



JOHANNES KEPLER
UNIVERSITÄT LINZ | JKU

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Mag.^a rer.soc.oec.

im Diplomstudium Sozialwirtschaft an der Johannes Kepler Universität Linz

Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

**Praxisbezogene Betrachtung der Implementierung eines
Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)
im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM)**

Eingereicht bei

Univ.-Prof. Dr. Josef Weidenholzer

vorgelegt von

Sabine Praher

Linz, Juni 2014

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen lieben Menschen bedanken, die mich während des Studiums unterstützt, ermutigt und in schweren Zeiten beigestanden haben.

Insbesondere meinen Kindern Carina, Benjamin und Emil für ihr Verständnis in dieser Zeit.

Meinen Eltern, besonders meiner Mutter Edeltrud, für ihre emotionale und praktische Unterstützung in der Kinderbetreuung.

Meinem Lebenspartner Gerhard, welcher mich mit viel Geduld und Güte durch alle Prüfungszeiten begleitet hat.

Meinen neu gewonnen Studienfreundinnen Rafaela und Bernadette für anregende Diskussionen und vergnügliche Stunden, sowie meinen ArbeitskollegInnen für ihre Geduld in der Endphase des Studiums.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Magisterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt bzw. die wörtlich oder sinngemäß entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die vorliegende Diplomarbeit ist mit dem elektronisch übermittelten Textdokument identisch.

Leopoldschlag, im Juni 2014

Sabine Praher

Abstract/Kurzfassung

Durch krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeitszeiten entstehen allen Beteiligten Kosten: den MitarbeiterInnen, den Unternehmen und der Volkswirtschaft. Um langzeiterkrankte MitarbeiterInnen wieder gut in das Unternehmen integrieren zu können, um Know-How zu erhalten aber auch um abwesenheitsbedingte Kosten zu reduzieren, ist es erforderlich in den Unternehmen Unterstützungsangebot z. Bsp. in Form eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) zu implementieren. Diese Angebote sollen es den MitarbeiterInnen ermöglichen nach langen Krankenständen wieder ihren Fähigkeiten entsprechend in den Arbeitsprozess eingegliedert zu werden und erneuter Arbeitsunfähigkeit vorbeugen. Die Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagement kann durch bereits vorhandene innerbetriebliche Strukturen und Prozesse unterstützt werden.

Mit Hilfe einer ausführlichen Literaturrecherche zum Themenbereich Betriebliches Gesundheitsmanagement und der Analyse der idealtypischen Abläufe im ArbeitnehmerInnenschutz, der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie des Betrieblichen Gesundheitsmanagements konnten bereits vorhandene Strukturen und Prozesse in Unternehmen identifiziert und zusammengeführt werden, welche die Einführung eines BEM unterstützen aber auch jene aufgezeigt werden, welche neu geschaffen werden müssen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
1.1	Bisheriger Forschungsstand	9
1.2	Ziel und Forschungsdesign	10
2	Begriffsabgrenzungen	12
3	Integriertes Gesundheitsmanagement	16
3.1	Sichtweisen des Betriebliches Gesundheitsmanagements	16
3.2	Strukturen.....	18
3.3	Prozesse.....	18
3.4	Kosten und Nutzen.....	22
4	ArbeitnehmerInnenschutz (AS)	26
4.1	Entwicklung und gesetzliche Regelungen	26
4.2	Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen	27
4.3	Strukturen und Prozesse im Arbeitsschutz.....	29
4.4	Idealtypischer Ablauf.....	31
4.5	Erkenntnisse aus der österreichischen Praxis.....	40
5	Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	42
5.1	Entwicklung und gesetzliche Regelungen	42
5.2	Strukturen und Prozesse im BGF	46
5.3	Idealtypischer Ablauf.....	46
5.4	Erkenntnisse aus der österreichischen Praxis.....	55
6	Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)	59
6.1	Entwicklung und gesetzliche Regelungen	59
6.2	Vom Krankenstandsmanagement zum BEM.....	59
6.3	Rehabilitation vor Pension	66
6.4	Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension.....	68
6.5	Fit2work	72
6.6	BEM in Deutschland	74
6.7	Strukturen und Prozesse im BEM	75
6.8	Idealtypischer Ablauf.....	76

7	Ergebnisse	84
7.1	Inhalte eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements	84
7.2	Beantwortung der Forschungsfrage	88
7.3	Diskussion	89
8	Literaturverzeichnis.....	100

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Betriebe und Beschäftigte nach Unternehmensstruktur	11
Abbildung 2: Systematisches Gesundheitsmanagement	17
Abbildung 3: Verhältnis Generalisierbarkeit/Kosten in unterschiedlichen Präventionsstufen .	23
Abbildung 4: Verlauf Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten von 2000 bis 2012.....	28
Abbildung 5: Unterstützung im AN-Schutz durch Institutionen.....	29
Abbildung 6: Planung und Umsetzung der Evaluierung	32
Abbildung 7: Das innerbetriebliche Arbeitsschutzsystem	34
Abbildung 8: 5-Stufen-Modell Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	47
Abbildung 9: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer.....	61
Abbildung 10: Neuzugang von Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen	71
Abbildung 11: fit2work - Betriebsberatung	73
Abbildung 12: Prozessstruktur BEM.....	76
Abbildung 13: BEM-Einleitung	77
Abbildung 14: Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil	79
Abbildung 15: Methoden der Situationsanalyse.....	80
Abbildung 16: Vorgehen in der Maßnahmenplanung	81
Abbildung 17: Ablauf Maßnahmenumsetzung	81
Abbildung 18: Ablauf Maßnahmenabschluss	82
Abbildung 19: Gesundheitspolitik im Unternehmen.....	84
Abbildung 20: Darstellung Strukturen und Prozesse im BGM	87
Abbildung 21: Steuergruppe Prävention	90
Abbildung 22: Verknüpfbare Prozesse.....	92
Abbildung 23: Übergreifende Begleitprozesse	94

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Abgrenzung personen- und bedingungsbezogene Interventionen.....	13
Tabelle 2: Wirkungsebenen und Nutzenpotentiale des BGM	20
Tabelle 3: Ebenen der Evaluation.....	22
Tabelle 4: Gesundheitszirkelmodelle	52
Tabelle 5: Interne und externe Marketinginstrumente	54
Tabelle 6: Durchgeführte gesundheitsfördernde Maßnahmen, gewichtet (n=110).....	57
Tabelle 7: Klassischer Arbeitsschutz vs. Betriebliche Gesundheitsförderung.....	58
Tabelle 8: Fehlzeitenmanagement vs. BEM.....	65
Tabelle 9: Hemmende und fördernde Merkmale einer Re-Integration	66

Abkürzungsverzeichnis

ABGB	Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch
AG	ArbeitgeberInnen
AMD	Arbeitsmedizinischer Dienst
AN	ArbeitnehmerInnen
AngG	Angestellten-Gesetz
ArbIG	Arbeitsinspektionsgesetz
AS	ArbeitnehmerInnenschutz
ASA	Arbeitsschutzausschuss
ASchG	ArbeitnehmerInnenschutzgesetz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B-BSG	Bundes-Bedienstetenschutzgesetz
BBRZ	Berufliches Bildungs- und Rehabilitationszentrum
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BR	BetriebsrätIn
BSB	Bundesamt für Soziales und Behindertenwesen
DOK-V	Verordnung über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
IV	Industriellenvereinigung
MA	MitarbeiterInnen
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖKfBGF	Österreichische Kontaktstelle für BGF
SGMS	Sicherheits- und Gesundheitsschutzmanagementsystem
SFK-VO	Verordnung über die Fachausbildung der Sicherheitsfachkräfte
SVP	Sicherheitsvertrauensperson
SVP-VO	Verordnung über die Sicherheitsvertrauenspersonen
WK	Wirtschaftskammer

1 Einleitung

Die steigende Lebenserwartung, durch verbesserte Arbeitsbedingungen und medizinischer Errungenschaften, sowie die abnehmende Fertilität werden sich zukünftig auch in der Altersstruktur der Erwerbspersonen manifestieren. Das Erwerbspotential wird schneller altern. (Mayerhofer et al. 2010, S. 8ff) Durch bessere Arbeitsbedingungen sowie technische und organisatorische Weiterentwicklungen sind effektive Arbeitsabläufe bereits in vielen Bereichen vorhanden und die Leistung der MitarbeiterInnen entwickelt sich zum entscheidenden Wettbewerbsvorteil für die Unternehmen. (Jancik 2002, S. 13)

Laut Huber (2010, S. 6) wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (von 15 bis 64 Jahren), trotz Zuwanderung, ab 2020 (Statistik Austria 2014 Prognose: 4.159.697 Erwerbspersonen) sinken und bereits im Jahr 2030 (Statistik Austria 2014 Prognose: 4.052.863 Erwerbspersonen) unter dem Erwerbsniveau des Jahres 2010 liegen. Neben den Maßnahmen das sinkende Erwerbspotential mit Hilfe von Migration, steigender Fertilität und Frauenarbeit zu heben, wird auch die Gruppe von älteren Erwerbspersonen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt. Um das Erwerbspotential der Älteren zu erhöhen ist eine breit angelegte Politikinitiative notwendig. Die Öffentlichkeit muss zu diesem Thema sensibilisiert und die Arbeitsfähigkeit durch gesundheitsverträgliche Gestaltung der Arbeitsbedingungen erhöht werden. Dabei soll die Beschäftigungsfähigkeit durch Weiterbildung aufrechterhalten und gefördert werden und eine Anpassung der Arbeitsbedingungen an die Bedürfnisse älterer ArbeitnehmerInnen erfolgen. (Huber 2010, S. 81ff) Eine weitere gesundheitspolitische Maßnahme bilden Präventionsmaßnahmen um krankheitsbedingte Kündigungen vorzubeugen. Dies kann in Form von Beratungsdienstleistungen durch die Kranken- und Pensionsversicherungsträger an die Unternehmen herangetragen werden. (Huber et al. 2010, S. 40) Im Rahmen einer Expertenkommission wurden Vorschläge für eine zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik vorgelegt und dabei festgestellt das dieser Bereich „*eine politisch schwierige und fachlich komplexe Aufgabe*“ (Bertelsmann Stiftung 2004, S. 11) darstellt und im Besonderen zwei Dimensionen zu berücksichtigen sind: „*die Bedeutung der Unternehmenskultur und Führung einerseits und [...] Mitbestimmung und Partizipation der Beschäftigten andererseits*“. Die Expertenkommission empfiehlt daher präventive sowie ganzheitliche Ansätze für die Umsetzung einer ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitspolitik.

