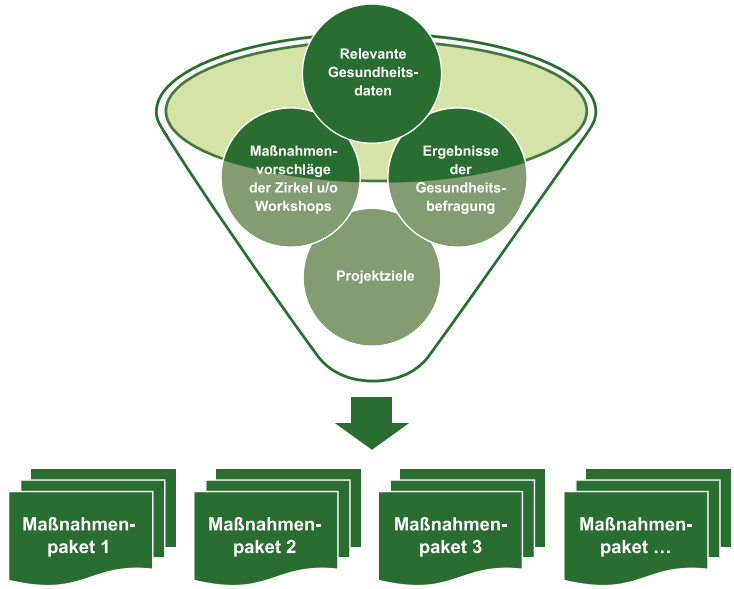
3.3.3 Maßnahmenkatalog

Mit Abschluss der GZ beginnt die 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 Aufgabe zu lösen ist. Bewährt hat sich die Durchführung sogenannter Trichterworkshops.

Trichterworkshop

Das Projektteam bereitet alle Ergebnisse der Diagnosephase und der 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 19). 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 19: Inhalte und Ergebnisse des Trichter-Workshops.



Die Vorstellung der Zirkel- und Workshop-Ergebnisse 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 GZ-Teilnehmer*innen wichtig.

Am Ende dieses Projektschritts steht ein durch die Steuerungsgruppe beschlossener **Maßnahmenplan** (siehe Abbildung 20).

Abbildung 20: Maßnahmenplan.

Maßnahmenplan						
Projekt-ziel-Nr.	**Maßnahme**	**Zielgruppe**	**Umsetzungsver-antwortliche*r**	**Bis wann umgesetzt**	**durch-geführt**	**Anmerkungen**
3	Menü 1 wird in der Kantine je-den Tag als „Wertvolles Menü“ geplant, gekocht und beworben	Alle Beschäftigten	Leitung Kantine	01. 10. 2027	☐	
2	Alle Führungskräfte nehmen am Training„Gesundes Führen“ teil.	Alle Führungs-kräfte	Personalabteilung	01. 11. 2028	☐	
5	Fünf Beschäftigte werden zu Multiplikator*innen für das Kon-zept „Mitarbeitende bewegen Mitarbeitende“ ausgebildet	Beschäftigte im Bereich Büro	Personalabteilung	01. 02. 2028	☐	
...						
Version: 1.0	Datum:					Ersteller: EA

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 21). Diese Liste kann nach der Kapazitäts- und Einsatzmittel-planung um die erforderlichen Ressourcen ergänzt werden.

Abbildung 21: Aktivitäten- bzw. To-do Liste.

To-Do-Liste – Training »Gesundes Führen«				
Was	**Wer**	**Mit wem**	**Bis wann**	**Ressourcenbedarf**
Auswahl Trainer*in	Huber		20.03.2027	Zeitbedarf, Reisekosten
Einladung der Teilnehmer*innen zum Seminar	Huber	Schuster	12.04.2027	Material, Kopierkosten
Evaluierung des Seminars	Huber	Schuster	20.06.2027	Zeitbedarf
Version: 1.0	Datum:			Ersteller: EA

Die Umsetzung von Maßnahmen bedarf nicht nur materieller und finan-zieller, sondern vor allem auch zeitlicher Ressourcen. Die Frage, ob Beschäftigte **inner- oder außerhalb** der Arbeitszeit an Maßnahmen teilnehmen, kann nicht pauschal beantwortet werden. Sie sollte bei jeder verhaltensorientierten Maßnahme gesondert diskutiert werden. Bei-spielsweise könnte man sich darauf einigen, dass verhaltensorientierte Maßnahmen, die keinen direkten Bezug zu den eigentlichen Arbeitsan-forderungen haben (z. B. Wirbelsäulengymnastik, Nordic-Walking-Kurse, Ernährungsberatung, Kochworkshop, Nikotinentwöhnungsseminare)

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).

Weiters sollten dBGF-Maßnahmen sondiert und auf ihre Umsetzbarkeit und ihren Mehrwert überprüft werden. Nachfolgend werden einige dBGF-Maßnahmen vorgestellt.

Webinare können dazu beitragen, mehr Beschäftigte zu erreichen. Die Ortsunabhängigkeit ermöglicht es Beschäftigten, an dislozierten Standorten teilzunehmen und je nach genutzter Webkonferenz-Software sich auch aktiv über Audio- und Chatfunktion einzubringen. Für einige kann es von Vorteil sein, dass eine größere Anonymität gegeben ist. Dies ist gerade bei für manche Menschen schambesetzten Themen wie z. B. Sucht oder Gewichtsreduktion ein Vorteil. Nicht zu vergessen ist allerdings die Möglichkeit einer hybriden Veranstaltung. Analog ist die Partizipation der Teilnehmer*innen meist größer. Durch eine hybride Lösung erleben die online zugeschalteten Personen durch die Interaktion der*des Vortragenden mit vor Ort anwesenden Teilnehmenden noch mehr Lebendigkeit.

Gesundheits-Apps werden nicht nur privat, sondern immer häufiger auch im Rahmen von BGF-Projekten eingesetzt. Apps verlangen meist nach einer Dateneingabe. Diese kann auch über **Wearables** erfolgen. Das sind tragbare Sensoren oder Computersysteme, die physiologische Werte und ggf. Umgebungs- und Verhaltensparameter aufzeichnen. Die aufgezeichneten Daten werden in der App oder direkt im Wearable verrechnet und liefern für den*die Anwender*in gesundheitsrelevante Informationen. Forschungen zeigen, dass Nutzer*innen von Gesundheits-Apps und Wearables eine individualistischere Haltung in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung aufweisen. Der*Die durchschnittliche Nutzende ist technikaffiner, fühlt sich stärker für die eigene Gesundheit verantwortlich und ist von der positiven Wirkung überzeugt.[114] Dies lässt darauf schließen, dass mit dem Einsatz dieser dBGF-Tools weitere Zielgruppen (siehe Kapitel 2.9) für die BGF gewonnen werden können. Ein einfaches Beispiel für eine Gesundheits-App, die nicht nur individuell, sondern mit ihren Ergebnissen für eine Challenge eingesetzt werden kann, ist eine Schrittzähler-Anwendung. Themen von Gesundheits-Apps und Wearables reichen von Bewegung über Ernährung bis hin zu psychosozialer Gesundheit und können kreativ in das BGF-Projekt integriert werden, sofern der Datenschutz gewährleistet ist.

---

114 Maier-Rigaud & Böning (2020, S. 23)

Auch für die Beratung von Beschäftigten gibt es digitale Möglichkeiten, die unter dem Begriff **Online Coaching/Employee Assistance Program (EAP)** zusammengefasst werden. Diese werden von externen Dienstleistenden angeboten und stehen den Beschäftigten bei Krisen im beruflichen und/oder privaten Bereich zur Seite. Dank der digitalen Lösung z. B. via Videotelefonie gelingt es, den Zugang zu Beratungs- und/oder Coachingangeboten zu vereinfachen und die Hemmschwelle zu senken. Wie bei allen Angeboten ist vor allem in diesem Zusammenhang der Datenschutz von großer Bedeutung. Es muss sichergestellt sein, dass sowohl die Beratenden als auch das verwendete Online-Portal den Anforderungen des Datenschutzes entsprechen.

3.3.4 Quick-Wins

Wenn man den zeitlichen Verlauf eines BGF-Projekts betrachtet, zeigt sich, dass zwischen Kick-off-Veranstaltung für MA 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 Nikotinentwöhnungsseminare 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/Anschaffung von Arbeitsgeräten und Materialien wie z. B. Sessel, Werkzeug, ergonomische kabellose Computer-Mäuse
- Vorträge, Webinare, Workshops, diverse Veranstaltungen etc. z. B. zum Thema „Digitaler Stress“[115], Gesundes Führen unter Einbezug des Themas „Digital Leadership“.

115 Gimpel et al. (2021)

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 Maßnahmenerarbeitung als auch an den Maßnahmen selbst sinkt.
Quick-Wins tragen dazu bei, das Interesse am BGF-Projekt über einen langen Zeitraum aufrechtzuerhalten.

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 in diesem 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. Adressat*innen 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 sind die Voraussetzungen der Zielgruppen zu berücksichtigen. 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 analogen Informationszeitung für alle Mitarbeitenden aufzubereiten. Ergänzend oder alternativ kann dieser auch im Intranet z. B. auf der Gesundheitsplattform allen Beschäftigten zur Verfügung gestellt werden. Dieser 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.

Tabelle 15: Inhalte und Beschreibung des ersten Gesundheitsberichts.

Inhalt	Beschreibung
Stellungnahme der Geschäftsleitung, der Arbeitnehmer*innenvertretung und eventuell weiterer für die BGF wichtiger Akteur*innen	Das Statement der Geschäftsführung zeigt, dass BGF zum Führungsthema erhoben wurde. Die Beschäftigten erkennen, dass die Geschäftsführung und damit auch die FK dem Thema eine hohe Bedeutung beimessen. Sie sind am Erfolg des Projekts interessiert. Gleichzeitig werden die Beschäftigten durch das Statement der Arbeitnehmer*innenvertretung sowie eventuell weiterer für die Gesundheit wichtiger Akteur*innen 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 11). 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, einfach Sätze gepaart mit wenigen aussagekräftigen Grafiken helfen, diese Aufgabe zu lösen. Dabei heißt die Devise: weniger ist mehr.
Partizipative Maßnahmenerarbeitung	Wenn Gesundheitszirkel 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 Maßnahmenerarbeitung 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.

Umfang und Inhalt des ersten Gesundheitsberichts variieren mit der Größe des BGF-Projekts. Nichtsdestotrotz 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, der 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 **verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen**.

Die Hauptaufgabe der Projektleitung und des Projektteams liegt nun darin, die beschlossenen Maßnahmen konsequent umzusetzen, die MA laufend über die Aktivitäten zu informieren und über den Projektfortschritt an die Unternehmensleitung bzw. den*die Auftraggeber*in zu berichten. Dies ist auch der Zeitpunkt, um noch einmal zu reflektieren, ob rein analoge BGF-Maßnahmen oder eine Kombination mit dBGF-Maßnahmen sinnvoll sind. 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 4.3 und Kapitel 4.2). Dabei ist es in dieser Phase 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.

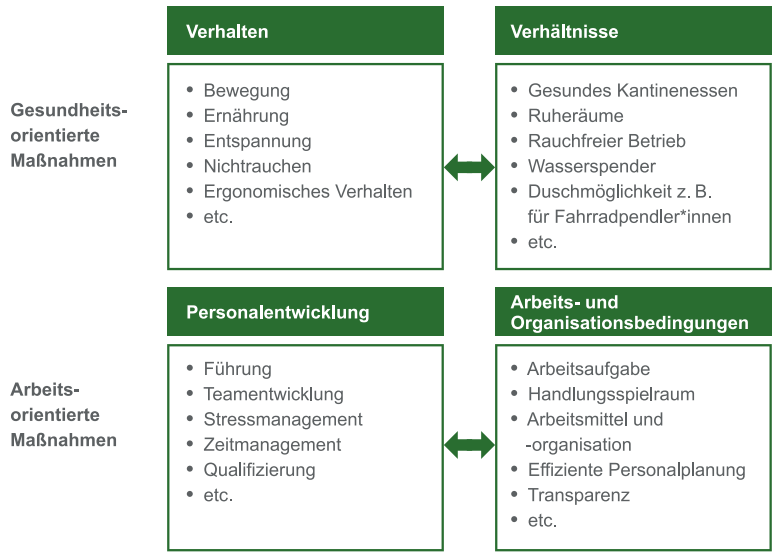
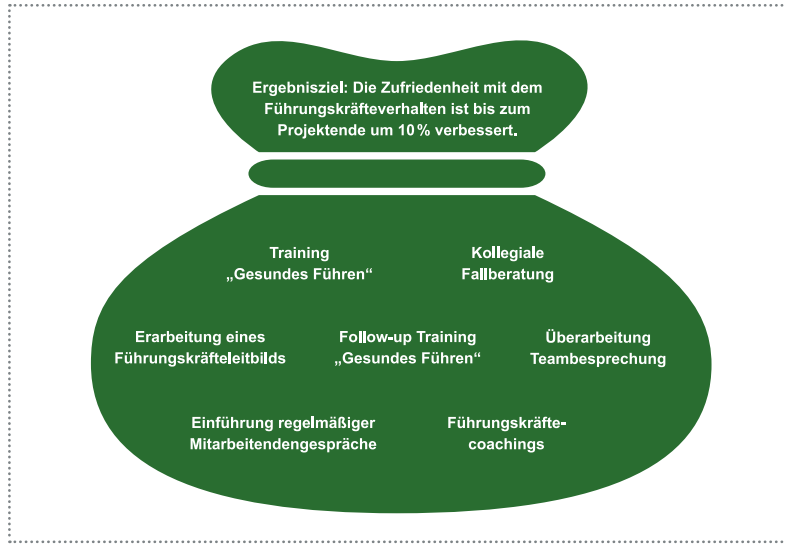


Abbildung 22: Beispiele für BGF-Einzelmaßnahmen.

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 23 ist ein Beispiel für ein Maßnahmenbündel dargestellt. Das Ziel lautet, die Zufriedenheit mit den FK bis zum Ende des BGF-Projekts zu verbesser

Abbildung 23: Beispiel für ein Maßnahmenbündel zur Erreichung eines Ergebnisziels.



Zu diesem Zweck wird ein Programm (Maßnahmenbündel) aus verhältnis- und verhaltensorientierten Maßnahmen umgesetzt, wie etwa die partizipative Entwicklung eines Führungskräfteleitbilds, die Einführung einer kollegialen Fallberatung sowie unter anderem die Qualifizierung der FK zu einem gesundheitsförderlichen Führungsstil.

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.
- Schulung zum Einsatz digitaler Zeitmanagement-Tools (z. B. Microsoft Outlook, doodle, Microsoft To-Do) – es herrscht Personalknappheit

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. Handlungsfeldern 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 ausgeklügeltem Maßnahmenkatalog und tollen Angeboten die **Beschäftigten nicht erreicht** werden. Das kann daran liegen, dass die **Hürden zur Teilnahme** für Einzelne 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 Migrant*innen)
- Sprache (z. B. faktenbasierte Gesundheitsvorträge für Personen mit einer anderen Muttersprache als Deutsch)

Daher sollten unterschiedlichste Maßnahmen auf unterschiedlichem Zugangsniveau und soweit möglich sowohl analog als auch digital angeboten werden. In Tabelle 16 finden sich Beispiele für nieder-, mittel- und hochschwellige Angebote im Rahmen von BGF-Projekten.

Tabelle 16: Beispiele für nieder-, mittel- und hochschwellige Maßnahmen.

Zielebene	Niederschwellige Angebote	Mittelschwellige Angebote	Hochschwellige Angebote
Gesundheitsorientiert	• Aktionstag Gesundheit (z. B. Betriebsausflug mit Gesundheitsprogramm) • Obstkorb • Vorträge im Bereich Lifestyle • Gesundheitschecks • Gesundheitsaktionen: z. B. Teilnahme an Laufwettbewerben, Vergünstigungen im Fitnesscenter • laufend aktualisierte und qualitätsgesicherte Informationen entlang der 15 Qualitätskriterien guter Gesundheitsinformation auf dem Gesundheitsportal	• Entspannungstrainings • Laufgruppen • Nikotinentwöhnungskurse • Bewegte Pausen oder Bewegungseinheiten (z. B. nach dem Programm "Mitarbeitende bewegen Mitarbeitende" – MbM) • Ernährungsberatung	• Gesundes Kantinenessen • Rauchfreier Betrieb • Betriebliche Ruheräume
Arbeitsorientiert	• Arbeitspsychologische Sprechstunde • Vorträge im Bereich Ergonomie, Heben und Tragen, psychische Gesundheit • Testung von Leitsystemen durch Begehungen	• Einzelseminare Gesundes Führen, digital Leadership, gesundheitskompetente Gesprächsführung (Teach-Back-Methode) • Einzelseminare im Bereich Stressmanagement und digitaler Stress, Burnoutprävention, Kommunikation-Konflikt, Kommunikation-Gesundheitskompetenz (Ask-Me-3 Methode), Life-Domain Balance etc. • Maßnahmen im Bereich der Teamentwicklung • Einführung von regelmäßigen Teambesprechungen • videogestützte Bewegungsanalysen	• Integration von Gesundheit in Personal- und Organisationsentwicklungsinstrumenten (z. B. Mitarbeitendengespräch, Ausbildungen für Lehrlinge) • Entwicklung eines dauerhaften Gesunden Führen-Programms • Etablierung einer gesundheitskompetenten Unternehmenskultur (z. B. Präsentismus entgegenwirken) • Familienfreundliche Arbeitszeitgestaltung • Jobrotation, Jobenlargement und Jobenrichment (gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung)

Niederschwellige Maßnahmen sind vor allem zu 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.

Mittelschwellige Maßnahmen sind häufig Seminar- und Schulungsangebote oder Umsetzungsschwerpunkte, die auf der Ausbildung von Multiplikator*innen 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. Mittelschwellige Maßnahmen erfordern neben organisatorischer Vorbereitung auch erweiterte Kooperationen mit externen Partner*innen (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 FK. Beispielsweise könnte auf Ebene der FK ein „kollegialer Erfahrungsaustausch“ eingeführt werden. Denn gerade diese 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 Kolleg*innen konkrete Fälle zu besprechen und Umsetzungsstrategien für die eigene Führungsarbeit gemeinsam zu erarbeiten.

Zur **Evidenz von klassischen verhaltens- und verhältnisorientierten BGF-Maßnahmen** liegen zahlreiche Studien vor.[116] Zur **Wirksamkeit von dBGF-Maßnahmen** ist die Datenlage noch eher gering. Am Beispiel von internetbasierten Trainings zur Stressbewältigung lässt sich aktuell sagen, dass sie dann wirksam sind, wenn

- dieses fünf bis acht Wochen dauern,
- die Möglichkeit einer persönlichen Unterstützung gegeben ist,
- sie sich gezielt an Personen mit erhöhtem Stresserleben richten,
- weitere Kommunikationskanäle wie z. B. E-Mails oder Textnachrichten angepasst auf die Bedürfnisse der jeweiligen Zielgruppe genutzt werden und
- die Möglichkeit zum Selbstmonitoring gegeben ist.[117]

Erste Studien zu mobilen Anwendungen zeigen ähnliche Wirksamkeiten.[118] Daraus lässt sich ableiten, dass rein webbasierte Angebote ohne Möglichkeit zu realen persönlichen Interaktionen in Einzel- oder Gruppensettings, wie diese teilweise von dBGF-Komplettsystemen angeboten werden, weniger wirksam sind. Eine Kombination aus klassischen Interventionen und dBGF-Maßnahmen dürfte nach jetzigem Wissensstand eine höhere Wirksamkeit entfalten als rein webbasierte Angebote. Bei allen Maßnahmen, auch bei verhaltensorientierten Maßnahmen, ist darauf zu achten, dass ein Wirksamkeitsnachweis erbracht wird. Dies geschieht mittels Studien, die genau für die betreffende Maßnahme in der entsprechenden Darreichungsform (klassisch oder webbasiert) durchgeführt wurden.[119]

3.4.3 Nachhaltigkeit planen

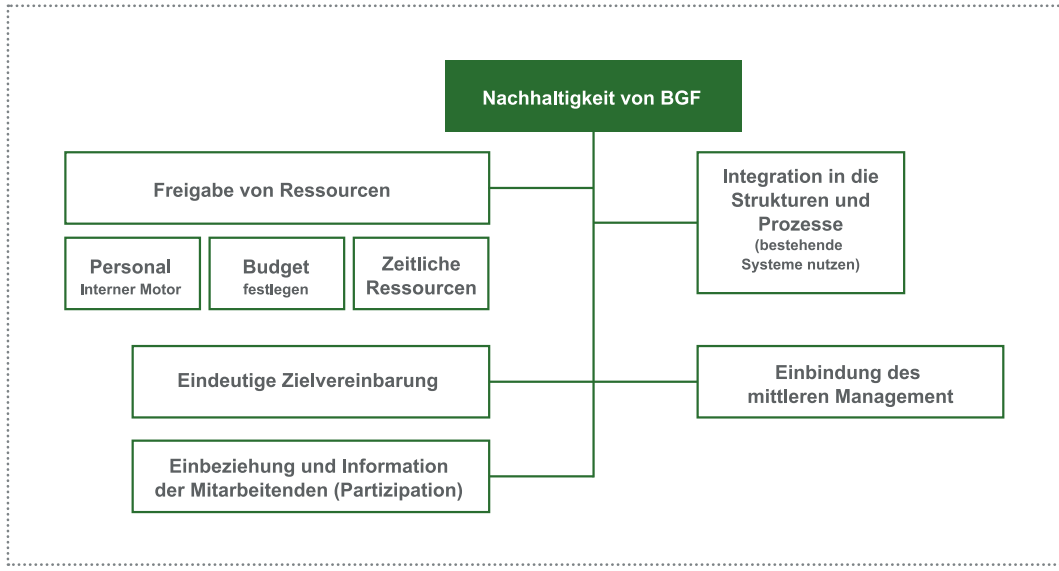
Spätestens in der Umsetzungsphase, wenn die ersten großen Herausforderungen des Projekts gemeistert sind und die Umsetzung des Maßnahmenkatalogs im Vordergrund steht, ist es an der Zeit, sich über die Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung im Unternehmen Gedanken zu machen. Das langfristige **Ziel** von BGF sind **gesunde MA 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.

---

116 Rath (2017)
117 Lehr & Boß (2019, S. 164)
118 Lehr & Boß (2019, S. 165)
119 Lehr & Boß (2019, S. 165)

In der Nachhaltigkeit geht es weiters 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 24 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 24: Erfolgsfaktoren für Nachhaltigkeit aus Expert*innensicht.[120]



120 Pelster (2010, S. 173)

3.5 Evaluation und Dokumentation

Ziele evaluieren – Veränderungen messen – Erreichtes dokumentieren

In der abschließenden Phase des BGF-Projekts stehen 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 Verbesserungspotenziale erkannt werden. Die Ergebnisse des Projekts sind für die Weiterarbeit zu sichern.

?!

Unterstützung bei der Planung der BGF-Evaluation erhalten Sie von Ihrer zuständigen ÖNBGF-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“.[121] Mit der Evaluation ist gewährleistet, dass die Projektverantwortlichen und Entscheidungsträger*innen den Nutzen, aber auch Verbesserungspotenziale erkennen. In Anlehnung an die Qualitätsdimension Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität[122] 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.[123] 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 Gefahr, dass gute Maßnahmen aufgrund falscher Schlussfolgerungen ausgeschieden werden.

---

121 Stockmann (2004)
122 Donabedian (1966)
123 Von dem Knesebeck, Zamora & Rugulies (1999, S. 174)

Selbst- und Fremdevaluation

Je nach Projektgröße nimmt die Evaluation eines BGF-Projekts mehr oder weniger Ressourcen in Anspruch. Generell wird zwischen **interner oder externer Selbst- oder Fremdevaluation** unterschieden (siehe Tabelle 16). Wer mit der Evaluation betraut wird, hängt einerseits von der Projektgröße, den finanziellen Möglichkeiten und dem aus der Evaluation erwarteten Nutzen ab. In **Klein- und Mittelbetrieben** 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 besteht ab einer bestimmten Fördersumme die Verpflichtung,[124] 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 FGÖ.

Tabelle 17: Formen der Evaluation.[125]

	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 Qualitätsmanagement (QM).	Evaluator*in ist eine Person oder Personengruppe, die nicht dem*der Mittelgeber*in und nicht dem durchführenden Unternehmen angehört.

Bei der **internen Evaluation** (Selbstevaluation) führen jene Personen, die 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 der*die Evaluator*in nicht jedem Ergebnis gegenüber gleich neutral eingestellt. In diesem Fall liegt eine sog. 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.[126]

---

124 https://fgoe.org/projektfoerderung [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
125 Stockmann (2004); Widmer (2001)
126 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. Nichtsdestotrotz 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 einlangenden 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.

Tabelle 18: Mögliche Inhalte des Evaluationskonzepts.[127]

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- und/oder Fremdevaluation, formative und/oder 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 Evaluator*innen 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	…

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 **KMU** 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.

---

127 In Anlehnung an www.quint-essenz.ch/de/tools/1062 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

Inhalt der Evaluation

Betrachtet man ein BGF-Projekt mit seiner Dauer von durchschnittlich zwei Jahren in Großbetrieben oder seiner kürzeren Laufzeit in KMU, 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 dem*der Auftraggeber*in (meist die Geschäftsleitung) nicht empfehlenswert und für die Überführung in die Linienorganisation hinderlich. Tabelle 19 zeigt die Möglichkeiten, welche Evaluationsebenen im Zuge einer Projektevaluation grundsätzlich unterschieden werden können.

Tabelle 19: Evaluationsebenen gesundheitsbezogener Interventionen.[128]

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 Gesundheitszirkels

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

Das ÖNBGF 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.

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

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

?!

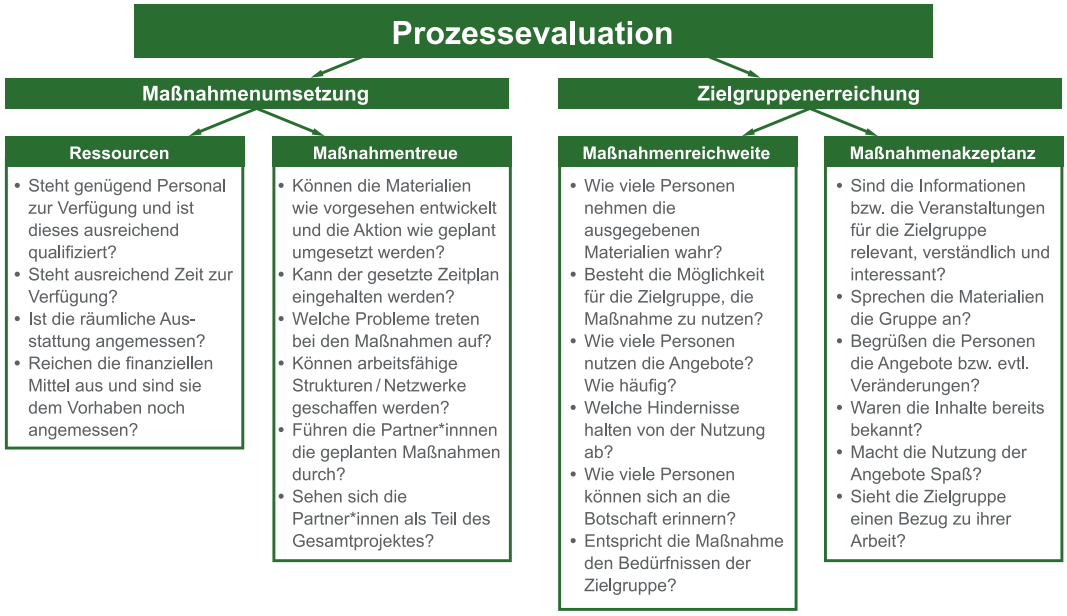
Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Grundsätzlich findet die Evaluation wie auch die Zielformulierung auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene statt. Diese drei Ebenen beeinflussen einander 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 u. a. die Infrastruktur und die Arbeitsmittel; zu den organisatorischen und finanziellen Ressourcen Arbeitskonzepte sowie rechtliche und vertragliche Bestimmungen.

