

Master-Thesis

„MitArbeiterX`undheit“

oder wie der „MAX“ Einzug in die Sozialversicherung der Bauern hielt.

Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und Evaluierung der Effekte auf die Arbeitszufriedenheit und Mitarbeiterinnenzufriedenheit

Verfasserin: Dr. Ulrike Kerbl, Prevenhieberweg 8, 8047 Graz

Matr.Nr.: 0964720

Universitätslehrgang: Arbeits- und Wirtschaftsmedizin (MSc)

Abgabedatum:6.5.2011

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen
der Donau-Universität Krems

Begutachter/Opponent: Dr. Stefan Koth

Ich versichere:

1. dass ich die Master-Thesis selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfsmittel bedient habe.
2. dass ich dieses Master-Thesis Thema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.
3. dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum der Einreichung:

Gleichheitsgrundsatz

Um nicht den Lesefluss durch eine ständige Nennung beider Geschlechter zu stören, wird in der vorliegenden Arbeit entweder eine geschlechtsneutrale Formulierung verwendet oder es wird nur eines der beiden Geschlechter angegeben. Im letzteren Fall sind selbstverständlich beide Geschlechter gemeint.

Zusammenfassung

Hintergrund

Übergewicht stellt eine Gesundheitsgefährdung dar und führt langfristig zu verminderter Lebensqualität. Laut dem Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark sind vier von zehn Steirerinnen und Steirer übergewichtig und jede(r) zehnte ist adipös. Aufgrund der steigenden Inzidenz von Übergewicht und Adipositas werden Präventionsmaßnahmen in diesem Bereich immer wichtiger. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern hat es sich daher zur Aufgabe gemacht, dieses Präventionsthema in einem Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung für die Mitarbeiterinnen umzusetzen. Für diese Masterthese wurde das Projekt „*Kilomax*“, welches im Rahmen der Aktion „MitarbeiterX`undheit“ durchgeführt wurde, auf seine Effektivität zur Steigerung der betrieblichen Gesundheit und Mitarbeiterzufriedenheit untersucht.

Kollektiv und Methoden

An dieser Gesundheitsaktion konnten sowohl übergewichtige als auch normalgewichtige Mitarbeiterinnen teilnehmen. Die Ziele waren eine Gewichtsreduktion über Verringerung der Fettmasse, eine Reduktion des Bauchumfangs und des BMI. Weitere Ziele im Zuge dieser Maßnahmen waren eine Erhöhung des subjektiven Wohlbefindens der Mitarbeiterinnen und verbesserte Arbeitsfähigkeit. Gemessen und evaluiert wurden das Körpergewicht, die Körperfettmasse, der Bauchumfang und der Body Mass Index. Die Arbeitszufriedenheit wurde mittels „Work Ability Index“ (WAI) unter streng anonymisierten Bedingungen erhoben. Das Projekt zur Gewichtsreduktion wurde durch ein umfangreiches Begleitprogramm- bestehend aus Vorträgen, einem kalorienreduzierten Mittagsmenü (über die Kantine), Nordic walking- und Laufeinheiten, Gymnastikstunden, Ernährungsberatung und psychologischer Betreuung- unterstützt. Als zusätzlicher Anreiz wurde jedes reduzierte Kilo von der Geschäftsleitung mit einem Euro prämiert und einem karitativen Zweck zur Verfügung gestellt.

Ergebnisse

53 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beteiligten sich am beschriebenen Projekt, davon 27 weibliche Beschäftigte und 26 männliche Beschäftigte im Alter von 21 bis 59 Jahren. Den Mitarbeiterinnen wurde frei gestellt, an allen Erhebungen (bestehend aus Körpermessungen + Fragebogen) oder alternativ nur an einem Teil der Untersuchung (Körpermessungen) teilzunehmen. 22 Mitarbeiterinnen (42%) entschieden sich für die Teilnahme am Gesamtprogramm, 31 Mitarbeiterinnen (58%) wollten nur an den Körpermessungen teilnehmen. Zwei Mitarbeiterinnen verzeichneten eine geringfügige Zunahme ihres Körpergewichts. Alle übrigen Teilnehmerinnen konnten eine statistisch signifikante Gewichtsreduktion über Verringerung ihrer Fettmasse erzielen. Auch BMI-Reduktion und Abnahme des Bauchumfangs waren statistisch signifikant. Weiters war der Unterschied zwischen „Durchschnitts-WAI-Punktwert“ zu Beginn des Projektes und bei Projektende trotz hohem Ausgangswert statistisch signifikant und ergab somit eine insgesamt verbesserte Arbeitsfähigkeit.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse des vorliegenden Projektes belegen die Möglichkeit zu erfolgreicher Gesundheitsprävention im Unternehmen. Die Attraktivität des angebotenen Präventionsprogramms, die Motivation der Teilnehmenden, sowie die Befürwortung auf Führungsebene erscheinen maßgeblich für den erfolgreichen Verlauf eines betriebsinternen Vorsorgeprogramms. Die Verbesserung objektiv messbarer (Gewicht, Fettanteil, BMI) als auch subjektiver Größen (Mitarbeiterzufriedenheit, Arbeitsfähigkeit und Arbeitszufriedenheit) legen nahe, dass nicht nur die Teilnehmenden von einem solchen Präventionsprogramm profitieren, sondern auch der Betrieb bzw. Dienstgeber.

Abstract

Background

Overweight represents a major health hazard and leads to long-term reduction of life quality. According to the Styrian Health Report 2010, four out of ten Styrian people are overweight, and every tenth individual in Styria is obese. Because of an increasing prevalence of overweight and obesity, preventive measures become more and more important. The Health Insurance Company of Austrian Farmers has taken responsibility to establish a worksite health promotion programme in order to improve health of employees in general, and to specifically reduce the frequency of overweight. For this master thesis, the project "Kilomax" as part of the programme „MitarbeiterX`undheit“ was analyzed concerning its efficacy to improve worksite health and to increase the satisfaction of employees.

Individuals and Methods

Overweight as well as normal weight employees were invited to participate in the programme. Aims of the intervention programme were weight reduction (by reducing fat mass) as well as reduction of abdominal circumference and body mass index (BMI). Other aims were an increase of the individual well-being and improved work ability. In the longitudinal investigation, body weight, body fat mass, abdominal circumference and BMI were recorded. The worksite satisfaction of employees was evaluated by use of the "Work Ability Index"(WAI) under anonymous conditions. The project was accompanied by lectures, a special calorie-reduced on-site lunch, Nordic walking and jogging activities, gymnastics hours, nutritional counselling as well as psychological coaching. As additional stimulating factor, every single kilo lost by the participants was rewarded by 1.- Euro given away to a social project.

Results

A total of 53 employees (27 females, 26 males, age 21 – 59 years) participated in the health promotion programme. The participants could decide by themselves to either participate in the full programme (body measurements and questionnaire) or only in a part of the programme (body measurements alone). 22 employees (42%) took part in the full programme while 31 employees (58%) chose only the reduced programme of body measurements. In the follow-up, a slight increase of body weight was observed in two employees while all other participants achieved significant reduction of body weight by loss of fat mass which was accompanied by a significant BMI decrease and reduction of abdominal circumference. Despite a high mean score seen in the WAI evaluation at the beginning of the study, a further and significant increase could be observed in the further course, pointing towards an overall improved work ability.

Conclusions

The results of this project underline the feasibility of successful worksite health promotion. The attractiveness of the prevention programme, motivation of employees, and advocating by the senior management appear to be important issues for the successful performance of a worksite health promotion programme. The improvement of objectively recordable parameters (weight, fat mass, BMI) as well as that of individual subjective factors (employees' and worksite satisfaction, work ability) suggest that not only the participants themselves draw benefit from such a prevention programme, but also the organisation and employer.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	3
1.1 Wie alles begann	3
1.2 Problemstellung und Forschungsfrage	3
2. Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1 Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich	5
2.1.1 Was ist betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)?	6
2.1.2 Womit darf BGF nicht verwechselt werden?.....	6
2.1.3 Wer profitiert von BGF?.....	7
2.1.4 Was zeichnet BGF aus?.....	9
2.2 Gesundheitsbegriffe.....	11
2.2.1 Gesundheitsbegriff der WHO	11
2.2.2 Gesundheit und betriebliches Gesundheitsmanagement.....	12
2.2.3 Arbeitszufriedenheit	14
2.2.4 Ottawa-Charta der WHO 1986.....	14
2.2.5 Das Salutogenetische Gesundheitsmodell.....	16
2.3 Gesundheit als betriebliches Thema.....	18
2.3.1 Betriebspolitische Voraussetzung	18
2.3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen.....	18
2.3.3 Wirksamkeit verhaltenspräventiver Maßnahmen der BGF	19
2.3.4 Programme zur Gewichtskontrolle	20
2.4 Work Ability Index (WAI).....	22
2.4.1 Konzept der Arbeitsfähigkeit	22
2.4.2 WAI Verfahren	23
2.4.3 Grundsätze der WAI Anwendung.....	25
2.5 Struktur eines BGF-Projektes	26
2.5.1 Definition	26
2.5.2 Definition der Projektziele	27
2.5.3 Steuerungsgruppe.....	27

2.5.4 IST- Analyse	29
2.5.5 Gesundheitszirkel.....	30
2.5.6 Umsetzung geplanter Maßnahmen	30
2.5.7 Evaluation und Erfolgskontrolle	32
2.5.8 Projekt – Marketing	34
3. Forschungsgegenstand der Master Thesis	36
3.1 Das untersuchte Modell	36
3.2 Ausgangspunkte für die Analyse und Hypothese.....	38
4. Methodik.....	40
4.1 Teilnehmer.....	40
4.2 Durchgeführte Messungen und Erhebungen	40
4.2.1 Body Mass Index (BMI), Körpergröße, Gewicht.....	40
4.2.2 Körperfettmessung und Bauchumfang.....	41
4.2.3 Durchführung der Befragung mittels WAI.....	43
4.2.4 Verteilung und Rücklauf	44
4.3 Methodik der statistischen Auswertung	44
5. Ergebnisse	46
5.1 Körpergewicht, Körperfettanteil, Bauchumfang und Body Mass Index	46
5.2 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mittels WAI.....	52
6. Diskussion	57
7. Schlussfolgerung und Ausblick.....	68
Literaturverzeichnis	71
Abbildungsverzeichnis.....	79
Tabellenverzeichnis.....	81
Anhang	

1. Einleitung

1.1 Wie alles begann

Im November 1997 wurde in Luxemburg von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), darunter auch Österreich, die Luxemburger Deklaration verabschiedet. Darin werden die betriebliche Gesundheitsförderung definiert und die Faktoren aufgezählt, die die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten am Arbeitsplatz verbessern.

Bei der Verfolgung des Zieles „*Gesunde Mitarbeiterinnen in gesunden Unternehmen*“ enthält die Luxemburger Deklaration folgende Leitlinien als Orientierungshilfen:

1. die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation)
2. BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration)
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden (Projektmanagement)
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit)

1.2 Problemstellung und Forschungsfrage

Ausgehend von diesen Aspekten hat sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungen in der „*Balanced Scorecard*“ für das Geschäftsjahr 2006 zum Ziel gesetzt, das gesundheitsfördernde Handeln im Hauptverband und in den einzelnen Trägern zu aktivieren.

In der Sozialversicherung der Bauern (SVB) wurde die betriebliche Gesundheitsförderung unter der Kurzbezeichnung „**MAX**“ (für **MitArbeiterX**undheit) österreichweit institutionalisiert.

Für die Umsetzung wurde eine Steuerungs- und Koordinierungsgruppe, das sogenannte Strategieteam gegründet und in jedem Bundesland im jeweiligen Regionalbüro eine regionale MAX Gruppe installiert, die vor Ort als Ansprechpartner für das Strategieteam und die Mitarbeiterinnen des Regionalbüros agiert.

Als erste gemeinsame Aktion wurde das Projekt „*Kilomax*“, ein Programm zur Erreichung des persönlichen Wohlfühlgewichts und Steigerung der Arbeitszufriedenheit, österreichweit gestartet. Zum Themenschwerpunkt „Übergewicht“ wurde ein spezielles Konzept für die Mitarbeiterinnen entwickelt.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es zu klären, ob die Mitarbeiterzufriedenheit und Arbeitsfähigkeit durch dieses Projekt der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) gesteigert werden kann?

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich

Der Beginn der BGF fällt in das Jahr 1993. Oskar Meggeneder startete als Mitarbeiter der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) als erster ein einheitliches Pilotprojekt in einem mittleren Verlagsunternehmen. Das gut dokumentierte und von Elsigan u. Meggeneder mehrfach publizierte Projekt ist bis heute Vorbild für zahlreiche Folgeprojekte(Meggeneder und Elsigan 1995, S.30-38). 1995 wurde im Auftrag der Europäischen Kommission das Projekt „*European Network Workplace Health Promotion*“ (ENWHP) gegründet. 1999 wurde die erste Konferenz des ENWHP abgehalten. Sie diente als Plattform für Erfahrungsaustausch und Verständigung über zukünftige Prioritäten zur Gestaltung einer gesundheitsgerechten Arbeitswelt.

Nach den ersten Jahren, die ganz im Zeichen von Aufbauarbeit und Erhebung des Ist-Zustandes sowie dem Aufbau einer Datenbank standen, wurden im Jahr 2000 zur Unterstützung von Projektinitiativen im gesamten Bundesgebiet in insgesamt sechs Bundesländern Regionalstellen eingerichtet, um die betriebliche Gesundheitsförderung noch besser an die Unternehmen heranzubringen. Gleichzeitig erfolgte die offizielle Einbindung der Bundesarbeitskammer und der Wirtschaftskammer Österreich als unterstützende Partner für das österreichische Netzwerk „Betriebliche Gesundheitsförderung“. Auch der Österreichische Gewerkschaftsbund und die Österreichische Industriellenvereinigung sind unterstützende Partner des Netzwerkes. Mittlerweile ist das Netzwerk der Österreichischen Kontaktstellen in allen Bundesländern etabliert. Damit ist Österreich der erste Mitgliedstaat der Europäischen Union, dem es gelungen ist ein flächendeckendes nationales Netzwerk aufzubauen.

2.1.1 Was ist betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)?

Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie mit dem Ziel, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheit zu stärken und das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu verbessern. Sie ist im Wesentlichen als Organisationsentwicklungsstrategie zu verstehen (Bayer 2010, Zitat aus Vorlesung).

Da der Gesundheitszustand von Arbeitnehmerinnen in erster Linie vom persönlichen Lebensstil und deren Risikoverhalten abhängt, soll bei betrieblichen Gesundheitsförderprojekten neben der Verhältnisprävention durchaus auch der Verhaltensprävention Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Gesundheit und Wohlbefinden bei der Arbeit sind wichtige Voraussetzungen für die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit eines Unternehmens. Effiziente Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung können zu einer Senkung der Krankenstände, zu erhöhter Motivation der Mitarbeiter, zu geringerer Mitarbeiterfluktuation und zur Verbesserung der Produktivität führen.

Betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt sich auch mit Organisationsentwicklung, Kommunikation, Führungsverhalten, Teamentwicklung und Betriebsklima.

Jeder BGF-Prozess ist nach Meggeneder auch ein Organisationsentwicklungsprozess. Organisationsentwicklung als Prozess beruht auf dem Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und Erfahrung und lässt sich nur dann langfristig und erfolgreich durchführen, wenn sowohl die Organisation als auch die in ihr tätigen Menschen davon profitieren (Meggeneder 2010, Zitat aus Vorlesung).

2.1.2 Womit darf BGF nicht verwechselt werden?

In Zusammenhang mit der Mitgliedschaft werden von der Europäischen Union bestimmte Anforderungen an den Arbeitnehmerschutz gestellt. Österreich erfüllt diese Bestimmungen in Form des Arbeitnehmerschutzgesetzes (ASchG). Arbeitnehmerschutz ist in erster Linie auf die Verhinderung von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen

ausgerichtet. Das neue ASchG aus dem Jahr 2002 enthält die Umsetzung der EU-Richtlinie in das österreichische Recht.

Betriebliche Gesundheitsförderung spielt sich jedoch in einem Bereich außerhalb der gesetzlichen Normierung ab. Es handelt sich um freiwillige Maßnahmen des Unternehmens, und es gibt im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung weder behördliche Kontrollen noch Sanktionen. Es geht um individuelle Lösungen auf freiwilliger Basis, abgestimmt auf die konkreten Bedürfnisse der Mitarbeiterinnen im jeweiligen Unternehmen. Es geht um ein ganzheitliches Konzept, das zur Steigerung des Wohlbefindens der Mitarbeiterinnen und sekundär zur Steigerung der Produktivität des Unternehmens beiträgt. BGF ist ein Prozess, der bei den Bedürfnissen der Mitarbeiter und der Unternehmen ansetzt und nur durch entsprechende Bewusstseinsbildung zum Erfolg führen kann. Abgestellt auf die jeweilige Unternehmenssituation gehören all jene Maßnahmen zur BGF, die das Wohlbefinden der Menschen an ihrem Arbeitsplatz verbessern. Gesundheit und Freude bei der Arbeit sind zentrale Voraussetzungen für die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Unternehmens.

2.1.3 Wer profitiert von BGF?

Investitionen in die körperliche und seelische Gesundheit der Mitarbeiterinnen haben mehrfach Vorteile. Sie sichern durch konstruktive Arbeit der motivierten Mitarbeiterinnen nicht nur dem Unternehmen ein besseres Betriebsklima und damit Wettbewerbsvorteile, sondern sie wirken sich auch durch eine Abnahme der Krankenstandstage positiv auf die Bilanz der Krankenkassen aus. Es entsteht eine „Win“- Situation für alle Beteiligten.

Für die Beschäftigten im Betrieb verringern sich durch gezielte Maßnahmen der BGF individuelle gesundheitliche Risikofaktoren. Die Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen im Umgang mit Belastungen werden erweitert, und generell nimmt die Fähigkeit zu mit spezifischen Problemen besser umzugehen. Die Kompetenz der Beschäftigten in Bezug auf Gesundheitsfragen wird erhöht. Tendenziell werden zum Beispiel die

Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten erhöht, die Möglichkeiten zur Mitgestaltung vergrößert und die Bindung ans Unternehmen verstärkt. Diese so genannten „*weichen Faktoren*“, spielen auch eine wesentliche Rolle in Bezug auf die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft von Belegschaften (Scharinger 2011, S.13)

Obwohl es schwierig ist, die positiven finanziellen Auswirkungen der betrieblichen Gesundheitsförderung in harte Zahlen zu fassen, gibt es für die Unternehmen viele Hinweise auf entsprechende Zusammenhänge.

Die Vorteile für die Unternehmerinnen liegen in einer messbaren Reduktion der Krankenstandstage und damit verbundener langfristiger Kostensenkung. Die interne Kommunikation verbessert sich, und dadurch ergeben sich eine verbesserte Zusammenarbeit und verbesserte Chancen auf gute Konfliktlösungen. Durch Verringerung der Mitarbeiterfluktuation und Bindung wertvoller Mitarbeiter an das Unternehmen können die Produktivität gesteigert und die Wettbewerbsfähigkeit und Marktchancen erhöht werden. Verstärktes Engagement der Beschäftigten erhöht die Attraktivität des Unternehmens auch für neue qualifizierte Mitarbeiterinnen und dadurch wird insgesamt das Firmenimage aufgewertet.

Dritter Gewinner sind die Krankenkassen, indem sie durch Unterstützung verschiedenster BGF Maßnahmen in den Betrieben eine Chance zur Profilierung erhalten und auch die Möglichkeit zur Darstellung der eigenen Besonderheiten abseits von Beitragszahlungen bekommen. Die Kosten für die Krankenversicherung werden durch BGF- Maßnahmen verringert, und diese führen auch zu einer Imageaufwertung unter dem Gesichtspunkt: „*Weg von der bloßen Beitragsstelle – hin zum Partner der Betriebe*“.

Unternehmen die Ziele und Maßnahmen der BGF in ihre betrieblichen Abläufe und Prozesse integrieren möchten, können von der Sozialversicherung vielfach unterstützt werden. Die Krankenversicherung kann als Impulsgeber und Initiator Betrieblicher Gesundheitsförderung auftreten. Sie kann an der Konzeptentwicklung mitwirken, als Projektberater fungieren und die IST- Analyse eines BGF- Projektes durch Bereitstellung der Krankenstandsanalyse unterstützen.