1.1 Bisheriger Forschungsstand

Der betriebliche Ansatz des Eingliederungsmanagements oder der betrieblichen Wiedereingliederung ist in der österreichischen Forschungslandschaft noch selten zu finden. Vereinzelt beschäftigen sich Abschlussarbeiten mit diesem Bereich. Erste Projekte wurden initiiert und befassen sich mit diesem Themenbereich, darunter auch das laufende Projekt fit2work Betriebsberatung. Dies wurde jedoch erst 2012 initiiert und liefert noch keine Ergebnisse über den Ablauf und die Wirkungen von Eingliederungsmaßnahmen in den Unternehmen. Die bereits vorhandenen Forschungen stützen sich auf Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation, welche jedoch vorrangig nicht im Rahmen von Unternehmen sondern institutionalisiert durchgeführt werden. Eine Verschiebung der beruflichen Rehabilitation erfolgte aber in den letzten Jahren und nimmt die Unternehmen nun mehr in die Verantwortung. (Sepp et al. 2009, S. 4) Es wurde festgestellt, dass ein unternehmensnaher Ansatz immer häufiger die traditionelle berufliche Rehabilitation ablöst, aber auch, dass eine Zusammenarbeit der institutionalisierten Rehabilitation mit den Unternehmen nur durch gesetzliche Verordnungen möglich sei. (ebd., S. 108)

In Deutschland ist die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dieser Thematik durch die gesetzliche Verankerung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements im Sozialgesetzbuch, SGB IX, §84 Abs. 2, seit 2004 bereits fortgeschrittener. Die Beschäftigung mit der Entwicklung und Umsetzung eines erfolgreichen Betrieblichen Eingliederungsmanagements wurde bereits durch mehrere Universitätsinstitute begleitet und evaluiert. Dabei werden spezifische Branchen oder Unternehmensgrößen betrachtet und hemmende und unterstützende Faktoren untersucht, aber auch Kosten und Nutzen herausgearbeitet. In diesen Forschungen wird BEM als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagement neben der Betrieblichen Gesundheitsförderung und dem auch in Deutschland gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutz dargestellt. Wie eine optimale Implementierung eines erfolgreichen BEM-Projektes in die bereits vorhandenen Strukturen und Prozesse erfolgen kann, wird darin nur ansatzweise dargestellt.

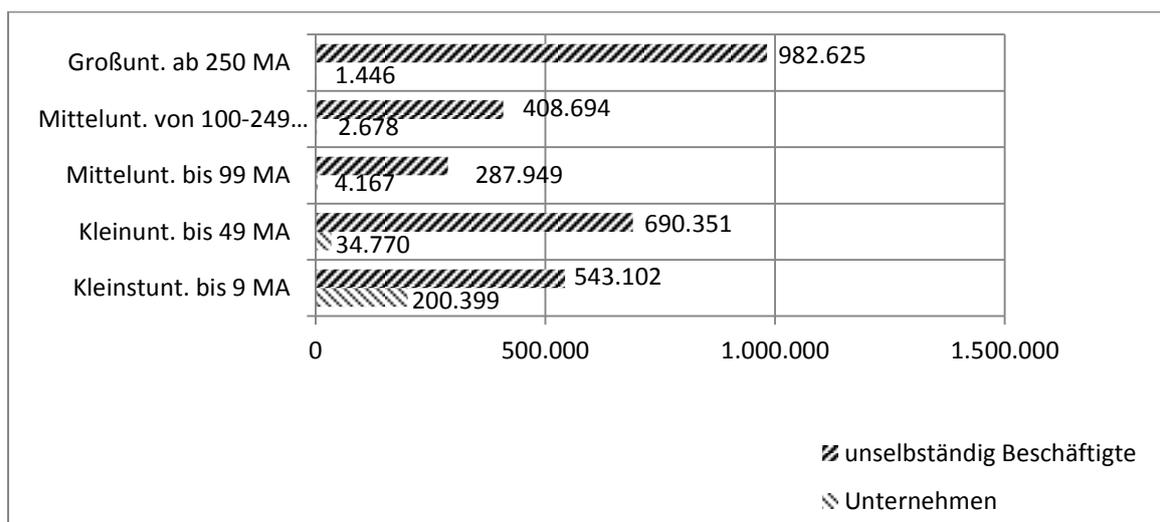
1.2 Ziel und Forschungsdesign

Aufgrund der neuen gesetzlichen (AGG) und gesellschaftlichen (demografischen) Entwicklungen ist es sinnvoll eine praxisbezogene Betrachtung der Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) im Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) vorzunehmen. Dies führt zu folgenden Fragestellungen:

- **Inwieweit unterstützen die in Unternehmen bestehenden Strukturen und Prozesse ArbeitgeberInnen bei der Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)?**
- **Welche Strukturen und Prozesse müssen neu geschaffen werden?**

Diese Fragen zielen auf die Analyse und eine systematische Zusammenführung von Strukturen und Prozessen des gesetzlich vorgeschriebenen ArbeitnehmerInnenschutzes und der in den Unternehmen freiwillig durchgeführten und von den Krankenkassen unterstützten Maßnahmen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung um eine dritte, neu identifizierte Dimension des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, der betrieblichen Wiedereingliederung. Es sollen mögliche Synergien der drei Dimensionen aufgezeigt werden um Parallelstrukturen zu vermeiden, aber auch Grenzen und damit neu zu schaffende Strukturen und Prozesse. Die Fragestellungen werden durch eine komplexe Literaturrecherche sowie einer Analyse der idealtypischen Strukturen und Prozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement erarbeitet.

Diese Arbeit konzentriert sich auf Mittel- und Großunternehmen mit einer Unternehmensgröße ab 100 MitarbeiterInnen. Diese Grenze wurde aufgrund der vorhandenen Strukturen und Prozesse gewählt, die in den Unternehmen erst ab dieser Größe vorgeschrieben sind. In kleinen und mittleren Unternehmen müssen die nicht vorhandenen personellen wie auch eine fehlende multiprofessionelle Infrastruktur durch überbetriebliche ersetzt werden. Dementsprechend müssen auch Organisationabläufe und Teamzusammensetzungen modifiziert werden. (Kaiser et al. 2003, S. 4f) Kleine Betriebe (bis 50 MitarbeiterInnen) werden in Österreich durch die AUVA sowie die Krankenkassen entsprechend unterstützt und werden daher nur Teile der vorgestellten idealtypischen Abläufe in ihren Betrieben implementieren.

Abbildung 1: Betriebe und Beschäftigte nach Unternehmensstruktur

Quelle: WKO 2014, Hauptverband der österr. Sozialversicherungen, eigene Darstellung

Wie in oben dargestellter Abbildung ersichtlich ist, gibt es in Österreich eine stark ausgeprägte Unternehmensstruktur von Kleinst- und Kleinunternehmen. Die Kleinstunternehmen bis 9 MA betragen 200.399 Unternehmen welche 543.102 MitarbeiterInnen beschäftigen. Das sind 18% der unselbständig Erwerbstätigen. Kleinunternehmer bis 49 MitarbeiterInnen beschäftigen rund 24%, Mittelunternehmen bis 99 MitarbeiterInnen circa 10%. Mittlere Unternehmen ab 100 bis 249 MitarbeiterInnen beschäftigen 14% und Großunternehmen 34% der unselbständig Erwerbstätigen. Kleinstunternehmen können aufgrund der geringen ArbeitnehmerInnenzahl keine der nachfolgend genannten Strukturen implementieren und führen eher Einzelmaßnahmen durch. Die Beschäftigten in Unternehmen ab 100 Personen und Großunternehmen von insgesamt 38% sind die Zielgruppe dieser Arbeit. Die Beschäftigten in Kleinen und Mittleren Unternehmen bis 99 Personen machen 34% der Gesamtbeschäftigten aus. Diese Gruppe ist nicht Gegenstand dieser Arbeit, sollte jedoch aufgrund der Anzahl der Beschäftigten in weiteren Forschungen berücksichtigt werden.