Ein BGF-Projekt ist ein komplexes Vorhaben im sozialen System Organisation. Damit dieses steuerbar ist, benötigt es nicht nur eine exakte Planung, sondern auch eine kontinuierliche Überprüfung der einzelnen Prozesse, um zu sehen, ob die angestrebten Ziele tatsächlich 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 25 zeigt ausgewählte Dimensionen der Prozessevaluation.

Abbildung 25: Ausgewählte Dimensionen der Prozessevaluation.[129]



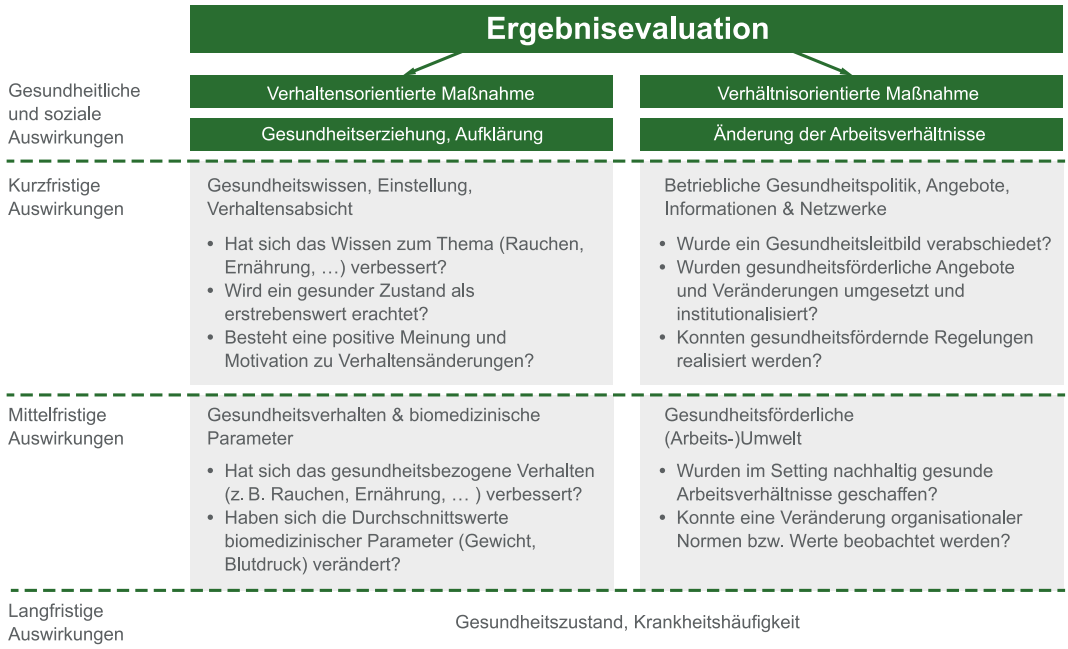
Die Prozessevaluation ermöglicht auf Basis einer Zwischenevaluation Aussagen über die Qualität der Implementierung sowie über eventuell eingetretene Effekte und liefert somit Erkenntnisse für die Steuerung des BGF-Projekts. Vom Ergebnis der Zwischenevaluation(en) hängt ab, ob das BGF-Projekt oder eine einzelne Maßnahme wie bisher weitergeführt oder auch angepasst wird (eine nicht erfolgreiche Maßnahme könnte auch durch eine neue ersetzt werden). In diesem Zusammenhang können in der Vorprojektphase festgelegte Abbruchkriterien das BGF-Projekt oder eine einzelne Maßnahme betreffend zur Anwendung kommen.[130]

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 26 zeigt ausgewählte Dimensionen der Ergebnisevaluation.

---

129 In Anlehnung an Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel (2010, S. 29)
130 Busch & Werner (2011); Gollwitzer & Jäger (2009); Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel (2010)

Abbildung 26: Ausgewählte Dimensionen der Ergebnisevaluation.[131]



Nicht immer müssen alle Maßnahmen bis ins Detail evaluiert werden. Das **Einbeziehen von relevanten Forschungsresultaten** ist eine weitere Möglichkeit, um eine Nutzenargumentation eingeführter Programme und Maßnahmen zu führen.[132] Es gibt bereits Studien, die sich beispielsweise mit den positiven Effekten erweiterter Handlungsspielräume befassen oder die Effektivität von Stressmanagementprogrammen (z. B. „Gelassen und sicher im Stress“[133]) 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.

131 In Anlehnung an Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel (2010, S. 38)
132 Ulich & Wülser (2015)
133 Kaluza (2015)

Wenn **Ergebnisziele** einer umfassenden Bewertung zugeführt werden sollen, müssen einige Überlegungen angestellt werden. So ist festzulegen, welche Personen der Zielgruppe/n wie oft mit welcher Methode befragt, beobachtet, resp. „gemessen" werden sollen. Erst ein Vergleich der aktuellen Gesundheitssituation der MA 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 Zielerreichung. Dabei kann es in Abhängigkeit von der Größe und der Anzahl an Standorten des Unternehmens, der 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 außerdem sinnvoll sein, für die Überprüfung einzelner Maßnahmen, Personen, die an dieser Maßnahme teilnehmen, mit jenen, die nicht daran teilnehmen, zu vergleichen (**Kontrollgruppen-Design**). Diese Herangehensweise sollte dann gewählt werden, wenn beispielsweise kostenintensive Maßnahmen wie z. B. flächendeckende Trainings eingeführt werden sollen. Es ist zu empfehlen, im Zuge eines Pilotversuchs diese Maßnahme im Rahmen des Projekts zu testen und mittels Kontrollgruppen-Design zu überprüfen, ob die angestrebten Erwartungen erfüllt werden. Erst dann ist diese Maßnahme auszurollen.

Liegen alle Daten vor, 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 klar unterschieden werden (siehe Tabelle 20).

Tabelle 20: Datenauswertung und Dateninterpretation.[134]

	Datenauswertung	Dateninterpretation
Definition	Reine Beschreibung der Ergebnisse ohne (Be-)Wertung	Bewertung der Ergebnisse
Methode	• Auszählung, Berechnung oder Zusammenfassung der Daten • Darstellung mittels Tabellen, Grafiken und / oder verbaler Beschreibung • Auswertung mit Hilfe von Statistikprogrammen oder Textanalysen	• Kommentierung der Daten im Vergleich zu den vorab festgelegten Zielen • Erklärungsversuche der Daten und Schlussfolgerungen durch das Evaluationsteam

134 In Anlehnung an Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel (2010, S. 70)

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.[135] 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 zu 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 wird vom gesamten Projekt erwartet, was von einzelnen Projektschritten, was von einzelnen Maßnahmen? Nur dann können Kennzahlen gebildet werden, die zeigen, ob die Ziele erreicht werden konnten.[136] 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 zugrunde liegende Intention. Die wahre Herausforderung liegt jedoch in der Bestimmung des Zielerreichungsgrades.

Damit ersichtlich wird, ob ein Ziel erreicht wurde, muss es messbar sein. In diesem Zusammenhang ist von „**Operationalisieren**“ die Rede. Hierbei werden Kennzahlen gebildet, die den interessierenden Sachverhalt abbilden.[137]

---

135 Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel (2010)
136 Kolip (2016)
137 Kolip (2016)

Eine Kennzahl muss „gleichzeitig theoretischen, methodischen, praktischen und politischen Anforderungen genügen“[138], 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.

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).[139]

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 21 fasst dieses Instrument zur Bestimmung der Zielerreichung zusammen.

---

138 Meyer (2004, S. 24)
139 Kolip (2016, S. 27)

Tabelle 21: Zielerreichungsskalen (Goal Attainment Scaling).[140]

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.[141] 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. Akteur*innen, die an der Planung und Umsetzung der Maßnahme(n) mitwirken, Vertreter*innen der Zielgruppe(n)) gemeinsam gleichberechtigt durchgeführt werden.[142] „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.“[143] 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)“[144].

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

140 Kiresuk & Sherman (1968)
141 Schaefer (2015, S. 5)
142 Schaefer & Kolip (2010)
143 Schaefer (2015, S. 5)
144 Schaefer (2015, S. 3)

Tabelle 22: Beispiel für ein GAS.

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.

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 Evaluator*innen dieses Budget in Form von Zeitressourcen, 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 wurden 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 dem*der Auftraggeber*in sowie idealerweise auch mit Vertreter*innen der Zielgruppen diskutiert werden. Die Evaluationsergebnisse dürfen nicht, auch wenn sie nicht so positiv wie erhofft ausfallen, „unter den Teppich gekehrt werden“. Vielmehr sind diese entsprechend des Evaluationsziels zur Dissemination den jeweilig angeführten Personen in einer entsprechend aufbereiteten Form zur Verfügung zu stellen.

Eine umfassende Aufbereitung des Evaluationsberichts und/oder einer Präsentation können sein:[145]

- 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 Teilnehmenden
  - 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. (DeGEval), dass Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen sollen:

- Nützlichkeit
- Durchführbarkeit
- Fairness sowie
- Genauigkeit

145 Loss, Seibold, Eichhorn & Nagel (2010, S. 80)

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 ausrichtet, 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. **Genauigkeitsstandards** stellen sicher, dass eine Evaluation gültige Informationen und Ergebnisse zu dem jeweiligen Evaluationsgegenstand und Evaluationsfragestellungen liefert.[146]

Auch in der ÖNORM D 4000 finden sich Anforderungen an Evaluationen. Hier werden **soziale Sensibilität**, **Transparenz** und **Datenschutz** besonders hervorgehoben.[147]

?!

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“.[148]

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

146 DeGEval (2017)
147 ÖNORM D 4000 (2017)
148 DeGEval (2017)

können mit vertretbarem Aufwand relativ rasch zur Verfügung gestellt werden. Auch im Falle personeller Veränderungen von Entscheidungsträger*innen, Steuerungsgruppen oder Projektteammitgliedern ist dadurch eine aufwandsarme 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 Pressetexte 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 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 Benutzer*innennamen 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 verhaltensorientierten 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 zu dieser 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 **verhältnisorientierter 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 verhältnisorientierter 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 Umsetzenden vor den Vorhang. Adressat*innen 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 23: Inhalte und Beschreibung des zweiten Gesundheitsberichts.

Inhalt	Beschreibung
Stellungnahme der Geschäftsleitung, der Arbeitnehmer*innenvertretung und eventuell weiterer für die BGF wichtigen Akteur*innen	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 Teilnehmenden, dieser Teil verfasst ist, desto leichter lesbar ist er. Fotos von Plakaten, Teilnehmer*innen, neuen oder umgestalteten Arbeitsplätzen oder Räumlichkeiten etc. lockern den Bericht auf.
Ergebnisse der Evaluation und Ausblick	In aller Kürze und Einfachheit ist auch auf die Ergebnisse der Evaluation einzugehen. Einerseits interessiert Beschäftigte, ob diese ganzen Aktivitäten zu einer Verbesserung der Gesundheit beigetragen haben und andererseits kann mit Hilfe der Evaluationsergebnisse gut argumentiert werden, warum etwas beibehalten oder warum etwas nicht beibehalten wird. 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. Besonderheiten Betriebsgrößen

4.1 Betriebliche Gesundheitsförderung für Großbetriebe

Für die Beratungsmodelle zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) hat das Österreichische Netzwerk für BGF (ÖNBGF) eine Festlegung der Unternehmensgrenzen getroffen, die sich nicht an der Empfehlung der EU-Kommission orientiert.[149] Das Beratungsmodell für Großbetriebe richtet sich an Unternehmen ab 50 Mitarbeitenden (MA).

4.1.1 Der BGF-Prozess für Großbetriebe

Der BGF-Prozess für Großbetriebe[150] entspricht mit dem bewährten Managementkreislauf von Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation quasi der Blaupause des Management BGF. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte, zum Teil mit kurzen Erläuterungen, im Überblick dargestellt.

Erstkontakt/Beratungsgespräch mit der ÖNBGF-Servicestelle
Der Erstkontakt der Betriebe erfolgt mit der zuständigen Servicestelle. Diese führt ein Beratungsgespräch und bei Entscheidung zur Teilnahme werden Kooperationsvereinbarung, BGF-Charta-Stammdatenblatt und BGF-Charta ausgefüllt und unterfertigt.

Erstgespräch/Projektplanung mit beratender Person
Nach dem Erstkontakt, der in der Regel durch die Servicestelle erfolgt und somit die grundsätzliche Entscheidung für die Umsetzung des BGF-Projekts bereits gefallen ist, werden im Erstgespräch insbesondere BGF-Grundlagen und der konkrete Beratungsablauf vermittelt.

Steuerungsgruppe
Zu Beginn des BGF-Projektes wird die Steuerungsgruppe eingerichtet. Diese ist das zentrale Entscheidungsgremium des BGF-Projekts.

Sensibilisierung Führungskräfte (FK)
Im Rahmen dieser Sensibilisierungsmaßnahme erhalten die FK allgemeine sowie projektspezifische Informationen zum geplanten BGF-Projekt im Unternehmen. Weiter werden Aspekte des gesunden Führens, der Gesundheit der MA und der persönlichen Gesundheitsförderung (gesunde Selbstführung, Selbstachtsamkeit) thematisiert.

---

149 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 3)
150 Die Ausführungen zu diesem Kapitel beruhen auf dem Dokument Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 19 ff.)

Kick-off-Meeting

Im Rahmen des Kick-off-Meetings wird nach der offiziellen Begrüßung durch die Geschäftsleitung und nach Information über Anlass und Ziele des BGF-Projektes den MA das BGF Projekt (Ziele, Ablauf, Beteiligungsmöglichkeiten) vorgestellt. Dieser Termin dient als Projektstart im Betrieb.

Ist-Analyse

Im Zuge der Ist-Analyse werden seitens der Servicestellen die Mitarbeitendenbefragung, KombiAG und die Krankenstandanalyse angeboten.

Gesundheitszirkel (Vertiefende Analyse und Planung)

Gesundheitszirkel (GZ) dienen der vertiefenden und partizipativen Analyse sowie Präzisierung der quantitativen Ergebnisse zum Zweck der Entwicklung umsetzungsreifer Vorschläge, die vor allem im Autonomiebereich der Beteiligten liegen. Der Schwerpunkt soll auf verhältnisfördernden Maßnahmen liegen.

Workshop Maßnahmenplanung (auch im Rahmen einer Steuergruppensitzung möglich)

Im Workshop Maßnahmenplanung werden die Ergebnisse der jeweiligen GZ durch die Zirkelsprecher*innen präsentiert und in einem Maßnahmenplan zusammengeführt. Handlungsfelder werden aufgrund der Diagnosephase definiert und priorisiert, Feinziele formuliert.

Prozessberatung für die Maßnahmenumsetzung

Evaluierung

Die zweite Durchführung der Mitarbeitendenbefragung KombiAG und der Krankenstandanalyse soll eine Veränderungs- bzw. Wirkungsmessung ermöglichen und auch die Grundlage für die Definition von Handlungsfeldern in der Nachhaltigkeit bilden.

Abschlussveranstaltung

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung werden nach der offiziellen Begrüßung der durchlaufene Prozess und die umgesetzten Maßnahmen präsentiert. Dieser Termin dient als Projektabschluss im Betrieb und soll zugleich einen Ausblick auf die Umsetzung der Nachhaltigkeit bieten.

Gütesiegelantragstellung in Zusammenarbeit mit dem Betrieb

4.2 Betriebliche Gesundheitsförderung für Mittelbetriebe

4.2.1 Beratungsmodell Mittelbetriebe

Kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bilden das Rückgrat der europäischen sowie der österreichischen Unternehmenslandschaft. Eine verbindliche Definition für diese gibt es jedoch nicht. Als Anhaltspunkt für die Zuordnung der Unternehmen nach ihrer Größe wird meist die Empfehlung betreffend die Definition der Kleinstunternehmen sowie der KMU der EU-Kommission herangezogen.[151] In dieser Empfehlung werden vier Kriterien genannt (Mitarbeitendenanzahl, Umsatz, Bilanzsumme, Eigenständigkeit). In der (statistischen) Praxis spielt dabei die Anzahl der MA bei der Abgrenzung der Unternehmen nach Größengruppen die vorherrschende Rolle.

Für die Beratungsmodelle zur BGF[152] hat das ÖNBGF eine Festlegung der Unternehmensgrenzen getroffen, die sich nicht an der Empfehlung der EU-Kommission orientiert. Speziell für die Bedürfnisse der Mittelbetriebe wurde ein eigenes Modell für die BGF entwickelt.[153] Es richtet sich an Unternehmen mit 16 bis 49 MA. Aufgrund der geringen Beschäftigtenanzahl haben diese Betriebe besondere Anforderungen an ein BGF-Projekt. Das Beratungsmodell BGF für Mittelbetriebe kommt den Anforderungen mittlerer Betriebe insofern entgegen, als dass Strukturen vereinfacht und Prozesse verkürzt sind.

Das ÖNBGF bietet für die Durchführung von BGF in Mittelbetrieben ein eigenes Beratungsmodell an. Bei der Festlegung der Unternehmensgröße nach Beschäftigten orientiert sich das ÖNBGF dabei nicht an der Empfehlung der EU-Kommission. Das Modell „BGF für Mittelbetriebe“ richtet sich an Unternehmen mit 16 bis 49 Mitarbeitenden.

?!

151 www.wko.at/Statistik/kmu/defintion-kmu-empfehlung2003-361-eg.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
152 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 3)
153 Die Ausführungen zu diesem Kapitel beruhen auf dem Dokument Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 10 ff.)

4.2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in Mittelbetrieben

In Mittelbetrieben ist es ebenso wie in Kleinbetrieben äußerst wichtig, das Vorgehen in BGF-Projekten an die Besonderheiten, Möglichkeiten und Bedürfnisse der einzelnen Betriebe anzupassen. Dies erfordert ein **höheres Maß an Flexibilität** von den Beratenden im Vergleich zu BGF-Projekten in Großbetrieben. Die Praxis zeigt jedoch, dass daraus wesentliche Vorteile und Potenziale für mittlere Unternehmen resultieren können. Im Folgenden sind Faktoren aufgeführt, die bei der Durchführung von BGF-Projekten in Mittelbetrieben besonders zu beachten sind:[154]

1. **Zentrale Rolle der Geschäftsführung:** Mittelbetriebe sind häufig nur um die Geschäftsführung zentriert, die die einzige oder eine der wenigen zentralen FK darstellt. Die Einstellungen, Überzeugungen, Erfahrungen und Kompetenzen der Geschäftsführung spiegeln sich zumeist in der Unternehmenskultur und im Arbeitsklima wider.
2. **Organisationsstrukturen und -prozesse:** Die Organisationsstrukturen sind in Mittelbetrieben zumeist einfacher und weniger formalisiert. In Abhängigkeit von der Anzahl an Führungsebenen sind auch die Kommunikationswege einfacher.
3. **Soziale Beziehungen:** Höhere Transparenz, größere Nähe und höhere soziale Kontrolle stellen Ressourcen für Mittelbetriebe dar. Häufig entsteht eine hohe Identifikation mit dem Betrieb und hohe Solidarität mit den Vorgesetzten.
4. **Arbeitsanforderungen:** In Mittelbetrieben 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, weshalb ein relativ hohes Qualifikationsniveau vorausgesetzt werden muss.
5. **Begrenzte Ressourcen:** Begrenzte finanzielle, personelle und zeitliche Spielräume hindern Mittelbetriebe häufig daran, ein BGF-Projekt zu starten. Kurzfristige wirtschaftliche Existenzsicherung steht zumeist vor längerfristigen gesundheitlichen Überlegungen.
6. **Betriebliche Verankerung von Gesundheits- und Sicherheitsthemen:** Institutionalisierte Belegschaftsvertretungen sind in Mittelbetrieben seltener als in Großbetrieben. Daher obliegt der erste Schritt zur BGF meist der Geschäftsführung.

---

154 Österreichisches BGF Netzwerk (2016)

4.2.3 Der BGF-Prozess für Mittelbetriebe

Ausgehend von den zuvor genannten Überlegungen ist das ÖNBGF bemüht, den BGF-Prozess für Mittelbetriebe 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.

Erstgespräch/Projektplanung
Im Erstgespräch soll die Entscheidungsgrundlage zur Umsetzung des BGF-Projekts und zu dessen nachhaltiger Implementierung vermittelt werden. In einem persönlichen Gespräch zwischen der Geschäftsleitung und/oder der potenziellen Projektleitung und der beratenden Person werden BGF-Grundlagen und der konkrete Beratungsablauf vermittelt. Bei Entscheidung zur Teilnahme werden Kooperationsvereinbarung, BGF-Charta-Stammdatenblatt und BGF-Charta ausgefüllt und unterfertigt.

Sensibilisierung Führungskräfte (optional)

Kick-off-Meeting

Gesundheitscoaching Geschäftsleitung
Inhalte des Coachings sind die kritische Auseinandersetzung der Geschäftsleitung mit der eigenen Gesundheits- und Arbeitssituation, die Reflexion der eigenen Ressourcen und Belastungen, die Entwicklung konkreter individualisierter Umsetzungsschritte und die allfällige Ergebnisdiskussion der Befragung.

Workshop Führungskräfte (optional)
In diesem Workshop wird die aktuelle gesundheitsbezogene Situation der FK im Betrieb erfasst und thematisiert. Ressourcen und Belastungen werden erhoben und Vorschläge für gesundheitsbezogene Maßnahmen erarbeitet und dokumentiert.

Workshop Mitarbeitende
In diesem Workshop wird die aktuelle gesundheitsbezogene Situation der MA im Betrieb erfasst und thematisiert. Ressourcen und Belastungen werden erhoben und Vorschläge für gesundheitsbezogene Maßnahmen erarbeitet und dokumentiert.

Workshop Maßnahmenplanung
Im Workshop Maßnahmenplanung wird die aktuelle gesundheitsbezogene Situation im Betrieb besprochen sowie die Anliegen der Geschäftsleitung mit jenen der FK und der MA zusammengeführt (Zusammenführungsworkshop).

Prozessberatung für die Maßnahmenumsetzung

Evaluierungsworkshop

Im Evaluierungsworkshop wird die aktuelle gesundheitsbezogene Situation im Betrieb neuerlich erfasst und allfällige Veränderungen werden thematisiert. Bisher umgesetzte Maßnahmen werden reflektiert und gegebenenfalls neue definiert.

Abschlussveranstaltung

Im Rahmen der Abschlussveranstaltung werden nach der offiziellen Begrüßung durch die Geschäftsleitung der durchlaufene Prozess und die umgesetzten Maßnahmen präsentiert. Dieser Termin dient als Projektabschluss im Betrieb und um einen Ausblick in puncto Nachhaltigkeit zu geben.

Evaluierungs- und Integrationsgespräch mit der Geschäftsleitung

Das Gespräch dient der Reflexion und der Evaluation des BGF-Prozesses und der Veränderungen im Betrieb aus Sicht der Geschäftsleitung. Informationen zum Erlangen des BGF-Gütesiegels, zu weiterführenden Angeboten der ÖNBGF-Servicestelle sowie Maßnahmen zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden gegeben.

Gütesiegelantragstellung in Zusammenarbeit mit dem Betrieb

Den Mittelbetrieben wird aufgrund der heterogenen Anforderungen und der unterschiedlichen regionalen Entwicklungen ein breiteres, variableres Diagnoseportfolio angeboten. Der BGF-Prozess im Modell „Mittelbetrieb“ kann auch unter ausschließlicher Anwendung qualitativer Methoden erfolgen. Als **quantitative Methode** steht der **SOFEBA+** zur Verfügung.[155]

SOFEBA+

Der „Sozialversicherungsfragebogen zur Erhebung von Bedingungen bei der Arbeit Plus“ (SOFEBA+)[156] ist ein Instrument zur Erhebung der Arbeitssituation und Gesundheit in Betrieben mit 16 bis 49 Beschäftigten. Er besteht aus 44 Items und kann branchenunabhängig eingesetzt werden.

---

155 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 11)

156 www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.890883&portal=nbgfportal [letzter Zugriff am 18.5.2026]

Mit dem SOFEBA+ werden folgende Aspekte gemessen:

- Aufgabenanforderungen und Tätigkeiten
- Sozial- und Organisationsklima
- Arbeitsumgebung
- Arbeitsabläufe und Arbeitsorganisation
- Bewertung der Arbeit
- Commitment
- Erholung
- Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten

Die Befragung mittels SOFEBA+ kann online, als Papier-Bleistift-Befragung oder als kombinierte Vorgabe durchgeführt werden. Er kann per Weblink oder einen QR-Code auf einem Smartphone, Tablet oder Computer mit Internetverbindung aufgerufen werden. Die Datenauswertung erfolgt automatisiert anhand einer Befragungssoftware. Zur Wahrung der Anonymität der Befragungsteilnehmenden muss die Mindestgruppengröße der anzugebenden Tätigkeitsbereiche bei mindestens sechs Personen liegen. Im Rahmen der Durchführung eines BGF-Projekts stehen den Betrieben drei Befragungen zur Verfügung. Zu Beginn erfolgt die Befragung in der Diagnosephase, nach mindestens sechs Monaten erfolgt die Befragung im Rahmen der Evaluierungsphase und die dritte Befragung wird in der Nachhaltigkeitsphase durchgeführt.

Der SOFEBA+ ist ein bewährtes Instrument zur Durchführung von Mitarbeitendenbefragungen im Rahmen von BGF, wie auch ein zugelassenes Instrument für die Evaluierung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz laut ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) bzw. Bundes-Bedienstetenschutzgesetz (B-BSG). Er entspricht somit den Anforderungen an Instrumente für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gemäß ÖNORM EN ISO 10075-3 (2004).[157] Wird der SOFEBA+ für die Arbeitsplatzevaluierung herangezogen, sind die Tätigkeitsbereiche rechtskonform durch entsprechende Expert*innen festzulegen. Die Bewertung der Daten zu diesem Zweck findet außerhalb des BGF-Projekts statt. Synergien zwischen beiden Prozessen können genutzt werden (vgl. Leitfaden Psychische Gesundheit. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung). Die Darstellung der Daten nach Tätigkeitsbereichen erfolgt in einem gesonderten Tabellenbericht.

