Master-Thesis

Titel der Master-Thesis:

Entwicklung, Realisierung und Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Internationalen Versicherungsunternehmen – ein strategischer Ansatz

Verfasser:	Dr. Gerhard Strohmaier geboren am 07.05.1955 in Krems/Donau Hochheimgasse 26/1/3 A – 1130 Wien

Universitätslehrgang:

Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft (MSc)

zur Erlangung des akademischen Grades
MSc (Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft)
am Zentrum für Management und Qualität im Gesundheitswesen
der Donau-Universität Krems

Begutachterin: Dr. Susanne Schunder-Tatzber, MAS,MBA

Eidesstattliche Erklärung:

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 Hilfe 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: …..30.06.2008….Unterschrift: Dr. Gerhard Strohmaier

Vorwort

So ein umfassendes „Projekt“ kann nicht allein realisiert werden. Daher ist es nur Recht, an dieser Stelle auf die Personen hinzuweisen und denen zu danken, ohne diese es nicht umgesetzt hätte werden können:

Meiner Frau Mitra, meinen Kindern Alena und Alwin,
deren ständige mentale Ermunterung mir die nötige Kraft zum Arbeiten gegeben hat, meiner Frau zusätzlich für die Möglichkeit, das Bild „Paradies“ in diese Arbeit implementieren zu dürfen.

Frau Mag. Brigitte John, Herrn Dr. Stefan Koth und Herrn Dr. Adrian Hörtl,
von der Österreichischen Akademie für Arbeitsmedizin, deren perfekte Organisation und Betreuung in den Seminaren eine überaus angenehme Art des Wissenserwerbs geschaffen hat.

den zahlreichen Vortragenden
im Universitätslehrgang für „Spezielle Präventivmedizin in Arbeit und Wirtschaft“, die durch Vermittlung ihres reichen Wissens mein Interesse weiter gesteigert haben.

Herrn Mag. Alexander Handl und Herrn Mag. Christian von Amelunxen,
von der Generaldirektion der Allianz Elementar Versicherungs-AG in Wien, die mich motiviert und die Möglichkeit eröffnet haben, mich dieses Themas anzunehmen.

Frau Dr. MSc Gabriele Payr-Neundlinger,
die mir wertvolle fachliche Hinweise zum Thema gegeben hat.

Frau Maria Weingrill und Herrn Herbert Hagenbüchler,
die mir in der logistischen Umsetzung der Befragung wertvolle Hilfe geleistet haben.

Last but not least
Frau Dr. Susanne Schunder-Tatzber, MAS, MBA
die in mühevoller, geduldiger Weise, die Arbeit nicht nur korrigiert hat, sondern durch ihre Kompetenz wesentlich zum Gelingen beigetragen hat.

Vielen Dank

Dr. Gerhard Strohmaier

Mag[a] art. Mitra Shahmoradi – Strohmaier

„Paradies“
Acryl auf Leinwand
120x120 cm

…Bewegung und Dynamik – wesentliche Merkmale erfolgreichen Gestaltens

Dr. Gerhard Strohmaier

http://www.mitra-strohmaier.com

INHALTSVERZEICHNIS

1a Zusammenfassung 5
1b Abstract 6
2 Einleitung 7
3 Entwicklung, Realisierung und Implementierung eines – Betrieblichen Gesundheitsmanagements – im Internationalen Versicherungsunternehmen der Allianz Elementar Versicherungs-AG – ein strategischer Ansatz 9
3.1 Problemstellung 9
3.2 Forschungsfrage 9
4 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ – Aufgaben und Ziele. Eine interdisziplinäre Betrachtung 11
4.1 Bio-psycho-soziales Gesundheits-Modell nach Thure v. Uexküll 11
4.2 Gesundheits-Modell nach Aaron Antonovsky 14
4.3 Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946, 1986, 1987, 1991 19
4.4 Gesundheitsförderungspolitik der Europäischen Gemeinschaft 22
4.4.1 Luxemburger Deklaration 1997 22
4.4.2 Europäischer Rat in Lissabon 2000
4.4.3 ENBGF zur Gesundheit am Arbeitsplatz in kleinen und mittleren Unternehmen – KMU, Lissabon 2001 24
4.4.4 Barcelona Deklaration 2002 26
4.5 The Assessment Model: Plexus 27
5 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement 29
5.1 Aufgaben und Ziele Betrieblichen Gesundheitsmanagements 29
5.2 Gesundheits- und Qualitätsmanagement 34
5.2.1 DIN EN ISO 9000ff:2000 36
5.2.2 EFQM-Modell für Excellence 37
5.2.3 Das Evaluationsmodell der ENBGF 38
5.3 Settingkonzept im Gesundheitsmanagement 40

6 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ – Implementierungsstatus in 22 österreichischen Unternehmen – eine Exploration 43

6.1 Methodik der Befragung 43

6.2 Durchführung 51

6.3 Ergebnisse und Auswertung 51

6.3.1 Fragebogen - Teil 1: Ergebnisse - Fragebogen der ENBGF 51

6.3.2 Fragebogen - Teil 1: Diskussion - Fragebogen der ENBGF 55

6.3.3 Fragebogen - Teil 2: Ergebnisse - Implementierungsstatus 58

6.3.4 Fragebogen - Teil 2: Diskussion - Implementierungsstatus 77

6.4 Ergebnisdiskurs (aus dem Fragebogen Teil 1 und 2) 79

7 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ der Allianz - Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft 82

7.1 Leitlinien und Guidelines – Arbeiten mit Zielen 82

7.2 Status von „Health-Services“– Fakten 83

7.2.1 Betriebsärztlicher Dienst 83

7.2.2 Human Resources 84

7.2.3 Evaluierung von BGM (HEWITT 2007) 85

7.3 „Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement als moderne Unternehmensstrategie“ – ein strategischer Neuansatz 86

7.3.1 BGM in Allianz - Elementar Guidelines und Leitlinien 88

7.3.2 BGM in Allianz - Elementar Visionen und Ziele 88

7.3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Allianz - Elementar Versicherungs-AG. 89

7.3.3.1 BGM-Policy Allianz - Elementar 90

7.3.3.2 BGM-Unternehmenspolitik Allianz - Elementar 91

7.3.3.3 BGM-Ressourcen Allianz - Elementar 91

7.3.3.4 BGM-Prozesse Allianz - Elementar 92

7.3.3.5 BGM-Handlungsfelder Allianz - Elementar 92

7.3.3.6 BGM-Implementierung Allianz - Elementar „Health-Services-Standard“ 97

7.3.3.7 BGM-Rahmenbedingungen Allianz - Elementar 99

8 Conclusio „Betriebliches Gesundheitsmanagement – Neu“ der Allianz - Elementar Versicherungs-AG 100

8.1 BGM – Neuausrichtung 100

8.2 Ausblick und Vision 102

9 Literaturverzeichnis 103

10 Internetquellenangabe 110

11 Abbildungsverzeichnis 111

12 Abkürzungsverzeichnis 112

13 Tabellenverzeichnis 113

14 Diagrammverzeichnis 114

15 Anhang 115

15.1 Anhang Einladungstext für Fragebogen 115

15.2 Anhang 2: Fragebogen Teil 1 und 2 117

„In der einen Hälfte des Lebens opfern wir die Gesundheit,
um Geld zu erwerben.
In der anderen opfern wir Geld, um die Gesundheit
wieder zu erlangen.
Und während dieser Zeit gehen Gesundheit und Leben von dannen“

François Marie Arouet - alias

M. Voltaire (1694 – 1778)

Wegbereiter der französischen Aufklärung

1a Zusammenfassung

Ausgehend von allgemeinen Gesundheitsbegriffen, wird auf die Herausforderungen einer zeitgemäßen Betrieblichen Gesundheitspolitik, die den Anforderungen der heutigen Zeit entsprechen kann, eingegangen. Die Rahmenbedingungen seitens der internationalen Politik (WHO, Europäische Gemeinschaft) werden kursorisch angeführt. Die Verbindung von Gesundheits- und Qualitätsmanagement wird als eine wichtige Führungsaufgabe erkannt und ist Teil dieser Arbeit. Durch eine Exploration von Mittel- und Großbetrieben wird ermittelt, inwieweit Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement bereits in die Arbeitswelt integriert sind. Mittels einer Selbsteinschätzung wird der Implementierungsgrad in 22 Unternehmen in der Praxis ermittelt. Aus den Praxisbeispielen können förderliche und hinderliche Faktoren erkannt werden, die eine allgemeine Problematik widerspiegeln. Die Ergebnisse werden anschließend ausgewertet und diskutiert. Im Internationalen Versicherungsunternehmen der Allianz Elementar Versicherungs-AG werden die Handlungsfelder und Aufgaben im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beschrieben, sowohl der aktuellen wie der zukünftigen absehbaren. Ein möglichst umfassender, aber im betrieblichen Alltag praktikabler Ansatz wird versucht, darzustellen. Der Implementierung eines strategischen Neuansatzes Betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Definition eines „Health-Services-Standards“ als Basis einer typischen „Win-Win“ Situation wird breitem Raum gelassen, immer unter den Kautelen der Qualitätssicherung, einer hohen strategischen Bedeutung und unter dem Verständnis des „stake-holder-value“ Prinzips, akkordiert mit den Leitlinien und Guidelines des Unternehmens.

Die Begriffe „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ **(BGM)** und „Betriebliche Gesundheitsförderung“ **(BGF)** werden für das einheitliche Verständnis **synonym verwendet → BGM = BGF.**

1b Abstract

Based on general health terms, the challenges of an occupational health care policy, which fulfils today's requirements can be achieved. The general framework of international organizations, such as the World Health Organization (WHO) and the European Union (EU) is explicitly indicated. The connection between health and quality management is recognized as an important part of the executive function. By conducting a study of medium and large-scale enterprises, it will be determined to what extent occupational health promotion and health management are already integrated in the working environment. By means of self-assessment, the degree of implementation in practice in 22 enterprises will be determined. Common practice recognizes favourable as well as impeding factors, which depict the general concerns. These results have been evaluated and discussed. In the international insurance company of Allianz Elementar Group based in Austria, the values and tasks of occupational health management have been addressed. According to a high level of performance of operational tasks, a comprehensive strategy should be adopted for the present and the foreseeable future. Before implementing a new occupational health management system, a "Health Standard" should be defined in accordance with the Directing Board. This occupational health management standard must follow strict quality assurance; align itself with company policy and guidelines and with the understanding of "stakeholder value" principles. By successfully implementing this "Health Standard", it will achieve a "win-win" situation for both, the company as well as the employees.

The terms of **occupational health management (OH)** and **workplace health promotion (WHP)** are used synonymously for the purpose of a common understanding.

2 Einleitung

„Betriebliches Gesundheitsmanagement“ ist effektive Gesundheitspolitik in erfolgreichen Unternehmen unserer Zeit. Es genügt heute nicht mehr, nur die gesetzlichen Grundlagen des Arbeitsschutzes zu erfüllen. Der wirtschaftliche Erfolg kann daraus nicht abgeleitet werden. Der Wandel im Gesundheitsmanagement erfasst nicht nur die Unternehmer, auch die MitarbeiterInnen sind mit einem höheren Maß an Eigenverantwortlichkeit in Gesundheitsfragen konfrontiert. Die Anforderungen, „[…]…verlagern sich weg vom passiven Gesundheitsschutz zu aktiven Fragen der Gesundheitsförderung.“ (zit. aus Letzel S.; Panter W.; Egler P., 2007, S. 244-246). Die Arbeits- und WirtschaftsmedizinerInnen sind damit mit einem Paradigmenwechsel konfrontiert. Aber auch die arbeitenden Menschen müssen in unserer sich rasch ändernden Arbeitswelt, anpassungsfähig und innovativ bleiben. Globalisierung, Konkurrenz mit Billiglohnländern und demographischer Wandel bekommen zunehmend wirtschaftliche Bedeutung. Beispielsweise wird sich der demographische Wandel unserer Zeit auf fast alle Unternehmen auswirken, nämlich mit einer älter werdenden Belegschaft wettbewerbsfähig bleiben zu müssen.

> „[…]…um wettbewerbsfähig zu bleiben, müssen Unternehmen ein ganzheitliches Konzept entwickeln, das neben einer langfristigen Personalplanung, ein Wissensmanagement, eine altersgerechte Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, ein Gesundheitsmanagement, sowie eine Qualifizierung der Führungskräfte sinnvoll miteinander verzahnt.“
> (Berrsem F.; Höfer K., 2007, S. 26-28)

Gerade das Bewusstsein der Führungskräfte zum umfassenden Gesundheitsschutz muss hinterfragt und bei Bedarf neu andiskutiert werden. Gesundheitsmanagement muss als integrierter Bestandteil der Unternehmenskultur verstanden werden, sie [die Erhaltung und Förderung der Gesundheit, der Verf.] ist eine Führungsaufgabe mit hoher Priorität. Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung heißt mehr Motivation, größere Arbeitsplatzzufriedenheit und vernünftige Work-Life-Balance. Ein kooperativer Führungsstil, klare Werte und Verhaltensregeln, gegenseitiges Vertrauen, Transparenz in Entscheidungen, soziale Kompetenzen, Partizipations- und Weiterbildungsmöglichkeiten sind wichtige Items unternehmerischen Tuns.

In diesem Zusammenhang wird auf die Wichtigkeit der „Nachhaltigkeit“ (engl. sustain) der zu setzenden Maßnahmen hingewiesen. Betriebliches Gesundheitsmanagement beinhaltet Organisationsentwicklung und Projektmanagement, dafür müssen Strukturen geschaffen werden, „[…]…die inhaltlich adaptiert, institutionalisiert und kontinuierlich weiterentwickelt werden müssen“ (Pelikan J. M., 2007, S. 74-81).

Zusammengefasst kann bei einer suffizienten Umsetzung dieser betrieblichen Gesundheitspolitik zutreffender Weise von einem: „[…]...healthy employee in a healthy organization“ gesprochen werden.

3 Entwicklung, Realisierung und Implementierung eines – Betrieblichen Gesundheitsmanagements – im Internationalen Versicherungsunternehmen der Allianz Elementar Versicherungs-AG – ein strategischer Ansatz

3.1 Problemstellung

Die Diversität vorhandener „Health-Services-Konzepte“ an verschiedenen Standorten, die im Rahmen der Prävention und der Gesundheitsförderung erbracht werden, können derzeit nicht effektiv genug genützt und zusammengeführt werden. Strukturen, Verantwortlichkeiten sind nicht definiert, es fehlen koordinative Steuerungsmechanismen zur Zieldefinition und Zielerreichung.

3.2 Forschungsfrage

Es wird untersucht, ausgehend vom Ist-Zustand der angebotenen „Health-Services“, das Ausmaß möglicher Potentialreserven, die sich aus einer Restrukturierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements heraus ergeben müssten. Neu definierte Rahmenbedingungen müssen die Entwicklung eines allgemein gültigen „Standards“, sowie eine klare qualitätsgesicherte Festlegung von Prozessabläufen („Work-Procedures“) im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ergeben. Prozessorientierung, Qualitätsmanagement sind wichtige Faktoren („Tools“), die bei der Implementierung eines „Health-Services-Standards“ eine conditio sine qua non darstellen. Die Leistungsbereitschaft der MitarbeiterInnen ist der wichtigste Wertschöpfungsfaktor in einem Unternehmen. Diese steht und fällt mit der „Gesundheit“ der am Wertschöpfungsprozess beteiligten Personen. Gesundheit kann dabei nicht nur auf den medizinischen Terminus reduziert werden, sondern muss als die „Befindlichkeit“ des Menschen in seinem gesamten Umfeld („Work-Life-Balance“) betrachtet werden. In Deutschland werden nach Modellberechnungen für den Ausfall von MitarbeiterInnen [für Erkrankungen im weiteren Sinne, der Verf.] von den Unternehmen etwa 28,4 Milliarden Euro pro Jahr aufgewendet (vgl. Friedel C., Röttger A., Schröer P., 2002). Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

unterstützt nicht nur die MitarbeiterInnen, sondern auch die Unternehmen in ihrem Wertschöpfungsprozess und in ihrer Wettbewerbsfähigkeit am Markt. Es gilt, nicht ausgeschöpftes Präventionspotential zu lukrieren (vgl. Badura B., Ritter W., Scherf M., 1999, in Bamberg E., Ducki A., Metz M. (Hrsg.), 1998).

In dieser Arbeit wird der Frage nachgegangen, welche geordnete Strukturen im Unternehmen der Allianz - Elementar Versicherungs-AG geschaffen werden müssen, um einen „Health-Services-Standard“ neu definieren und implementieren zu können. Vor der Implementierung eines BGM’s müssen die „frames“ seitens der Firmenleitung festgelegt werden. Ausgehend von einer Befragung anderer Mittel- und Großunternehmen wird eine Neuausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements der Allianz - Elementar Versicherungs-AG konzipiert. Nach einer Ist-Analyse müssen strukturelle Veränderungen im eigenen Unternehmen in Form von betriebsinternen Zielen vereinbart, die Zielerreichung mit klaren Verantwortlichkeiten, einer Koordinationskompetenz, bzw. die Ausarbeitung eines „Health-Plans“ mittels Projektmanagements angestrebt werden. Definierte Teilziele („milestones“) müssen von einem „Steering committee“ monitiert und bei Bedarf Nachjustierungen des Projektplans vorgenommen werden. Wesentlich dabei ist die Berücksichtigung von Qualitätskriterien (analog „Evidence-Based-Medicine“) und der Aufbau eines konsistenten Reportingsystems. Ziel ist eine konkrete Handlungsempfehlung, damit die MitarbeiterInnen einen Benefit der gesetzten Maßnahmen haben, nicht nur - sondern auch das Unternehmen. Die Kosteneffektivität im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist trotz methodischer Schwierigkeiten in der Literatur ausreichend dokumentiert (vgl. Breucker G. & Schröer A., 2000 und Helmenstein C. et al, 2004). Kann das ein Erfolgsfaktor, eine „Win-Win“ Situation sein, eine Chance, die Herausforderungen der jetzigen und zukünftigen Arbeitswelt besser bewältigen zu können?

BGM/BGF als wesentliches Kriterium eines „Benefit“ für MitarbeiterInnen und Unternehmen?

4 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ – Aufgaben und Ziele. Eine interdisziplinäre Betrachtung

Bevor man „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ in seinen vielen Teilbereichen verstehen kann, muss der Begriff der „Gesundheit“ selbst näher betrachtet werden.

4.1 Bio-psycho-soziales Gesundheits-Modell nach Thure v. Uexküll

Was bedeutet eigentlich Gesundheit? Das ist wissenschaftlich gesehen keine einfache Frage. „Gesundheit“ kann in unserem Zusammenhang zunächst einmal als ein bipolarer Begriff aufgefasst werden, der sowohl „gute“ wie „gestörte“ Gesundheitsaspekte umfasst. Uexküll schafft mit seinem Modell einen Gegenentwurf zum traditionellen biomedizinischen Terminus. Seine Annahme ist, dass der Mensch eine biopsychosoziale Einheit darstellt. In dieser Einheit besteht eine „Homöostase“ auf verschiedenen Systemebenen.

Er vertritt die Ansicht, dass gesundheitliche Problembereiche sich eben diesen verschiedenen Systemebenen, also einer physiologischen, einer psychischen und einer sozialen Ebene zuordnen lassen. Diese sind zwar getrennt beobachtbar, aber sehr eng miteinander verwoben. Alle Systemebenen gelten als gleichrangig.

Seine Betrachtungsweise der Systemebenen hat nicht nur Einfluss für Diagnose und Therapie [in der Medizin, der Verf.], sondern impliziert damit die Notwendigkeit des Einbeziehens verschiedenster Berufsgruppen, um negative Gesundheitsfolgen in den Griff zu bekommen.

Gesundheits-Ur-sachen können also biologischen, verhaltensbezogenen, psychosozialen, oder umweltbezogenen Ursprungs sein. Diese Sichtweise beinhaltet gleichzeitig einen präventiven Ansatz in seinem Modell, indem man sich auf diejenigen Ur-sachen beziehen kann, die die Befindlichkeit [der Gesundheit, der Verf.] nachhaltig beeinflussen.

Er meint, „[…]…Ebenen von Gesundheits-Ur-sachen stehen Ebenen von Gesundheitsphänomenen gegenüber, aus denen Gesundheitsfolgen resultieren“ (Th. von Uexküll et al., 1990, S. 42-43).

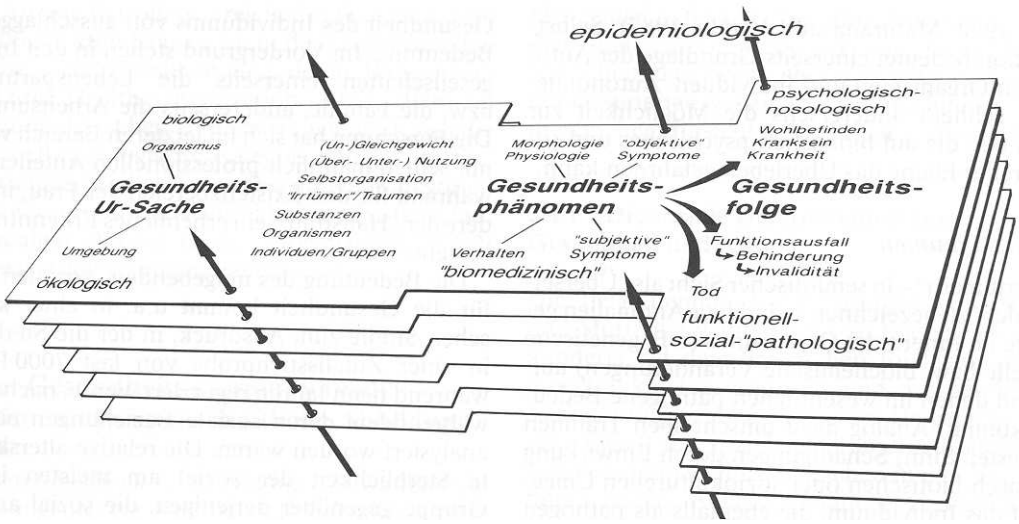


Abbildung 1: aus Thure von Uexküll, 1990, *Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg Verlag, S. 43

Zitat: „[…]…das Leben bzw. das Überleben jedes Organismus ist von einem bestimmten Ausmaß an Belastung bzw. an Nutzung abhängig.“ (Th. von Uexküll et al, 1990).

Er weist auf spezielle Details der Gesundheit hin, dass sie vor allem auch eine starke

„[…]…kulturgebundene, soziale Komponente aufweist“,

„[…]…individuelle Gesundheits- und Krankheitszustände lassen sich häufig nur im Zusammenhang mit soziokulturellen, u.a. biographischen, ethnischen und ökonomischen Umständen verstehen“ (ebendort; S. 45-47).

Thure von Uexküll weist unter anderem auf die raschen Entwicklungsstränge der Gesellschaft und den damit verbundenen Adaptationsschwierigkeiten hin, indem er meint:

„[…]…eine Akzeleration menschlicher Lebensbedingungen zu bedenken ist, […]…in Industriegesellschaften (1830-1920) im Mittel 2 Generationen Zeit hatten, sich den verändernden Bedingungen anzupassen, […]…in einem beobachteten Zeitraum (1920-1990) eine einzige Generation, […]…und in diesem Zeitraum die Befindlichkeitsstörungen und die Beanspruchung sämtlicher Gesundheitsdienste in denjenigen Industrieländern anstieg, in denen diese zur Verfügung stehen (WHO, 1983)“ (ebendort; S. 45-46).

„[…]…Gesundheit, als Gefühl vollkommener Autonomie, d.h. des freien Verfügenkönnens über die eigenen Leistungen, ein ständiges unbemerktes Entgegenkommen der Umgebung, voraussetzt. Die eigenen Leistungen kommen nur dadurch zustande, wenn sie durch die passenden Gegenleistungen der (anorganischen, biotischen, und/oder sozialen) Umgebung ergänzt werden“

(ebendort, S. 34, zit. nach Christian P., Haas R., 1947, o.S).

Thure von Uexküll spricht in diesem Zusammenhang von einer „Gesundheitsparadoxie“ (nach Barsky A. J., 1988, S. 414-418, zitiert in Th. von Uexküll, ebendort S. 46), wo er feststellt, dass es zwar einen historischen Rückgang von akuten lebensbedrohenden Zuständen gibt, gleichzeitig aber eine Zunahme von chronischen und schwer fassbaren Befindlichkeitsstörungen.

Thure von Uexküll fügt seinen Überlegungen zum Gesundheitsbegriff – Gesundheitsdefinitionen anderer Autoren hinzu:

Er zitiert V.v. Weizsäcker (1955), der betont, „[…]…dass Gesundheit kein Kapital ist, das man aufzehren kann. Sie muss in einem Prozess der „Salutogenese“ (Antonovsky A., 1988) ständig erzeugt werden“ (zit. von Th.v. Uexküll et al., 1990, nach Weizsäcker V.v., o.S.).

Ergänzend dazu nochmals Th.v. Uexküll, er meint, „[…]…dieser Prozess bedarf in jedem Augenblick einer Umgebung, die unsere Leistungen durch die passenden Gegenleistungen und unsere Rollen durch die passenden Gegenrollen ergänzt“ (nach Th.v. Uexküll et al., 1990; o.S.).

Damit wird evident, dass wir es mit einem „integrativen System“ zu tun haben; eine ständige Interaktion zwischen einem Element (Individuum) und seiner Umgebung. Die Gesunderhaltung („Salutogenese“) in einer sich ständig und zwar rasch verändernden Umwelt ist das Ziel, nicht nur des einzelnen Menschen, sondern auch sämtlicher Gesundheitsdienste, wie auch ein wichtiges Ziel eines „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“, eines „gesunden Unternehmens“. Darüber hinaus leistet „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ gesamtökonomisch einen wichtigen Beitrag für eine funktionierende (gesunde) Gesellschaft.

4.2 Gesundheits-Modell nach Aaron Antonovsky

Aaron Antonovsky (1923-1994) hat in seinen Arbeiten das so genannte „salutogenetische Modell“ entwickelt. Mit seinen Forschungen nimmt er eine wichtige Vorreiterrolle ein, auf die sich die Modelle des modernen Gesundheitsmanagements stützen. In seinen beiden Hauptarbeiten („ *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being“*, 1979 und *“Unravelling the mystery of health: How people manage stress* and stay well”, 1987) entwickelte er sein Konzept der Salutogenese. Die Entwicklung erfolgte in Anlehnung an die transaktionale Stresstheorie nach Lazarus (vgl. Lasshofer L., 2006, S. 25 und Lazarus R. S. & Folkman S., 1984, *o.S.*).

Aaron Antonovsky selbst war Medizinsoziologe und Stressforscher. Er lebte bis 1960 in den Vereinigten Staaten, danach in Israel. Sein Standardwerk erschien 1987 in englischer Sprache, die deutsche Übersetzung erfolgte dann 1997 (Antonovsky A., 1997*;* Franke, A. & Schulte N., (Übers)).

Antonovsky sieht uns auf einem Kontinuum zwischen den Polen der Krankheit und Gesundheit, auf dem wir uns alle bewegen. Er warnt vor einer „Fata Morgana Gesundheit“. Ihn interessiert nicht, welche Probleme jemand hat, sondern wie er sie lösen kann. Er definiert dabei drei Faktoren von Verhaltensweisen und Lebenshaltungen, die er mit dem Begriff des „Kohärenzgefühls“ (SOC – sense of coherence) beschreibt. Die SOC drückt das Ausmaß des so genannten „dynamischen Gefühls des Vertrauens“ aus.

3 Faktoren sind für das Kohärenzgefühl von Bedeutung:

a) Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)
b) Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (sense of manageability)
c) Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)

(vgl. Antonovsky A., 1997, S. 36).

ad a) Der Begriff der “Verstehbarkeit” (sense of comprehensibility) geht davon aus, dass Stimuli in sich als kohärent erlebt werden können, und damit auch in der Zukunft voraussagbar sind. Es geht um Erfahrungen von Konsistenz, Transparenz und Verlässlichkeit. Insgesamt ein kognitives Verarbeitungsmuster, eine solide Fähigkeit der Realitätsbeurteilung.

ad b) Der Begriff der „Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit“ (sense of manageability) geht davon aus, dass für die Stimuli, mit denen man konfrontiert ist, „Ressourcen“ zur Verfügung stehen; nicht nur die eigenen Kompetenzen, sondern auch ein Vertrauen auf Unterstützung durch das Kollektiv. Gewissermaßen ein Urvertrauen, dass Probleme prinzipiell lösbar sind. Insgesamt ein kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster.
Aus diesem Urvertrauen schließt er: „[…]…wer ein hohes Ausmaß an Handhabbarkeit erlebt, wird sich nicht durch Ereignisse in die Opferrolle gedrängt oder vom Leben ungerecht behandelt fühlen“ (zit. nach Antonovsky A., 1997, S.35).

ad c) Der Begriff der „Bedeutsamkeit bzw. Sinnhaftigkeit“ (sense of meaningfulness) erklärt, Zitat:

„[…]…das Ausmaß, in dem man das Leben emotional als sinnvoll empfindet: dass wenigstens einige der vom Leben gestellten Probleme und Anforderungen es wert sind, dass man Energie in sie investiert“
(zit. nach Antonovsky A., 1997, S. 35).

Man kann diesen Begriff als das „leidenschaftliche Involviertsein ins eigene Leben“ verstehen, er stellt das motivationale Element im Kohärenzgefühl dar.

Diese 3 Faktoren bilden das Kohärenzgefühl (SOC). Je ausgeprägter es ist, desto gesünder sollte der Mensch sein, werden und bleiben. Das SOC ist quasi der flexible Dirigent der Befindlichkeit des Menschen, es ist in der Lage, mannigfaltige Ressourcen zu aktivieren, die die „Widerstandsfähigkeit“ stärkt und damit die gesunden Anteile des Menschen. Antonovsky spricht auch von „Widerstandsressourcen“, die das Kohärenzgefühl stärken können. Damit meint er die Selbstkompetenzen einer Person, seine körperlichen wie geistigen, aber auch ein aktiv geführtes soziales, kulturelles Leben. Eine hohe Übereinstimmung aller 3

Komponenten des SOC auf hohem Niveau ist anzustreben. Seine Untersuchungen bezogen sich nicht nur auf Normalbürger, sondern ebenso auf Menschen in belastenden Situationen (Armut, Behinderung, Krieg). Kohärenzgefühl kann man als die „Grundstimmung oder als das Grundvertrauen oder als die Grundsicherheit“ verstehen, einem „inneren Halt“ eines Menschen entsprechend. SOC hilft, die Gesundheit in verschiedenen Lebensbereichen und auf verschiedenen Lebensstrecken [auch in den Arbeitsbeziehungen, der Verf.] zu erhalten. Negative Lebenserfahrungen und Enttäuschungen sind jedoch in der Lage, dieses Kohärenzgefühl zu schwächen.

Das Kohärenzgefühl bezieht sich auf das Individuum, aber nicht auf die ganze Welt. „Wir alle ziehen Grenzen, was sich außerhalb abspielt, kümmert uns weniger, ob wir es verstehen, handhaben können und ihm Bedeutung abgewinnen, ist weniger wichtig“ (zit. nach Antonovsky A., 1997, S. 39).

Nach A. Antonovsky gibt es Lebensbereiche, die für ein hohes SOC nicht ausgeklammert werden dürfen:

- die eigenen Gefühle
- die unmittelbaren interpersonellen Beziehungen
- die subjektiv wichtigste Tätigkeit
- die existentiellen Lebensfragen (Tod, unvermeidbares Scheitern, persönliche Fehler, Konflikte, Isolation)

(vgl. Antonovsky A., 1997, S. 40).

Wann fühlen wir uns „kohärent und gesund“?

Wenn etwas für uns
- → verstehbar ist
- → handhabbar und bewältigbar ist und als
- → sinnhaft und bedeutsam erlebt werden kann.

Aus den von Antonovsky angeführten Lebensbereichen (s.o.), die für das Kohärenzgefühl wichtig sind, kann bereits verstanden werden, dass es für die

Gesundheit eines Menschen wichtig ist, seine persönlichen, privaten Bedürfnisse, mit seinen beruflichen zu verknüpfen [im Sinne eines hohen SOC, der Verf.]. Das bedeutet, einen Kompromiss zwischen privaten und beruflichen Interessen zu finden. Im Sinne von verstehbar, handhabbar, bedeutsam-sinnhaft nach Aaron Antonovsky, als Work-Life-Balance nach heutiger Terminologie.

Ein positives Arbeitsumfeld, positive und gestaltbare Arbeitsaufgaben, gute Arbeitsorganisation, interessante Arbeitsbeziehungen auf der einen Seite; Familie, Freunde, kulturelle, sportliche Aktivitäten, Religiosität, allesamt in zufrieden erlebtem Maße, als Gegenpol auf der anderen Seite (siehe Lebensbereiche für SOC, S. 16).

Aaron Antonovsky hat mit seinen wissenschaftlichen Forschungen große Beachtung gefunden. Seine Werke gelten nicht zu Unrecht als Standardwerke für den Bereich der „Gesundheitsförderung“. Das „Kohärenzgefühl“ (sense of coherence, SOC) beschreibt eine Orientierungsgröße, die es für jede Person weiter zu entwickeln und zu gestalten gilt. Neben einer genetischen Komponente, postuliert er auch eine durch Sozialisation geprägte Modellierbarkeit des Kohärenzgefühls.