Die dargestellten Abläufe werden als idealtypische Abläufe dargestellt. Durch die unterschiedlichen Branchen und Abläufe sowie die Größe der Unternehmen ist bei der Umsetzung eines BGM auf die betriebsspezifischen Merkmale zu achten. Ein wissenschaftlich erarbeiteter Ablauf kann daher immer nur eine Richtschnur sein, an der die betriebliche Implementierung sich anlehnt.

2 Begriffsabgrenzungen

Nachfolgend werden einige Begriffserklärungen vorgenommen und abgegrenzt, welche in den verschiedenen Elementen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements wiederholt auftreten.

Absentismus - Präsentismus

Absentismus bedeutet, „*dass Arbeitnehmer krankheitsbedingt ihrer Beschäftigung nicht nachgehen können*“. Präsentismus beschreibt die Tatsache, „*dass Arbeitnehmer ihrer Beschäftigung nachgehen, obwohl sie gesundheitlich eingeschränkt sind*“. (Theurl 2012, S. 3) Forschungsergebnisse zeigen, dass die Kosten des Präsentismus die Kosten von Absentismus übersteigen können. (Weiherl et al. 2007, S. 314) Präsentismus ist stark mit der Konjunktorentwicklung verbunden. Bei einer Verschlechterung der Arbeitsmarktsituation entscheiden sich ArbeitnehmerInnen häufiger, durch die Angst des Verlustes des Arbeitsplatzes, mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeiten zu gehen. Besonders häufig tritt Präsentismus in Verbindung mit einer Mitverantwortung für Mitarbeitende, wenn Arbeit bei Abwesenheit nicht erledigt wird sowie bei schwierigen Arbeitsmarktbedingungen auf. Desweiteren geht die gesellschaftliche Akzeptanz soweit, dass körperliche Beschwerden als Krankenstandsgrund anerkannt werden, psychische Erkrankungen jedoch nicht. (Weiherl et al. 2007, S. 311ff)

Salutogenetische und pathogenetische Denkrichtung

Die pathogenetische Denkrichtung interessiert sich für die Ursachen von Krankheiten, die salutogenetische Richtung beschäftigt sich mit den gesundheitserhaltenden Prozessen. (Ulich/Wülser 2012, S. 37f) Der von Aaron Antonovsky geprägte Begriff der Salutogenese geht von einem Austausch- und Anpassungsprozess zwischen Individuum und Umwelt aus. Das individuelle Lebens- und Gesundheitskonzept jedes Menschen bezeichnet Antonovsky als Konzept des Kohärenzsinn. (Scharinger 2006, S. 139) Die salutogenetische Richtung bildet die Grundlage der betrieblichen Gesundheitsförderung. Diese betrachtet Faktoren die die Gesundheit beeinflussen und erhalten. Dabei handelt es sich um eine Fokussierung auf die Ressourcenstärkung während bei der pathogenetischen Richtung der primären, sekundären und tertiären Prävention die Fokussierung auf Risikosenkung (Krankheitsprävention) gelegt wird. Diese Ansätze stellen jedoch keine sich ausschließenden Formen dar, sondern unterstützen sich gegenseitig wie auch die Arbeitspsychologie bestätigt. (Ropin 2006, S. 80, Geißler-Gruber 2006, S. 126)

Verhaltens- und Verhältnisprävention

Als Verhaltensprävention werden personenbezogene Maßnahmen bezeichnet, welche die Gesundheit durch das persönliche Verhalten fördert. Bei Verhältnisprävention handelt es sich um bedingungsbezogene Maßnahmen die durch eine Veränderung der Arbeitsbedingungen Gesundheit fördert bzw. Fehlbelastungen verringert. (Kaminski 2013, S. 63)

Tabelle 1: Abgrenzung personen- und bedingungsbezogene Interventionen

	Personenbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
Bezogen auf	Einzelne Personen → individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen → strukturorientiert
Beispiele für Maßnahmen	Rückenschule, Stressimmunisierungstraining	Vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	Individuelles Verhalten	Organisationales, soziales und individuelles Verhalten
Personenbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	Positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
Wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	Kurz- bis mittelfristig	Mittel- bis langfristig

Quelle: Ulich/Wülser 2012, S. 16

Gesundheitsförderung und Prävention

Die betriebliche Gesundheitsförderung stärkt die Gesundheitskompetenzen der Organisationsmitglieder und setzt Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisförderung, um die Beschäftigungsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu erhalten. (Kaminski 2013, S. 62) Als Prävention gelten Strukturen und Prozesse die Krankheiten und Gesundheitsrisiken verringern und verhindern, sowie deren Früherkennung. Es erfolgt die Unterscheidung in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention. Die primäre Prävention soll Schädigungen durch Unfälle, Vergiftungen (äußere Schädigungen) und dgl. vermeiden, aber auch personenbezogene Risiken verringern. Die sekundäre Prävention soll durch frühzeitige Erkennung und Behandlung Erkrankungen einschränken und die tertiäre Prävention beabsichtigt Folgeschäden zu vermeiden oder zu mildern (Rehabilitation). (Jancik 2002, S. 95)

Gesundheit und Krankheit

Gesundheit wird im Sinne der Betrieblichen Gesundheitsförderung, gemäß der Luxemburger Deklaration an der Definition des Gesundheitsverständnisses der WHO (1946) angelehnt, welche Gesundheit als umfassendes körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden darstellt. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 83) Badura et al. (1999, S. 23) beschreiben Gesundheit als „*Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden, insbesondere ein positives Selbstwertgefühl und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten und wiederhergestellt wird.*“ Krankheit stellt dagegen nicht nur körperliche Krankheitssymptome dar, sondern auch seelische Beeinträchtigungen oder negative Gefühle (Angst, Hilflosigkeit). Diese nicht sichtbaren Belastungen haben ebenso negative Auswirkungen auf das Denken und Handeln sowie auch für das Immun- und Herz-Kreislauf-System eines Individuums. (ebd., S. 23)

Die von Antonovsky identifizierte Salutogenese unterstützt die Darstellung, dass nicht nur zwei gegensätzliche Pole Gesundheit ODER Krankheit vorhanden sind, sondern sich der Gesundheits- oder Krankheitszustand der Individuen auf einem Kontinuum dazwischen befindet. (Scharinger 2006, S. 140) Krankheit und Gesundheit sind somit keine statischen Dimensionen. Beide verändern sich und können beeinflusst werden. Nur wenn beide Dimensionen gemeinsam betrachtet werden, wird man ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement erreichen. (Jancik 2002, S. 2f; Ropin 2006, S. 80)

Belastungen und Beanspruchungen

Berufstätige Menschen sind unterschiedlichsten Belastungen, Beanspruchungen oder Einwirkungen ausgesetzt. „*Belastung ist im Sinne einer Einwirkung (Stressor) zu verstehen. Beanspruchung zeigt sich als Reaktion auf Belastung.*“ (Nöstlinger 2006, S. 4) Es handelt sich dabei um vielfältige, wechselseitige Beeinflussungsprozesse zwischen Belastungen und Beanspruchungen. (Ulich/Wülser 2012, S. 56) Der Begriff der Belastung hat im Sinne des Belastungs-Beanspruchungskonzepts (Rohmert/Rutenfranz 1975) eine neutrale Bedeutung und erst eine Unter- oder Überforderung führt zu einer Fehlbelastung. Der Begriff „psychische Belastung“ ist jedoch in der Arbeitspsychologie negativ behaftet. (Oesterreich 2001, S. 162)

Psychische Belastungen und Beanspruchungen

Seit den 1980er Jahren wird eine Zunahme an arbeitsbedingten Erkrankungen festgestellt die auf Grundlage psychosozialer Faktoren entstehen, beziehungsweise die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit negativ beeinflussen. „*Das Erkennen dieser pathogenen psychischen*

Belastungen in der Arbeitsorganisation, in den Arbeitsprozessen und in den Arbeitsinhalten ergänzt den klassischen naturwissenschaftlich-technischen Arbeitsschutz“. (Geißler-Gruber 2006, S. 126) Psychische Beanspruchung wird gesehen als eine unmittelbare psychische Belastung sowie die dafür vorhandenen Bewältigungsstrategien der einzelnen Person. (Nachreiner/Schultetus 2002, S. 520 zit. n. Ulich/Wülser 2012, S. 57)

Nachdem nun wichtige Begriffsabgrenzungen und -erklärungen vorgenommen wurden, erfolgt im nächsten Schritt die Darlegung einiger umfassender Definitionen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) sowie wichtiger Strukturen und Prozesse in diesem Managementtool. Bei der Entscheidung ein integriertes Gesundheitsmanagement im Unternehmen zu etablieren spielen auch die Kosten und Nutzen für Unternehmen eine entscheidende Rolle. Deshalb werden im nächsten Abschnitt auch die Kosten und Nutzen auf individueller, betrieblicher und volkswirtschaftlicher Ebene betrachtet.