---

157 ÖNORM EN ISO 10075-3 (2004)

?!

Der SOFEBA+ ist ein bewährtes, methodisch fundiertes und in der betrieblichen Praxis gut einsetzbares Instrument für Mittelbetriebe. Die BGF-Servicestellen verfügen über das entsprechende Equipment zur Durchführung von Befragungen mit dem SOFEBA+ und unterstützen bei der praktischen Umsetzung im Betrieb.

4.3 Betriebliche Gesundheitsförderung für Kleinbetriebe

4.3.1 Beratungsmodell Kleinbetriebe

KMU bilden das Rückgrat der europäischen sowie der österreichischen Unternehmenslandschaft (siehe dazu 4.2.1).

Für die Beratungsmodelle zur BGF[158] hat das ÖNBGF eine Festlegung der Unternehmensgrenzen getroffen, die sich nicht an der Empfehlung der EU-Kommission orientiert. Speziell für die Bedürfnisse der Kleinbetriebe wurde ein eigenes Modell für die BGF entwickelt.[159] Es richtet sich an Unternehmen mit 1 bis 15 MA. Aufgrund der geringen Beschäftigtenanzahl haben diese Betriebe besondere Anforderungen an ein BGF-Projekt. Das Beratungsmodell BGF für Kleinbetriebe wird von der Servicestelle ÖGK angeboten und kommt den Anforderungen kleiner Betriebe insofern entgegen, als dass Strukturen vereinfacht und Prozesse verkürzt sind.

?!

Das ÖNBGF bietet für die Durchführung von BGF in Kleinbetrieben ein eigenes Beratungsmodell an. Bei der Festlegung der Unternehmensgröße nach Beschäftigten orientiert es sich dabei nicht an der Empfehlung der EU-Kommission. Das Modell „BGF für Kleinbetriebe“ richtet sich an Unternehmen mit 1 bis 15 Mitarbeitenden.

---

158 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 3)

159 Die Ausführungen zu diesem Kapitel beruhen auf dem Dokument Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) (2023, S. 5 ff.

4.3.2 Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben

In Kleinbetrieben ist es besonders wichtig, das Vorgehen in BGF-Projekten an die Besonderheiten, Möglichkeiten und Bedürfnisse der einzelnen Betriebe anzupassen. Dies verlangt von den Beratenden ein **höheres Maß an Flexibilität** als bei BGF-Projekten in größeren Betrieben. Die dabei zu beachtenden Faktoren sind mit denen bei Mittelbetrieben vergleichbar (siehe Kapitel 4.2.2). Die Praxis zeigt, dass daraus wesentliche Vorteile und Potenziale für kleinere Unternehmen resultieren können.

4.3.3 Der BGF-Prozess für Kleinbetriebe

Das ÖNBGF ist bemüht, den BGF-Prozess für 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.

Erstgespräch/Projektplanung

Im Erstgespräch soll die Entscheidungsgrundlage zur Umsetzung des BGF-Projekts und zu dessen nachhaltiger Implementierung vermittelt werden. In einem persönlichen Gespräch zwischen der Geschäftsleitung und/oder der Projektleitung und der beratenden Person werden BGF-Grundlagen und der konkrete Beratungsablauf vermittelt. Bei Entscheidung zur Teilnahme werden Kooperationsvereinbarung, BGF-Charta-Stammdatenblatt und BGF-Charta ausgefüllt und unterfertigt.

Gesundheitscoaching Geschäftsleitung/optional Führungskraft

Das Modell des Gesundheitscoaching[160] wurde bereits 2006 entwickelt. Mit der Geschäftsleitung und – bei Bedarf – einer weiteren Führungskraft des Unternehmens, welche in Folge auch Mitarbeitendengespräche führen wird, wird ein individuelles Coaching durchgeführt. Der Fokus liegt auf der Gesundheit bzw. der Arbeitsfähigkeit der Geschäftsleitung (Führungskraft). Die grobe Projektplanung wird vorgenommen sowie das Kick-off-Meeting geplant.

Kick-off-Meeting

In diesem werden nach Möglichkeit alle MA über Ziele und Ablauf des Projekts durch die beratende Person und Geschäftsleitung informiert.

---

160 Cechota & Loitzl (2006)

Schulung „Gesunde Dialoge“

In der Schulung „Gesunde Dialoge“ wird der Führungskraft / Geschäftsleitung das Mitarbeitendengespräch des „Anerkennenden Erfahrungsaustausches“ (AE) vermittelt sowie Grundlagen des „gesunden Führens“ und von BGF im Allgemeinen nähergebracht.

Auswertung Mitarbeitendengespräche

Die „Gesunden Dialoge“ werden von der Geschäftsleitung bzw. Führungskraft geführt und die wesentlichen Ergebnisse jedes Gesprächs gemäß Auswertungsvorlage dokumentiert.

Workshop Maßnahmenplanung

Auf Basis des Auswertungsberichts werden in einem weiteren moderierten Workshop von den FK unter Einbeziehung der MA konkrete Maßnahmen zur Förderung und zum Erhalt von Gesundheit und Wohlbefinden erarbeitet und in einem Maßnahmenplan dokumentiert.

Prozessberatung für die Maßnahmenumsetzung

Evaluierungs- und Integrationsgespräch mit der Geschäftsleitung

Im Rahmen eines Evaluierungsgesprächs mit der Geschäftsleitung wird einerseits der Maßnahmenplan bezüglich seiner Umsetzung überprüft und andererseits der Gesamtprozess der Einführung des „Anerkennenden Erfahrungsaustauschs“ reflektiert.

Die Fortführung des Prozesses im Sinne der Nachhaltigkeit wird mit der Geschäftsleitung konkret geplant.

?!

Verschiedene Elemente wie z. B. eine Kick-off-Veranstaltung, Gesundheitscoachings, Workshop Maßnahmenplanung für Mitarbeitende 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.

4.3.4 Regionales Gesundheitsnetzwerk als Strukturlösung für BGF in Kleinbetrieben

Als möglicher Ansatz zum Umgang mit den oben angeführten strukturellen Besonderheiten (siehe Kapitel 10) wird die regionalen Kooperation zwischen Kleinbetrieben, mit regionalen Dienstleistern, Sozialversicherungsträgern und Netzwerken wie dem ÖNBGF (siehe Kapitel 1) gesehen.[161] Die grundlegende Idee ist die Überwindung der personellen, fachlichen und finanziellen Ressourcenknappheit, um im Netzwerk Gesundheitsmaßnahmen und -strukturen zu etablieren, für die ein einzelner Kleinbetrieb keine Ressourcen aufbringen kann. Dadurch lassen sich kommerzielle Gesundheitsförderungsangebote (Beratungen, Bildungsveranstaltungen, Gesundheitsförderungsmodule etc.) trotz der Größennachteile durch Einkaufsbündelung niederschwellig(er) in Anspruch nehmen. Ergänzend dazu wirkt ein wechselseitiger Austausch inhaltlich bereichernd wie auch motivierend.[162] Das regionale Gesundheitsnetzwerk vereint somit die Vorteile eines Anbieternetzwerks (ÖNBGF, SV-Träger), das sich auf Angebote im Gebiet BGF spezialisiert hat, und eines Kleinbetrieb-Netzwerks, das interorganisationales Lernen fördert und die Möglichkeit einer „Einkaufsgemeinschaft" für Leistungen zur BGF bietet.[163]

Ein erfolgreicher Netzwerkansatz wird im Kern von vier Erfolgsfaktoren geprägt:[164]

1. Transparenz und Verbindlichkeit zwischen den Beteiligten durch schriftliche Vereinbarungen zur Ausgestaltung folgender Themen: Projektziele, Inhalte/Module des BGF-Projekts, Projektlaufzeit, Projekttreffen, Mitwirkungspflichten, Beauftragung von Gesundheitsmanagern / Dienstleistern, Leistungserbringung seitens Sozialversicherungsträger, Eintritt- und Austrittsregelung
2. Vernetzung und Austausch der Kleinbetriebe: regelmäßige Treffen zwischen den Unternehmen und den weiteren **Partner*innen**, fachlicher Austausch, gemeinsame Abstimmung und Entscheidungsfindung über gemeinsame Aktivitäten und Einkauf von Gesundheitsleistungen (aus einer Projektumlage aller beteiligten Partner*innen), fachlicher Input durch externe oder interne Partner*innen

---

161 Christ, Lang, Scolik, Gaiswinkler & Rossmann-Freisling (2024); in Anlehnung an Sayed & Kubalski (2016)
162 Hirtenlehner & Sebinger (2005)
163 Simon, Heger & Reszies (2011)
164 Sayed & Kubalski (2016)

3. Koordination und Umsetzung seitens einer **Gesundheitsmanagerin* eines Gesundheitsmanagers:** Koordinierung der Projektsitzungen, Unterstützung der Unternehmen in der gemeinsamen Umsetzung von Aktivitäten, Organisation von gemeinsamen Gesundheitsförderungsmaßnahmen (Vorträge, Seminare für FK, Gesundheitskurse)
4. Fachliche und finanzielle Unterstützung durch Sozialversicherungsträger[165] und dem ÖNBGF:[166] kostenloses und unverbindliches Erstgespräch, kostenlose Einbindung/Prozessbegleitung von sozialversicherungsträger- bzw. netzwerkzugehörigen BGF-Beratenden, geförderte Aus- und Weiterbildungen im Rahmen von BGF, kostenlose bzw. vergünstigte Seminare und Vorträge bzw. vergünstigte BGF-Maßnahmenangebote

Die genannten vier Faktoren sollten die Grundlage für einen erfolgreichen und auch nachhaltigen Strukturaufbau für die Umsetzung von BGF in Kleinbetrieben bilden. Die Teilnahme an einem regionalen Gesundheitsnetzwerk wird in der Literatur als große Chance für die Implementierung wie auch Verstetigung von BGF in KMU angesehen und ggf. um den Return on Invest (ROI) durch die genannten Synergieeffekte zu erhöhen.[167]

Eine schematische Darstellung der Projektsteuerung in einem regionalen Gesundheitsnetzwerk[168] zeigt Abbildung 27. Den Kern eines regionalen Gesundheitsnetzwerks bildet der Projektkreis, bestehend aus den teilnehmenden Unternehmen, Sozialversicherungsträgern und Dienstleistern. Kernthemen im Projektkreis sind die gemeinsame Projektlenkung, der fachliche Austausch über den aktuellen Umsetzungsgrad und die gemachten Erfahrungen sowie Abstimmung und Entscheidungsfindung über gemeinsame Aktivitäten und Maßnahmen. Die fachliche Entwicklung innerhalb des Netzwerks wird, begleitend zum erwähnten fachlichen Austausch, über den fachlichen Input durch externe und / oder interne Partner*innen bzw. qualifikationsabgängig auch durch eine*n Gesundheitsmanager*in vorangetrieben. Diese*r übernimmt die projektbezogene Koordinator*innen- und Mentor*innenfunktion[169], i. e. die Koordinierung der Projektsitzungen und unterstützt den Projektkreis (Unternehmen, Träger und ÖNBGF) in der gemeinsamen Umsetzung der akkordierten betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen.

---

165 www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.892127&portal=oegkportal; www.bvaeb.at/cdscontent/?contentid=10007.840610&portal=bvaebbportal&portalTargetGroup=esv_content_sibling_a [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
166 www.netzwerk-bgf.at [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
167 Schaefer, Drexler & Kiesel (2016)
168 In Anlehnung an Sayed & Kubalski (2016)
169 Bechmann, Jäckle, Lück & Herdegen (2011)

Mit der Funktion der Gesundheitsmanagerin*des Gesundheitsmanagers wird, trotz häufiger Hinderungsgründe wie Vorrang des Tagesgeschäfts oder fehlende personelle Ressourcen, eine „Triebfeder“ für das BGF-Projekt und damit für die BGF jedes teilnehmenden Unternehmens sichergestellt.

Abbildung 27: Projektsteuerung im regionalen Gesundheitsnetzwerk.[170]

Im Werkzeugkoffer (Kapitel 10) steht die Checkliste (Kapitel 10.1.2) *Vorbereitung auf die Arbeit in einem Netzwerk* zur Verfügung, anhand der Unternehmen eine erste Selbsteinschätzung zur Teilnahmebereitschaft an einem regionalen Gesundheitsnetzwerk vornehmen können.

170 In Anlehnung an Sayed & Kubalski (2016)

5. Qualitätskriterien des Netzwerk ÖNBGF

Aufbauend auf den vier zentralen Leitlinien der Luxemburger Deklaration entwickelte das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) 15 Qualitätskriterien.[171] 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 28). Darüber hinaus können – auch schon während der eigentlichen Umsetzungsphase eines BGF-Projekts – diese als Eckpfeiler und Orientierungsrichtlinien genutzt werden. Die Qualitätskriterien haben sich nicht nur in der Praxis bewährt, sondern genügen auch wissenschaftlichen Kriterien.[172]

Abbildung 28: Die 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF.

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

---

171 www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.772361&version=1669882023 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
172 Lang, Heigl & Jimenez (2019); Lang & Jimenez (2024)

5.1 Qualitätskriterium N° 1: Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (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 (MA) und Führungskräften (FK) eingebunden sowie in zentrale Unternehmensdokumente (z. B. Unternehmensleitbild, Führungsgrundsätze, Personalstrategie), in Instrumente der Personal- und Organisationsentwicklung (z. B. Mitarbeitendengespräch) und wenn passend in vorhandenen Managementsysteme (MS) (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, Gesundheitszirkelmoderator*innen) 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 betrieblichen Gesundheitsmanagement (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 besonderen Bedürfnisse beschrieben sind, können die weiteren Projektschritte (Diagnose, Planung, Umsetzung, Evaluation) qualitätsvoll umgesetzt werden. Dies beugt einer dem Gießkannenprinzip folgenden Maßnahmenumsetzung vor, die 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 Testgütekriterien[173][173] 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 SOFEBA+ stellt das ÖNBGF seinen Partnerbetrieben zwei wissenschaftlich fundierte Instrumente für die Diagnosephase zur Verfügung. Auch die Qualität von Gesundheitszirkeln (GZ) wurde in verschiedensten Studien bereits belegt.[174]

---

173 ÖNORM EN-ISO 10075-3 (2004)
174 Ulich & Wülser (2015, S. 169 ff.)

5.6 Qualitätskriterium N° 6: Mitarbeitendenorientierung

Beteiligungsmöglichkeiten für die Belegschaft schaffen

Beschäftigte sind aufgrund ihrer zumeist langjährigen Erfahrung in der Regel die besten Expert*innen für mögliche Veränderungen und Neugestaltung der Arbeits- und Organisationsbedingungen im eigenen Betrieb. Von ihrem Einsatz ist das Gelingen des Projekts in 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 wie auch eine regelmäßige und anlassbezogene Kommunikation zur Reduktion von Widerständen fördern die Akzeptanz und tragen unmittelbar zum Gelingen des BGF-Projekts bei. Es ist darauf zu achten, einen Kommunikationsplan möglichst früh, am besten schon in der Vorprojektphase, zu erstellen und 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, FK, Betriebsrat, Kolleg*innen) 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, 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 FK für das Thema Gesundheitsförderung sensibilisiert und gewonnen. Durch wiederkehrende Qualifizierungsmaßnahmen in Bezug auf gesundheitsförderliches Führen werden sie befähigt, sich und ihre MA bei der Förderung der Gesundheit zu unterstützen. Die stetige Einbindung der FK in die einzelnen Projektphasen gewährleistet, dass sie sich mit dem Projekt identifizieren und ihren MA 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 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 6) 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 Verstetigung gewährleistet eine dauerhafte Beschäftigung der Organisation mit dem Thema Gesundheit. Dabei erfahren vorhandene Unternehmensdokumente und Managementsystem 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.

6. Aktuelle Themen

6.1 Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0

Schlagworte wie „digitale Transformation", „Arbeit 4.0" oder „New Work" prägen die Diskussion, wenn es um **aktuelle arbeitsbezogene Entwicklungen** geht. Die genannten Begriffe sind eng miteinander verbunden und werden gelegentlich synonym verwendet. Die digitale Transformation verändert die Gesellschaft und impliziert neue Werte und Normen.[175] Einen Überblick liefert das Einleitungskapitel der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)-Broschüre „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0 – Digitalisierung, Gesundheitskompetenz und faire Gesundheitschancen. Ein Praxisbuch".[176] Die zentralen Merkmale der **„Arbeit 4.0"**,[177] die den Wandel der Arbeitswelt im Rahmen der digitalen Transformation beschreiben, werden dabei wie folgt zusammengefasst:

- **Digitalisierung:** Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien werden branchen- und arbeitsübergreifend zur Optimierung von Geschäftsprozessen und -modellen sowie zur Vernetzung von Produkten, Prozessen und Systemen genutzt. Die Digitalisierung hat Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit Einzelner (z. B. Technostress) wie auch auf das Führungsverhalten und Teamprozesse.
- **Flexibilisierung:** Die räumliche bzw. zeitliche Flexibilisierung hinsichtlich der Wahl des Arbeitsortes (z. B. Homeoffice) bzw. der Organisation der Arbeitszeit (z. B. flexible Arbeitszeitmodelle) ist mit einer höheren Eigenverantwortung der Beschäftigten verbunden.
- **Entgrenzung:** Die Merkmale Digitalisierung und Flexibilisierung führen zur möglichen Entgrenzung von Arbeitswelt und -verhältnissen i. S. des Arbeitsortes, der Arbeitszeit, der verwendeten Arbeitsmittel (z. B. private Räumlichkeiten und digitale Ausstattung) wie auch hinsichtlich der Inhalte, Qualität und Organisation von Arbeit und dem damit verbundenen Empfinden von Sinn und Motivation.
- **Mitbestimmung:** Mit den Möglichkeiten aus den genannten formalen und strukturellen Änderungen der Arbeitsbedingungen geht der Wunsch nach Mitbestimmung seitens der Beschäftigten einher, aktiv an Unternehmensentscheidungen mitwirken zu können, wie bei Entscheidungen des innerbetrieblichen Gesundheitsmanagements.
- **Relevanz:** Mit den genannten Möglichkeiten und Veränderungen steigt das Bedürfnis, einer Arbeit nachzugehen, die subjektiv als sinnstiftend und relevant, i. S. eines persönlichen und gesellschaftlichen Bedeutungsgehalts, wahrgenommen wird.

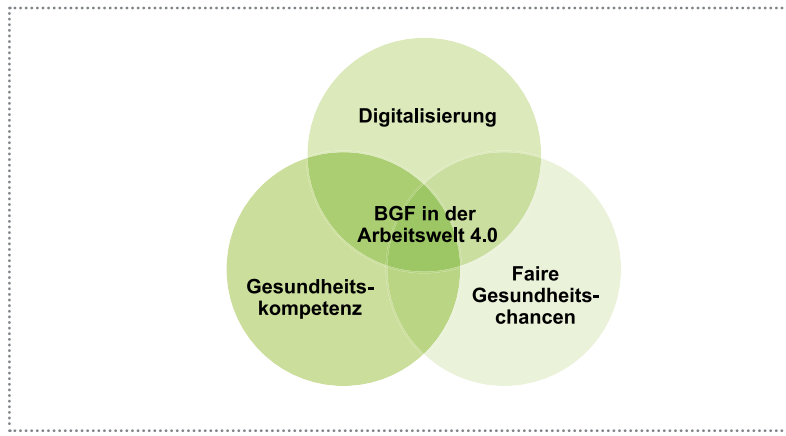
---

175 Belliger & Krieger (2022)
176 Lang (2022)
177 Poethke, Klasmeier, Diebig, Hartmann & Rowold (2019)

Die angeführten Merkmale von „Arbeit 4.0“ sind nicht völlig neu. So überschneiden sich die letztgenannten Merkmale **Mitbestimmung** und **Relevanz** mit den zentralen Facetten des ausgehend vom austro-amerikanischen Philosophen Frithjof Bergmann seit 1984 geprägten Begriffs „New Work“. Dieser beschreibt somit den Wandel von Sinn- und Wertefragen, der zu veränderten Erwartungen der Arbeitenden an die Arbeitswelt führt. Die Merkmale **Digitalisierung**, **Flexibilisierung** und **Entgrenzung** können als wichtige Treiber im Bereich „New Work“[178] verstanden werden, die nicht zuletzt seit der Covid-19-Pandemie einen neuen Stellenwert hinsichtlich Qualität und vor allem Intensität erfahren haben. So kann am Beispiel des Homeoffice bereits gesagt werden, „dass wir jetzt in einer neuen Normalität leben und dass das Homeoffice gekommen ist, um zu bleiben“.[179]

Die mit den zentralen Merkmalen von „Arbeit 4.0“ einhergehenden sektorenübergreifende Wandlungsprozesse bei Arbeitsformen und -verhältnissen führen in Betrieben unter anderem zu ganz neuen Fragestellungen hinsichtlich der damit verbundenen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten am Arbeitsplatz. Mit Konzepten der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), die den tiefgreifenden Auswirkungen der digitalen Transformation Rechnung tragen, können Betriebe bei den damit verbundenen Herausforderungen für Gesundheit und Arbeit unterstützt werden. Der FGÖ[180] identifiziert hierfür folgende drei Kernaspekte, die ineinandergreifen und im Rahmen von BGF in der Arbeitswelt 4.0 vorrangig Berücksichtigung finden sollten: Digitalisierung, faire Gesundheitschancen und Gesundheitskompetenz (Abbildung 29). Auf diese Kernaspekte der BGF in Zeiten des digitalen Wandels wird in den nachfolgenden Kapiteln vertiefend eingegangen.

Abbildung 29: Kernaspekte einer BGF in der Arbeitswelt 4.0, [181]



178 Hofmann, Piele & Piele (2019)
179 Zeschke & Zacher (2022)
180 Lang (2022)
181 In Anlehnung an Lang (2022, S. 13)

6.1.1 Digitalisierung

Der Begriff der Digitalisierung wird in der betriebswirtschaftlichen Literatur häufig als Optimierung von Geschäftsmodellen verstanden, die durch verbesserte Geschäftsprozesse unter Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) ermöglicht wird.[182] Im Zentrum der Digitalisierung steht dabei die Verknüpfung der physischen mit der virtuellen Welt, indem analoge Informationen in digitale Daten transformiert werden, und die dadurch entstehende Vernetzung von Produkten, Prozessen sowie Systemen, die zu einer Erleichterung der Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Akteur*innen führt.[183] Heute beeinflussen IKT nahezu alle Bereiche der Arbeitswelt. Die Digitalisierung ist gewissermaßen „Verstärker und Beschleuniger bestehender Trends und Dynamiken" und damit auch zentraler Bestandteil des Konzepts Arbeit 4.0.[184] Die Einflüsse der Digitalisierung zeigen sich sowohl in kognitiven und motivationalen Prozessen auf individueller Ebene (z. B. Risiken einer Informationsüberflutung), aber auch beim Führungsverhalten und in Teamprozessen.[185]

Chancen und Risiken

Mit dem digitalen Wandel und den damit verbundenen Auswirkungen auf Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten und Führungskräfte (FK) gilt es für die Unternehmen den Herausforderungen durch „Arbeit 4.0" erfolgreich zu begegnen, aber vor allem auch die aufkommenden Chancen zu nutzen. Dazu wurde im Rahmen des Projekts „Prototyp Gesundheitssensor für Digitales Arbeiten"[186] eine kompakte Chancen-Risiko-Analyse der digitalen Transformation auf die Arbeitsbedingungen und -umstände am Beispiel von **Wissensarbeiter*innen**[187] vorgenommen, die in stark verkürzter Form in Tabelle 24 wiedergeben wird. Mit dem „Gesundheitssensor für Digitales Arbeiten"[188] steht ein weiteres Analyse- und Beratungsinstrument zur Verfügung, das es Unternehmen im Rahmen von BGF ermöglicht, die zunehmend digitale Organisation, Steuerung und Kontrolle von Arbeit auf partizipative Art und Weise mit den Beschäftigten zu gestalten.

---

182 Bharadwaj, El Sawy, Pavlou & Venkatraman (2013)
183 Demary, Engels, Röhl & Rusche (2016)
184 Poethke, Klasmeier, Diebig, Hartmann & Rowold (2019)
185 Poethke, Klasmeier, Diebig, Hartmann & Rowold (2019)
186 Bock, Schönauer, Semken, Höllrigl & Götz 2023)
187 Personen, die ihren Lebensunterhalt mit Wissen und nicht mit dem Einsatz ihrer Muskelkraft verdienen (Drucker, 1991)
188 www.oesb-socialinnovation.at/gesundheitssensor/ [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

Tabelle 24: Digitalisierung – Chancen und Risiken für Wissensarbeiter*innen.

Phänomen der Digitalisierung	Chancen	Risiken
Veränderung der zeitlichen Grenzen bei Remote-Arbeit	• Bessere Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf (z. B. für Frauen mit Kinderbetreuung bzw. bei der Pflege von Angehörigen) • Bessere Life-Domain-Balance (z. B. geblockte Arbeits- und Freizeitphasen)	• Entgrenzung von Arbeit durch „ständige Verfügbarkeit“ der Arbeitenden und folglich erhöhter Stressbelastung • Schlechtere Life-Domain-Balance durch das Eindringen von Arbeit in das Privatleben
Veränderung der räumlichen Grenzen bei Remote-Arbeit	• Reduktion von Pendelzeiten und Stress im Straßenverkehr • Reduktion von Kosten für das Pendeln (Individualverkehr, öffentlicher Verkehr) • Weniger Störfaktoren durch persönliche Wahl des entsprechenden Arbeitsplatzes • Förderung von sozialen Kontakten im digitalen Raum	• Geringe Erholungsphasen durch räumliche Entgrenzung zwischen Arbeitsplatz und Privatleben • Druck in Richtung mobiles Arbeiten bei guter Ausstattung mit mobilen Endgeräten im Betrieb • Fehlen von adäquaten Räumlichkeiten oder adäquater technischer Ausstattung im Homeoffice • Fehlende Interaktion zwischen Kolleg*innen bei Remote-Arbeit mit negativem Einfluss auf das Wohlbefinden
Veränderung von Arbeitsorganisation und Wissensmanagement	• Unterstützung agiler Arbeitsmethoden (Scrum, Kanban) durch digitale Werkzeuge • Zentraler und zeitnaher Zugriff auf digitale Informationen durch Cloud-Computing und Online-Datenbanken • Standortunabhängige Zusammenarbeit an digitalen Dokumenten mit Online-Kollaborationstools • Flexibler Zugang zu E-Learning-Plattformen	• Digitaler Stress, Arbeitsverdichtung und Überforderung durch (zu) große Mengen an digitalen Informationen („Informationsflut“) • Abhängigkeit der Arbeit und Informationskanäle von digitalen Systemen als Stressauslöser bei technischen Störungen • Übermäßige Kontrolle und Überwachung bei digitaler Dokumentation aller Arbeitsprozesse
Veränderung der Kommunikation	• Auswahlmöglichkeit von situationsspezifischen Informationskanälen (Video-Call, Instant Messaging, E-Mail) • Ortsunabhängige Kommunikation zwischen Beschäftigten und Reduktion von dienstlichen Reisezeiten	• Digitaler Stress durch digitale Kommunikationsformen aufgrund von Erwartungshaltungen und Verwendungsnormen (z. B. rasches Antworten auf E-Mails, ständige Erreichbarkeit) • Digitaler Stress, Arbeitsverdichtung und Überforderung durch (zu) große Mengen an digitaler Kommunikation („Kommunikationsflut“) • Missverständnisse bei digitaler Kommunikation aufgrund Fehlender verbaler oder nonverbaler Hinweisreize

Phänomen der Digitalisierung	Chancen	Risiken
Veränderung der körperlichen Beanspruchung	• Reduktion von körperlicher Beanspruchung durch ergonomische Monitore, Tastaturen und Computermäuse	• Entstehung körperlicher Beschwerden (Augenprobleme, Belastungen der Wirbelsäule, des Nackens und Repetitive-Strain-Injury-Syndrom) durch dauerhaftes Sitzen im Zuge der Nutzung von Computern und weiteren digitalen Geräten

Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen für eine „BGF 4.0“

Um Betriebe und BGF-Berater*innen bei der BGF-Maßnahmenentwicklung unter Berücksichtigung der digitalen Transformation zu unterstützen, hat der FGÖ die Broschüre „Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0 – Digitalisierung, Gesundheitskompetenz und faire Gesundheitschancen“[189] in enger Zusammenarbeit mit Unternehmen und externen BGF-Expert*innen erstellt. Darin werden zentrale Handlungsfelder im Rahmen einer sogenannten „BGF 4.0“ vorgestellt. Die vorgeschlagenen Handlungsfelder werden in Tabelle 25 zusammengefasst wiedergegeben und für dieses Handbuch mit Handlungsempfehlungen ergänzt.