Einer der Grundgedanken des Österreichischen Netzwerkes für BGF ist, dass alle SV-Träger in diesem Sinne zusammenarbeiten und sich gegenseitig unterstützen (www.netzwerk-bgf.at).

2.1.4 Was zeichnet BGF aus?

Ganzheitliche betriebliche Gesundheitsförderung besteht aus einer Kombination verschiedener Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen, zur Schaffung unterstützender betrieblicher Rahmenbedingungen und zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn BGF als Führungsaufgabe im Management wahrgenommen wird und als Teil der Unternehmenspolitik in den Köpfen der Unternehmer verankert ist. Erfolg stellt sich ein, wenn die Mitarbeiter bei Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsförderung und Arbeitsplatzgestaltung miteingebunden werden. Besonders positiv schneiden BGF-Projekte ab, die nachhaltig angelegt sind und die verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen kombinieren (Scharinger 2011, S.13). Schlussendlich müssen die gesetzten Maßnahmen auf ihre Effizienz überprüft und gegebenenfalls nachjustiert werden.

Ein dreistufiges Qualitätssicherungsmodell soll einen einheitlichen und hohen Standard der BGF gewährleisten. Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung hat es sich zum Ziel gesetzt, BGF in Österreich zu verbreiten und dabei Sorge für einen hohen Qualitätsstandard zu tragen. Das Netzwerk kooperiert eng mit dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und hat mit dessen Unterstützung in den letzten Jahren eine Reihe von Angeboten wie zum Beispiel das bereits erwähnte Qualitätssicherungsmodell entwickelt. Das Modell besteht aus 3 Stufen:

1. BGF-Charta: Sie gilt als Absichtserklärung eines Unternehmens, sich den Grundsätzen der BGF zu verpflichten und seine Unternehmenspolitik an die Prinzipien

der BGF anzupassen. Sollte es innerhalb von zwei Jahren zu keiner betriebsinternen Realisierung gesundheitsfördernder Maßnahmen kommen, wird das betroffene Unternehmen von der Liste der „Charta- Betriebe“ gestrichen.

2. BGF-Gütesiegel: Dieses Siegel soll an alle jene Unternehmen vergeben werden, die BGF nach den Kriterien des Europäischen Netzwerkes BGF realisiert haben. Es muss beantragt werden und wird für eine Laufzeit von 3 Jahren verliehen. Nach Ablauf der 3-Jahres-Frist ist es neuerlich zu beantragen, und die Gesundheitsorientierung des Unternehmens wird im Zuge dieses Verfahrens erneut überprüft. Eine Bewerbung sowie Nominierung erfolgt mittels standardisierter Bewerbungsvorlage. Ein Fachbeirat bestehend aus je einer Vertreterin des Netzwerkes, der FGÖ sowie zwei Expertinnen aus dem deutschsprachigen Ausland begutachtet das eingereichte Projekt hinsichtlich der Erfüllung der Kriterien. Anschließend wird von den Mitgliedern des Fachbeirates eine Empfehlung abgegeben. Die Entscheidung über die Zuerkennung des Gütesiegels treffen die Mitglieder/Partner des Österreichischen Netzwerkes mit Zweidrittelmehrheit.

3. BGF-OSKAR: Der österreichische Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung - "BGF-Oskar 2008" wurde am 4.April bereits zum vierten Mal vergeben. Prämiiert wurden Unternehmensprojekte, die sich nach den Qualitätskriterien für BGF mit der Verbesserung der Mitarbeiterinnengesundheit beschäftigten. Zieldefinition, Berücksichtigung des ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes, Partizipation, systematisches Projektmanagement und Integration zählen dazu. Um den unterschiedlichen Möglichkeiten größer und kleiner Unternehmen Rechnung tragen zu können, wird der Preis alle drei Jahre in zwei Kategorien vergeben, nämlich a): für Betriebe bis 100 Mitarbeiterinnen und b) für Unternehmen mit mehr als 100 Beschäftigten.

Die besten drei Projekte in den einzelnen Kategorien erhalten neben Urkunden auch Geldpreise. Zudem werden die Gewinner mit dem vom Linzer Bildhauer Max Eichbauer entworfenen „Gesundheitsbogen“ ausgezeichnet.

Die Bundesarbeitskammer sowie die Wirtschaftskammer gemeinsam mit der Sozialversicherung der gewerblichen Wirtschaft vergeben parallel je einen Sonderpreis. Die Auswahl der BGF-Preisträger erfolgt aus dem Kreis der Gütesiegelträger. Die Nominierung der drei Sieger jeder Kategorie wird vom Netzwerk, ergänzt um zumindest eine externe Expertin, auf Basis einer qualifizierten Mehrheit, determiniert. Das Österreichische Netzwerk schöpft alle Möglichkeiten aus, um den BGF- Preisträgern die entsprechende öffentliche Aufmerksamkeit zukommen zu lassen:

- Die BGF- Preisverleihung erfolgt im Rahmen eines eigenen Events. Der Gesundheitsminister wird als Präsident des Fonds Gesundes Österreich dazu eingeladen.
- Die Preisträger sowie Kurzbeschreibungen aller für den BGF- Preis berücksichtigten Unternehmen werden in einer Publikation dargestellt.
- Nennung und Präsentation auf der Website unter: www.netzwerk-bgf.at
- Vorstellung bei den jährlichen Infotagen unter: www.netzwerk-bgf.at

2.2 Gesundheitsbegriffe

2.2.1 Der Gesundheitsbegriff der WHO

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es darum, gesundheitliche Beeinträchtigungen der Menschen in einem Betrieb möglichst frühzeitig zu erkennen und das subjektive Wohlbefinden der Beschäftigten zu fördern. Die WHO hat in diesem Zusammenhang mit ihrer Gesundheitsdefinition einen bedeutsamen Beitrag geleistet. 1946 formulierte die WHO die folgende Gesundheitsdefinition: *„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“*. Diese Definition wurde im Zusammenhang mit Gesundheitskonzepten wohl am häufigsten zitiert (Ducki, 2000, S.45), aber auch mehrfach kritisiert. Einerseits wurde darauf hingewiesen, dass Altern,

Trennung, Verlust und Tod unausweichlich zum menschlichen Leben gehören (Trojan u. Legewie, 2001, S.99), andererseits wurde diese Definition angesichts der weltweit großen Unterschiede in den sozioökonomischen Rahmenbedingungen als utopisch bezeichnet. Der Begriff „Zustand“ steht für eine statische Sichtweise, Gesundheit muss sich jedoch ständig an veränderte Umgebungsbedingungen anpassen.

In der neuen WHO-Definition aus dem Jahre 1987 wird die Veränderung in der Auffassung des Gesundheitsbegriffes erkennbar: *„Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen.“* Dies ist unter anderem für die Gesundheitsförderung von Bedeutung. In der Kopenhagen-Konferenz 1991 wurde schließlich als WHO- Ziel 25 zur Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung formuliert: *„Bis zum Jahr 2000 sollte sich in allen Mitgliedstaaten durch Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkungen der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen sowie durch Förderung des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert haben“*(Ulich 2008, S.8).

2.2.2 Gesundheit und betriebliches Gesundheitsmanagement

Betriebliche Gesundheitspolitik wurde vor einigen Jahren einmal folgendermaßen charakterisiert: *„Die Vision betrieblicher Gesundheitspolitik ist gesunde Arbeit in gesunden Organisationen. Gesunde Organisationen fördern beides: Wohlbefinden und Produktivität ihrer Mitglieder. Die Kommission sieht die gesundheitsrelevanten Problemstellungen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen nicht mehr allein an der Mensch-Maschine- Schnittstelle, sondern insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle: in der Qualität der Menschenführung, in der Qualität der Unternehmenskultur sowie in der Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen.“* (Bertelsmann-Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung 2004, S.21)

Nach Badura et al. ist Gesundheit immer zugleich Voraussetzung und auch gewünschtes Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen Personen, Verhalten und Umwelt. Im Kern geht es um das Verständnis und die Erschließung gesundheitsfördernder Potentiale in der einzelnen Person in ihrem Verhalten und in ihrer Umwelt, und um eine Kompetenz zur aktiven Lebensbewältigung (Badura et al. 2010, S.32). Die Autoren schreiben wörtlich: *„Gesundheit ist die Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird“*.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist eine mitarbeiterorientierte Unternehmensstrategie, die darauf ausgerichtet ist, gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Arbeit vorzubeugen, Gesundheitsressourcen zu fördern und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu verbessern. Betriebliches Gesundheitsmanagement verknüpft das Konzept des gesetzlich geregelten Gesundheitsschutzes mit dem Konzept der freiwillig betriebenen Gesundheitsförderung. Es handelt sich um eine systematische, nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen (Bayer 2010, S.2). Betriebliches Gesundheitsmanagement sollte als gesundheitsfördernde Systemoptimierung begriffen werden, da es sich hierbei um Ressourcen handelt, die nicht ohne weiteres auf dem Markt beschafft werden können. Immer mehr und immer komplexere Aufgaben müssen von den Beschäftigten erfüllt werden. Die betriebliche Gesundheitspolitik im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements legt fest, wie das Thema Gesundheit in einer Organisation behandelt werden soll, mit welchen Grundsätzen und Zielen. Sie legt die Entscheidungswege, Zuständigkeiten und die dafür benötigten Ressourcen fest, sowie den erforderlichen Qualifikationsbedarf. Menschen bleiben in einem Unternehmen wegen des herrschenden positiven Klimas, wegen der gelebten Unternehmenskultur und des entsprechenden Gesundheitsmanagements, und nicht in erster Linie wegen der finanziellen Entlohnung (Bayer 2010, Zitat aus Vorlesung).

2.2.3 Arbeitszufriedenheit

Arbeitszufriedenheit und Arbeitsleistung stehen in einem direkten Zusammenhang und werden von den verschiedensten Variablen beeinflusst. Es besteht eine direkte Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und Produktivität, und ein sichtbarer Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Organisationsklima. Differenzierte Arbeitsgestaltung und Personalmanagement werden immer wichtiger. Das Arbeitsleben und die daraus resultierenden Erfahrungen entscheiden über die Lebensqualität der Beschäftigten. Motivation bezeichnet innerhalb der Psychologie die Beweggründe oder die Bereitschaft für ein spezielles Verhalten. Arbeitsmotivation wirkt auf Anwesenheit, Leistung und Zufriedenheit bei der Arbeit. Die Leistungsfähigkeit eines Menschen entwickelt sich über Motivation zur Leistungsbereitschaft und durch die situative Möglichkeit zur Leistung. Positive Rückmeldungen auf die erbrachte Leistung und die damit verbundene Belohnung haben in Betrieben Zufriedenheit und Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen, geringe Fehlzeiten im Betrieb und eine niedrige Fluktuation zur Folge.

2.2.4 Die Ottawa – Charta der WHO

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) plädierte bereits Ende der 40er Jahre für eine Definition von Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Im Jahr 1986 formulierte die WHO in Ottawa auf einer viel beachteten internationalen Konferenz Grundsätze und Ziele zur Förderung der Gesundheit und zur Schaffung bzw. Erhaltung einer gesunden Umwelt:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen verwirklichen

sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des täglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso wie die körperlichen Fähigkeiten betont. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur im Gesundheitssektor, sondern in allen Bereichen der Politik und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“ (Ottawa – Charta der WHO, 1986, S.1)

In den folgenden Abschnitten der Charta ist weiters zu lesen, dass unsere Gesellschaft durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt ist, Gesundheit nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden kann, und dass die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt die Grundlage für einen sozialökologischen Weg zur Gesundheit bildet.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen - heißt es dort - haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle für Gesundheit und nicht für Krankheit sein (Badura et al. 2010, S.35).

Laut Inhalt der Charta ist Gesundheitsförderung in der Lage sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, und daher sei eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt - insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadt-Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Gesundheitsförderung erfordere aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Und als eine der Kernaussagen über betriebliche Gesundheitsförderung ist zu lesen, dass Menschen ihre Gesundheitspotentiale nur dann entfalten können, wenn es ihnen ermöglicht wird, die Bedingungen, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch aktiv mitzugestalten.

2.2.5 Das salutogenetische Gesundheitsmodell

Mit dem Modell der Salutogenese (Antonovsky 1979, S.99) will Aaron Antonovsky eine Antwort auf die für ihn zentrale und leitende Fragestellung geben. „Warum bleiben Menschen – trotz vieler potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund? Wie schaffen sie es, sich von Erkrankungen wieder zu erholen? Was ist das Besondere an Menschen, die trotz extremster Belastungen nicht krank werden?“

Der menschliche Organismus als System ist permanent (natürlichen) Einflüssen und Prozessen ausgesetzt, die eine Störung seiner Ordnung, d.h. seiner Gesundheit, bewirken. Gesundheit ist kein stabiler Gleichgewichtszustand, sondern muss in der Auseinandersetzung mit krank machenden Einflüssen kontinuierlich neu aufgebaut werden. Das Konzept der Salutogenese basiert auf der Feststellung, dass Gesundheit und Krankheit keine einander ausschließenden Zustände, sondern die Extrempole auf einem Kontinuum sind, d.h. vorstellbar als ständige Bewegung auf einer Linie zwischen den Extremen Gesundheit und Krankheit (Gesundheits-Krankheits-Kontinuum). Dazwischen liegen Zustände von relativer Gesundheit und relativer Krankheit. Die Suche nach spezifischen Krankheitsursachen (pathogenetischer Ansatz) muss nach Antonovsky durch die Suche nach gesundheitsfördernden bzw. gesund erhaltenden Faktoren (salutogenetischer Ansatz) ergänzt werden. Veranschaulicht hat Antonovsky seine Theorie mit Hilfe einer philosophischen Metapher: „Das Leben des Menschen sei ein Fluss voll von Gefahren“ (Antonovsky, übersetzt von Franke, 1997, S.21).

Aus pathogenetischer Perspektive betrachtet würde ein Außenstehender den ertrinkenden Menschen aus dem Fluss ziehen. Aus salutogenetischer Sicht hingegen stellt sich die Frage: „Wie macht man den Menschen zu einem guten Schwimmer?“ Entscheidend für die Klärung der Umstände in diesem Spannungsfeld sind nach Antonovsky die Ressourcen, auf die der einzelne Mensch zurückgreifen kann. Antonovsky formulierte daraufhin den Begriff der „generalisierten Widerstandsquellen“ (generalized resistance resources, GRR) Es gibt sowohl individuelle (z.B. körperliche Faktoren, Intelligenz, Bewältigungsstrategien) als auch soziale und kulturelle

Widerstandsressourcen (z.B. soziale Unterstützung, finanzielle Möglichkeiten, kulturelle Stabilität). Somit steht der Mensch als Ganzes mit seiner Biografie im Mittelpunkt und nicht nur seine Erkrankung bzw. seine Symptome. Im „inneren Milieu“ des Individuums müssen diese verschiedenen GRR`s koordiniert, gewichtet und organisiert werden. Ihre funktionale Gemeinsamkeit liegt in dem Kohärenzgefühl (sense of coherence, SOC) (Kropiunigg 2009 S.41), welches für ihn „eine stabile, andauernde und allgemeine Orientierung, die eine Person über die ganze Lebensspanne hinweg prägt“ darstellt (Antonovsky 1987, S.28). Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl führt dazu, dass ein Mensch flexibel auf Anforderungen reagieren kann. und in einer bestimmten Situation adäquate Widerstandsreserven mobilisieren kann. SOC besteht aus drei Komponenten:

1. dem Gefühl von Verstehbarkeit, (*sense of comprehensibility*): Interne und externe Stimuli sind strukturiert, erklärbar und vorhersehbar
2. dem Gefühl von Machbarkeit (*sense of manageability*): Es sind ausreichend Ressourcen vorhanden, um den Anforderungen zu genügen.
3. dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (*sense of meaningfulness*): Der Mensch erkennt den Wert der Herausforderung, seiner Investition und seines Engagements (Kropiunigg 2009, S.42).

Salutogene Arbeitsbedingungen als lernendes System

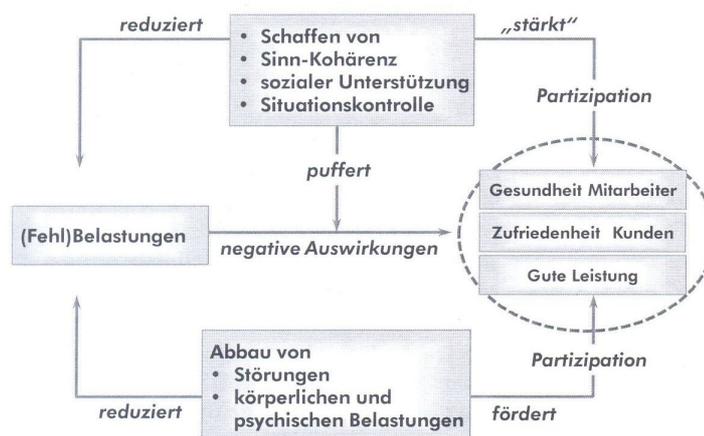


Abb.1 Salutogene Arbeitsbedingungen als lernendes System

2.3 Gesundheit als betriebliches Thema

2.3.1 Betriebspolitische Voraussetzungen

Die entscheidende Voraussetzung für ein leistungsfähiges betriebliches Gesundheitsmanagement ist das ausdrücklich und glaubhaft vermittelte Engagement der obersten Führungsebene. Betriebliches Gesundheitsmanagement wird seine Wirkung nur dann voll entfalten, wenn es vom Top-Management als Führungsaufgabe erkannt und in gemeinsamer Verantwortung mit der Arbeitnehmervertretung dauerhaft im Unternehmen vorangetrieben wird. Am überzeugendsten geschieht dies durch eine aus den Unternehmenszielen abgeleitete inhaltliche Zielsetzung, schriftliche Vereinbarungen, die Einrichtung eines zentralen Lenkungsausschusses sowie durch die Bereitstellung adäquater Ressourcen (Walter 2010, S.148).

2.3.2 Strukturelle Rahmenbedingungen

Ein leistungsfähiges betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert neben der betriebspolitischen Voraussetzung eine Reihe struktureller Rahmenbedingungen. Dazu gehören in erster Linie die Festlegung personeller Verantwortung und die Qualifizierung der jeweiligen Gesundheitsbeauftragten und der Führungskräfte (Walter 2010, S.152). Für ein klares Ziel braucht man ein vernünftiges Management, Tools, Techniken und Methoden, um auch erfolgreich zu sein (Schunder-Tatzber 2011, Zitat aus Vorlesung)). Oberstes Ziel der Gesundheitsförderung ist die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten. Dies setzt die aktive Beteiligung der Mitarbeiterinnen voraus, sowie ihre Befähigung zu einem gesundheitsbewussten Verhalten.

Grundlegend im betrieblichen Gesundheitsmanagement sind die Dokumentation in einem regelmäßig veröffentlichten Gesundheitsbericht und ein professionelles internes Marketing (Schunder-Tatzber 2011, Zitat aus Vorlesung).

2.3.3 Wirksamkeit verhaltenspräventiver Maßnahmen der BGF

Für betriebliche Gesundheitsförderprogramme gilt generell, dass sie die Beschäftigten darin unterstützen, gesunde Verhaltensweisen aufzunehmen unter der Annahme, dass dies einen verbesserten Gesundheitszustand zur Folge haben wird (Janer et al. 2002, S.141). Es gibt verschiedene Aspekte, die das betriebliche Setting für Gesundheitsförderungsmaßnahmen besonders attraktiv machen. Einige der im Folgenden genannten Punkte werden von Hennrikus und Jeffery im Zusammenhang mit dem Verhaltensbereich der Gewichtskontrolle aufgeführt (Hennrikus und Jeffery 1996, S.496)

1. Betriebliche Maßnahmen können bei geringen Kosten eine große Zahl von Personen erreichen, darunter insbesondere auch solche, die selbst keine professionelle Hilfe in Anspruch nehmen würden.