3 Integriertes Gesundheitsmanagement

Um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, das Können und Wollen von Leistungserbringung, wiederherzustellen, zu fördern und zu erhalten ist es notwendig, dass sich Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) bereits in den Unternehmenszielen und Unternehmenswerten widerspiegeln, denn ohne bewusste Auseinandersetzung mit der Gesundheit der MitarbeiterInnen sind Investitionen in das Humankapital, der Basis des unternehmerischen Erfolgs und damit verbundene Wettbewerbsvorteile *„auf Sand gebaut und von unsicherem Nutzen“*. (Jancik 2002, S. 14f) Um handlungsfähig zu bleiben, kann ein umfassendes und integriertes BGM Unternehmen unterstützen Ängste und Kränkungen bei Betroffenen wie auch Führungskräften abzubauen und auf Basis rationaler Entscheidungen Planungen durchzuführen. (ebd., S. 18) BGM kann im Unternehmen aber nicht übergestülpt werden sondern die beteiligten Personen können und sollen zielgerichtet und situationsbezogen agieren. (ebd., S. 24)

3.1 Sichtweisen des Betriebliches Gesundheitsmanagements

Bereits Badura et al. (1999, S. 17) verstehen unter betrieblichem Gesundheitsmanagement *„die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen.“* Dabei ist ein hohes Maß an Organisationsentwicklung und Kommunikationsförderung erforderlich. (ebd., S. 19) Ein wirksames Gesundheitsmanagement kann also auf Basis rationaler Entscheidungen erfolgen und eingefügt werden in betriebliche Strukturen und Prozesse. (Jancik 2002, S. 15) Ulich/Wülser (2012, S. 195) definieren die wichtigsten Aufgaben des BGM *„in der Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen und einer dementsprechenden Gestaltung der Arbeitsaufgaben und der Arbeitsorganisation“*. Sie weisen ebenso darauf hin, dass BGM nur mit einem ausgearbeiteten Konzept erfolgsversprechend ist.

Betriebliches Gesundheitsmanagement soll *„bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich praktiziert“* werden und damit sowohl den Individuen, den Unternehmen und der Volkswirtschaft dienlich sein. (Badura et al. 1999, S. 18) Als Ziele des betrieblichen Gesundheitsmanagement werden die Senkung von Kosten, die Erhöhung der MitarbeiterInnenmotivation sowie der Flexibilität und Kreativität der MitarbeiterInnen angeführt, aber auch die Vermeidung von chronischen Erkrankungen und Erleichterung einer Wiedereingliederung. (ebd., S. 34f)

Betriebliches Gesundheitsmanagement erfordert eine „dauerhafte *Institutionalisierung und Systematisierung von Strukturen und Prozessen*“. Erste Schritte in Richtung eines BGM dieser Definition ist z. Bsp. zunächst die Einführung von Projekten oder Maßnahmen die nach Ablauf ihrer zeitlichen Begrenzung in die Tagesroutine übernommen werden. (Badura et al. 1999, S. 46) Für eine erfolgreiche Projektdurchführung ist es notwendig eine eindeutige Auftragsklärung vorzunehmen. Diese Auftragsklärung beinhaltet die spezifischen betrieblichen Voraussetzungen, z. Bsp. die erforderlichen und zur Verfügung gestellten finanziellen, personellen und organisationalen Ressourcen, sowie den betroffenen Kontext, Ziele und dazugehörige geeignete Indikatoren, Auftraggeber und Verantwortliche. (Ulich/Wülser 2012, S. 128ff) Damit das betriebliche Gesundheitsmanagement ganzheitlich und nachhaltig wirken kann, muss es auf der strategischen Managementebene implementiert und somit zu einer Führungsaufgabe gemacht werden. (Bleyer/Saliterer 2006, S. 161, siehe auch Badura et al. 1999, S. 27f) Dies bestätigen auch Ulich/Wülser (2012, S. 211) die ein langfristig erfolgreiches Gesundheitsmanagement dann sehen, wenn das Thema Gesundheit in alle betrieblichen Planungs- und Entscheidungsprozesse miteinbezogen wird. Da die Entscheidungsträger in der Unternehmensleitung zu finden sind stellt BGM eine Führungsaufgabe dar.

Ein integriertes Gesundheitsmanagement verfügt über Strukturen und Prozesse die sich durch alle drei in dieser Arbeit beschriebenen Elemente des BGM ziehen: dem ArbeitnehmerInnenschutz, der Betrieblichen Gesundheitsförderung und dem Betrieblichen Eingliederungsmanagement.

Abbildung 2: Systematisches Gesundheitsmanagement



Quelle: Giesert (2012, S. 337)

3.2 Strukturen

Unter Strukturen verstehen Badura et al. (1999, S. 70), „*alle zeitlich relativ stabilen Elemente und Instrumente [...] und deren Verzahnung mit der Aufbauorganisation eines Unternehmens [...]. Dies können Konzepte oder Leitbilder, Ausstattung [...] oder auch die Fort- und Weiterbildung sein. Die interne und externe Vernetzung von betrieblichen Experten ist dabei ein weiteres wichtiges Strukturelement, das der längerfristigen Integration des Gesundheitsmanagements in den Unternehmen dient*“. Es handelt sich dabei also um eine Grundvoraussetzung für planvolles Handeln. (ebd., S. 55) Um diesen Anspruch gerecht zu werden ist es wichtig schriftliche Vereinbarungen, wie z. Bsp. Betriebsvereinbarungen, über Ziele, Instrumente und Inhalte zu treffen. Neben einer schriftlichen Vereinbarung ist auch die Ausstattung wie z. Bsp. geeignete Räumlichkeiten für Besprechungen, Programme zu Datenauswertungen aber auch eine Budgetplanung zu beachten. Im Rahmen einer Steuergruppe oder wie Badura et al. es nennen, einen Koordinationskreis, der über Entscheidungs- wie auch Fachkompetenzen verfügt, können Zielsetzungen, Maßnahmen sowie die Umsetzung festgelegt werden. Diese Aufgaben können in etwa auch noch zu erweiternde Arbeitsschutzausschüsse wahrnehmen. (Badura et al 1999, S. 70f) Auch Ulich/Wülser (2012, S. 133f) betonen die Wichtigkeit einer steuernden Einheit welche alle Einheiten miteinbeziehen die sich mit Gesundheit befassen und den Erfolg eines BGM beeinflussen können. Zu den Aufgaben dieser Einheit zählen die Erarbeitung einer individuell auf das Unternehmen zugeschnittenen Gesundheitsstrategie, die Klärung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten, die Projektsteuerung und das Projektmanagement, die Kumulierung aller zusammenfließenden Arbeitsergebnisse, Überwachung der Umsetzung von Maßnahmen, das Projektmarketing sowie ein geeignetes Informations- und Kommunikationskonzepts aber auch die Entscheidung ob externe Beratung miteinbezogen werden soll.

3.3 Prozesse

Prozesse sind Tätigkeiten die in Wechselbeziehung oder Wechselwirkung zueinander stehen. In einer Organisation werden Prozesse geplant und unter strukturierten Bedingungen durchgeführt. Es können Führungsprozesse, Kernprozesse und Unterstützungsprozesse unterschieden werden. (BMWA 2004, S. 38) Bei Prozessen des BGM sollte es sich um ständige, anlassbezogene Prozesse handeln. (Jancik 2002, S. 124) Die Kernprozesse Diagnose, Interventionsplanung, Interventionsumsetzung und Evaluation sind in einem Lernzyklus eingebunden, welcher organisationales und kollektives Lernen voraussetzt. Dazu benötigt es einer lernfreundlichen Infrastruktur welche einen dementsprechenden Erfahrungsaustausch

ermöglicht. Deshalb ist neben der Institutionalisierung von Strukturen und Kernprozessen auch eine Institutionalisierung des Wissensaustausches wichtig. Dies kann in Form von Betriebszeitungen, Intranet, schwarze Bretter wie auch interne Weiterbildungsmaßnahmen erfolgen. (Badura et al. 1999, S. 48ff)

Der Kernprozess der **Diagnose** zielt auf „*die wissenschaftliche Erfassung eines Ist-Zustandes. [...] Hierunter wird eine entscheidungsorientierte Beobachtung und Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und der darauf zielenden Leistungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement verstanden.*“ Dies ist notwendig um personelle, finanzielle sowie zeitliche Ressourcen zielgerichtet einsetzen zu können. Um eine umfassende Ist-Analyse durchführen zu können ist es sinnvoll Krankenstandsdaten der Krankenkassen, MitarbeiterInnenbefragungen und auch Arbeitsplatzbegehungen aufzuarbeiten und zu analysieren um dadurch eine objektive, subjektive wie auch eine Expertensicht zu erlangen. Weitere mögliche Diagnoseinstrumente stellen der Gesundheitsbericht, Gesundheitszirkel, Fokusgruppen, Auswertungen interner Fehlzeitendaten, Arbeitsplatzbegehungen/-analysen, Gefährdungsanalysen dar. (Badura 1999, S. 83ff) Ulich/Wülser (2012, S. 170ff) plädieren ebenso für eine Mehreben-Analyse um eine professionelle Implementierung eines Gesundheitsmanagements zu gewährleisten. Dabei wird auf Fragebogenerhebungen (quantitative Daten), Einzel- oder Gruppeninterviews (qualitative Daten) sowie objektive Tätigkeitsbeobachtungen (Expertensicht) abgestellt. Verschiedene Befragungsverfahren unterstützen gesundheitsbezogene Analysen. Für eine detaillierte Auflistung dieser Verfahren siehe Ulich/Wülser (2012, S. 180). Der SALSA (Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse von Rimann/Udris 1997) wird z. Bsp. bei BGF-Projekten der GKK genutzt. Weitere Instrumente für Analysen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements stellen auch der Human Work Index von Karazman 2008, welcher die drei Dimensionen Arbeitsbewältigung, Arbeitsinteresse und Zusammenarbeit betrachtet, und der Fragebogen zur Gesundheitskompetenz von Wieland et al. 2008 dar. (ebd. S. 181f)