Tabelle 25: BGF 4.0 – Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen.[190]

Handlungsfelder	Handlungsempfehlungen
Gesundheitsverhalten 4.0: • Digital Detox • Achtsamkeit/ Selbstmanagement • Gehirngerechtes Arbeiten • ….	• Sensibilisierung für gesundheitliche Folgen von Entgrenzung sowie für „interessierte Selbstgefährdung“ bei selbstorgansierter Arbeit in Form von mobilem Arbeiten und Homeoffice • Sensibilisierung für ein Maß an selbstorganisierter Arbeit im Rahmen von mobiler Arbeit und Homeoffice, die die Gesundheit und Life-Domain-Balance von Beschäftigten tatsächlich unterstützt • Berücksichtigung des Genderaspekts in der Arbeit 4.0, z. B. aufgrund von erhöhtem Risiko für interessierte Selbstgefährdung bei Männern
Gesundheitskommunikation 4.0: • Interne Gesundheitsplattformen • Neue Medien • Neue didaktische Tools • …	• Einsatz von dBGF / digitale Tools im BGF Projektzyklus • …

189 Lang (2022)
190 In Anlehnung an Ahlers et al. (2018); Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer (2019); Hasselmann, Schröder, Meyn & Sareika (2017); Klammer et al. (2017)

Handlungsfelder	Handlungsempfehlungen

People 4.0:
• Generationen im Unternehmen
• Wissensmanagement
• Kompetenzentwicklung
• …
	• Erhebung der Qualifikationsbedarfe wie z. B. Grenzmanagement und Arbeitsgestaltungskompetenz bei selbstorganisierter Arbeit (mobile Arbeit/Homeoffice)
	• Kontinuierliche Weiterbildungsprogramme in altersgemischten Gruppen zu Schlüsselkompetenzen:
	  ◦ Medien- und Digitalkompetenz, virtuelle Zusammenarbeit
	  ◦ Gesundheitskompetenz
	  ◦ Selbst- und Zeitmanagement
	  ◦ Sozialkompetenz, emotionale Intelligenz, Empathie, interkulturelle Kompetenz
	  ◦ Anpassungsfähigkeit, Veränderungsbereitschaft
	  ◦ Resilienz, Achtsamkeit, Gelassenheit, Umgang mit Stress, Regenerationsfähigkeit
	• Qualifizierung von FK im Bereich Digital Leadership
	• …

Prozesse 4.0: • Planungstools • Virtuelle Teams und Führung 4.0 (Digital Leadership) • Mobiles Arbeiten / Homeoffice • …	• Schaffung der notwendigen Rahmenbedingungen wie Gewährleistung der Zugangs- und Nutzungsmöglichkeit zu und von digitalen Prozessen für alle Beschäftigten • Abschluss von Betriebsvereinbarungen zur (Nicht-)Erreichbarkeit bei Remote-Arbeit • Etablierung einer lernförderlichen Unternehmenskultur, die Fehler als Chance zum Lernen sieht • Einführung eines „Mobilitätsmanagements“ zur Unterstützung von mobil arbeitenden Mitarbeitenden (MA) • Einrichtung eines „Mobilen Gesundheitsmanagements“ • Einbezug von Präventionsexpert*innen bei Entwicklung und Analyse von digital standardisierten/autonomen Arbeitsprozessen hinsichtlich der Auswirkung auf körperliche und psychische Beanspruchungen

Im Sinne der oben angeführten Handlungsfelder von „BGF 4.0“ werden im Folgenden konkrete Handlungsschritte/-anweisungen für gesundheitsförderliche Remote-Arbeit (Tabelle 26) und für FK betreffend Digital Leadership (Tabelle 27) gegeben.[191] Zudem liegt seitens FGÖ ein Leitfaden für Betriebe und Beschäftigte zum Thema Gesundheitsförderliches Homeoffice inklusive eines Instruments zum Selbstcheck auf Betriebs-/Abteilungsebene vor. Dieses unterstützt eine Selbstreflexion/-bewertung, wie ausgeprägt die nötigen Rahmenbedingungen für ein gesundheitsförderliches Homeoffice im eigenen Arbeitsumfeld vorliegen. Zusätzlich enthält der Leitfaden eine Liste von Checklisten und e-Learning-Tools.[192]

191 Ott, Widler, Knecht & Linus (2021); Backfisch, Ducki & Borde (2021)
192 Hofer-Fischanger, Jurkowitsch, Lang & Rossmann-Freisling (2022)

Tabelle 26: Handlungsschritte für gesundheitsförderliche Remote-Arbeit.

Themenfeld	Empfehlungen und Beispiele
Informations- und Kommunikations-technologie (IKT)-Nutzung	Eigene Responsivität steuern • Endgeräte abschalten • Automatischen Benachrichtigungsassistenten einrichten • Erreichbarkeits-Filter setzen, um außerhalb der Arbeitszeit nur für bestimmte Personen erreichbar zu sein
	Initiierende IKT-Nutzung steuern • Timeboxing: Für Wechsel aus dem Privatleben in die Arbeitsrolle, ein klares Zeitfenster mit Zielen setzen • Vermeidung einer Ausdehnung von Arbeitszeiten durch eigene Zeiterfassung oder Dokumentation von Bildschirmzeiten
Physisch	Arbeit und Privates räumlich voneinander trennen i. S. einer metaphorischen Distanz • Festgelegter Arbeitsplatz/Arbeitsbereich, der nicht für Privates genutzt wird, zur Verhinderung von räumlicher Entgrenzung (Negativbeispiel siehe Cartoon) Quelle: https://www.mobiliar.ch/versicherungen-und-vorsorge/angebote-fuer-unternehmen/berufliche-vorsorge/newsletter-berufliche-vorsorge/balanceakt-zwischen-arbeit-und-privatleben • Getrennte Endgeräte und Apps für Privates und Arbeit, Anlegen eines separaten Ordners für arbeitsbezogene Apps am Smartphone • Ergonomische Arbeitsausstattung (ergonomischer Bildschirm und Stuhl) unter Berücksichtigung von Sauberkeit und Ordnung
Zeitlich	Klare Zeitenplanung für Arbeit und Privates, Erholungs-/Pausenzeiten einplanen • Flexible Gestaltung, aber klare Einteilung von Zeiten für Arbeit und Privates zur Verhinderung von zeitlicher Entgrenzung • „Auszeiten“ und Pausen von der Arbeit und für Freizeitaktivitäten einplanen
Kommunikation	Eigene Grenzen vorab kommunizieren und Störungen ansprechen • An- und Abwesenheiten in Teamkalender eintragen • Nutzung von Statusmeldungen (an-/abwesend, beschäftigt) in Kommunikations-software
	Abstimmung mit Arbeitskontakten (Führungskraft, Team) • An- und Abwesenheiten in Teamkalender eintragen • Mit der Führungskraft und den Kolleg*innen/Teams über Bedürfnisse zur Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben sprechen

Themenfeld	Empfehlungen und Beispiele
Verhalten	Sich Unterstützung suchen • Klärung von Vertretungsmöglichkeiten/-regelungen • Mit Familie und Freund*innen soziale Verhaltensregeln festlegen und sich daran erinnern lassen (Treffen, Telefonate, Verabredungen)
	Prioritäten setzen • Mentale Prioritätenlisten mit zentralen arbeitsbezogenen (z. B. Deadlines) und privaten Verpflichtungen (z. B. Haushaltsaufgaben) festlegen
	Entwicklung von Routinen • Symbolhafte Handlungen durchführen wie bewusstes An- bzw. Ausschalten Laptop und Smartphone • Tagesplan erstellen • Regelmäßiges Trinken • Wechsel zwischen Berufs- und Freizeitkleidung

Tabelle 27: Handlungsschritte für Digital Leadership.

Themenfeld	Empfehlungen und Beispiele
Gesundheits-orientierung	Bewusstseinsbildung für die Chancen und Risiken des digitalen Arbeitens bzw. für deren Auswirkungen auf Gesundheit, Wohlbefinden und Leistung • Bewusstsein für die eigene Form des IKT-Nutzungsverhalten (Negativbeispiel: Versand von E-Mails an Wochenenden oder nachts) und für die Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Verpflichtungen bei digitaler (Remote-)Arbeit bilden • Vorbildfunktion in gesundheitsförderlichem Verhalten einnehmen • Gesundheitsorientierte Führung
Vorgaben und Erwartungen kommunizieren	Verständnis für individuelle Bedürfnisse der Mitarbeitenden und eine gemeinsame, abgestimmte und transparente Arbeitsweise bilden • Arbeitszeiten und -flexibillität regeln (Betriebsvereinbarungen abschließen) • Abwesenheiten respektieren • Arbeitstransparenz durch geteilte Teamkalender erhöhen • IKT-Nutzung klären (BYOD[193] oder keine private Hard- oder Softwarenutzung) • Reaktionszeiten (Beantwortung von E-Mails, Rückrufe) klären • Verhalten für (dienstliche oder private) Notfälle vereinbaren
Unterstützung geben	Emotionale sowie instrumentelle Unterstützung zum digitalen Arbeiten geben • Interesse und Verständnis für die individuelle Situation der Mitarbeitenden zeigen • Die in Remote-Arbeit befindlichen Mitarbeitenden zum Abschalten ermutigen • Arbeitslast thematisieren und Vertretungsregelungen schaffen • Kompetenzentwicklung in der Anwendung von IKT ermöglichen • Entwicklung von Selbstführungskompetenzen ermöglichen • Unterstützung beim Einrichten und Umsetzen des Homeoffice bieten (Firmen-Laptop, ergonomischer Drehstuhl, ergonomischer Monitor) • Vereinbarte Erreichbarkeitszeiten nach Innen und Außen kommunizieren

193 Bring your own device (BYOD) beschreibt die dienstliche Nutzung von privaten mobilen Endgeräten wie Laptops, Tablets oder Smartphones und deren Integration in das Netzwerk des Unternehmens.

Themenfeld	Empfehlungen und Beispiele
Autonomie-unterstützung	Handlungsspielraum für Mitarbeitende einräumen, zur Erreichung von positiven Formen des digitalen (Remote-)Arbeitens • Höhere Entscheidungskompetenzen einräumen • Kontrolle über die Organisation des Arbeitsalltags geben (Selbstführungskompetenz) • Gestaltungsfreiraum bei der Umsetzung der gestellten Aufgaben geben

Digitale Tools in der Betrieblichen Gesundheitsförderung:

Die Beiträge in diesem Handbuch zum Thema „digitale Betriebliche Gesundheitsförderung" (dBGF) zeigen Ideen und Wege auf, die durch digitale Möglichkeiten entstanden sind oder gerade entstehen. Es ist jedoch der Schnelligkeit der digitalen Entwicklungen geschuldet, dass bereits beim Veröffentlichen der aktuellen Auflage wahrscheinlich wieder neue Möglichkeiten vorhanden sind, die nicht in das Handbuch Eingang gefunden haben.

Unter dBGF verstehen wir in diesem Handbuch digitale Tools, die im Zuge des BGF-Kreislaufs eingesetzt werden. Ein Beispiel für ein solches Tool ist die bereits häufig eingesetzte Methode der Online-Mitarbeitendenbefragung, aber auch Gesundheits-Apps und Gesundheitsplattformen. Einen Überblick über wesentliche Instrumente der dBGF gibt Abbildung 30.

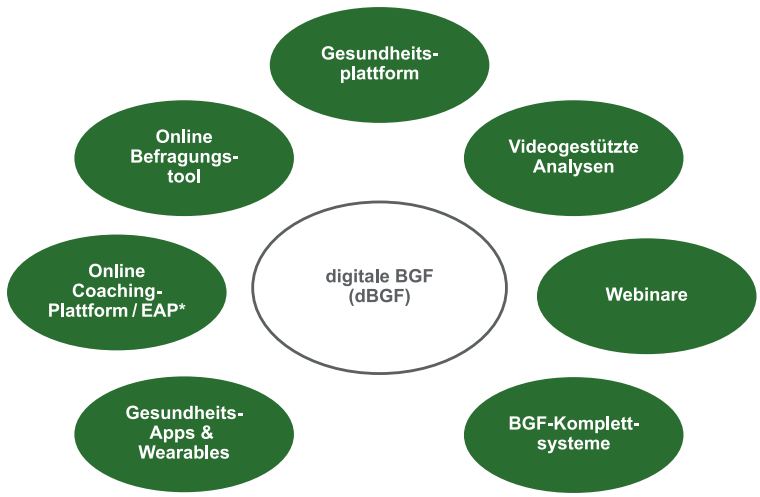


Abbildung 30: Wesentliche dBGF-Instrumente.[194]

* EAP = Employee Assistance Programs

194 In Anlehnung an Kaiser & Matusiewicz (2018, S. 3)

Der größte **Vorteil** der dBGF wird darin gesehen, dass eine zeit- und ortsunabhängige Beteiligung von Beschäftigten in unterschiedlichsten Phasen des BGF-Projekts ermöglicht wird. In allen Phasen eines BGF-Projekts, aber auch bei der BGF in der Nachhaltigkeit bzw. im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) ist es möglich, digitale Tools so einzusetzen, dass z. B.

- die Teilnahme an IST-Stand-Analysen,
- an Maßnahmen oder
- an der Evaluation

bei guter Implementierung niederschwellig gewährleistet wird und damit zu einer Steigerung der Teilnahmequoten führen kann.

Abzuraten ist allerdings davon, das gesamte BGF-Projekt oder die BGF in der Nachhaltigkeit bzw. das BGM online abzuwickeln. Obwohl der Einsatz von **BGF-Komplettsystemen** verlockend sein mag, ist das persönliche Einbinden von Beschäftigten in allen Phasen der BGF und die persönliche Teilnahme an unterschiedlichsten Maßnahmen ein wesentlicher Qualitätsfaktor der BGF. Trotz immer besserer Online-Tools und digitaler Möglichkeiten kann und wird der persönliche Austausch in allen Phasen der BGF durch digitale Tools nicht ersetzt, aber sicherlich ergänzt werden können.

Zu berücksichtigen sind auch die **Bereitschaft** der Beschäftigten, digitale Tools zu verwenden, das **Vorhandensein digitaler Möglichkeiten** (z. B. haben alle Beschäftigten Zugang zu einem Computer, haben alle Beschäftigten eine persönliche Firmen-E-Mail-Adresse?) sowie die **digitale Kompetenz** aller Beteiligten. Es ist besser, mit weniger, dafür wohlüberlegten digitalen Tools zu beginnen und diese – je nach erfolgreichem Einsatz – beispielsweise in der Nachhaltigkeit bzw. im Rahmen des BGM sukzessive auszubauen.

Vorteile und Herausforderungen der dBGF

In der Literatur sind folgende Vorteile und Herausforderungen, die mit dem Einsatz von dBGF in Verbindung gebracht werden, zu finden (Tabelle 28):[195]

195 In Anlehnung an Kaiser & Matusiewicz (2018, S. 22 ff.); Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer (2019, S. 181 f.); Maier-Rigaud & Böning (2020, S. 21 ff.)

Tabelle 28: Vorteile und Herausforderungen der dBGF.

Vorteile	Herausforderungen
Steigerung der Motivation • virtuelle Anreize in Form von Gamification • Erinnerungs- und Benachrichtigungsfunktion von Wearables z. B. für Motivationsnachrichten in Form von Push-Notifications • Wertschätzung durch die Zurverfügungstellung von digitalen Tools und Wearables • jederzeitige individuelle Erfolgskontrolle durch bildliche Darstellung von persönlichen Gesundheitsdaten • Förderung der Interaktion zwischen Nutzer*innen-Gruppen z. B. durch Austausch der Teilnehmer*innen	**Datenschutz und Datensicherheit** • Nutzung und Speicherung sensibler Nutzer*innen-Daten (z. B. Online-Tools für Mitarbeitendenbefragungen, Gesundheits-Apps und Wearables) • Datennutzung und -speicherung müssen im Einklang mit den gesetzlichen Vorgaben (Datenschutzgrundverordnung) stehen • transparente und nachvollziehbare Darstellung der Datennutzung und -speicherung, um Ängsten und Widerständen der Zielgruppen seriös entgegenzuwirken
Zielgruppenerweiterung und Kommunikation • flexible Erreichbarkeit und damit z. B. Erreichung jener Zielgruppe, die durch Überbelastung nicht in der Lage ist, an Seminaren und Kursen vor Ort teilzunehmen • Erreichung technikaffiner und junger Arbeitnehmer*innen • Senkung der Hemmschwelle der Inanspruchnahme von Online-Coaching-Plattformen / EAP u. ä. Plattformen durch Gewährleistung der Anonymität • Unterstützung einer transparenten Kommunikation	**Effektivitätsnachweis** • aktuell sind wenige Studien über die Wirksamkeit von dBGF-Instrumenten wie z. B. von Gesundheitsplattformen oder Wearables vorhanden • aktuell gibt es keine Gütesiegel oder Qualitätskriterien für dBGF-Instrumente mit Ausnahme von standardisierten und wissenschaftlich geprüften Online-Mitarbeitendenbefragungen • Verunsicherung von Nutzer*innen durch Auswertungen auf Basis ungenauer Datenerfassung (z. B. Messgenauigkeit der Herzratenvariabilität mittels Pulsuhren)
Kostenreduktion • virtuelle Verfügbarkeit von Beratungspersonal durch Online-Coaching-Plattformen / EAP u. ä. Plattformen • Unterstützung einer effizienten und kostengünstigen Organisation • schnelle Kommunikation sowohl unter den BGF-Verantwortlichen als auch zu den Adressat*innen • rasche Analyse von beteiligungsorientierten Analysen (z. B. Online-Mitarbeitendenbefragungen) • individuelles Gesundheitscontrolling durch Wearables und Gesundheits-Apps ohne zusätzliche Kosten für Personal, Material und Zeit	**Gesundheitliche Risiken** • Wearables und Gesundheits-Apps bergen das Risiko gesundheitlicher Schäden durch Überforderung aufgrund ständiger Erreichbarkeit und Vergleichbarkeit (z. B. digitaler Stress) • langfristige Folgen wie Sehschwäche, Verlust der körperlichen Wahrnehmung, Abhängigkeit und Verschlechterung des Sozialwesens • aktueller Forschungsbericht zu Gesundheits-Apps stellt fest, dass diese vielfältigen Einfluss auf die Nutzer*innen haben; daher ist es umso wichtiger, dass Nutzende den Informationen aus diesen Apps vertrauen können, um keine schädlichen Gesundheitsentscheidungen zu treffen (siehe Effektivitätsnachweis)
Erhöhung der Wettbewerbsfähigkeit • innovative und mitarbeitendenorientierte Außendarstellung verbunden mit der Erwartung einer Imageverbesserung und Attraktivitätssteigerung • virtuelle Wettkämpfe (Gamification) können den Zusammenhalt unter den Beschäftigten fördern und die Unternehmensidentifikation sowie Unternehmenskultur steigern	**Nutzungs- und Akzeptanzprobleme** • Rahmenbedingungen wie z. B. eine schnelle Internetverbindung, Zugang zu Computern und Smartphones, Zugang zu Räumlichkeiten zur Einzelnutzung müssen zur Verfügung gestellt werden • Schulungen zum Ausbau der „digitalen Gesundheitskompetenz“ müssen angeboten werden, um auch nicht-technikaffine Arbeitnehmer*innen zu unterstützen und ihnen den Zugang zu den Instrumenten zu ermöglichen

Vorteile	Herausforderungen
Gesundheitsförderung • hohes Potenzial für die Nachhaltigkeit aufgrund der Möglichkeit zur Individualisierung • Vereinfachungen im Projekt und in der Nachhaltigkeit z. B. durch effizienten Einsatz von Online-Mitarbeitendenbefragungen • ständige Verfügbarkeit von Gesundheitsangeboten können Nutzer*innen animieren • Verbindung der privaten und beruflichen Gesundheitsförderung • Individualisierung aufgrund persönlicher Datenauswertung von Wearables und Gesundheits-Apps	**Qualitätsmängel** • aktuell kaum Qualitätskriterien, Gütesiegel oder Evaluierungsmethoden für digitale Instrumente • keine oder nur eingeschränkte Möglichkeit der Bewertung, ob die versprochenen positiven Effekte wirklich erzielt werden können • aktuell bleibt den Interessent*innen an dBGF-Tools nur die Prüfung anhand von Qualitätskriterien wie z. B. anhand von Normen, formale Qualifikation als Trainer*in, nachprüfbare Referenzen, Publikationen etc.

Auswahl und Einsatz von dBGF-Tools

Ein Forschungsbericht des Austrian Institute for Health Technology Assessment (AIHTA) gibt Empfehlungen zur Unterstützung von Refundierungsentscheidungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen für den öffentlichen Sektor.[196] Solche Empfehlungen können bei der Auswahl von dBGF-Tools für das eigene BGF-Projekt nützlich sein. Weiters können Qualitätskriterien wie z. B. DIN-ISO-Zertifizierungen, formale Qualifikationen der Anbieter*innen, nachprüfbare Referenzen und Publikationen als Entscheidungsgrundlage dienen.

Dass dBGF-Tools zukünftig auch in der Umsetzungsphase vermehrt Einzug halten werden, zeigen viele Umfragen zur Nutzungshäufigkeit von **Gesundheits-Apps**. Hier verdeutlichte eine für Deutschland repräsentative Studie, dass im Jahr 2019 knapp 45 Prozent der Bürger*innen ab dem 16. Lebensjahr Gesundheits-Apps oder digitale Hilfsmittel nutzten.[197] Laut Fact-Sheet zum Thema Gesundheits-Apps des Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) (jetzt: Dachverband) aus dem Jahr 2018 nutzen rund ein Fünftel der Smartphone-Nutzer*innen gesundheitsbezogene Apps.[198] Eine Orientierungshilfe zu Gesundheits-Apps bietet die Webseite „Gesund informiert entscheiden“.[199]

Neben den unterschiedlichsten Möglichkeiten, digitale Tools in der BGF einzusetzen, muss auch auf die **Auswirkungen der digitalen Transformation** auf die Arbeitstätigkeit selbst, die Arbeitsbedingungen sowie die Veränderungen im Sozial- und Organisationsklima Bedacht genommen werden (siehe Chancen und Risiken oben). Daher ist es wichtig, in der

---

196 Jeindl & Wild (2020)
197 Böning, Maier-Rigaud & Micken (2019, S. 10)
198 Kraus-Füreder (2018)
199 www.gesund-informiert.at/gesundheits-apps [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

Diagnosephase auch Handlungsfelder und Ressourcen mit Bezug zur Arbeit 4.0, die vielleicht vor ein paar Jahren noch nicht präsent waren, zu erheben und in die Maßnahmenplanung einzubeziehen (siehe Handlungsfelder und Handlungsempfehlungen für eine „BGF 4.0“ oben). Schlagworte wie ständige Erreichbarkeit und Flexibilität, digitaler Stress, positive als auch negative körperliche Auswirkungen durch Maschineneinsatz, vermehrte Überwachungstätigkeiten, Entlastung durch mobile Kommunikationstechniken[200] und Digital Leadership sind dabei besonders hervorzuheben. Eine Möglichkeit zur Erhebung der Auswirkungen von Homeoffice auf die Gesundheit besteht u. a. über die seitens des ÖNBGF angebotene Gesundheitsbefragung (Kombi AG), die ein Zusatzmodul zur Erhebung der Auswirkungen von Homeoffice anbietet (siehe Kapitel 3.2.3).

6.1.2 Faire Gesundheitschancen

Wie bereits in Kapitel 2.7 **Zielgruppenorientierung und Chancengerechtigkeit** dargelegt, ist die Berücksichtigung von Besonderheiten der Beschäftigten essenziell für den Erfolg des BGF-Projekts, aber auch der BGF in der Nachhaltigkeit und im BGM. Der Einsatz von dBGF-Tools kann bei den verschiedenen Zielgruppen unterschiedliche Wirkungen erzielen. Zu bedenken ist beispielsweise, welche Geschlechts- und Altersverteilung es bei den Zielgruppen im Betrieb gibt, nicht zuletzt aufgrund der damit verbundenen unterschiedlichen Qualifikation und Affinität betreffend das Thema Digitalisierung und „Arbeit 4.0“. Ohne Stereotype bedienen zu wollen, kann festgehalten werden, dass unterschiedliche Zielgruppen unterschiedlich gut auf dBGF-Tools ansprechen. Beispielsweise können internet- und technikaffine **Männer** sowie die **jüngsten Fachkräfte** auf dem Arbeitsmarkt, d. h. Vertreter*innen der Generationen Y (ca. 1980 bis 1999) und Z (ca. 2000 bis 2010), mit dBGF-Tools besser erreicht werden.[201] Gerade für die jüngeren Belegschaftsgruppen ist die Möglichkeit, spielerische und Wettbewerbselemente **(Gamification)** in digitale Maßnahmen einzubauen, besonders attraktiv. Männer hingegen schätzen bei der Inanspruchnahme von Maßnahmen die Anonymität. Durch dBGF-Tools wird es z. B. ermöglicht, anonym an diverse Gesundheitsinformationen zu gelangen, an Webinaren teilzunehmen oder Beratungsleistungen in Anspruch zu nehmen. Mit Hinblick auf die Chancengerechtigkeit muss beim Einsatz von dBGF-Tools darauf geachtet werden, dass bzw. inwieweit alle Beschäftigten über die notwendigen Zugangsvoraussetzungen verfügen.