2. Betriebe bieten einen leichten Zugang zu den Menschen. Zum einen auf Grund der geographischen Situation, zum anderen, weil vorhandene Kommunikationskanäle genutzt werden können.

3. Der Zugang über Settings bietet die Möglichkeit, als soziale Intervention sowohl auf „Verhältnisse“ als auch auf „Verhalten“ aller im Setting arbeitenden, lernenden und lebenden Personen einzuwirken. Daher ist der Setting– Ansatz als Zugangsweg für die Zielgruppe der sozial Benachteiligten vorrangig zu empfehlen (Püringer 2010, S.4).

4. Das betriebliche Umfeld bietet eine Reihe guter Möglichkeiten, die Effektivität von Programmen zu erhöhen, z.B. durch die soziale Unterstützung der Kolleginnen, durch positive Verstärkung der Verhaltensänderung, und durch Schaffung von förderlichen Umgebungsbedingungen.

Das Argument der „fehlenden Zeit“, das häufig als Grund dafür genannt wird keinen Sport zu machen, wird durch das Sportangebot am Arbeitsplatz entkräftet. Gesundheitsförderungsprogramme sind in der Lage, krankheitsbedingte Abwesenheiten zu reduzieren und die Arbeitsfähigkeit und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu

steigern. Auf diese Weise zahlen sich entsprechende Programme für die Betriebe auch in finanzieller Hinsicht aus. Ein zusätzlicher Vorteil des betrieblichen Settings liegt darin, dass über die Dokumentation wertvolles Wissen für weitere Projekte zur Verfügung steht (Schunder–Tatzber 2011, Zitat aus Vorlesung) und die notwendige Evaluation der Maßnahmen stattfinden kann.

2.3.4 Programme zur Gewichtskontrolle

Die Evidenzbasis für Maßnahmen zur Gewichtskontrolle ist entsprechend der zu diesem Schwerpunkt vorliegenden Arbeiten von Janer et al. (2002, S.141) und Katz et al. (2005) relativ dünn, obwohl viele Studien zu diesem Thema vorliegen. Empfohlen werden demnach laut „iga. Report 13“(Initiative für Gesundheit und Arbeit) über Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention (Sockoll et al. 2008, S.63) nur kombinierte Programme, die mehrere Handlungsfelder – primär Ernährung und Bewegung – berücksichtigen. In den Programmen zur Gewichtskontrolle konnten nach den Ausführungen von Hennrikus und Jeffery im Mittel 39% aller übergewichtigen Beschäftigten für die Teilnahme an den Programmen gewonnen werden (Hennrikus und Jeffery 1996, S.493). Es gibt Hinweise darauf, dass die Teilnehmerrate an den Programmen größer war, wenn ein Wellnessberater alle übergewichtigen Beschäftigten persönlich kontaktierte und sie zum Mitmachen einlud. Als einer der entscheidenden Faktoren für die Compliance der Beschäftigten erwiesen sich die Möglichkeit zur Mitbestimmung und die Möglichkeit zur individuellen Teilnahme an Teilbereichen der jeweiligen Programme. Die Kostenfreiheit der Programme und die Ausgabe direkter Belohnungen wirkten sich ebenfalls förderlich auf die Teilnahme aus. Die Abbrecherquoten in den Studien schwankten beträchtlich im Bereich zwischen 1% - 68%. Ein Vergleich der Studien deutet darauf hin, dass umso weniger Beschäftigte das Programm verließen, je mehr Anreize wie z.B. ein Wettbewerb geboten wurden. Die Ergebnisse aus randomisierten kontrollierten Studien deuten nach Hennrikus und Jeffery aus dem Jahre 1996 darauf hin, dass betriebliche Programme zur Gewichtskontrolle moderate kurzzeitige Gewichtsverluste von ½ bis 1 Kilo bei den

Teilnehmern bewirken können (Henrikus und Jeffery 1996, S.496). Bei Janer et al. aus dem Jahre 2002 variieren die Ergebnisse im Hinblick auf die Gewichtsreduktion in den verschiedenen Studien von einer Zunahme von 0,25 Kilogramm bis hin zu einem Gewichtsverlust von 3,5 Kilogramm. Die kurzfristigen Effekte der berücksichtigten Programme waren größer als die langfristigen nach 2 bis 3 Jahren (Janer et al. 2002, S.152). In einigen Studien wird berichtet, dass Programme, die Komponenten zur Verhaltensmodifikation enthalten, wirksamer sind als Programme ohne diese Komponenten (Kreis und Bödeker 2003, S.10). Im Bereich der Programme, die an mehreren Ebenen ansetzen, gehen die Ergebnisse teilweise auseinander. In seinen Reviews kommt Pelletier zu dem Schluss, dass Mehrkomponenten-Programme überwiegend positive Resultate erzielten (Pelletier 1999, S.333). Betrachtet werden Zielgrößen im Zusammenhang mit der physischen Aktivität und dem Ernährungsverhalten von Beschäftigten sowie allgemeine Risikofaktoren. Aufgrund der eindeutigen Befundlage schließen die Autoren auf starke Evidenz, dass sich die Zielgrößen durch Mehrkomponenten-Programme mit verhältnispräventiven Komponenten positiv beeinflussen lassen. Da es sich jedoch bei allen Programmen um multimodale Interventionen handelt, können die erzielten Resultate nicht eindeutig auf die verhältnisbezogenen Komponenten zurückgeführt werden. Ganz anders lesen sich beschriebene Einzelprojekte zum Thema BGF mit Schwerpunkt: Gewichtsreduktion und Bewegung. Exemplarisch dafür ein Bericht des LKH Feldbach über das Projekt: „Gesund und fit -minus 100 kg“. 55 Teilnehmerinnen absolvierten ein kombiniertes Abnahme – und Bewegungsprogramm über die Dauer von 12 Monaten. Im Abschlußbericht wird bestätigt, dass die Mitarbeiterinnen ein *„erhöhtes Bewusstsein für gesunde Ernährung und richtige Bewegung“* bekommen haben und durch *„motivierte Teilnahme in einem gemeinsamen Abnehmprogramm“* ihr Idealgewicht erzielt haben. Zudem war es in der Gruppe leichter gewesen, die angestrebten Ziele zu verfolgen. Übergewichtige Mitarbeiterinnen waren gut integriert und konnten ihre bisherigen Hemmungen bezüglich ihrer Figur abbauen. Der beschriebene Erfolg dieses Mehrkomponenten-Projektes, mit einem umfangreichen Angebot an gesundheitsfördernden Maßnahmen, bewirkt für die Zukunft weitere Aktionen die

mittlerweile auch seitens des Betriebsrates des LKH Feldbach mitgetragen werden (BGF der Kages 2009, S.7)

2.4 Work Ability Index (WAI)

2.4.1 Konzept der Arbeitsfähigkeit

In Europa gewinnt das Konzept der Arbeitsfähigkeit seit etwa 20 Jahren vermehrt an Bedeutung (Müller und Hasselhorn 2004, S.167-177). Ein modernes Verständnis von Arbeitsfähigkeit umfasst das Zusammenwirken von individuellen Ressourcen und den Anforderungen des Arbeitslebens. Die individuellen Ressourcen umfassen Gesundheit, Ausbildung und Kompetenz, sowie Motivation, Einstellung und Werte. Die Anforderungen des Arbeitslebens wiederum werden durch psychische und physische Ansprüche an den Beschäftigten, das soziale Arbeitsumfeld, die Arbeitsumgebung und die Führungsorganisation bestimmt (Ilmarinen und Tempel 2002, S.98). Arbeitsfähigkeit wird definiert als die *„die Summe von Faktoren, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“*(Ilmarinen und Tempel 2002, S.88). Da sich die Arbeitsfähigkeit als Verhältniszahl präsentiert, kann sie sich nur dann verändern, wenn sich die individuelle Kapazität und/oder die Arbeitsanforderung ändern. Ilmarinen führte den Begriff des Hauses der Arbeitsfähigkeit ein (Abb. 2).

Hier werden die Faktoren dargestellt, die die Arbeitnehmerinnen in die Lage versetzen eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen. Die Basis und damit Fundament stellt die Gesundheit dar. Im weiteren Aufbau stehen Kompetenz und Werte als Bausteine.

Es folgt die Arbeit selbst. Damit sind die Arbeitsumgebung, die Anforderungen und im Wesentlichen die Organisation der Arbeit selbst gemeint(Ilmarinen und Tempel 2002, S.92). Das Konzept der Arbeitsfähigkeit und der Work Ability Index bilden eine Grundlage zur Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit, der Minderung von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken sowie der Verbesserung des betrieblichen

Gesundheitsschutzes (Tempel u. Giesert 2005, S.29). Mit dem WAI können die derzeitige und die zukünftige Arbeitsfähigkeit ermittelt werden



Abb.2 Das Haus der Arbeitsfähigkeit

2.4.2 WAI Verfahren

Der Work Ability Index (WAI) ist ein Verfahren zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Er wird auch als Arbeitsfähigkeitsindex oder Arbeitsbewältigungsindex bezeichnet. Beim WAI handelt sich um einen Fragebogen, der entweder von den Befragten selbst oder von Dritten, z.B. Betriebsärztinnen, bei der betriebsärztlichen Untersuchung ausgefüllt wird. Ziel der Anwendung in Betrieben ist die Förderung bzw. Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.

Der WAI unterscheidet sich von klassischen Fragebogeninstrumenten in dem Sinne, dass es sich hierbei um ein sehr heterogenes Konstrukt handelt, welches sich durch zehn Fragen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzt. Der WAI ist in diesem Zusammenhang kein Messinstrument im herkömmlichen Sinne, sondern in erster Linie als Index, Indikator oder als „Tool“ zu verstehen, welches in engem Zusammenhang mit dem Konzept der Arbeitsfähigkeit anzuwenden ist.

Der WAI zeigt auf, inwieweit ein Arbeitnehmer angesichts seiner persönlichen Voraussetzungen sowie angesichts seiner vorherrschenden Arbeitsbedingungen in der Lage ist, seine Arbeit zu verrichten. Das WAI-Verfahren liegt als Kurz- und Langversion vor. Die Kurz- und Langversion unterscheiden sich ausschließlich in der Dimension 3 (s. Aufbau) des Verfahrens. In der Langversion werden 51 Krankheiten (vs. 13 Krankheitsgruppen in der Kurzversion) erfasst. Der WAI erfasst mit neun Fragen und einer Liste medizinischer Diagnosen die Arbeitsfähigkeit in folgenden sieben Dimensionen(Baua 2007, S.8):

	Dimension	Anzahl der Fragen	Punkte
1	derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit	1	0–10
2	Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Anforderungen der Arbeitstätigkeit	2	2–10
3	Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten Krankheiten	1 ¹	1–7
4	geschätzte Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch die Krankheiten	1	1–6
5	Krankenstandstage im vergangenen Jahr	1	1–5
6	Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in den nächsten 2 Jahren	1	1, 4, 7
7	Psychische Leistungsreserven	3	1–4

¹ Langversion 1 Liste von 51 Krankheiten; Kurzversion 1 Liste von 13 Krankheitsgruppen

Abb.3 Dimensionen des WAI

WAI 1: Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten je erreichten Arbeitsfähigkeit

WAI 2: Arbeitsfähigkeit in Relation zu den Arbeitsanforderungen

WAI 3: Anzahl der aktuellen, vom Arzt diagnostizierten, Krankheiten (Kurzversion 13, Langversion 51 Krankheiten)

WAI 4: Geschätzte Beeinträchtigung der Arbeit durch Krankheiten

WAI 5: Krankenstand in vergangenen 12 Monaten

WAI 6: Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in zwei Jahren

WAI 7: Psychische Leistungsreserven

Als Ergebnis der Befragung resultiert ein WAI-Wert zwischen 7 (keine Arbeitsfähigkeit) und 49 (maximale Arbeitsfähigkeit).

2.4.3 Grundsätze der WAI Anwendung

Bei der Anwendung des WAI sind nach dem deutschen WAI Netzwerk folgende Punkte zu beachten:

Die Teilnahme an einer WAI- Erhebung muss freiwillig sein. Dem Mitarbeiter dürfen hierdurch keinerlei Nachteile entstehen. Der Datenschutz und die Vertraulichkeit der Daten müssen sichergestellt sein. Die WAI-Daten sind sensibel und erfordern den unbedingten Schutz durch Anonymität oder Schweigepflicht (Baua 2007, S.11). Deshalb ist die Anwendung des Instruments außerhalb der betriebsärztlichen Tätigkeit (berufliche Schweigepflicht) nur dann gestattet, wenn ein Missbrauch der Daten nicht zu befürchten ist. Der WAI ist ein arbeitswissenschaftlich-arbeitsmedizinisches Erhebungsinstrument, das in die Hände von Arbeitsmedizinern oder arbeitswissenschaftlichen (externen) Experten gehört.

Die Einsatzgebiete des Work Ability Index liegen auf dem Gebiet der Betriebsepidemiologie, der Begleitung von Interventionsmaßnahmen, der beruflichen Wiedereingliederung und der Klärung wissenschaftlicher Fragestellungen (Ilmarinen 2007, S.160). Ergebnisse dürfen nur für Gruppen ab mindestens 10 Personen veröffentlicht werden, so dass eine Identifizierung von Einzelpersonen nicht möglich ist.

2.5 Die Struktur eines BGF – Projektes

2.5.1 Definition

Ein Projekt ist ein Vorhaben, das im Wesentlichen durch die Einmaligkeit der Bedingungen in seiner Gesamtheit gekennzeichnet ist. Es gibt eine Zielvorgabe, zeitliche, personelle und finanzielle Begrenzungen, und es muss die Abgrenzung gegenüber anderen Vorhaben möglich sein. Ein Projekt gliedert sich üblicherweise in die Phasen der Projektplanung und Projektvorbereitung, der Projektdurchführung und des Projektabschlusses

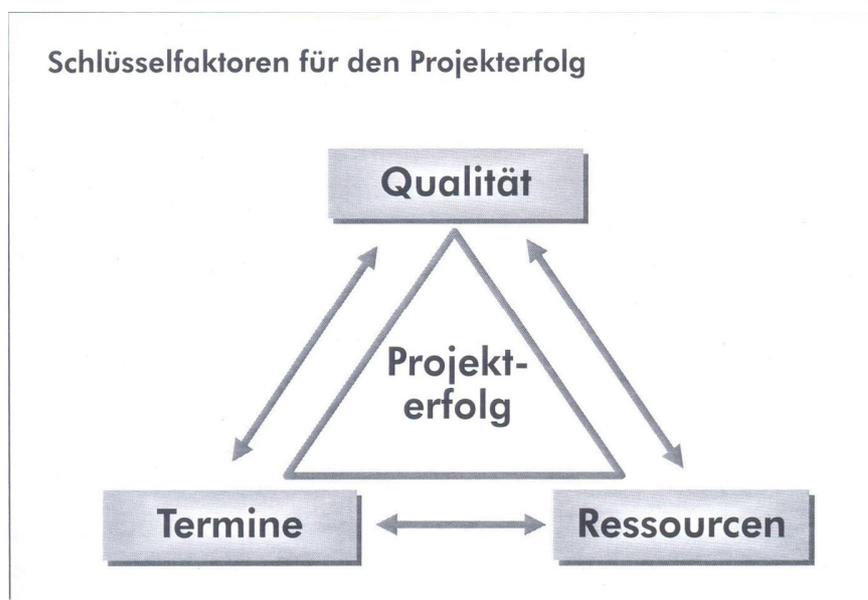


Abb. 4 Schlüsselfaktoren für den Projekterfolg

2.5.2 Definition der Projektziele

Oberstes Ziel des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Stärkung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten als maßgebliche Voraussetzung für Motivation und Leistungsfähigkeit. Damit dient dieses Ziel den Betriebsergebnissen und der Wettbewerbsfähigkeit der Unternehmen (Walter 2010, S.153). Zu den anzustrebenden Ergebnissen zählen nachweislich positive Effekte im psychischen und physischen Befinden, im Selbstwertgefühl, in der Arbeitszufriedenheit und in reduzierten Werten individueller Risikofaktoren (z.B. Übergewicht).

Der Auftakt zu einem Projekt erfolgt in der Regel mit der Formulierung des Projektauftrages durch den Auftraggeber und dessen Vergabe an ein Projektteam. Meist ist der Auftrag zunächst noch relativ offen formuliert und hinsichtlich der Ziele und anzustrebenden Ergebnisse sowie der erforderlichen Ressourcen wenig präzise (Münch 2010, S.293). Umso wichtiger werden daher eine genaue Beschreibung der Anforderungen, klare Visionen und Vorgaben.

„Nichtziele“ zu definieren und damit zu wissen, was man in jedem Fall vermeiden möchte, ist hierbei mindestens so wichtig, wie eine klare Zielvorgabe. Für ein klares Ziel benötigt man ein vernünftiges Management, „Tools“ bzw. Techniken und Methoden zur erfolgreichen Anwendung (Schunder–Tatzber 2011, Zitat aus Vorlesung). Neben der hierarchischen Zielstrukturierung erfolgt in diesem Zusammenhang auch die Festlegung von „Projektmeilensteinen“. Diese erleichtern die Orientierung, indem sie Zeitpunkte kennzeichnen, zu denen ein Teilziel erreicht oder ein konkretes (Teil-) Ergebnis fertig gestellt sein soll.

2.5.3 Steuerungsgruppe

Ein professionell durchgeführtes Projekt ist neben der sorgfältigen Planung auch durch eine aktive und kontinuierliche Steuerung gekennzeichnet. Zu den Aufgaben der Steuerungsgruppe gehören die Projektplanung, Begleitung und Implementierung des

BGF- Projektes in den Regelbetrieb eines Unternehmens (www.netzwerk-bgf.at). Zweck der Projektsteuerung ist es, Abweichungen zwischen dem geplanten und dem tatsächlichen Verlauf des Projektes rechtzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen zu begegnen. Der dazu vorzunehmende permanente Soll-Ist-Abgleich folgt der Systematik eines Regelkreises. Treten Abweichungen zwischen dem geplanten „Soll“ und dem tatsächlichen „Ist“ auf, so sind die dafür in Frage kommenden Ursachen zu analysieren, zu bewerten und entsprechende Korrekturmaßnahmen einzuleiten. Auch der Umgang mit Widerständen und Konflikten als Folge des Veränderungsvorhabens muss bedacht werden und eine entsprechende Bewältigungsstrategie erarbeitet werden (Ulich und Wülser 2009, S.122).



Abb.5 die Steuerungsgruppe

Um dem Anspruch, alle maßgeblichen Gruppen und Parteien einzubinden gerecht zu werden, sollten in der Steuerungsgruppe auf jeden Fall ein Mitglied der Arbeitgebervertretung, der Personalleitung, der Präventivkräfte (Sicherheitsfachkraft und Arbeitsmedizinerin), ein Mitglied der Belegschaftsvertretung und gegebenenfalls eine externe Beraterin vertreten sein (Meggeneder 2010, S.3). Sie alle sollten Fachwissen, Betroffenheit, soziale Kompetenz und Entscheidungskompetenz mit ins Team bringen.

2.5.4 IST – Analyse

Ein funktionierendes betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert Kenntnisse über das Denken, Fühlen und Handeln der Mitarbeiter. Geeignetes Instrument, um dies in Erfahrung zu bringen, sowie integraler Bestandteil eines modernen betrieblichen Gesundheitsmanagements ist eine systemische Mitarbeiterbefragung, die nach Becker *„...ein Instrument der partizipativen Unternehmensführung (ist), bei dem mit Hilfe von (teil)standardisierten Fragebögen anonym und auf freiwilliger Basis Informationen über die Qualität und Zufriedenheit mit der Führung und Zusammenarbeit erhoben werden. Ziel ist es, mit Hilfe der erhobenen Daten Hinweise auf Stärken und Schwächen zu erhalten, um darauf aufbauend Veränderungsprozesse einzuleiten“* (Becker 2005 S.609).