Maßnahmenplanungen in Unternehmen umfassen strategische Planungen, operative Planungen sowie dispositive Planungen. Strategische Planungen umfassen dabei die Ziele und Strategien zur Zielerreichung die z. Bsp. Senkung der Krankenstände oder Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit darstellen können. Um die Akzeptanz der MitarbeiterInnen und Führungskräfte sicherzustellen, ist es wichtig beide Gruppen frühzeitig in die Planung einzubinden. (Badura 1999, S. 93) Die operative Planung umfasst z. Bsp. Öffentlichkeitsarbeit oder personelle Verantwortlichkeiten. Dabei sind „*Partizipation und Transparenz [...] zentrale*

Indikatoren für die Qualität der innerorganisatorischen Diskussion“. (ebd., S. 94) Ein Zeit- und Budgetplan verhindert unrealistische Maßnahmenentwicklungen. Diese dispositive Planung stellt das Controlling für die Maßnahmen- und Umsetzungsphase dar. (ebd., S. 94) Bei der Planung von Maßnahmen und Festsetzung von Zielen sollten auch die Wirkungen der geplanten Maßnahmen berücksichtigt werden.

Tabelle 2: Wirkungsebenen und Nutzenpotentiale des BGM

Wirkungsebenen	Nutzenpotentiale	Beispiele
Individuum	<ul style="list-style-type: none"> • Verringerung von Beschwerden und Krankheiten • Verbesserte Gesundheit • Erhöhte Motivation und Leistungsfähigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Muskel-Skelett-Erkrankungen • Erholungsfähigkeit • Arbeitszufriedenheit • Burnout • Individuelle Selbstwirksamkeit • Motivation und Engagement
Arbeitstätigkeit und Arbeitsgruppe	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungsoptimierung • Ressourcenstärkung 	<ul style="list-style-type: none"> • Regulationsanforderungen • Regulationsbehinderungen • Anerkennung • Soziale Unterstützung • Zeitdruck • Vorgesetztenverhalten
Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Produktivitätserhöhung • Kosteneinsparungen • Verbesserte Einstellung zum Unternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehlzeitenquote • Fluktuation • Organisationale Verbundenheit
Gesellschaft	<ul style="list-style-type: none"> • Abnahme der volkswirtschaftlichen Krankheitskosten 	<ul style="list-style-type: none"> • Kosten der ambulanten ärztlichen Versorgung • Kosten für Medikamente • Krankengeld

Quelle: Ulich/Wülser 2012, S. 206, eigene Darstellung

Wie in obiger Tabelle dargestellt, können Wirkungen auf Ebene der Individuen, der Arbeitstätigkeit und Arbeitsgruppe, sowie dem Unternehmen und der Gesellschaft identifiziert werden. Die Nutzen reichen von der Verringerung von individuellen Beschwerden und verbesserter Gesundheit auf körperlicher Ebene wie auch gesteigerter Motivation. Dies wirkt in die Arbeitsgruppe durch eine Ressourcenstärkung und Abnahme von Belastungen ein. Durch die Optimierung in der Gruppe kann es zu Produktivitätserhöhungen und Kosteneinsparungen im Unternehmen kommen sowie schlussendlich zu einer Verringerung der volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund weniger Arbeitsunfähigkeitszeiten aufgrund von Krankheit.

Die Umsetzung und Steuerung der Maßnahmen, die **Maßnahmendurchführung**, „soll die Aktivitäten in Richtung der festgelegten Teil- und Gesamtziele voranbringen“ und durch eine

laufende Evaluation die Akzeptanz des Managements wie auch der MitarbeiterInnen fördern. Die Durchführung dieser Kontrolle wird dabei von einem Arbeitskreis oder einer Steuergruppe durchgeführt. Insbesondere bei länger andauernden Maßnahmen ist eine Überprüfung sinnvoll, um eventuell nicht geplanten Auswirkungen so schnell wie möglich entgegenwirken zu können. (Badura 1999, S. 103)

Jedoch erst mit der **Evaluation** der Maßnahmen entwickeln sich diese weiter. Durch die Betrachtung der Maßnahmen können Rückschlüsse über die „*Angemessenheit, Effektivität und Effizienz*“ gewonnen werden und somit ist eine laufende Optimierung und Anpassung von Strukturen und Prozessen möglich. Durch diese grundlegende Evaluation, welche den gesamten Lernzyklus, also Diagnose, Maßnahmenplanung und -durchführung betrachtet entstehen „*lernende Systeme*“. Als lernende Systeme bezeichnet Badura et al. (1999, S. 20) dabei „*Systeme, die sich durch ein Feedback regelmäßig über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz der ergriffenen Maßnahmen und Programme informieren*“. Dabei sollte die Evaluation jedoch immer in Relation zu den gesetzten Maßnahmen und betrieblichen Voraussetzungen stehen. Auch ist zu beachten dass positive Effekte im Zusammenhang mit Maßnahmen des Gesundheitsmanagements oft erst nach längerer Zeit möglich sind. (Badura 1999, S. 112ff, siehe auch Ulich/Wülser 2012, S. 190f) Die Erfolgsbewertung sollte auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisebene erfolgen. (Badura 1999, S. 114)

Eine Evaluation im Rahmen des Gesundheitsmanagement scheint deshalb auch so wichtig, um betriebliche Ressourcen für diesen Bereich sicherzustellen, denn nur wenn Wirkungen der Maßnahmen in Rahmen von Effektivitäts- und Effizienzgesichtspunkten dargestellt werden können, ist mit einer Zuteilung von Ressourcen im Rahmen der Budgetplanung zu rechnen. (Ulich/Wülser 2012, S. 191) Slesina (2001, zit. n. Ulich/Wülser 2012, S. 192) unterscheidet die Evaluation in „*Prozessevaluation, in der nach der Art der Durchführung, der Abfolge verschiedener Verfahrensschritte sowie Verläufen gefragt wird und der Ergebnisevaluation, in der die Konsequenzen von Maßnahmen überprüft werden.*“ Pfaff (2001, S. 36) differenziert Evaluation auf einer Maßnahmenebene und Evaluation des gesamten betrieblichen Gesundheitsmanagement in Evaluation der 1. und 2. Ebene.

Tabelle 3: Ebenen der Evaluation

	Evaluationsform	Evaluationsbeispiel
Evaluation 1. Ordnung	Managementevaluation	Betriebliches Gesundheitsmanagement insgesamt
Evaluation 2. Ordnung	Programmevaluation	Gesundheitsförderungsprogramm, z. B. Evaluation gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen
	Evaluation eines Maßnahmentyps oder Einzelmaßnahme	Evaluation eines Entspannungstrainings, Gesundheitszirkels usw.

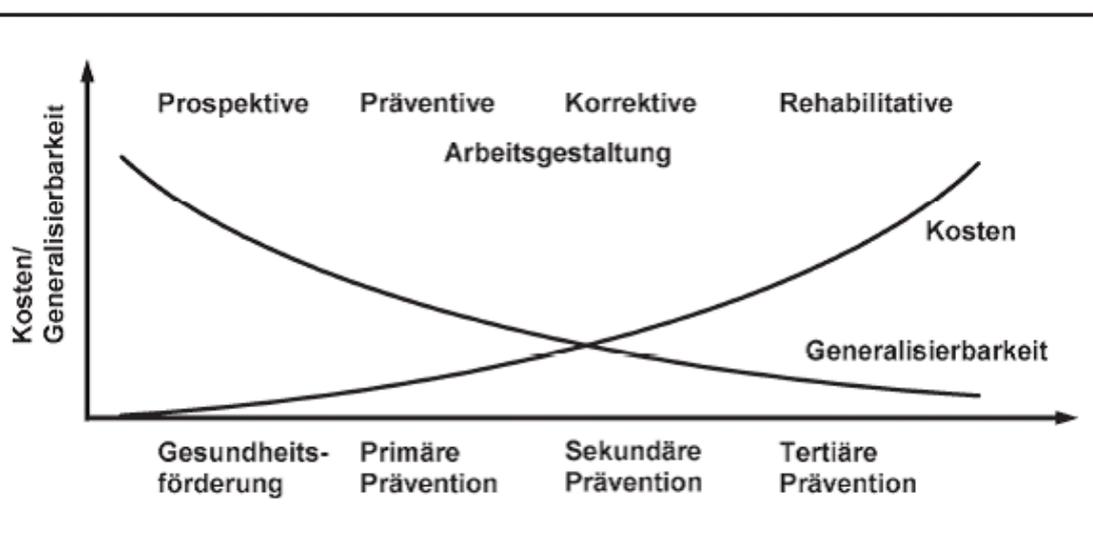
Quelle: Pfaff 2001, S. 36

Für eine wirkungsvolle Managementevaluation werden von Ulich/Wülser (2012, S. 195) die Einbettung des Gesundheitsmanagement in der betrieblichen Gesundheitspolitik, die strategische Bedeutung des BGM (z. Bsp. Integration in die Unternehmensleitlinie), Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe sowie die vorhandenen zeitlichen, finanziellen und räumlichen Ressourcen vorausgesetzt. Aber auch Maßnahmen und deren Wirkungen sollten laufend überprüft werden um so handlungsrelevantes Wissen für die Prozesssteuerung zu erhalten.