---

200 Hämmerle, Jost & Künz (2018)
201 Braun & Nürnberg (2018)

6.1.3 Gesundheitskompetenz

Als wesentliche Schlüsselkompetenz für FK und Beschäftigte, die in Zeiten des digitalen Wandels die Zufriedenheit, Wohlbefinden und die psychische Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0 ermöglicht und fördert, gilt die Gesundheitskompetenz.[202] Diese wird als die Fähigkeit Einzelner verstanden, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen und zu bewerten, um in den Bereichen Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung von Erkrankungen die für die Gesundheit zuträglichen Entscheidungen treffen zu können. Mit dem Wandel der Arbeitswelt im Rahmen der digitalen Transformation wird im Besonderen die sogenannte digitale Gesundheitskompetenz von immer größerer Bedeutung. Diese ist eng mit dem Begriff der Gesundheitskompetenz verknüpft und erweitert diesen zusätzlich um Kompetenzen in der Anwendung digitaler Technologien.[203]

Kernthemen der BGF Bewegung, Ernährung, Stressmanagement und Suchtprävention werden in Zukunft verstärkt mit digitalen Mitteln umgesetzt werden. Verschiedene Formen von Gesundheits-Apps und Gesundheitsportalen bieten im Bereich der BGF zahlreiche Möglichkeiten, die sowohl Vorteile als auch Herausforderungen mit sich bringen (siehe Tabelle 28). Ein Erfolgsfaktor, um die in Tabelle 28 genannten Vorteile von digitalen Tools im Rahmen von BGF nutzen zu können, ist die Stärkung der (digitalen) Gesundheitskompetenz der Beschäftigten und FK. Betriebe können hierfür durch Qualifizierung deren Gesundheitskompetenzentwicklung fördern. Denn sowohl die Beschäftigten als auch die FK müssen in der Lage sein, mit digitalen Informationssystemen und Tools im Rahmen von digitalen BGF-Maßnahmen umzugehen, damit darin enthaltene Informationen selektiert, gefiltert und auf die individuelle Situation übertragen und folglich zur Steuerung der eigenen Gesundheit genutzt werden können.[204]

Seitens ÖNBGF wird ein Leitfaden[205] als Unterstützung für BGF-Berater*innen angeboten, die das Thema Gesundheitskompetenz in Betrieben als Schwerpunktthema in BGF-Prozessen integrieren. Anhand von vorgestellten Maßnahmen und Schritten wird gezeigt, wie BGF als Organisationsentwicklungsstrategie eingesetzt werden kann, die die Gesundheitskompetenz von Beschäftigten und FK stärkt. Auch die Broschüre „Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen?“[206] der Österreichischen Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK) unterstützt die Betriebe bei der Integration dieses Themas in

---

202 Hasselmann, Schauerte & Schröder (2017)
203 Kraus-Füreder (2018)
204 Schaeffer & Gille (2022)
205 Birgmann (2020)
206 ÖPGK (2019)

den betrieblichen Alltag. Damit werden neben der individuellen Gesundheitskompetenz auch die Gestaltung und Anforderungen der betrieblichen Organisation berücksichtigt, um die Gesundheitskompetenz der Einzelnen erhöhen zu können. Das Ziel sind somit gesundheitskompetente Beschäftigte und FK in einer gesundheitskompetenten Organisation. Hierfür wird in diesem Handbuch das Thema Gesundheitskompetenz als ergänzender Baustein in jede Phase des BGF-Prozesses anhand von aus dem Leitfaden zusammengefassten Checklisten („**Was** können wir tun") und Beispielen für praktische Umsetzungsmöglichkeiten („**Wie** können wir etwas tun") integriert (siehe Kapitel 3). Darüber hinaus bietet die ÖPGK mit dem „Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Version 2.0"[207] auch ein Tool für den Einsatz in Betrieben an.

6.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Übergangsmanagement

Betriebliches Übergangsmanagement (BÜGM) wird als Personalmanagement- bzw. Personalentwicklungsstrategie und Ansatz der Personalführung verstanden – mit dem Ziel, Übergänge in den späteren Berufsphasen sowie Übergänge in das Nacherwerbsleben mit den Beschäftigten, dem Betrieb sowie der Gesellschaft befriedigend zu meistern.[208] Die nachberufliche Lebensphase wird dabei nicht ausschließlich als Pensionsleben, sondern auch als aktive Lebensphase mit neuen Möglichkeiten der (Weiter-)Beschäftigung und eines (z. B. freiwilligen, bürgerschaftlichen) Engagements für die Gesellschaft verstanden.[209] Mit BÜGM soll somit eine lange Beschäftigungsmotivation in guter Arbeitsfähigkeit und Gesundheit sowie potenziell eine Neigung zur Weiterbeschäftigung (nach dem Pensionsantritt) erreicht werden.

Zur Erreichung der genannten Ziele hat sich der 5-Handlungsebenen-Ansatz (Abbildung 31) bewährt, der an die jeweils vorliegenden organisationalen Voraussetzungen in den Betrieben anzupassen ist. Seine Basis zur betrieblichen Übergangsgestaltung bildet eine alternsgerechte Führungs- und Organisationskultur, die somit die Grundvoraussetzung für die weiteren Ebene darstellt. Darauf aufbauend folgt die Handlungsebene einer altersgerechten Arbeits- und Laufbahngestaltung (siehe auch Kapitel 2.7.2). Mit den Übergängen in spätere Berufsphasen wird die nächste Ebene eines wertschätzenden und wertschöpfenden Wissenstransfers zwischen den Generationen im Betrieb von

207 ÖPGK (2020)
208 Baier & Gruber (2021)
209 Stieger (2018)

entscheidender Bedeutung. Die fünfte und letzte Ebene ist geprägt von der Unterstützung bei der Reflexion der Beschäftigten betreffend die Arbeitskarriere und Ausrichtung von individuellen Zielen bis zum Pensionsantritt wie auch für die daran anschließende Tätigkeits- und Lebensphase.

Abbildung 31: BÜGM 5-Handlungsebenen-Ansatz.[210]

Der demografische Wandel hin zu einer immer älter werdenden Gesellschaft wirkt sich sowohl auf die Bevölkerungspyramide als auch auf die betrieblichen Altersstrukturen aus. Dies stellt Betriebe im öffentlichen und privaten Sektor vor immer neue Herausforderungen und macht moderne Unternehmens- bzw. Organisationsentwicklungsstrategien wie BGF und BÜGM im Sinne der zukünftigen Wettbewerbs- und Konkurrenzfähigkeit von Unternehmen wichtiger denn je. Eine Kombination von ganzheitlichen BGF-Ansätzen und einer spezifischen/fokussierten Ausrichtung auf BÜGM ist somit naheliegend. Der Dachverband der Sozialversicherungsträger setzt den dringenden Handlungsbedarf aktuell im Rahmen der Entwicklung eines themenspezifischen Beratungsangebots „Betriebliches Übergangsmanagement Kompakt“ um. BGF mit Schwerpunkt auf das BÜGM wird seitens FGÖ mit dem BGF-Projektcall 2023 zum Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung und gesunde Übergänge in die nachberufliche Phase“ als zukunftsweisender Ansatz unterstützt und bestärkt somit auch die Nachhaltigkeit von BGF.[211]

---

210 In Anlehnung an Baier & Gruber (2021)
211 Lang (2023)

Mit der Kombination von BGF und BÜGM gilt es existierende gesundheitsförderliche Strukturen und Prozesse aus der BGF im Betrieb zu nutzen und darauf aufbauend mit den Handlungsebenen eines vorhandenen oder aufzubauenden BÜGM (Abbildung 31) zusammenzuführen wie auch Synergien der beiden Unternehmens- bzw. Organisationsentwicklungsstrategien zu nutzen. Ein Kriterium einer qualitativ hochwertigen BGF ist die Zielgruppenorientierung und die damit verbundene Chancengerechtigkeit für ein gesunheitsförderliches Berufsleben. In dem Zusammenhang ist die Ermöglichung für ein alter(n)gerechtes Arbeiten im Rahmen von BGF (siehe Kapitel 2.7.2) von essenzieller Bedeutung und entpricht somit den Handlungsebenen einer altersgerechten Arbeits- und Laufbahngestaltung des BÜGM nach dem 5-Ebenen-Ansatz (Abbildung 31). Hierfür gilt derselbe mit Maßnahmen der BGF und des BÜGM zu etablierende innerbetriebliche Ansatz einer alternsgerechten Führungs- und Organisationskultur als unabdingbare Grundvoraussetzung bzw. Basisebene, um Altersdiskriminierung (sog. Ageism) zu vermeiden und stattdessen das Thema Alter zu enttabuisieren sowie positive Bilder des Alters und eine Kultur der Wertschätzung zu fördern.

Auf Grundlage der angeführten Schnittmenge(n) zwischen BGF und BÜGM kann und soll BÜGM als Schwerpunktthema in allen **Phasen des BGF-Projekts** mitberücksichtigt werden. Im Sinne der damit verbundenen **Zielgruppenorientierung** der BGF sind die Phasen des BÜGM (Abbildung 32) im Berufsphasenverlauf [212] von entscheidender Bedeutung:

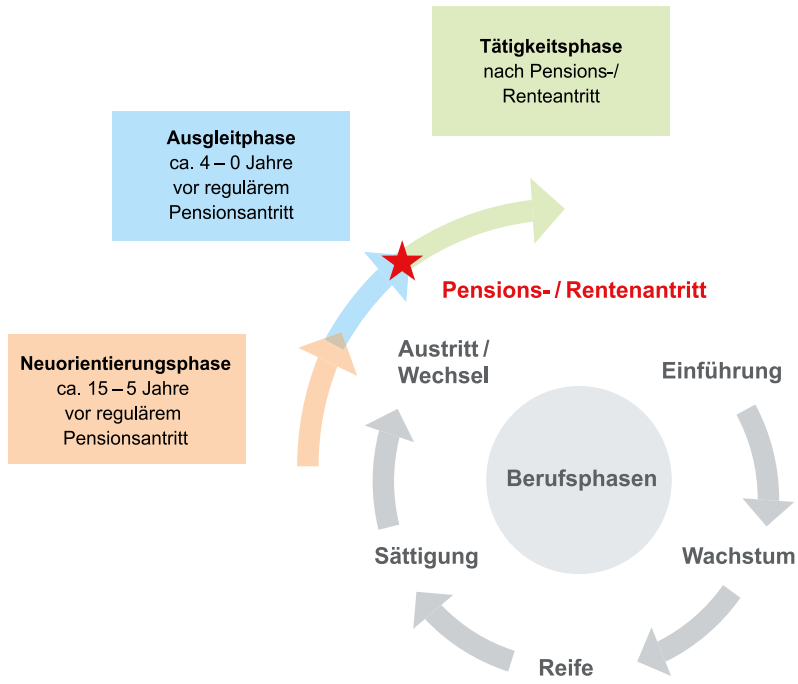
- Neuorientierungsphase (ca. 15 – 5 Jahre vor Pensionsantritt): Die Neuorientierungsphase fällt in die Berufsphase der „Sättigung“, wo Beschäftigte Karriere-Etappen gemeistert und oftmals stellenbezogene Ziele erreicht haben. Die Ziele dieser Phase sind
  - Stabilisierung und Förderung der Arbeitsbewältigungsfähigkeit durch aktive Einladung, und Auftrag zur partizipativen Gestaltung altersgerechter Arbeitsbedingungen,
  - Ausbau der Übergangskompetenz und
  - Unterstützung der persönlichen Weiterentwicklung.
- Ausgleitphase (ca. 4 – 0 Jahre vor Pensionsantritt): Zu Beginn dieser Phase wird oftmals eine Planung und Vereinbarung von Arbeitszeitmodellen wie Altersteilzeit vorgenommen. Weitere Themenfelder sind eine verstärkte Orientierung bewältigungsgerechter Arbeitsgestaltung, Veränderung von Zuständigkeiten für Arbeitsgebiete, Nachfolgeplanung/-übergabe und Vorbereitungen zur betrieblichen Verabschiedung. Des Weiteren wird in der Ausgleitphase die Möglichkeit einer etwaigen „Silber-Karriere“ (berufliche Laufbahngestaltung über den Pensionsantritt hinaus) besprochen. Die Ziele dieser Phase sind

212 Graf (2008)

- Gestaltung individueller Entwicklungsperspektiven,
- Stabilisierung und Förderung der Gesundheit, Arbeitsbewältigungsfähigkeit und Beschäftigungsmotivation und
- gelingendes Abschiedsmanagement.

- Tätigkeitsphase nach Pensionsantritt: Aus gesundheitsstabilisierenden und -förderlichen Gründen empfiehlt sich eine aktive betriebliche Diskussion über mögliche ansprechende Initiativen und Angebote für erwerbsbezogene und/oder ehrenamtliche/zivilgesellschaftliche Tätigkeiten. Die Ziele dieser Tätigkeitsphase sind
  - Stabilisierung/Förderung der Gesundheit sowie der Selbstwirksamkeit und
  - Realisierung von selbstbestimmten Lebens- und Tätigkeitschancen.

Abbildung 32: Phasen des Betrieblichen Übergangsmanagement im Berufsphasenverlauf[213]



213 Baier & Gruber (2021)

Führungsverantwortliche nehmen sowohl für die erfolgreiche und nachhaltige Umsetzung von BGF als auch von BÜGM eine entscheidende Rolle ein. Wie nach dem BÜGM 5-Handlungsebenen-Ansatz dargelegt (Abbildung 31), bildet die altersgerechte Führungs- und Organisationskultur eines Unternehmens das Fundament, das alle weiteren Ebenen des BÜGM beeinflusst bzw. durchdringt. In Tabelle 29 werden unterschiedliche Aufgaben und Handlungsfelder/-optionen von Führungsverantwortlichen, die mit den verschiedenen Phasen des betrieblichen Übergangsprozesses (Abbildung 32) verbunden sind, erläutert.,

Tabelle 29: Handlungsfelder für Führungsverantwortliche nach BÜGM-Phasen.[214]

Führungsebene	Phase im BÜGM	Zeitraum vor Pension ca.	Handlungsfelder (beispielhaft)
Strategie/ Top-Management	Neuorientierungsphase	15 Jahre bis 5 Jahre	lebensphasenorientierte Personalpolitik für Management & Führung Aufnahme von lebensphasenorientierten Indikatoren unternehmerbezogenes Altersstrukturmonitoring Unterstützung BÜGM-Ziele und Bereitstellung Ressourcen Entscheidung zur „Silber-Karriere“ nach Pensionsantritt
	Ausgleitphase	4 Jahre	
		1 Woche bis Abschiedstag	Persönliche Verabschiedung, Abschieds-, Dankesschreiben
	Tätigkeitsphase nach Pensionsantritt		Willkommensbotschaft zur Weiter-/Wiederbeschäftigung
Taktische Führung	Neuorientierungsphase	15 Jahre bis 5 Jahre	Controlling von BÜGM-Zielen Schaffung von Motivation und Sicherung der Handlungskompetenz der operativen Führung für BÜGM Controlling Laufbahnentwicklungsgespräche und altersgerechte Arbeitsplatzgestaltung
	Ausgleitphase	4 Jahre	
		1 Woche bis Abschiedstag	Persönliche Verabschiedung, Abschieds-, Dankesschreiben
	Tätigkeitsphase nach Pensionsantritt		Willkommensbotschaft zur Weiter-/Wiederbeschäftigung

214 Baier & Gruber (2021)

Führungsebene	Phase im BÜGM	Zeitraum vor Pension ca.	Handlungsfelder (beispielhaft)
Operative/unmittelbare Führung	Neuorientierungsphase	15 Jahre bis 5 Jahre	Durchführung regelmäßiges Zukunftsgespräch Veranlassung altersgerechter Arbeitsgestaltung Information über Angebot im Rahmen des BÜGM Identifikation von Schlüsselkompetenzen
	Ausgleitphase	4 Jahre bis 1 Jahr	Wissenstransferprozess planen und aktiv begleiten Motivation zur Teilnahme an BÜGM-Angeboten Durchführung jährliches Zukunftsgespräch Planung des Pensionsantritts und Nachfolgeplanung Evtl. Angebot für Weiter-/Wiederbeschäftigung
		6 Monate bis Abschiedstag	Überprüfung Status Wissenstransferprozess Gelingendes Abschiedsmanagement
		Abschiedstag	Persönliche Verabschiedung
	Tätigkeitsphase nach Pensionsantritt		Willkommensbotschaft und Anpassung der Arbeitsaufgaben an die Leistungsvoraussetzungen

Neben den Führungsverantwortlichen spielen noch weitere Akteur*innen, bestimmt durch den gesetzlichen Rahmen sowie durch die jeweiligen funktionalen Zuständigkeiten, für ein erfolgreiches und nachhaltiges betriebliches Übergangsmanagement eine entscheidende Rolle. Zu diesen zählen Sicherheits- und Gesundheitsschutzbeauftragte, Beauftragte für betriebliches Gesundheitsmanagement, Personalmanagement, Beauftragte für betriebliches Eingliederungsmanagement (BB), die Personalvertretung und nicht zuletzt die Beschäftigten selbst.

Für weiterführende Informationen zum Betrieblichen Übergangsmanagement sei auf das Standardwerk von Baier und Gruber (2021) bzw. auf die damit verbundene Online-Plattform zur Förderung persönlicher und organisationaler Übergänge (Kapitel 11.2) verwiesen. Ein Auszug von Werkzeugen/Tools des betrieblichen Übergangsmanagements aus Baier und Gruber (2021), die sich nahtlos in BGF-Prozesse integrieren bzw. diese mit Themen des betrieblichen Übergangsmanagements erweitern lassen, werden in Kapitel 10.5 vorgestellt.

6.3 Betriebliche Gesundheitsförderung und Aktive Mobilität mit Klimaschutz

Der Klimawandel stellt nach der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „die größte Gesundheitsbedrohung für die Menschheit" dar und bezeichnet das Pariser Abkommen (2015) als das wichtigste Public-Health-Abkommen des 21. Jahrhunderts.[215] Zur selben Einschätzung gelangt auch die International Association of Public Health Institutes (IANPHI)[216] und sieht sich bei klimawandelbezogenen Gesundheitsfragen in einer „Schlüsselfunktion", um einen wichtigen Beitrag auf den Ebenen der Klimapolitik, Forschung und den Umsetzungsmöglichkeiten für einen aktiven Klimaschutz zu leisten.

Auch die „Agenda Gesundheitsförderung" beschreibt die Klimakrise als eine der „herausforderndsten Themen unserer Zeit" und postuliert, dass Klimaschutz, Klimawandelanpassung und Gesundheitsförderung gemeinsam gedacht werden und „Hand in Hand" gehen müssen.[217] Einer der inhaltlichen Schwerpunkte des zugehörigen Kompetenzzentrums „Klima und Gesundheit" ist die Nutzung von Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Klimaschutz. Dabei liegt der Fokus insbesondere auf den potenziellen Co-Benefits von Gesundheit und Klimaschutz durch Maßnahmen zur Förderung der Aktiven Mobilität sowie von Transformationen im Ernährungssystem und in der Stadt- und Raumplanung. Im Kontext der BGF soll in diesem Handbuch näher auf die Förderung der Aktiven Mobilität im Sinne der individuellen Gesundheit und des Klimaschutzes eingegangen werden.

Das Kompetenzzentrum Klima und Gesundheit beschreibt den Begriff „Aktive Mobilität" im Factsheet „Co-Benfits von Klimaschutz und Gesundheitsförderung" wie folgt: „… jede Form der Fortbewegung aus eigener Muskelkraft, um von A nach B zu kommen. Dazu gehören vor allem Zufußgehen und Radfahren, aber auch die Nutzung von Scootern, Tretrollern oder Skateboards."[218] Darin findet sich auch eine Darstellung von positiven Synergieeffekten zwischen Gesundheit und Klimaschutz, die aufgrund Aktiver Mobilität erzielt werden können:

---

215 RKI (2025).
216 Ballart & Denys.
217 Gesundheit Österreich GmbH https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/ [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
218 Horvath, Gajar, Kirchler & Zeuschner (2023, S. 3)

- Förderung einer regelmäßigen Alltagsbewegung unter Verringerung von Emissionen aufgrund der Reduktion des motorisierten Individualverkehrs
- Unterstützung in der Erreichung des aus gesundheitlicher Sicht notwendigen Bewegungsausmaßes
- Positive, körperliche, soziale und psychische Effekte wie in Bezug auf Lebenserwartung, Körpergewicht, soziale Kontakte und nicht übertragbare Erkrankungen
- Mehr als die Hälfte der mit dem Auto zurückgelegten Wege liegen unter fünf Kilometern und könnten mit gesundheitsförderlicher und klimaschonender Aktiver Mobilität bewältigt werden

Für eine erfolgreiche Förderung Aktiver Mobilität sind sowohl verhältnisbezogene Einflussfaktoren (Stadt- und Verkehrsplanung, berufliche und betriebliche Rahmenbedingungen, zielgruppenspezifische Bedürfnisse) als auch verhaltensbezogene Einflussfaktoren (individuelle/motivationale Verkehrsmittelwahl, körperliche Verfassung, Image des Fahrrad-/Rollerfahrens, soziales Umfeld) zu berücksichtigen.

Um im Setting Betrieb das Thema Aktive Mobilität im Rahmen von BGF (verstärkt) zu verankern, initiierte der FGÖ bereits im Jahr 2019 den Projektcall „Aktive Mobilität – gesund unterwegs! Gehen, Radeln, Rollern & Co im Alltag". Aufbauend auf den Ergebnissen der geförderten Projekte im Setting Betriebe sowie den Inhalten der FGÖ Broschüre „Aktive Mobilität – gesund unterwegs! Beispiele aus der Praxis für Betriebe", wurde eine Toolbox mit rund fünfzig Maßnahmen, Aktivitäten und Methoden erarbeitet und auf der Website https://aktive-mobilitaet.at veröffentlicht. Diese Maßnahmen sind Bausteine von Betrieblichem Mobilitätsmanagement (BMM)[219], die mit Elementen der BGF verknüpft sind. Die Zusammenstellung der Maßnahmen, die miteinander kombiniert werden können und aufeinander aufbauen, erfolgte durch die Universität für Bodenkultur Wien (BOKU), Institut für Verkehrswesen.[220] Die Toolbox enthält sowohl verhältnis- als auch verhaltensorientierte Maßnahmen, die auszugsweise Tabelle 30 angeführt sind. Durch den Link zwischen den beiden Instrumenten BMM und BGF über die Förderung von Aktiver Mobilität entsteht für Betriebe und Beschäftigte häufig eine Win-win-Situation. Die Beschäftigten können mit positiven Effekten für die Gesundheit und das Wohlbefinden rechnen und die Betriebe mit indirekten Kosteneinsparungen durch verringerte Krankenstände und

---

219 „Betriebliches Mobilitätsmanagement ist die systematische, verkehrsträgerübergreifende Organisation aller Verkehrswege eines Betriebes. Ziel ist die ökonomische und ökologische Optimierung sämtlicher Mobilitätsabläufe: Dazu gehören Arbeits- und Dienstwege der Beschäftigten, die nachhaltige Erreichbarkeit des Betriebes für KundInnen und GeschäftspartnerInnen, aber auch die effiziente Abwicklung von Versand- und Lieferverkehr. Dadurch können unnötiger Verkehr und daraus entstehende Kosten vermieden, die Umwelt entlastet, die Gesundheit der MitarbeiterInnen gefördert und das Image des Unternehmens verbessert werden ..." Stadt Graz (2019, S. 8)
220 Wegener, Stark & Juschten (2022)

erhöhte Produktivität. Nicht zuletzt bringen die mit Aktiver Mobilität verbundenen klima- und umweltpolitischen Benefits den Betrieben auch einen Imagegewinn, der beispielsweise im Falle einer CFE (Cycle Friendly Employer)-Zertifizierung auch nach außen hin sichtbar wird. Der aktuelle BGF-Förderschwerpunkt des FGÖ mit dem Inhalt Aktive Mobilität als Beitrag zum Klimaschutz bzw. zur Klimawandelanpassung unterstreicht die Bedeutung dieses Themas.[221]

Tabelle 30: BMM/BGF und Aktive Mobilität – Handlungsempfehlungen (Auszug).

Verhältnisorientierte Maßnahmen	Verhaltensorientierte Maßnahmen
Die verhältnisorientierten Maßnahmen und Handlungsempfehlungen beziehen sich auf die Strukturen und das Umfeld von Betrieben, die die betrieblichen Rahmenbedingungen für mehr Aktive Mobilität verbessern: • Integration von BMM/BGF in die Unternehmensprozesse • Einrichtung eines Mobilitätsteams im Betrieb unter der Führung eines Mobilitätsmanagers*einer Mobilitätsmanagerin • Schaffung einer ausreichenden Verfügbarkeit von qualitativ hochwertigen Abstellplätzen für Fahrräder und Scooter • Bereitstellung von (elektrischen) Sharing-Fahrrädern/Scootern • Angebot von „Dienstfahrrädern“ zur dienstlichen als auch privaten Nutzung • Bereitstellung eines Gratis-Fahrradservices an Aktionstagen • Einrichtung von Duschen und Umkleideräumen	Bewusstseinsbildende und verhaltensorientierte Maßnahmen sollen zu individuellem gesundheitsförderlichem Verhalten durch mehr Aktive Mobilität motivieren: • Informationsvermittlung zu Entwicklungen im Bereich BMM/BGF mittels verschiedener Medien (Flyer, Newsletter, Intranet oder Social Media) • Information und Schulung zur Nutzung von digitalen Apps und Services wie den klimaaktiv mobil Gesundheitsplaner[222] oder den CarbonTracer[223] • Einbindung von Role-Models aus der Belegschaft mit besonderem Engagement im Bereich Aktive Mobilität in verschiedene Kommunikationsaktivitäten • Einbeziehen von betriebsinternen oder -externen Expert*innen aus den Bereichen Gesundheit, Arbeits- und Umweltschutz zur kontinuierlichen Motivation der Mitarbeitenden • Angebot von aktivierenden Maßnahmen mittels sozialer sowie sportlicher Veranstaltungen (z. B. Mobilitätsfrühstück, Teamausflüge, „Österreich radelt zur Arbeit“)

221 https://fgoe.org/bgf_aktive_mobilitaet [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]
222 https://route.klimaaktivmobil.at/ [letzter Zugriff am 15. 7. 2025]
223 https://carbontracer.uni-graz.at/app-emissionsvergleich [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

7. Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

In diesem Kapitel geht es um die Frage, wie Betriebe nach dem erfolgreichen Abschluss eines BGF-Projekts ein 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. In Österreich beruht BGM auf den drei Handlungsfeldern ArbeitnehmerInnenschutz (ANSch), BGF und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM), wobei ANSch gesetzlich verpflichtend ist, BGF und BEM hingegen auf freiwilliger Basis umgesetzt werden können.