Gute Erfahrungen, privat wie beruflich, führen zu einem hohen SOC und tragen maßgeblich zur „Gesundheit“ [auf dem Kontinuum, der Verf.] eines Individuums bei. Gesundheit als die „[…]…Fähigkeit und Motivation zu einer selbstständigen, aktiven Lebensführung“ (aus Richter P. & Uhlig K., 1998, In Bamberg E., Ducki A., & Metz A.-M.,(Hrsg.), S. 407-422, zit. in Lasshofer L., S. 78).

Gesundheit kann gleichzeitig als das Ergebnis eines vorhandenen „Ressourcenpools“ zur erfolgreichen Lebensbewältigung gesehen werden,

„[…]…als das Insgesamt einer Person zur Verfügung stehenden, von ihr genutzten oder beeinflussten gesundheitsschützenden und –fördernden Kompetenzen, sowie äußeren Handlungsmöglichkeiten“

(nach Udris I., Frese M., 1999, In C. Hoyos & D. Frey (Hrsg.), S. 429-445).

Rimann & Udris unterscheiden zwischen internen, personalen Ressourcen [also personenbezogen, der Verf.] und externen, situativen Ressourcen. Daraus kann ein vereinfachtes Belastungs-Ressourcen-Gesundheitsmodell erstellt werden (nach Rimann M. & Udris I., 1993).

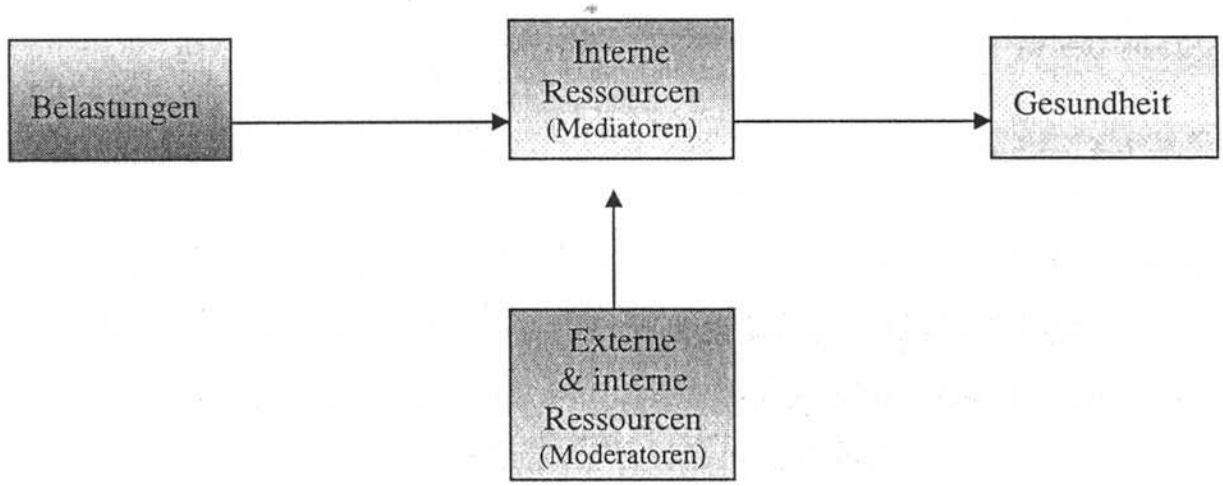


Abbildung 2: Vereinfachtes Belastungs-Ressourcen-Gesundheits-Modell

(Rimann M. & Udris I., 1993, aus Lasshofer L., 2006, *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Salutogenese,* VDM Verlag Dr. Müller, S. 37).

Die internen Ressourcen repräsentieren die Gesamtheit der Persönlichkeit, ausgehend von seiner Biographie und der Integrität seiner vielfältigen Kompetenzen, oder anders formuliert, als Gesamtheit eines „intelligenten Gesundverhaltens“.

Die externen Ressourcen können wir als die Gesamtheit der Sozialität sehen, oder auf Organisationsebene (also von Betriebs- und Unternehmensseite), als die Gesamtheit der organisationalen Ressourcen (zit. sinngemäß nach Rimann M. & Udris I., 1993).

4.3 Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1946, 1986, 1987, 1991:

Definition 1946:

„Gesundheit ist der Zustand umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung“ (WHO, 1946)[1].

Der Begriff der WHO ist zwar richtungsweisend, beispielsweise für „Public Health“, trotzdem soll ergänzend dazu bedacht werden, dass Gesundheit wohl nicht als ein Zustand definiert werden kann. Sie ist in einem fließenden Kontinuum (siehe Kapitel 4.2, 14ff) eingebettet und muss immer wieder aufs Neue hergestellt werden. Es ist ein Prozess, der über das Wohlbefinden weit hinaus geht, ein dynamisches Gleichgewicht zwischen dem Individuum und seiner Umwelt.

„Gesundheit ist ein transaktional bewirkter Zustand eines dynamischen Gleichgewichts zwischen dem Individuum, seinem autonomen Potential zur Selbst-Organisation und Selbst-Erneuerung und seiner sozial-ökologischen Umwelt“

(Udris I., Rimann M., Thalmann K., 1994, In B. Bergmann & Richter (Hrsg.),
S. 198-215).

Der Begriff des Wohlbefindens ist subjektiv, und kann auch mißinterpretiert werden. Als Beispiel mögen Übergewicht, Alkohol- und Nikotingenuss, etc. dienen. Der Begriff der Gesundheit laut WHO wird nicht näher erläutert, auch nicht in Abgrenzung zur Krankheit. Außerdem sind die Gesundheitsdefinitionen immer im kulturellen und historischen Kontext zu sehen. Auch geschlechtsspezifische Differenzen („Gender-Aspekte“) werden nicht berücksichtigt.

[1] Anm. der Verf.: Verfassung der WHO vom 22.Juli 1946 in New York, in einer Urkunde, verfasst in chinesischer, englischer, französischer und spanischer Sprache, alle Sprachen in gleicher Weise als maßgebend geltend. Die Originalurkunde ist in den Archiven der Vereinten Nationen hinterlegt. Damaliger UNO-Generalsekretär im Amt war Trygve Lie.

Die Bemühungen der WHO um eine Weiterentwicklung der medizinischen Prävention und der allgemeinen Gesundheit, mündeten schließlich am 21. November 1986 in eine neue Definition des Gesundheitsbegriffs („Ottawa Charta“ im Rahmen der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung).

1986: Gesundheitsbegriff aus der „Ottawa Charta for Health Promotion”[2]:

Im Rahmen der „Health Promotion“ wird ein Absatz auch den Grundbedingungen der gesundheitsförderlichen Gestaltung gewidmet.

Perquisites for Health:

The fundamental conditions and resources for health are:

Peace
Shelter
Education
Food
Income
A stable eco-system
Sustainable resources
Social justice and equity

Improvement in health requires a secure foundation in these basic prerequisites.

Quelle Internet 1:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html, Zugriff 10.02.2008

Eine Gesundheitsförderung gemäß der Ottawa Charta,

„…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“

(zit. aus Joder K., 2007, S. 9).

Gesundheit ist damit nicht nur eine persönliche Angelegenheit, sondern auch im Kontext der Gesellschaft zu sehen. „Gesundheit“ ist abhängig von den gesellschaftlichen, sozialen und ökonomischen Ressourcen, sie tragen wesentlich zur individuellen Lebensqualität bei. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung

[2] First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21. November 1986, WHO/HPR/HEP/95.1. http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html, Zugriff 10.02.2008.

liegt damit nicht nur im Gesundheitssektor allein, sondern in allen Bereichen der Politik. Wichtig ist der Hinweis in der Ottawa Charta, dass Menschen nur dann ihre Gesundheitspotentiale ausschöpfen können, wenn sie ihre Gesundheit auch mitgestalten können (Badura B., Hehlmann Th., 2003, S. 13*).*

Auszug aus der Ottawa-Charta der WHO:

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (zit. aus Ulich E., Wülser M., 2005, o.S.).

In dieser Konferenz wurden nicht nur die Weltgesundheitsorganisation (WHO) selbst, sondern auch alle anderen internationalen Organisationen aufgerufen, alle Länder in ihren Strategien und Programmen „for health promotion“ zu unterstützen („Call for International Action“).

1987 wurde als Reaktion auf die „Ottawa-Charta“ 1986 eine neue Definition der WHO mit einem neuen Gesundheitsbegriff verabschiedet, „[…]…die Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen“ (zit. aus Ulich E., Wülser M., 2005, S. 17).

1991 in der Kopenhagener Konferenz formulierte die WHO im Ziel 25 zur Gesundheit der „arbeitenden Bevölkerung“ folgendes:

„Bis zum Jahr 2000, „[…]…Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkung der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen, sowie „[…]…den Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert zu haben“ (zit. aus Ulich E., Wülser M., 2005, S. 17-18).

4.4 Gesundheitsförderungspolitik der Europäischen Gemeinschaft

4.4.1 Luxemburger Deklaration 1997[3]

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in der Europäischen Union, 27. und 28. November 1997 in Luxemburg.

Grundlage dieser Deklaration ist die EG-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG)[4], dazu aufbauend der Ansatz einer Neuorientierung des Arbeitsschutzes in Gesetzgebung und Praxis. Andererseits wird die Bedeutung des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld öffentlicher Gesundheit („Public Health", Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen, BGF als berufsübergreifende Zusammenarbeit) hervorgehoben.

Quelle Internet 2:
http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID=455002&StID=226200
Zugriff 15.02.2008

Es wird ein europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP; http://www.enwhp.org) aller Mitgliedsstaaten des europäischen Wirtschaftsraumes gebildet. Gegenseitiger Erfahrungsaustausch in der BGF in Theorie und Praxis wird postuliert. Auf die Herausforderungen des 21. Jahrhunderts wird hingewiesen.
Globalisierung, Arbeitslosigkeit, zunehmende Verbreitung der Informationstechnologien, flexible Arbeitszeitregelungen, demographischer Wandel, die Bedeutung des Dienstleistungssektors, Downsizing im Personalbereich und der große Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen sind wichtige Bereiche der zukünftigen Arbeitswelt.

„BGF umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz" (zit. aus Joder K., 2007, S. 9).

---

[3] http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID=455002&StID=226200, Zugriff 27.02.2008

[4] Richtlinie des Rates vom 12.Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit. Eine Richtlinie gemäß Artikel 118a.F.EGW, diese gemäß des Artikels erlassenen Richtlinien, legen Mindestvorschriften für den Gesundheitsschutz und die Sicherheit am Arbeitsplatz fest.

„BGF beinhaltet sowohl verhaltens-, als auch verhältnisorientierte Maßnahmen und verfolgt eine ganzheitliche Konzeption mit folgenden Eckpunkten:

Partizipation	→	Einbezug der gesamten Belegschaft
Integration	→	Einbezug in alle Entscheidungen im Unternehmen
Projektmanagement	→	Systematische Durchführung
Ganzheitlichkeit	→	Risikoreduktion und Ausbau von Potentialen“

(aus Ulich E., Wülser M., 2005, S. 30).

BGF bekommt dadurch einen hohen Stellenwert und Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz sind bei politischen Entscheidungen nun allgemein mit einzubeziehen.

4.4.2 Europäischer Rat in Lissabon 2000

Sondertagung am 23. und 24. März 2000.

Dem Europäischen Rat geht es in dieser Tagung um eine neue Strategie mit Anpassung der bestehenden Prozesse, damit Potentiale für wirtschaftliches Wachstum, aber auch gesellschaftlicher Zusammenhalt in Zukunft gewährleistet sind. In der Sondertagung des Europäischen Rats in Lissabon (23. und 24. März 2000) werden gemeinsame Strategien der Gemeinschaftspolitik diskutiert, um langfristige, dynamische Maßnahmen zur Absicherung der Konjunktur setzen zu können, für ein Europa der Innovation und des Wissens.

Zwei Entwicklungen waren dabei zu beachten, einerseits die Globalisierung der Wirtschaft mit zunehmender Konkurrenz und andererseits die rasante Ausbreitung der Informations- und Kommunikationstechnologie. Trotz günstiger Konjunkturlage gab es wegen struktureller Schwierigkeiten in den Mitgliedsstaaten eine Konjunkturabschwächung (z.B. große regionale Unterschiede, eine hohe Zahl an Arbeitslosen, nicht genügend Arbeitsplätze im Dienstleistungsbereich, unzureichende Präsenz von Frauen am Arbeitsmarkt, insbesondere das Problem der Überalterung [demografische Entwicklung, der Verf.] in Europa).

„Als Maßnahmen in den Dienst der Vollbeschäftigung müssen verfolgt werden:

- Die technologische Herausforderung
- Eine wissensbasierte Gesellschaft
- Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit in Europa
- Integration der Finanzmärkte und Koordinierung der makroökonomischen Maßnahmen
- Modernisierung und Stärkung des europäischen Sozialmodells“

(zit. nach SCADPlus, Quelle Internet 3: http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c10241.htm, Zugriff 15.02.2008).

4.4.3 ENBGF zur Gesundheit am Arbeitsplatz in kleinen und mittleren Unternehmen – KMU, Lissabon 2001[5]

Als Folge der Deklaration der Europäischen Union aus dem Jahre 2000 in Lissabon, verabschiedete das ENBGF (Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung) einen adaptierten Begriff zur BGF (Quelle Internet 4: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/123871.pdf, Zugriff 15.02.2008 und Quelle Internet 5: http://www.enwhp.org, Zugriff 15.02.2008) unter Berücksichtigung der mittleren und kleinen Unternehmen in Europa. Diese Erklärung gilt als das Ergebnis einer Gemeinschaftsinitiative in Bezug auf KMU mit Beteiligung von 21 Ländern.

Daraus zitiert:

„BGF umfasst alle Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz, […]...sie trägt wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Mitarbeitern und deren Familien bei. Für Gesundheit am Arbeitsplatz in KMU ist es nötig, an einem Strang zu ziehen, […]...mehr als 99% aller Unternehmen [in Europa, der Verf.] sind KMU’s. Sie beschäftigen mehr als zwei Drittel der Arbeitnehmer in der EU. […]…es besteht ein breiter Konsens darüber, dass kleine und mittlere

[5] Diese Erklärung wurde vom ENBGF auf dem Netzwerktreffen am 16. Juni 2001 verabschiedet und auf der anschließenden 2.Europäischen Konferenz (18. – 19. Juni) vorgestellt. Beide Veranstaltungen fanden in Lissabon statt. Die ENBGF wurde 1996 mit Hilfe der Europäischen Union gegründet. Sie unterhält folgende Homepage: http://www.enwhp.org, Zugriff 15.02.2008

Unternehmen einen wesentlichen Beitrag zu Wachstum, Wettbewerbsfähigkeit, Innovation und Beschäftigung leisten. […]…Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz sind wesentliche Voraussetzungen für eine Steigerung des innovativen Potentials in KMU. […]…die soziale Entwicklung in den Ländern der Europäischen Union hängt von gut qualifizierten, hoch motivierten und gesunden Mitarbeitern ab.

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung **(ENBGF, European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP)** hat nach Analyse der gängigen Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung neue Strategien und Empfehlungen erarbeitet, um die Bedeutung der BGF in Zukunft steigern zu können:

a) Enterprise for Health: BGF in KMU:

Initiative Kräfte für Gesundheit in KMU's sind die Firmenbesitzer und obere Führungskräfte. Wichtig ist eine vorbildliche Unternehmensführung in Bezug auf:

- Einbindung an Planungs- und Entscheidungsprozessen
- Gutes Arbeitsklima
- Anerkennung und Belohnung der erbrachten Leistungen
- Verbesserungen, insbesondere der Arbeitsorganisation

b) Aufbau eines unterstützenden Umfelds für Gesundheit: der Multiplikations-Effekt:

Aufgrund begrenzter Ressourcen ist die Gewinnung neuer Partner für die Kommunikation und Organisation betrieblicher Gesundheit in KMU's wichtig. Organisationen wie Handelskammern, Innungen, Unfall- und Krankenversicherungen und Banken haben eine Schlüsselrolle bei Marketing und Kommunikation, bei der Infrastrukturerstellung und bei der Organisation der Dienstleistungen. Informationskampagnen auf lokaler, regionaler, nationaler und internationaler Ebene müssen durchgeführt werden unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Probleme der KMU's. Netzwerke müssen aufgebaut und zukünftig gepflegt werden.

Die Mitgliedsstaaten, die Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie der Beitrittsländer, sollten die Betriebliche Gesundheitsförderung zum Bestandteil ihrer Gesundheitspolitik, […]…zur Gründung und Entwicklung von KMU's machen, […]…sie sollten die KMU's in die Lage versetzen, BGF umzusetzen.

4.4.4 Barcelona Deklaration 2002

Im Juni 2002, anlässlich der 3. Europäischen Konferenz über Betriebliche Gesundheitsförderung wurde das Ziel vereinbart, dass

„…eine vorbildliche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa zu verbreiten ist, und alle beteiligten Interessensgruppen dahingehend ermutigt werden, die Vision: „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Organisationen“ zu unterstützen.“

(vgl. BKK Bundesverlag 2002, *Deklaration zur Entwicklung einer guten Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung*, unter Quelle
Internet 6: http://www.bkk.de, Zugriff 22.02.2008 und aus Quelle
Internet 7: http://www.equal-aeiou.at/Upload/DiplomArbeit_Birgit_Jung.pdf, S. 113, Zugriff 23.06.2008).

Darin die Forderung, „[…]…dass die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ (BGF) eine hohe Priorität einräumen, nationale Foren und Netzwerke implementieren, und die Weiterbildung und Forschung im Bereich der BGF unterstützen, inklusive der Entwicklung einer so genannten „Toolbox“, um das Wissen über Methoden und Instrumente der Durchführung von BGF – Maßnahmen zu verbreiten.“

Der deutsche Vorsitz 2007 hat dem Thema Gesundheit eine wachsende europapolitische Bedeutung [u.a. vor dem Hintergrund des demographischen Wandels in Europa, der Verf.] beigemessen. Ein Gesundheitssektor mit hohem Wachstumspotential mit dem Ziel, die Lissabonner Strategien aus dem Jahre 2000 zu erreichen.

Die gesundheitspolitischen Schwerpunkte des deutschen EU-Ratsvorsitzes waren:

- Innovation
- Prävention
- Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen

Die europäische Gesundheitspolitik ist eine langfristige. Die Mitgliedsstaaten arbeiten kontinuierlich an der Verbesserung der „Gesundheit“ der Bürgerinnen und Bürger. Kompetenzen der Europäischen Union und der Mitgliedsstaaten mischen sich, deren effiziente Koordinierung ist zukünftig von wesentlicher Bedeutung.

4.5 The Assessment Model: Plexus

Um es noch einmal konkret zu formulieren:

1) Es gibt ein soziales Umfeld, mit der „Verknappung der Ressource Mensch“, unter Betrachtziehung des demographischen Wandels in Europa.

2) Den „Erfolgsfaktor Führung“, ein Paradigmenwechsel vom Shareholder-Value-Konzept-Modell zum wertoptimierten Human-Kapital-Konzept-Modell und einen „Wandel in der Arbeitswelt“, in den verschiedensten Ausprägungen (Punkt 1) und 2) zit. nach Schunder-Tatzber S., 2007).

Ausgehend von allgemeinen Gesundheitsbegriffen wird klar, dass die „gesunde Struktur“ eines Menschen, also Wissen, Fähigkeiten, Motivation, Workability, Engagement, Commitment, Arbeitszufriedenheit, nicht nur von ihm selbst, sondern auch von Unternehmen, von politischen, von strategischen Strukturen, von sozialökonomischen Prozessen und Bedingungen abhängig ist (vgl. Kapitel 4.3, Ottawa Charta for Health Promotion, S. 20f).

Im sogenannten „Plexus-Modell“ können die Zusammenhänge und deren gegenseitige Beeinflussung zwischen dem „Humanvermögen“ (Human Assets), dem „Organisationsvermögen“ (Organizational Assets) und dem „Kodifizierten Vermögen“ (Codified Assets), als „Intangibles“ dargestellt werden. Die Produktivität und die Performance ist das Ergebnis aus diesen Wechselbeziehungen mit den „materiellen Werten“, als „Tangibles“ bezeichnet. Das „Intellektuelle Vermögen“ (Intellectual Assets) ist das Ergebnis dieser komplexen Beziehungen.
(Litschka M., 2006 und Litschka M., “*Journal of Intellectual capital”,* Vol.7, N.21, 2006, S 160-173; und
Quelle Internet 8:
http://www.esmeraldinsight.com/1469-1930.htm, Zugriff 22.02.2008

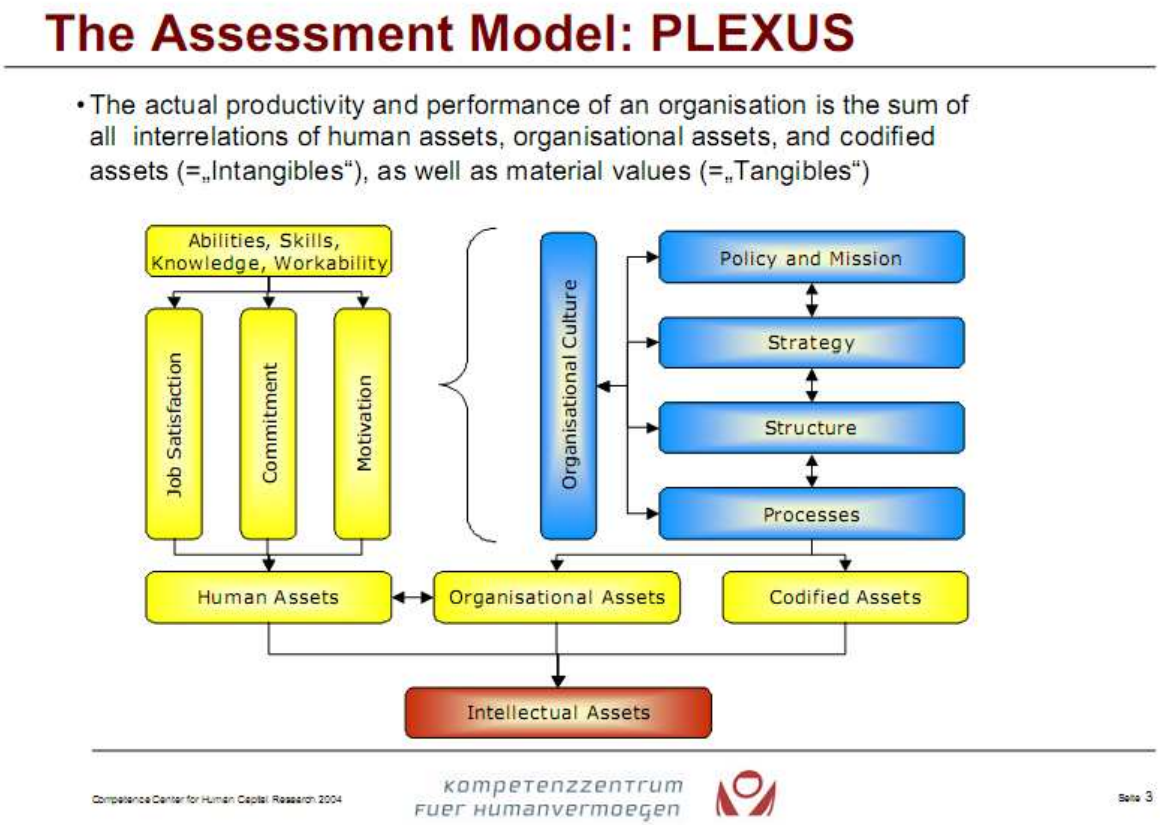


Abbildung 3: The Assessment Model: PLEXUS

Quelle Internet 9:
http://www.cchcr.com/admin/module/news/output/pdf/?file=HC+in+a+BE+Framework.pdf, Zugriff 16.02.2008

Dieser systemische Ansatz versucht den „Erfolgsfaktor Human-Ressource“ im gesamtbetrieblichen Kontext zu entwickeln. Erkenntnisse aus den Bereichen der Unternehmensführung, der Wirtschaftsmedizin und der Wirtschaftspsychologie sind darin enthalten. Um es prägnant zu formulieren, nicht „die Menschen“ sind das Vermögen der Unternehmen, sondern „[…]…die Leistungen der [gesunden, der Verf.] Mitarbeiter, die sie für das Unternehmen erbringen, […]…dass der Erfolg eines Unternehmens von Menschen – Kunden und Mitarbeitern, […]…und deren Leistungen abhängt (Flamholtz E., 1974, o.S.).

5 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement

5.1 Aufgaben und Ziele Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Erfolgreiche Unternehmen kennzeichnen sich durch die Qualität ihrer Arbeitsweise aus. Sie haben „Standards“ nicht nur bezüglich ihrer Produkte, sondern auch in den optimierten Abläufen der Herstellung, in der Organisationsstruktur, ebenso in der Betreuung der Kunden, in der Unterstützung der bestehenden Partnerschaften und Lieferanten. Die Fokussierung auf die Qualität gilt in allen diesen Bereichen („Stakeholder-Value“ - Prinzip versus „Shareholder-Value“ - Prinzip). Das Bemühen der Aufrechterhaltung der Standards betreffend auf die Produktbezogenheit, der Kunden- und der Lieferantenbetreuung, kennzeichnen die Qualität der Arbeitsweise eines Unternehmens aus.

Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst 4 Hauptaufgabengebiete:

a) Evaluierung
b) Prävention – Planung im Sinne von Präventivmaßnahmen und Gesundheitsförderprogrammen
c) Reporting („Reports“)
d) Auditing („Audits“) und Monitoring zur Qualitätssicherung von Aktivitäten im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

ad a) Das Ergebnis der Evaluierung ergibt Aufschluss über den Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen und die Arbeitsbedingungen (vgl. Rudow B., 2004, S. 17).

ad b) Unter Prävention ist, „[…]…die Verhütung oder Früherkennung und Frühbehandlung von Gesundheitsstörungen bzw. von Erkrankungen und deren Folgeschäden zu verstehen“ (vgl. Rudow B., 2004, S. 19).

Eine Unterscheidung muss zwischen den Begriffen der „Verhaltensprävention“ und „Verhältnisprävention“ gemacht werden. Erstere orientiert sich an der individuellen personbezogenen Vorsorge für MitarbeiterInnen, die Verhältnisprävention dagegen an der prinzipiellen Gestaltung der Arbeitssituation im Allgemeinen (vgl. Rudow B., 2004, S. 18f).

Der Schwerpunkt der BGF liegt nach wie vor hauptsächlich im Bereich der personenbezogenen Maßnahmen, d.h. bei der Veränderung des Verhaltens z.B. Bewegung, Ernährung, Entspannung, Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln, Umgang mit psychischen Belastungen (vgl. Breucker G. & Schröer A., 2000 und Busch C., Huber E. & Themessl M., 1998, In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), S. 445-453).

Die Verhältnisprävention folgt eher einem ganzheitlichen Ansatz im Sinne gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und –strukturen im Unternehmen (z.B. Organisation und Durchführung von betrieblichen Gesundheitsaktionen, Optimierung von Arbeitsorganisation und Arbeitsabläufen, Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Moderation von „Settings“ zur Betrieblichen Gesundheit, Seminare für und Coaching von Führungskräften, Mitarbeiterbefragungen, etc.).

Belastungen, Stressoren und Beanspruchungen können sowohl korrektiv, wie auch präventiv, prospektiv verändert werden. Der Ansatz zur Belastungsreduktion und Gesundheitsförderung lässt sich sowohl auf der Verhaltensebene wie auch auf der Verhältnisebene ausführen (vgl. Lasshofer L., 2006, S. 110). Die Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention ist nur eine didaktische, in der Praxis fließen beide ineinander.

Des Weiteren lässt sich eine „primäre“, „sekundäre“ und „tertiäre Prävention“ unterscheiden:

Ziel der primären Prävention ist es, Gesundheitsstörungen, psychischer wie körperlicher Art, vorzubeugen. In Form von präventiver Arbeitsgestaltung, innerbetrieblicher Gesundheitsprogrammen, mit dem Ziel, Risikofaktoren zu reduzieren und Neuerkrankungen zu minimieren (vgl. Rudow B., 2004, S. 19).

Ziel der sekundären Prävention ist die Früherkennung von Erkrankungen („screenings“) und die Konzeption von Aufklärungsprogrammen, aber auch die Sensibilisierung von MitarbeiterInnen zu Themen der Gesundheitsvorsorge ist ein Teil der sekundären Prävention (vgl. Rudow B., 2004, S. 20).

Ziel der tertiären Prävention ist die Minimierung der Folgeschäden bzw. der Wiederholung von Erkrankungen (vgl. Rudow B., 2004, S. 21). Darunter fallen rehabilitative Strategien, wie auch re-integrative Maßnahmen nach Erkrankungen von MitarbeiterInnen bei der Rückkehr an ihren Arbeitsplatz (vgl. Abbildung 4, S. 32).

Für die „Arbeitsfähigkeit“ stellt die körperliche Gesundheit nur einen Teilaspekt dar. Persönliche Qualifikation, Weiterbildung und lebenslanges Lernen einerseits, Führung und Unternehmenskultur, sowie innovative Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung andererseits, sind weitere Faktoren zur „Gesundheit“ des Individuums und der Gesellschaft.

„[…]…Die Erhaltung und Förderung der Arbeitsfähigkeit als zentrales Thema für Wirtschaft, Gesellschaft und des arbeitenden Menschen unter Berücksichtigung der aktuellen Entwicklungsstränge“

(vgl. Kriener und al., 2004, Studie von diepartner.at im Auftrag der WKÖ, S. 14,

Quelle Internet 10: http://www.diepartner.at/downloads/pdf/BGFStudie.pdf, Zugriff 27.02.2008).

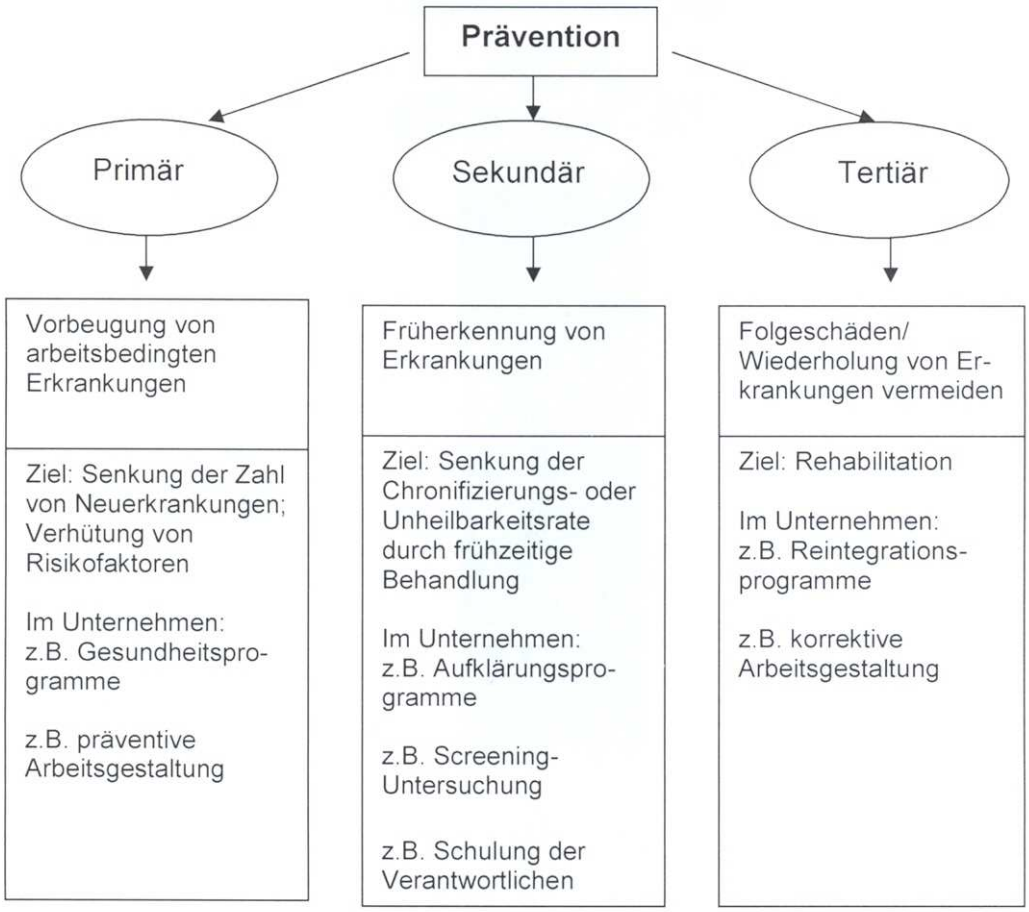


Abbildung 4: Prävention primär-sekundär-tertiär

aus
Betriebliche Gesundheitsförderung in Großunternehmen, Humpfer St., Brendle D., Universität Karlsruhe; (mod. nach Rudow B., 2004, S. 21, Quelle Internet 11: http://www.sport.uni-karlsruhe.de/ifss/rd_download/Ausarbeitung.pdf, S. 10, Zugriff 23.02.2008.