Vor der Durchführung einer Mitarbeiterbefragung sind mehrere Voraussetzungen zu schaffen. Alle Beteiligten müssen rechtzeitig über Anlass und Ziele der Befragung informiert werden. Den Mitarbeiterinnen muss, wie bereits von Becker beschrieben, Anonymität zugesichert werden. Die Daten dürfen nur für den Zweck verwendet werden, für den sie erhoben wurden. Mitarbeiterbefragungen sind grundsätzlich freiwillig, d.h. jede Mitarbeiterin kann über die Information, die sie gibt, selbst bestimmen. Die Ergebnisse müssen den Mitarbeiterinnen mitgeteilt werden. Der Belegschaft muss aber auch von Anfang an klar sein, dass es sich bei einer Mitarbeiterbefragung nicht um das Ausfüllen eines „Wunschzettels“ handelt, der von der Unternehmensleitung nach und nach „abgearbeitet“ wird (Bayer 2010, S.12).

Neben dem Instrument der Mitarbeiterbefragung gehören die Auswertung von Krankenstandsdaten und die Auswertung von Unfalldaten zur Ist – Analyse. Arbeitsmedizinische Untersuchungen dienen der Ist-Zustandsmessung und der Ausarbeitung eines Belastungs-Ressourcen-Profiles.

2.5.5 Gesundheitszirkel

Unter einem Gesundheitszirkel versteht man einen innerbetrieblichen Arbeitskreis, bestehend, wie zum Beispiel beim Linzer Modell, aus 6-8 Mitarbeiterinnen aus einer Hierarchieebene (Meggeneder2010, S.18). Die Teilnahme am Gesundheitszirkel ist freiwillig. Der entstandene fixe Teilnehmerinnenkreis arbeitet im Auftrag der Steuerungsgruppe unter der Leitung einer geschulten externen oder internen Moderatorin (Meggeneder 2010, S.6). Vorteil einer internen Moderatorin ist, dass sie den Betrieb kennt, selbst bekannt ist und ständig erreichbar ist. Eine externe Moderatorin läuft dagegen nicht Gefahr betriebsblind zu sein, verfügt über Erfahrungen aus anderen Betrieben, ist nicht direkt von der Betriebsleitung abhängig, muss sich aber die betrieblichen Abläufe und Strukturen erst erarbeiten.

In regelmäßigen Sitzungen über einen begrenzten Zeitraum sollen gesundheitsbelastende Faktoren aus dem Arbeitsalltag identifiziert werden und Lösungsvorschläge erarbeitet werden. Die Ergebnisse werden im Anschluss der Steuerungsgruppe präsentiert. Leitidee der Gesundheitszirkel ist die aktive Einbeziehung der Mitarbeiterinnen in Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung. Als Expertinnen ihrer Arbeitssituation tragen sie entscheidend zum Erfolg des geplanten Projektes bei. Gesundheitszirkel sind nach Bayer auch in der Lage, mit dem Kreativitätspotenzial der Zirkelmitglieder Störfaktoren im Arbeitsprozess zu beseitigen, welche die Gesundheit der Beschäftigten und damit auch die Produktivität beeinträchtigen. Die von Gesundheitszirkeln ausgelösten Veränderungsprozesse mit ihren positiven Auswirkungen auf Kolleginnen stellen für sich genommen ein wesentliches Motivationspotenzial dar (Bayer 2010, S.16).

2.5.6 Umsetzung der geplanten Maßnahmen

Aufgabe der Projektsteuerungsgruppe ist es, für die Umsetzung der im Rahmen des Projektes entwickelten Maßnahmen zu sorgen. Damit keine der erarbeiteten Ideen verloren geht, ist eine laufende Projektdokumentation erforderlich. Sie dient allerdings in

erster Linie dazu, den Verlauf und die erzielten Ergebnisse zu jedem Zeitpunkt und für alle relevanten Akteure und Gremien nachvollziehbar und transparent zu machen (Walter 2010, S.159). Ein gutes Dokumentationswesen erleichtert zudem die Interventionssteuerung sowie die spätere Erfolgsbewertung. Neben der Dokumentation muss für die Bereitstellung der notwendigen Ressourcen wie Zeit und Geld gesorgt werden, und es ist der Zeitrahmen für die Umsetzung festzulegen (Meggeneder 2010, S.8).

Zu Beginn des Gesundheitsförderungsprojektes müssen von der Steuerungsgruppe die betrieblichen gesundheitspolitischen Ziele und Teilziele konkret festgelegt werden. Insbesondere die Geschäftsleitung einerseits und der Betriebsrat andererseits müssen deutlich machen, hinter welchem gesundheitspolitischen Programm sie stehen. Erfolgsfaktor der Implementierungsphase ist ein ausgewogener Mix aus Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention (Österreichisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung o.J.). Die Steuerungsgruppe muss im Rahmen der Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen darauf Rücksicht nehmen, dass üblicherweise in einem Unternehmen unterschiedliche Gruppen von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen tätig sind. Für alle Beschäftigtengruppen gilt aber, dass die persönlichen Gesundheitskompetenzen des Einzelnen gestärkt werden müssen.

Die Arbeitsbedingungen im weitesten Sinne müssen in einer Weise gestaltet oder verändert werden, dass sie geeignet sind, die Gesundheit zu erhalten und gesundheitsgerechtes Verhalten zu fördern. Interventionsfeld der so genannten Verhaltensprävention sind die persönliche Lebensweise und das Risikoverhalten der einzelnen Arbeitnehmerinnen. Während der Laufzeit der Projektmaßnahmen muss die Steuerungsgruppe darauf achten, dass Zeitvorgaben und Arbeitspläne soweit wie möglich eingehalten werden. Entsprechendes gilt auch für den Kostenrahmen. Ein Steuerungsinstrument ist die regelmäßige Durchführung von Abgleichungen (Schunder-Tatzber 2011, S.29). Bei festgestellten Abweichungen zwischen Planung und der realen Situation ist möglichst rasch eine Ursachenanalyse durchzuführen, um korrigierend eingreifen zu können (Walter 2010, S.159). Über den Verlauf und die Ergebnisse der

Interventionen sind regelmäßige Rückmeldungen an die Auftraggeber sowie die betroffenen Führungskräfte und die Mitarbeiterinnen zu geben.

2.5.7 Evaluation und Erfolgskontrolle

Die Evaluation im betrieblichen Gesundheitsmanagement zielt auf zweierlei:

1. die Überprüfung der Ergebnisqualität durch datengestützte Erfassung der erreichten Ziele (Ergebnisevaluation); und
2. die Überprüfung der Einhaltung von Standards als Voraussetzung für gute Ergebnisse (Struktur- und Prozessevaluation)

Zu beachten ist der für die Evaluation gewählte Zeitpunkt. Je weit reichender und veränderungsintensiver das evaluierte Projekt war, umso länger dauert es möglicherweise, bis sich die angestrebten Ergebnisse einstellen (Walter 2010, S.160).

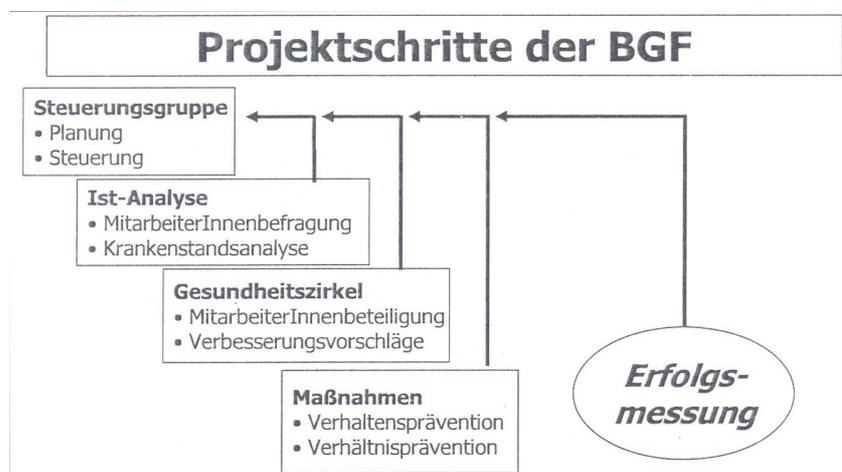


Abb.6 Projektschritte der BGF

Die Erfolgskontrolle ist dabei oft als pragmatische Bestandsaufnahme der Entwicklung der Maßnahmen seit Projektbeginn zu verstehen, da sich gerade Gesundheitsförderungsprogramme einer einfachen und kurzfristigen Erfolgsbewertung

verschließen (Naidoo und Wills 2003, S.377). Kurzfristig können sich gemessene Referenzwerte und Kennzahlen auf Grund von Veränderungswiderständen durch eine Intervention sogar verschlechtern, um sich dann erst längerfristig zu verbessern.

Die Steuerungsgruppe soll Kenntnis von den seit Projektstart eingetretenen Veränderungen der Arbeitszufriedenheit erhalten, sowie über die gegebenenfalls erzielten Erfolge der Interventionsmaßnahmen unterrichtet werden. Inhaltlich sollte sich die Evaluation auf folgende Aspekte konzentrieren:

1. die Entwicklung und dauerhafte Verankerung der Maßnahmen zur BGF im Managementsystem
2. die Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten
3. die Verbesserung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Je nachdem, auf welches Teilziel des Gesundheitsmanagements sich die Evaluation bezieht, lässt sich die Zielerreichung anhand von Kennzahlen oder definierten Standards überprüfen (Walter 2010, S.160).

Bei einer Erfolgsbewertung sollten nur valide und zuverlässige Methoden und Instrumente eingesetzt werden, die zudem in der Praxis erprobt sind, und deren Einsatz für die Ziele und angestrebten Ergebnisse auch sinnvoll und zulässig ist. Um den Grad der Zielerreichung überprüfen zu können, ist dringend geboten auf Methoden und Instrumente zurückzugreifen, die bereits bei der „IST-Analyse verwendet wurden (Walter 2010, S.160).

Das *Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung* bedient sich zur Erfolgsmessung meistens einer zweiten Gesundheitsbefragung der Mitarbeiterinnen und einer neuerlichen Krankenstandsanalyse. Die Wiederholung der Befragung gibt laut dem Österreichischen Netzwerk Aufschluss über die Entwicklung der von den Beschäftigten wahrgenommenen Anforderungen, Belastungen und

Gesundheitsressourcen im Unternehmen. Die Messergebnisse fließen in den zweiten Gesundheitsbericht ein, der somit Auskunft über die getätigten Maßnahmen, die sich abzeichnenden Erfolge, und das für die Zukunft geplante Vorgehen in Gesundheitsfragen gibt. Zielgruppe der Publikation ist die gesamte Belegschaft (Meggeneder 2010,S.9).

2.5.8 Projekt - Marketing

Die Durchführung eines BGF–Projekt es stellt - wie jedes Projekt - für das Unternehmen eine Herausforderung dar. Es wird neben bzw. zusätzlich zu den notwendigen Arbeitsleistungen durchgeführt und erfordert die zusätzliche Bereitstellung von Ressourcen. Dies erzeugt erfahrungsgemäß bei Teilen der Belegschaft einen gewissen Widerstand. Es gibt in jedem Unternehmen Mitarbeiterinnen, die durch neue betriebliche Vorhaben verunsichert werden. Es ist daher notwendig, alle Mitarbeiterinnen über das Projekt rechtzeitig und sorgfältig zu informieren, nicht nur in der Planungsphase, sondern über die gesamte Laufzeit hindurch. Die Information und Kommunikation über das Projekt soll in Form eines Projektmarketings erfolgen. Je zielgerichteter und origineller dieses Marketing durchgeführt wird, umso mehr Beachtung und Unterstützung wird es in der Unternehmensorganisation finden (Meggeneder 2010, S.9).

Die internen Marketingmaßnahmen richten sich an die Mitarbeiterinnen und die Führungskräfte des Unternehmens. Als Verbreitungs-Instrumente bieten sich die Mitarbeiterzeitung, das „schwarze Brett“ und das firmeneigene Intranet an. Mit einem Infoschreiben an alle Mitarbeiterinnen - möglicherweise als Beilage zum Gehalts- oder Lohnzettel - kann man eine große Anzahl an Beschäftigten über die geplanten Maßnahmen in Kenntnis setzen. Gruppenbesprechungen, Abteilungsbesprechungen und Betriebsversammlungen bieten eine Plattform für internes Marketing. Auch über einen betrieblichen Gesundheitsbericht oder einen vierteljährlichen „Newsletter“ lassen sich Marketingstrategien verfolgen. Je nach Kreativität der Beteiligten gibt es auch Dekorationen in Form von Bildschirmschonern oder Buttons. Themenzebrastreifen oder

eine Bodenzeitung sind eine weitere Möglichkeit, die Aufmerksamkeit der Mitarbeiterinnen auf das Projekt zu lenken.

Ein Großevent (Konzert, Lesung, Schauspiel oder ähnliches) im Rahmen der „Kick off“ Veranstaltung am Beginn eines BGF- Projektes dient als zusätzliche Marketingmaßnahme. Ein Preisausschreiben mit Preisverleihung nach erfolgreichem Abschluss des Projektes erhöht den „Spaßfaktor“ der BGF- Maßnahme und ist ebenfalls ein gutes Marketinginstrument.

Artikel und Berichte über das Projekt in Zeitschriften von Berufsvereinigungen, Gewerkschaften, der AUVA, der Wirtschaftskammer etc. sind Instrumente des externen Marketings. Über den *Fonds Gesundes Österreich* und den Newsletter des *Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung* lässt sich externes Marketing medienwirksam durchführen. Öffentlichkeitsarbeit über Presseaussendungen, Exklusivgeschichten für ausgewählte Zeitungen, Artikel in Gemeindezeitungen und PR Artikel in Form von Inseraten unterstützen die Verbreitung der BGF-Idee und stellen eine wirksame externe Marketingstrategie dar, die in den Führungsetagen meist auf breite Zustimmung trifft (www.netzwerk-bgf.at).

3. Forschungsgegenstand der Master Thesis

3.1 Beschreibung des untersuchten Modells

Unter dem Titel „Betriebliche Gesundheitsförderung in der SVB; Projekt MAX“ wurden in der Sozialversicherung der Bauern mehrere BGF Projekte entwickelt und installiert. Ziel war es, für die Mitarbeiterinnen interessante und nützliche Aktivitäten zu initiieren und zu koordinieren. Um die regionalen Eigenheiten zu unterstreichen und zu fördern, wurden in jedem Bundesland regionale „MAX- Gruppen“ gebildet, deren Mitglieder sich aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, der Personalleitung und der Belegschaftsvertretung rekrutierten. Die steririschen Projekte werden von der zuständigen Arbeitsmedizinerin des Betriebes (Sozialversicherung der Bauern) geleitet.

Kernelement der BGF und gleichzeitig wichtigstes Element der Beteiligung der Beschäftigten sind die Gesundheitszirkel. In der Steiermark wurden zwei Gesundheitszirkel in Form von homogenen Kleingruppen mit sieben Teilnehmern einer hierarchischen Ebene und eines gleichen Arbeitszusammenhanges(Linzer Modell), unter Leitung je eines internen Moderators gebildet.

Die Sozialversicherung der Bauern beschäftigt im Regionalbüro Steiermark über 200 Mitarbeiterinnen. Um im Vorfeld alle Mitarbeiterinnen über die beabsichtigten Aktivitäten zu informieren, wurde für „MAX“ eine eigene Intranetseite erstellt, über die alle Mitarbeiter laufend über die Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung informiert wurden. Zur medialen Präsentation der MAX-Projekte gehörte auch die optische Darstellung in Form eines entsprechenden Logos. Dieses Logo

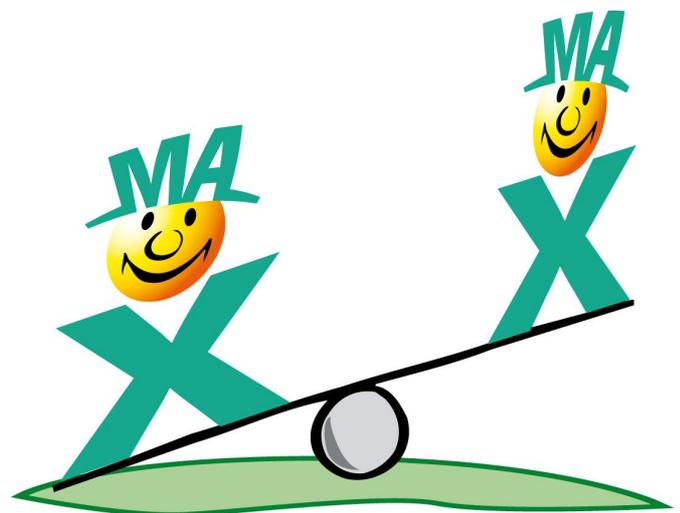


Abb.7 Kilomax-Logo

sollte das gesamte Projekt begleiten und die erforderliche Aufmerksamkeit auf das Projekt lenken.

Der Inhalt der vorliegenden Masterarbeit beschäftigt sich mit dem Projekt „*Kilomax*“. Als Pilotprojekt eingeführt, sollte diese Maßnahme der BGF in erster Linie eine Gewichtsreduktion in Form von Reduktion des Körperfettanteiles und Verbesserung des Body Mass Index bewirken. Sekundäre beabsichtigte Projektziele waren die Erhöhung des subjektiven Wohlbefindens und die Zunahme des Gesundheitsbewusstseins der teilnehmenden Mitarbeiterinnen. Daher wurden diese sekundären Projektziele mit *vermehrter Freude an Bewegung, richtigem Ernährungs- und Trinkverhalten, nachhaltiger Ernährungsumstellung und mehr Lebensqualität* definiert. Diese sekundären Zielgrößen wurden im Rahmen des Projektes allerdings bisher nicht evaluiert.

Um den Spaßfaktor des Projektes „*Kilomax*“ und damit die Beteiligungsrate zu erhöhen, wurde ein Wettbewerb zwischen den Bundesländern gestartet, in welchem die verlorenen Kilos der teilnehmenden Regionalbüros miteinander verglichen wurden. Zusätzlich wurde vom Management zugesagt, für jedes abgenommene Kilogramm einen Euro für einen karitativen Zweck zur Verfügung zu stellen. Den Empfänger dieser Unterstützung durften die regionalen Maxgruppen selbst bestimmen.

Das Projekt startete schließlich mit einer zeitgleichen Kickoff-Veranstaltung in allen österreichischen Regionalbüros. Jede Mitarbeiterin erhielt eine persönliche Einladung zur Startveranstaltung und einen Apfel als Gesundheitssymbol. Im Rahmen des Projektstarts erfolgten die Teilnehmerinnen-Rekrutierung und die Ersterhebung der Messdaten. Bei der Abwage wurden jeder Teilnehmerin ein persönlicher „*Kilomax*“-Pass und eine eigens für das Projekt gestaltete Informationsmappe ausgehändigt. In den Pass konnten die Teilnehmerinnen ihr Ausgangsgewicht und das persönliche (Wunsch)-Zielgewicht eintragen.

In der Folge gab es in regelmäßigen Abständen Vorträge für die Mitarbeiterinnen zu den Themen Ernährung, Bewegung und gesunde Lebensführung, sowie zum Thema „psychologische Hintergründe für erfolgreiches Abnehmen“. Die Vorträge fanden in der Dienstzeit statt, die Teilnahme an diesen Veranstaltungen war kostenlos. An Sportmöglichkeiten wurden Lauftreffs und Nordic-Walking-Treffs im Anschluss an die Dienstzeit angeboten. An Begleitmaßnahmen gab es ein eigenes kalorienreduziertes „MAX-Menü“ in der Kantine sowie die Möglichkeit zur Inanspruchnahme einer Chairmassage in der Mittagspause.

Für die Laufzeit des Projektes wurde ein halbes Jahr anberaumt mit der Option weiterer Gewichtskontrollen auf Wunsch der Mitarbeiterinnen und der Verlosung eines Preises unter diejenigen Mitarbeiterinnen, denen es gelungen war das reduzierte Gewicht zu halten.

3.2 Ausgangspunkte für die Analyse und Hypothese

Die Mitarbeiterinnen in einer Sozialversicherung haben beruflich ständig mit Gesundheitsthemen, Krankenbehandlungen und Vorsorgemaßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit zu tun. Die eigene Gesundheit und das subjektive Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen treten dabei oft in den Hintergrund.