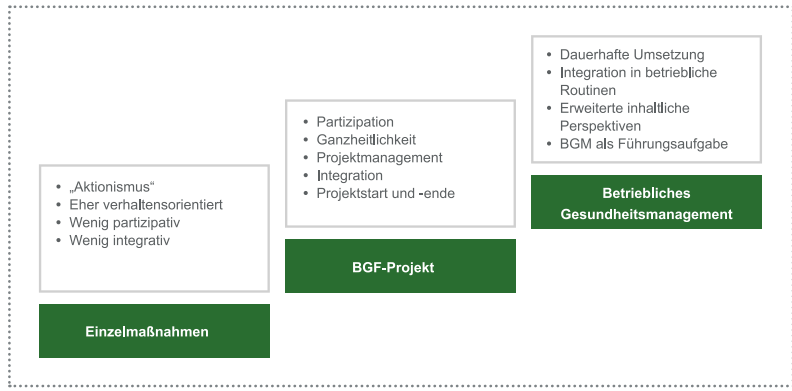
7.1 Entwicklungsstufen von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

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 Studie[224] bieten insgesamt etwa 74 Prozent der Unternehmen Einzelmaßnahmen zur Gesundheitsförderung an, wobei 92 Prozent der Betriebe mit über 250 Mitarbeitenden (MA) und nur 23 Prozent der kleineren Betriebe BGF-Maßnahmen umsetzen.

224 Mercer (2014)

Abbildung 33: 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 neue Erfahrungen mit dem Thema Gesundheit im betrieblichen Kontext zu sammeln und so später wichtige Weichen für die Umsetzung eines BGF-Projekts zu stellen. Aber auch beim Umsetzen von Einzelmaßnahmen sollte gewährleistet sein, dass der ANSch lt. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) schon im Vorfeld erfüllt ist. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass Arbeitsmediziner*innen (AMED) die Aufgabe haben, „… auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes, der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten und die Arbeitgeber bei der Erfüllung ihrer Pflichten auf diesem Gebiet zu unterstützen.“[225]

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 MA 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).

225 § 81 (1) ASchG)

Die Durchführung eines BGF-Projekts ermöglicht wichtige Lernerfahrungen, in dem einzelne BGF-Strukturen (z. B. BGF-Projektleiter*in, BGF-Projektteam) und Prozesse (z. B. Diagnose) bzw. Instrumente (z. B. Mitarbeitendenbefragung, Gesundheitszirkel – 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 eigentliches zeitliches Ende hat.

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Ein BGM baut auf den in 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.

Unter Einbindung wissenschaftlicher Erkenntnisse und der betrieblichen Praxis [226] wurde im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb" eine gemeinsame Begriffsbestimmung für Betriebliches Gesundheitsmanagement entwickelt:

„Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die Entwicklung, Steuerung und Optimierung von Strukturen und Prozessen für die Gestaltung von Gesundheit im Betrieb. Es hat zum Ziel, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern. BGM zeichnet sich durch das zielorientierte und nachhaltige Ineinandergreifen von Maßnahmen in den drei Handlungsfeldern Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Eingliederungsmanagement unter aktiver Beteiligung der Belegschaft auf allen Ebenen des Unternehmens aus."[227]

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

---

226 Langmann, Breil, unter Mitarbeit von Kvas & Kvas (2023)
227 Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (2024)

7.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gestaltungsmerkmale

7.2.1 Verstetigung von Strukturen und Prozessen

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. In dem Zusammenhang wird nicht nur die BGM-Aufbauorganisation, sondern auch die Ablauforganisation (z. B. Managementkreislauf: Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation) nicht nur einmalig während einer definierten BGF-Projektlaufzeit durchgeführt, sondern dem Prinzip der „kontinuierlichen Verbesserung" folgend, in geeigneten, regelmäßigen Abständen wiederkehrend und dauerhaft umgesetzt.

Dafür sind, wie bereits angesprochen, die sichtbare Unterstützung der obersten Leitung eines Unternehmens sowie die Bereitstellung von längerfristigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen und die bedarfsgerechte, fortlaufende Qualifizierung der innerbetrieblichen Akteur*innen (z. B. Gesundheitsmanager*innen, Gesundheitszirkelmoderator*innen – GZM, Gesundheitsvertrauenspersonen, FK aller Ebenen) wesentliche Erfolgsvoraussetzungen.

7.2.2 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 im Vorfeld analysiert wird, in welchen Managementbereichen und/oder Geschäftsprozessen Gesundheit im Unternehmen sinnvollerweise ein Thema sein kann/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 und bei baulichen Gestaltungsmaßnahmen etc. 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 Beschäftigte) 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, ROI).

Bezüglich Zielvereinbarungen zeigt eine 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 erreichbar sind. Stetig steigende Zielvorgaben („Zielspiralen"), die sich hingegen ausschließlich am steigenden Ertrags- oder Leistungszielen (z. B. marktbedingt) orientieren, können die Gesundheit der Beschäftigten beeinträchtigen und zu selbstgefährdenden Verhaltensweisen führen.[228]

In vielen Industrie- und Produktionsunternehmen bietet es sich zudem an, Gesundheit in ein vorhandenes Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem (SGMS) wie z. B. dem Österreichischen Leitfaden für SGMS[229] bzw. ein Managementsystem für Prävention (MS-P) oder in ein integriertes Managementsystem (MS) einzubauen. Ein MS-P zielt darauf ab, die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz fortlaufend zu verbessern. Der auf bestimmten Regeln (Standards) basierende Leitfaden wird rund um bereits vorhandene Strukturen, Prozesse und Abläufe in einer Organisation umgesetzt. Da die Beschäftigten daran beteiligt werden, fördert ein MS auch die Präventionskultur im Unternehmen. Ein in Österreich verbreitetes MS-P ist die ISO 45001.[230] Die ISO 45001 ist wie andere MS auch nach der High Level Structure (HLS) strukturiert. Das ermöglicht es Betrieben, mehrere MS leichter zu einem integrierten MS zusammenzufassen. Erste Hinweise zur Anwendung der ISO 45001 im Zusammenhang mit dem ANSch und BGM liegen vor.[231] In öffentlichen Einrichtungen oder vielen Dienstleistungsorganisationen sind erfahrungsgemäß eher Qualitätsmanagementsysteme wie z. B. die ISO 9001[232] weiter verbreitet. Auch hier kann eine Integration in bestehende QM-Strukturen und Prozesse zur Sicherstellung der Nachhaltigkeit erfolgen.

---

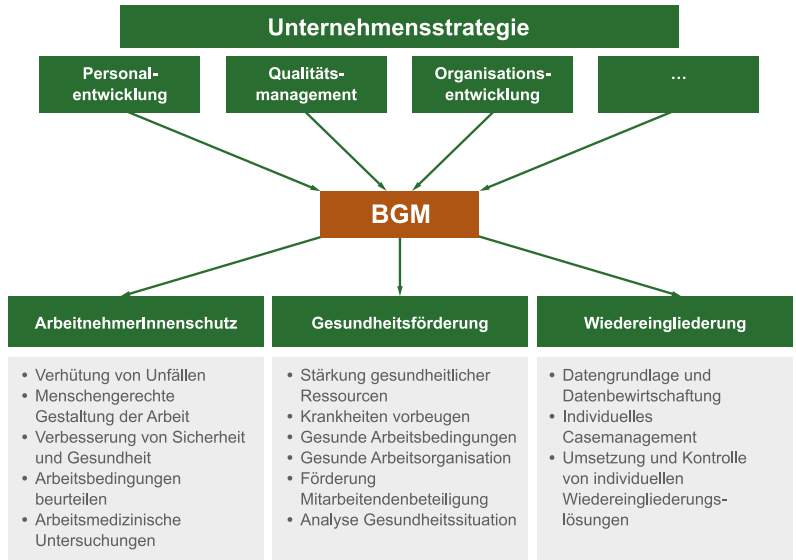
228 Chevalier & Kaluza (2015)
229 Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004)
230 ÖNORM ISO 45001 (2019)
231 Ceyka (2020); Gollner, Stahl & Schnabel (2020)
232 ÖNORM EN ISO 9001 (2015)

7.2.3 Inhaltliche Perspektivenerweiterung

Ein BGM ist im Vergleich zur BGF ein inhaltlich umfangreicheres Konzept, das einen erweiterten Blickwinkel auf das Thema Gesundheit frei gibt. 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 ANSch (Prävention) und der BGF zu einem integrativen Gesamtkonzept beinhalten. Janssen, Kentner und Rockholtz (2004) bringen diese inhaltliche Erweiterung in einen formelhaften Zusammenhang:: »Betriebliches Gesundheitsmanagement = ArbeitnehmerInnenschutz + Betriebliche Gesundheitsförderung + Strategisches Management.«[233]

Darüber hinaus sollen die Erhaltung und Förderung der Gesundheit bedarfsgerecht um die Perspektive der Wiederherstellung der Gesundheit, wie 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.

Abbildung 34:
Das BGM-3-Säulen-Modell.[234]
Der ArbeitnehmerInnenschutz ist gesetzlich verpflichtend, Gesundheitsförderung und Wiedereingliederung sind auf freiwilliger Basis umzusetzen.



233 Janssen, Kentner & Rockholtz (2004, S. 44)
234 In Anlehnung an Schirrmacher (2015)

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 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 eines „Handlungsfelds BGF" darstellen („Gesundheitsförderung in der Nachhaltigkeit"). Auf dieser Grundlage können längerfristig dann die anderen „Handlungsfelder" zu einem umfassenden BGM aufgebaut und ergänzt werden. Für Kleinbetriebe braucht es noch praktikable Modelle und Angebote zur Wiedereingliederung von langzeiterkrankten oder verunfallten MA.

7.2.4 Gesundheit als Führungsaufgabe

Ein BGM ist dadurch gekennzeichnet, dass es eine Führungsaufgabe ist. Ein qualitativ hochwertiges BGM zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht ausschließlich von den Betrieblichen Gesundheitsmanager*innen umgesetzt und organisiert, 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.[235]

Eine wesentliche Voraussetzung, damit Gesundheit zur Führungsaufgabe wird, ist, dass die oberste Unternehmensleitung ihre FK 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 MA (z. B. Betriebliche Gesundheitsmanager*innen) im Unternehmen delegiert. Die oberste Leitung ist für einen erforderlichen Wandel in Richtung einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur[236] verantwortlich und vermittelt, wie bedeutsam das BGM für die Erreichung der Unternehmensziele ist.[237]

---

235 Weinreich & Weigl (2011, S. 152)
236 Kammer für Arbeiter und Angestellte für Oberösterreich (2015)
237 Kaminski (2013, S. 83 ff.)

Tabelle 31: Checkliste BGM-Gestaltungsmerkmale.

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 Unternehmens- oder in ähnlichen Dokumenten (z. B. Personalpolitik, Betriebsvereinbarungen, Führungsgrundsätze) sowie in Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen oder in vorhandenen MS als Querschnittsthema integriert? (Integration in betriebliche Routinen)
Welche Verantwortlichkeiten, Gremien und Maßnahmen aus dem ANSch bzw. im Bereich der Früherkennung bzw. Wiedereingliederung von langzeiterkrankten MA 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 FK sichtbar die Ziele und Aktivitäten des BGM? (Gesundheit als Führungsaufgabe)
Nehmen FK ihre betriebliche Fürsorgepflicht wahr bzw. werden im Rahmen der betrieblichen Zielvereinbarungen mit FK auch BGM-Ziele für den eigenen Verantwortungsbereich vereinbart? (Gesundheit als Führungsaufgabe)

7.3 Entwicklung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement-Systems

Aufgrund der aktuellen Entwicklungen in der Arbeitswelt (siehe Kapitel 2) 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 35) 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“),
- kurz- und mittelfristige 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
- grundlegende Anforderungen an eine 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 MS zumindest kompatibel sein. Das BGM-Konzept sollte dabei möglichst als integraler Bestandteil in das Handbuch eines im Betrieb vorhandenen Managementsystem (ANSch, Qualität, Umwelt, integriertes MS) eingebaut werden.

Abbildung 35: Bausteine einer BGM-Systematik.

7.3.1 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 10.4.1** findet sich eine Checkliste mit einer Reihe an Reflexionsfragen zur Durchführung einer Basisanalyse.

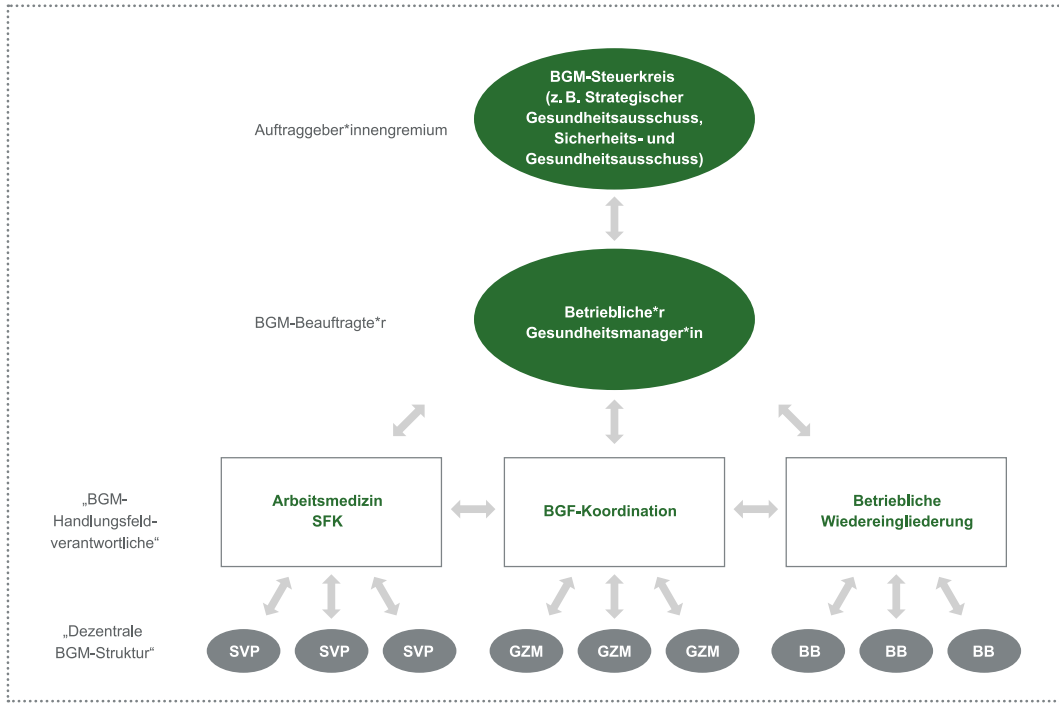
7.3.2 Betriebliche Gesundheitspolitik

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 MA zu erhalten, zu fördern bzw. wiederherzustellen. In der aktiven Umsetzung des Leitbilds im Betriebsalltag zeigen die Unternehmensleitung und die FK, dass Gesundheit im Betrieb über einen angemessenen Stellenwert verfügt.

7.3.3 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 dauerhaft fortgeführt werden, 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 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.[238]

Abbildung 36: Beispielhafte BGM-Organisationsstruktur.



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

238 Deutsche Gesellschaft für Personalführung (2011)

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

Die Erweiterung der inhaltlichen Perspektiven (siehe Kapitel 7.2) 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. ANSch, Arbeitspsychologie, Gesundheitsförderung, Personalentwicklung, QM, Wiedereingliederung/Casemanagement), keine Parallelstrukturen im Betrieb aufbauen sollten, sondern sich vielmehr **dauerhaft untereinander vernetzen und austauschen** sowie sich auf gemeinsame, übergeordnete BGM-Ziele ausrichten. Dieser Austausch untereinander kann zum Beispiel u. a. 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 Gesundheitszirkelmoderator*innen** (GZM) 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 Multiplikator*innenstruktur (z. B. „**Gesundheitsvertrauenspersonen**“), angedacht werden.

7.3.4 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 5.1.11). 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 Rechnung tragen (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: Beispielhafte BGM-Ziele und Indikatoren.

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

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. Die Kennzahlen können dabei entweder in vorhandene Kennzahlensysteme, wie etwa in eine Balanced Scorecard (BSC), integriert[239] oder zur Steuerung des BGM beispielsweise als eigenständige Gesundheits-BSC etabliert werden.[240]

7.3.5 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. Ein Prozess beschreibt dabei einen „Satz zusammenhängender und sich gegenseitig beeinflussender Tätigkeiten, der Eingaben in Ergebnisse umwandelt“,[241] d. h. die auszuführen sind, um ein Ziel zu erreichen.

---

239 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
240 Horvath, Gamm & Isensee (2009)
241 ÖNORM ISO 45001 (S. 16)

Im Handlungsfeld „ANSch“ 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 MA jeweils als Prozess beschrieben werden.

Im Handlungsfeld „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 7.2). 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 BGF um die wesentlichsten Tätigkeitsschritte im Rahmen des Handlungsfelds „Betriebliches Eingliederungsmanagement“ ergänzt werden.

Bei der konkreten Umsetzung der Tätigkeiten in den drei BGM-Handlungsfeldern 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.

7.3.6 Programme und Maßnahmen

In der Nachhaltigkeit geht es um die Verstetigung von Maßnahmen bzw. Angebote sowie um deren kontinuierliche Weiterentwicklung. So können bewährte Maßnahmen dauerhaft angeboten und durch die Rückmeldung der Teilnehmenden sowie aufgrund veränderter Bedarfe kontinuierlich weiterentwickelt werden. Es wird empfohlen, die Maßnahmen nicht ausschließlich nach dem „Gießkannenprinzip“ für alle MA umzusetzen, sondern das vorhandene Standardangebot durch die Berücksichtigung des präventiven Bedarfs unterschiedlicher Zielgruppen zu ergänzen und darauf aufbauend spezifische Maßnahmen für einzelne Zielgruppen (z. B. an- und ungelernte Mitarbeitende, tätigkeits- und alternsgerechte Aspekte) zu entwickeln.[242]

---

242 Dragano & Wahl (2015)

Abbildung 37: Stufen des Kriteriums „Nachhaltigkeit".[243]

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 Themen, wie Mobbing- oder Burn-Out-Prävention, gibt es gute Praxisbeispiele. Die Erarbeitung entsprechender Richtlinien erfordert eine gemeinsame Linie der verschiedenen Interessensgruppen in einem Betrieb.[244]

7.3.7 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 Prozessevaluation während der Durchführung eines BGF-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 und das BGM fortlaufend optimiert werden („**Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung**").

---

243 Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (2021, S. 41).
244 Scharinger (2009, S. 84)

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 MA und FK 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 verhältnisorientierten 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 definiert werden.[245]

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.

---

245 Nähere Informationen im Österreichischen Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben (Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, 2004)

7.3.8 Dokumentation

Eine regelmäßig durchgeführte Dokumentation liefert die Basis für die Erstellung von Jahres- oder Gesundheitsberichten sowie für eventuell von Fördergeber*innen 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.[246]

Die Dokumentation sollte übersichtlich und strukturiert aufgebaut sein, sowie bei Bedarf aktualisiert und/oder überarbeitet werden.[247] 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, Gefährdungsbeurteilungen, arbeitsmedizinischen Untersuchungen, Interviews, Fokusgruppen, die umgesetzten Maßnahmen (bei der Arbeitsplatzevaluierung nach den gesetzlichen Vorschriften des ASchG im Rahmen der Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Soziales über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente, DOK-VO[248]) schriftlich dokumentiert werden. Weiters können beispielhaft die internen Besprechungen, die Ergebnisse aus den Selbstbewertungen (z. B. interne Audits, Managementbewertungen) und aus der fortlaufenden Ergebnisevaluation sowie 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. 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.

---

246 Scharinger (2009, S. 80)
247 Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (2004)
248 www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10009021 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026]

7.4 Tipps/Erfolgsfaktoren

- Für eine erste Basisanalyse ist ausreichend Zeit einzuplanen. Diese sollte gemeinsam im BGF-Projektteam bereits während der Durchführung des BGF-Projekts stattfinden. 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 Gesundheitsmanager*innen“) zusammen mit dem BGM-Team (z. B. mit Vertreter*innen der Präventivdienste, Belegschaftsvertretung, Personalentwicklung, QM) einen ersten Vorschlag für eine Betriebliche Gesundheitspolitik erstellen. Dieser kann in weiterer Folge mit den FK und MA abgestimmt und gegebenenfalls verändert bzw. noch weiter ergänzt und schließlich von der Unternehmensleitung freigegeben werden.
- Dieses Leitbild sollte in weiterer Folge sowohl im Betrieb allen Beschäftigten (z. B. in Form von Aushängen, Besprechungen, Schulungen, Firmenveranstaltungen, Intranet) als auch externen Kooperationspartner*innen, Kund*innen und Lieferant*innen (z. B. Homepage, Inserate/Stellenanzeigen, Messen, Tage der offenen Tür) bekannt gemacht werden.
- Die BGM-Organisationsstruktur ist mit allen BGM-Verantwortlichen sowie einer Beschreibung ihrer Tätigkeiten möglichst bildhaft in Form eines Organigramms darzustellen.
- Es soll sichergestellt werden, dass die zuständigen Personen genügend Arbeitszeit zur Verfügung haben, um ihren Aufgaben entsprechend nachkommen zu können.
- Werden GZM, Gesundheits- oder Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP) 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, ist darauf zu achten, dass auch hier die Unternehmensleitung ihre Unterstützung des BGM etwa in Form eines Vorworts sichtbar macht.

Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

8. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen und BGF

Was spricht für die kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung und der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)?

Betriebe sind gesetzlich verpflichtet, die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung durchzuführen (siehe §§ 4 und 7 Arbeitnehmer-Innenschutzgesetz, ASchG). Unter psychischer Belastung ist dabei die „Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf einen Menschen zukommen und diesen psychisch beeinflussen" zu verstehen.[249] Die BGF gemeinsam mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung 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 Kund*innen gefördert und ausgebaut werden. Sie ergänzen sich dahingehend, dass die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung 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.

---

249 ÖNORM EN ISO 10075-1 (2018)

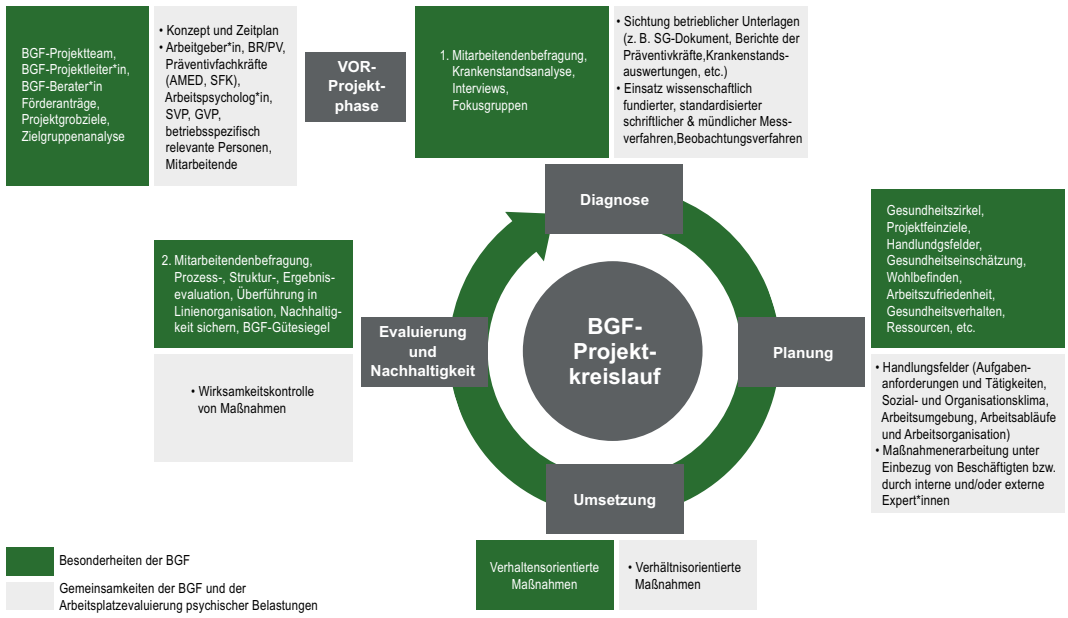
Sichtbarmachen des Engagements der Geschäftsleitung

Der ArbeitnehmerInnenschutz (ANSch) erlangt durch die Einbeziehung in die Kommunikationsmaßnahmen und -abläufe wie auch 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, was von den Mitarbeitenden (MA) positiv wahrgenommen wird und somit den Stellenwert von Gesundheit im Unternehmen erhöhen kann.

8.1 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 Belastung müssen eingehalten werden. Die gemeinsame Umsetzung darf nicht dazu führen, dass gesetzlichen Anforderungen nicht entsprochen wird. Die nachfolgende Abbildung 38 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 Belastung hervor:

Abbildung 38: 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 MA 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 lässt sich für beide Prozesse gemeinsam durchführen.

8.2 Worauf ist bei der gemeinsamen Durchführung zu achten?

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

Methodische und organisatorische Rahmenbedingungen

Wenn beide Prozesse zeitgleich umgesetzt werden, können Synergien tatsächlich genutzt werden. Allerdings sollten keinesfalls Projektschritte beliebig kombiniert bzw. gegenseitig ausgetauscht werden. Beispielsweise ist im Rahmen der Diagnosephase immer klar zu kennzeichnen, 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 sowie datenschutzrechtliche Aspekte berücksichtigt werden. Demografische Daten werden im Zuge der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung nicht erhoben. Bei der gemeinsamen Durchführung von schriftlichen Befragungen oder Workshops ist kenntlich zu machen oder darauf hinzuweisen, welcher Teil welchem Prozess inhaltlich zuzuordnen ist.

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

Während bei der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung 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 Belastung ist es gesetzlich geregelt, dass Ergebnisse und Maßnahmen im SG-Dokument festzuhalten sind.

Kosten

Die Kosten für die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung 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 Belastung wird auf den „Leitfaden Psychische Gesundheit – Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung“[250] verwiesen.

?!

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

250 Blattner & Elsigan, 2015

9. Good Practice Beispiele

Die Broschürenreihe „Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Beispiele guter Praxis“ des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) stellt Betriebe unterschiedlicher Branchen und Größen vor, die mit dem Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung („BGF-Preis“) ausgezeichnet wurden. In den Broschüren werden Herausforderungen und Motive, Maßnahmen und Umsetzungsschwerpunkte sowie Effekte und Nutzen der BGF-Maßnahmen kurz dargestellt. Interviews mit Fachleuten ergänzen die einzelnen Broschüren.

Durch Klicken oder Scannen der jeweiligen QR-Codes, können Sie die folgenden Broschüren als pdf downloaden.

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beispiele guter Praxis 2026

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beispiele guter Praxis 2023

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beispiele guter Praxis 2020

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beispiele guter Praxis 2017

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beispiele guter Praxis 2014

Good Practice Beispiele

Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich

Beispiele guter Praxis 2011

2023 wurde der BGF-Preis vom Österreichischen Netzwerk für BGF (ÖNBGF) und vom FGÖ bereits zum neunten Mal verliehen. Im Rahmen einer Studie wurden die Erfolgsfaktoren dieser Betriebe untersucht und herausgearbeitet, was sie – ganz im Sinne eines BGF-Preisträgers – besonders auszeichnet.