3.4 Kosten und Nutzen

Ein Nutzen im BGM kann monetär nur schwer beschrieben werden. Es müssen auch die beabsichtigten Wirkungen berücksichtigt werden. In gesundheitspolitischen betrieblichen Projekten kommt es zu massiven Interventionen in die Organisationskultur wie verbesserter Kommunikation und höherer Motivation der MitarbeiterInnen. Diese weichen Faktoren können wenn, dann nur mittel- und langfristig Wirkungen zeigen. (Dür/Fürth 2006, S. 110) Auch Bleyer/Saliterer (2006, S. 163f) kommen zu der Auffassung das Wirkungen des BGM nur mit zeitlicher Verzögerung und finanziell indirekt nachgewiesen werden können. Dies erfolgt mittels eindimensionaler Größen wie z. Bsp. Krankenstandsstatistiken, Fehlzeiten und Abwesenheitstage. Eine langfristige Erfolgs- und Wirkungsmessung ist sehr schwierig. Vermehrt werden nun auch qualitative Größen wie MitarbeiterInnen- und KundInnenzufriedenheit im Kenngrößensystem aufgenommen.

Richter (2002, S. 47) hat eine Darstellung erarbeitet, die das Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten der Arbeitsgestaltung unter Beachtung der unterschiedlichen Präventionsstufen darstellt.

Abbildung 3: Verhältnis Generalisierbarkeit/Kosten in unterschiedlichen Präventionsstufen

Quelle: Richter 2002, S. 47 zit. n. Ulich/Wülser 2012, S. 127

Wie obige Darstellung erkennen lässt, steigen die Kosten für die Arbeitsgestaltung mit fortschreitender Präventionsstufe an. Während die Kosten bei der Gesundheitsförderung noch sehr niedrig dargestellt werden, steigen diese über die primäre, sekundäre und tertiäre Prävention an. Im Gegenzug dazu stellt die Gesundheitsförderung eine für alle MitarbeiterInnen nutzbare und somit kollektive Maßnahme dar, die mit steigender Präventionsstufe absteigt und in der tertiären Prävention trotz hoher Kosten nur mehr auf der Ebene des Individuums wirkt.

Mehrhoff (2006, S. 137) weist in seinen Goldenen Regeln für BEM darauf hin, dass wirtschaftliches Denken und soziales Handeln keine Gegensätze darstellen und bei einer entsprechenden Evaluierung der betrieblichen Handlungen es auch zu entsprechenden Freigabe von Finanzmitteln kommt. Die Schnittstellen zwischen Betrieben, welche Arbeitsunfähigkeitstage reduzieren möchten, Versicherungen, welche langfristige Geldleistungen vermeiden wollen und dem Staat, welcher Beschäftigungsfähigkeit der Bevölkerung erhalten möchte, kommen dabei die Rolle der Finanzierer zu. Durch die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche der öffentlichen Institutionen kommt es dabei aber zu Schnittstellenproblematiken. Das BSB ist zuständig wenn bei der betroffenen Person eine Behinderung festgestellt wurde, die Krankenkassen wenn eine Krankschreibung vorliegt und das AMS wenn Arbeitslosigkeit vorliegt. Mit Schaffung des AGG welches alle gefährdeten Gruppen miteinschließt, soll dieser Schnittstellenproblematik entgegengewirkt werden. (Reusch 2012, S. 87)

Die Nutzen von BGM auf **individueller Seite** liegen in der Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und des Gesundheitsbewusstseins sowie die Motivation der MitarbeiterInnen. Maßnahmen im Rahmen des BGM verbessern die Gesundheit und das Wohlbefinden und steigern somit die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen. (Kuhn 2005, Bödeker/Kreis 2002 zit.n. Dür/Fürth 2006, S. 108) Kurzfristige Kosten von Arbeitsunfähigkeit liegen im Beitrag zu Behandlungskosten sowie in langfristigen Einkommensausfällen und damit verbunden eines sinkenden Lebensstandards. Durch längere Absenzen kann es zur Veränderung von geplanten Karrierepfaden kommen und somit zur Veränderung der Lebenseinkommensziele. (Theurl 2012, S. 1)

Betriebliches Gesundheitsmanagement wird von **UnternehmerInnen** als Investition betrachtet das den wirtschaftlichen Unternehmenserfolg unterstützen soll. (Bleyer/Saliterer 2006, S. 159) Für die betriebliche Ebene sind vor allem die Dimensionen Absentismus, Präsentismus und Fluktuation maßgebliche Kostentreiber. Absentismus beschreibt krankheitsbedingte Fehlzeiten im Unternehmen, Präsentismus eingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit der im Betrieb anwesenden Personen und eine erhöhte Fluktuation ist gekennzeichnet durch erhöhte Rekrutierungs- und Einarbeitungskosten. Durch die Reduzierung von Krankenständen kommt es zu einer höheren Personalverfügbarkeit, einer gleichmäßigeren Personalauslastung und somit zu höheren sowie auch qualitativ besseren Produktivität und Effektivität. Durch ein positives Image des Unternehmens am ArbeitnehmerInnenmarkt kommt es auch zur Anziehung quantitativer sowie qualitativ passender BewerberInnen. In Unternehmen mit Maßnahmen im BGM steigt die Leistungsfähigkeit und Leistungswilligkeit der MitarbeiterInnen und damit auch die Qualität der Produkte und Dienstleistungen. Diese Maßnahmen tragen indirekt auch zu den betrieblichen Zielen wie Effektivität, Effizienz, Produktivität und Qualität bei. (Dür/Fürth 2006, S. 108f; Bleyer/Saliterer 2006, S. 159f; Theurl 2012, S.3) Theurl (2012, S. 1) weist auch auf betriebliche Herausforderungen wie Überstunden durch andere Mitarbeiter, Produktionsumstellungen bzw. schlecht ausgelastete Produktionskapazitäten bei der Betrachtung von Arbeitsunfähigkeit von einzelnen MitarbeiterInnen hin. Neben der Kostenreduzierung kommt es durch die Auseinandersetzung mit Gesundheit im Unternehmen, der Partizipation der MitarbeiterInnen und der Umsetzung von Maßnahmen zu steigender Identifikation der MitarbeiterInnen mit dem Unternehmen und somit zu mehr Motivation. (Bleyer/Saliterer 2006, S. 160)

Neben der eben dargestellten individuellen und betrieblichen Ebene profitiert auch die **volkswirtschaftliche Ebene** durch betriebliche Maßnahmen im Bereich Gesundheit. So

können die Bezieher von (Früh-)Invalidität verringert werden und krankheitsbedingte Kosten (z. Bsp. Ausgaben für Krankenbehandlungen) (Dür/Fürth 2006, S. 108) und Entgeltfortzahlungen (Helmenstein et al. 2004, S. 39) gesenkt werden. Arbeitsunfähigkeit führt über betriebliche Produktionsausfälle auch auf makroökonomischer Ebene zu einer verminderten Wertschöpfung. Durch staatliche Transferzahlungen wie Krankengeld oder Invaliditätspension kommt es zu einer direkten Belastung der öffentlichen Haushalte. Eine indirekte Belastung erfolgt durch medizinische Behandlungskosten (Theurl 2012, S. 1 und 18) Im Jahr 2011 bezogen rund 148.000 Männer unter 65 Jahren und 63.000 Frauen unter 60 Jahren eine Invaliditätspension. Die direkten Auszahlungen betragen 3.176 Mio. €. Davon betragen die Auszahlungen an Personen unter dem gesetzlichen Pensionsalter 284 Mio. €. (Leoni 2014, S. V) Maßnahmen im betrieblichen Kontext tragen daher auch zu ökonomischen, sozialen und ökologischen Zielen der Gesellschaft bei. (Dür/Fürth 2006, S. 108)

In den nachfolgenden Kapiteln werden die ursprünglichen Elemente des BGM, der Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie die Betriebliche Gesundheitsförderung skizziert. Es wird auf die Entwicklung der Elemente und deren Inhalte eingegangen. Im Anschluss wird ein drittes, mit Bewusstsein des demografischen Wandels und seinen Wirkungen auf das Erwerbspotential identifiziertes Element des BGM beschrieben: das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM). Da BEM in Österreich noch keinen großen Verbreitungsgrad hat, wird auf die Entwicklung dieses Elementes detaillierter eingegangen. Nach Skizzierung dieser drei Elemente wird der Versuch unternommen in diesen drei Elementen Strukturen und Prozesse zu identifizieren die eine Implementierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements in der Umsetzung unterstützen aber auch dargestellt, welche dazu neu geschaffen werden müssen.