Ohne die Daten tatsächlich erhoben zu haben, ist davon auszugehen, dass der Anteil übergewichtiger Mitarbeiterinnen im SVB-Regionalbüro Steiermark den für Österreich bekannten Daten entspricht. Im österreichischen Ernährungsbericht 2008 von Elmadfa et al. (2009, S.29) weisen mittlerweile 42% der Erwachsenen einen Body Mass Index (BMI) von über 25 kg/m² auf. Elf Prozent der österreichischen Bevölkerung sind laut dieser Studie sogar adipös, also krankhaft fettleibig mit einem BMI von mehr als 30 kg/m².

Laut dem Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark sind vier von zehn Steirerinnen übergewichtig und jede zehnte ist adipös. Verglichen mit dem österreichischen

Durchschnitt ist der Anteil der Personen, die einen BMI von 25 und mehr aufweisen, in der Steiermark etwas höher (52%) als in Österreich (50%). Jedoch gibt es in der Steiermark mehr übergewichtige und weniger adipöse Personen als im österreichischen Durchschnitt. Während der Anteil der übergewichtigen Personen in der Steiermark im Bundesländervergleich an erster Stelle liegt, zählt der Anteil der adipösen Personen zu den niedrigsten(Gesundheitsbericht 2010 Steiermark, S.133).

Aufgrund dieser besorgniserregenden Ergebnisse werden in verschiedenen Bereichen Maßnahmen gesetzt, um diese Entwicklung zu stoppen. Neben Initiativen von Seiten des Bundesministeriums für Gesundheit und verschiedener Krankenkassen gibt es u.a. auch Präventionsprogramme auf regionaler (Länder) oder lokaler Ebene (Gemeinden, private Initiativen u. a.).

Auch in verschiedene Betriebe hat die Adipositas-Prävention Einzug gehalten und ist dann als Maßnahme zur Förderung der betrieblichen Gesundheit zu verstehen(Gesundheitsbericht 2010 Steiermark S.148).

Das im Folgenden näher beschriebene Projekt „*Kilomax*“ ist eine solche Maßnahme, und deren Auswirkungen auf die Mitarbeiterinnenzufriedenheit und Arbeitsfähigkeit wird im Rahmen einer Longitudinalstudie untersucht.

Die Hypothese dieser Arbeit besteht in der Annahme, dass die Einführung des vorliegenden BGF-Projektes zur Gewichtsreduktion und die damit verbundene Zuwendung in Form des „aktiven Kümmerns“ um die Mitarbeiterinnen, nicht nur zu der erwünschten Gewichtsreduktion der Teilnehmerinnen führt, sondern auch in der Lage ist, dass subjektive Wohlbefinden der Mitarbeiterinnen an ihrem Arbeitsplatz zu steigern. Dass mit einer solchen Maßnahme auch eine Erhöhung die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten Hand in Hand gehen kann, ist Teil dieser Hypothese.

4. Methodik

4.1 Teilnehmer

Am beschriebenen Projekt beteiligten sich 53 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, davon 27 weibliche Beschäftigte und 26 männliche Beschäftigte im Alter von 21 bis 59 Jahren. Die Mitarbeiterinnen erklärten sich im Anschluss an die oben beschriebene Kickoff-Veranstaltung zur Teilnahme an der Longitudinalbeobachtung bereit. Eine Aufklärung über Art und Ablauf der Untersuchungen und Erhebungen sowie über Freiwilligkeit und Anonymisierung wurde in schriftlicher und mündlicher Form durchgeführt. Weiters wurden die Teilnehmerinnen darüber informiert, dass ein Abbruch der Projektteilnahme zu jedem Zeitpunkt möglich sei.

Darüber hinaus wurde den Mitarbeiterinnen frei gestellt, am Gesamtprogramm (bestehend aus Körpermessungen + Fragebogen) oder alternativ nur an einem Teil des Programms (Körpermessungen) teilzunehmen.

22 Mitarbeiterinnen (42%) entschieden sich für die Teilnahme am Gesamtprogramm. 31 Mitarbeiterinnen (58%) wollten nur an den Körpermessungen teilnehmen.

4.2 Durchgeführte Messungen und Erhebungen

4.2.1 Body Mass Index (BMI), Körpergröße, Gewicht,

Im Rahmen des Projektes „*Kilomax*“ wurden alle Teilnehmer am Beginn und bei Projektabschluss (nach einem halben Jahr) mittels elektronischer Körperwaage in Unterwäsche abgewogen, und im selben Untersuchungsgang wurde mittels genormter Messlatte die Körpergröße bestimmt. Die Eingangs- und Abschlussuntersuchungen fanden im Labor des Ärztlichen Dienstes im Regionalbüro der SVB Steiermark statt. Aus diesen beiden Parametern (Körpergröße und Körpergewicht) wurde für jede Teilnehmerin der Body Mass Index nach der geltenden vorgesehenen Formel (s. unten)

errechnet. Die Messung von Körpergewicht und Körpergröße gilt als kostengünstige, nicht invasive Möglichkeit, um Übergewicht zu objektivieren (Branca 2007, S.2). Darüber hinaus ist der Body Mass Index, der aus Gewicht und Körperlänge berechnet wird, die am besten geeignete Maßzahl, um eine Aussage zur Prävalenz von Übergewicht und Adipositas in einer Gesellschaft zumachen (Wilk 2008). Eine Schwäche des BMI besteht darin, dass keine Differenzierung zwischen dem durch Muskelmasse und jenem durch Fett hervorgerufenen Anteil des Gewichts vorgenommen werden kann (Branca 2007,S.2). Der BMI wird folgendermaßen berechnet:

Körpergewicht in Kg dividiert durch Körpergröße (angegeben in m)²

Erwachsene Personen können aufgrund ihres BMI einer der vier Kategorien zugeteilt werden (Wilk 2008):

1. Untergewicht: BMI < 18,5
2. Normalgewicht: BMI: 18,5 bis < 25
3. Übergewicht: BMI: 25 bis < 30
4. Adipositas: BMI: ≥ 30

4.2.2 Körperfettmessung und Bauchumfang

Der **Körperfettanteil** der Teilnehmerinnen wurde in der vorliegenden Arbeit mittels Impedanzmessung ermittelt. Wie bei Errechnung des BMI wurden auch bei der Erhebung des Körperfettanteils und bei der Bestimmung des Bauchumfangs zwei Messungen durchgeführt

In den letzten Jahren kamen Körperfettmessgeräte verschiedener Hersteller auf den Markt. Die Geräte unterscheiden sich im jeweiligen Messverfahren, im Preis und in ihrer

Genauigkeit. Die wichtigsten mobilen Körperfettmessverfahren sind die Kalipometrie (Bestimmung der Hautfaldendicke mittels Fettzange), die bioelektrische Impedanzanalyse (BIA) und die Infrarot-Messung (ein Infrarotstrahl wird durch den Oberarm geschickt, und aus der Absorption wird der Fettanteil ermittelt).

Die Messergebnisse in der vorliegenden Arbeit wurden mittels einer *Tanita* – Analysewaage jeweils am Beginn und Ende des Projektes erhoben, diese beruht auf der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA).

Bei der bioelektrischen Impedanzanalyse (BIA) wird mit einem schwachen durch den Körper geführten Wechselstrom der Widerstand des Gewebes ermittelt und daraus der Fettanteil errechnet. Als methodische Einschränkung dieses Messverfahrens ist zu bedenken, dass sich in Abhängigkeit vom aktuellen Hydrationszustand (Wasseranteil des Körpers) Messungenauigkeiten ergeben können. Die Methode ist daher vor allem dazu geeignet, um langfristige Tendenzen bezüglich des Körperfettanteils aufzuzeigen. Je nach Alter und Geschlecht ist ein unterschiedlicher Körperfettanteil zu erwarten, wobei die im Folgenden angeführte Kategorisierung für den Körperfettanteil in % gilt:

Alter	Körperfettanteil bei Frauen			Körperfettanteil bei Männern		
	gut	mittel	Erhöht	gut	mittel	erhöht
20-24	22,1	25,0	29,6	14,9	19,0	23,3
25-29	22,0	25,4	29,8	16,5	20,3	24,3
30-34	22,7	26,4	30,5	18,0	21,5	25,2
35-39	24,0	27,7	31,5	19,3	22,6	26,1
40-44	25,6	29,3	32,8	20,5	23,6	26,9
45-49	27,3	30,9	34,1	21,5	24,5	27,6
50-59	29,7	33,1	36,2	22,7	25,6	28,7
>60	30,7	34,0	37,3	23,3	26,2	29,3

Tab. 1

Bauchumfang: Ein einfaches und dennoch aussagekräftiges Maß zur Beurteilung des viszeralen Fettdepots ist die Messung des Bauchumfanges (Lean et al. 1995, S.158). Ab einem Wert von >80cm bei Frauen bzw. ab >94 cm bei Männern gilt der BU als erhöht (EASO 2002). Bei einem Bauchumfang (BU) >88 cm bei Frauen bzw. >102cm bei Männern liegt schließlich eine abdominelle Adipositas vor. Der Bauchumfang wird unmittelbar oberhalb des Nabels gemessen.

4.2.3 Durchführung der Befragung mittels WAI

Für das vorliegende Projekt wurde für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit die Kurzversion des *Work Ability Index (WAI)* eingesetzt. Der WAI besteht - wie im Theorieteil dieser Arbeit beschrieben - aus sieben so genannten WAI-Dimensionen mit insgesamt 9 Fragen und einer Diagnoseliste (BAuA 2008, S.14). Der entsprechende Fragebogen (WAI Kurzversion) ist der Arbeit im Anhang angeschlossen.

Der Fragebogen beinhaltet Fragen zu physischen und psychischen Arbeitsanforderungen, zum aktuellen Gesundheitszustand sowie zu Leistungsreserven der Beschäftigten. Den Antworten werden Punkte zugeteilt und diese Punktzahl nach einem Auswertungsschema gewichtet und zu einem Wert zusammengefügt.

<i>Punktesumme</i>	<i>Arbeitsfähigkeit</i>	<i>Maßnahmen</i>
7-27	Schlecht	Einleitung gesundheitsfördernder Maßnahmen, bzw. weitere Untersuchungen durchführen
28-36	Mittelmäßig	Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit empfohlen
37-34	Gut	Arbeitsfähigkeit unterstützen
44-49	Sehr Gut	Beratung zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit

Tab. 2

Der WAI-Wert kann zwischen 7 und 49 Punkten liegen, wobei mit 49 Punkten die maximale Arbeitsfähigkeit erreicht wird und der geringste Wert (keine Arbeitsfähigkeit) bei 7 liegt. (BAuA 2008, S.19). Die Klassifizierung der Arbeitsfähigkeit wird in den oben ersichtlichen vier Kategorien vorgenommen.

An der Befragung mittels WAI haben 22 Personen teilgenommen (42% der Teilnehmerinnen).

4.2.4 Verteilung und Rücklauf

Die WAI-Fragebögen (s.Anhang) wurden im Rahmen der physikalischen Messungen ausgeteilt und von den Teilnehmenden unmittelbar im Anschluss an die Körpermessungen ausgefüllt. Zur Anonymisierung wurden sie in ein neutrales Kuvert gesteckt, dieses von den Befragten selbst verschlossen und ohne jegliche Kennzeichnung für die spätere Auswertung archiviert.

Das gleiche Prozedere fand im Rahmen der Abschlussmessungen, ein halbes Jahr nach Projektstart statt.

4.3 Methodik der statistischen Auswertung

Folgende Parameter wurden nach Ausgangsmessung (zum Teil auch Zwischenmessung) und Endmessung (im Abstand von einem halben Jahr) statistisch ausgewertet: Körpergewicht, Körperfettanteil, Bauchumfang und Body Mass Index. Alle Variablen wurden nach dem Geschlecht stratifiziert.

Die Resultate wurden mit dem Statistikprogramm SPSS 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) berechnet. Die Daten waren nicht normal verteilt; deshalb werden Mediane und Quartile (P25, P75) angegeben. Der Related Sample Wilcoxon Signed Rank Test wurde verwendet, um die Medianunterschiede zwischen den zwei Meßzeitpunkten zu vergleichen.

Um einen eventuellen Geschlechtsunterschied zu berechnen, wurde der Mann-Whitney-U Test verwendet. Ein p-Wert von < 0.05 (zweiseitig) wird als statistisch signifikant angenommen.

Die WAI-Auswertung erfolgte nach einem Standardverfahren, wobei die erhobenen WAI-Werte zu Referenzdaten in Bezug gesetzt werden. In multidisziplinären klinischen Längsstudien wurde der WAI in den 80er und 90er Jahren in Finnland validiert. Die erste Version des Work Ability Index wurde von den Forscherinnen Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L und Tulkki A. veröffentlicht.

Berechnungsformel: Wie bereits oben berichtet umfasst der WAI sieben Dimensionen. In der Dimension 2 werden die Punkte nach einer bestimmten Formel entsprechend dem Arbeitsinhalt gewichtet. In der Dimension 3 (Anzahl der aktuellen vom Arzt diagnostizierten Erkrankungen) werden die Punkte je nach Anzahl der Krankheiten verteilt. In der Dimension 7 werden die Werte der 3 angekreuzten Fragen addiert und entsprechend der erreichten Summe die Punkte ermittelt. In den Dimensionen 1, 4, 5 und 6 scheint der angekreuzte Punktwert in der Berechnung auf. Man erhält durch die nachfolgende Addition der Punkte einen Gesamtwert. Die höchste erreichbare Punktezahl im Index ist 49 (maximale Arbeitsfähigkeit), die geringste beträgt 7 (keine bis minimale Arbeitsfähigkeit). Alle Fragen des Fragebogens müssen beantwortet werden, damit der Index berechnet werden kann. Halbe Punkte beim Gesamtergebnis werden auf den nächsten ganzen Wert aufgerundet (BAuA 2008, S.28).

Im SPSS 18.0 wurde mittels Student t-Test berechnet, ob sich die WAI-Mittelwerte (gesamt, Dimensionen 1, 6 und 7) statistisch signifikant unterscheiden.

5. Ergebnisse

5.1 Körpergewicht, Körperfettanteil, Bauchumfang und Body Mass Index

Von der Ausgangsmessung bei Projektstart zur Endmessung ergab sich für alle gemessenen Parameter (Körpergewicht, Körperfettanteil, Bauchumfang und Body Mass Index) eine statistisch signifikante Reduktion (Tabelle 3).

Dies galt gleichermaßen für Frauen und Männer (Tabellen 4 und 5). Tabelle 6 zeigt den absoluten Gewichtsverlust, Fettverlust (in kg), die absolute Bauchumfangsreduktion und die absolute Reduktion des Body Mass Index. Tabelle 7 dokumentiert, daß es keinen Unterschied zwischen Frauen und Männern hinsichtlich ihrer absoluten Reduktionswerte gab.

Zwei Teilnehmerinnen verzeichneten eine Zunahme bezüglich ihres Gewichts, Bauchumfangs, Körperfettanteils und Body Mass Index (durch „+“ dokumentiert in den Tabellen 6 und 7).

In Summe konnten die Teilnehmerinnen des Regionalbüros Steiermark einen Gewichtsverlust von insgesamt 204 kg erreichen, bei einem reinen Verlust an Fettmasse von 145 kg. Bei Reduktion des Bauchumfangs ergaben sich gerechnet auf alle Beteiligten 137 cm an Umfangverlust.

Tabelle 3: Median, Quartile und Bereich für die erhobenen Messdaten zum Start- und Endpunkt für 53 Teilnehmer (Related Sample Wilcoxon Signed Rank Test)

	Ausgangsmessung	Endmessung	p-Wert
Körpergewicht	Median = 82	Median = 77	p < 0.001
	P25 = 64	P25 = 63	
	P75 = 92	P75 = 90	
	Min = 50	Min = 49	
	Max = 112	Max = 108	
Körperfettanteil in kg	Median = 22	Median = 21	p < 0.001
	P25 = 17	P25 = 15	
	P75 = 30.50	P75 = 27	
	Min = 10	Min = 9	
	Max = 52	Max = 42	
Bauchumfang	Median = 93	Median = 90.50	p < 0.001
	P25 = 81	P25 = 79	
	P75 = 104	P75 = 100.25	
	Min = 70	Min = 70	
	Max = 135	Max = 120	
Body Mass Index	Median = 26.51	Median = 25.10	p < 0.001
	P25 = 23.59	P25 = 22.83	
	P75 = 30.10	P75 = 29.06	
	Min = 19.05	Min = 18.67	
	Max = 42.86	Max = 38.10	

Tab. 3

Tabelle 4: Median, Quartile und Bereich für die erhobenen Messdaten von Körpergewicht und Körperfettanteil zu den Zeitpunkten der Ausgangs- und Endmessung für 27 weibliche und 26 männliche Teilnehmer (Related Sample Wilcoxon Signed Rank Test)

	Ausgangsmessung		Endmessung		p-Wert				
	Frauen	Männer	Frauen	Männer					
Körpergewicht	Median	=	Median	=	Median	=	Median	=	Frauen: p < 0.001
	64		89.5		63		86.5		
	P25 = 61		P25 = 80		P25 = 58		P25 = 77		Männer: p < 0.001
	P75 = 88		P75 = 100		P75 = 80		P75 = 93		
	Min = 50		Min = 71		Min = 49		Min = 68		
	Max = 112		Max = 112		Max = 100		Max = 108		
Körperfettanteil in kg	Median	=	Median	=	Median	=	Median	=	Frauen: p < 0.01
	20		23.5		19		22		
	P25 = 16		P25 = 18.5		P25 = 14		P25 = 16		Männer: p < 0.001
	P75 = 35		P75 = 30		P75 = 28		P75 = 27		
	Min = 10		Min = 15		Min = 9		Min = 13		
	Max = 52		Max = 38		Max = 42		Max = 34		

Tab. 4

Tabelle 5: Median, Quartile und Bereich für den Body Mass Index und den Bauchumfang zu den Zeitpunkten der Ausgangs- und Endmessung für 27 weibliche und 26 männliche Teilnehmer (Related Sample Wilcoxon Signed Rank Test)

		Ausgangsmessung		Endmessung		p-Wert
		Frauen	Männer	Frauen	Männer	
Bauchumfang	Median	= 81	= 99	= 79	= 96	Frauen: p < 0.01
	P25	= 79	= 93	= 77.5	= 90.5	
	P75	= 96	= 111.5	= 91	= 106.5	
	Min	= 70	= 89	= 70	= 88	Männer: p < 0.001
	Max	= 135	= 123	= 120	= 120	
Body Mass Index	Median	= 23.83	= 28.08	= 23.27	= 26.75	Frauen: p < 0.001
	P25	= 22.15	= 26.00	= 21.56	= 24.68	
	P75	= 29.73	= 30.54	= 26.22	= 29.51	
	Min	= 19.05	= 22.20	= 18.67	= 22.01	Männer: p < 0.001
	Max	= 42.86	= 35.19	= 38.10	= 34.87	

Tab. 5

Tabelle 6: Median, Quartile und Bereich für den absoluten Gewichtsverlust, absoluten Fettverlust (in kg), die absolute Bauchumfangsreduktion und die absolute Reduktion im Body Mass Index aller 53 Probanden von der Ausgangs- zur Endmessung

	Messdaten
Körpergewicht	Median = 3 P25 = 1 P75 = 5 Min = +3 Max = 21
Körperfettanteil in kg	Median = 2 P25 = 1 P75 = 4 Min = +2 Max = 11
Bauchumfang	Median = 2 P25 = 1 P75 = 4 Min = +4 Max = 15
Body Mass Index	Median = 0.92 P25 = 0.38 P75 = 1.60 Min = +0.82 Max = 6.71

+ indiziert eine Zunahme

Tab. 6

Tabelle 7: Abnahme des Körpergewichts, des Körperfettanteils (in kg), der Reduktion des Bauchumfangs und des Body Mass Index für 27 weibliche und 26 männliche Teilnehmer (Mann-Whitney-U Test)

		Frauen	Männer	p-Wert
Abnahme Körpergewichts in kg	des	Median = 2	Median = 3	p = 0.915, n.s.
		P25 = 1	P25 = 2	
		P75 = 5	P75 = 5.25	
		Min = +3	Min = 1	
		Max = 21	Max = 10	
Abnahme Körperfettanteils in kg	des	Median = 2	Median = 2	p = 0.501, n.s.
		P25 = 1	P25 = 1	
		P75 = 5	P75 = 4	
		Min = +2	Min = 0	
		Max = 11	Max = 6	
Reduktion Bauchumfangs in cm	des	Median = 1	Median = 2	p = 0.145, n.s.
		P25 = 0.5	P25 = 2	
		P75 = 3.5	P75 = 4	
		Min = +4	Min = 1	
		Max = 15	Max = 6	
Reduktion des Body Mass Index		Median = 0.65	Median = 1.00	p = 0.132, n.s.
		P25 = 0.37	P25 = 0.64	
		P75 = 1.61	P75 = 1.60	
		Min = +0.82	Min = +0.81	
		Max = 6.71	Max = 2.96	

+ indiziert eine Zunahme

Tab. 7

5.2 Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung mittels WAI

Bei den Befragten handelte es sich um insgesamt 22 Mitarbeiterinnen, wobei Beschäftigte aus der Sachbearbeitung mit und ohne Parteienverkehr ebenso vertreten waren wie Führungskräfte (Gruppenleiter, Abteilungsleiter). Die Altersspanne der Befragten lag zwischen 21 und 59 Jahren. Die Auswertung der WAI-Befragung der 22 Teilnehmerinnen bei Projektstart ergab einen WAI-Wert von 41.1 (SD = 3.2). Das bedeutet, dass die „durchschnittliche Arbeitsbewältigung“ gut war. Bei Projektende lag der Durchschnitts-WAI-Punktwert der Befragten mit 44.1 (SD = 2.4) in der obersten Kategorie (sehr gute Arbeitsfähigkeit). Der Unterschied ist statistisch signifikant (Student t-Test; $df = 21$; $p < 0.001$).