Die Gesundheitsförderung versucht, psychische und physische Gesundheit der MitarbeiterInnen weiter im positiven Sinne zu entwickeln. Die daraus resultierende Steigerung der Leistungsfähigkeit ist evident. Es wird eine Analyse der Wechselwirkungen von Arbeitsanforderungen, den Beanspruchungsfolgen und den subjektiven Kompetenzen der Arbeitenden erstellt. Sie hat eine Stärkung der Handlungsautonomie, Entscheidungs- und Kontrollkompetenzen und eine soziale Unterstützung der MitarbeiterInnen zum Ziel. Auch soll Arbeit und Freizeit in Relation gebracht werden (Work-Life-Balance).

Die betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit der Entwicklung der „Gesundheit des arbeitenden Menschen“ (vgl. Rudow B., 2004, S. 21f).

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist umfassend:

Rudow meint: „Hauptziel des BGM ist das gesunde Unternehmen, welches sich grundlegend durch gesunde Mitarbeiter, eine gesunde und sichere Arbeit und eine gesunde Umwelt auszeichnet“ (Rudow B., 2004, S. 24).

Betriebliche Gesundheitsprävention hilft, diejenigen Faktoren zu beseitigen, die die Wahrscheinlichkeit zur Akquirierung von Krankheiten und Verletzungen erhöhen, die aber auch die „Homöostase“ gesunder MitarbeiterInnen und gesunder Unternehmen stören können. Auf der einen Seite wird der Erhalt der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen gefördert und erhalten (altersadäquat, gesundheitsförderlich), andererseits stellt Prävention eine Investition in das Leistungsvermögen des vorhandenen Humankapitals des Unternehmens dar. Die Evaluierung der vielfältigen Faktoren, die daraus folgende Maßnahmensetzung, die Prävention und die Gesundheitsförderung sind wichtige Faktoren des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM).

ad c) Reporting („Reports“)

Viele der Projekte, die im Rahmen des BGM erbracht werden, werden als zusätzliche Aufgabe („additiv“) zu den anderen üblichen Tätigkeiten erbracht. Daraus resultieren zwangsläufig schwierige Projektphasen. Der Projektleitung kommt eine wichtige lenkende Funktion zu. Neben technischen Fragen zum Ablauf eines Projekts, müssen andere Faktoren, wie Kosten-Nutzenanalysen, Zeitanalysen, Kommunikationsaufgaben, etc. berücksichtigt werden. Daher ist es obligat, ein genau definiertes „Reporting-Tool“ in einem Projekt zu verankern. Neben organisatorischen, finanziellen, personellen Entscheidungen muss vor allem der zeitliche Aufwand für diesen Aufgabenbereich berücksichtigt werden. Dies ist auch deshalb notwendig, damit die Qualität in der Arbeit [den Projekten, der Verf.] gewährleistet werden kann.

ad d) Auditing („Audits“)

Prozesse müssen in ihrer Effizienz bewertet werden. Dazu dienen interne wie auch externe „Audits“. Die Verfahren zur Beurteilung, deren Bewertungskriterien müssen von der Organisation des Unternehmens festgelegt werden. In großen Unternehmen ist „Auditing“ im Managementsystem oft systematisch integriert und sollte logischer Weise im Rahmen des BGM mitgenutzt werden. Im „Auditing“ wird untersucht, wie wirksam ein Projekt verlaufen ist, bzw. die gesetzten Maßnahmen umgesetzt werden können und konnte. Darüber hinaus ergeben die „Audits“ die Möglichkeit, Verbesserungspotentiale zu erkennen, sowohl in den Strukturen, wie in den Abläufen eines Projekts. Sie orientieren sich dabei in ihren Bewertungsstrukturen an der DIN EN ISO 9001:2000 (siehe Kapitel 5.2, Gesundheits- und Qualitätsmanagement, S. 34ff), die einen Qualitätsstandard bei der Umsetzung ihrer Leitlinien in den „Audits“ ermöglicht.

5.2 Gesundheits- und Qualitätsmanagement

Gesundheitsmanagement und Qualitätsmanagement müssen ein integrierter Bestandteil der Unternehmensstrategie sein. Voraussetzung ist ein gemeinsames „Gesundheitsverständnis“, bereits vorhandene Aktivitäten umfassend zu berücksichtigen, Ressourcen zu nützen und Potentiale in Zukunftsperspektiven ergebnisorientiert umzusetzen.

Als Qualitätsstandards können die ISO 9000ff:2000[6], das EFQM-Modell[7], und das Evaluationsmodell der ENBGF (siehe Kapitel 5.2.3, S. 38ff) herangezogen werden. Die Einhaltung dieser Standards bieten Qualitätssicherung, TQM bis hin zu „Business Excellence.“

[6] DIN EN ISO 9000ff: Erstausgabe im Jahre 1987 durch die Internationale Organisation für Standardisierung. Die erste Ausgabe wurde im Jahre 1994 ergänzt. Sie besteht nach der Ergänzung aus 4 Kernnormen (ISO 9000 – 9004). Die DIN EN ISO 9000 ff.: 1994 besteht aus 20 Elementen. Revision 2000 dann in der Norm:
DIN EN ISO 9000 ff.: 2000 (Qualitätsmanagementsysteme, „Grundlagen und Begriffe“ mit folgendem Modell: Einem „QM-Forderungsteil“ ISO 9001 und einem „QM-Leitfaden zur Leistungsverbesserung“ ISO 9004, zitiert nach Buser et al. 2000, *„Leitfaden Qualitätsmanagement. Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Lebensmittelunternehmen auf Basis der neuen ISO 9000 ff.:2000“,* Bonn; S.10)

[7] Anm. Verf., EFQM: European Foundation for Quality Management; entwickeln strukturierte TQM-Organisations- und Bewertungsmodelle.

„Prozesse aus dem Management- und Qualitätsbereich sind dabei im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements analog entsprechend angewandt:

→ Zielorientierung
→ Stakeholder-value Orientierung
→ Einbindung in das Tagesgeschäft
→ Evolutionäre Weiterentwicklung
→ Kontinuierliche Verbesserungsprozesse[8]
→ Aufbau geeigneter Regelkreise
→ Kennzahlensysteme (KPI's)
→ Langfristige Ansätze
→ Einbindung von Fachexperten, Führungskräften und Mitarbeitern
→ Umsetzung geeigneter Strukturen und Prozesse"

Quelle Internet 12:
http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/1103_Vortrag_Martin_Thul.ppt, Universität Kaiserslautern, Zugriff 13.02.2008.

[8]Vgl. PDCA – Zyklus nach Deming, ein iterativer 4-phasiger Problemlösungsprozess: Plan-Do-Check-Act. Benannt nach William Edwards Deming (1900-1993), einem amerikanischen Physiker und Statistiker.

5.2.1 DIN EN ISO 9000ff:2000[9]

Als Basis für einen prozessorientierten Managementaufbau dient die DIN EN ISO 9000ff.:2000 Normenfamilie der Internationalen Organisation für Standardisierung[10] (Quelle Internet 13: http://www.iso.org/iso/home.htm, Zugriff 27.02.2008).

Sie stellt einen internationalen Standard für Qualitätsmanagementsysteme dar, der in verschiedenen Unternehmen unterschiedlichster Branchen als Qualitätskriterium herangezogen wird.

Sie wird von 8 anerkannten Managementmerkmalen geprägt:

- Kundenorientierung
- Einbeziehung der Menschen
- Prozessorientierter Ansatz
- Sachbezogener Ansatz zur Entscheidungsfindung
- Ständige Verbesserung
- Führung
- Systemorientierter Managementansatz
- Lieferantenpartnerschaft zum gegenseitigen Nutzen

Wenn man sich mit Qualitätsmanagement beschäftigt, müssen wir uns auch mit dem Begriff des „Total Quality Management – TQM“ auseinander setzen. TQM ist keine Norm, es handelt sich mehr um ein Selbstbewertungsverfahren.

[9] DIN EN ISO 9000 (ISO 9000:2000) Dezember 2000, *Qualitätsmanagementsysteme. Grundlagen und Begriffe*
DIN EN ISO 9001 (ISO 9001:2000) Dezember 2000, *Qualitätsmanagementsysteme. Anforderungen*
DIN EN ISO 9004 (ISO 9004:2000) Dezember 2000, *Qualitätsmanagementsysteme. Leitfaden zur Qualitätsverbesserung*
[10] International Organization for Standardization; http://www.iso.org/iso/home.htm, Zugriff: 27.02.2008

5.2.2 EFQM-Modell für Excellence

Ein Evaluierungsmodell wurde entwickelt von der Europäischen Gesellschaft für Qualität (EFQM, vgl. Fußnote 7, S. 34). Dieses EFQM-Modell ist eine Basis für „Business Excellence“.
Es beinhaltet 9 Kriterien, die unterschiedlich prozentual gewichtet werden. TQM unterscheidet zwischen „Befähiger-enablers“ und „Ergebnisse-results“.
Beide Bereiche gelten als gleichwertige Parameterstrukturen.

Den „Befähigern-enablers“ werden die Ressourcen der MitarbeiterInnen einer Organisation subsumiert. „Befähiger“ ist alles, was vom Unternehmen geleistet wird, also Struktur und Prozesse:
Bereiche:

> Führung → Verhalten der Führungskräfte
> Mitarbeiterorientierung → Planung, Einsatz, Qualifikation, Fürsorge,…
> Politik und Strategie → Leitbild und deren Umsetzung
> Ressourcen → Art und Einsatz: finanziell und materiell
> Prozesse → alle Prozesse zur Leistungserstellung

Bei den „Ergebnissen-results“ handelt es sich um die Ergebnisse, die von den MitarbeiterInnen geleistet werden konnten:
Bereiche:

> Mitarbeiterzufriedenheit
> Kundenzufriedenheit (als höchste Gewichtung)
> Gesellschaftliche Verantwortung
> Geschäftsergebnisse

Jährlich erfolgt die Vergabe des „European Quality Award EWA“ für herausragende Leistungen des Managements eines Unternehmens, wobei die Kriterien des „EFQM-Modells für Excellence“ mustergültig umgesetzt werden konnten.

5.2.3 Das Evaluationsmodell der ENBGF

Das europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) hat in Anlehnung an das EFQM ein eigenes Evaluationsmodell entwickelt. Es evaluiert das Betriebliche Gesundheitsmanagement (=Evaluation 1. Ordnung, eine Management-Evaluation)[11]. In diesem Modell wird weniger auf das Ergebnis geachtet, sondern mehr auf den Prozessaspekt.

Dahinter steht der Gedanke,

„[…]…dass Qualität in hohem Masse im Arbeitsprozess entsteht. Fokussiert werden Produkt-, Prozess-, Führungs- und Unternehmensaspekte, sowie die sie bewirkenden Faktoren“ (in Ulich E., Wülser M., 2005, nach Simon W., 2001, S. 113-128).

Dieses an TQM angelehnte Konzept bietet außerdem die Möglichkeit der Berücksichtigung kontinuierlicher Verbesserungen. Es setzt den Schwerpunkt auf die Veränderung der „verhältnisorientierten“ Maßnahmen. Dieses Modell lässt sich gut mit den Aufgaben des Betrieblichen Gesundheitsmanagements kombinieren, die Anlehnung an die TQM Philosophie macht es für die Praxis tauglich und für andere betriebliche Managementsysteme anschlussfähig (vgl. Ulich E., Wülser M., 2005, S. 190).

„Dies stellt einen wichtigen Vorteil dar, werden doch bis heute viele betriebliche Programme der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements isoliert von bestehenden Managementinstrumenten durchgeführt, was die nachhaltige Umsetzung der Maßnahmen erschwert“ (vgl. Zitat ebendort, S. 190).

„Das Thema Gesundheit wurde nur unzureichend mit anderen wichtigen Aktivitäten, wie kontinuierlichen Verbesserungsprozessen (KVP), Total Quality Management (TQM)verbunden. […]…Ursache sei die meist noch sehr starke Bezugnahme zu medizinischen Modellen, […]…das Thema blieb in vielen Fällen eine „Schönwetteraktivität“, eine strategische Bedeutung erhielt das Gesundheitsmanagement kaum“(vgl. ebendort, S. 137).

[11] Evaluation 2. Ordnung ist Programmevaluation, Evaluation eines Maßnahmentyps oder einer Einzelmaßnahme (vgl. Ulich E., Wülser M., 2005, Tabelle 3.7, S. 188).

Evaluationsmodell des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung ENBGF (BKK, 1999a; vgl. auch Zink & Thul, 1998; Zink, 2004)

Abbildung 5: Evaluationsmodell nach ENBGF

(aus Ulich E., Wülser M.,2005, *Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven,* 2.Auflage, Verlag Dr. Gabler Th., GWC Fachverlage, GmbH, Wiesbaden, S. 189; vgl. auch BKK, 1999a; Zink K. J. & Thul M. J., 1998; Zink K. J., 2004).

Voraussetzungen, dieses Modell implementieren zu können:

- Einbettung des Gesundheitsmanagements in die Unternehmenspolitik
- Strategische Wichtigkeit – HR, Arbeitsgestaltung, soziale Verantwortung
- Planung, Konkretisierung, Ist-Analysen, Kommunikationskonzept
- CSR - verantwortlicher Umgang mit natürlichen Ressourcen
- Umsetzung der Maßnahmen

In diesem Modell wird ersichtlich, dass nur die Gesamtstrategie, d.h. strukturelle und prozessbezogene Aspekte zu einem befriedigenden Ergebnis führen kann (vgl. Zink K. J. & Thul M. J., 1998). In diesem Zusammenhang wurde auch ein Befragungsinstrument entwickelt, ein Selbstbewertungsinstrument des ENBGF, um einen „ersten Überblick“ im Bereich der BGF im eigenen Unternehmen gewinnen zu können (siehe Kapitel 6, Fragebogen zur Exploration Teil 1, S. 43ff und S. 118ff).

Die DIN EN ISO 9000 ff. stellt eine gute Anleitung für das Qualitätsmanagement dar, TQM ist umfassender und mit mehr Kreativitätsspielraum versehen. Ist die Norm DIN EN ISO 9000ff:2000 (insbesondere 9001:2000 und 9004:2000) erfüllt, kann sich ein Unternehmen ein „Qualifikationszertifikat nach DIN EN 9001“ (Qualitätssiegel) ausstellen lassen[12]. Diese Zertifikate sind auf Zeit beschränkt und müssen nach Ablauf wieder neu beantragt werden. Qualitätssiegel streben nicht nur Profit-, sondern auch Non-Profit-Organisationen (NPOs) an.

Unter einem Qualitätsmanagementsystem müssen alle relevanten Prozesse erkannt werden, beginnend mit der Planung, dem Implementieren, dem Anwenden und in der Kontrolle. Alle Prozesse müssen festgelegt sein, ebenso die Ziele, wie die Reihenfolge der durchzuführenden Prozesse. Die Leitung und die Lenkung der Prozesse müssen hauptverantwortlich gewährleistet sein, wie die dazu notwendigen Informationsflüsse. Tätigkeiten wie Messen, Analysieren und Überwachen haben eine ständige Verbesserungstendenz als Zielvorgabe. Leiten und Lenken der Prozesse natürlich in Übereinstimmung mit den Leitlinien [Konformität, der Verf.] des Unternehmens. Qualität ist eine Angelegenheit aller Unternehmensbereiche und eine wichtige, verantwortungsvolle Führungskräfteaufgabe („executive function“). Qualität als wichtiges Teilprinzip der Unternehmenskultur, auf einer gleichen Stufe gestellt mit den anderen Unternehmenszielen („pares inter pares“).

5.3 Settingkonzept im Gesundheitsmanagement

Betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert eine nachhaltige Strategie. Der „Setting“ - Gedanke fördert nicht nur die Implementierung der BGF im eigenen Unternehmen, sondern auch im Sinne eines übergreifenden „Settings oder Netzwerks“. Die Optimierung der im Kontext bestehenden Arbeitsabläufe und Arbeitsbedingungen als vorhandene Ressource ist das Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung. Gefragt ist eine proaktive Beteiligung einerseits in der

[12][Anm., der Verf.: AUVA, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, *Sicherheits- und Gesundheitsmanagement-System der AUVA – Regelwerk (AUVA-AGM)- Ein Leitfaden*, 5. Auflage, Stand 4.Oktober 2006, AUVA Hauptstelle Team SGM, Adalbert-Stifter-Straße 65, 1200 Wien].

Planung und Gestaltung von Arbeit, andererseits geht es um die Korrektur bestehender Arbeitsprozesse.

Betriebliches Gesundheitsmanagement heißt:

Projektmanagement und
Organisationsentwicklung

Betriebliche Gesundheitsstrategie wird in Form eines Prozesses sinnvoll gesteuert. Sinnvoll heißt dabei die Implementierung eines Steuerungsgremiums (vgl. Sochert R., 1999).

„Setting“ kann verstanden werden als ein Feld, „[…]…das alle relevanten Umwelteinflüsse einer Bevölkerungsgruppe umfasst“ (vgl. Grossmann R. /Scala K., 1994, o.S.).

Damit wird der Lebensbereich eines Menschen, sein soziales Gefüge erfasst. Die soziale Einheit, beispielsweise Städte, Gemeinden, etc. stellt das übergeordnete Setting dar, „Betriebe“ als solches gelten als ein „Sub-setting“. Es geht im Prinzip um die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebenswelten.

Setting entsteht im Rahmen von Organisationsentwicklungskonzepten und verfolgt zahlreiche Aspekte zur Stärkung von Gesundheitsinteressen (vgl. Scala K., 1996, S. 76-86, In Lobnig H. / Pelikan J. M., (Hrsg.).

Unter „Setting“ im Unternehmen wird keine räumliche Einheit verstanden, eher eine Einheit, in der Aktivitäten des BGM/BGF stattfinden. In diesem befinden sich alle MitarbeiterInnen aller betrieblichen Managementebenen, die zur Gestaltung des BGM beitragen können (vgl. Bueren H., 2002).

Alle im Betrieblichen Gesundheitsmanagement tätigen Menschen haben Funktionen zu übernehmen, um einen qualitativen Prozess im Sinne eines „Health-Standards“ initiieren zu können.

Deren Hauptaufgaben sind folgende Items (vgl. Ulich E., Wülser M., S. 136):

- Erarbeiten eines Handlungsfeldes[13]
- Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Projektsteuerung und -management im engeren Sinn
- Integration der Arbeitsergebnisse aus den Projektteilzielen
- Priorisierung und Steuerung der Umsetzung
- Projektmarketing
- Informations- und Kommunikationskonzept
- Ausweitung des Konzeptes mit evtl. externen Fachkräften
- Kontinuierliche Verbesserung (PDCA –Zyklus nach Deming)

Hauptziel ist eine hohe Effektivität und Effizienz im Betrieblichen Gesundheitsmanagement in Planung, Organisation, Durchführung und Kontrolle (vgl. Pfaff H., 2001, in Ulich E. und Wülser M., S. 186). BGM muss als Evaluation 1. Ordnung[14] durchgeführt werden.

Möglichkeiten der Evaluation von BGM:

→ EFQM-Modell (siehe Kapitel 5.2.3, S. 38 und Fragebogen Teil 1 der Master Thesis, 118ff)

→ Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse (EWA) (vgl. auch Thiehoff R., 1999 und Zangemeister C., 2000)

→ Balanced Scorecard (BSC); (vgl. Bernhard M. G. & Hoffschröer S., 2003; Kaplan R. S. & Norton D. P., 1992 und 1997; Weber J. & Schäfer U., 2000; Probst H.–J., 2001)

Betriebliches Gesundheitsmanagement wird damit zur Betrieblichen Gesundheitspolitik und integrierter Bestandteil der Unternehmenskultur.

[13] Anm. des Verf.: Bereiche der Salutogenese (Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit), Evaluation des Vorhandenen (Belastung- und Beanspruchungssituation) und Ressourcenermittlung (Führungsstil, Gruppen, Vertrauen, Kontrollkultur).

[14] Anm. des Verf.: Evaluation 1. Ordnung: entspr. Managementevaluation, Evaluation 2. Ordnung: entspr. Programmevaluation bzw. Evaluation eines Maßnahmentyps (z.B. Gesundheitszirkel) oder einer Einzelmaßnahme.

6 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ – Implementierungsstatus in 22 österreichischen Unternehmen – eine Exploration

Mittels einer qualitativen Befragung wird der Implementierungsstatus des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in 22 tatsächlich befragten Unternehmen in Österreich untersucht. Insgesamt wurden 36 Unternehmen kontaktiert. Praktische Konsequenzen und Handlungsempfehlungen sollen aus den Befragungen abgeleitet werden. Die befragten Unternehmen wurden deshalb ausgewählt, da diese über eine „Verwaltungsaktivität“ als wesentliche Organisationsstruktur verfügen.

6.1 Methodik der Befragung

Als Untersuchungsmethodik wird ein qualitativer Fragebogen, bestehend aus 2 Teilen eingesetzt. Zielgruppe der Befragung sind Unternehmen im KMU-Bereich, vor allem aber im Großunternehmertum, beziehungsweise deren Führungskräfte, die am BGM beteiligt sind. Als Ansprechpersonen werden die ArbeitsmedizinerInnen zuerst kontaktiert.

Der Fragebogen zur Exploration:

Teil 1 ist ein Fragebogen des ENBGF, der sich mit der „Selbstbewertung zur Betrieblichen Gesundheitsförderung“ beschäftigt. (vgl. Ulich E., Wülser M., 2005, S. 189ff).

„Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen – Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa“ (Neue Strategien der ENBGF zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen).

Quelle Internet 14:
http://www.move-europe.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/qualitaetskriterien.pdf, Zugriff 12.07.2008 und
Quelle Internet 15:
http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/36/kriterien_415aaeb3bc5fe.pdf, Zugriff 12.07.2008

Dieser Fragebogen stammt aus dem Jahre 2003 und enthält insgesamt 27 Fragen, denen 6 Bereiche zugeordnet sind. Die ersten 5 Bereiche sind die Voraussetzungen für den 6., der die „Ergebnisse“ der Gesundheitsförderung beinhaltet. Dieser Fragebogen stellt ein ökonomisch einsetzbares Instrument dar, das einen ersten Überblick im Bereich des BGMs gibt. Er folgt den Prinzipien der „formativen Evaluation“ (vgl. Ulich E., Wülser M., S. 197), die in ihrer Konzeption prozessorientiert sind[15]. Neben der Planung müssen die einzelnen Prozessschritte kontinuierlich überprüft und damit einer Reflexion zugänglich gemacht werden (vgl. Ruckstuhl B., 2003).

Nicht die Ergebnisqualität steht im Vordergrund, sondern der Prozessaspekt. Der Fragebogen lehnt sich der Total-Quality-Evaluation Idee an, und lässt Rückschlüsse auf Verbesserungspotentiale im Bereich der Arbeits- und Organisationsstrukturen zu. Der Fragebogen entspricht den eigenen Qualitätskriterien des ENBGF (vgl. S. 38f), mit dem qualitative verhältnisorientierte Kriterien bei Gesundheitsförderungs-massnahmen eruiert werden können (vgl. Ulich E., Wülser M., S. 190 und
Quelle Internet 16:
http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/36/kriterien_415aaeb3bc5fe.pdf,
Zugriff 23.06.2008).

6 Unternehmensbereiche werden untersucht:

1) Betriebliches Gesundheitsmanagement und Unternehmenspolitik
2) Personalwesen und Arbeitsorganisation
3) Planung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
4) Soziale Verantwortung
5) Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements
6) Ergebnisse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

[15] Prinzipien der Evaluation: Antizipatorische-prospektive Evaluation, Struktur-Evaluation, Prozess-Evaluation, Ergebnis-Evaluation, aus Internet Quelle 7: http://www.equal-aeiou.at/Upload/DiplomArbeit_Birgit_Jung.pdf, Zugriff 23.06.2008

Die ermittelten Bereiche spiegeln die optimale Verankerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in einem Unternehmen wider, als Teil der Unternehmenspolitik, als Gesamtstrategie mit Einbezug beginnend mit den Führungskräften (Top-Down), der Art der Umsetzung, bis zur Ergebnisevaluation. Aus der Selbstbewertung können Aussagen über die Qualität im Bereich des BGM getätigt werden und Ableitungen zukünftiger Maßnahmen getroffen werden (vgl. Ulich E., Wülser M., S. 197). Beispielsweise kann dadurch innerbetrieblicher Fortbildungsbedarf erkannt werden, und Vergleiche mit anderen Unternehmen hergestellt werden.

Jede Frage geht mit gleicher Gewichtung in die Bewertung ein, es stehen vier Kategorien (A, B, C, D) zur Verfügung.

Kategorie	Erläuterung
A vollständig erreicht	■ ein im ganzen realisiertes hervorragendes Ergebnis ■ Vorbildfunktion
B beträchtliche Fortschritte	■ klarer Nachweis für gute Umsetzungen ■ einige Schwachpunkte ergeben sich durch die nicht überall verbreitete oder umfassende Umsetzung
C gewisse Fortschritte	■ einige Anzeichen tatsächlicher Entwicklung ■ gelegentliche Überprüfung der erreichten Verbesserung ■ in Teilbereichen erfolgreiche Realisierung oder positive Ergebnisse
D Maßnahmen nicht begonnen	■ keine Aktivitäten vorhanden ■ vielleicht einige gute Ideen, aber im Allgemeinen herrscht eher Wunschdenken vor

Tabelle 1: Kategoriencluster FB Teil 1

Eine Beantwortung in der A-Spalte ergibt 100%, in der B-Spalte 67%, in der C-Spalte 33% und in der D-Spalte 0%. Die ermittelten Werte der Bereiche 1 bis 6 werden in das Formular „Bewertung, Voraussetzungen und Ergebnisse“ übertragen. Das Gesamtergebnis wird erzielt durch Multiplikation der Anzahl der Vermerkzeichen (a) mit dem jeweils bei der Einstufung nach „A“ bis „D“ erzielten Prozentsatz (b) und anschließender Division der Summe (n1+n2+n3) durch die Zahl der vorhandenen und beantworteten Fragen in der Kategorie.

Beispiel:

	A	**B**	**C**	**D**
Personalwesen **Arbeitsorganisation (=7 Fragen)**				
Zahl der Vermerkzeichen(a)				
Faktor (b)	100	67	33	0
Wert (a x b)	n1	n2	n3	
n1+n2+n3 =Summe : 7 (Fr.)	% Erfolg			

Tabelle 2: Auswertungsmodus FB Teil 1

Daraus ergibt sich einerseits ein prozentueller Erfolg (% Erfolg) für den entsprechenden Managementbereich, bzw. Unternehmensaspekt, andererseits ein aktuelles Einschätzungsbild, ein Profil des Unternehmens. Darüber hinaus können ähnliche Organisationen miteinander verglichen werden.

Teil 2 des Fragebogens der Exploration enthält vom Verfasser der Master-Thesis 27 konzipierte Fragen zum tatsächlichen Implementierungs- und Umsetzungsgrad („Ist-Zustand“) des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Im Prinzip werden durch diese Fragen aus der Sicht der Akteure hinderliche wie fördernde Einflussfaktoren bezogen auf das BGM erfasst und vergleichend dargestellt, daraus kann die Untersuchungsrelevanz abgeleitet werden. Praxisbezogene Probleme und Aspekte, sowie Verbesserungspotentiale für den BGM-Bereich werden hinterfragt.

13 der 27 Fragen im Teil 2 sind so konzipiert, dass sie nicht nur vorgegebene Antworten, sondern auch Freiraum geben zu eigenen Gedanken, also die Möglichkeit, relevante Faktoren zu gewichten und zu erweitern. Diese subjektiven Aussagen werden anonym verarbeitet, ebenso wie alle Unternehmensdaten, wie Firmenname, Firmengröße, Branche etc.

Themenbereiche, die die Fragen des Teils 2 erfassen:

- → Bedeutung der BGM und BGF (Fr. 1,10, 14,18,21,24)
- → Zuständigkeiten im BGM (Fr. 4,12,13,14,15,19,21)
- → Umsetzung der BGM (Fr. 2-16,18,19,21,22,23)
- → Handlungsbedarf Gegenwart und Zukunft (Fr. 1,10,16,17,20,21,22,23,24)
- → Effizienz des BGM (Fr. 2,4,9,11,16,17,19,20,21)
- → Qualität im BGM (Fr. 2,9,13,14,15,18,19,20)
- → Kooperation im BGM (Fr. 4,12,13,14,15,19,21)
- → Problembereiche im BGM (Fr. 3,4,17,22,23)
- → Statistische Unternehmensdaten (25,26,27)

Fragen und deren Bedeutungsgehalt im Einzelnen:

Frage 1: „Wie wichtig schätzen Sie den Stellenwert der BGF in der Praxis ein?“
Ziel der Frage ist, welchen strategischen Wert und Bedeutung Betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmen hat.
Frage 2: „Wie viel Prozent der MitarbeiterInnen erreichen Sie mit Ihrem Präventions- und Gesundheitsförderprogrammen?“
Ziel der Frage ist, welche Effizienz und welchen Umsetzungsgrad die gesetzten Maßnahmen haben.
Frage 3: „Steht Ihnen ein Budget für BGF zur Verfügung?“
Ziel der Frage ist, welche strategische Bedeutung die BGF in der Unternehmenskultur hat, ausgedrückt in der Finanzplanung.
Frage 4: „Steht Ihnen zur Planung und Durchführung von BGF ein gesondertes Personal zur Verfügung?“
Ziel der Frage ist, welcher Implementierungsgrad der BGF im Unternehmen im Sinne der Managementaktivitäten eingeräumt wird.

Frage 5: „Gibt es für MitarbeiterInnen bei BGF-Programmen einen Selbstanteil zu tragen oder sind diese kostenfrei?“

Ziel der Frage ist, ob im Rahmen der BGF gesonderte Anreize für die MitarbeiterInnen gemacht werden, BGF als Service im Sinne einer Motivationsförderung für MitarbeiterInnen.

Frage 6: „Sind die Aktivitäten der BGF in der Arbeitszeit oder in der Freizeit?“

Ziel der Frage ist, inwieweit Aspekte der Work-Life-Balance Thematik im BGM integriert werden, sowie das Engagement des Unternehmens für BGF.

Frage 7: „Finden die Aktivitäten der BGF im Unternehmen oder extern statt?“

Ziel der Frage ist, den Umsetzungsmodus im Rahmen der BGF, bzw. das Engagement des Unternehmens für BGF zu hinterfragen.

Frage 8: „Geben Sie bitte den Prozentsatz des BGF-Charakters an (Gesamtsumme soll 100%) ergeben“.

Ziel der Frage ist, den Unterschied zwischen kurz-, mittel- und langfristigen Aktivitäten im Rahmen der BGF-Aktivitäten zu erkennen.

Frage 9: „Wie hoch ist die Teilnahme an BGF in Ihrem Unternehmen?“

Ziel der Frage ist die Erreichbarkeit und Effizienz der Umsetzung der BGF-Aktivitäten, der Compliance der MA, gleichzeitig werden Verbesserungspotentiale im Bereich der Prävention erfasst.

Frage 10: „Bieten Sie ein Bonusprogramm für die Teilnahme Ihrer MitarbeiterInnen an Aktivitäten der BGF an?“

Ziel der Frage ist, welches zusätzliche Engagement das Unternehmen über die klassische BGF hinaus bereit ist, einzugehen, bzw. Verhaltensprävention zu fördern.

Frage 11: „Geben Sie die Häufigkeit der Dauer der Aktivitäten der BGF-Programme in Prozent an (Gesamtsumme soll 100% ergeben).

Ziel der Frage ist, das Ausmaß des Handlungsbedarfes für die Gegenwart und für die Zukunft in den Umsetzungsprogrammen der BGF zu erkennen.

Frage 12: „Wie organisieren Sie die Planung, Durchführung der BGF?“

Ziel der Frage ist, die operative Umsetzung der BGF-Aktivitäten, deren Möglichkeiten in den befragten Unternehmen zu erkennen.

Frage 13: „Auf welche Fachkräfte greifen Sie in Ihren Aktivitäten der BGF zurück?“

Ziel der Frage ist, die Personalkompetenzen für BGF zu erkennen, wie auch die Kooperation zwischen den Experten.

Frage 14: „Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Gremium, wo Aktivitäten der BGF speziell besprochen werden (Bsp. Gesundheitszirkel,…)?“

Ziel der Frage ist, in wieweit BGF bereits im Unternehmen qualitätsorientiert integriert ist, welche Kooperationsbereitschaft besteht.

Frage 15: „Gibt es einen Hauptverantwortlichen für den Bereich der BGF?“

Ziel der Frage ist, welche strategische Bedeutung BGF im Unternehmen hat, auf welcher Managementebene BGF hauptsächlich verbindlich, verantwortlich verankert ist.

Frage 16: „In welchem Bereich der Prävention und BGF finden Ihre gesetzten Maßnahmen statt?“

Ziel der Frage ist, welche Handlungsfelder in der Gegenwart und für die Zukunft im Bereich der BGF als wichtig erkannt und bearbeitet werden.

Frage 17: „Bilden die bereits vorhandenen Aktivitäten zur BGF den tatsächlichen Bedarf ab?“

Ziel der Frage ist, herauszufinden, welche relevante Problembereiche es in der BGF-Umsetzung für ein Unternehmen gibt, seien es organisatorische, personelle, finanzielle, oder zeitliche.