Erfolgsfaktoren für Betriebliche Gesundheitsförderung

Lernen von guter Praxis in Unternehmen

10. Werkzeugkoffer

Unterlagen und Checklisten für die Praxis

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

10.1 Vorprojektphase

10.1.1 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	• 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	• Was verstehen wir im Betrieb genau unter „Gesundheit“? • Auf welches gemeinsame Verständnis können wir uns einigen?
Einflussfaktoren / Projektumfeld	• Wer könnte das Projekt intern unterstützen? • Wer steht dem Projekt wahrscheinlich negativ gegenüber? Welche Zielgruppe(n) wird bzw. 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	• 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?

Agendapunkte	Exemplarische Fragestellungen:
Zielgruppen-orientierung	• 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	• 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 Gesundheitszirkel (GZ) intern oder extern durchführen lassen? • Was und wann soll im BGF-Projekt dokumentiert werden?
Grobplanung	• 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	• Kommunikationskonzept • Sensibilisierung der Führungskräfte • Planung des BGF-Kick-offs • Projektdokumentation und Berichtswesen • FGÖ-Förderantrag • Unterzeichnung BGF-Charta

10.1.2 Checkliste Vorbereitung auf die Arbeit in einem Netzwerk

Die Checkliste Vorbereitung auf die Arbeit in einem Netzwerk[251] soll vor allem kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bei einer kurzen Selbsteinschätzung unterstützen, ob man die Teilnahme an einem regionalen Gesundheitsnetzwerk (siehe Kapitel 4.3.4) in Betracht ziehen möchte. Wenn die meisten Fragen mit „Ja“ beantwortet werden, kann von der Bereitschaft zur Teilnahme an einem regionalen Gesundheitsnetzwerk ausgegangen werden.

251 Simon, Heger & Reszies (2011, S. 150)

Sind Sie bereit für die Arbeit in einem Netzwerk?	Ja	Nein
Ich bin bereit, Zeit zu investieren?		
Ich bin bereit, Geld zu investieren?		
Ich bin bereit, Infrastruktur zur Verfügung zu stellen?		
Ich weiß, dass Netzwerkinvestitionen sich eher mittelfristig einstellen und bin bereit, das zu akzeptieren?		
Ich bin bereit, mit gleichberechtigten Partnern an einem Ziel zu arbeiten?		
Ich bin bereit, Kompromisse zu schließen, um gemeinsame Netzwerkziele zu erreichen?		
Ich bin bereit, mich auf einen überbetrieblichen Kommunikationsprozess einzulassen?		
Ich bin neugierig auf neues Wissen und bereit, Neues auszuprobieren?		

10.1.3 Projektauftrag

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

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:

10.1.4 Checkliste Zielgruppen – Gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Setting Betrieb[252]

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. Verwaltungsangestellte, Sekretariat, Facharbeiter*innen)	
Hoher Status (z. B. Führungskräfte, Fachkräfte)	
Personen mit Migrationshintergrund in 1. Generation	

252 In Anlehnung an Salzburger Gebietskrankenkasse (2011)

Gruppe 1 Herkunftsland: Sprache:	
Gruppe 2 Herkunftsland: Sprache:	

Menschen mit physischen und psychischen Beeinträchtigungen	

Beschäftigungsausmaß	
Geringfügige Beschäftigte	
Teilzeit-Beschäftigte	
Vollzeit-Beschäftigte	

Beschäftigte im Schichtdienst	
Leiharbeitende im Unternehmen	

10.1.5 Projektkommunikation und -marketing

Kommunikationsmaßnahmen sind gerade im Rahmen von BGF-Projekten sorgfältig vorzubereiten, 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).

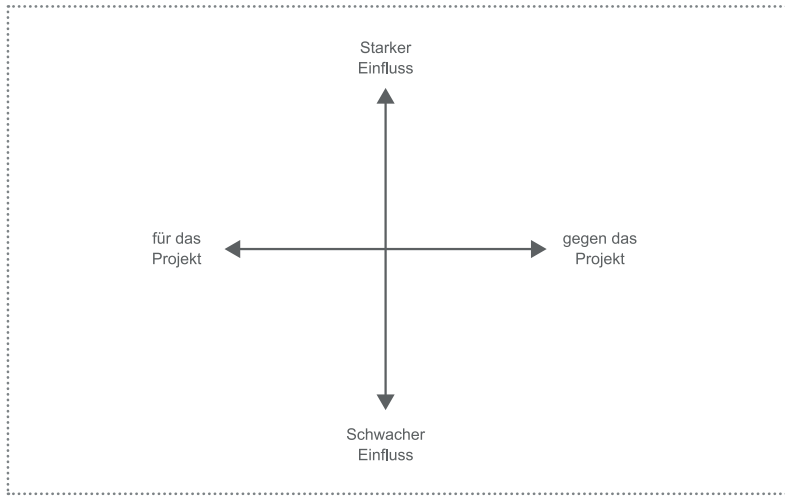
Zielgruppen- oder Anspruchsgruppenanalyse

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

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

Kraftfeldanalyse

Im Rahmen einer sogenannten Kraftfeldanalyse können 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 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.

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

10.1.6 Projektrisikoanalyse

Die Projektrisikoanalyse 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).

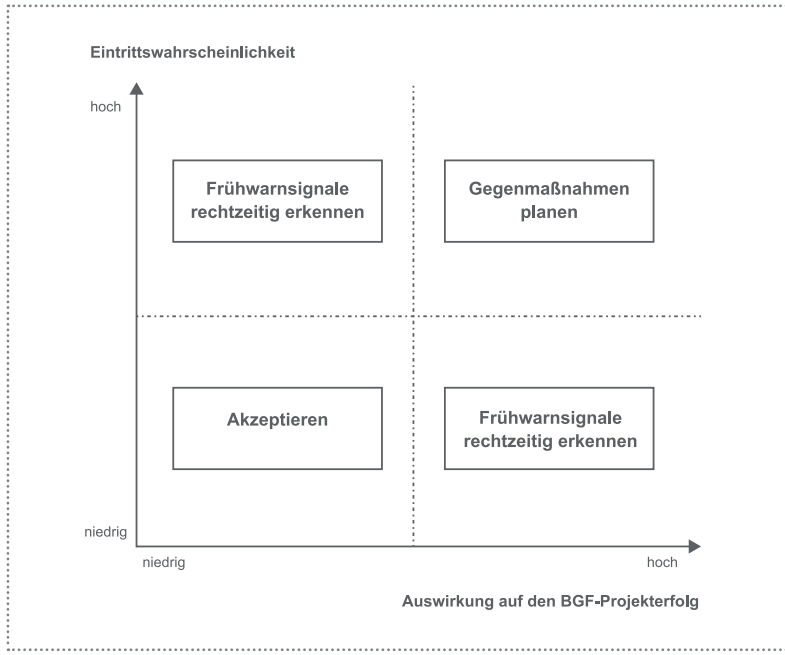
Qualitative Risikoanalyse

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“).

Werkzeugkoffer

Projektrisikoanalysematrix



Gegenmaßnahmen planen

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

10.2 Maßnahmenplanung

10.2.1 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) schriftlich in Form eines Zielekatalogs dokumentiert und in geeigneter Form an die Belegschaft kommuniziert werden.

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?

10.2.2 Checkliste zur Umsetzung eines Gesundheitszirkels (GZ)[253]

Anzahl der Mitarbeitenden	
Name des BGF-Projekts	
Dauer des BGF-Projekts	
Interne BGF-Projektleitung	
Externer GZ-Moderator*in	
Bezeichnung des GZ	

Übersicht über alle geplanten GZ

#	Bezeichnung des GZ	Name der Moderation
1		
2		
3		

253 In Anlehnung an Reis-Klingspiegl & Fadengruber (2015)

Design des GZ

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, Migrant*innen, 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 GZ
Maßnahmenvorschläge des GZ werden auch im Rahmen einer Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen lt. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (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 MA umsetzen?
    - Was könnten FK mit MA umsetzen?
    - Was könnten andere Personen / Abteilungen umsetzen?

Anmerkung der internen BGF-Projektleitung

- **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

10.2.3 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). 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 Trainer*innen) oder ob diese ohne zusätzliche monetäre Aufwendungen durchgeführt werden kann (z. B. Einführung von „Mitarbeitende bewegen Mitarbeitende“ als bewegte Kurzpause im Betrieb).

Ziel	Maßnahme	Zielgruppe(n)	Verantwortlich	Zeitpunkt/ Kosten

10.3 Evaluation

10.3.1 Evaluationsraster

Der Evaluationsraster baut auf dem BGF-Projektzielekatalog auf und ergänzt diesen um eine Evaluationsmethode (z. B. Mitarbeitendenbefragung für Ergebnisziele, Daten aus der BGF-Projektdokumentation wie z. B. Teilnahmelisten, Rücklaufquoten von Mitarbeitendenbefragungen für Prozessziele) und beinhaltet zusätzlich den konkreten Erhebungszeitpunkt (z. B. Arbeitspaket „Ergebnisevaluation durchführen; siehe Abbildung 15 auf Seite 43).

Zielformulierung	Indikator/ Kennzahl	Sollwert	Methode	Zeitpunkt

10.3.2 Checkliste zu den 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF

Nº	Qualitätskriterium	✓
1	**Unternehmensgrundsätze / Unternehmenskultur** *Verankerung der BGF in zentralen Unternehmensdokumenten und Managementsystemen.* Welche Schritte wurden gesetzt, damit BGF im Unternehmen als Querschnittsmaterie umgesetzt und „gelebt“ wird?	
2	**(Projekt-)Struktur** *Strukturelle Verankerung der BGF im Unternehmen.* Entspricht die strukturelle und personelle Ausrichtung der BGF-Strukturen den theoretischen Ansprüchen der BGF und den aus den Betriebsspezifika resultierenden Erfordernissen?	
3	**Zuständigkeiten / Ansprechpersonen** *Klare Verantwortlichkeit für die BGF.* Können Personen oder Gruppen, welche die BGF im Unternehmen federführend forcieren bzw. umsetzen, klar benannt werden?	
4	**Zielgruppenorientierung** *Ausrichtung des Projektes (insbesondere Diagnose und Umsetzung) an Bedürfnissen einzelner Zielgruppen.* 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?	
5	**Diagnosephase/-instrumente / Bedarfserhebung** *Adäquanz der eingesetzten Instrumente und Tools.* Wurden adäquate quantitative und / oder qualitative Instrumente / Tools im Rahmen der Diagnosephase eingesetzt?	
6	**Mitarbeitendenorientierung** *Partizipative Ausrichtung der BGF im Unternehmen.* 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?	
7	**Kommunikation** *Qualität der Informations- und Kommunikationsstrukturen.* 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?	

8	**Verhältnisorientierte Maßnahmen** *Umsetzung von angemessenen Maßnahmen im Bereich der Verhältnisprävention.* 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?	
9	**Verhaltensorientierte Maßnahmen** *Umsetzung von angemessenen Maßnahmen im Bereich der Verhaltensprävention.* 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?	
10	**Führung** *Sensibilisierung von Führungskräften sowie Umsetzung von spezifischen Maßnahmen für Führungskräfte.* In welchem Umfang und mit welcher Qualität wurden derartige Maßnahmen umgesetzt? Orientieren sich die gesetzten Maßnahmen streng an den Ergebnissen der Bedarfserhebung?	
11	**Qualität der Zielformulierung / Umfang der Ziele** *Qualität und Umfang der formulierten Ziele.* 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?	
12	**Ergebniskontrolle und Evaluation** *Qualität und Umfang der Evaluation / Kontrolle des gesamten BGF-Kreislaufes.* Wurden im Sinne einer angemessenen Ergebniskontrolle / Evaluation adäquate quantitative und / oder qualitative Instrumente / Tools eingesetzt?	
13	**Zielerreichung** *Überprüfung und Reflexion der Erreichung der angestrebten Ziele.* Wurden die angestrebten Ziele erreicht? Wurden die Ziele und etwaige Gründe im Falle von Nichterreichung angemessen reflektiert?	
14	**Nachhaltigkeit** *Nachhaltige Ausrichtung von Projektstrukturen und Maßnahmen.* 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?	
15	**Allgemeine Bewertung** *Stringente und strukturierte Umsetzung der BGF-Aktivitäten (Public-Health-Action-Cycle).* Wurden die Aktivitäten schlüssig, stringent und in sich stimmig umgesetzt?	

10.4 Exkurs: Betriebliches Gesundheitsmanagement

10.4.1 Checkliste zur BGM-Basisanalyse

Um ein, auf die Bedarfe des jeweiligen Betriebs passendes, Betriebliches Gesundheitsmanagement (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 7).

Allgemeine Reflexionsfragen	• 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	• 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 (FK) im Alltag gelebt? • Ist die betriebliche Gesundheitspolitik den FK und Mitarbeitenden (MA) bekannt und an diese kommuniziert worden?
Organisationsstruktur	• Wie ist der ArbeitnehmerInnenschutz (ANSch) im Betrieb organisiert? Welche Funktionen (z. B. Arbeitsmedizin, Sicherheitsfachkräfte) und Gremien (z. B. Arbeitsschutzausschuss, ASA) sind bereits vorhanden? • Welche Funktionen (z. B. BGF-Projektleiter*in und -mitarbeitende, Gesundheitszirkelmoderator*innen, GZM) 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 langzeiterkrankten MA beschäftigen?
Ziele und Kennzahlen	• 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 ANSch im Betrieb bzw. im Bereich der Früherkennung bzw. im Umgang mit langzeiterkrankten MA 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?

Programme und Maßnahmen	• 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 ANSch umgesetzt? Welche Maßnahmen gibt es zur Früherkennung bzw. im Rahmen der Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten? • Werden FK 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	• Welche Instrumente der Personal- und Organisationsentwicklung (PE/OE) gibt es im Betrieb? • In welchen bestehenden PE-/OE- bzw. Führungsinstrumente (z. B. Balanced Scorecard – BSC, Zielvereinbarungen) könnte künftig Gesundheit als Querschnittsthema verankert werden? • Welche Managementsysteme (MS) und -instrumente (Qualität, Arbeitsschutz, Umwelt) gibt es im Betrieb?
Prozesse	• 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 ANSch umgesetzt (z. B. Arbeitsplatzevaluierung, Unterweisungen, arbeitsmedizinische Untersuchungen)? Wie werden darüber hinaus die jeweiligen gesetzlichen Anforderungen (z. B. ASchG, Bundes-Bedienstetenschutzgesetz – B-BSG) im Betrieb umgesetzt? • Welche in regelmäßigen Abständen wiederkehrenden Tätigkeiten (Prozesse) werden zur Früherkennung und bei der Wiedereingliederung von längerfristig erkrankten bzw. verunfallten MA im Betrieb umgesetzt? • Welcher dieser Prozesse/Tätigkeitsschritte wird schriftlich in Form einer Prozessbeschreibung festgehalten bzw. welche werden in regelmäßigen Abständen einer internen Kontrolle unterzogen?
Kontrollinstrumente / kontinuierliche Verbesserung	• Wie werden derzeit im Rahmen des BGF-Projekts Verbesserungspotenziale identifiziert (z. B. Struktur- und Prozessevaluation)? • Wie werden derzeit im ANSch 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 ANSch informiert (Managementbewertung)?
Dokumentation	• Was wird derzeit im Rahmen des BGF-Projekts dokumentiert (z. B. BGF-Projektteambesprechungen, Gesundheitszirkel (GZ), Ergebnisse der Diagnosephase, BGF-Maßnahmenkatalog, Teilnahmequoten Maßnahmen, BGF-Projektziele, Verantwortlichkeiten und Aufgaben im Projekt, Gesundheitsbericht)? • Was wird derzeit im Rahmen im ANSch bzw. im Zuge der Früherkennung bzw. bei der Wiedereingliederung von längerfristig erkrankten bzw. verunfallten MA 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?

10.5 Betriebliches Übergangsmanagement

Im Folgenden werden praxiserprobte Werkzeuge bzw. Instrumente zur Unterstützung und Handhabbarkeit des Betrieblichen Übergangsmanagements (BÜGM) nach den fünf Handlungsebenen (siehe Kapitel 6.2) vorgestellt. Die Werkzeuge werden im Steckbrieformat vorgestellt und sind in verkürzter Form aus Baier und Gruber (2021) entnommen. Einige Werkzeuge, wie z. B. zur Altersstrukturanalyse oder zur Arbeitsplatzbeobachtung, werden kostenfrei angeboten. Des Weiteren stehen Werkzeuge im Rahmen des Serviceangebotes SP-mybook des Schäffer-Poeschel Verlages im angeführten Standardwerk von Baier und Gruber (2021) als Online-Material zur Verfügung.

10.5.1 Werkzeuge für Betriebliches Übergangsmanagement nach Handlungsebenen

BÜGM Handlungsebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Altersgerechte Führungs-/ Organisationsstruktur	Betriebliche Altersstrukturanalyse und -prognose (strategische Führung)	Abbildung der Ist-Situation im Betrieb bzgl. Alterszusammensetzung (inkl. Prognose), der Austrittszeitpunkte, der notwendigen Nachfolgeplanung, des zukünftigen Qualifikationsbedarfes, des Einsatzes von Wissenstransfermethoden u. a. m.	Durchführung seitens Personalmanagement: 1. Festlegung der betrieblichen Einheiten, die untersucht werden 2. Berechnung und Darstellung 3. Interpretation der Ergebnisse 4. Ableitung von strategischen Maßnahmen	Kostenfreie Tools[254]
Altersgerechte Führungs-/ Organisationsstruktur	Internes Audit „BÜGM“ (strategische Führung)	Erhebung der Ist-Situation von organisationalen Bedingungen, die ein BÜGM beeinflussen. Grundlage für die betriebsinterne Meinungsbildung von Entscheidungsträger*innen auf Basis der fünf BÜGM-Handlungsebenen.	Im Einzel- oder Gruppengespräch: 1. Fragebogen ausfüllen 2. Zusammenfassung, Auswertung und Interpretation des Audits 3. Diskussion von strategischen Maßnahmenvorschlägen und -ansätzen	Fragebogen (50 Items) in Baier und Gruber (2021)[255]

254 Baier & Gruber (2021, S. 127 f.); https://altersstrukturcheck.auva.at/; https://demobib.de/bib/ [letzter Zugriff: 18. 5. 2026

255 Baier & Gruber (2021, S. 128 f.)

BÜGM Handlungs-ebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Altersgerechte Führungs-/ Organisations-struktur	Führung-Mitarbeitende-Gesprächs-baustein „Anerkennender Erfahrungsaustausch“ (operative Führung)	Verhütung von Arbeitsbewältigungskrisen durch Klärung von Maßnahmen auf Führungs- und Beschäftigtenebene zur Aufrechterhaltung der Arbeitsbewältigung nach Erfassung von aktuellen Stärken/ Ressourcen bzw. Schwächen/Entwicklungsthemen.	1. Aufklärende Kommunikation und Einladung zum besonderen Dialog 2. Austausch der angedachten Erhaltungs-, Förder- und Unterstützungsmaßnahmen 3. Interesse an wechselseitigem Feedback zeigen und umsetzen	Gesprächsnotiz mit sechs Leitfragen[256]: Stärken/Ressourcen 1. Was gefällt bei der Arbeit (am meisten)? 2. Auf was sind Sie stolz im Unternehmen? 3. Was macht das Unternehmen für die Gesundheit/Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeitenden? 4. Schwächen/ Entwicklungsthemen 5. Was belastet und stört (am meisten)? 6. Was würden Sie an meiner Stelle als Erstes weiter verbessern? 7. Was können Sie persönlich zu Verbesserungen beitragen?
Altersgerechte Führungs-/ Organisations-struktur	Abschlussdialog (operative Führung)	Interessenvermittlung seitens Führungskraft an einer guten Gestaltung des Abschlusses der Erwerbsarbeit. Eingang auf gemeinsam Erreichtes und konkrete Themen der Abschiedsgestaltung bzw. auf Perspektiven der nächsten Lebensphase.	Vereinbarung des Abschlussdialogtermins mit dem*der Beschäftigten. Durchführung des Dialogs in einem störungsfreien Rahmen.	Leitfadengestütztes Gespräch (Auszug):[257] Ich danke dem*der Mitarbeiter*in für …. Welche Pläne für die nachberufliche Phase/nächste Lebensphase haben Sie? Was sind aus Ihrer Sicht die herausragenden, positiven Situationen des Arbeitskontexts? (ggf. priorisiert im Sinne 1., 2., 3. …) Was wollen Sie mir noch sagen, damit Sie sich gut verabschieden können? Wollen Sie Ihre Talente, Stärken und Erfahrungen (ggf. in einem für Sie passenden Ausmaß in Ihrer neuen Lebensphase) anderen Menschen zur Verfügung stellen? …

256 Baier & Gruber (2021, S. 130 f.)
257 Baier & Gruber (2021, S. 129 f.)

Werkzeugkoffer

BÜGM Handlungs-ebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Altersgerechte Arbeitsgestaltung	Arbeitsfähigkeits-coaching® (ausge-bildete Beauftragte)	Das Arbeitsfähig-keitscoaching® ist ein betriebliches An-gebot an Beschäf-tigte, um nach län-gerem Krankenstand eine Balance zwischen Arbeitsanforderun-gen und individuel-ler Kondition zu er-langen.	Der*Die ausgebildete Be-auftragte/Case Manager*in im Betrieb sorgt für den Wiedereinstieg eines*einer vorher Langzeiterkrankten auf verschiedenen Ebe-nen: betrieblich (Struktur-arbeit für die Integration von Wiedereingliederung in das Gesundheitsma-nagement mit Arbeits-schutz und Personalwe-sen), überbetrieblich (Nutzung eines Unterstüt-zungsnetzwerks mit Ge-sundheitskassen und Mi-nisterien) und individuell (partizipative Maßnahme-nentwicklung).	Informationen, Kenntnisse und Fertigkeiten sowie Ma-terialien werden in Ausbil-dungen der dafür betrieb-lichen Beauftragten vermittelt.[258]
Altersgerechte Arbeitsgestaltung	„Leitfaden zur Ar-beitsplatzbeobach-tung“ (ausgebildete Beauftragte)	Ermittlung und Ein-schätzung alterskri-tischer Arbeitsbe-dingungen älterer Beschäftigter „55 plus“.	Die Durchführung erfolgt durch qualifizierte Perso-nen anhand folgender Schritte: 1. Information des*der Be-schäftigten 2. Beobachtung bei der Ausführung der Ar-beitstätigkeit 3. Gespräch von Arbeits-platzbeobachter*in mit Beschäftigten, führungs-verantwortlicher Person und Bewertung des Ar-beitstätigkeit hinsichtlich der definierten Kriterien	Kostenfreies Tool[259]

258 Baier & Gruber (2021, S. 131 f.); www.arbeitsfaehig.com/de/
259 Baier & Gruber (2021, S. 132 f.); www.ageingatwork.eu/resources/leitfaden_arbeitsplatzbeobachtung_tool-baua.pdf [letzter Zugriff: 18. 5. 2026]

BÜGM Handlungsebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Altersgerechte Laufbahngestaltung	Arbeitsanalyse/Arbeitslandkarte (ausgebildete Beauftragte)	Die Arbeitsanalyse zur Entwicklung einer Arbeitslandkarte soll zu einer Laufbahnplanung führen, die gesundheitsbezogene Belastungswechsel und Entwicklungsmöglichkeiten der Beschäftigten in jeder Lebensphase ermöglicht.	Die Durchführung besteht aus mehreren Bausteinen und erfolgt durch eine*n qualifizierte*n Beauftragte*n: • Erfassung aller Arbeitstätigkeiten nach Arbeitsaufgabe, Arbeitsinhalten, physischen und psychischen Belastungen und Qualifikationsanforderungen etc. Es entsteht die betriebliche »Arbeitslandkarte« mit einem Vorschlag zur Einstufung der Arbeitsplätze nach ihrem Charakter im Laufe eines Berufslebens: → Einstiegs-, → Umstiegs- oder Entwicklungs-, → Verweil- und → Ausstiegs-Arbeitsplatz • Einbindung der Mitarbeitenden bei der Beurteilung der verschiedenen Arbeitsplatztypen und der Beschreibung der derzeitigen und künftig möglichen Karrierewege • Feststellung des Qualifizierungsbedarfs für alter(n)sgerechte Karrieren Auf Basis der Ergebnisse werden Perspektiven- bzw. Personalentwicklungsgespräche zwischen dem*der unmittelbaren Vorgesetzten und dem*der Beschäftigten geführt.	Kostenfreie Arbeitsmaterialien/Tools[260]

260 https://auva.at/praevention/sicher-arbeiten/evaluierung/alternsgerechte-arbeitsgestaltung/ [letzter Zugriff: 18. 05. 2026]

Werkzeugkoffer

BÜGM Handlungs-ebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Altersgerechte Laufbahngestaltung	„Zukunftsgespräch“ (Beauftragte*r/operative Führung)	Einvernehmliche Planung des Zeitraums, den der*die Beschäftigte in der Ausgleitphase (ca. 4 bis 0 Jahre vor Pensionsantritt) noch im Unternehmen verbringt.	Die Durchführung erfolgt jährlich bzw. zweimal im letzten Jahr der Ausgleitphase und besteht aus folgenden Schritten: 1. Information an Beschäftigte und Belegschaftsvertretung 2. Review-Erstellung zu Beschäftigten: individuelle Situation, Leistungsvermögen, Arbeitsbewältigung und Kompetenz 3. Durchführung des Gesprächs 4. Schriftliche Zusammenfassung	Kostenfreier Leitfaden[261]
Altersgerechte Laufbahngestaltung	„Silber-Karriere“-Einladung (operative Führung)	Abklärung der organisatorischen und individuellen Voraussetzungen, Bedingungen und möglicher Bereitschaften für eine „Silber-Karriere“.	Vorbereitung von Leitfragen und Servicehinweisen in Abstimmung mit dem Personalwesen.	Auszug von Leitfragen und Servicehinweise:[262] Organisationale Perspektive: • Welche Anreize bietet unsere Organisation für eine »Silber-Karriere«? • Welche Werthaltungen in der Organisation und Erfahrungen gibt es dazu? • Welche Unterstützungsmöglichkeiten gibt es dafür? • Mitarbeitendenbezogene Perspektive: • Plant der*die Mitarbeiter/in die Aufrechterhaltung bestimmter arbeitsbezogener Aktivitäten? • Hat der*die Mitarbeiter/in Ziele und Pläne hinsichtlich arbeitsbezogener Tätigkeiten in der Tätigkeitsphase nach Pensions-/Rentenantritt? Hat er*sie daran Freude? • Plant er*sie diese Aktivitäten in/mit unserer Organisation?

261 Baier & Gruber (2021, S. 134 f.); www.personalmanagement.info/hr-know-how/fachartikel/detail/das-zukunftsgespraech [letzter Zugriff: 18. 5. 2026]
262 Baier & Gruber (2021, S. 125 f.)