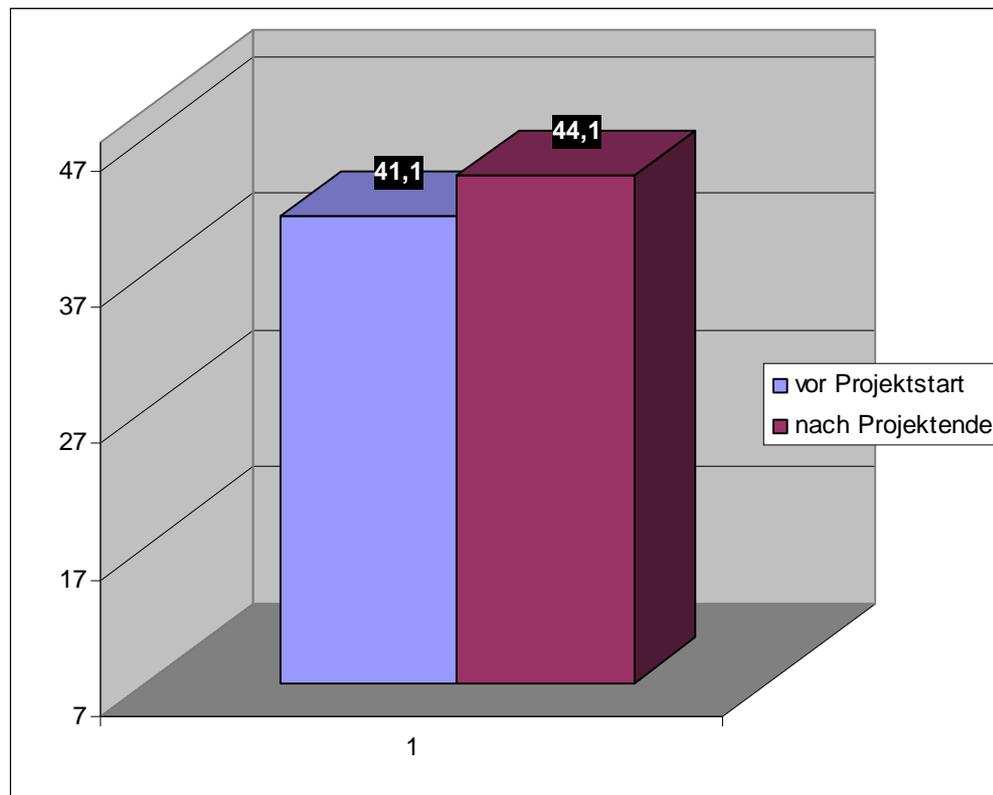


Abb.8 Durchschnittlicher WAI-Wert

In der Dimension 1 mit der Frage nach der „*derzeitigen Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur besten je erreichten Arbeitsfähigkeit*“ konnte man auf einer Skala von 1 – 10, beginnend mit „*völlig arbeitsunfähig*“ bis „*derzeit die beste Arbeitsfähigkeit*“ auswählen und im besten Fall 10 Punkte erreichen. Zwischen Projektstart und Ende des Projektes ergab sich eine Verbesserung der Einschätzung von 8.31 (SD = 0.2) auf 9,09 (SD = 0.2; Student t-Test; df = 21; $p < 0.001$).

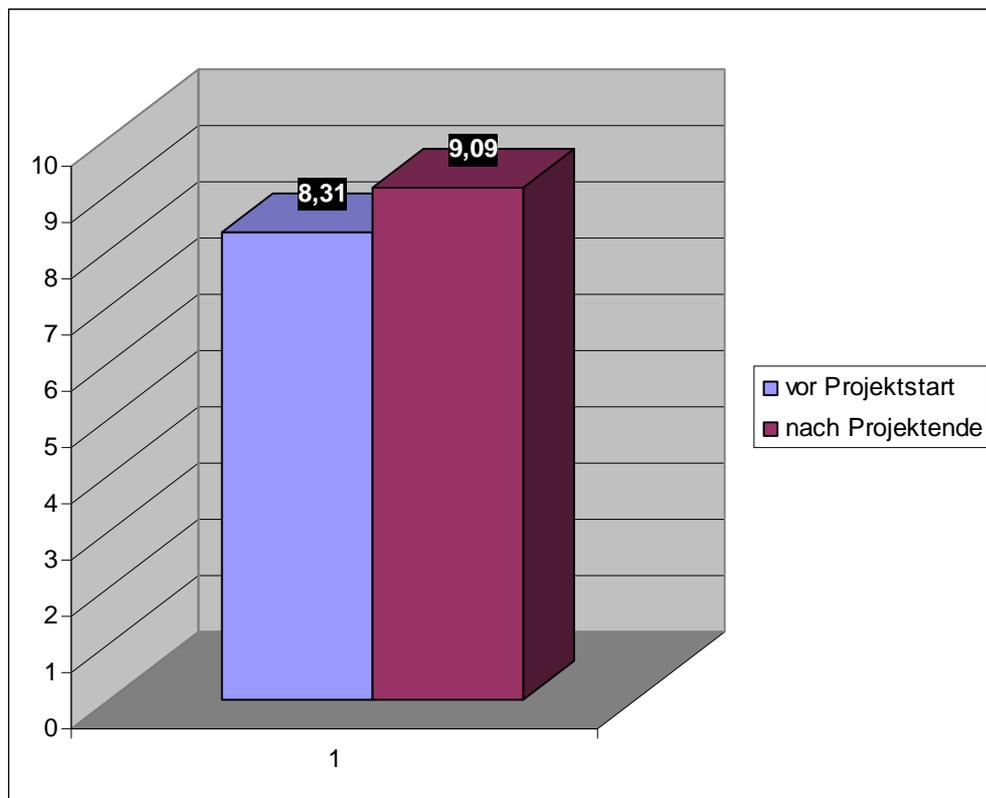


Abb. 9 Derzeitige Arbeitsfähigkeit (Durchschnitt) im Vergleich zur besten je erreichten AF

Dimensionen 2 bis 5 beziehen sich nicht auf die Fragestellungen dieser Arbeit und werden daher nicht gesondert berichtet.

In der Dimension 6 wurde eine Frage über die Zukunft gestellt und die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren abgefragt mit der Formulierung: „*Glauben Sie, dass*

Sie, ausgehend von ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten 2 Jahren ausüben können?“ Mögliche Antworten gab es in den Kategorien: „unwahrscheinlich“, „nicht sicher“ und „ziemlich sicher“.

Hier ergab sich im Rahmen der Projektlaufzeit eine Verbesserung der Einschätzung von primär 95% „ziemlich sicher“ (Mittelwert = 6.86; SD = 0.64) zu Beginn auf 100% (alle Werte: 7) bei Befragung am Ende der Projektlaufzeit.

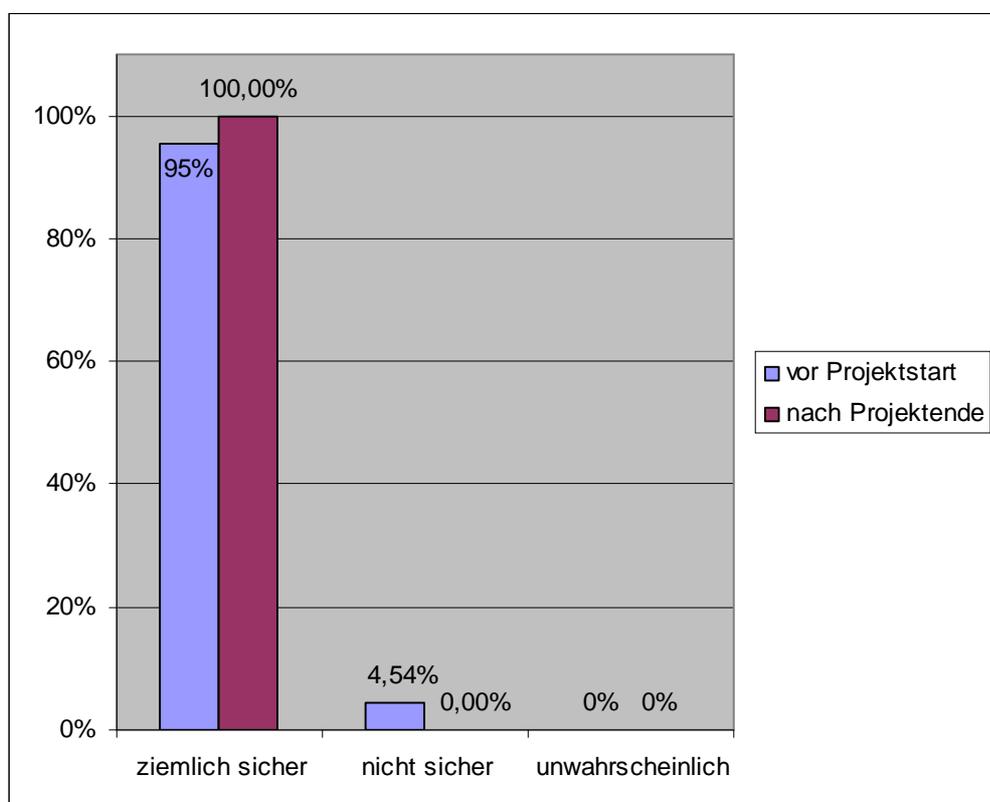


Abb. 10 Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren

Die Dimension 7 des WAI gibt Auskunft über die psychischen Leistungsreserven. In der Auswertung wurde hier das Hauptaugenmerk auf die Frage: „Haben Sie in letzter Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt?“ gelegt. Das erfreuliche Ergebnis im Vergleich vor und nach dem Projekt „Kilomax“ sieht man anhand der beiden folgenden Grafiken.

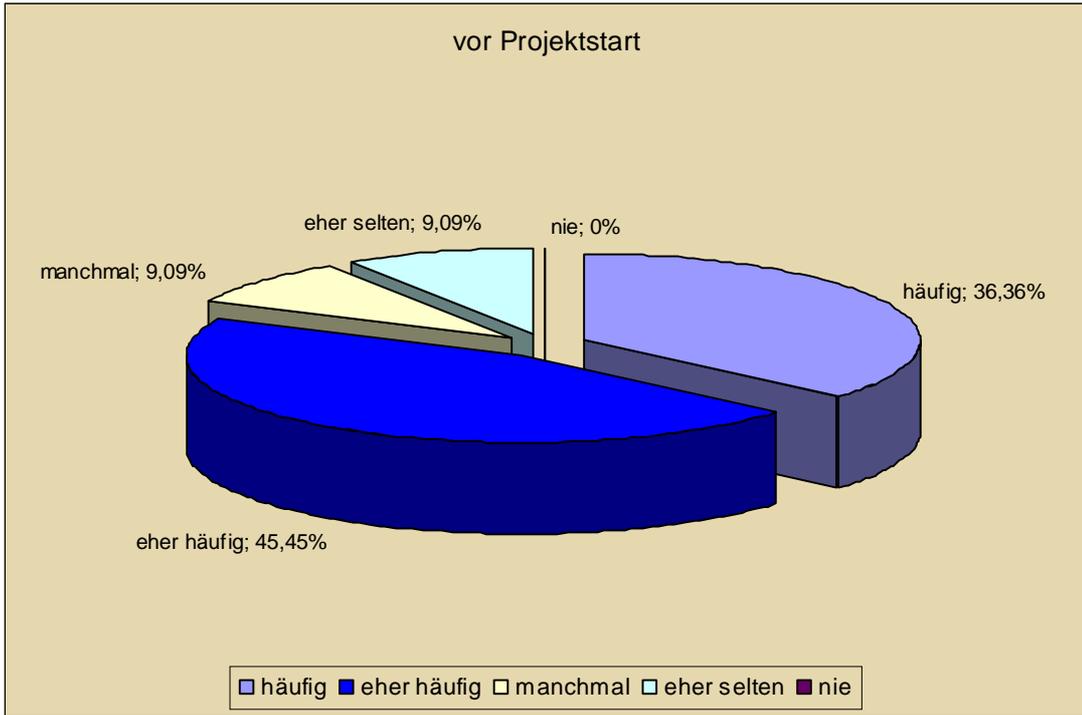


Abb. 11 Haben Sie in letzter Zeit ihre tägliche Arbeit mit Freude erlebt? (bei Projektstart)

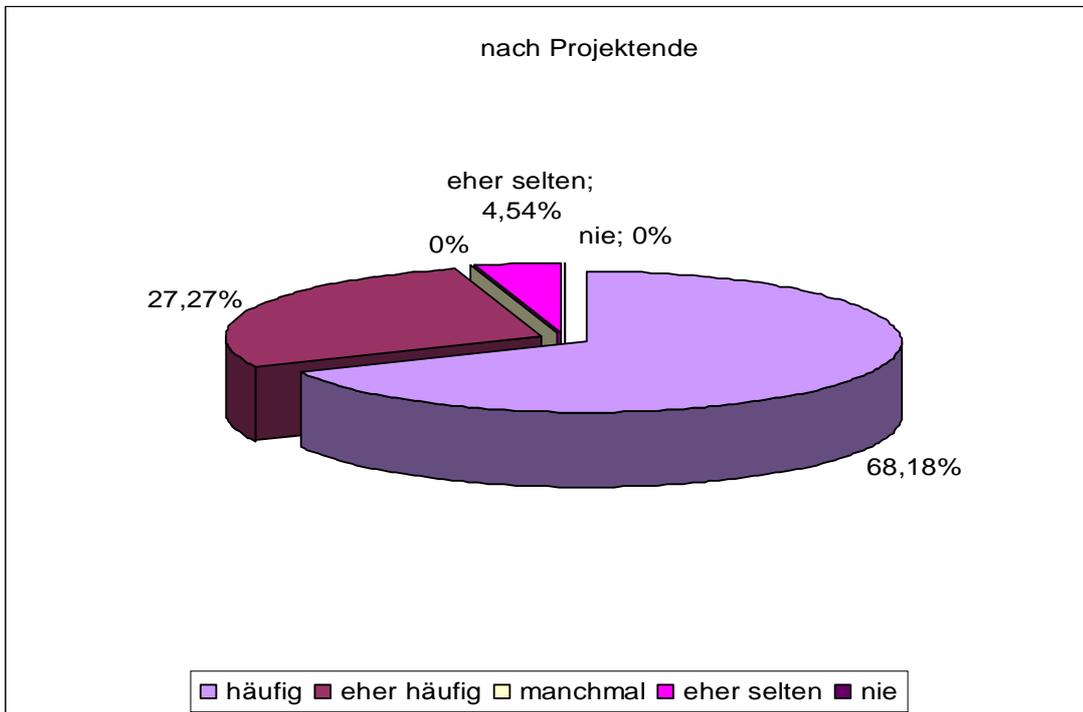


Abb. 12 Haben Sie in letzter Zeit Ihre tägliche Arbeit mit Freude erlebt? (bei Projektende)

Der Mittelwert der Dimension 7 steigerte sich von 3.1 (SD = 0.9) vor Projektstart auf 3.6 (SD = 0.7) nach Projektende (Student t-Test; df = 21; $p < 0.001$)

Den Mitgliedern der Steuerungsgruppe war klar, dass wegen der relativ geringen Stichprobengröße die vorliegenden Auswertungen nur eine begrenzte Aussagekraft besitzen. Trotz dieser Einschränkung waren die Ergebnisse bemerkenswert. Von einem schon bei Projektbeginn relativ guten Ausgangswert des WAI zeigte sich bei Projektende ein Aufstieg in die oberste Kategorie. Die in dieser Kategorie laut Auswertungsschema empfohlene zukünftige Maßnahme zielt auf Beratung der Mitarbeiterinnen zum Erhalt des hohen Niveaus der Arbeitsfähigkeit.

6.Diskussion

Die Ergebnisse unserer Erhebung zeigen, dass die Einführung des Gesundheitsprojektes „*Kilomax*“ sowohl eine Verbesserung in physischer Hinsicht gebracht hat, als auch zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit und einer Zunahme des subjektiven Wohlbefindens am Arbeitsplatz geführt hat. 96% der Teilnehmerinnen konnten ihr Körpergewicht über eine Reduktion der Fettmasse verringern, und zum Teil wurde sogar das Wunsch-(Ziel)gewicht erreicht. Die Freude an der täglichen Arbeit hat laut Auswertung der Studienergebnisse bei praktisch allen Teilnehmerinnen zugenommen (Abbildung 11 und 12), und die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit konnte trotz hohem Ausgangswert noch nach oben korrigiert werden (Abbildung 9). In Anbetracht der relativ kleinen Teilnehmerzahl (N=53) erscheint es bemerkenswert, dass sich bezüglich aller gemessenen Parameter (BMI, Fettanteil, Gesamtgewicht und Bauchumfang) im Verlauf eine signifikante Verbesserung ergab (Tabellen 3 bis 7). Eine Verbesserung zeigte sich auch für die subjektiven Parameter „Mitarbeiterzufriedenheit“ und „Arbeitsfähigkeit“ (Abbildung 8).

Diese Ergebnisse deuten auf einen substantiellen präventiven Effekt des Projektes „*Kilomax*“ und bestätigen die Wirksamkeit eines multimodalen bzw. Mehrkomponentenprojektaufbaues. Damit darf der Versuch, betriebliche Gesundheitsförderung in der Sozialversicherung der Bauern zu implementieren, als geglückt betrachtet werden.

Trotz dieser erfreulichen Ergebnisse ist auch eine kritische Betrachtung der Schwachstellen ein wesentlicher Bestandteil einer Projektevaluation.

Hauptdefizit ist, dass dieses Projekt - wie fast alle Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung - ohne Kontrollgruppe durchgeführt wurde. Somit sind Veränderungen, die in der Interventionsgruppe anhand von Prä- und Postmessungen festgestellt wurden, nicht abzugrenzen von möglicherweise gleichzeitig auftretenden gesellschaftlichen Effekten oder Umgebungseffekten.

Vor allem in den Bereichen Bewegung, Ernährung und Gewichtsreduktion gibt es eine Vielzahl von nicht kontrollierbaren und nicht objektivierbaren Einflüssen (Dishman et al. 1998, S.257). So zeigte sich nach Janer et al. bei Raucherentwöhnungskursen eine viel versprechende Erfolgsquote von 15-20%. Im Vergleich der Veränderungen in der Projektgruppe mit den parallelen Veränderungen in der Kontrollgruppe konnten jedoch nur 5% unmittelbar auf die Intervention zurückgeführt werden (Janer et al. 2002, S.149). Die Autoren schließen daraus, dass ohne Kontrollmaßnahmen und evidenzbasierte Untersuchung eine schlüssige Bestimmung der Effekte betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht möglich ist.