Frage 18: „Haben Ihre Aktivitäten zur BGF verbindlichen Projektcharakter (Planung, Ablauf, Intervention und Durchführung, Erfolg)?“

Ziel der Frage ist, ob BGF als Management-Tool anerkannt und in diesem Sinne professionell, strukturiert umgesetzt wird als Äquivalent eines Qualitätsgedankens im Unternehmen.

Frage 19: „Werden die Ergebnisse der BGF evaluiert und berichtet?“

Ziel der Frage ist, wie die Dokumentation und das Berichtswesen für Prozesse in BGF-Programmen qualitativ erfasst werden, Verbesserungspotentiale ergeben sich aus diesem Vorgehen.

Frage 20: „Bieten Sie eine Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfragen für MitarbeiterInnen an?“

Ziel der Frage ist, welches Engagement vom Unternehmen für BGF gezeigt wird, aktuelle Praxisbezüge können daraus abgeleitet werden.

Frage 21: „Werden bei Neu- oder Umgestaltung des Arbeitsplatzes in der Planung Gremien der BGF damit befasst?“

Ziel der Frage ist, wie umfangreich BGF in die Arbeitsorganisation implementiert ist, welche Kooperationsbereitschaft für die Umsetzung besteht.

Frage 22: „Gibt es ein spezielles Angebot für ältere MitarbeiterInnen?“

Ziel der Frage ist, ob aktuelle demographische Entwicklungen erkannt und in der Realisierung der BGF-Maßnahmen gezielt genützt werden.

Frage 23: „Was müsste anders sein, damit BGF besser umgesetzt werden könnte?“

Ziel der Frage ist, hinderliche Faktoren in der Umsetzung der BGF zu erfassen, Faktoren zur Potentialverbesserung und Compliancesteigerung der MitarbeiterInnen zu erkennen.

Frage 24: „Welche Handlungsfelder der BGF in der Zukunft sehen Sie?“

Ziel der Frage ist, ob es ein Bewusstsein für das aktive Gestalten im Bereich der BGF nicht nur für die Gegenwart, sondern auch für die Zukunft gibt. BGF als Management-Tool zur Leistungssteigerung, die Arbeitswelt zukünftig besser bewältigen zu können.

Frage 25: „Wie viele MitarbeiterInnen beschäftigt Ihr Unternehmen?“

Ziel der Frage ist eine statistische und informative Erfassung bezüglich Zuordnung Klein-, Mittel-, Großbetriebe.

Frage 26: „Wo ist Ihr Unternehmensstandort?“

Ziel der Frage ist eine statistische und informative Erfassung bezüglich Stadt, Landgefälle.

Frage 27: „Wo liegt das Hauptbetätigungsfeld Ihres Unternehmens?“

Ziel der Frage ist eine statistische und informative Zuordnung bezüglich hauptsächlicher Verwaltung- und Produktionsaktivitäten.

6.2 Durchführung

Der Fragebogen wurde als „Excel-File“ konzipiert und „online“ an die Befragten mittels einer E-Mail übermittelt. Insgesamt wurden 36 Unternehmen in Österreich auf diesem Wege kontaktiert. 22 Unternehmen haben an der Befragung schlussendlich teilgenommen und empirisches Material rückübermittelt. Das ist eine Rücklaufquote von 61,1%. Das „Sample“ besteht somit aus 22 retournierten Fragebögen. Das Ausfüllen des Fragebogens hat etwa 15-20 Minuten Zeit in Anspruch genommen. Als Service haben die an der Befragung teilgenommenen Unternehmen eine Auswertung ihrer Daten entsprechend des Fragebogens des Teils 1 und 2 erhalten. Der Fragebogen ist als Anhang im Kapitel 15, bzw. 15.1 und 15.2 angegliedert (S. 115ff).

6.3 Ergebnisse und Auswertung

6.3.1 Fragebogen - Teil 1: Ergebnisse - Fragebogen der ENBGF

Systematische Selbstbewertung der befragten Unternehmen:

Bei allen „prozentuellen Berechnungen (n%)“ wird kaufmännisches Runden angewendet, um eine bessere Darstellung der Zahlen erzielen zu können. Bei der Auswertung wird die Anzahl der Nennungen mit „N“ bezeichnet, also (N=…), um eine quantitative Orientierungshilfe zu geben. Aufgrund der Größe der Befragung ist es keine repräsentative Befragung. Vielmehr ist es eine Methode, um einen ersten konkreten „Überblick“ über die untersuchten Bereiche zu bekommen.

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen erstellen sich 7 Gruppen von Mitarbeiterprofilen:

Gruppe 1:	2 (N=2)	<100 MA	Mittelunternehmen
Gruppe 2:	1 (N=1)	100 - 250 MA	Mittelunternehmen
Gruppe 3:	3 (N=3)	250 - 500 MA	Großunternehmen
Gruppe 4:	4 (N=4)	500 - 1000 MA	Großunternehmen
Gruppe 5:	2 (N=2)	1000 - 2500 MA	Großunternehmen
Gruppe 6:	4 (N=4)	2500 - 5000 MA	Großunternehmen
Gruppe 7:	6 (N=6)	>5000 MA	Großunternehmen

6 Unternehmensbereiche werden in der Selbstbewertung exploriert. Die gesamte Fragestellung und eine Auswertung der 22 (N=22) Unternehmen für diese Bereiche werden nachstehend angeführt:

Der Minimum-, der Maximumwert und der Durchschnittswert aus den erhobenen Daten, mit dem quantitativen Hinweis, wie viele der Unternehmen, in welcher Unternehmensgröße in diesem Auswertungsrang gelegen waren:

1) Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmenspolitik

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in bestehende Managementsysteme integriert ist.

a) Existiert eine schriftliche Unternehmensleitlinie für BGF, die sichtbar durch die Führungskräfte im Betrieblichen Alltag vertreten und gelebt wird?
b) Werden Maßnahmen zur BGF in die bestehenden Organisationsstrukturen und –prozesse integriert?
c) Werden geeignete Ressourcen (Finanzielle Ressourcen, Weiterbildungsmaßnahmen, sowie Freistellung von Mitarbeitern) für BGF-Maßnahmen zur Verfügung gestellt?
d) Prüft das Management/die Unternehmensleitung regelmäßig und fortlaufend den Fortschritt betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen?
e) Wird BGF in Aus- und Weiterbildung (speziell der Führungskräfte) berücksichtigt?
f) Haben alle Mitarbeiter Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (z.B. Pausen- und Ruheräume, Kantine, Betriebssportangebote)?

Ergebnis:	Minimumwert	28%	1 (N=1) Unternehmen, 500-1000 MA
	Maximumwert	100%	2 (N=2) Unternehmen, davon
			1 (N=1) 500-1000 MA, 1 (N=1) 1000-2500 MA
	Durchschnittswert	70,5 %	über alle 22 (N=22) Unternehmen

2) Personalwesen und Arbeitsorganisation

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

a) Verfügen alle Mitarbeiter über die notwendigen Kompetenzen (auch gesundheitlicher Art), um ihre Aufgaben zu bewältigen, bzw. erhalten sie Gelegenheit, diese Kompetenzen zu erwerben?
b) Sind die Aufgaben so organisiert, dass systematische Über- und Unterforderung vermieden werden können?
c) Werden durch geeignete arbeitsorganisatorische Maßnahmen Entwicklungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter geschaffen?
d) Erhalten die Mitarbeiter die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen?
e) Werden die Mitarbeiter von ihren Vorgesetzten unterstützt und fördern sie einen Beitrag für ein gutes Arbeitsklima?
f) Verfügt die Organisation über geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung von (erwerbsgeminderten) Mitarbeitern bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit?
g) Unterstützt die Organisation die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit?

Ergebnis:	Minimumwert	38%	1 (N=1) Unternehmen, 2500-5000 MA
	Maximumwert	91%	1 (N=1) Unternehmen, 2500-5000 MA
	Durchschnittswert	66,7%	über alle 22 (N=22) Unternehmen

3) Planung und betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.

a) Werden Maßnahmen zur BGF unternehmensweit geplant und kommuniziert?
b) Basieren die Maßnahmen zur BGF auf einer sorgfältigen und regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse, die sich auf wichtige gesundheitsrelevante Informationen stützt: Arbeitsbelastungen, Gesundheitsindikatoren, subjektiv wahrgenommene Beschwerden, Risikofaktoren, Berufskrankheiten, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Erwartungen aller betrieblichen Akteure, insbesondere der Beschäftigten?
c) Sind alle Mitarbeiter durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich der BGF informiert?

Ergebnis:	Minimumwert	22%	1 (N=1) Unternehmen, 500-1000 MA
	Maximumwert	100%	3 (N=3) Unternehmen, davon 1 (N=1) 500-1000MA, 2 (N=2) > 5000 MA
	Durchschnittswert	67,2%	über alle 22 (N=22) Unternehmen

4) Soziale Verantwortung

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

a) Hat die Organisation klar definierte Vorkehrungen (z.B. durch ein Umweltschutz-Management) getroffen, mit denen gesundheitsschädliche Auswirkungen auf Menschen und Umwelt begrenzt werden?
b) Unterstützt die Organisation aktiv gesundheitsbezogene und soziale Initiativen?

Ergebnis:		
	Minimumwert	33% 1 (N=1) Unternehmen, 1000-2500 MA
	Maximumwert	100% 7 (N=7) Unternehmen, davon 2 (N=2) 500-1000 MA, 1 (N=1) 1000-2500 MA, 1 (N=1) 2500-5000 MA, 3 (N=3) >5000 MA
	Durchschnitt	78,2% über alle 22 (N=22) Unternehmen

5) Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung

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

a) Existiert ein Steuerkreis, eine Projektgruppe o.ä. für die Planung, Überwachung und Auswertung der BGF-Maßnahmen, in dem alle betrieblichen Schlüsselpersonen beteiligt sind?
b) Werden alle für die Planung und Umsetzung erforderlichen Informationen (interne und externe) systematisch und regelmäßig zusammengetragen?
c) Werden für alle Maßnahmen Zielgruppen und quantifizierbare Ziele festgelegt?
d) Werden sowohl Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens durchgeführt und sind diese Maßnahmen miteinander verknüpft?
e) Werden alle Maßnahmen systematisch ausgewertet und kontinuierlich verbessert?

Ergebnis:	Minimumwert	33%	2 (N=2) Unternehmen, davon 1 (N=1) 500-1000 MA, 1 (N=1) 1000-2500 MA
	Maximumwert	100%	1 (N=1) Unternehmen, >5000 MA
	Durchschnitt	65,4 %	über alle 22 (N=22) Unternehmen

6) Ergebnisse Betrieblicher Gesundheitsförderung

Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel-, und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

a) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf die Kundenzufriedenheit (Produkte/Dienstleistungen) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?
b) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf die Mitarbeiterzufriedenheit (Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation, Führungsstil und Beteiligungsmöglichkeiten, Arbeits- und Gesundheitsschutzvorkehrungen etc.) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?
c) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf weitere Gesundheitsindikatoren, wie Krankenstand, Unfallhäufigkeit, Verbesserung von belastenden Arbeitsbedingungen, Anzahl eingereichter und umgesetzter Verbesserungsvorschläge, Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, Ausprägung relevanter Risikofaktoren etc. und ziehen Sie daraus Konsequenzen?
d) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf wirtschaftliche Ergebnisse (Fluktuation, Produktivität, Kosten-Nutzen-Bilanzen etc.) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?

Ergebnis:	Minimumwert	8%	2 (N=2) Unternehmen, 1 (N=1) 250-500 MA, 1 (N=1) 500-1000 MA
	Maximumwert	93%	1 (N=1) Unternehmen, 2500-5000 MA
	Durchschnitt	49,5%	über alle 22 (N=22) Unternehmen

6.3.2 Fragebogen - Teil 1: Diskussion - Fragebogen der ENBGF

Ergebnisdetails aus der Selbstbewertung der 22 (N=22) befragten Unternehmen:

In der Unternehmenspolitik hat die BGF mit 70,5% einen hohen strategischen Wert. Für das Personalwesen (Human Resources) und in der Arbeitsorganisation spielen BGF-Maßnahmen eine große Rolle. Schwächen in der BGF-Planung zeigen vor allem die befragten KMU's und die Großunternehmen bis 500-1000 MA.

Großunternehmen mit MA >2500 haben mit 83,5% eine gute Performanceeinschätzung in der BGF-Planung abgegeben. Die Wichtigkeit der sozialen Verantwortung ist mit 78,2% der befragten Unternehmen evident, CSR ist gesellschaftlich in der Wertetabelle hoch oben angesiedelt. Die kontinuierliche Umsetzung der BGF-Maßnahmen erreicht im Durchschnitt mit 65,4% fast 2/3 des möglichen Potentials. Es zeigt sich hier, dass 10 GU (N=10) mit bis zu 1000 MA angeben, BGF-Maßnahmen im Durchschnitt mit 57,8% umsetzen zu können. Unternehmen mit mehr als 1000 MA (N=12) geben 72% an. Alle Unternehmen, unabhängig der Unternehmensgröße haben ein Problem mit dem Nachweis des „Benefit“ der in der BGF gesetzten Aktivitäten, sowohl Klein- und Mittelbetriebe, als auch Großunternehmen. Die ermittelten Werte schwanken zwischen 8% und 93%(!). Befragte Unternehmen mit bis 1000 MA (N=10) geben einen Benefit von 43,5% an, die Unternehmen größer als 1000 MA (N=12) einen von 54,5%. Die Einschätzung bezüglich des Gesamterfolgs in den Bemühungen bezüglich BGF wird von den KMU’s mit 63% angegeben, sinkt dann bei Unternehmen bis 1000 MA auf 55%, um dann bei den Großunternehmen auf 74% anzusteigen (siehe Tabelle 4).

Unternehmensgröße:

1= <100 MA
2= 100 - 250 MA
3= 250 - 500 MA
4= 500 - 1000 MA
5= 1000 - 2500 MA
6= 2500 - 5000 MA
7= >5000 MA

Tabelle 3: Unternehmensgröße bezogen auf MA

	1+2	3	4	5	6	7
BGF u. Unternehmenspolitik	63%	63%	71%	61%	77%	77%
Personalwesen u. Arbeitsorganisation.	78%	56%	64%	60%	64%	72%
BGF-Planung	59%	48%	50%	61%	81%	85%
Soziale Verantwortung	73%	61%	79%	67%	80%	92%
BGF-Umsetzung	56%	53%	63%	53%	72%	78%
BGF-Ergebnisse	42%	45%	44%	42%	69%	49%
Gesamterfolg:	63%	55%	55%	55%	53%	74%

Tabelle 4: BGF-Selbstbewertung abhängig von Unternehmensgröße

1+2 = Klein- und Mittelbetriebe, 3-7 = Großunternehmen

Darstellung des Clusters der „Gruppe 4-UN (500-1000 MA)“ mit allen anderen UN:

5 Unternehmensbereiche +Ergebnisse aus Fragebogen Teil 1	Gruppe4 500-1000 MA	Andere GU
1. Betriebliche Gesundheitsförderung in der Unternehmenspolitik	47%	79%
2. Personalwesen und Arbeitsorganisation	43%	76%
3. Planung und betriebliche Gesundheitsförderung	33%	80%
4. Soziale Verantwortung	53%	88%
5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung	42%	74%
6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung	29%	57%

Tabelle 5: Gruppe 4 Unternehmen gegenüber allen anderen Unternehmen

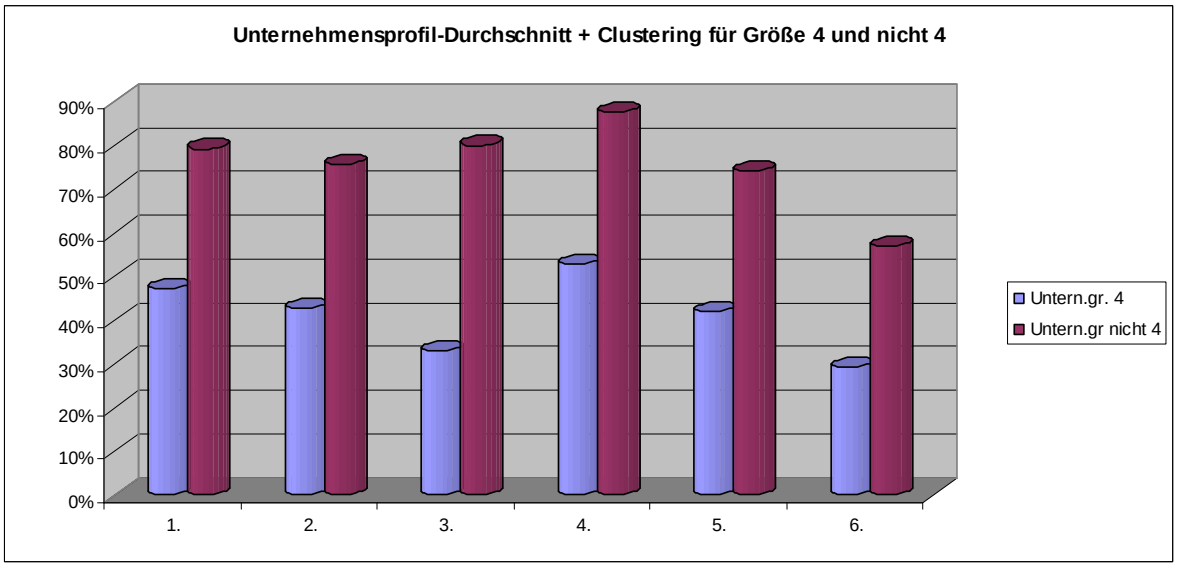


Diagramm 1: Gruppe 4-UN gegenüber allen anderen Unternehmen

Folgerung: **Im Vergleich der Unternehmen der Größe 500-1000 MA zu allen anderen Unternehmen, zeigen diese ein deutliches Defizit in allen Bereichen des BGM. Der Benefit der BGM-Ergebnisse (Bereich 6 des FB) wird nur halb so hoch eingeschätzt wie der in den übrigen Unternehmen.**

6.3.3 Fragebogen - Teil 2: Ergebnisse - Implementierungsstatus

Statistischer Hinweis zur Auswertung Teil 2:

Die „Single-choice "- Fragen sind in ihrer Gesamtheit immer auf 100% normiert – was also einer Aufteilung auf die möglichen Antworten entspricht – deshalb als sinnvollste Darstellung die Tortengrafik. Eine Aufteilung auf die einzelnen Tortenstücke entspricht den ermittelten Prozentsätzen.

Bei „Multiple-choice" - Fragen, wo Mehrfachnennungen möglich sind, sind diese auf die Anzahl der Fragebögen normiert, d.h. die %-Zahlen können in ihrer Summe auch mehr als 100% ergeben. Es handelt sich hier nicht um eine Aufteilung, sondern pro Antwortmöglichkeit bei den eckigen X-Kästchen um einen Vergleichswert zu den anderen. Das heißt, bei den Multiple-Choice-Fragen kann die Aussage nie sein „so teilt sich die Gesamtheit der Befragten auf," sondern muss interpretiert werden als „das ist ein Vergleich der einzelnen Bereiche untereinander."

Bei allen „prozentuellen Berechnungen (n%)" wird kaufmännisches Runden angewendet, um eine bessere Darstellung der Zahlen erzielen zu können.

Bei der Auswertung wird die Anzahl der Nennungen mit „N" bezeichnet, also (N=…) um eine quantitative Orientierungshilfe zu geben. Aufgrund der Menge und Umfang der Befragung wird kein Anspruch auf repräsentative Relevanz gestellt. Vielmehr ist es eine Methode, um einen ersten konkreten „Überblick" über die untersuchten Bereiche zu bekommen.

Frage 1: „Wie wichtig schätzen Sie den Stellenwert der BGF in der Praxis ein?"

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen schätzen 16 (N=16), das sind 72,7%, die Betriebliche Gesundheitsförderung als „sehr wichtig" und 4 (N=4), das sind 18,2%, als „ziemlich wichtig" ein, 1 UN (N=1), das sind 4,5%, als „wichtig" ein, Lediglich 1 UN (N=1), das sind 4,5%, stuft die BGF als „weniger wichtig" ein. Die 21 (N=21) Nennungen „wichtig bis sehr wichtig", ergeben einen Wert von 95,4%(!).

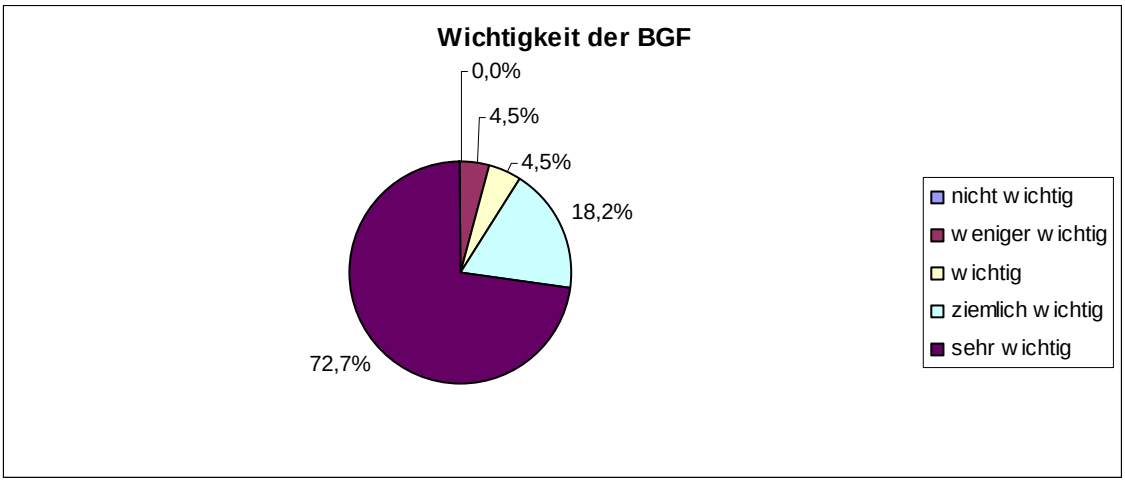


Diagramm 2: Wichtigkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung

Folgerung: **Damit kann der hohe Stellenwert der BGF erkannt werden, BGF hat einen hohen strategischen Wert für Unternehmen.**

Frage 2: „Wie viel Prozent der MitarbeiterInnen erreichen Sie mit Ihren Präventions- und Gesundheitsförderprogrammen?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen nennen 4 (N=4), das sind 18,2%, eine Erreichbarkeit von bis zu 25% der MitarbeiterInnen in Präventions- und Gesundheitsförderprogrammen. 12 (N=12), das sind 54,5%, sind der Meinung, dass bis 50% der MA erreichbar sind. 5 (N=5), das sind 22,7% nennen eine bis 75%ige Erreichbarkeit der MA und 1 Unternehmen (N=1), das sind 4,5%, ist der Meinung, dass das gesamte Unternehmen mit BGF erreichbar wäre.

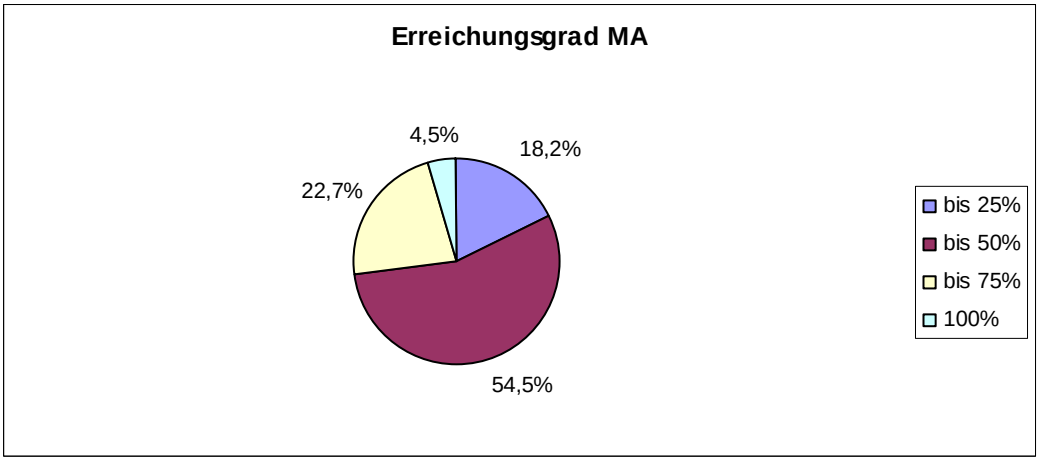


Diagramm 3: Teilnahme von MitarbeiterInnen in der BGF

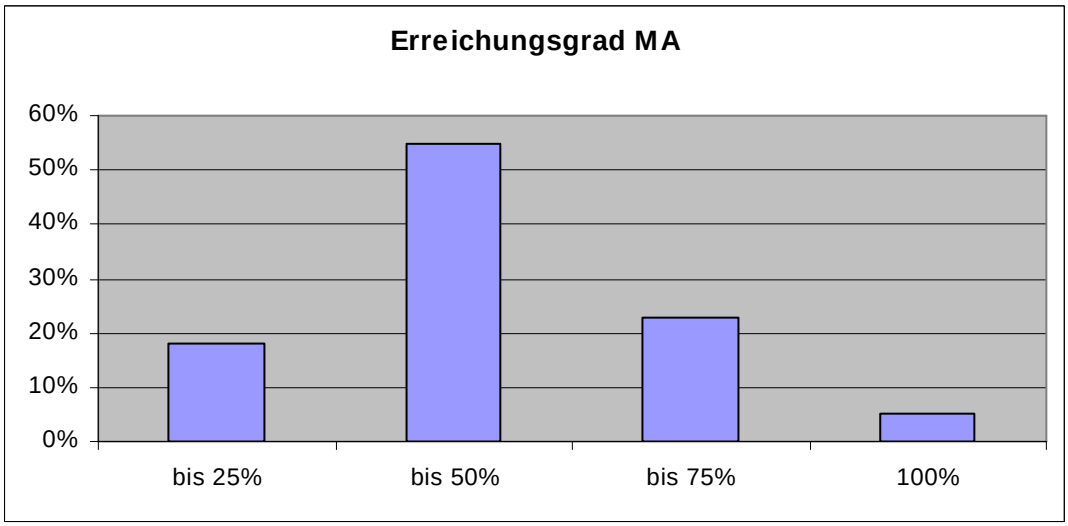


Diagramm 4: Erreichungsgrad der MitarbeiterInnen

Folgerung: **72,7% der Befragten geben an, dass lediglich nur „bis max. 50%“ der MitarbeiterInnen im Unternehmen mit BGF erreichbar seien, daraus ergibt sich ein erkennbares Optimierungspotential bezüglich Erhöhung der Compliance.**

Frage 3: „Steht Ihnen ein Budget für BGF zur Verfügung?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 15 (N=15), das sind 68%, ein vorhandenes Budget für BGF an, davon haben 32% ein fixes und 68% ein variables Budget. Die Angaben für die Höhe des Budgets für den BGF-Bereich sind zu lückenhaft, um eine Tendenz der befragten Unternehmen angeben zu können.

Folgerung: **68% der befragten Unternehmen verfügen über ein Budget für BGF. Schlussfolgernd daraus ergibt sich das Bewusstsein für die strategische Bedeutung der BGF.**

Frage 4: „Steht Ihnen zur Planung und Durchführung von BGF ein gesondertes Personal zur Verfügung?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 14 (N=14), das sind 64%, an, dass sie ein gesondertes Personal zu BGF-Aktivitäten zur Verfügung haben, 8 (N=8), das sind 36%, verneinen dies.

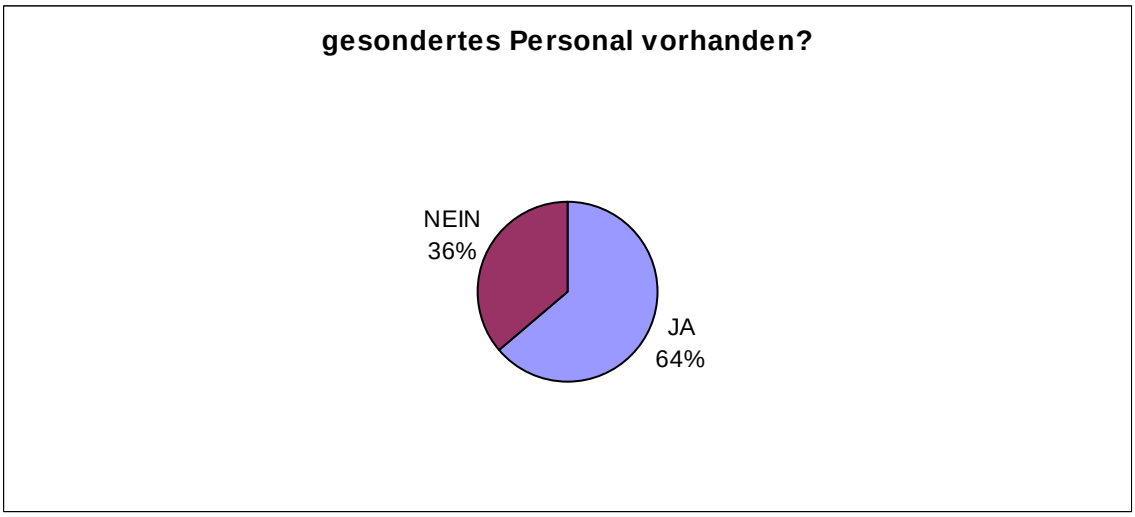


Diagramm 5: Gesondertes für BGF vorhandenes Personal

Folgerung: **64% stellen ein gesondertes Personal für Aktivitäten bezüglich betrieblicher Gesundheitsförderung bereit.**

Frage 5: „Gibt es für MitarbeiterInnen bei BGF-Programmen einen Selbstanteil zu tragen oder sind diese kostenfrei?“

Von 20 (N=20) der 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 7 (N=7), das sind 35%, einen Kostenselbstanteil für die MitarbeiterInnen an, 13 (N=13), das sind 65%, verneinen dies, 2 (N=2) äußern sich nicht dazu.

Folgerung: **Nahezu 2/3 der Befragten sehen BGF als Service für die MitarbeiterInnen.**

Frage 6: „Sind die Aktivitäten der BGF in der Arbeitszeit oder in der Freizeit?“

Von 21 (N=21) der 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 17 (N=17), das sind 81%, die Aktivitäten in der Arbeitszeit an, 4 (N=4), das sind 19%, in der Freizeit.

1 Unternehmen (N=1) äußert sich nicht.

Folgerung: **BGF-Maßnahmen erfolgen in und außerhalb der Arbeitszeit. Die gesetzten Aktivitäten in der Arbeitszeit zeigen ein hohes Engagement des Unternehmens für die MitarbeiterInnen.**

Frage 7: „Finden die Aktivitäten der BGF im Unternehmen oder extern statt?“

Von 21 (N=21) der 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 13 (N=13), das sind 62%, die stattfindenden Aktivitäten der BGF sowohl „intern wie extern“ an, 8 (N=8), das sind 38%, als nur intern stattfindend, 1 Unternehmen (N=1) äußert sich nicht.

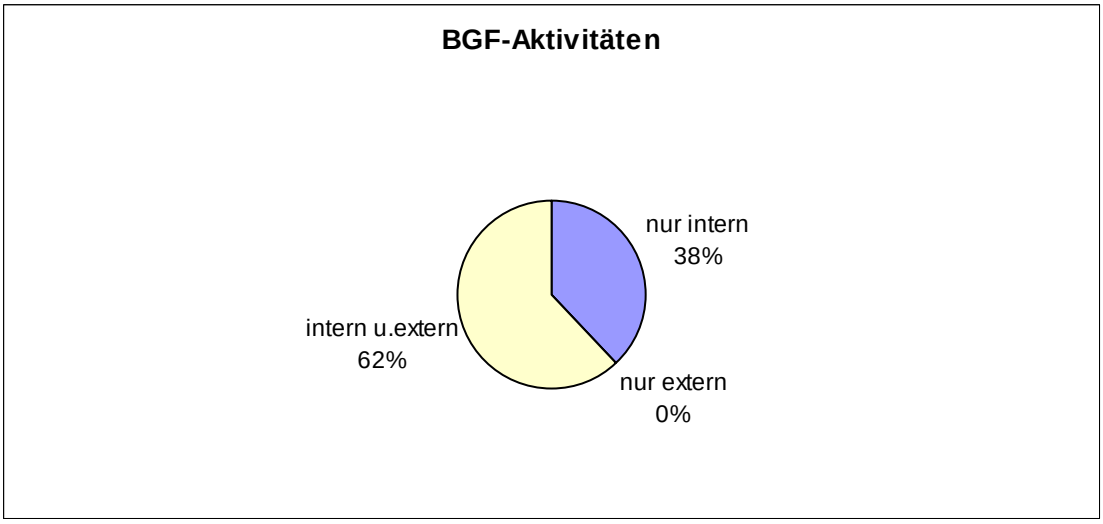


Diagramm 6: BGF-Aktivitäten intern u/o extern

Folgerung: **Nahezu 2/3 der Befragten geben kombinierte Aktivitäten im internen und externen Bereich an. Neben dem Umsetzungsmodus ein möglicher Hinweis auf hohes Engagement.**

Frage 8: „Geben Sie bitte den Prozentsatz des BGF-Charakters an (Gesamtsumme soll 100%) ergeben“

Von 18 (N=18) gültig abgegebenen Informationen seitens der Befragten, ergibt sich eine Aufteilung von 58% zu 42 % zugunsten von BGF-Maßnahmen mit Dauercharaktereigenschaften in der Durchführung der BGF-Programme.