BÜGM Handlungs-ebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Personalisierter Wissenstransfer	• Tandem-Modell (operative Beteiligte) • Wissensorientiertes Mitarbeitendengespräch (operative Führung) • Übergabegespräch (operative Führung, Beauftragte) • Storytelling (Beauftragte/operativ Beteiligte) • Verabschiedungsfeier mit Lessons Learned (Beauftragte/operativ Beteiligte) • Wissenslandkarte (Beauftragte/operativ Beteiligte) • Wissensbaum (operativ Beteiligte)	Wissenstransfer zwischen Wissensgeber*in (ältere bzw. ausscheidende Arbeitskraft) und Wissensnehmer*in (Führung und/oder operative Nachwuchskraft) sowie Förderung der Fähigkeiten zum Wissenstransfer und des wissensorientierten Verhaltens der Beschäftigten.	• Dialogorientierte und methodisch unterstützte bzw. ggf. durch die Führungskraft moderierte temporäre Zusammenarbeit zwischen Wissensgeber*in und Wissensnehmer*in • Leitfragengestützte Mitarbeitendengespräche zu Kenntnissen/Erfahrungen und gezielten Weitergabe des Knowhows • Moderierter Austausch zwischen Wissensgeber*in und Wissensnehmer*in nach einer vorbereitenden Einladung • Moderiertes Erfinden und Erzählen einer „Geschichte“ seitens der Wissensgeber*innen mit einem „lehrreichen Ausgang“ • Moderierte Verabschiedungsfeier mit vorab festgelegten Spielregeln und Dokumentation der gesammelten Erfahrungen und Ergebnisse • Einsatz von Mapping-Techniken in Papier-, Pinnwand- oder digitaler Mindmap-Version (offenes/clustered Mind-Mapping, Baumdarstellungen, Netz, Metaphoric Maps) • Metaphorische Beschreibung und Reflexion der Kompetenzen seitens der Wissensgeber*innen in Form eines Baumes mit Wurzeln (beruflicher Bildungsweg), Stamm (Kernkompetenzen) und Krone (erfolg- oder lernreiche Erfahrungen)	Literaturhinweise[263]

263 www.implizites-mitarbeiterwissen.de/methoden/lerntandem/ [letzter Zugriff: 18. 5. 2026]; Mittelmann, A. (2011): Werkzeugkasten Wissensmanagement. Norderstedt; Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie & Kompetenzzentrum Fachkräftesicherung (2012): Fachkräfte sichern: Wissens- und Erfahrungstransfer. München; Ott, F. (2003): Wissenslandkarten als Instrument des kollektiven Wissensmanagements. Diplomarbeit an der Wirtschaftsuniversität Wien; www.implizites-mitarbeiterwissen.de/methoden/wissensbaum/ [letzter Zugriff: 18. 5. 2026]

Werkzeugkoffer

BÜGM Handlungs-ebene	Werkzeug	Zweck	Durchführung	Material
Arbeitsbiografi-sche Reflexion	Leitfaden (operative Führung/operative Beteiligte)	Wertschätzung ge-genüber Beschäftig-ten und Unterstüt-zung des Ausbaus eines positiven Selbstverständnis-ses in der Über-gangsphase.	Vertrauliches Gespräch zwischen Führungskraft und Mitarbeitenden oder in einem Gruppensetting mit den Kolleg*innen des un-mittelbaren Arbeitsbereiches ca. 1 – 12 Monate vor dem tatsächlichen Aus-scheiden (Ausgleitphase)	Leitfadengestütztes Ge-spräch:[264] Wenn Sie auf Ihr bisheri-ges Arbeitsleben zurückbli-cken: • Welche Stationen gab es? • Was ist alles gelungen? • Welche herausragenden Situationen gibt es? • Was ist/war Ihnen wich-tig? • Welchen Einfluss hat/ hatte Arbeit auf: • Ihre Gesundheit/Wohl-befinden? • Ihre sozialen Beziehun-gen? • Ihr Wissen und Ihre Bil-dung?

264 Baier & Gruber (2021)

11. Verzeichnisse

11.1 Literatur

Ahlers, E., Klenner, C., Lott, Y, Maschke, M., Müller, A., Schildmann, C., Voss, D. & Weusthoff, A. (2018). Arbeitspapier. Genderaspekte der Digitalisierung der Arbeitswelt. Download unter: Genderaspekte der Digitalisierung der Arbeitswelt (www.boeckler.de/pdf/p_arbp_311.pdf) [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

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.

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (2025). ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (17. überarbeitete Aufl. 2025 mit Anmerkungen, Verweisen und Stichwortverzeichnis). (Merkblatt M030). Wien: Autor.

Backfisch, A., Ducki, A. & Borde, T. (2021). Arbeitsorte der Zukunft – Gesundheitsfördernde Gestaltung von Coworking Spaces und Homeoffice. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer. (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. (S. 311–326). Berlin: Springer.

Badura, B. (2015). Studientext: 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., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2019). Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. Berlin: Springer.

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

Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation (2., vollständig überarbeitete Aufl.). Heidelberg: Springer.

Baier, W. & Gruber, B. (2021). Demografischer Wandel und betriebliches Übergangsmanagement: Arbeitsfähigkeit erhalten, Wissen sichern, Menschen begleiten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Ballart, A. & Denys, S. (2022). Engaging and supporting national public health institutes as key climate actors. European Journal of Public Health, 32 (Supplement_3), ckac129.224. Download unter: https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.224 [letzter Zugriff: 18. 5. 2026].

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

Barthelmes, I., Bödeker, W., Sörensen, J., Kleinlercher, K.-M. & Odoy, J. (2019). Wirksamkeit und Nutzen arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2012 bis 2018 (iga.Report 40). Berlin: ig

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

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

Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P. & Herdegen, R. (2011). Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM). Umfrage und Empfehlungen. Berlin: AOK Bundesverband.

Belliger, A. & Krieger, D. J. (2022). Essays zur digitalen Transformation (Digitale Gesellschaft Band 45). Bielefeld: transcript.

Belliger, A. & Krieger, D. J. (2022). Essays zur digitalen Transformation (Digitale Gesellschaft Band 45). Bielefeld: transcript.

Bharadwaj, A., El Sawy, O. A., Pavlou, P. A. & Venkatraman, N. V. (2013). Digital business strategy. Toward a next generation of insights. MIS Quarterly, 37, 471 – 482.

Birgmann, R. (2020). Betriebe für Gesundheitskompetenz! Gesundheitsinformationen finden, verstehen, beurteilen und anwenden. Ein Leitfaden, um gesunde Entscheidungen in der Lebenswelt Betrieb zu erleichtern. Graz: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP).

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.

Bock, L., Schönauer, A., Semken, F. T., Höllrigl, J. & Götz, R. (2023). Auswirkungen der digitalen Transformation auf das Wohlbefinden der Beschäftigten und Beratungsansätze auf betrieblicher Ebene. Bericht zum Arbeitspaket 2: „Desk Research“ des Projekts „Prototyp Gesundheitssensor für Digitales Arbeiten“. Gefördert aus Mitteln des Digitalisierungsfonds der AK Wien. Wien: ÖSB Social Innovation gemeinnützige GmbH: Wien.

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.

Böning, S.-L., Maier-Rigaud R. & Micken. S. (2019). Gefährdet die Nutzung von Gesundheits-Apps und Wearables die solidarische Krankenversicherung? Eine bevölkerungsrepräsentative Bestandsaufnahme der Solidarisierungseinstellungen. WISO-Diskurs 13/2019, Friedrich-Ebert-Stiftung, Download unter: https://library.fes.de/pdf-files/wiso/15883.pdf [letzter Zugriff: 18. 5. 2026].

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

Braun, P. & Nürnberg, V. (2018). Zielgruppen im Digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagement: „Best Practice"-Beispiele. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement. Theorie und Praxis. (S. 413 – 426). Wiesbaden: Springer Gabler.

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 Arbeit und Wirtschaft (2024). Beschluss BGM-Begriffsbestimmung. Beschluss des strategischen Koordinationsgremiums der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb" am 26. Juni 2024. Download unter: www.gesundheit-im-betrieb.at/fileadmin/user_upload/20240522_BGM_Begriffsbestimmung_Onepager_Beschlussvorlage.pdf [letzter Zugriff: 18. 5. 2026].

Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit (Hrsg.). (2004). Ö-SGMS: Österreichischer Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben. Wien: Autor.

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.

Ceyka, B. (2020). Implementierung der ISO 45001 in den betrieblichen Arbeitnehmerschutz und die Rolle der Sicherheitsfachkraft (Report 81). Wien: AUVA.

Chechota, J. & Loitzl, G. (2006). Gesundheitscoaching für Klein- und Kleinstbetriebe. Modulentwicklung und Testphase bei 3 Modellbetrieben (Aug. – Nov. 2006). Unveröffentlichtes Manuskript.

Chevalier, A., & Kaluza, P. D. G. (2015). Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz: Indirekte Unternehmenssteuerung, selbstgefährdendes Verhalten und die Folgen für die Gesundheit. in J. Böcken, B. Braun, & R. Meierjürgen (Hrsg.), Gesundheitsmonitor 2015. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen: Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK (S. 228 – 253). Bertelsmann Stiftung.

Christ, R., Lang, G., Scolik, F., Gaiswinkler S. & Rossmann-Freisling, I. (2024). Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung für das Kleinbetriebssetting: Cluster- und Regionenprojekte aus Österreich. Prävention und Gesundheitsförderung, 19 (3), 376–382.

Datenschutzgesetz (DSG). Bundesgesetz zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz – DSG) StF: BGBl. I Nr. 165/1999. Download unter: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=bundesnormen&Gesetzesnummer=10001597 [letzter Zugriff: 18. 5. 2026].

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.

Demary, V., Engels, B., Röhl, K.-H. & Rusche, C. (2016). Digitalisierung und Mittelstand. Eine Metastudie (IW-Analysen, Nr. 109). Köln: Institut der deutschen Wirtschaft Medien

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

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.

Drucker, P. F. (1991). Management. An abridged and revised version of management: tasks, responsibilities, practices. Oxford: Oxford University Press.

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.

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: https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2018-09/Download_Basiswissen_Ziele.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

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

Gaiswinkler, S. (2020). Gendersensible Betriebliche Gesundheitsförderung. Kriterien aus der Literatur und Beispiele aus der Praxis. (Reihe WISSEN Band 16). Wien: Fonds Gesundes Österreich.

Gesundheit Österreich GmbH (Hrsg.). Willkommen bei der Agenda Gesundheitsförderung. Download unter: https://agenda-gesundheitsfoerderung.at/ (letzter Zugriff am 18. 5. 2026).

Gimpel, H., Lanzl, J., Osberghaus, K., Regal, C., Schäfer, R., Wischniewski, S., Tegtmeier, P., Certa, M., Kühlmann, T. M., Becker, J., Derra, N. D., Rath, S. & Scheibe, R. (2021). Prävention von digitalem Stress in der Praxis. Augsburg: Bundesministerium für Bildung und Forschung.

Graf, A. (2008). Lebenszyklusorientierte Personalentwicklung. Handlungsfelder und Maßnahmen. In Thom, N. & Zaugg, R. J. (Hrsg.), Moderne Personalentwicklung (S. 267 – 280). Wiesbaden: Springer.

Gollner, E., Stahl, H. K. & Schnabel, F. (2020). Betriebe gesund managen. Systemorientiertes Handeln für ein nachhaltiges BGM. Freiburg: Haufe.

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.

Hankammer, E. & Nickel, S. (2017). Fokus Personalmanagement Trends. Tipps. Weiterentwicklung. HR digital von lästig zu lässig. In: Haufe Akademie 2017 (1), S. 14 – 15. Download unter: www.haufe-akademie.de/downloads_shop/documents/53152.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Hasselmann, O., Schröder, J., Meyn, C. & Sareika, C. (2018). Gesundheit in der Arbeitswelt 4.0. In Cernavin, O., Schröter, W. & Stowasser, S. (Hrsg.), Prävention 4.0. Analysen und Handlungsempfehlungen für eine produktive und gesunde Arbeit 4.0 (S. 231 – 268). Wiesbaden: Springer.

Hasselmann, O., Franzen, L. & Schauerte, B. (2019). Digitale Möglichkeiten der Verhaltensprävention in Betrieben. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. (S. 179 – 191). Berlin: Springer.

Hasselmann, O., Schauerte, B. & Schröder, J. (2017). Digitalisierung: Herausforderungen meistern und Krisen vermeiden. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.). Fehlzeiten-Report 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung. (S. 39 – 51). Berlin: Springer.

Hämmerle, I., Jost, P. & Künz, A. (2018). Die Rolle des Menschen und der Gestaltung von Mensch-Maschine-Schnittstellen im Industrie 4.0 Kontext. In P. Jost & G. Kempter (Hrsg.), Assistenztechnologien in der Arbeitswelt: Beiträge zum Usability Day XVI. (S. 4 – 12). Lengerich: Pabst Science Publishers.

Hertel G. (2021). Über die Vor- und Nachteile der virtuellen Zusammenarbeit. Personal quarterly, 01/21, 6 – 9.

Hirtenlehner, H. & Sebinger S. (2004). Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.

Hofer-Fischanger, K., Jurkowitsch, K., Lang, G. & Rossmann-Freisling, I. (2022). Gesundheitsförderliches Home-Office – Ein Leitfaden für Betriebe und Beschäftigte. Wien: Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.).

Hofmann, J., Piele, A. & Piele, C. (2019). New Work. Best Practices und Zukunftsmodelle. Download unter: https://publica.fraunhofer.de/entities/publication/4cf25b3d-1eea-431a-acb2-e6b23fed40e4 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Hoppe, D. P.D. (2011). Arbeit und Gesundheit. In S. Kauffeld (Hrsg.), Arbeits-, Organisations- und Personalpsychologie (S. 223 – 244). Berlin: Springer.

Horvath, I., Gajar, P., Kichler, R. & Zeuschner, V. (2023). Co-Benefits von Klimaschutz und Gesundheitsförderung. Factsheet. Wien: Gesundheit Österreich. Download unter: https://jasmin.goeg.at/id/eprint/2816/1/Factsheet_GF_Co-Benefits%20Klima%20und%20Gesundheitsf%C3%B6rderung_final.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

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.

ifz. Internationales Forschungszentrum für soziale und ethische Fragen, ZEA, Zentrum für Ethik und Armutsforschung der Universität Salzburg, Verein unicum:mensch & AK Salzburg (Hrsg.) (2024). Wissen wohin! Wegweiser für Menschen in sozialen Notlagen. Sozialroutenplan Stadt Salzburg (3. komplett überarbeitete und aktualisierte Aufl.). Salzburg: Autoren. Download unter: www.ifz-salzburg.at/wp-content/uploads/2024/06/Sozialroutenplan-2024.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

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.

Jeindl, R. & Wild, C. (2020). Framework zur Unterstützung von Refundierungsentscheidungen zu digitalen Gesundheitsanwendungen (mHealth) und dessen (retrospektive) Anwendung an ausgewählten Beispielen. HTA-Projektbericht 134; Download unter: https://eprints.aihta.at/1279/1/HTA-Projektbericht_Nr.134.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Jordan, S. & Hoebel, J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 58(9), 942 – 950. https://doi.org/10.1007/s00103-015-2200-z

Kaiser, L. & Matusiewicz, D. (2018). Effekte der Digitalisierung auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM). In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement. Theorie und Praxis. (S. 1 – 34). Wiesbaden: Springer Gabler.

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.

Klammer, U., Steffes, S., Maier, M. F., Arnold, D., Stettes, O., Bellmann, L. & Hirsch-Kreinsen, H. (2017). Arbeiten 4.0 – Folgen der Digitalisierung für die Arbeitswelt. Wirtschaftsdienst, 97(7), 459 – 476. https://doi.org/10.1007/s10273-017-2163-9

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

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit Geschäftsstelle Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. (2021). Kriterien für gute Praxis der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung (4. Aufl.). Berlin: Autor. Download unter: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/02-PDF/07-Good-Practice/2021-Broschuere-Good-Practice-Kriterien.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

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.

Kraus-Füreder, H. (2018). Fakten zum Thema Gesundheits-Apps. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB).

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

Kriener, B., Pichler, B., Cechota, J. & Feigl, M. (2019). Gesundheit führt! Führungskräfte als Schlüsselfaktor in der Betrieblichen Gesundheitsförderung (Reihe WISSEN Band 15). Wien: Fonds Gesundes Österreich.

Lang, G. (Hrsg.) (2022). Betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt 4.0 – Digitalisierung, Gesundheitskompetenz und faire Gesundheitschancen. Ein Praxisbuch (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Wien: Fonds Gesundes Österreich.
Download unter: https://fgoe.org/ergebnisse_bgf_4.0 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Lang, G. (Hrsg.) (2023). Informationsblatt zum BGF-Projekt 2023. Betriebliche Gesundheitsförderung und Übergangsmanagement: Gesunde Übergänge von der Erwerbs- in die nachberufliche Lebensphase. Wien: Fonds Gesundes Österreich. Download unter: https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2023-02/Factsheet%20BGF%20%C3%9Cbergangsmanagement_0.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Lang, G., Heigl, Ch. & Jiménez, Paulino (2019). Quality assurance for workplace health promotion. Validation of the quality criteria for WHP in the Austrian quality management system. Journal of Public Health, 27(6), 695 – 706.

Lang, G. & Jiménez, P. (2024). Quality changes in workplace health promotion over time: an extended validation of quality criteria from a longitudinal perspective. Journal of Public Health, 32 (10), 1945–1957. https://doi.org/10.1007/s10389-023-01956-8

Langmann, H., Breil, Ch., unter Mitarbeit von Kvas, A. & Kvas, G. (2023). BGM in Österreich. Definition und Abgrenzungen. Wien: Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft. Download unter: www.gesundheit-im-betrieb.at/fileadmin/user_upload/BGM_in_OEsterreich.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Lehr, D. & Boß, L. (2019). Occupational e-Mental Health – eine Übersicht zu Ansätzen, Evidenz und Implementierung. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeitenreport 2019. Digitalisierung – gesundes Arbeiten ermöglichen. (S. 157 – 178). Berlin: Springer.

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.

Maier-Rigaud, R. & Böning, S.-L. (2020). Gesundheitsmonitoring mit Gesundheits-Apps und Wearables: Eine empirische Analyse der Nutzerinnen- und Nutzerprofile und ihrer Auswirkungen auf Selbstbestimmung und Solidaritätseinstellung. Working Papers des KVF NRW 13. Düsseldorf: Verbraucherzentrale NRW/Kompetenzzentrum Verbraucherforschung NRW.

Marsall, M., Engelmann, G., Skoda, E.-M., Teufel, M. & Bäuerle, A. (2022). Measuring Electronic Health Literacy: Development, Validation, and Test of Measurement Invariance of a Revised German Version of the eHealth Literacy Scale. Journal of Medical Internet Research, 24(2), e28252. https://doi.org/10.2196/28252.

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. Wien: Autor.

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.

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

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

Nöhammer, 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 D 4000 (2017). Personalauswahl und -entwicklung. Anforderungen an Prozesse und Methoden. Wien: Austrian Standards Institute.

ÖNORM EN ISO 9001 (2015). Qualitätsmanagementsysteme – Anforderungen (ISO 9001:2015). Wien: Austrian Standards Institute.

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 (2023). Projekt-, Programm- und Portfoliomanagement – Leitlinien zum Projektmanagement (ISO 21502:2020). Wien: Austrian Standards Institute.

ÖNORM ISO 45001 (2019). Managementsysteme für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Anforderungen mit Anleitung zur Anwendung (ISO 45001:2018). Wien: Austrian Standards Institute.

ÖPGK (2019). Gesundheitskompetenz in Organisationen verwirklichen – Wie kann das gelingen? Praxisleitfaden zur Entwicklung einer gesundheitskompetenten Organisation. Wien: ÖPGK.

ÖPGK (2020). Selbsteinschätzungsinstrument für Gesundheitskompetenz in Gesundheitseinrichtungen. Version 2.0. Wien: Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK).

Ott, I., Widler, J., Knecht, M. & Linus, L. (2021). Always on – Grenzen ziehen zwischen Arbeits- und Privatleben in der digitalisierten Welt. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), Fehlzeiten-Report 2021. Betriebliche Prävention stärken – Lehren aus der Pandemie. (S. 217 – 232). Berlin: Springer.

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

Pichler, B., Korn, K., Münch-Beurle, A. & Wolf, H. (2020). Handbuch Betriebliche Frauengesundheitsförderung. Wien: Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele in der Abteilung Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien. Download unter: https://fem-men.at/wp-content/uploads/2021/06/Handbuch-betriebliche-frauengesundheitsfoerderung.pdf [letzter Zugriff 18. 5. 2026].

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

Poethke, U., Klasmeier, K. N., Diebig, M., Hartmann, N. & Rowold, J. (2019). Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung zentraler Merkmale der Arbeit 4.0. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 63 (3), 129 – 151.

Qualtrics. Rücklaufquote: Definition, Berechnung und Erhöhung. Download unter: www.qualtrics.com/de/erlebnismanagement/marktforschung/ruecklaufquote/ [letzter Zugriff 18. 5. 2026].

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

Rath, S. (2017). Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung – Fact Sheet. Wien: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger & Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.).

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.

RKI Robert Koch Institut (2025). Klimawandel und Gesundheit (Stand: 25. 04. 2025). Download unter: www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Klimawandel/klimawandel-node.html [letzter Zugriff 18. 5. 2026].

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

Sayed, M. & Kubalski, S. (2016). Überwindung betrieblicher Barrieren für ein betriebliches Gesundheitsmanagement in keinen und mittelständischen Unternehmen. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement: Konzepte, Maßnahmen, Evaluation. Wiesbaden: Springer Gabler.

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

Schaefer, E., Drexler, H. & Kiesel, J. (2016). Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen, mittleren und großen Unternehmen des Gesundheitssektors – Häufigkeit, Handlungsgründe der Unternehmensleitungen und Hürden der Realisierung. Das Gesundheitswesen, 78(3), 161–165. https://doi.org/10.1055/s-0034-1396887

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.

Schaeffer, D. & Gille, S. (2022). Gesundheitskompetenz im Zeitalter der Digitalisierung. Prävention und Gesundheitsförderung, 17(2), 147 – 155.
Download unter: https://doi.org/10.1007/s11553-021-00872-7 [letzter Zugriff am 18. 05. 2026].

Scharinger, C. (2009). Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Wien: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger.

Schirrmacher, L. (2015). Lernmittel zur Ausbildung zum „Gesundheitsmanager im Betrieb", symbicon GmbH.

Schneider, C. (2012). Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz (2. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Simon, D., Heger, G. & Reszies, S. (Hrsg.). (2011). Praxishandbuch betriebliche Gesundheitsförderung: Ein Leitfaden für kleine und mittlere Unternehmen. Kohlhammer: Stuttgart.

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: Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste. Berlin: Springer.

Stadt Graz (2019). Betriebliches Mobilitätsmanagement. Leitfaden zur Mitarbeitermobilität von morgen. Graz. Download unter: www.graz.at/cms/dokumente/10186590_7760288/897852e1/BMM_Leitfaden_2019_Internet.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Steinke, M. & Badura, B. (2011). Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Stieger, L. (2018). Freitätigkeit. Zwischen Beruf und Ruhestand. Sinnerfülltes Gestalten dieser Lebensphase (2. Aufl.). Wien: new academic press.

Stockmann, R. (2004). Was ist eine gute Evaluation? Einführung zu Funktionen und Methoden von Evaluationsverfahren. Saarbrücken: Centrum für Evaluation (CEval).

Strohriegl, A. (2025). Menschen mit Behinderungen in den Medien. Ein Leitfaden für anti-ableistische Darstellung und Repräsentation. Wien: Österreichischer Behindertenrat. Download unter: www.behindertenrat.at/wp-content/uploads/2025/06/Medienleitfaden.pdf [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Udris, I. (2021a). Verhältnisprävention. In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch. Lexikon der Psychologie. Download unter: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/verhaeltnispraevention#search=e9265e359b-76652fc8129567e23a31f7&offset=0 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

Udris, I. (2021b). Verhaltensprävention. In M. A. Wirtz (Hrsg.), Dorsch. Lexikon der Psychologie. Download unter: https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/verhaltenspraevention#search=e9265e359b-76652fc8129567e23a31f7&offset=2 [letzter Zugriff am 18. 5. 2026].

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.

VBG (2020). Digitale Instrumente – eine sinnvolle Ergänzung im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Jedermann.

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.

Weber, F., Reiter, A., Roth, A., Lang, G., Rossmann-Freisling, I, Braunegger-Kallinger, G., Zeuschner, V., Christ, R. & Ropin, K. (2017). Faire Gesundheitschancen im Betrieb. Praxisleitfaden für Betriebliche Gesundheitsförderung. Wien: Fonds Gesundes Österreich.

Wegener, S., Stark, J. & Juschten, M. (2022). Toolbox für Betriebe – Methoden und Werkzeuge aus den Projekten im Setting Betriebe („Too Be“). Projektbericht. Wien: Universität für Bodenkultur.

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.

Yassaee, M. & Mettler, T. (2019). Digital Occupational Health Systems: What do Employees Think about it. Information Systems Frontiers, 21, 909 – 924.

Zeschke, M. & Zacher, H. (2022). Homeoffice (Praxis der Personalpsychologie, Human Resource Management kompakt Band 41). Göttingen: Hogrefe.

11.2 Online-Quellen

Österreich

Gesundheit im Betrieb – Betriebliches Gesundheitsmanagement Österreich:
www.gesundheit-im-betrieb.at
Aktive Mobilität: https://aktive-mobilitaet.at
Agenda Gesundheitsförderung: https://agenda-gesundheitsfoerderung.at
Plattform zur Förderung persönlicher & organisationaler Übergänge:
www.übergangsmanagement.at
Alter(n)sgerechte Arbeitsorganisation: www.arbeitundalter.at
Fonds Gesundes Österreich: https://fgoe.org
Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung: www.netzwerk-bgf.at
Rahmengesundheitsziele: www.gesundheitsziele-oesterreich.at
Öffentliches Gesundheitsprotal Österreich: www.gesundheit.gv.at

Deutschland

Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung:
www.dnbgf.de/betriebliche-gesundheitsfoerderung
Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de
Leitbegriffe der Gesundheitsförderung:
https://leitbegriffe.bioeg.de/alphabetisches-verzeichnis/

Schweiz

Gesundheitsförderung Schweiz: https://gesundheitsfoerderung.ch/
Good Practice: www.good-practice.ch/de

Internetseiten und Broschüren für unterschiedliche Zielgruppen

www.ig-pflege.at/downloads/service/BMG-gesundbleiben_d_e.pdf?m=1366125552&
www.wien.gv.at/kontakte/frauengesundheit/publikationen.html
http://mimi-gesundheit.de

(letzter Zugriff am 18. 5. 2026)

11.3 Ansprechstellen

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

Partner*innen des ÖNBGF

BGF NETZWERK