Es ist jedoch schwierig bis unmöglich, Maßnahmen im Sinne der evidenzbasierten Medizin auf betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention zu übertragen. Dies deshalb, weil eine randomisierte kontrollierte Studie kein angemessenes bzw. machbares Design für ein BGF-Projekt darstellt, die Interventionen der Gesundheitsförderung häufig sehr komplex sind, und die Rahmenbedingungen und Maßnahmen in verschiedenen Betrieben, aber auch innerhalb von Betrieben z.B. in einzelnen Abteilungen, nicht vergleichbar bzw. übertragbar sind. Auch existiert im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung keine ausreichende Datenlage, um eine prospektive randomisierte kontrollierte Studie seriös planen zu können (Püringer 2009, S.22).

Aus diesem Grund wird das Vorgehen bei BGF-Projekten meist auf ein „Ein-Gruppen-Vorher-Nachher-Test-Design“ ohne Kontrollgruppe reduziert, oder es wird der Effekt aus der Sicht der Betroffenen retrospektiv eingeschätzt (Lenhardt 2005, S.211). Dem Streben nach der höchsten Evidenzstufe sind somit im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung systembedingt Grenzen gesetzt, und an deren Stelle tritt die nächst höhere, methodisch erreichbare Stufe (Brunner und Kada 2008, S.15). Die Diskussion um eine adäquate Vorgehensweise bezüglich Evidenzbasierung in betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention wird dzt. laut IGA Report fortgesetzt (IGA Report13 2008, S.66).

Im Mittelpunkt der Debatte steht dabei die Auseinandersetzung darüber, wie das Konzept der Evidenzbasierung sinnvoll weiterentwickelt werden kann, um die besonderen Anforderungen in der Gesundheitsförderung zu berücksichtigen (Kreis 2006).

Ein weiterer Schwachpunkt vieler BGF Projekte ist die geringe zeitliche Dauer und Länge des Nacherhebungszeitraums. Insgesamt liegen laut dem spanischen Review von Janer et al. zu wenige Studien vor, die die durch spezielle Programme hervorgerufenen Effekte über einen längeren Zeitraum erfassen (Janer et al. 2002, S.154). So liefern weniger als die Hälfte der Studien zur Gewichtskontrolle Daten zu den Effekten sechs oder mehr Monate nach Beginn der Intervention. Gerade dies wäre jedoch wichtig, da die klinische Literatur darauf hinweist, dass zumindest dieser Zeitraum notwendig sei, um die Nachhaltigkeit von Gewichtsverlusten überhaupt einschätzen zu können.

Die Verantwortlichen unseres Projekts „*Kilomax*“ haben sich aus diesen Gründen entschlossen, das Projekt im Laufe des Jahres 2011 wiederaufleben zu lassen und neuerlich zu evaluieren.

Bei den meisten betrieblichen Gesundheitsprojekten ergibt sich eine Selektion der Teilnehmerinnen dahingehend, dass von Haus aus motivierte und gesundheitsbewusste Personen eher geneigt sind, an gesundheitsfördernden Interventionen teilzunehmen („selection bias“). Das hat zur Folge, dass sich die gegebenenfalls erzielten Effekte der Intervention künstlich erhöhen.

Manche Autoren wie die Gruppe um Dishman sehen allerdings gerade bei Programmen, die körperliche Aktivität zum Inhalt haben, den gegenteiligen Effekt. Die Autoren beschreiben, dass freiwillige Teilnehmerinnen an BGF-Programmen mit Schwerpunkt „körperliche Fitness“ häufig schon anderweitig sportlich sehr aktiv sind, weshalb sich dann die Interventionen im Rahmen des BGF-Projektes kaum in einer messbaren physiologischen Verbesserung niederschlagen. In diesem Fall führt also die Beteiligung

gesundheitsbewusster Mitarbeiterinnen sogar zu einer Unterbewertung der Interventionseffekte (Dishman et al. 1998, S.355).

Die so genannte „Selbstselektion“ wird jedenfalls in nahezu allen Studien als eines der methodischen Probleme erkannt, welches in der Lage ist, die Aussagekraft einzuschränken (Heaney und Goetzel 1997, S.304).

Von den 53 Teilnehmern des „*Kilomax*“-Projektes“ lagen 18 Personen bereits am Beginn der Interventionen mit ihrem Body Mass Index im Normbereich. Ebenso zeigten die Ergebnisse des WAI bezüglich der Arbeitszufriedenheit bereits am Beginn einen guten bis sehr guten Work Ability Index.

In jüngster Zeit ist in Deutschland eine heftige Diskussion zum Work Ability Index entbrannt. Einige Gewerkschaftsvertreter und zum Teil auch „Wissenschaftlerinnen“ kritisieren dieses Fragebogeninstrument intensiv. Dem gegenüber steht ein teilweise sogar emotional gefärbtes Engagement von Befürwortern und Anwendern (Hasselhorn HM et al. 2005, S.33-37) Das Konzept der „Arbeitsfähigkeit“ ist für den Arbeitsschutz sehr attraktiv (Tempel und Giesert 2005, S.75), geht es doch um Dinge, die dem Beschäftigten und dem Unternehmen sehr wichtig sein sollten, nämlich um den möglichst langen Erhalt der Arbeitsfähigkeit des Beschäftigten und seiner Verfügbarkeit am Arbeitsplatz.

Arbeit fördert Gesundheit, Persönlichkeit und Beziehungsfähigkeit, wenn im Arbeitsprozess persönliche Produktivität gelebt wird und die psychobiologische Regeneration die Verausgabung kompensiert (Karazman 2006, S.12). In aller Regel resultiert Arbeitsfähigkeit aus dem Zusammenspiel der Bedingungen am Arbeitsplatz und der Ressourcen der Beschäftigten.

Besonders attraktiv für Nutzer des WAI ist die bequeme Anwendung. Das Konzept passt in die Fragestellungen über Arbeitsbelastung und Arbeitsbeanspruchung und wird international als valide bezeichnet. Auch eignet sich der WAI gut zur Verlaufskontrolle.

So kann er bei der betriebsärztlichen Einzelbetreuung wie auch bei Betriebserhebungen ein Maß für die Effizienz von Präventionsmaßnahmen sein. Schließlich ist auch der Mangel an Alternativen ein Argument für die Anwendung des WAI. Es gibt kein vergleichbares einfach anwendbares standardisiertes Instrument, mit dem man in Kürze einen Überblick zur „Arbeitsfähigkeit“ erhalten kann.

Den Argumenten der Befürworter stehen zum Teil gewichtige Argumente der Kritiker (z.B. Elsner 2005, S.19-23, Georg und Peter 2005, S.22-25) gegenüber. Diese befürchten, dass der Gebrauch des WAI zu einer Minderung der Qualität des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes führen könnte, indem z.B. Mitarbeiterinnen mit „schlechten Ergebnissen“ freigesetzt werden. Mit ihrer Kritik nehmen die Kritiker des WAI zugleich eine wichtige „Wächterrolle“ für dieses Instrument ein. Die Praxis hat gezeigt, dass sich der WAI grundsätzlich dazu eignet Denkanstöße für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und Reduktion der Arbeitsbelastung zu geben. Dies bedeutet jedoch nicht, dass er diesbezüglich optimal konstruiert worden ist. Die Kritiker behaupten, dass die Bedingungen der Arbeitswelt nur unzureichend zur Sprache kämen und niedrige WAI-Werte das Unvermögen des einzelnen Mitarbeiters widerspiegeln würden, ohne etwaige Unzulänglichkeiten am Arbeitsplatz aufzuzeigen. Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass der WAI bezogen auf die sich ständig weiterentwickelnde Arbeitsplatzsituation der Menschen, mittlerweile nicht mehr alle notwendigen Aspekte, die Arbeitsbedingungen und Arbeitsbelastungen betreffend erfasst und daher weiterentwickelt werden sollte. Derzeit wird der WAI, in Ermangelung einer gleichwertigen Alternative im Sinne von „best practice“ bei der betrieblichen Präventionsarbeit im Interesse der Beschäftigten wie auch im Interesse der Betriebe eingesetzt. Die positiven Charakteristika des Instruments überwiegen, denn das Konzept ist durchdacht, der Fragebogen ist kurz und der WAI ist leicht und vielseitig anwendbar.

Trotz der geringen Teilnehmerzahl in unserem Projekt, initiierte und förderte der WAI die Debatte zur betrieblichen Präventionsarbeit wie auch in weiterer Folge die Debatte zum Thema „Arbeit und Alter“.

Geringe Teilnehmerquoten sind eines der Hauptprobleme von betrieblichen Gesundheitsförderungs-Projekten. Und es gibt kaum empirische Daten dazu, welche Faktoren mit höheren Teilnehmerzahlen und geringeren Abbruchsquoten in Zusammenhang stehen (Janer 2002, S.148). Ein verstärktes Einbeziehen der Mitarbeiterinnen in die Vorbereitung und Durchführung von geplanten Maßnahmen ist ein möglicher Ansatz, um die Teilnehmerrate zu erhöhen. Aus dem Bereich der Gewichtskontrolle gibt es Hinweise darauf, dass es sich lohnt gezielte Anreize für die Teilnahme zu setzen. Auch Gruppenwettbewerbe, die den Spaßfaktor erhöhen, sind in der Lage die Abbrecherquote niedrig zu halten. Wenn man von den Beschäftigten erwartet, dass sie für die angebotenen Programme bezahlen, reduziert dieses Vorgehen die Teilnehmerzahl von Haus aus (IGA-Report 3 2003,S.36-37)Möglicherweise wirkt sich die Einhebung eines Kostenbeitrags aber in dem Sinne aus, dass sich zwar weniger Personen für eine Teilnahme entscheiden, von diesen aber im weiteren Verlauf nur wenige vorzeitig abbrechen.

Schon in der Planungsphase unseres „*Kilomax*“-Projektes“ war der Spaßfaktor im Sinne eines Konkurrenzkampfes zwischen den einzelnen Regionalbüros um den Abbau der „meisten Kilos“ ein wesentlicher Punkt in der Strategie. Darüber hinaus wurde vom Dienstgeber zugesagt, dass jedes abgenommene Kilo, mit je einem Euro bewertet, einem wohltätigen Zweck zugeführt werde. Dieser „Kilo-Euro“-Betrag wurde am Ende des Projektes nach dem Ergebnis der Endabwaage je zur Hälfte einer bedürftigen Familie aus dem Kreis der Mitarbeiterinnen und einer aus dem Kreis der Versicherten zur Verfügung gestellt. Ein wichtiger Faktor für den Erfolg des Projektes war vermutlich das große persönliche Engagement des regionalen „Max-Teams“ mit einem professionellen Zugang zu den Teilnehmerinnen unter Einbeziehung der Führungskräfte.

Laut einer Originalarbeit der Autoren Kuhnke-Wagner und Brauchle den „Einfluss von psychosozialer Arbeitsbelastung auf die Arbeitsfähigkeit bei Führungskräften“ betreffend, sollten präventive Strategien in Unternehmen (sowohl verhältnis- als auch

verhaltensbezogen) immer unter Einbeziehung der Führungskräfte erfolgen (Kuhnke-Wagner und Brauchle 2010, S.85).

Die Studien über das Johnson & Johnson Programm zeigen ebenfalls deutlich auf, dass die Unterstützung durch die Führungsetage in der Lage ist, Programme zur Gesundheitsförderung im Betrieb fest zu verankern und BGF in der betrieblichen Organisation als „Norm“ zu akzeptieren (Breslow et al. 1990, S.13-21).

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg eines BGF-Projektes ist, dass es als Aufgabe des Managements und der Führungskräfte wahrgenommen wird. Letztere spielen im Zusammenhang mit Gesundheitsprojekten in einer Organisation eine wesentliche Rolle. Einerseits sind sie selbst Zielgruppe für BGF-Maßnahmen, da sie ihre Führungsrolle unter der Voraussetzung des eigenen körperlichen Wohlbefindens erfolgreicher ausüben können. Zum anderen gelten sie als Vorbilder und können daher diese Rolle nutzen um BGF im Betrieb fest zu verankern. Sie können darauf achten, dass das Thema betriebliche Gesundheitsförderung bei allen Entscheidungen im Betrieb zum mitbestimmenden Faktor wird. Machen Führungskräfte durch ihre Entscheidungen deutlich, dass ihnen die Förderung der Gesundheit im Betrieb ein Anliegen ist, bewirkt dieses Vorgehen auch eine positive Verhaltensänderung bei den Mitarbeiterinnen (Kuhnke-Wagner und Brauchle 2010, S.86). In dieser Originalarbeit finden sich ebenso wie in zwei umfangreichen Reviews (Goetzel et al. 1994, S.305 und Verweij et al. 2010, S.20) mehrfach Hinweise auf den wesentlichen Beitrag, den die Führungskräfte durch ihre Teilnahme am Programm leisten.

Das für „*Kilomax*“ verantwortliche Strategieteam stand unter der Leitung des Personalchefs. Dieser Umstand begünstigte durch die Vorbildwirkung die erfolgreiche Umsetzung des Projektes und die mittlerweile nachhaltige Verankerung in unserem Betrieb.

Das Team war darüber hinaus bemüht, flexibel auf Herausforderungen aus dem Projektumfeld zu reagieren, ohne dabei die Projektziele aus den Augen zu lassen.

In vielen persönlichen Gesprächen wurden die Teilnehmerinnen darin bestärkt, weiter motiviert an ihren persönlichen Zielen zu arbeiten. Neben zahlreichen von Diätologinnen und einem diplomierten Sportlehrer gestalteten Vorträgen über „*genussvolles Abnehmen*“ und „*Gewichtsreduktion durch Veränderung der Lebensweise*“ erschien jeden Morgen bei PC-Start ein Abnehtipp auf den Bildschirmen der Mitarbeiterinnen. Die Tipps änderten sich wöchentlich. Das Medium Intranet wurde auch zur Information der Mitarbeiterinnen über den Stand der bisherigen Abnahmeerfolge verwendet. Mehrere Projektteilnehmerinnen berichteten, dass sich die Beziehung der Mitarbeiterinnen zueinander und das Klima unter den teilnehmenden Beschäftigten durch die gemeinsamen Aktivitäten verbesserten. Diesbezüglich sind besonders die Nordic walking Gruppe unter der Leitung eines Mitarbeiters mit Nordic walking Ausbildung und die Laufgruppe unter der Leitung ausgebildeter Lauftrainerinnen erwähnenswert. Regelmäßiges Volleyballtraining nach Dienstschluss und der tägliche „Stiegenlauf“ im Bürogebäude komplettierten das angebotene Sportprogramm. Es ist anzunehmen, dass diese Angebote motivationsfördernd wirksam waren und dadurch in individuellen Fällen ein Abbruch und vorzeitiger Ausstieg aus dem „*Kilomax*“-Programm vermieden werden konnte.

In der Literatur finden sich zurückblickend bis 1968 zahlreiche Programme betrieblicher Gesundheitsförderung, die Gewichtsreduktion als Grundlage der Intervention anführen. Eine Fülle von Arbeiten berichtet über multimodale Programme, ähnlich dem unseren.

Die Betrachtung von 44 auf Daten gestützten Studien über den Effekt von reinen Gewichtsreduktionsprogrammen, durchgeführt von Deborah J. Hennrikus und Robert W. Jeffery, ergaben dass betriebliche Programme zur Gewichtskontrolle bei übergewichtigen Mitarbeiterinnen bei kurzer Laufzeit (Wochen bis wenige Monate) eine moderate Gewichtsreduktion von bis zu 1 Kilogramm pro Teilnehmerin erzielen konnten. Die Aufrechterhaltung des erzielten Gewichtsverlustes 6 und 12 Monate nach Beendigung der Programme variierte von Studie zu Studie. Die durchschnittliche Rate bezüglich des Erhalts der erzielten Gewichtsreduktion nach einem halben Jahr lag bei

54%, nach einem Jahr nur noch bei 26% der Teilnehmerinnen. In der Nachbeobachtung nahmen somit die meisten Beschäftigten wieder zu (Henrikus und Jeffery 1996, S.496).

Auch bei Janer et. al (2002, S.152) waren die kurzfristig zu beobachteten Effekte, nämlich die Gewichtsreduktion im Rahmen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, betreffend größer als die langfristigen nach 2 bis 3 Jahren.

Eine Originalarbeit von Oberlinner et al. aus dem Jahr 2007 dokumentiert die BASF-Gesundheitsaktion, an der 1313 übergewichtigen Mitarbeiterinnen - assistiert von 749 „Abnehmehelfern“ - teilnahmen. Ziel des Programms war eine Gewichtsreduktion um 2 Body-Mass-Index-Punkte oder das Erreichen eines BMI von < 25 über einen Zeitraum von 9 Monaten. Die teilnehmenden Personen absolvierten ein umfangreiches Begleitprogramm und wurden während der gesamten Abnehmphase medizinisch betreut. 53% der anfänglich teilnehmenden Mitarbeiterinnen absolvierten das Programm bis zum Ende. Von ihnen konnten 93% ihr Gewicht reduzieren und davon sogar 67% die Reduktion um die geforderten 2 BMI-Punkte erreichen. Der medizinische Nutzen konnte neben der Gewichtsreduktion zusätzlich durch eine Verbesserung der Laborparameter und Aufdecken von Begleiterkrankungen belegt werden (Oberlinner et al. 2007, S.385-392).

Wesentlich effektiver als reine Programme zur Gewichtsreduktion scheinen im Hinblick auf betriebliche Gesundheitsförderung jedoch multimodale Programme zu sein.

Die verschiedenen – in einem Review von Catherine A. Heaney und Ron Z. Goetzel beschriebenen - Mehrkomponentenprogramme zur betrieblichen Gesundheitsförderung unterscheiden sich in Umfang, Dauer und Intensität voneinander. Von 35 zitierten Programmen zielen 16 neben anderen Maßnahmen auch auf Gewichtsreduktion, Verlust der Körperfettmasse und Erniedrigung eines erhöhten Body-Mass-Index ab. Die Ergebnisse reichen von geringfügiger Gewichtsreduktion und geringfügiger Verbesserung der körperlichen Fitness (Heaney und Goetzel 1997, S.291) über größere Effekte vor allem bei Risikogruppen (Yang et al.1988, S.297) bis zu Gewichtsverlust bei

50% der Teilnehmerinnen und Reduktion der Körperfettmasse bei 42% (Heaney und Goetzel 1997, S.298)

Bei drei Programmen ergab sich kein statistisch signifikanter Effekt bezüglich Gewichtsreduktion und Verlust der Fettmasse. Im Programm von Edye et al. handelte es sich um eine randomisierte Studie mit 1937 Personen (861 Teilnehmerinnen versus 1076 in der Kontrollgruppe) mit einer Laufzeit von einem Jahr; diese blieb ohne statistisch signifikanten Effekt auf das Übergewicht (Heaney und Goetzel 1997, S.293)

Aus demselben Jahr stammt die Studie von Sherman et al. mit 108 Probanden (59 Teilnehmerinnen versus 49 in der Kontrollgruppe) über einen Zeitraum von 30 Tagen und einem Follow-up von 3 Monaten. Diese aus Selbstangaben der Teilnehmerinnen stammenden Ergebnisse ergaben ebenfalls keine statistisch signifikante Änderung bezüglich der Parameter Gewicht und Körperfett (Heaney und Goetzel 1997 S.293). Jeffery et al. evaluierten die Ergebnisse eines Mehrkomponenten-Programms zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit 2041 Teilnehmerinnen in der Gewichtsreduktionsgruppe. In dieses Gesundheitsprojekt waren auch 270 Raucher eingebunden, die an einem Raucherentwöhnungsprogramm teilnahmen. Über die Studiendauer von 2 Jahren gab es Erfolge die Raucherentwöhnung betreffend, jedoch keinen sichtbaren Effekt bezüglich der Gewichtsreduktion (Jeffery et al.1993, S.400).