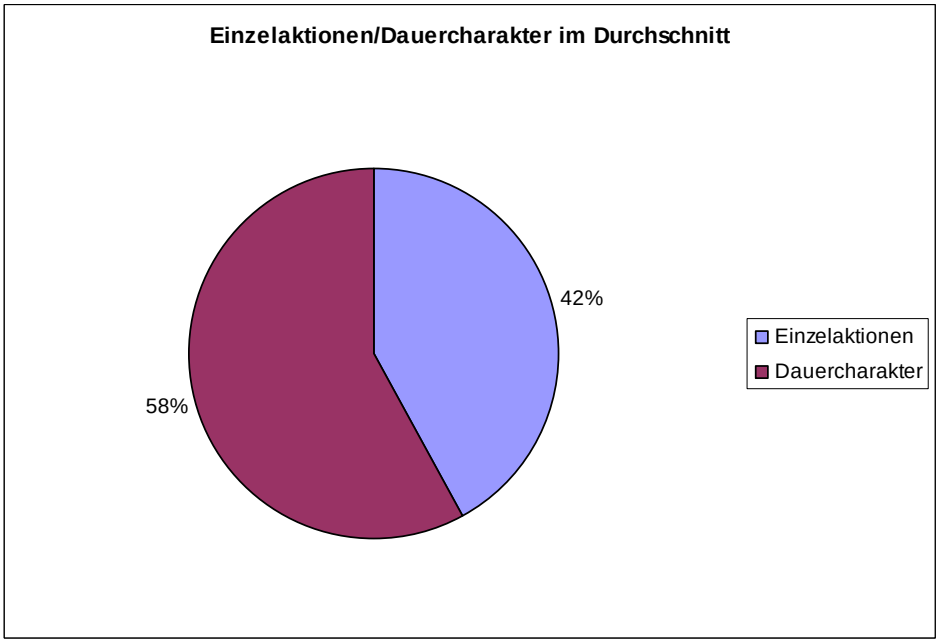


Diagramm 7: Dauereigenschaften von BGF-Maßnahmen

Folgerung: **58% Anteil von BGF-Programmen in Form von mittel- und langfristigen BGF-Maßnahmen als Ausdruck eines höheren Implementierungsgrades von BGM. BGF-Programme in Form von Einzelaktivitäten (42%) sind auch von Bedeutung.**

Frage 9: „Wie hoch ist die Teilnahme an BGF in Ihrem Unternehmen?“

Von 20 (N=20) der 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 5 (N=5), das sind 25%, an, dass die Teilnahme an BGF im Unternehmen über 50% ist. 5 (N=5), das sind 25%, eine 50-80%ige Teilnahme, 1 (N=1) eine über > 80%ige Teilnahme an BGF-Aktivitäten. 2 (N=2) der befragten Unternehmen äußern sich nicht.

< 10%	1	5%
10% - 30%	5	25%
30% - 50%	8	40%
50% - 80%	5	25%
> 80%	1	5%
Summe	20	

Tabelle 6: Teilnahme an BGF im eigenen Unternehmen

Folgerung: **Eine Compliance von über 50% im Rahmen von BGF geben nur 30% der Befragten an. Beträchtliche Präventionspotentiale ergeben sich daraus.**

Frage 10: „Bieten Sie ein Bonusprogramm für die Teilnahme Ihrer MitarbeiterInnen an Aktivitäten der BGF an?“

Von 20 (N=20) der 22 (N=22) befragten Unternehmen haben keine der 20 (N=20) ein Bonusprogramm, das sind 100% der antwortenden. 2 (N=2) äußern sich nicht.

Folgerung: **Verhaltensprävention in Form von Bonusprogrammen im Rahmen der BGF ist für die befragten Unternehmen kein Thema, etwa für Mitarbeitermotivation und –bindung.**

Frage 11: „Geben Sie die Häufigkeit der Dauer der Aktivitäten der BGF-Programme in Prozent an (Gesamtsumme soll 100% ergeben)“.

Von 16 (N=16) der befragten 22 (N=22) Unternehmen werden gültige Angaben erhalten, es ergibt sich eine Aufteilung von 28% der Dauer der BGF-Programme bezogen auf innerhalb 3 Monaten, 9% für die Dauer unter 6 Monaten, 18% für unter 1 Jahr, 16% geben eine Dauer von 1-2 Jahren an, 11% eine Dauer von 3-5 Jahren und 18% eine Dauer der BGF-Programme über 5 Jahre.

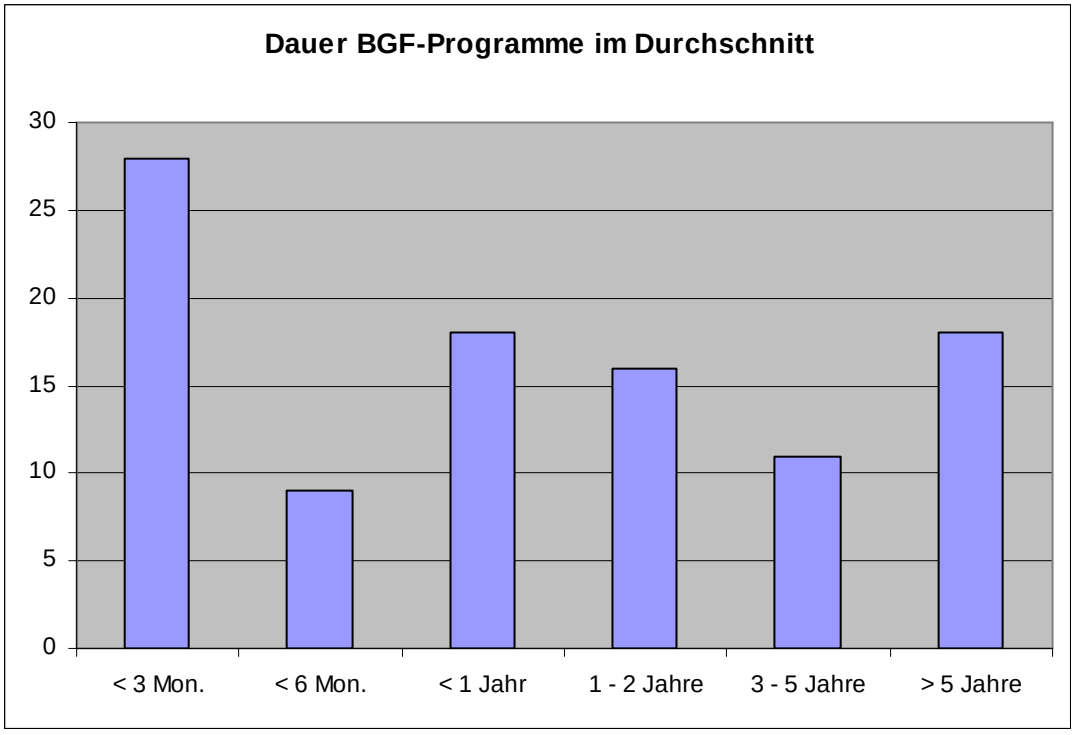


Diagramm 8: Durchschnittliche Zeitdauer von BGF-Programmen

Folgerung: **Kurzfristige und langfristige BGF-Aktivitäten halten sich die Waage. 55% der BGF-Programme laufen innerhalb 1 Jahres. Ein knappes Drittel (29%) der BGF-Aktivitäten laufen über 3 Jahre.**

Frage 12: „Wie organisieren Sie die Planung, Durchführung der BGF?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 15 (N=15), das sind 68%, an, dass sie BGF sowohl intern im Unternehmen, als auch mit externen Experten organisieren. Keines der Unternehmen greift nur auf externe Fachkräfte zurück.

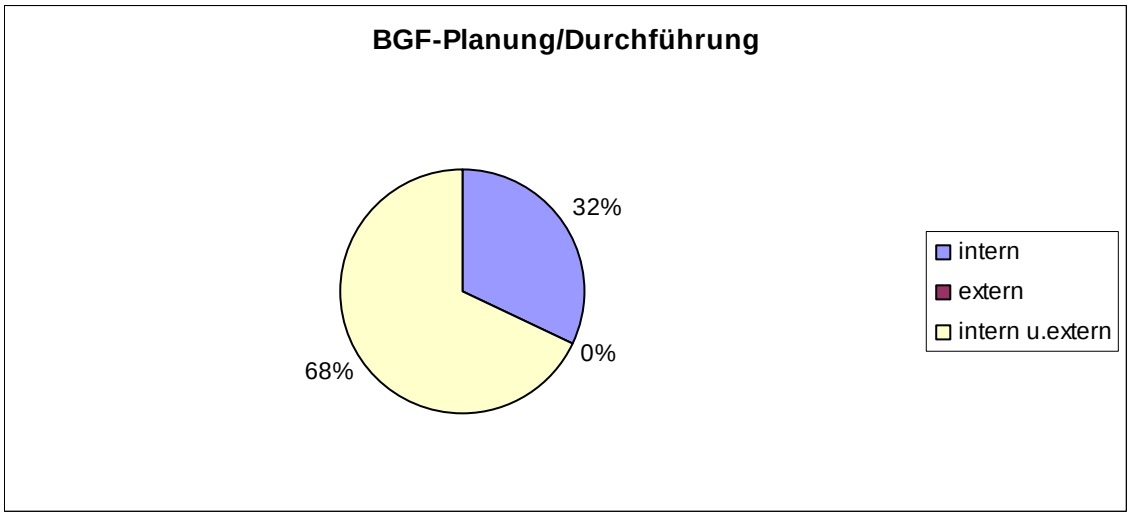


Diagramm 9: BGF-Organisation intern u/o extern

Folgerung: **Bei der Durchführung von BGF-Programmen greifen über 2/3 der Befragten auf externe Ressourcen zurück.**

Frage 13: „Auf welche Fachkräfte greifen Sie in Ihren Aktivitäten der BGF zurück?“

In der BGF wird in den meisten Fällen auf ArbeitsmedizinerInnen (N=22, das sind 100%), SportwissenschafterInnen (N=14, das sind 64%), PhysiotherapeutInnen (N=13, das sind 59%), ErnährungswissenschafterInnen (N=12, das sind 55%) zurück gegriffen. Arbeitsmedizinische AssistentInnen geben 10 (N=10) an, das sind 45% der Nennungen. GesundheitsmanagerInnen werden in 32% und Gesundheits-beraterInnen in 23% der Antworten genannt.

ArbeitsmedizinerInnen	22	100%
Arbeitsmediz. AssistentInnen	10	45%
GesundheitsmanagerInnen	7	32%
SportwissenschafterInnen	14	64%
PhysiotherapeutInnen	13	59%
ErnährungswissenschafterInnen	12	55%
GesundheitsberaterInnen	5	23%
Summe	83	

Tabelle 7: Fachexperten für BGM/BGF

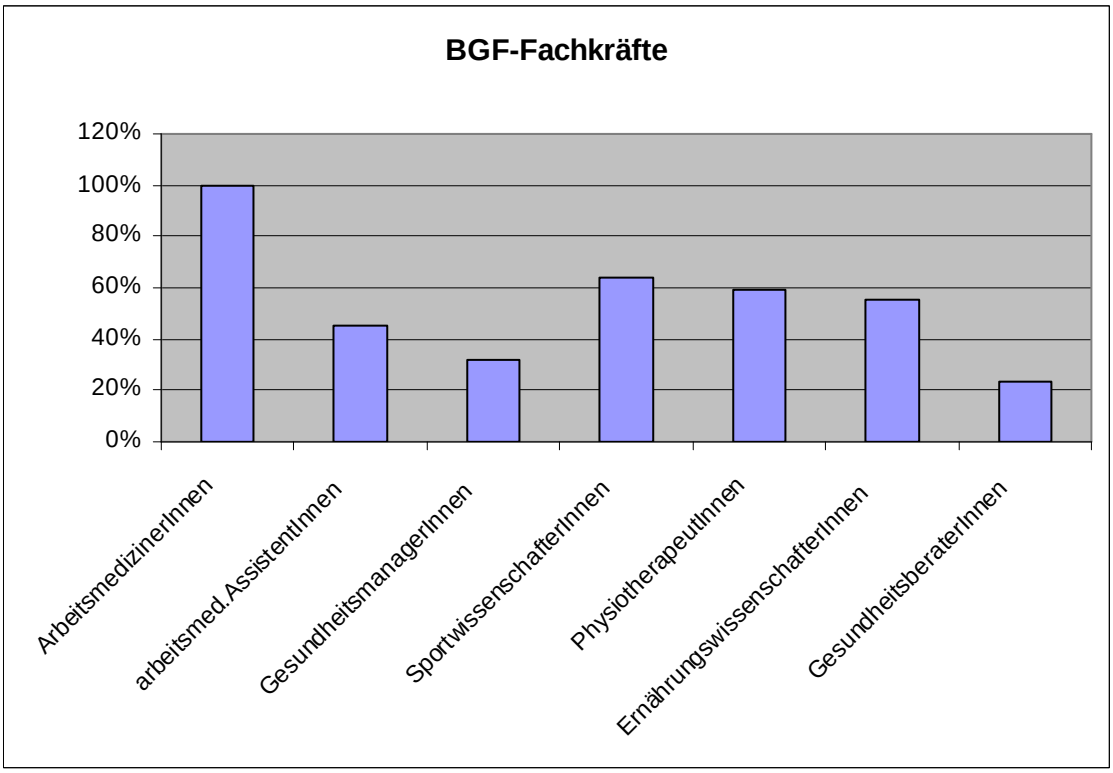


Diagramm 10: Fachexperten für BGM/BGF

Folgerung: **ArbeitsmedizinerInnen stellen die absolute Personalkompetenz der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar, andere Fachexperten stellen sich aus unterschiedlichen Bereichen zusammen.**

Frage 14: „Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Gremium, wo Aktivitäten der BGF speziell besprochen werden (Bsp. Gesundheitszirkel,…)?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen führen 15 (N=15), das sind 75%, die Einrichtung eines speziellen Gremiums an, wo BGF besprochen wird. Der Rest 5 (N=5), das sind 25%, verneint dies. 1 (N=1) Unternehmen äußert sich nicht. In diesen Gremien werden nach Häufigkeit, folgende Managementebenen genannt:

Betriebsrat 18x (N=18, das sind 82%), Sicherheits- und Umweltmanagement 15x (N=15, das sind 68%), Human Resources 14x (N=14, das sind 64%), die interessierten MA 10x (N=10, das sind 45%), die Vorstandsebene 9x (N=9, das sind 41%), Organisationsentwicklung 6x (N=6, das sind 27%), Betriebsküche 5x (N=5, das sind 23%), Marketing und Rechtsabteilung je 3x (N=3, das sind 14%) und Büroverwaltung 1x (N=1, das sind 5%) aller Nennungen.

Vorstandsebene	9	41%
Human Resources	14	64%
Sicherheit u. Umweltmanagement.	15	68%
Büroverwaltung	1	5%
Betriebsrat	18	82%
Marketing	3	14%
Betriebsküche	5	23%
Rechtsabteilung	3	14%
interessierte MA	10	45%
Organisationsentwicklung	6	27%
Summe	84	

Tabelle 8: Integrierte Managementebenen in BGM/BGF

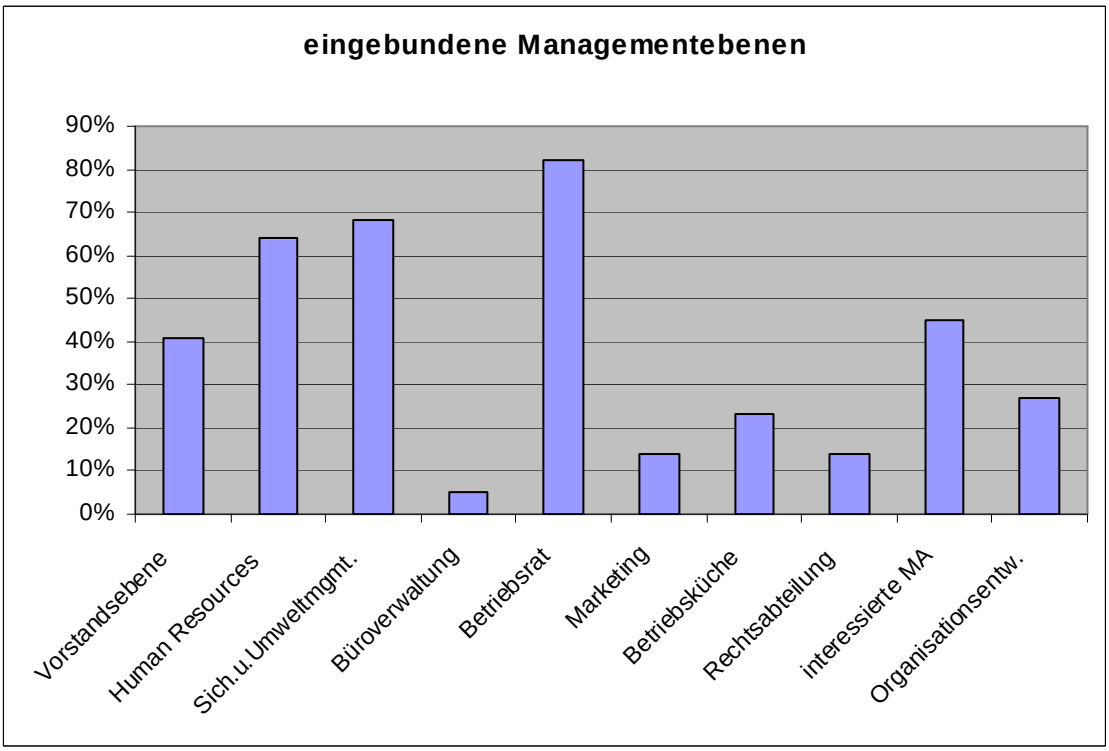


Diagramm 11: Integrierte Managementebenen in BGM/BGF

Folgerung: **Die breite innerbetriebliche Integration und Kooperation im BGM/BGF lässt sich durch die Vielzahl der involvierten Abteilungen und Unternehmensbereiche ableiten.**

Frage 15: „Gibt es einen Hauptverantwortlichen für den Bereich der BGF?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen beantworten 18 (N=18), das sind 82%, die Frage mit „ja“. 4 (N=4), das sind 18%, verneinen diese Frage.

Folgerung: **Für den Bereich der BGF ist in 82% ein Hauptverantwortlicher vorgesehen.**

Frage 16: „In welchem Bereich der Prävention und BGF finden Ihre gesetzten Maßnahmen statt?“

In den möglichen Mehrfachnennungen werden 22x (N=22, das sind 100%) der Bewegungsbereich, 21x (N=21, das sind 95%) Vorsorge und Screenings und die Erste Hilfe genannt, 20x (N=20, das sind 91%) der Bereich der Ernährung und Gewicht. 19x (N=19, das sind 86%) wird der Nichtraucherschutz angeführt. 16x (N=16, das sind 73%) die Arbeitsgestaltung, 15x (N=15, das sind 68%) psychische Belastungen, Antistressmanagement, der muskuloskelettale Bereich und Alkohol und Drogen. 11x (N=11, das sind 50%) Nennungen werden dem Bereich der Work-Life-Balance gegeben, 8x (N=8, das sind 36%) Nennungen dem Bereich der Rehabilitation und 7x (N=7, das sind 32%) dem Bereich der Sozialen Verantwortung gegeben.

Alkohol u. Drogen	15	68%
Antistressmanagement.	15	68%
Arbeitsgestaltung	16	73%
Bewegung	22	100%
Ernährung u. Gewicht	20	91%
Erste Hilfe	21	95%
Muskuloskel. Bereich	15	68%
Nichtraucherschutz	19	86%
Rehabilitation	8	36%
Soziale Verantwortung	7	32%
Psych. Belastungen	15	68%
Work-Life-Balance	11	50%
Vorsorge / Screenings	21	95%
Summe	205	

Tabelle 9: Handlungsfelder von BGF-Maßnahmen

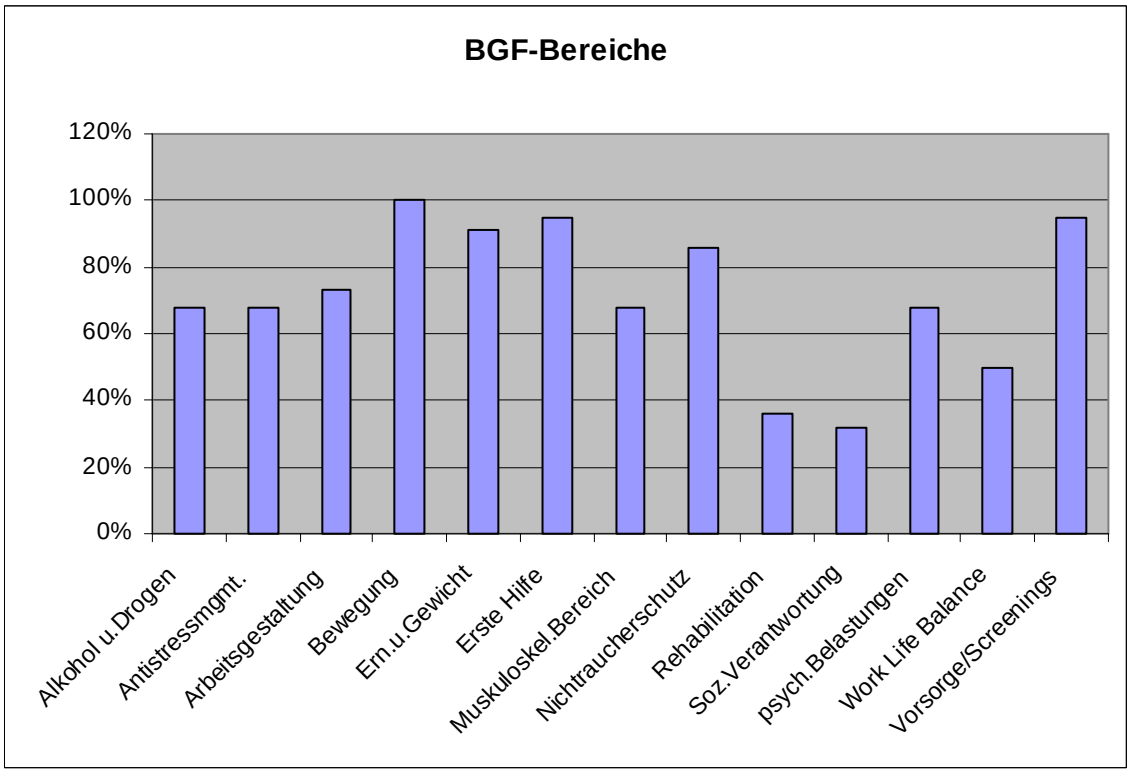


Diagramm 12: Handlungsfelder von BGF-Maßnahmen

Folgerung: **Die Handlungsfelder der BGF in der Gegenwart (und auch in der Zukunft) beinhalten ein breites Aktivitätsspektrum, allen voran Themen zu Bewegung, Ernährung, sowie der Vorsorgemedizin.**

Frage 17: „Bilden die bereits vorhandenen Aktivitäten zur BGF den tatsächlichen Bedarf ab?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen bejahen 13 (N=13), das sind 59%, diese Frage. 9 (N=9), das sind 41%, sehen Verhinderungsgründe für BGF.

Wenn NEIN, aus welchen Gründen?

Organisationsgründe	6	27%
Personelle Gründe	3	14%
Finanzielle Gründe	5	23%
Zeitliche Gründe	6	27%
Summe	20	

Tabelle 10: Gründe für Nichtbedarfsabdeckung der BGF

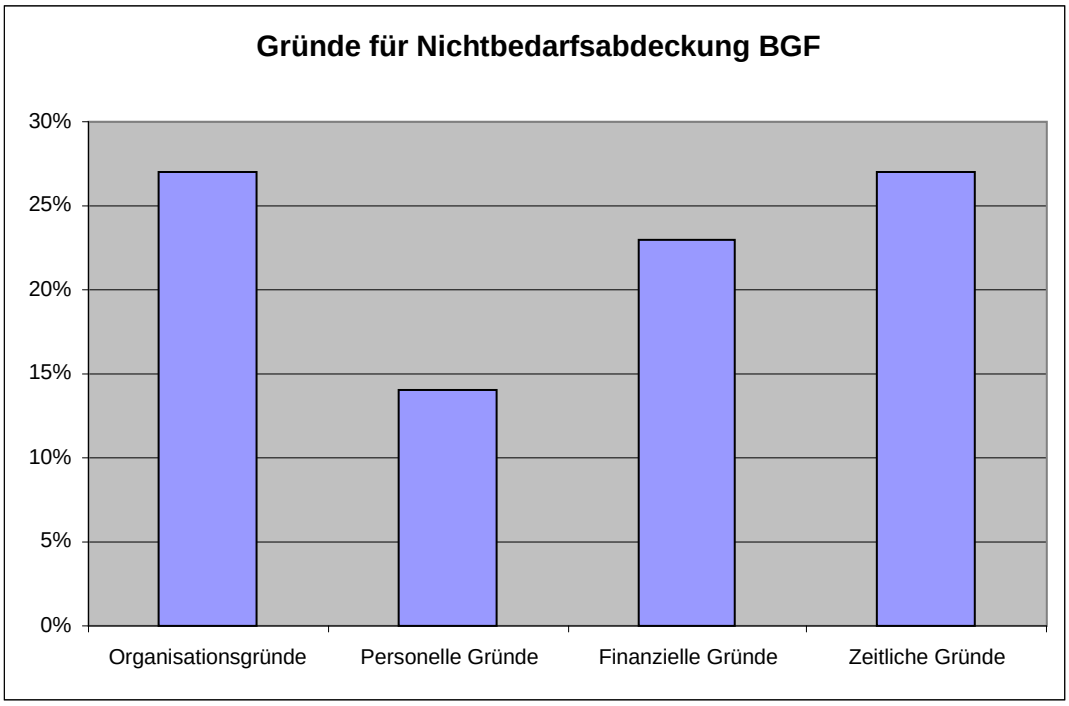


Diagramm 13: Gründe für Nichtbedarfsabdeckung der BGF

Folgerung: **Vor allem zeitliche und organisatorische Gründe, sowie finanzielle Gründe gelten als Verhinderungsursachen für die BGF, die personellen Gründe sind weniger relevant.**

Frage 18: „Haben Ihre Aktivitäten zur BGF verbindlichen Projektcharakter (Planung, Ablauf, Intervention und Durchführung, Erfolg)?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen geben 17 (N=17), das sind 77%, den verbindlichen Projektcharakter an.

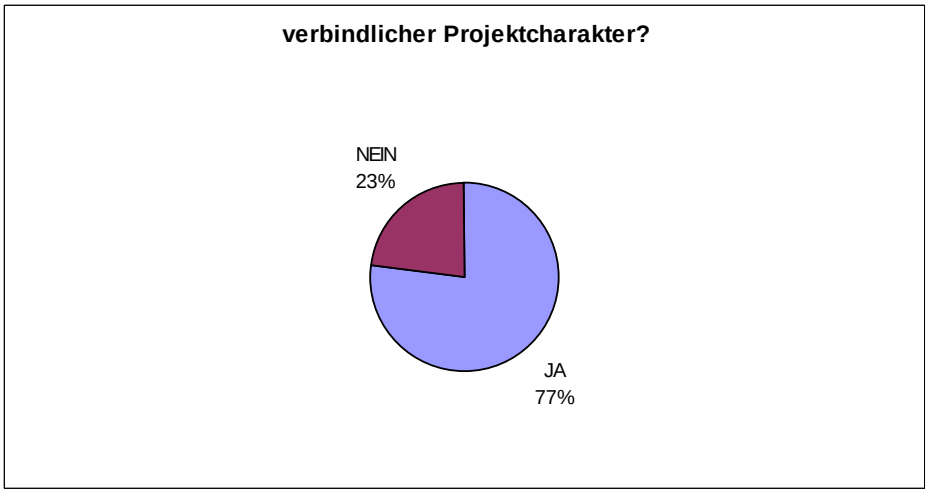


Diagramm 14: Verbindlicher Projektcharakter

Folgerung: **Korrelierend mit zunehmender Unternehmensgröße und entsprechend der Unternehmensstruktur besteht proportional eine professionelle Einstellung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement.**

Frage 19: „Werden die Ergebnisse der BGF evaluiert und berichtet?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen bejahen 17 (N=17), das sind 77%, eine Evaluierung und ein Reporting der BGF-Ergebnisse. 5 (N=5), das sind 23% der Unternehmen verneinen diese Frage.

Wenn ja, an wen?

Korrekt ist gemeint, an wen geht die Berichterstattung und in welcher Form, also Audits oder Reports. Sind diese vertraulich oder nicht vertraulich?

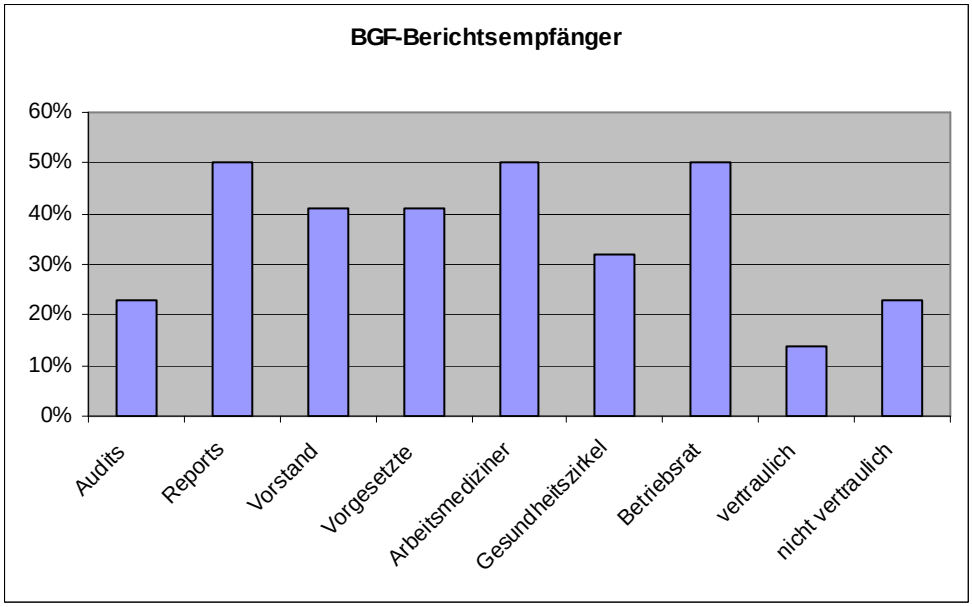


Diagramm 15: Berichtsempfänger im BGM

50% (N=11) nennen „zur Berichterstattung an“ die ArbeitsmedizinerInnen und den Betriebsrat, 41% (N=9) nennen den/die Vorgesetzte und den Vorstandsbereich. 32% (N=7) nennen einen Gesundheitszirkel. 11 (N=11), das sind 50% nennen „Reports“ als geeignete Form der Berichterstattung und 5 (N=5), das sind 23%, nennen „Audits“ als die gewünschte Form. 5 (N=5), das sind 23%, geben an, die Berichte sind „nicht vertraulich“ zu übermitteln, 3 (N=3), das sind 14%, meinen, die Berichte sind „vertraulich“ zu behandeln.

Folgerung: **„Reporting“ (Berichtswesen) ist eine Form der Qualitätskontrolle. Bei 77% der Bejahenden werden zur Evaluation in erster Linie mit 50% der Nennungen die ArbeitsmedizinerInnen und die ArbeitnehmervertreterInnen eingebunden. Vorstand und Vorgesetzte folgen mit 41%. Die überwiegende Berichtsform ist „Reporting“ (50%), gefolgt von „Auditing“ (23%).**

Frage 20: „Bieten Sie eine Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfragen für MitarbeiterInnen an?“

Von den 22 (N=22) Unternehmen bejahen 21 (N=21), das sind 95%, diese Frage.

1 Unternehmen (N=1), das sind 5%, verneint dies.

Wenn ja, welche?

Vorträge	16	73%
Informationsveranstaltungen	18	82%
Gesundheitstage	10	45%
Summe	44	

Tabelle 11: Fort- und Weiterbildung in der BGF

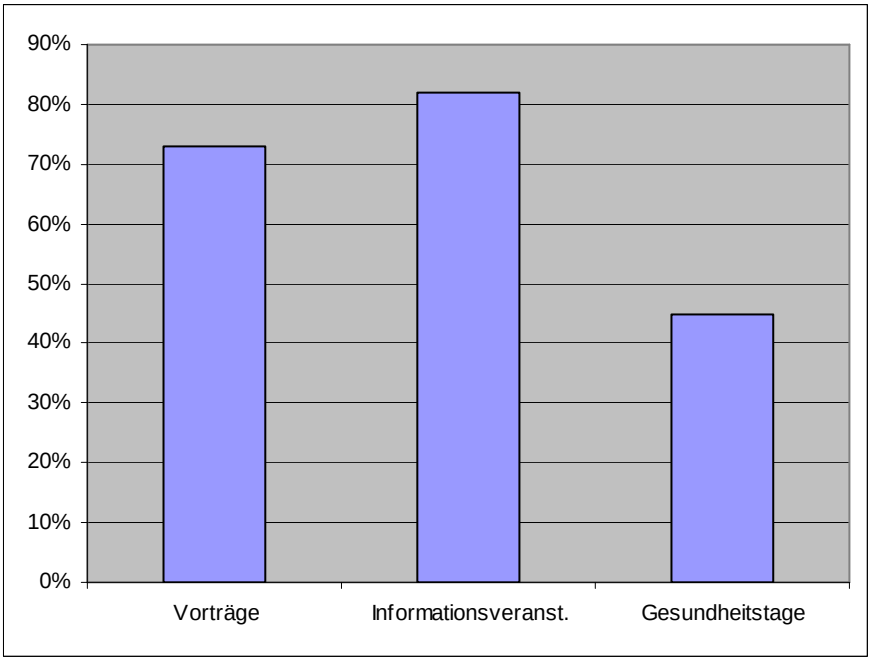


Diagramm 16: Fort- und Weiterbildung in der BGF

18x (N=18), das sind 82%, werden Informationsveranstaltungen genannt, 16x (N=16), das sind 73%, Vorträge und 10x (N=10), das sind 45%, Gesundheitstage.