4 ArbeitnehmerInnenschutz (AS)

4.1 Entwicklung und gesetzliche Regelungen

Mit dem Beitritt zur Europäischen Union am 1. Jänner 1995 änderten sich auch die Anforderungen des ArbeitnehmerInnen-Schutzes in Österreich. Im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, verabschiedet am 30. Mai 1972 und in Kraft getreten am 1. Jänner 1973 unter dem Namen „*Schutz des Lebens, der Gesundheit und Sittlichkeit der Arbeitnehmer*“ (BGBl. Nr. 234/1972) vor 1995 wurden vor allem Detailregelungen und Einhaltungskontrolle durch die Behörde ausgeübt. Im neuen ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG) sind Schutzziele formuliert, welche dort umgesetzt werden, wo sich die Gefahrenquellen befinden – in den Betrieben. Für die Umsetzung dieser Schutzziele ist der/die ArbeitgeberIn verantwortlich. (Nöstlinger 2013, S. 4f) Durch diesen Paradigmenwechsel hat der/die ArbeitgeberIn allgemein formulierte Schutzziele an die betrieblichen Bedingungen anzupassen. (Funk 2011, S. 33) DieseR muss Gefährdungen und arbeitsbedingte Belastungen ermitteln und vermeiden. (Nöstlinger 2013, S. 4f) Nunmehr hat der/die ArbeitgeberIn die Verpflichtung eine geeignete Arbeitsschutzorganisation bereitzustellen, eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen sowie die ArbeitnehmerInnen umfassend zu informieren. Diese Verpflichtungen unterstützen den Gedanken der Prävention durch diese Maßnahmen. (ebd., S. 49f) Die Behörden beschränken sich auf die Kontrolle, ob die innerbetriebliche Evaluierung und Dokumentation funktioniert. (ebd., S. 3f)

Eine der Richtlinien die durch den EU-Beitritt Österreichs in die EU übernommen wurde, betrifft den Arbeitsschutz. Die EU-Richtlinie 89/391/EWG (Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz) vom 12. Juni 1989, welche die Durchführung von Maßnahmen und Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der ArbeitnehmerInnen bei der Arbeit regelt, ist in Österreich seit 1997 vorgeschrieben. (Nöstlinger 2006, S. 50; 89/391/EWG)

Die Einbettung des ArbeitnehmerInnen-Schutzes in die österreichische Rechtsordnung erfolgt im Arbeitsrecht. Beim ArbeitnehmerInnen-Schutzrecht handelt es sich neben dem Kollektiven Arbeitsrecht, dem Individuellen Arbeitsrecht und dem Verfahrensrecht um einen Teilbereich des Arbeitsrechts. (Nöstlinger 2013, S. 23) Das ArbeitnehmerInnen-Schutzrecht ist gegliedert in den Arbeitszeitschutz, den technischen ArbeitnehmerInnen-Schutz sowie dem Verwendungsschutz. Der in dieser Arbeit relevante Teilbereich des ArbeitnehmerInnen-Schutzrechtes betrifft den Technischen ArbeitnehmerInnen-Schutz. Das ASchG stellt die Basis des technischen ANschutzes dar. (Kegelreiter 2012, S. 22; Nöstlinger 2006, S. 23)

Der Schutz der ArbeitnehmerInnen ist somit gesetzlich verankert und einerseits als Fürsorgepflicht bekannt und andererseits durch Schutzgesetze abgesichert. (Nöstlinger 2006, S. 5) Die Fürsorgepflicht ist im Arbeitsvertragsrecht (§1157 ABGB, §18 AngG) geregelt. Eine Verletzung der Fürsorgepflicht kann auf zivilrechtlichen Weg von dem/der ArbeitnehmerIn geahndet werden. Das ArbeitnehmerInnenschutzrecht ist öffentlich-rechtlicher Natur und kann verwaltungsstrafrechtliche Konsequenzen hervorrufen. (Kegelreiter 2012, S. 19) Die Schutzvorschriften beinhalten Mindestvorgaben, wie Gefahren entgegenzuwirken ist. (Nöstlinger 2013, S. 8f)

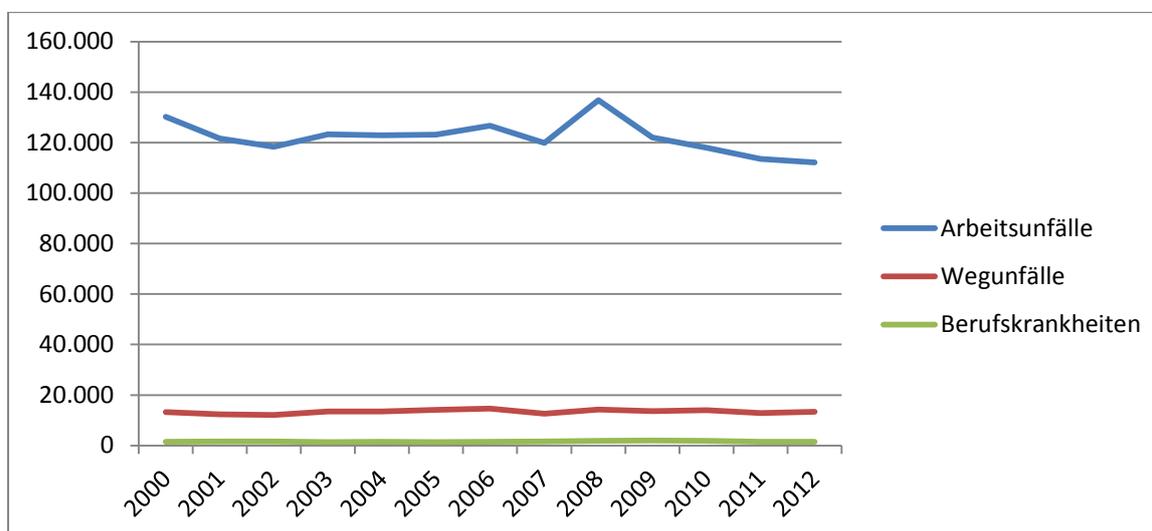
4.2 Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen

In der österreichischen Rechtsprechung wird nach Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen unterschieden. Bei Arbeitsunfällen handelt es sich gemäß §175 Abs. 1 ASVG um „*Unfälle, die sich im örtlichen, zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der die Versicherung begründenden Tätigkeit ereignen.*“ Bei anerkannten Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten haben die ArbeitnehmerInnen Anspruch auf spezifische Leistungen wie z. Bsp. auf Rehabilitation, Versehrtenrente oder einer Integrationsabteilung aus der Unfallversicherung. (Nöstlinger 2013, S. 13ff)

Als Berufskrankheiten (§177 ASVG) gelten nur bestimmte, in der Anlage 1 zum ASVG bezeichnete, Krankheitsbilder. Diese sind meist chronisch verlaufende Krankheiten die durch bestimmte Arbeitsweisen, Arbeitsverfahren oder Arbeitsstoffe entstehen. (Nöstlinger 2006, S. 16) Von diesen abzugrenzen sind arbeitsbedingte Erkrankungen. Diese können im Zusammenhang mit der Ausübung der Berufstätigkeit auftreten. Dieser Begriff ist weiter gefasst als der Begriff der Berufskrankheiten. (Nöstlinger 2012, S. 17f) Der Begriff der arbeitsbedingten Erkrankungen stellt jedoch kein entschädigungsrechtliches Merkmal für spezifische Leistungsansprüche aus der Unfall- oder Pensionsversicherung dar. (Kuhn 2006, S. 29) Die Auswirkung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sind vielfältig und betreffen sowohl ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberInnen und die Volkswirtschaft. Auf individueller Ebene sind, neben den persönlichen Auswirkungen wie Schmerzen, vor allem finanzielle Nachteile anzuführen. Der/Die DienstgeberIn sieht sich vor allem finanziellen Nachteilen wie Lohnfortzahlungen aber auch dem kurz- oder langfristigen Verlust von Know-How im Betriebsablauf gegenüber. Auf volkswirtschaftlicher Ebene fallen Behandlungskosten (z. Bsp. Krankenhausaufenthalte, ambulante Nachbetreuung) an. (Nöstlinger 2012, S. 5) Kegelreiter (2012, S. 17) weist darauf hin, dass „*ein funktionierender Arbeitnehmerschutz [...] nicht nur persönliches Leid verhindern, sondern die **volkswirtschaftlichen und betrieblichen***

Folgekosten [Hervorhebungen durch den Autor] von Arbeitsunfällen und berufsbedingten Erkrankungen senken“ soll. Somit stellt sich jede Reduzierung von Arbeitsunfällen und arbeitsbezogenen Erkrankungen auch als Kostenreduktion dar. (Nöstlinger 2006, S. 8)

Abbildung 4: Verlauf Arbeitsunfälle/Berufskrankheiten von 2000 bis 2012



Quelle: Statistik Austria 2012, eigene Darstellung

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, wird die Zahl der Arbeitsunfälle tendenziell geringer. Die Arbeitsunfälle im Jahr 2012 beliefen sich auf 112.104 Fälle, die Wegunfälle auf 13.328 Fälle und die Berufskrankheiten auf 1.474 Fälle. Seit 1992 sind diese Arbeitsunfälle um 39,2% (von 184.491 auf 112.104) zurückgegangen, seit 2002 um 5,7% (von 118.386 auf 112.104). Die Zahl der hier beinhalteten tödlichen Arbeitsunfälle konnte seit 2002 um 26,3% (von 232 auf 171) reduziert werden. Diese Rückgänge werden dem technologischen Wandel wie auch der verbesserten Sicherheit am Arbeitsplatz zugeschrieben. Auch die Wegunfälle konnten seit 1992 um 29,8% (von 18.983 auf 13.328) und die Berufskrankheiten um 32,8% (von 2.192 auf 1.474) reduziert werden. Die Sterbefälle aufgrund einer Berufskrankheit haben sich jedoch seit 1992 vervielfacht (von 16 auf 104 Fälle). (Statistik Austria 2012, o.S.) Im Jahr 2010 waren 1.446 AN von einer Berufskrankheit betroffen, darunter waren 46 Todesfälle. Von diesen 46 Personen starben 6 an Staublungenerkrankungen sowie 35 Personen an bösartigen Neubildungen des Kehlkopfes oder der Lunge durch Asbest. (AK 2012, o.S.)