In einem Review des *Departments of Public and Occupational Health (Amsterdam)* wurden 22 Studien kritisch beleuchtet, die sich im Zeitraum von 1980 – November 2009 mit den Themen *Gewichtsabnahme, körperliche Aktivität und Diät am Arbeitsplatz* beschäftigten. In Summe fanden sich hier die besten Ergebnisse bei Programmen, die Diät mit körperlicher Aktivität kombinierten. Effekte auf Reduktion von Bauchumfang und Verlust des Körperfetts konnten in Ermangelung diesbezüglicher Studien nicht gefunden werden (Verweij et al. 2010, S.20).

Im Hinblick auf die gesammelten Studienergebnisse ist vorsichtiger Optimismus betreffend den Effekt von multimodal angelegten Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung angebracht.

Die bessere Wirksamkeit begründet sich damit, dass Beschäftigte, welche ein Risikoverhalten bezüglich ihrer Gesundheit zeigen, dies meist nicht nur in einem, sondern in mehreren Verhaltensbereichen tun.

Diese Verhaltensbereiche sind in erster Linie: das Rauchen, die zu fettreiche Ernährung und zu wenig Bewegung. Programme, die mehrere Ansätze zur Risikoreduktion bieten, haben daher eine größere Chance, Beschäftigte mit gesundheitlichen Risikofaktoren für die Teilnahme an diesen Programmen zu gewinnen, da sie mehrere Wahlmöglichkeiten anbieten (Heaney und Goetzel 1997, S.306).

Neben Sport und Diät-Angebot stellt die persönliche Betreuung und Unterstützung der einzelnen Beschäftigten bezüglich der Reduktion ihrer jeweiligen gesundheitlichen Risikofaktoren einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg jedes BGF-Projektes dar. Das alleinige Angebot von kurz dauernden, gering wirksamen Programmen ohne persönliche Zuwendung reicht erfahrungsgemäß nicht aus, um die gewünschten Effekte zu erzielen bzw. zu stabilisieren.

Mit Maßnahmen der Gesundheitsförderung werden Veränderungen in komplexen sozialen Systemen angestrebt. Dadurch lassen sich positive gesundheitliche Veränderungen nicht zweifelsfrei auf einzelne Maßnahmen zurückführen. Die Tatsache, dass eine präzise Wirksamkeitszuschreibung nicht möglich ist, ist oft der Grund dafür, dass auf die notwendige Evaluation von Maßnahmen und Programmen verzichtet wird (Bayer 2010, S.31). Die Evaluation der diversen Projekte muss dennoch als wichtiger Bestandteil von betrieblicher Gesundheitsförderung angesehen werden und vom Projektstart weg als unverzichtbar gelten. In der Evaluation von Gesundheitsprojekten liegt noch viel Potential, und es ist eine Herausforderung für die Zukunft dieses zu erschließen (Brunner und Kada 2008, S.16).

7. Schlussfolgerung und Ausblick

Übergewicht stellt eine Gesundheitsgefährdung dar und führt zu langfristig eingeschränkter Lebensqualität. Es handelt sich dabei allerdings im Gegensatz zu anderen krankhaften Zuständen um keinen schicksalhaften Zustand, sondern um eine durch Lebensweise und Umwelt beeinflussbare Größe. Unzählige Methoden und Programme beschäftigen sich seit Jahrzehnten mit Maßnahmen zur Gewichtsreduktion, auch im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung.

Das in dieser Arbeit beschriebene Projekt „*Kilomax*“ bestätigt die aus der Literatur beschriebene Tatsache, dass ein Programm zur Gewichtsreduktion auch im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgreich umgesetzt werden kann. Dabei wirken soziale Anreize, individuelle Betreuung, das Gemeinschaftsgefühl und der „Spaßfaktor“ als zusätzliche Motivatoren.

Die Einbindung von und Propagierung durch Führungskräfte scheint ein weiterer wesentlicher Aspekt für das Gelingen eines derartigen Präventionsprogramms zu sein.

Einschränkungen für ein derartiges Programm sind die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Tatsache, dass sich vor allem jene Mitarbeiterinnen an dem Projekt beteiligen, welche ohnehin ein relativ hohes Gesundheitsbewusstsein haben („selection bias“). Das heißt im Umkehrschluss, dass ein derartiges Programm möglicherweise vor allem jene Mitarbeiterinnen nicht erreicht, die am meisten davon profitieren könnten.

Für jene Mitarbeiterinnen, die sich zur Teilnahme entschlossen haben, konnte in unserem Projekt neben einer Verbesserung der somatischen Daten (vor allem Gewicht und BMI) auch eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit dokumentiert werden. Dadurch dürften von einem solchen Programm letztlich nicht nur die Teilnehmer selbst profitieren, sondern auch das Unternehmen. Hier kann in erster Linie die Umwegrentabilität durch verbesserte Arbeitsleistung und verminderte Fehlzeiten sowie verbessertes Arbeitsklima angeführt werden.

Das Hauptproblem jedes Gewichtsreduktions-Programms stellt die Stabilisierung des neuen Körpergewichts dar, und die Rezidivraten sind auch bei multidisziplinär angelegten Programmen außerordentlich hoch.

Zu diesem Aspekt kann für unser Projekt „*Kilomax*“ zum derzeitigen Zeitpunkt noch keine Aussage gemacht werden, da die Nachbeobachtungszeit noch zu kurz ist. Für das Projekt „*Kilomax*“ ist eine Longitudinalbeobachtung über vier Jahre geplant, und bereits im Herbst 2011 wird eine weitere Datenerhebung durchgeführt werden.

Die erfreulichen Zwischenergebnisse des Projektes „*Kilomax*“ gaben Anlass zu Optimismus bezüglich der Wirksamkeit systematischer betrieblicher Gesundheitsförderung durch gezielte Maßnahmen, und waren Ausgangspunkt für die Umsetzung weiterer Programme.

Mittlerweile wurde in der SV der Bauern bereits ein Folgeprojekt unter dem Namen „*Herzmax*“ mit dem Motto „*Pumperlgsund? – s`Pumperl gsund?*“ realisiert. Die Schwerpunkte dieses Projektes betrafen neben einer Lebensstilmodifikation die Blutdruck- und Fettstoffwechselkontrolle.

Das derzeit laufende Projekt unter dem Motto „*Ich bin ich und schau auf mich*“ beschäftigt sich mit Stressreduktion und Burnout-Prävention und hat zum Ziel, die Mitarbeiterinnen in ihren Ressourcen zu stärken und seelisch gesund zu erhalten.

Diese Einzelprojekte sind Teil des Gesamtkonzeptes „*MitArbeiterX`undheit*“ der Sozialversicherungsanstalt der Bauern. Für die Umsetzung dieses Gesamtkonzeptes der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde der bäuerlichen Sozialversicherung vom österreichischen Netzwerk BGF das BGF-Gütesiegel 2010-2012 verliehen.

Nach mittlerweile vier Jahren betrieblicher Gesundheitsförderung handelt es sich in der Sozialversicherungsanstalt der Bauern nicht mehr um einzelne Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation oder um zeitlich befristete Interventionen, sondern es ist

offensichtlich gelungen, eine dauerhafte Verankerung von BGF in den betrieblichen Prozessen und Strukturen zu erreichen.

Somit wurde der Schritt von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement vollzogen. Und damit die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse im Unternehmen mit dem Ziel der Erhaltung und der Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten. Die SVB folgt damit dem Motto:

Es gibt viele Wege zur Gesundheit – für einen - für seinen – sollte sich jedes Unternehmen entscheiden (Christian Scharinger 2005, S.143).

Literaturverzeichnis

Antonovsky A (1979) Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. San Francisco: Jossey-Bass S.99

Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well San Francisco Jossey-Bass S.28

Antonovsky A (1997) Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dvgt, 1997

Badura B, Walter U, Hehlmann T (2010) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zu einer gesunden Organisation. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

BAuA (Hrsg.) (2007): Why WAI? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention. Erfahrungsberichte aus der Praxis. Quartbroschüre

Bayer S (2010) Betriebliches Gesundheitsmanagement – eine Führungsaufgabe (Skriptum aus E-learning) AAM Klosterneuburg

Bayer S (2010) Gesundheitsmanagement – Systemische Gesundheits- und Leistungsförderung – Beispiele aus der Praxis (Vorlesung Wirtschaftsmedizin), AAM Klosterneuburg

Becker M. (2005). Personalentwicklung. Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis, 4. Aufl. Schäffer-Poeschel, Stuttgart

Bertelsmann Stiftung, Hans- Böckler- Stiftung (2004) (Hrsg) Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Bertelsmann, Gütersloh

Branca F, Nikogosian H & Lobstein T (2007). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Breslow L, Fielding J, Herrman AA et al. (1990) Worksite health promotion: its evolution and the Johnson & Johnson experience. *Prev Med*; 19:13-21

Brunner E, Kada O (2008) Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung. in *Sichere Arbeit bei Bohmann Druck und Verlag Gesellschaft m. b. H. & Co*, hrsg. von AUVA, Heft 4, S 14-17.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2008) Why WAI ? Der Work Ability Index im Einsatz für Arbeitsfähigkeit und Prävention – Erfahrungsberichte aus der Praxis. Dortmund

Dishman RK, Oldenburg B, O`Neal H, Shephard RJ (1998) Worksite Physical Activity Interventions *Am J Prev Med* 15(4):344-361

Ducki A (2000) Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Schriftenreihe Mensch, Technik, Organisation (Hrsg. E. Ulich), Band 25. Zürich: vdf Hochschulverlag

Elmadfa I, Freisling H, Nowak V, et al. (2009) Österreichischer Ernährungsbericht 2008 1.Auflage, Wien

Elsigan G, Meggeneder O (1995) Gesundheitsförderung in einer Verlagsgruppe: in *Sichere Arbeit* 5, 30-38.

Elsner G (2005) Der Arbeitsbewältigungsindex: Eine Bewertung aus arbeitsmedizinischer Sicht. *Gute Arbeit* 2005;17(2)18-21

European Association for the study of Obesity (2002) Guidelines for the management of obesity in adults. European Project for Primary Care. Verfügbar unter www.who.int/dietphysicalactivity/easo (zuletzt abgerufen am 1.3.2011)

Georg A, Peter G (2005) Zur gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Einordnung des Arbeitsbewältigungsindex. Gute Arbeit 2005;17(2)22-24

Goetzel R, Sepulveda M, Knight K et al. (1994) Association of IBM's "A Plan for Life" health promotion program with changes in employees health risk status. J Occup Med; 36(9); 1005-9

Grasser G, Wieseneder E. (2010) Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark. Graz. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, Fachabteilung 8B – Gesundheitswesen

Hasselhorn, H.M, Seibt, R, Tielsch, R & Müller, BH (2005). Der Work Ability Index - Fluch oder Segen. Gute Arbeit, 19 (4), 33-37.

Heaney CA, Goetzel RZ (1997) A Review of Health-related Outcomes of Multi-component Worksite Health Promotion Programs American Journal of Health Promotion 11(4): 290-307

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

Ilmarinen J, Tempel J (2002) Arbeitsfähigkeit 2010. Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben? VSA- Verlag, Hamburg

Ilmarinen J (2007) The Work Ability Index (WAI).Occup Med 57:160

Janer G, Sala M, Kogevinas M (2002) Health Promotion trials at worksites and risk factors for cancer. Scand J Work Environ Health; 28(3):141-157

Jeffery RW, Forster JS, French SA et al. (1993a) The Healthy Worker project: A work-site intervention for weight control and smoking cessation. Am J Pub Health; 83 (3): 395-402.

KAGES (2009) BGF Das Jahr 2009. Gesundheit gemeinsam leben. Leykam Druck GmbH & Co KG,8020 Graz

Karazman R (2006) Potential und Grenzen des Arbeitsbewältigungsindex als Instrument für die Arbeitsmedizinische Prävention in Österreichisches Forum Arbeitsmedizin 03/06 S.12-21

Katz DL et al. (2005): Public Health Strategies for Preventing and Controlling Overweight and Obesity in School and Worksite Settings. A Report on Recommendations of the Task Force on Community Preventive Services MMWR.54(RR10):1-12.October 7. Verfügbar unter: <http://www.cdc.gov/MMWR/preview/mmwrhtml/rr5410a1.htm> (zuletzt abgerufen am 2.2.2011)

Kreis J, Bödeker W (2003) Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA – Report 3 1.Auflage 2003. Verfügbar unter www.iga-info.de (zuletzt abgerufen am 21.1.2011)

Kreis J (2006) Wirksamkeitsnachweis in der Prävention. Lässt sich die Methodik der Cochrane Collaboration auf die arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen anwenden? IGA-Report 11. Verfügbar unter: <http://www.iga-info.de/index.php?id=112#60> (zuletzt abgerufen am 21.1.2011)

Kropiunigg U (2009) Stress und Stressbewältigung (Skriptum aus E-learning) AAM Klosterneuburg

Kuhnke-Wagner IA, Brauchle G (2010) Der Einfluss von psychosozialen Arbeitsbelastungen auf die Arbeitsfähigkeit bei Führungskräften ErgoMed 3 (34) 78-87

Lean ME, Han TS, Morrison CE (1995) Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. BMJ 311:158-161

Lenhardt U (2005). Wie ist die Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung einzuschätzen? In O.Meggeneder, K Pelster & R. Sochert (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen Hans Huber Verlag, Bern S.209-221

Meggeneder O, Elsigan G (1995) Gesundheitsförderung in einer Verlagsgruppe, Sichere Arbeit Internationales Fachmagazin für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Heft 5

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

Meggeneder O (2010) Betriebliche Gesundheitsförderung (Vorlesung Wirtschaftsmedizin) AAM Klosterneuburg

Meggeneder O (2010) Historische Entwicklung betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung (Vorlesungs-Skriptum Wirtschaftsmedizin), AAM Klosterneuburg

Meggeneder O (2010) Arbeitnehmerschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung (Vorlesungs-Skriptum Wirtschaftsmedizin), AAM Klosterneuburg

Müller BH, Hasselhorn HM (2004) Arbeitsfähigkeit in der stationären Pflege in Deutschland im europäischen Vergleich. Z Arb Wiss 58:167-177

Münch E (2010) Projektmanagement. In Badura B, Walter U, Hehlmann H (Hrsg) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zu einer gesunden Organisation. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Naidoo J., Wills J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.) 1.Auflage der deutschen Ausgabe, Gamburg, Verlag für Gesundheitsförderung

Oberlinner C, Lang S, Germann C et al. (2007) Prävention von Übergewicht und Adipositas am Arbeitsplatz. BASF-Gesundheitsaktion „Weg mit dem Speck“ - Abnehmen mit Vernunft. Gesundheitswesen; 69(7): 385-392 DOI: 10.1055/s-2007-984484 Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York

Österreichisches Netzwerk BGF (o. J.). BGF Gütesiegel. Verfügbar unter: <http://www.netzwerk-bgf.at/> (zuletzt abgerufen am 13.2.2011)

Österreichisches Netzwerk BGF (o. J.) Verfügbar unter www.netzwerk-bgf.at (zuletzt abgerufen am 15.2.2011)

Ottawa-Charta der WHO (1986) in Badura B, Walter U, Heilmann H (2010) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zu einer gesunden Organisation S.35, Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Pelletier KR (1999) A Review and Analysis of the Clinical and Cost-effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: 1995-1998 Update (IV) American Journal of Health Promotion 13(6): 333-345

Püringer U (2009) Und sie wirkt doch: Daten und Fakten zur Effektivität der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreichisches Forum Arbeitsmedizin 03/09 S.21-24

Püringer U (2010) Gesundes Unternehmen; Betriebliche Gesundheitsförderung (Skriptum aus E-learning) AAM Klosterneuburg

Scharinger C (2005) Wege der Betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU`s. Erfahrungsbericht eines österreichischen Modellprojektes in Meggeneder O, Pelster K, Sochert R (Hg), Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen (2005)Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern

Scharinger C (2011) Betriebliche Gesundheitsförderung wirkt. *Gesundes Österreich*, 13.Jahrgang Nr.1, Wien

Schunder-Tatzber S (2011) Projektmanagement (Vorlesungs-Skriptum Wirtschaftsmedizin) AAM Klosterneuburg

Schunder-Tatzber S (2011) Praktische Konzeptentwicklung und Projektmanagement (Vorlesung Wirtschaftsmedizin) AAM Klosterneuburg

Sockoll I, Kramer I, Bödeker W (2008) Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006. IGA - Report 13 1.Auflage April 2008

Tempel J, Giesert M (2005) Arbeitsfähigkeit 2010: Von 16 bis 65 in einem Unternehmen! Abschlussbericht zum ABI-NRW-Projekt. Duesseldorf

Trojan A, Legewie H (2001) Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften

Ulich, E. (2008). Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz. In: Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (Hrsg.) (2008): Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland, Berlin:

Ulich E, Wülser M (2009) Gesundheitsmanagement in Unternehmen Arbeitspsychologische Perspektiven. Gabler / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Verweij LM, Coffeng J, van Mechelen W et al. (2010). Meta-analysis of workplace physical activity and dietary behaviour interventions of weight outcomes *Obesity Reviews*, no. Doi: 10.1111/j.1467-789X.2010.00765.x

WAI-Work Ability Index. Verfügbar unter www.arbeitsfaehigkeit.uni-wuppertal.de (zuletzt abgerufen am 27.2.2011)

Walter U (2010) Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In Badura B, Walter U, Hehlmann H (Hrsg) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zu einer gesunden Organisation. Springer-Verlag Berlin Heidelberg

Wilk E.v.d. (2008). *Overweight – Definition and scope*. Verfügbar unter http://www.euphix.org/object_document/o4619n27195.html (zuletzt abgerufen am 28.1.2011)

Yang M, Lairson D, Frye N et al. (1988) The effects of wellness program attendance on physiologic measures, health practices and diet habits. *Health Educ Res*; 3(3); 293-303

Quellenverzeichnis der Abbildungen

Abb.1: Salutogene Arbeitsbedingungen als lernendes System. Autor: Andreas Blume in B. Badura (2010) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation S.117

Abb.2: Das Haus der Arbeitsfähigkeit aus: Arbeitszeitgestaltung im internationalen Vergleich. Prof. Juhani Ilmarinen, Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland

Abb.3: Dimensionen des Work Ability Index aus: Tuomi K et al. (1998) Work Ability Index. 2. ed. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki

Abb.4: Schlüsselfaktoren für den Projekterfolg nach Probst/Haunerding (2001) Badura (2010) Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation S 291

Abb.5: Die Steuerungsgruppe. Meggeneder O (2010) aus Vorlesungsskriptum „Betriebliche Gesundheitsförderung“.

Abb.6: Projektschritte der BGF. Meggeneder O (2010) aus Vorlesungsskriptum „Betriebliche Gesundheitsförderung“.

Abb. 7: *Kilomax*-Logo, eigene Darstellung

Abb.8: Durchschnittlicher WAI-Wert, eigene Darstellung

Abb. 9: Derzeitige Arbeitsfähigkeit (Durchschnitt) im Vergleich zur besten je erreichten AF, eigene Darstellung

Abb. 10: Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren, eigene Darstellung

Abb. 11: Haben Sie in letzter Zeit ihre tägliche Arbeit mit Freude erlebt? (Vor Projektstart) eigene Darstellung

Abb. 12: Haben Sie in letzter Zeit Ihre tägliche Arbeit mit Freude erlebt? (Nach Projektende) eigene Darstellung

Tabellenverzeichnis

Tab.1: http://www.sweetnews.de/ratgeber/gesundheit/gesunde_ernaehrung/koerperfett_tabelle.htm, abgerufen am 22. 1. 2010

Tab. 2: „Sichere Arbeit“ erschienen bei Bohmann Druck und Verlag Gesellschaft m. b. H. & Co, hrsg. von AUVA, Heft 3/2007, Seite 31

Tab. 3: Erhobene Messdaten im Vergleich, eigene Darstellung

Tab. 4: Körpergewicht und Fettanteil (geschlechtsstratifiziert) im Vergleich, eigene Darstellung

Tab. 5: Bauchumfang und Body Mass Index (geschlechtsstratifiziert) im Vergleich, eigene Darstellung

Tab. 6: Absolute Reduktionen der erhobenen Messdaten, eigene Darstellung

Tab. 7: Absolute Reduktionen, geschlechtsstratifiziert, eigene Darstellung