Folgerung: **Informationsveranstaltungen (82%) wird der Vorzug gegeben gegenüber Frontalvorträgen (73%). Gesundheitstage, die frequenzmäßig weniger oft stattfinden, werden in etwas weniger als der Hälfte (45%) angeboten.**

Frage 21: „Werden bei Neu- oder Umgestaltung des Arbeitsplatzes in der Planung, Gremien der BGF damit befasst?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen bejahen 17 (N=17), das sind 77%, diese Frage. 5 (N=5), das sind 23%, verneinen dies.

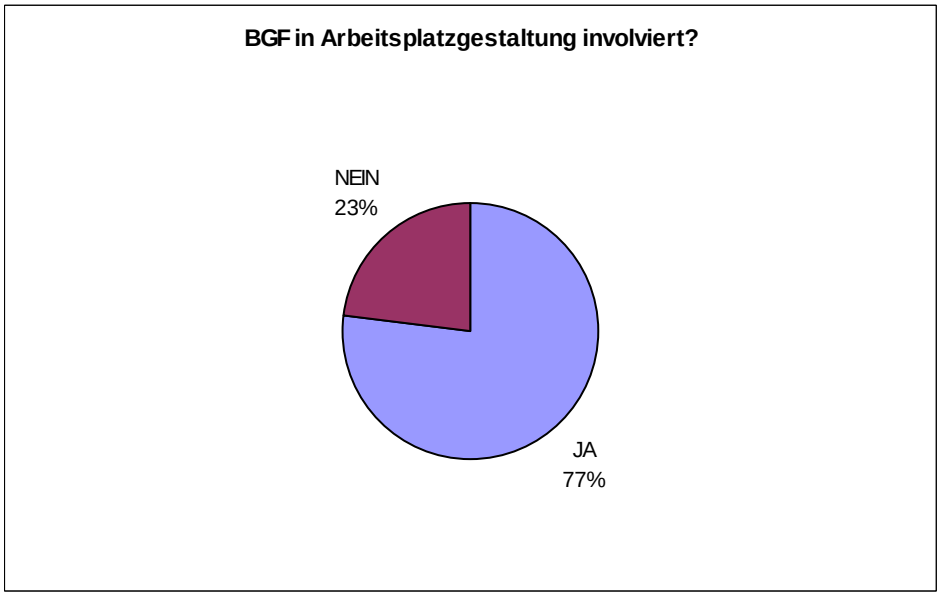


Diagramm 17: BGF-Involvierung in der Arbeitsplatzgestaltung

Folgerung: **BGF-Maßnahmen sind gut in der Arbeitsplatzplanung und Arbeitsplatzgestaltung integriert.**

Frage 22: „Gibt es ein spezielles Angebot für ältere MitarbeiterInnen?“

Von den 22 (N=22) befragten Unternehmen, geben 19 (N=19), das sind 86%, an, **kein** spezielles Angebot in der BGF für ältere MitarbeiterInnen zu haben. 3 (N=3), das sind 14%, bejahen dies.

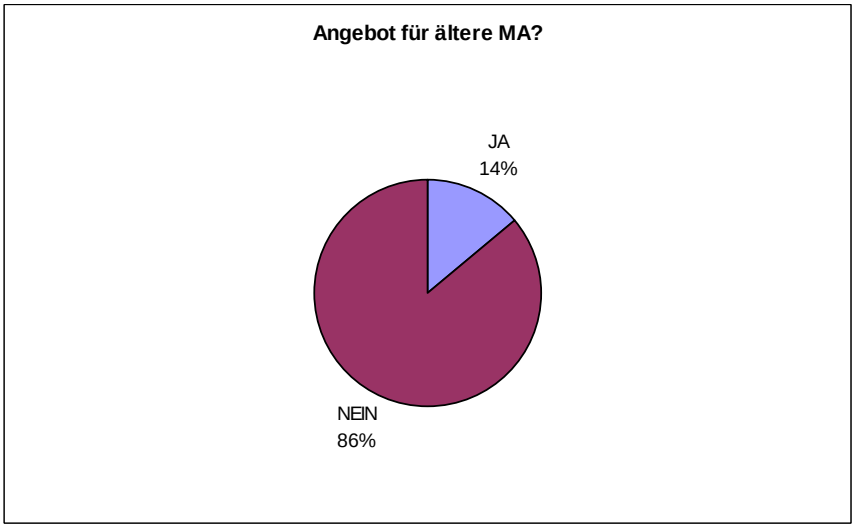


Diagramm 18: BGF-Maßnahmen für ältere MA

Folgerung: **Aufgrund der demographischen Daten wird die Problematik, kompetente Mitarbeiter zur Verfügung zu haben, zunehmen. Es liegt noch kein bewusstes Engagement in der BGF vor, diesen MA-Bereich gezielt zu fördern.**

Frage 23: „Was müsste anders sein, damit BGF besser umgesetzt werden könnte?“

Von 13 (N=13), das sind 59%, der 22 (N=22) Unternehmen werden folgende Angaben gemacht. 9 (N=9) äußern sich nicht.

Aussagen:

BGF wurde systematisch vor einem Jahr begonnen und muss sich noch weiter etablieren
Information an Vorstand, Unternehmensleitlinie, Konzept
BGF müsste noch deutlicher in allen Teamsitzungen umgesetzt werden (außer dem gut funktionierendem Lenkungsausschuss)
weniger Zeitdruck für MA
Motivation der AN, Reduzierung des Arbeitsvolumens!!!
Organisationsstruktur
verstärkte Einbindung der Arbeitsmediziner
Bessere Vorgesetztensensibilisierung
Meinungsumschwung in Unternehmensleitung
Mehr finanzielle und zeitliche Ressourcen
Budget zur Verfügung, Zeit zur Verfügung stellen für Mitarbeiter
BGF müsste ein verpflichtendes MBO Ziel sein mit Prämie
Organisation!

Folgerung: **Hinderliche Faktoren zur Implementierung von BGF-Maßnahmen zeigen auch gleichzeitig die Möglichkeiten zur Potentialsteigerung von BGM.**

Frage 24: „Welche Handlungsfelder der BGF in der Zukunft sehen Sie?“

Von 14 (N=14), das sind 64%, der 22 (N=22) befragten Unternehmen werden folgende Angaben gemacht.

Aussagen:

nachhaltige Implementierung auf Managementebene
Führungstrainings, Ältere Arbeitnehmer, Gesundheitszirkel mit manuell arbeitenden Mitarbeitern und Schichtmitarbeitern
Umgang mit psychischen Belastungen, Antistressmanagement
Psychische Belastung
Zur Zeit noch keine, da neuer motivierter Vorstand
Humankapital als Wertschöpfung für das Unternehmen positionieren
Führung, Werte, Soziales Netzwerk
ältere Mitarbeiter
Psychosoziale Fragen, Ältere Mitarbeiter, Lehrlinge, Jugendliche
Ernährung und Bewegung
Förderung des Vorsorgegedankens
Burn-Out-Prophylaxe, Bewegung im Betrieb
Work-Life-Balance
organisatorische Änderungen, Führungsstil, Workload, Work-Life-Balance, ältere Mitarbeiter, Kinderbetreuung

Folgerung: **BGF als Management-Tool, die Herausforderungen der Arbeitswelt jetzt und zukünftig besser bewältigen zu können.**

Frage 25: „Wie viele MitarbeiterInnen beschäftigt Ihr Unternehmen?“

2 (N=2), das sind 9%, haben <100 MA, 1 UN (N=1) hat 100-250 MA, das sind 5% Insgesamt 14% Klein- und Mittelbetriebe. 3 UN (N=3) haben 250-500 MA, das sind 14% der Befragten. 4 (N=4) haben 500-1000 MA, das sind 18% der befragten Unternehmen. 2 (N=2) haben 1000-2500 MA, das sind 9%, 4 (N=4) haben 2500-5000 MA, das sind 18% und 6 (N=6) der befragten Unternehmen haben >5000 MA, das sind 27% aller befragten Unternehmen. Insgesamt 86% Großunternehmen.

<100	2	9%
100 - 250	1	5%
250 - 500	3	14%
500 - 1000	4	18%
1000 - 2500	2	9%
2500 - 5000	4	18%
>5000	6	27%
Summe	22	

Tabelle 12: Unternehmensgröße

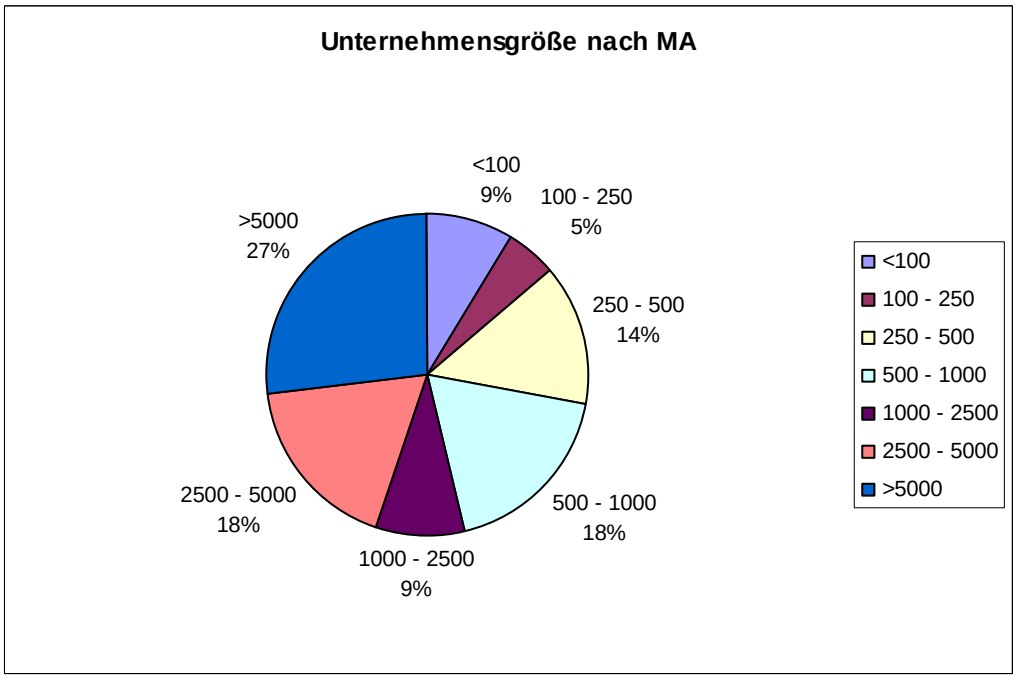


Diagramm 19: Unternehmensgröße

Frage 26: „Wo ist Ihr Unternehmensstandort?“

Von den 22 (N=22) Unternehmen geben 16 (N=16), das sind 73%, ihren Unternehmensstandort in der Großstadt an, 6 (N=6), das sind 27%, in einem Bundeslandbereich.

Großstadt	16	73%
Bundesland	6	27%
Summe	21	

Tabelle 13: Unternehmensstandort

Frage 27: „Wo liegt das Hauptbetätigungsfeld Ihres Unternehmens?“

Von den 22 (N=22) Unternehmen geben 12 (N=12), das sind 55%, als Hauptbetätigungsfeld die Produktion an, 10 (N=10), das sind 45%, Verwaltung und Büro als Schwerpunkt an.

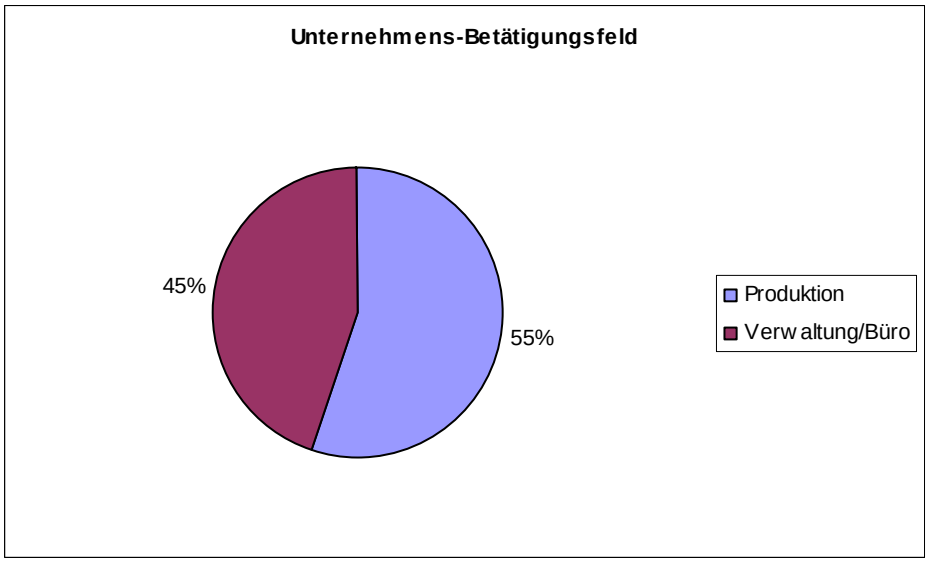


Diagramm 20: Unternehmensprofil

Folgerung der Fragen 25 – 27:

Statistische und informative Ergänzungen zu den befragten 22 (N=22) Unternehmen. Die Mehrzahl, 19 (N=19), das sind rund 86%, gelten nach Definition als Großunternehmen (>250 MA), 3 (N=3) als Klein- und Mittelbetriebe. Es wurden somit 14% Klein- und Mittelbetriebe und 86% Großunternehmen befragt.

Weitergehende Untersuchungen der Auswirkungen, ausgehend vom Standort und vom Unternehmens-Betätigungsfeld, werden in dieser Recherche nicht angestellt.

6.3.4 Fragebogen - Teil 2: Diskussion - Implementierungsstatus

Ergebnisdetails aus der Umsetzungspraxis in 22 (N=22) Unternehmen:

BGM hat eine hohe strategische Bedeutung (72,7% bezeichnen BGM als „wichtig bis sehr wichtig“, Frage 1). Die Erreichbarkeit der MitarbeiterInnen in den BGM-Aktivitäten ist nicht zufriedenstellend (54,5% erreichen nur bis 50% der MA, Frage 2). Beinahe 2/3 der UN verfügen über ein eigenes Budget und ein gesondertes Personal für BGM (Frage 3,4). Ein Selbstbehalt für die Teilnahme an BGF-Programmen wird in 65% nicht eingehoben (Frage 5). Als Ausdruck der Berücksichtigung der Work-Life-Balance finden 62% der Aktivitäten während der Arbeitzeit und in der Freizeit statt (Frage 6,7). Diese weisen im Modus in 58% Dauercharakter auf (Frage 8). Verbesserungspotentiale bestehen in der Compliance an BGF Programmen (über

50%ige Teilnahme bei nur 25% der Befragten, Frage 9). Bonusprogramme zur Steigerung der Verhaltensprävention werden nicht angeboten (0%, Frage 10). Kurz- und mittelfristige BGF-Programme verteilen sich im Verhältnis 55% (unter 1 Jahr) und 29% (über 3 Jahre, Frage 11). In 68% der befragten UN werden sowohl interne, wie auch externe Experten zugezogen (Frage 12). ArbeitsmedizinerInnen gelten als die Personalkompetenz in Fragen der BGF und des BGM (Frage 13). Die Vielzahl der eingebundenen Managementebenen weist auf eine starke innerbetriebliche Kooperation hin (Frage 14). In 82% aller Befragten wird ein Hauptverantwortlicher für das BGM namhaft gemacht, als weiterer Hinweis für dessen hohe strategische Bedeutung (Frage 15). Die Handlungsfelder der BGM decken hauptsächlich die Bereiche der Bewegung, Ernährung und der Vorsorgemedizin ab (Frage 16). 59% der Befragten sind der Meinung, dass die Aktivitäten der BGF den tatsächlichen Bedarf abdecken, 41% verneinen dies. Als Verhinderungsgründe werden zeitliche, organisatorische und finanzielle Gründe genannt, weniger personelle (Frage 17). Erfreulich ist, dass bei 77% der UN, BGF verbindlichen Projektcharakter aufweist (Frage 18). Im selben Ausmaß wird dem Berichtswesen eine große Bedeutung zugemessen. Berichtet wird vor allem an die ArbeitsmedizinerInnen und ArbeitnehmervertreterInnen mit jeweils 50% der Nennungen (Frage 19). 95% der befragten UN bieten Fortbildung [als Qualitätssicherung, der Verf.] im Bereich der BGF an, hauptsächlich als Informationsveranstaltungen (82% der Nennungen, Frage 20). In die Arbeitsorganisation und -planung scheint BGM gut integriert zu sein (77% der Nennungen, Frage 21). Interessant erscheint die Tatsache, dass trotz eindeutiger demographischer Daten, für ältere MA, BGF-Aktivitäten nicht speziell konzipiert werden. (86% der Unternehmen verneinen dies, Frage 22). Die Vielzahl der hinderlichen Faktoren ergibt gleichzeitig das Potential für Verbesserungen im BGM (Frage 23). Die genannten Handlungsfelder spiegeln die Herausforderungen der jetzigen und der zukünftigen, absehbaren Arbeitswelt wider (Frage 24). Insgesamt wurden in 14% Unternehmen bis 250 MA befragt (KMU's) und in 86% Großunternehmen (Frage 25). 73% der Unternehmen sind im städtischen und 27% im ländlichen Bereich angesiedelt (Frage 26). Bei der Auswahl der befragten Unternehmen war das Vorhandensein einer „größeren Verwaltungsaktivität" unabhängig von einer möglichen Produktionsebene entscheidend (Frage 27).

6.4 Ergebnisdiskurs (aus dem Fragebogen Teil 1 und 2)

Zusammenfassend aus den Ergebnissen aus Kapitel 6.3.2 (Fragebogen - Teil 1: Diskussion - Fragebogen der ENBGF S. 55ff) und aus Kapitel 6.3.4 (Fragebogen - Teil 2: Diskussion - Implementierungsstatus S. 77) ergibt sich die Notwendigkeit eines umfassenden Monitorings im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Das strategische Moment im BGM wird nach Angaben hoch eingeschätzt, dennoch müssen einige realistische Faktoren berücksichtigt werden. BGM läuft oft parallel zu den anderen Aktivitäten im Unternehmen, daher sind strukturelle, personelle, organisatorische und finanzielle Entscheidungen zu treffen (siehe Verhinderungsgründe, S. 69f und S. 78). Personell zu berücksichtigen ist der mögliche Wechsel im Personal- und Managementbereich, ebenso Personalabbau und der demographische Wandel in der Gesellschaft. Bei der Konzeption der BGF-Aktivitäten ist von vornherein auf Qualitätskriterien verbunden mit Reportingsystemen zu achten. Zwischen der theoretischen Planung, der Implementierung und der Evaluation der Ergebnisse („Benefit“), ergeben sich deutliche Diskrepanzen (siehe Kapitel 6.3.2, S. 55f), vor allem Mittel- und Großunternehmen bis 1000 MA (siehe S. 57) scheinen hier davon betroffen zu sein. Realistische Zielsetzungen im BGM und in den BGF-Programmen sind obligatorisch. Optimierte innerbetriebliche Organisation und Kooperation, auch mit externen Experten ist für die Zielereichung relevant. Konkrete Fragen wie Überzeugung der Führungskräfte, der Erreichbarkeit der Zielgruppen, die Teilnahme am betrieblichen Angebot der BGF, der erreichten Effekte, weiterführender Gesundheitsaspekten, Mitarbeiterförderung und -motivation, Mitarbeiterbindung, Work-Life-Balance, Corporate-Identity Aspekte, Betriebsklima, weniger Absentismus, bzw. Fluktuation, bessere Qualität der Produkte oder einer erhöhten Produktivität, müssen gestellt werden (vgl. Semmer N. K., Zapf D., 2004, S. 776).

Bezogen auf den „Benefit“ für MitarbeiterInnen und Unternehmen kann auf Kosten-Nutzenanalysen (return on investment, ROI) verwiesen werden. Eine exemplarisch angeführte Studie ergibt Raten von 1:2.3 und 1:5.9 (vgl. Aldana S., 2001, S. 296-320).

Aus den Ergebnissen des gesamten Fragebogens werden nachfolgend wichtige Kriterien für das Betriebliche Gesundheitsmanagement und der BGF-Aktivitäten nochmals tabellarisch zusammengefasst und dargestellt:

In der Tabelle werden bewusst subjektiv „Prioritäten“ im Sinne wichtiger unternehmerischer Managemententscheidungen als Teil des BGM gesetzt. Aus der strategischen und operativen Ausrichtung inklusive der nötigen Steuerungsmechanismen im BGM und der BGF, werden in der Umsetzung unternehmerisch bedeutsame Effekte hervorgerufen, woraus ein Handlungsbedarf mittel oder unmittelbar resultiert.

Auf die entsprechenden relevanten Fragen im gesamten Fragebogen wird dabei verwiesen.

Ergebnisdiskurs aus Fragebogen Teil 1 und 2

Tabelle 14:

Steuerungsmechanismen Strategische und operative Ausrichtung BGM / BGF	**Effekte schlussfolgernder Kommentar**	**Verweis auf relevante Teile des Fragebogen**	
		Teil	**Frage(n)**
Strategisches Management	Hoch	1 2	2a-g 1
Personalentwicklung	mittelbar unmittelbar	1 2	2c,d,e 2
Ressourcenbedarf	Personell Strukturell Finanziell	1 2 2	1a-d 4,12,13-15 3,17
Work-Life-Balance	Mitarbeiterbindung	1 2	2g, 4a,b 5,6,7

Mitarbeitermotivation	Mitarbeiterbindung	1 2	1e,f 9,10
Integratives Management-Tool	Qualitätsmanagement	1 2	5a-e 4,12,13,18
Kooperationsmodell	Vertikal Horizontal	1 2	6a,b 13,14,15
Aktives Handlungsfeld	Gegenwart Zukunft	1 2	6a-d 16,17
Qualitätsmanagement	TQM	1 2	6a-d 18,19
Mitarbeiterförderung	Mitarbeiterbindung	1 2	2c-g 16,20
Arbeitsorganisation	Produktionsfaktor	1 2	1b,f,2a-d,g 3a-c 21
Mitarbeiterbindung	Produktionsfaktor Bem.: Demographische Entwicklung	1 2	1c,e,f,2a,b 2g,3b,c 4a,b 22
Win-Wins, Benefit	Unternehmensgröße als Variable	1 2	6a-d 17,18

Tabelle 14: Ergebnis-Diskurs

7 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ in der Allianz - Elementar Versicherungs-AG

7.1 Leitlinien und Guidelines – Arbeiten mit Zielen

Als internationales Unternehmen verpflichtet sich die Allianz-Elementar Gruppe, sich Fragen der gesellschaftlichen Verantwortung (CSR – „Corporate Social Responsibility“) zu stellen. Das Unternehmen ist aktiver Teil der Gesellschaft, trägt sowohl zum individuellen als auch zum allgemeinen Wohlstand bei und verpflichtet sich zur Einhaltung von internationalen Mindeststandards. Aus diesem Grunde ist die Allianz-Gruppe initiativ für das UN Global Compact Programm[16] (Quelle Internet 17: http://www.afa.at/una.austria/global2.htm, Zugriff 18.02.2008) und erkennt die OECD Richtlinien[17] für multinationale Unternehmen an. Als Instrumente zur Umsetzung von CSR gelten Verhaltenskodex, Nachhaltigkeitsberichte und der Erwerb von Zertifizierungen.

Als Basis gilt nach innen ebenso wie gegenüber Kunden (allgemein als „Mitarbeiter“ bezeichnet im Verhaltenskodex)[18] das Vertrauen. Der Erhalt des Vertrauens ist ein wesentliches Merkmal. Dies ist für das „Betriebliche Gesundheitsmanagement“ relevant. Nicht-Diskriminierung, offene Lernkultur, individuelle Entwicklung nach Leistung und Potential, sind Ergebnisse dieses Vertrauens.

Punkt 2 des Verhaltenskodex:

„[…]…die Allianz Gruppe […]…fördert eine Lernkultur, die offene Rückäußerungen aller Beteiligten schätzt und hierzu ermutigt. Die wesentlichen Kriterien sind Leistung und Potential“ [Anm., der Verf.: Diese Begriffsbildung „Leistung und Potential“ ist bewusst sehr breit formuliert gehalten, es kann auch übersetzt werden mit

[16] Am 31. Januar 1999 schlug der Generalsekretär der Vereinten Nationen, Kofi A. Annan, in einer Rede anlässlich des Weltwirtschaftsforums in Davos erstmals den Abschluss eines "*Global Compact*" - eines weltumspannenden Paktes - vor. Er forderte die Wirtschaftsführer in aller Welt auf, sich für den Aufbau sozialer und ökologischer Eckpfeiler zur Abstützung der neuen globalen Wirtschaft zu engagieren und dafür zu sorgen, dass die Globalisierung allen Menschen dieser Erde zugute kommt. Der Global Compact stützt sich auf neun Grundprinzipien, die die Bereiche Menschenrechte, Arbeitsnormen und Umweltschutz betreffen.
Quelle Internet 17: http://www.afa.at/una.austria/global2.htm, Zugriff 18.02.2008.

[17] Neufassung nach den Ereignissen des 11. September 2001, OECD Richtlinien vom 25. Juli 2002. Sie beinhalten ethische Grundregeln für das Geschäft multinationaler Unternehmen.

[18] entsprechend dem „Stakeholder-Value-Prinzip“

Leistungsvermögen, Leistungsbereitschaft, Motivation, Leistung im Berufs- wie im Privatleben, mit „[…]...a healthy employee in a healthy organization“ (siehe S. 8)].

(vgl. Verhaltenkodex für Business Ethik und Compliance / Group Compliance, Allianz SE, München, Deutschland; weiterführende Informationen unter:
Quelle Internet 18: http://www.allianz.com/azcom/dp/cda/0,,861601- 49,00.html, Zugriff 18.02.2008.

7.2 Status von „Health-Services“– Fakten

7.2.1 Betriebsärztlicher Dienst

Die Allianz - Elementar Versicherungs-AG Wien hat bereits seit dem Jahre 1977 für ihre MitarbeiterInnen einen „Arbeitsmedizinischen Betriebsärztlichen Dienst (BÄD) eingerichtet. Ziel und Aufgabe dieses BÄD ist es, nicht nur die gesetzlichen Aufgaben und Auflagen zu erfüllen, sondern sich mit den vielfältigen Fragen des „Betrieblichen Gesundheitsschutzes“ zu beschäftigen.

Die unterschiedlichen Aufgabengebiete im Rahmen des ArbeitnehmerInnenschutzes, bzw. die Durchführung der Präventivprogramme (siehe S. 29ff), bzw. die gesundheitsfördernden Maßnahmen werden von „Präventivkräften“ umgesetzt, abhängig von den Firmenstandorten des Unternehmens durch Präventivkräfte unterschiedlicher Provenienz.

Die Serviceleistungen erbringen:

- Angestellte Arbeitsmediziner
- Niedergelassene, selbstständige ArbeitsmedizinerInnen
- Arbeitsmedizinische Zentren
- Administratives Personal

Die Präventivkräfte stehen entweder in einem angestellten Verhältnis, oder sind mit einem Werkvertrag zur Leistungserbringung verpflichtet.

Organisation des Präventivdienstes in der Allianz-Elementar-Gruppe Österreich:

Wien / Generaldirektion:	→	Betriebsärztlicher Dienst mit:
		1 Arbeitsmediziner
		1 Assistentin
Wien / Allianz Call Center, AKS		
Landesdirektion Wien:	→	Betriebsärztlicher Dienst mit:
		1 Arbeitsmediziner
		1 Assistentin
Landesdirektion Niederösterreich:	→	Arbeitsmedizinisches Zentrum mit:
		1 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Burgenland:	→	1 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Steiermark:	→	Arbeitsmedizinisches Zentrum mit:
		1 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Kärnten:	→	Arbeitsmedizinisches Zentrum mit:
		3 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Oberösterreich:	→	1 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Salzburg:	→	1 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Tirol:	→	1 Arbeitsmediziner
Landesdirektion Vorarlberg:	→	Kein Betriebsärztlicher Dienst

7.2.2 Human Resources

„Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)“ ist im Ressort Vorstandvorsitz im Bereich des „Human Resources Managements“ implementiert. Diesem Bereich zugeteilt ist ein HR-Manager, der eine integrative Funktion im BGM erfüllt. Mit diesem zusammen werden die Ziele im Bereich des BGM für eine annuäre Periode formuliert (Anfang des Jahres), inklusive Zwischengesprächen (Mitte des Jahres) und Feedback der erreichten Ergebnisse („Arbeiten mit Zielen“) am Jahresende. Organisations- und Koordinationsaufgaben werden durch das Human Resources Service Center / Recruiting mitbetreut.

Andere Organisationsebenen, die an der Organisation BGM's beteiligt sind:

- Vorstandsebene
- Betriebsrat
- Büroverwaltungsabteilung mit
  Sicherheitsfachkraft und
  Mitarbeitern der Haus- und Gebäudetechnik
- Interne/externe Kommunikations- und Marketingabteilung
- Betriebsküchen GmbH
- Interessierte MitarbeiterInnen

7.2.3 Evaluierung von BGM (HEWITT 2007)

Die im Bereich des BGM gesetzten Maßnahmen und Interventionen wurden unter anderem in einer in Auftrag gegebenen HEWITT – Umfrage 2007 evaluiert. Befragt wurden die MitarbeiterInnen im Bereich des Standortes Wien nach der Akzeptanz der gesetzten Aktivitäten.

Aus der Befragungsstudie: HEWITT 2007:

„Unser Unternehmen stellt ein Angebot an Betrieblicher Gesundheitsförderung – Untersuchungen, Impfungen, Informationen, […]…zur Verfügung, das meine Bedürfnisse voll erfüllt":

Für die Generaldirektion der Allianz - Elementar Versicherungs-AG gesamt:

85% der MitarbeiterInnen der Generaldirektion	> stimme voll und ganz zu
9%	> stimme eher zu
3%	> stimme nicht zu
3%	> stimme überhaupt nicht zu

Für den Vertrieb (zentral und dezentral):

42%	> stimme voll und ganz zu
21%	> stimme eher zu
13%	> stimme nicht zu
24%	> stimme überhaupt nicht zu

Bezogen auf die Geschlechter können sich 69% der weiblichen MitarbeiterInnen und 63% der männlichen Mitarbeiter der derzeitigen BGF-Konzeption vollinhaltlich anschließen. Bei den 20 – 24 Jahre alten MitarbeiterInnen ist die volle Zustimmung bei 89%, bei den 25 – 34 Jahre alten MitarbeiterInnen bei 73%, bei den 35 – 44 jährigen bei 58% und bei den 45 – 54 jährigen bei 61%.

Diskussion:

Dieses Ergebnis stellt den Status am Standort der Generaldirektion der Allianz - Elementar Versicherungs-AG in Wien dar. Aus den Ergebnissen der HEWITT Umfrage geht hervor, dass die Akzeptanz der BGF mit zunehmendem MA-Alter von anfänglich 89% bei den jungen MA auf ein Niveau bei den über 35ig jährigen MA auf die 60% Marke fällt. Zieht man die demographische zukünftige Entwicklung in Betracht, so ergibt sich bezüglich des BGM ein stringentes Verbesserungspotential.

7.3 „Integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement als moderne Unternehmensstrategie“ – ein strategischer Neuansatz

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein Teil des Dienstleistungssektors im Gesundheitswesen unserer Gesellschaft. Ein integrativer Ansatz, BGM als Teil der Unternehmenskultur muss gefordert werden, ebenso der Nachweis qualitativer Kriterien und Nachhaltigkeit.

„Die Aufgaben und Ziele betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sind neu zu bewerten, nicht nur auf die jetzige Arbeitswelt, sondern sie muss auf die absehbare zukünftige ausgerichtet werden“ (zit. aus Badura B., Ritter W., Scherf M., 1999, o.S.).

Auf den vorhandenen betrieblichen Strukturen mit der bereits vorhandenen Wissensbasis des Unternehmens (siehe Kapitel 4.5, The Assessment Model: Plexus, S. 27f) muss das BGM neu konzipiert und implementiert werden.

Kriterien einer suffizienten Integration des BGM in das Unternehmen:

> Verankerung des BGM in die Organisation des Unternehmens
> Formulierung präziser Ziele (Bedarf, Akzeptanz)
> Priorisierung von Kernprozessen
> Ressourcenbereitstellung (finanziell, zeitlich, personell)
> Schriftliche Vereinbarungen (Betriebsvereinbarung, Dienstverträge)
> Prozess- und Projektsteuerung und Kontrolle (Gesundheitsausschuss, Gesundheitszirkel, Steuerungskreis)
> Transparente Aufgabenverteilung (Zuständigkeiten, Planung)
> Definition der Kompetenzen und Verantwortlichkeiten
> Festlegen eines „Health-Standards“
> Qualifikationskriterium (Fort- und Weiterbildung, Reporting)
> Kosten-, Nutzenanalyse
> Vertikale und horizontale Vernetzung und Teamarbeit
> Prozess- und Ergebnisevaluation
> Kommunikationsteppich (horizontal und vertikal, Kooperation)
> Reporting
> Auditing
> Engagement und Motivationssteigerung von MA
> Flexibilitäts- und Kreativitätsförderung der MitarbeiterInnen
> Vermeidung chronischer Erkrankungen
> Wiedereingliederung nach längerer Krankheit
> Senkung von Kosten (Fehlzeiten, Absentismus)
> Einbezug von externen Experten
> Internes und externes Marketing
> Partizipation der MitarbeiterInnen (Ideen, Befragungen)
> Arbeitsplatzanalysen und Interventionen (Soll-Ist-Vergleiche)
> Informelle Koordination - Standortübergreifend
> Entwicklung von Auslandsentsendungskriterien
> Entwicklung bedarfsorientierter Präventivprogrammen
> Zusammenarbeit mit gesetzlichen Kranken- und Unfallversicherungen
> Reaktionen auf geändertes Führungskräfteverhalten

Insgesamt ein Ausdruck einer aktiven gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung im erweiterten Sinne, mit dem Ziel der Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens (vgl. Bio-psycho-soziales Gesundheits-Modell nach Th.v. Uexküll, S. 11ff) und der Gesundheit (vgl. Salutogenese nach A. Antonovsky, S. 14ff), eine Stärkung der sozialen Komponente und des Bewahren des Humankapitals, eigentlich der verfügbaren Humanressource, der Leistungsbereitschaft der MitarbeiterInnen. Daraus resultiert aus betriebswirtschaftlicher Sicht eine Steigerung der Produktivität, der Qualität der Produkte, der Kundenorientierung. Ein „Benefit“ in allen Ergebnissen, eine klassische

WIN – WIN – SITUATION

7.3.1 BGM in Allianz - Elementar Guidelines und Leitlinien

Erfolgreiches Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst alle Aktivitäten von Arbeitgeber, ArbeitnehmerInnen und anderen beteiligten Organisationen der Gesellschaft, die die Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz zum Ziel haben. Es ist daher notwendig, diesen „speziellen Gesundheitsaspekt“ in die Leitlinien und Guidelines des Unternehmens einfließen zu lassen, als Wertaussage mit verbindlichem Charakter!

7.3.2 BGM in Allianz - Elementar Visionen und Zielen

Gesundheitsfördermaßnahmen müssen gebündelt sein in Form von mittelfristigen und langfristigen Zielsetzungen. Dabei ist es notwendig, sich an die Grundsätze zu halten, die in der Luxemburger Deklaration (vgl. S. 22ff) vereinbart wurden. Darüber hinaus sind die Prinzipien des Qualitätsmanagements zu berücksichtigen. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist als ein integrierter Unternehmensteil zu sehen und muss aus diesem Grund genauso den „State of the Art“ Managementprozessen unterliegen.

7.3.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in der Allianz - Elementar Versicherungs-AG

„Hauptziel ist das „Gesunde Unternehmen“, gesunde MitarbeiterInnen, in einer sicheren und gesunden Arbeitswelt, in einer gesunden Umwelt“ (frei zit. nach Rudow B., 2004, S. 24).
BGM muss als eine „Einheit“ gesehen und damit ein ganzheitlicher Ansatz angestrebt werden, eine „Gesundheitskultur“ in Form von Werten, Regeln und Normen vereinbart und implementiert werden, im Einklang mit den anderen Zielen des Unternehmens, als Teil der Unternehmenskultur. Eine hohe Kompetenz der Führungskräfte in Gesundheitsfragen, wie im Führungsverhalten ist dazu essentiell.

BGM ist notwendig, weil:

a) in Zeiten der Globalisierung Betriebliches Gesundheitsmanagement einen Erfolgs- und Wettbewerbsfaktor darstellt (vgl. Mohn L., Pfarr H., 2000, S. 9).

b) der demographische Wandel das Verhältnis zwischen den älteren und jüngeren Menschen und damit auch zwischen den älteren und jüngeren ArbeitnehmerInnen erheblich verschieben wird.
Vgl. Quelle Internet 19: http://www.inqa-buero.de/, Zugriff 22.02.2008

Die Unternehmen benötigen ihre MitarbeiterInnen,

„[…]…länger gesund, qualifiziert, motiviert, zufrieden, teamfähig, innovativ, zuverlässig, engagiert, stressresistent, lernfähig, kommunikativ, flexibel, gewissenhaft, belastbar, durchsetzungsfähig, kundenorientiert, verantwortungsbewusst, u.v.m.“ (vgl. Salvaggio N., 2007, o.S.).

c) aus ökonomischen Aspekten Handlungsbedarf besteht:

- Hohe MitarbeiterInnenzufriedenheit und Eigenverantwortung
- Fehlzeiten-, Arbeitsunfähigkeitszeiten-, Absentismus - Reduktion
- Reduktion krankheitsbedingter Folgekosten, wie Leistungsminderung, Qualitätsabnahme, chronifizierte Krankheitszustände, usw.
- Steigerung der immateriellen Vermögenswerte (Organisationskapital)
- Humankapital und Humanvermögen als Teilbereiche des intellektuellen Kapitals (Unternehmensattraktivität, Best Talents), [vgl. Kapitel 4.5, S. 27]
- Kosten- und Wettbewerbsvorteile
- Strukturierte Verbesserungspotentiale
- Flexible mögliche Managementreaktionen
- gute Kunden- und Partnerbindung

Die Rahmenbedingungen für BGM stellen internationale Richtlinien, wie die Ottawa Charta (1986, S. 20f), die Luxemburger Deklaration (1997, S. 22f), die Lissabonner Vereinbarungen 2000 und 2001 (S. 23,24), bzw. die Barcelona Deklaration 2002 (S. 26) dar, aber auch die Nationalen Gesetzlichen Vorschriften (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Wien: „Sicherheit- und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz“ ASchG[19], Quelle Internet 20: http://www.arbeitsinspektion.gv.at, Zugriff 20.02.2008).

7.3.3.1 BGM-Policy Allianz - Elementar

Der Zweck und die Zielsetzungen, die Verantwortlichkeiten müssen als „Policy“ im Unternehmen festgehalten werden. Dies ist umso wichtiger, weil dadurch ein **“Health-Services-Standard“** festgeschrieben wird, andererseits die **Nachhaltigkeit** („sustainability“) der gesetzten Maßnahmen gewährleistet ist. Dabei ist den Grundsätzen des Unternehmens **(„alignment“)** Folge zu leisten. In den Policies muss der „Standard des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ dokumentiert und einsehbar für alle MitarbeiterInnen des Unternehmens gemacht werden.

[19] *„Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz“,* Herausgeber: Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Sektion Arbeitsrecht und Arbeitsinspektion, Favoritenstraße 7, A-1040 Wien. Ist Teil des Arbeitsrechtes und beinhaltet öffentlich-rechtliche Normen. Diesem Gesetz ist die Arbeitnehmerschutz-Rahmenrichtlinie (89/391/EWG) samt einer Vielzahl von Einzelrichtlinien auf EU-Ebene zugrunde gelegt. Das ASchG. gliedert sich in 2 große Bereiche: a) Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz b) Arbeitszeit- und Verwendungsschutz.

7.3.3.2 BGM-Unternehmenspolitik Allianz - Elementar

Aufgabengebiete im BGM als Führungsaufgabe im Unternehmen:

- BGM Policy (akkordiert mit Leitlinien und Guidelines)
- Personal- und Führungsorganisation („Hauptverantwortlichkeit“)
- Zielsetzungen, Zielformulierungen („Health-Services-Standard“)
- Planende und strukturierende Agenda
- Kontrolle und Steuerung, Interventionsplanung
- Kommunikation, Reporting, Auditing
- Qualitätsmanagement
- Interne und externe Marketingstrategie
- Evaluationsmaßnahmen

Betriebliche Unternehmenspolitik muss auf der Basis von vorhandenen Routinedaten aufbauen. Evaluation von Kennzahlen, Personal-, Leistungsentwicklung, Fehlzeitenanalysen, Organisations- und Arbeitsbedingungen, Arbeitsverhalten, usw. sind dabei heranzuziehen. Externe Daten, wie Arbeitsunfähigkeitsberichte seitens der Krankenkassen, Unfallstatistiken, usw. sind zusätzlich zu beachten. Daraus folgt eine **neue strategische Ausrichtung** des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.

7.3.3.3 BGM-Ressourcen Allianz - Elementar

Bei der Umsetzung des BGM ist das **„Commitment“** von Bedeutung. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist als Führungsaufgabe zu verstehen (Top-Down). Der Vorstandsbereich, Human Resources, die Arbeitsmedizinischen Dienste („Allianz Medical Service“), der Betriebsrat, die Marketing- und Kommunikationsabteilung, die Büroverwaltung, die Betriebsküchen GmbH, die Sicherheitsfachkräfte, die engagierten MitarbeiterInnen mit ihren Qualifikationen sind die „Ressourcen“ für das BGM. Darüber hinaus sollen alle anderen „quasi MitarbeiterInnen“, die mit dem Unternehmen involvierten Personen, wie Kunden, Zulieferer, externe Experten, Politiker, öffentliche Institutionen, usw. mit ins Boot genommen werden, entsprechend dem „Stake-holder-value-Prinzip“, als Teil der Unternehmenskultur.

7.3.3.4 BGM-Prozesse Allianz - Elementar

Für Prozesse, die im Betrieblichen Gesundheitssektor durchgeführt werden, gilt die **Festlegung einer konkreten Vorgangsweise**, wie sie in den übrigen Unternehmensbereichen als „standardisierte Prozesse“ in ihrem Ablauf implementiert sind.

- Zielfestlegung → gegenwärtige und zukünftige Handlungsfelder
- Qualitätsplanung → konkrete Arbeitsabläufe („Work-Procedures“), Kommunikationsmuster, Schnittstellenmanagement, Koordinierungs-management, Handbuch, Zuständigkeiten, Transparenz; etc.
- Umsetzung → Ressourcen, Mittel, Personal, Realisierung
- Lenkung und Steuerung der Prozesse → Vorgaben, Ergebnisse, Nachweise, Entwicklung
- Prozessbewertung → Kosten-Nutzenanalyse, Fehler, Zufriedenheit im Ergebnis, erfüllte Normen, Regeln, Messen, Analyse, Verbesserung, Reports und Audits

Neben der Verbesserung in der Arbeitsorganisation und deren Bedingungen wird in diesem Vorgehen auf den Qualitätsgedanken nochmals hingewiesen.
„[…]…Kunden bevorzugen immer häufiger Partner und Lieferanten mit dokumentierten Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen“ (zit. aus dem Vorwort des Regelwerks der AUVA-SGM, 2006, vgl. Fußnote 12, S. 40).

7.3.3.5 BGM-Handlungsfelder Allianz - Elementar

Die „Handlungsfelder“ des Betrieblichen Gesundheitsmanagements orientieren sich nach allgemeinen unternehmerischen Grundsätzen, also nach Evaluation und Diagnose [im Arbeitsfeld und Arbeitsumfeld, der Verf.], der Prävention und der Gesundheitsförderung (siehe S. 29 ff.).

Nachfolgend werden typische **Handlungsfelder** aufgezeigt, die im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) **von Bedeutung** sind. Didaktisch getrennt, in der praktischen Umsetzung fließen die Bereiche ineinander.

Alle Handlungsfelder beinhalten:

a) Planende Aktivitäten
b) Implementierende Aktivitäten
c) Präventivprogramme
d) Gesundheitsförderung
e) Kurative Medizin

Umsetzung in Form eines „Health-Standards“ in „standardisierten Prozessen“, wie im vorigen Kapitel beschrieben. Diese nachstehende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, soll aber die Komplexität des Aufgabengebietes dokumentieren.

a) Planende Aktivitäten:

- Statuserhebung von Belastungs- und Beanspruchungsprofilen
  → Arbeitsplatzevaluierungen, Arbeitsorganisation, Arbeitsablauf, Anforderungswandel, Belastungsprofile, Beanspruchungsfolgen
- Koordinierung durch eine informelle Stabstelle mit Hauptverantwortung
  → „Betriebliches Gesundheitsmanagement Allianz - Elementar“
- „Hardwareplanung“ →Räumlicher Bedarf, Einrichtungen, Geräte, etc.
- „Softwareplanung“ →Informationstechnologische Aufgaben
- Erste-Hilfe-Organisation
- Katastrophenmanagement
- Krisenstab
- Präventivprogramme
- Arbeitsplatz und Ernährung
- Kurative Medizin
- Gesundheitsprogramme → Bewegung, Antistress, etc.
- Gesundheitstage

- Gesundheitszirkel
- Sicherheitsausschusssitzung
- Rehabilitative Planung → Wiedereingliederung nach Krankheit
- Gesundheits-Coaching für Führungskräfte
- …

b) Implementierende Aktivitäten:

- Arbeitsgestaltung → Arbeitsplatzorganisation, Arbeitsablauf, Arbeitszeit, Arbeitsrhythmus
- Klima, Lärm, Beleuchtung, Elektrosmog
- Ergonomie am Arbeitsplatz
- Organisation des Medizinischen Dienstes → Recruiting Fachpersonal
- Fort- und Weiterbildung
- Räumliche und technische Basics
- Projektmanagement
- Projektplanung und Durchführung
- Projekt-Teamentwicklung und Teamgestaltung
- Information und Kommunikation
- Mitarbeiterbefragungen
- Einstellungsuntersuchungen
- Check, Korrektur, Verbesserung (PDCA-Zyklus nach Deming)
- Benchmarks[20]
- Zielvereinbarungsgespräche
- Wiedereingliederungsmanagement, Rückkehrgespräche
- …

[20] „Benchmarks“ gelten in vielen Bereichen der Wirtschaft als Leistungsnachweis. Eine Auseinandersetzung mit diesen Leistungskategorien ist wichtig. Ein Vorteil davon ist, damit einen Vorgang oder Prozess in einer „gemeinsamen Sprache“ ausdrücken zu können.

c) Präventivprogramme

Auf den Unterschied zwischen der Verhaltensprävention (VP) und der Verhältnisprävention (VäP) wird nochmals hingewiesen. Die Verhältnisprävention ist eine effektive Maßnahme, um positive Änderungen im Arbeitsprozess bewirken zu können, daraus können konsekutiv individuelle gesundheitsförderliche Änderungen initiiert werden (vgl. Joder K., S. 78). Im Settingkonzept gelten Betriebe als „Sub-setting“ (vgl. Kapitel 5.3, S. 41), deren Aufgabe es ist, eine „gesundheitsförderliche Lebenswelt“ zu gestalten.

• Vorsorgeuntersuchungen	VP
• Bewegungsprogramme → „Allianz Rückenschule“	VP
• Ausgleichsgymnastik	VP
• Betriebliche Sportaktivität	VP
• Antistressmanagement	VP
• Umgang mit psychischen Belastungen	VP
• Hebe- und Tragetraining	VP
• Gesunde Ernährung im Betrieb	VP
• Raucherentwöhnung, CO-Messungen	VP
• Impfberatungen	VP
• Beratung für Auslandsdienstreisen	VP
• Reiseberatung allgemein	VP
• Fit am Bildschirmarbeitsplatz, Sehtests	VäP
• Mitarbeiterbefragungen	VäP
• Arbeitsunfähigkeitsanalysen	VäP
• Seminare für Führungskräfte	VäP
• Moderation von Gesundheitsausschüssen	VäP
• Organisation von „Gesundheitstagen“	VäP
• …	

d) Gesundheitsförderung

Sie versucht, die psychische und physische Gesundheit der MitarbeiterInnen weiter positiv zu entwickeln, als Basis der Leistungsfähigkeit im Berufs-, wie im Privatleben.

- Gesundheitsprogramme
- Gesundheitstage
- Organisation von Vorträgen
- Infoveranstaltungen zu Gesundheitsthemen
- Einzelberatungen
- Informationsaktivitäten → E-Mails, Infobriefe, Seminare, Vorträge
- Wellness-Programme → Autogenes Training, Yoga, Fitness
- Gesundheitszirkel → Struktur und Organisation
- Aufklärung und Beratung → Infektionen, Hygiene, Wasser
- …

e) Kurative Medizin (ein Segment der Arbeitsmedizin)

Sie ist als Service- Einrichtung ein Teil der arbeitsmedizinischen Versorgung, sie verfolgt die Aufrechterhaltung, bzw. die Wiederherstellung der Gesundheit der MitarbeiterInnen. BGM ist aber umfassender und ganzheitlicher im Ansatz.

- Betriebsärztliche Tätigkeit
- Erste Hilfe bei akuten Erkrankungen und Notfällen
- Allgemein medizinische Beratung
- Krisenintervention
- Sucht- und Drogenberatung
- Labor und Funktionsdiagnostik
- Betreuung besonderer Mitarbeitergruppen → ältere, schwangere, erkrankte MitarbeiterInnen, Sportler, chronisch Erkrankte
- Schmerztherapie
- Diverse Impfungen

- Blutspendeaktionen
- Gesundheits-Coaching → Einzel-Coaching, Gruppen-Coaching
- Screeningprogramme → Blut, Harn
- Rehabilitationsmaßnahmen
- Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess
- …

7.3.3.6 BGM-Implementierung Allianz - Elementar „Health-Services-Standard“

Um diese Vielzahl von Teilprozessen in ein gesamtes sinnvolles Gesundheitsmanagement verbinden zu können, braucht es eines „Overview“ - Prozesses, in dem die **Rahmenbedingungen** geschaffen werden, um die nachgereihten Teilschritte praktisch umsetzen und implementieren zu können.

„Dazu gehören beispielsweise ein *klar definierter Auftrag,* eine Klärung darüber, *wer welche Ressourcen* (personell, materiell, zeitlich, etc.) einbringt und wie mit den *Ergebnissen von Arbeitsgruppen* (Gesundheitszirkeln, Workshops o.ä.) umgegangen werden soll“(vgl. Badura B., Ritter W., Scherf M., 1999).

Bei der Neuausrichtung des „Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ ist die Schaffung eines „Health-Services-Standards“ eine conditio sine qua non! Der **Standard regelt Quantität und Qualität** der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie die operative Abwicklung der dazu gehörenden Prozesse.

Teilprozesse:

- ⇨ Projektdesign
- ⇨ Projektvorbereitung
- ⇨ Realisierungsphase
- ⇨ Reflexionsphase

a) Projektdesign

- Zielformulierung → Warum, weshalb
- Auftrag und Verantwortlichkeit → Welche Akteure
- Aufgaben, Ressourcen, Zeitplan → Setting

b) Projektvorbereitung

- Definition, Umfang des Projekts → Abteilungen, Unternehmen
- Ablaufplan → zeitlicher Rahmen
- Detailprojekte → Teilschritte
- Struktur → Technisch und personell

c) Realisierungsphase

- Analyse des Ist-Zustandes → Ergebnisse, Diskussion
- Zieldefinition → Inhaltliche Übereinstimmung, Ressourcen, Ablaufplan, interne/externe Experten
- Intervention → Starterworkshop, Pilotprojekt, Befragungen, Gesundheits-zirkel, Aufbauorganisation, Ablauforganisation, Qualifizierungsmaßnahmen, Feedback, Kommunikation, Prozess-Lenkung, Controlling, Ergebnispräsentation
- Information → MitarbeiterInnen, Gremien
- Evaluation des Prozesses → Dokumentation, Reporting, Bewertung

d) Reflexionsphase

- Status der Implementierung
- Check, Re-Intervention, Korrektur, Weiterentwicklung → **Vision**

7.3.3.7 BGM-Rahmenbedingungen Allianz - Elementar

Um Betriebliches Gesundheitsmanagement erfolgreich implementieren zu können, müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden. BGM erfordert zielgerichtetes, auf Effizienz ausgerichtetes, geduldiges Arbeiten (vgl. Semmer N. K., Zapf D., 2004, S. 773-843, in Hogrefe; frei zitiert aus Ulich E., Wülser M., 2005, S. 138).

Für die Neuausrichtung und Neu-Implementierung Betrieblichen Gesundheitsmanagements müssen klare Rahmenbedingungen seitens der Unternehmensleitung und des Managements gegeben sein:

- Verankerung in den Leitlinien und Guidelines
- Ressourcenbereitstellung durch das Unternehmen
- Integration in Personalentwicklung
- Unterstützung aller Managementebenen, aller Führungskräfte
- Berücksichtigung aller relevanten Interessensgruppen (Partizipation)
- Konstanz in den Projekten (in Planung, Umsetzung, Evaluation)
- Aufmerksamkeit und Motivation
- Kommunikationsbereitschaft
- Kooperationsbereitschaft
- Qualitätsphilosophie
- Prompte Reaktion auf Veränderung von Rahmenbedingungen

8 Conclusio „Betriebliches Gesundheitsmanagement – Neu“ der Allianz - Elementar Versicherungs-AG

8.1 BGM – Neuausrichtung

Ziel ist es, ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu implementieren, das den Anforderungen der gegenwärtigen und auch der zukünftigen Arbeitswelt gerecht wird. Dieses Vorhaben zu realisieren, bedarf eines Prozesses[21], der in Gange gesetzt, weiter und ständig entwickelt werden muss. Die erfolgreiche Umsetzung der Kriterien analog der in dem Kapitel 7.3 (S. 86ff) besprochenen Items, entsprechen der Implementierung einer Neuausrichtung auf der Basis des bereits vorhandenen „Betrieblichen Gesundheitsmanagements“ (vgl. auch Ulich E., Wülser M., 2005, S. 381ff). BGM wird dabei als ein komplexes, differenziertes projektbezogenes Management-Tool verstanden (vgl. Kapitel 6, S. 43-81 und Kapitel 7, S. 82-99). Ziel ist es, im Schaffen eines „Health-Services-Standards“, notwendige Verbesserungspotentiale zu erzielen (vgl. Kapitel 7.2.3, S. 86) und einen maximalen „Benefit“ für MitarbeiterInnen und Unternehmen zu gewinnen.

- ► Qualitative Betriebliche Gesundheitspolitik als Unternehmensziel
- ► Qualifizierung / Sensibilisierung der Führungskräfte
- ► Ausbau der arbeitsmedizinischen Betreuung
- ► Ausbau der sicherheitstechnischen Betreuung
- ► Integration von BGM als Management-Tool
- ► Integration von Qualitätsmanagement
- ► Implementierung in der Hauptverantwortlichkeit des Arbeitsmediziners
- ► Vertikale und horizontale innerbetriebliche Kooperation
- ► Integrative Koordination, Kommunikation und Reporting
- ► Entwicklung eines „Health-Services-Standards“
- ► Implementierung des „Health-Services-Standards“
- ► Kontinuierliches Auditing, strategisches Planen
- ► Dokumentation des Benefit von BGF-Maßnahmen bezüglich Produktivität und Leistungssteigerung

[21] Anm., der Verf.: Auch die Aufklärung 1878 ist damals als Zäsur in der Geschichte verankert worden, der Prozess der Aufklärung ist aber ein kontinuierlich weitergehender, ein bis heute nicht und nie endender Prozess.

Konkretisiertes Vorgehen der Implementierung einer Neuausrichtung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Allianz - Elementar Versicherungs-AG , Österreich

- „Health-Services-Standard“: Genehmigung durch die Firmenleitung
- „Koordinationskompetenz“: Koordinator Betriebsärztlicher Dienst
- „Starter-Workshop“ mit allen Betriebsärztlichen Stellen des Unternehmens
- „Road Show“ zur Information von Führungskräften
- „Health-Plan“: Strategieerarbeitung durch alle am BGM beteiligten internen und externen Experten wie Betriebsärztlicher Dienst, Gesundheitszirkel, MitarbeiterInnen, inklusive Gesundheitsprogrammen mit Bedarfserhebung, Zielsetzung, Zielumsetzung und Zielereichung, Kosten-Nutzenanalysen, Kommunikations- und Kooperationsmodellen
- „Information“ an MitarbeiterInnen
- „Operative Umsetzung“ mittels Projektmanagement und Projektplan
- „Reporting“ und „Auditing“
- „Qualitätssicherung“ erfolgt nach „Evidence-Based-Medicine“

Fazit:

Ein gesundes Unternehmen steht und fällt mit der Gesundheit, besser gesagt der Leistungsfähigkeit, noch exakter formuliert, mit der Leistungsbereitschaft seiner MitarbeiterInnen, als wertvolles Glied in der Wertschöpfungskette. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein sehr komplexes Fachgebiet im Managementbereich jedes Unternehmens. Ausgehend von den demographischen Daten unserer Gesellschaft und den vorliegenden Kosten-Nutzenanalysen, lässt sich eine positive Entwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements und der Betrieblichen Gesundheitsförderung ableiten. Der Nutzen von BGM ist evident, eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit unter gleichzeitiger Förderung der MitarbeiterInnen widerspricht sich nicht. Das qualitative Element in allen Teilaspekten der Implementierung von BGM ist etablierte Gesundheitspolitik. Damit ist auch die Nachhaltigkeit der gesetzten Maßnahmen gewährleistet im Sinne eines „Benefit“ für alle Beteiligten.

8.2 Ausblick und Vision

Betriebliches Gesundheitsmanagement als

„Gemeinsame Verantwortung aller beteiligter Akteure“.

9 Literaturverzeichnis:

Aldana S., 2001, "*Financial impact of health promotion program: A comprehensive review of the literature",* American Journal of Health Promotion, 15(5), S. 296-320

Antonovsky A., *The salutogenetic perspective: toward a new view of health and illness.* Advances 4, No 1*,* 1987; S. 47-55

Antonovsky A., *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being,* 1979, San Francisco: Joe-Bass Publishers

Antonovsky A., *Unravelling the mystery of health*, 1987, San Francisco: Joe-Bass Publishers

Antonovsky A., 1997; Franke A. & Schulte N., (Übers.) *Salutogenese –Zur Entmystifizierung der Gesundheit,* Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen ISBN 3-87 159-136-X

Badura B., Ritter W., Scherf M., 1999, *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis,* Sigma Rainer Bohn Verlag

Badura B., Hehlmann Th., 2003, *Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation,* Springer Verlag

Bamberg E., Ducki A., Metz M. (Hrsg.), 1998, *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung,* Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen

Badura B., Ritter W., Scherf M., 1999, *Betriebliches Gesundheitsmanagement- ein Leitfaden für die Praxis,* Hans Böckler Stiftung, edition sigma

Barsky A. J., 1988, *„The paradox of health".* New Engl. J. Med. 318, S. 414-418

Bernhard M. G. & Hoffschröer S., (Hrsg.) 2003, *Report Balanced Scorecard: Strategien umsetzen, Prozesse steuern, Kennzahlensysteme entwickeln.* (3.überarb.Aufl.), Düsseldorf: Symbosion

Berrsem F., Höfer K., 2007, „*Personalwirtschaft*“, Zeitschriftenaufsatz; Band 34: S. 26-28

BKK Bundesverband / Europäisches Informationszentrum (Hrsg.), 1999a, *Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung,* Essen: BKK Bundesland

BKK Bundesverband / Europäisches Informationszentrum, 2002,: Barcelona *Deklaration zur Entwicklung einer guten Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung*, unter http://www.bkk.de

Breucker G., (Ed.) 2000, *Towards better health at work. Successful European strategies,* Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven

Breucker G. & Schröer A., 2000; “Health promotion in the workplace”*.* In International Union for Health Promotion and Education (Eds.), *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe: Part 2,* Evidence Book (2nd ed.), Paris: IUHPE

Bueren H., 2002, *Betriebliche Gesundheitsförderung,* Frankfurt/M,: Bund-Verlag.

Busch C., Huber E. & Themessl M., 1998, „Zum Stand betrieblicher Gesundheitsförderung in Österreich“. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisations-psychologische Methoden und Konzepte*, S. 445-453, Angewandte Psychologie, Göttingen

Buser H. et al., Bund für Lebensmittelrecht und Lebensmittelkunde e.V.(Hrsg.), 2000, *Leitfaden Qualitätsmanagement. Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements in Lebensmittelunternehmen auf Basis der neuen ISO 9000 ff.:2000,* Bonn; Institut für Lebensmittelwissenschaft und – information GmbH, S. 10

Christian P., Haas R., 1947, *Wesen und Formen der Bipersonalität. Grundlagen für eine medizinische Soziologie;* Beiträge aus der Allgemeinen Medizin, Bd.7, Enke, Stuttgart

Flamholtz E. G., 1974, *Human resource Accounting*, Kluwer, 3.Auflage

Friedel C., Röttger A., Schröer P., 2002 „*Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen",* in Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht Fb 946, Dortmund / Berlin

Grossmann R. / Scala K., 1994, *Gesundheit durch Projekte fördern*. München, Juventa Verlag

Helmenstein C., Hofmarcher M., Kleissner A., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A., 2004, „*Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung. Endbericht",* Studie im Auftrag des Bundeskanzleramts, Sektion Sport, Wien: Institut für Höhere Studien (IHS)

Joder K., 2007, *Betriebliche Gesundheitsförderung praktisch umsetzen – Erfolgs-faktoren, Stolperfallen, Bedarf*, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken
KNV 19 222 677 EAN 9783836414722 WG 17480

Kaplan R. S. & Norton D. P., 1992, "*The balanced scorecard – Measures that drive performance".* Harvard Business Review, January – February 1992, S. 71-79

Kaplan R. S. & Norton D. P., 1997, *Balanced Scorecard. Strategien erfolgreich umsetzen,* Stuttgart: Schäffer Poeschel

Kriener B., Neudorfer E., Künzel D., Aichinger A., 2004, „*Gesund durch Arbeitsleben. Empfehlungen für eine zukunfts- und alternsorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen“.* Studie von diepartner.at im Auftrag der WKÖ, unter: http://www.diepartner.at/downloads/pdf/BGFStudie.pdf

Lasshofer L., 2006, *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Salutogenese - Ressourcen erfolgreich nutzen und aufbauen,* VDM Verlag Dr. Müller

Lazarus R. S., & Folkmann S., 1984, *Stress, appraisal and coping,* New York; Springer

Letzel S., Panter W., Egler P., 2007, „*Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin“,* Zeitschriftenaufsatz; Band 42, Heft 4: S. 244-246

Litschka M., 2006, *„Assessment Model Plexus“,* Kompetenzzentrum für Humanvermögen, Klosterneuburg

Litschka M., “*Journal of Intellectual capital”,* Vol.7, N.21, 2006, S. 160-173; http://www.esmeraldinsight.com/1469-1930.htm

Mohn L., Pfarr H., 2000, Vorwort: *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement - Beispiele aus der Arbeitswelt,* Hrsg. Craes U. u.a., Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Pelikan J. M., 2007, „*Prävention und Gesundheitsförderung“,* Zeitschriftenaufsatz; Band 2, Heft 2: S. 74-81

Pfaff H., 2001, „Evaluation und Qualitätssicherung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements“. In H. Pfaff & W. Slesina (Hrsg.), *Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung* (S. 27-49), Wenheim: Juventa

Probst H.-J., 2001, *Balanced scorecard leicht gemacht. Warum sollten Sie mit weichen Faktoren hart rechnen,* Wien/Frankfurt: Wirtschaftsverlag Ueberreuter

Richter P. & Uhlig K., 1998, „Psychische Belastungen und Ressourcen in der Arbeit und Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Ansätze für eine betriebliche Prävention“. In Bamberg E., Ducki A. & Metz A.-M., (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Konzepte, S.* 407-422, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie

Rimann M., Udris I., 1993, „*Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich: Eine quantitative Studie (Bericht / Forschungsprojekt Salute, Personale und Organisationale Ressourcen der Salutogenese“; 3),* Zürich: Institut für Arbeitspsychologie, ETH Zürich

Ruckstuhl B., 2003, „*Prozessevaluierung als Teil der Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung: Qualität und Evaluation“.* Referat im Rahmen der 5. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz des FGÖ am 6. Juni 2003, St. Pölten, N.Ö.

Rudow B., 2004, *Das gesunde Unternehmen: Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Personalpflege in Organisationen,* R. Oldenburg Verlag, München - Wien

Salvaggio N., 2007, *Betriebliches Gesundheitsmanagement - Der ökonomische Nutzen der Unternehmen bei betrieblicher Gesundheitsförderung,* VDM Verlag Dr. Müller

Scala K., 1996, „Beiträge der Organisationsforschung zur Gesundheitsförderung“, S. 76 – 86 In: H. Lobnig / J. M. Pelikan, (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus,* Wien: Facultas Universitätsverlag.

Schunder-Tatzber S., 2007, „*Leistungsfähige MitarbeiterInnen in gesunden Unternehmen“,* Österreichische Akademie für Arbeitsmedizin, AAM, Klosterneuburg

Semmer N. K., Zapf D., 2004, „Gesundheitsbezogene Interventionen in Organisationen“. In Schuler H. (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich D, Serie III, Band 4, Organisationspsychologie, 2. Auflage, S. 773-843, Göttingen: Hogrefe

Simon W., 2001, „Die Qual der Wahl – das „richtige“ Qualitätsmanagement für die Gesundheitsförderung“. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BZgA (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention. Grundsätze, Methoden und Anforderungen*, Köln: BZgA

Sochert R., 1999, *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung,* Bremerhaven; Wirtschaftsverlag NW

Thiehoff R., 1999*,* „Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung als Teil effektiver Unternehmensführung“*.* In BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), *Möglichkeiten der Wirtschaftlichkeitsanalyse für Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 11-23). Essen: BKK Bundesverband und Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften.

Udris I., Frese M., 1999, „Belastung und Beanspruchung“. In C. Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie. Ein Lehrbuch, S.* 429-445, Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Udris I., Rimann M., Thalmann K., 1994, „Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen“. In B. Bergmann & Richter (Hrsg.), *Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie, S.* 198-215, Göttingen: Hogrefe

Uexküll Th. von et al.; 1990, *Psychosomatische Medizin,* 4.Auflage; Urban & Schwarzenberg

Ulich E., Wülser M., 2005, *Gesundheitsmanagement in Unternehmen - Arbeitspsychologische Perspektiven,* Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Gabler Th., 2.Auflage, GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden

Weber J. & Schäffer U., 2000, *Balanced scorecard & Controlling. Implementierung – Nutzen für Manager und Controller – Erfahrungen in Deutschen Unternehmen.* Wiesbaden: Gabler

Weizsäcker V.v., 1970, *Menschenführung, nach ihren biologischen und metaphysischen Grundlagen betrachtet,* Kleine Vandenhoeck-Reihe Nr.8, Göttingen 1955, 6.Auflage

Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1998): „Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, Ottawa, 1986“. In: Franzkowiak P., Sabo P. (Hg.): *Dokumente zur Gesundheitsförderung*. 2. Auflage, Verlag Peter Sabo, Mainz, S. 96-101

Zangemeister C., 2000, *Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse (EWA): Grundlagen, Leitfaden und PC-gestützte Arbeitshilfen für ein „3-Stufen-Verfahren“ zur Arbeitssystembewertung.* Bremerhaven: Wirtschaftsverlag N.W.

Zink K. J., 2004, *TQM als integratives Managementkonzept. Das EFQM Excellence Modell und seine Umsetzung,* 2.vollst. überarb. und erw. Auflage, München: Hanser

Zink K. J. & Thul M. J., 1998, „Gesundheitsassessment – ein methodischer Ansatz zur Bewertung von Gesundheitsfördermaßnahmen“*,* In Müller R. & Rosenbrock R. (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement. – Bilanz und Perspektiven*, Sankt Augustin: Asgard Verlag

10 Internetquellenangabe: Seite(n)

Quelle Internet 1:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html
Zugriff 10.02.2008 20
Quelle Internet 2:
http://portal.wko.at/wk/dok_detail_file.wk?AngID=1&DocID=455002&StID=226200
Zugriff 15.02.2008 22
Quelle Internet 3: http://europa.eu/scadplus/leg/de/cha/c10241.htm
Zugriff 15.02.2008 24
Quelle Internet 4: http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/123871.pdf
Zugriff 15.02.2008 24
Quelle Internet 5: http://www.enwhp.org
Zugriff 15.02.2008. 22,24
Quelle Internet 6: http://www.bkk.de
Zugriff 22.02.2008 26
Quelle Internet 7: http://www.equal-aeiou.at/Upload/DiplomArbeit_Birgit_Jung.pdf
Zugriff 23.06.2008 26,44
Quelle Internet 8: http://www.esmeraldinsight.com/1469-1930.htm
Zugriff 22.02.2008 27
Quelle Internet 9:
http://www.cchcr.com/admin/module/news/output/pdf/?file=HC+in+a+BE+Framework.pdf
Zugriff 16.02.2008. 28
Quelle Internet 10: http://www.diepartner.at/downloads/pdf/BGFStudie.pdf
Zugriff 27.02.2008 31
Quelle Internet 11: http://www.sport.uni-karlsruhe.de/ifss/rd_download/Ausarbeitung.pdf
Zugriff 23.02.2008 32
Quelle Internet 12: http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Downloads/uploads/dokumente/
1103_Vortrag_Martin_Thul.ppt
Zugriff 13.02.2008 35
Quelle Internet 13: http://www.iso.org/iso/home.htm
Zugriff 27.02.2008 36
Quelle Internet 14: http://www.move-europe.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/
qualitaetskriterien.pdf
Zugriff 12.07.2008 43

Quelle Internet 15:
http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/36/kriterien_415aaeb3bc5fe.pdf
Zugriff 12.07.2008 43
Quelle Internet 16:
http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/36/kriterien_415aaeb3bc5fe.pdf
Zugriff 23.06.2008 44
Quelle Internet 17: http://www.afa.at/una.austria/global2.htm
Zugriff 18.02.2008 82
Quelle Internet 18: http://www.allianz.com/azcom/dp/cda/0,,861601- 49,00.html
Zugriff 18.02.2008 83
Quelle Internet 19: http://www.inqa-buero.de/
Zugriff 22.02.2008 89
Quelle Internet 20: http://www.arbeitsinspektion.gv.at
Zugriff 20.02.2008 90

11 Abbildungsverzeichnis Seite

Abbildung 1: aus Thure von Uexküll, 1990, *Psychosomatische Medizin*, Urban & Schwarzenberg Verlag, S. 43 12

Abbildung 2: Vereinfachtes Belastungs-Ressourcen-Gesundheits-Modell 18
aus Rimann M. & Udris I., 1993, in Lasshofer L., 2006, *Betriebliches Gesundheits-management und Salutogenese,* VDM Verlag Dr. Müller, S. 37

Abbildung 3: *The Assessment Model: PLEXUS* 28
Quelle Internet 9:
http://www.cchcr.com/admin/module/news/output/pdf/?file=HC+in+a+BE+ Framework.pdf, Zugriff 16.02.2008

Abbildung 4: Prävention primär-sekundär-tertiär 32
Betriebliche Gesundheitsförderung in Großunternehmen, Humpfer St., Brendle D., Universität Karlsruhe; (mod. nach Rudow B., 2004, S. 21, Quelle Internet 21:
http://www.sport.uni-karlsruhe.de/ifss/rd_download/Ausarbeitung.pdf, S. 10, Zugriff 23.02.2008

Abbildung 5: Evaluationsmodell nach ENBGF 39
aus Ulich E., Wülser M., 2005, *Gesundheitsmanagement in Unternehmen – Arbeitspsychologische Perspektiven,* 2.Auflage, Verlag Dr.Gabler Th., GWC Fachverlage, GmbH, Wiebaden, S. 189

12 Abkürzungsverzeichnis

AKS	=	Allianz Call Center
ASchG	=	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
BÄD	=	Betriebsärztlicher Dienst
BGF	=	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	=	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BSC	=	Balanced Score Card
CSR	=	Corporate Social Responsibility
DIN	=	Deutsches Institut für Normung
EFQM	=	European Foundation for Quality Management
EG	=	Europäische Gemeinschaft
EN	=	Europäische Norm
ENBGF	=	Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
ENWHP	=	European Network for Workplace Health Promotion
EU	=	Europäische Union
FB	=	Fragebogen
GU	=	Großunternehmen
HR	=	Human Resources
ISO	=	International Organization for Standardization
KMU	=	Klein und Mittelunternehmen
KPI	=	Key Performance Indicator
KVP	=	Kontinuierliches Verbesserungspotential
MA	=	MitarbeiterInnen
NPOs	=	Non Profit Organizations
OECD	=	Organization for Economic and Co-operation and Development
OH	=	Occupational Health
o.ä.	=	oder ähnliches
o.S.	=	ohne Seitenangabe
PDCA-Zykl.	=	Plan-Do-Check-Act-Zyklus nach Deming
ROI	=	Return On Investment
s.o.	=	siehe oben

SOC	=	Sense of Coherence
TQM	=	Total Quality Management
u.a.	=	unter anderem
u.ä.	=	und ähnliches
usw.	=	und so weiter
u.v.m	=	und vieles mehr
UNO	=	United Nations Organization
VP	=	Verhaltensprävention
VäP	=	Verhältnisprävention
WHO	=	World Health Organization
WHP	=	Workplace Health Promotion
z.B.	=	zum Beispiel
[…]	=	Auslassungen des Verfassers

13 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kategoriencluster FB Teil 1 45
Tabelle 2: Auswertungsmodus FB Teil 1 46
Tabelle 3: Unternehmensgröße bezogen auf MA 56
Tabelle 4: BGF-Selbstbewertung abhängig von Unternehmensgröße 56
Tabelle 5: Gruppe 4 Unternehmen gegenüber allen anderen Unternehmen 57
Tabelle 6: Teilnahme an BGF im eigenen Unternehmen 63
Tabelle 7: Fachexperten für BGM/BGF 65
Tabelle 8: Integrierte Managementebenen in BGM/BGF 67
Tabelle 9: Handlungsfelder von BGF-Maßnahmen 68
Tabelle 10: Gründe für Nichtbedarfsabdeckung der BGF 69
Tabelle 11: Fort- und Weiterbildung in der BGF 72
Tabelle 12: Unternehmensgröße 75
Tabelle 13: Unternehmensstandort 76
Tabelle 14: Ergebnis-Diskurs 80,81

14 Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Gruppe 4-UN gegenüber allen anderen Unternehmen 57
Diagramm 2: Wichtigkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung 59
Diagramm 3: Teilnahme von MitarbeiterInnen in der BGF 59
Diagramm 4: Erreichungsgrad der MitarbeiterInnen 60
Diagramm 5: Gesondertes für BGF vorhandenes Personal 61
Diagramm 6: BGF-Aktivitäten intern u/o extern 62
Diagramm 7: Dauereigenschaften von BGF-Maßnahmen 63
Diagramm 8: Durchschnittliche Zeitdauer von BGF-Programmen 64
Diagramm 9: BGF-Organisation intern u/o extern 65
Diagramm 10: Fachexperten für BGM/BGF 66
Diagramm 11: Integrierte Managementebenen in BGM/BGF 67
Diagramm 12: Handlungsfelder von BGF-Maßnahmen 69
Diagramm 13: Gründe für Nichtbedarfsabdeckung der BGF 70
Diagramm 14: Verbindlicher Projektcharakter 70
Diagramm 15: Berichtsempfänger im BGM 71
Diagramm 16: Fort- und Weiterbildung in der BGF 72
Diagramm 17: BGF-Involvierung in der Arbeitsplatzgestaltung 73
Diagramm 18: BGF-Maßnahmen für ältere MA 74
Diagramm 19: Unternehmensgröße 76
Diagramm 20: Unternehmensprofil 77

15 Anhang

15.1 Anhang Einladungstext für Fragebogen

Sehr geehrter Herr/Frau Dr.

……..

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an einer Befragung der aktuellen Einbindung "**Betrieblichen Gesundheitsmanagements"** in Unternehmen teilzunehmen.
Eine Befragung im Rahmen meines Wirtschaftsmedizin-Studiums an der Donau-Universität Krems/Donau.
Den "Fragebogen" finden Sie als Excel-File im Dateianhang.

Die Befragung dauert in etwa 10 - 15 Minuten.
Ich bin mir des Zeitaufwandes bewusst und bedanke mich bereits im Voraus für Ihre Mühen.

Ein wichtiger Hinweis:
a) Speichern Sie bitte den Fragebogen im Dateianhang sofort mit "Speichern unter..." oder "speichern" (mit der rechten Maustaste - in einen beliebigen Ordner Ihrer Wahl ab). Bitte nicht direkt im Mail auf das Excel-File doppelt klicken!
b) Danach können Sie den "Fragebogen" wieder aufrufen.
(z.B. mit Windows Explorer oder Excel starten und unter "Datei öffnen" den Excel-File öffnen).
WICHTIG: wenn Sie den Fragebogen öffnen, erhalten Sie die Meldung, dass Makros enthalten sind.
Klicken Sie bitte **unbedingt "Makros aktivieren"** an - da sonst der Fragebogen nicht funktioniert!
c) Nach Beantwortung der Fragen werden diese erst durch "erneutes Speichern" als Antworten erfasst.
d) Dann rufen Sie Ihr Email-Programm auf und senden mir bitte ein E-Mail unter **gerhard.strohmaier@aon.at** mit dem beantworteten Fragebogen als "Dateianhang (attachment)" zurück (aus dem von Ihnen zu Beginn gewählten Ordner).

Alle Informationen werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken (Master Thesis). Es werden keinerlei unternehmensseitige Daten erfasst.

Für weitere Fragen stehe ich Ihnen gerne persönlich zu Verfügung,

Vielen Dank für Ihre geschätzte Unterstützung

Dr. Gerhard Strohmaier
Arzt für Arbeitsmedizin

Tel.: xxxxxxxxxxxx

E-Mail: gerhard.strohmaier@aon.at

Dieses E-Mail und allfaellig daran angeschlossene Anhaenge
enthalten Informationen, die vertraulich und ausschließlich
fuer den (die) bezeichneten Adressaten bestimmt sind.
Wenn Sie nicht der genannte Adressat sind, darf dieses
E-Mail samt allfaelliger Anhaenge von Ihnen weder anderen
Personen zugaenglich gemacht, noch in anderer Weise verwertet werden.
Wenn Sie nicht der beabsichtigte Empfaenger sind, bitten wir Sie,
dieses E-Mail und saemtliche angeschlossene Anhaenge zu
loeschen.

15.2 Anhang 2: Fragebogen Teil 1 und 2

Fragebogen – Evaluierung Betriebliches Gesundheits-Management

Einleitung - Vorwort

Mit dieser Befragung wird die aktuelle Einbindung der „Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)“ im Sinne einer Betrieblichen Gesundheitspolitik untersucht.

Die Befragung wird Sie in etwa 10 - 15 Minuten in Anspruch nehmen.
Wir sind uns des Zeitaufwands bewußt und bedanken uns im voraus!

Teil 1 des Fragebogens entspricht der Fassung des „Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF)“.
Teil 2 ergänzt in seinen Fragen den „Implementierungsgrad des Betrieblichen Gesundheits-Managements“ in Unternehmen.

An dieser Stelle danke ich allen Mitwirkenden, die mir durch das Ausfüllen der gestellten Fragen wertvolle Hilfe und Hinweise zu meinem Thema geben!

Herzlichen Dank!

Bitte kreuzen Sie einfach in den gestellten Fragen Ihre Auswahl an
und speichern danach den vollständig ausgefüllten Fragebogen auf Ihrem PC.

Danach senden Sie bitte in einem **neuen** Mail mit diesem File (Dokument)
als **Anhang** (attachement) an folgende E-mail-Adresse:

gerhard.strohmaier@aon.at

Für weitere Fragen stehe ich gerne zur Verfügung!

Dr. Gerhard Strohmaier

weiter zur Befragung

Befragung zur Master-Thesis

Teil 1 - "Fragebogen zur Selbsteinschätzung der WHP IN EUROPE"

(BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung)

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben **0%** aller Fragen beantwortet	**A = vollständig erreicht** **B = beträchtl.Fortschritte** **C = gewisse Fortschritte** **D = nicht begonnen**	Einleitung weiter Teil 2

Kapitel 1 besteht aus **a) bis f)** - beantworten Sie bitte alle.
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

1. Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmenspolitik

Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in bestehende Managementsysteme integriert ist.

a) Existiert eine schriftliche Unternehmensleitlinie für BGF, die sichtbar durch die Führungskräfte im Betrieblichen Alltag vertreten und gelebt wird?

Antwort ○A ○B ○C ○D

b) Werden Maßnahmen zur BGF in die bestehenden Organisationsstrukturen und –prozesse integriert?

Antwort ○A ○B ○C ○D

c) Werden geeignete Ressourcen (Finanzielle Ressourcen, Weiterbildungsmaßnahmen, sowie Freistellung von Mitarbeitern) für BGF-Maßnahmen zur Verfügung gestellt?

Antwort ○A ○B ○C ○D

d) Prüft das Management/die Unternehmensleitung regelmäßig und fortlaufend den Fortschritt betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen?

e) Wird BGF in Aus- und Weiterbildung (speziell der Führungskräfte) berücksichtigt?

f) Haben alle Mitarbeiter Zugang zu wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (z.B. Pausen- und Ruheräume, Kantine, Betriebssportangebote)?

weiter

Befragung zur Master-Thesis

Teil 1 - "Fragebogen zur Selbsteinschätzung der WHP IN EUROPE"

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben **0%** aller Fragen beantwortet	**A = vollständig erreicht** **B = beträchtl.Fortschritte** **C = gewisse Fortschritte** **D = nicht begonnen**	zurück weiter Teil 2

Kapitel 2 besteht aus **a) bis g)** - beantworten Sie bitte alle.
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

2. Personalwesen und Arbeitsorganisation

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

a) Verfügen alle Mitarbeiter über die notwendigen Kompetenzen (auch gesundheitlicher Art), um ihre Aufgaben zu bewältigen, bzw. erhalten sie Gelegenheit, diese Kompetenzen zu erwerben?

Antwort ○A ○B ○C ○D

b) Sind die Aufgaben so organisiert, dass systematische Über- und Unterforderung vermieden werden können?

Antwort ○A ○B ○C ○D

c) Werden durch geeignete arbeitsorganisatorische Maßnahmen Entwicklungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter geschaffen?

Antwort ○A ○B ○C ○D

d) Erhalten die Mitarbeiter die Gelegenheit, sich aktiv in Bezug auf betriebliche Gesundheitsfragen zu beteiligen?

Antwort ○A ○B ○C ○D

e) Werden die Mitarbeiter von ihren Vorgesetzten unterstützt und fördern sie einen Beitrag für ein gutes Arbeitsklima?

Antwort ○A ○B ○C ○D

f) Verfügt die Organisation über geeignete Maßnahmen zur Wiedereingliederung von (erwerbsgeminderten) Mitarbeitern bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach längerer Arbeitsunfähigkeit?

Antwort ○A ○B ○C ○D

g) Unterstützt die Organisation die Vereinbarkeit von Familie und Berufstätigkeit?

Antwort ○A ○B ○C ○D

zurück weiter

Befragung zur Master-Thesis

Teil 1 - "Fragebogen zur Selbsteinschätzung der WHP IN EUROPE"

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben **0%** aller Fragen beantwortet	**A = vollständig erreicht** **B = beträchtl.Fortschritte** **C = gewisse Fortschritte** **D = nicht begonnen**	zurück weiter Teil 2

Kapitel 3 besteht aus **a) bis c)** - beantworten Sie bitte alle.
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

3. Planung und betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.

a) Werden Maßnahmen zur BGF unternehmensweit geplant und kommuniziert?

Antwort ○A ○B ○C ○D

b) Basieren die Maßnahmen zur BGF auf einer sorgfältigen und regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse, die sich auf wichtige gesundheitsrelevante Informationen stützt: Arbeitsbelastungen, Gesundheitsindikatoren, subjektiv wahrgenommene Beschwerden, Risikofaktoren, Berufskrankheiten, krankheitsbedingte Fehlzeiten, Erwartungen aller betrieblichen Akteure, insbesondere der Beschäftigten?

Antwort ○A ○B ○C ○D

c) Sind alle Mitarbeiter durch geeignete Mittel der internen Öffentlichkeitsarbeit über die Vorhaben im Bereich der BGF informiert?

Antwort ○A ○B ○C ○D

zurück weiter

Befragung zur Master-Thesis

Teil 1 - "Fragebogen zur Selbsteinschätzung der WHP IN EUROPE"

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben **0%** aller Fragen beantwortet	**A = vollständig erreicht** **B = beträchtl.Fortschritte** **C = gewisse Fortschritte** **D = nicht begonnen**	zurück weiter Teil 2

Kapitel 4 besteht aus **a) bis b)** - beantworten Sie bitte alle.
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

4. Soziale Verantwortung

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

a) Hat die Organisation klar definierte Vorkehrungen (z.B. durch ein Umweltschutz-Management) getroffen, mit denen gesundheitsschädliche Auswirkungen auf Menschen und Umwelt begrenzt werden?

Antwort ○A ○B ○C ○D

b) Unterstützt die Organisation aktiv gesundheitsbezogene und soziale Initiativen?

Antwort ○A ○B ○C ○D

zurück weiter

Befragung zur Master-Thesis

Teil 1 - "Fragebogen zur Selbsteinschätzung der WHP IN EUROPE"

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben 0% aller Fragen beantwortet	A = vollständig erreicht B = beträchtl.Fortschritte C = gewisse Fortschritte D = nicht begonnen	zurück weiter Teil 2

Kapitel 5 besteht aus **a) bis e)** - beantworten Sie bitte alle.
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft und systematisch durchgeführt werden. Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene und Bezug auf die Unterstützung gesundheitsbezogener Initiativen ein.

a) Existiert ein Steuerkreis, eine Projektgruppe o.ä. für die Planung, Überwachung und Auswertung der BGF-Maßnahmen, in dem alle betrieblichen Schlüsselpersonen beteiligt sind?

Antwort ○A ○B ○C ○D

b) Werden alle für die Planung und Umsetzung erforderlichen Informationen (interne und externe) systematisch und regelmäßig zusammengetragen?

Artwort ○A ○B ○C ○D

c) Für alle Maßnahmen Zielgruppen und quantifizierbare Ziele festgelegt?

Antwort ○A ○B ○C ○D

d) Werden sowohl Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeits- und Organisationsgestaltung als auch Maßnahmen zur Förderung gesundheitsgerechten Verhaltens durchgeführt und sind diese Maßnahmen miteinander verknüpft?

Antwort ○A ○B ○C ○D

e) Werden alle Maßnahmen systematisch ausgewertet und kontinuierlich verbessert?

Antwort ○A ○B ○C ○D

zurück weiter

Befragung zur Master-Thesis

Teil 1 - "Fragebogen zur Selbsteinschätzung der WHP IN EUROPE"

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben **0%** aller Fragen beantwortet	**A = vollständig erreicht** **B = beträchtl.Fortschritte** **C = gewisse Fortschritte** **D = nicht begonnen**	zurück weiter Teil 2

Kapitel 6 besteht aus **a) bis d)** - beantworten Sie bitte alle.
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

6 Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung

Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel-, und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

a) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf die Kundenzufriedenheit (Produkte/Dienstleistungen) und ziehen Sie daraus Konsequenzen?

Antwort ○A ○B ○C ○D

b) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf die Mitarbeiterzufriedenheit (Arbeitsbedingungen/Arbeitsorganisation, Führungsstil und Beteiligungsmöglichkeiten, Arbeits- und Gesundheitsschutzvorkehrungen etc. und ziehen Sie daraus Konsequenzen?

Antwort ○A ○B ○C ○D

c) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf weitere Gesundheitsindikatoren, wie Krankenstand, Unfallhäufigkeit, Verbesserung von belastenden Arbeitsbedingungen, Anzahl eingereichter und umgesetzter Verbesserungsvorschläge, Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, Ausprägung relevanter Risikofaktoren etc. und ziehen Sie daraus Konsequenzen?

Antwort
○A ○B ○C ○D

d) Ermitteln Sie systematisch die Auswirkungen von BGF-Maßnahmen auf wirtschaftliche Ergebnisse (Fluktuation, Produktivität, Kosten-Nutzen-Bilanzen etc.), und ziehen Sie daraus Konsequenzen?

Antwort
○A ○B ○C ○D

ENDE des 1.Teils

weiter zu Teil 2

Befragung zur Master-Thesis

Teil 2 - Fragen zum Benchmarking

(BGF = Betriebliche Gesundheitsförderung)

Fortschritt:	Legende:	Steuerung:
Sie haben **0%** aller Fragen beantwortet	Kreise = Entw.-Oder-Auswahl eckige Kästchen = Mehrfach-auswahl blaue Felder = Zahleneingabe gelbe Felder = freier Text	Teil 1

Der **Teil 2** besteht aus den **Fragen 1 bis 27**.
Beantworten Sie bitte alle!
Den Gesamterledigungsgrad Ihrer Beantwortung können Sie oben unter **Fortschritt** ablesen.

Treffen Sie bitte mit Mausklick Ihre entsprechende Auswahl oder fügen Zahl oder Text ein.

Frage 1: **Wie wichtig schätzen Sie den Stellenwert der BGF in der Praxis ein?**

Antwort
- ○ nicht wichtig
- ○ weniger wichtig
- ○ wichtig
- ○ ziemlich wichtig
- ○ sehr wichtig

Frage 2: **Wie viel Prozent der MitarbeiterInnen erreichen Sie mit Ihren Präventions- und Gesundheitsförderprogrammen?**

Antwort
- ○ bis 25%
- ○ bis 50%
- ○ bis 75%
- ○ 100%

Frage 3: **Steht Ihnen ein Budget für BGF zur Verfügung?**

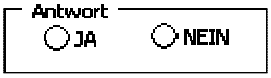
Wenn JA: ein fixes oder variables?

Wie hoch ist dieses pro 100 Mitarbeiter pro Jahr?

Mit Maus ins blaue Feld klicken und Wert eingeben

Wert:

Frage 4: **Steht Ihnen zur Planung und Durchführung von BGF ein gesondertes Personal zur Verfügung?**

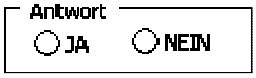


Wenn JA: gibt es dazu einen Schlüsselwert (Muster: 1 Mitarbeiter pro 100 MitarbeiterInnen), welchen?

Mit Maus ins blaue Feld klicken und Wert eingeben

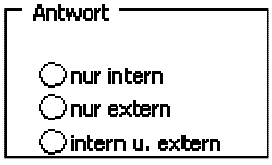
Wert:

Frage 5: **Gibt es für MitarbeiterInnen bei BGF-Programmen einen Selbstanteil zu tragen oder sind diese kostenfrei?**



Frage 6: **Sind die Aktivitäten der BGF in der Arbeitszeit oder in der Freizeit?**

Frage 7: **Finden die Aktivitäten der BGF im Unternehmen oder extern statt?**



Frage 8: **Geben Sie bitte den Prozentsatz des BGF-Charakters an (Gesamtsumme soll 100% ergeben):**

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

Antwort

Einzelaktionen: [ ] %

Dauercharakter: [ ] %

Summenkontrolle: [0] %

Bitte nicht vorhandene Prozentsätze mit 0 angeben / Felder nicht leer lassen!

Frage 9: **Wie hoch ist die Teilnahme an BGF in Ihrem Unternehmen?**

Antwort

- ◯ >10%
- ◯ 10% - 30%
- ◯ 30% - 50%
- ◯ 50% - 80%
- ◯ >80%

Frage 10: **Bieten Sie ein Bonusprogramm für die Teilnahme Ihrer MitarbeiterInnen an Aktivitäten der BGF an?**

Antwort

◯ JA ◯ NEIN

Frage 11: **Geben Sie die Häufigkeit der Dauer der Aktivitäten der BGF-Programme in Prozent an (Gesamtsumme soll 100% ergeben):**

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

Antwort

<3 Mon.:	%
<6 Mon.:	%
< 1 Jahr:	%
1 - 2 Jahre:	%
3 - 5 Jahre:	%
> 5 Jahre:	%
Summenkontrolle: 0	%

Bitte nicht vorhandene Prozentsätze mit 0 angeben / Felder nicht leer lassen!

Frage 12: **Wie organisieren Sie die Planung, Durchführung der BGF?**

Antwort
- ◯ intern (eigene MitarbeiterInnen)
- ◯ externe Personen
- ◯ interne und externe Personen

Frage 13: **Auf welche Fachkräfte greifen Sie in Ihren Aktivitäten der BGF zurück?**

(Mehrfachnennungen möglich)

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

Antwort
- ☐ ArbeitsmedizinerInnen
- ☐ arbeitsmedizinische AssistentInnen
- ☐ GesundheitsmanagerInnen
- ☐ SportwissenschafterInnen
- ☐ PhysiotherapeutInnen
- ☐ ErnährungswissenschafterInnen
- ☐ GesundheitsberaterInnen

sonstige:

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 14: **Gibt es in Ihrem Unternehmen ein Gremium, wo Aktivitäten der BGF speziell besprochen werden (Bsp. Gesundheitszirkel,…)?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Wenn JA: welche Managementebenen sind eingebunden?

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwort
- ☐ Vorstandsebene
- ☐ Human resources
- ☐ Büroverwaltung
- ☐ Sicherheits- u.Umweltmanagement
- ☐ Betriebsrat
- ☐ Marketing
- ☐ Betriebsküche
- ☐ Rechtsabteilung
- ☐ interessierte Mitarbeiter
- ☐ Organisationsentwicklung

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

sonstige: _____

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 15: **Gibt es einen Hauptverantwortlichen für den Bereich der BGF?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Wenn JA: wen?

Funktion/Stelle: _____

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 16: **In welchem Bereich der Prävention und BGF finden Ihre gesetzten Maßnahmen statt?**

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwort
- ☐ Alkohol und Drogen
- ☐ Antistressmanagement
- ☐ Arbeitsgestaltung
- ☐ Bewegung
- ☐ Ernährung und Gewicht
- ☐ Erste Hilfe und Notfallplanung
- ☐ Muskuloskelettaler Bereich
- ☐ Nichtraucherschutz
- ☐ Rehabilitation und Wiedereingliederung
- ☐ Soziale Verantwortung
- ☐ Umgang mit psychischen Belastungen
- ☐ Work Life Balance
- ☐ Vorsorgeaktivitäten und Screenings

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

sonstige: [ ]

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 17: **Bilden die bereits vorhandenen Aktivitäten zur BGF den tatsächlichern Bedarf ab?**

Antwort ○ JA ○ NEIN

Wenn NEIN: aus welchen Gründen nicht?

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwort
- ☐ Organisationsgründe
- ☐ Personelle Gründe
- ☐ Finanzielle Gründe
- ☐ Zetliche Gründe

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

sonstige: [ ]

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 18: **Haben Ihre Aktivitäten zur BGF verbindlichen Projektcharakter (Planung, Ablauf, Intervention und Durchführung, Erfolg)?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Frage 19: **Werden die Ergebnisse der BGF evaluiert und berichtet?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Wenn JA: wie, an wen?

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwort
- ☐ Audits
- ☐ Reports
- ☐ Vorstand
- ☐ Vorgesetzte
- ☐ Arbeitsmediziner
- ☐ Gesundheitszirkel
- ☐ Betriebsrat
- ☐ vertraulich
- ☐ nicht vertraulich

sonstige:

Frage20: **Bieten Sie eine Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsfragen für MitarbeiterInnen an?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Wenn JA: welche?

(Mehrfachnennungen möglich)

Antwort
☐ Vorträge
☐ Informationsveranstaltungen
☐ Gesundheitstage

bei den blauen und gelben Eingabefeldern einfach mit der Maus hineinklicken und Wert oder Text eingeben

sonstige:

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 21: **Werden bei Neu- oder Umgestaltung des Arbeitsplatzes in der Planung Gremien der BGF damit befasst?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Wenn JA: welche?

Bezeichnung:

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 22: **Gibt es ein spezielles Angebot für ältere MitarbeiterInnen?**

Antwort
○ JA ○ NEIN

Wenn JA: welche?

Bezeichnung:

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 23: **Was müsste anders sein, damit BGF besser umgesetzt werden könnte?**

Text:

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)
bei den blauen und gelben
Eingabefeldern einfach mit
der Maus hineinklicken und
Wert oder Text eingeben

Frage 24: **Welche Handlungsfelder der BGF in der Zukunft sehen Sie?**

Text:

(Bitte **keine Sonderzeichen** wie + - oder = eingeben!)

Frage 25: **Wie viele MitarbeiterInnen beschäftigt Ihr Unternehmen?**

Antwort
- ◯ < 100
- ◯ 100 - 250
- ◯ 250 - 500
- ◯ 500 - 1000
- ◯ 1000 - 2500
- ◯ 2500 - 5000
- ◯ > 5000

Frage 26: **Wo ist Ihr Unternehmensstandort?**

Antwort
◯ Großstadt ◯ Bundesland

Frage 27: **Wo liegt das Hauptbetätigungsfeld Ihres Unternehmens?**

Antwort
◯ Produktion ◯ Verwaltung/Büro

ENDE der BEFRAGUNG

Bitte speichern Sie Ihr Excel-File jetzt ab (am einfachsten das Fenster mit dem x rechts oben schließen) und danach die Frage, ob gespeichert werden soll, mit JA beantworten.

Danach eröffnen Sie bitte ein neues Mail, fügen das beantwortete, gespeicherte Excel-File als Anhang (attachment) an und senden dieses bitte unter gerhard.strohmaier@aon.at an mich zurück.

Vielen Dank für Ihre Mühen

Dr. Gerhard Strohmaier

Finis

Impressum:

Dr. Gerhard Strohmaier
Arzt für Arbeitsmedizin
Arzt für Allgemeinmedizin

Fortbildungsdiplome
der Österreichischen Ärztekammer für:
Arbeitsmedizin
Akupunktur
Manuelle Medizin
Psychosoziale Medizin
Psychosomatische Medizin
Psychotherapeutische Medizin

Seit 1987 als Arbeitsmediziner tätig in der
Generaldirektion der Allianz - Elementar Versicherungs-AG in Wien

Kontakt:
gerhard.strohmaier@aon.at
http://www.gerhard-strohmaier.com