Die AUVA geht von € 3.871,-- als durchschnittliche Kosten pro Arbeitsunfall aus. Dies betrifft jedoch nur die Kosten der Unfallversicherung. (Nöstlinger 2006, S.20) Unfälle und berufsbedingte Krankheiten, welche nicht unmittelbar als Arbeitsunfälle und/oder Berufskrankheiten identifiziert werden können, fallen anderen Krankenversicherungsträgern zu. Die

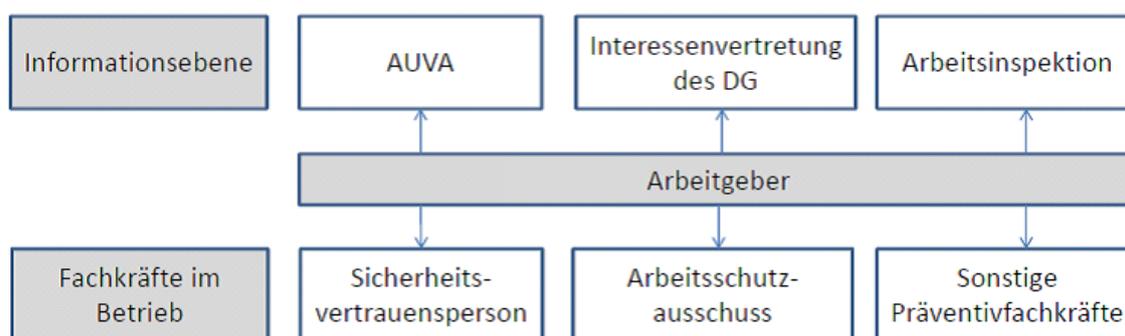
Kosten hierbei werden meist unterschätzt. Beim Ausscheiden aus dem Berufsleben ergeben sich weitere Ausgaben in der Pensionsversicherung und das AMS leistet Zahlungen bei Berufsaufgabe, Arbeitslosigkeit infolge Erkrankungen und Umschulungen. (Nöstlinger 2006, S. 21f) Die AUVA berechnete Gesamtkosten von rund € 16.000,-- pro Arbeitsunfall, wobei rund ein Drittel von den Betrieben zu tragen ist. (Kegelreiter 2012, S. 17)

Die neuesten Entwicklungen der Krankenstandsgründe sind infolge arbeitsbedingter psychischer Belastungen zu bemerken. Diese Krankenstände dauern deutlich länger als die herkömmlichen. Daher ist seit 1. Jänner 2013 auch die Evaluierung psychischer Belastungen und Beanspruchungen im ASchG enthalten. Die Diagnose von psychischen Erkrankungen hat sich im Zeitraum von 1994 bis 2010 um 150%-Punkte erhöht. (Heider/Klösch 2013, S. 35ff) Dies kann lt. Leoni (2014, S. II, S. 46) auch daran liegen, dass sich ein neues Bewusstsein bei der diagnostischen Erfassung entwickelt hat.

4.3 Strukturen und Prozesse im Arbeitsschutz

Das ASchG sieht den/die ArbeitgeberIn in der Pflicht, die Einhaltung der zum Schutz der ArbeitnehmerInnen geschaffenen Bestimmungen, zu überwachen. Der/die ArbeitgeberIn kann sich dazu auch interner sowie externer Fachleute bedienen. Die Verantwortlichkeit bleibt jedoch bei der/dem ArbeitgeberIn. (Nöstlinger 2013, S. 24) Um in diesem Fall die Einhaltung der ArbeitnehmerInnen-Schutzvorschriften gewährleisten zu können, muss ein Kontrollsystem implementiert werden. (ebd., S. 47) Zur Unterstützung der ArbeitgeberInnen stehen verschiedene Institutionen zur Verfügung:

Abbildung 5: Unterstützung im AN-Schutz durch Institutionen



Quelle: Nöstlinger 2012, S. 25

Auf der Informationsebene stehen dem/der ArbeitgeberIn die Institutionen der AUVA sowie die Arbeitsinspektion und Interessensvertretungen zur Seite. Die AUVA wird aus

Unfallversicherungsbeiträgen finanziert und leistet im Fall eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit der/dem ArbeitnehmerIn Unfallheilbehandlung wie auch Unterstützung bei beruflicher und sozialer Rehabilitation, Hilfsmitteln, Versehrtenrente udgl. Der/die ArbeitgeberIn kann im Fall einer Arbeitsverhinderung des/der ArbeitnehmerIn unter bestimmten Voraussetzungen (unter 51 MitarbeiterInnen) Zuschüsse zur zumindest teilweisen Vergütung der Entgeltfortzahlung beantragen. (Nöstlinger 2006, S. 333) Die Arbeitsinspektion, welche als staatliche Behörde zur Einhaltung der öffentlich-rechtlichen Bestimmungen des ArbeitnehmerInnen-Schutz überwacht, ist im Arbeitsinspektionsgesetz 1993 (ArbIG) geregelt. Gemäß §3 Abs. 1 ArbIG hat die Arbeitsinspektion die Aufgabe, den gesetzlichen Schutz der ArbeitnehmerInnen zu wahren und ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen bei der Durchführung des ArbeitnehmerInnen-Schutzes zu unterstützen. Es kann zwischen ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen vermitteln und soll mit Belegschafts- und Interessensvertretungen zusammenarbeiten. (Kegelreiter 2012, S. 40f) Neben der Arbeitsinspektion sind in Österreich auch die Land- und Forstwirtschaftsinspektion sowie die Verkehrs-Arbeitsinspektion tätig. (Nöstlinger 2006, S. 332) Im Betrieb wird der/die ArbeitgeberIn durch speziell ausgebildete Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP), dem Arbeitsschutzausschuss und sonstiger Präventivfachkräfte unterstützt. (Nöstlinger 2013, S. 25) Die Definitionen der hier angeführten Begriffe erfolgt unter Punkt 4.4.

Ein wichtiges Mitspracherecht im Bereich des ArbeitnehmerInnen-Schutzes hat der Betriebsrat. Der Betriebsrat hat *„das Recht, die Durchführung und die Einhaltung der Vorschriften über den AN-Schutz zu überwachen.“* Dies erfordert regelmäßige Informationen an den Betriebsrat, über die im Betrieb stattfindenden Aktivitäten zum ArbeitnehmerInnen-Schutz. (Nöstlinger 2013, S. 31f)

Jeder Betrieb benötigt zur Umsetzung der gesetzlichen Vorschriften ein Sicherheits- und Gesundheitssystem. Um eine Umsetzung zu erleichtern wurde aufgrund der neuen Vorschriften (EU-Beitritt) von der Arbeitsinspektion ein Sicherheits- und Gesundheitsschutz-Managementssystem (SGMS) erarbeitet. Im §3 Abs. 1 des ArbeitnehmerInnen-Schutzgesetz wird darauf hingewiesen, dass der/die ArbeitgeberIn für die *„Bereitstellung einer geeigneten Organisation und der erforderlichen Mittel“* für den Sicherheits- und Gesundheitsschutz zu sorgen hat. Des Weiteren wird in §4 Abs. 3 AschG festgelegt, dass Maßnahmen in allen Führungsebenen miteinbezogen werden müssen. Wie diese Bestimmungen umgesetzt werden liegt auf ArbeitgeberInnenseite, jedoch erleichtert eine geeignete Organisationsstruktur die Abwicklung des ArbeitnehmerInnen-Schutzes (BMAGS 1999, S. 3) Ein SGMS soll ein

systematisch aufgebautes Konstrukt des ArbeitnehmerInnen-Schutzes im Betrieb darstellen, welcher alle Bereiche erfasst. Ziel eines SGMS ist es, sich dauerhaft und nachhaltig mit dem Thema Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz auseinanderzusetzen. (ebd., S. 5ff)

Im Arbeitsschutz stellt die Arbeitsplatzevaluierung einen der wichtigsten Bereiche dar. Bei der Arbeitsplatzevaluierung werden die Gefahren für die Sicherheit und Gesundheit durch Fachleute und somit die Fürsorgepflicht des/der ArbeitgeberIn festgestellt. Anschließend können diese Gefahren reduziert oder beseitigt werden. Ab einer bestimmten Größe des Betriebes ist es notwendig diese Evaluierung in die Organisation strukturell einzubetten und das planmäßige Zusammenwirken der verantwortlichen Personen zu unterstützen. (Nöstlinger 2006, S. 27)

4.4 Idealtypischer Ablauf

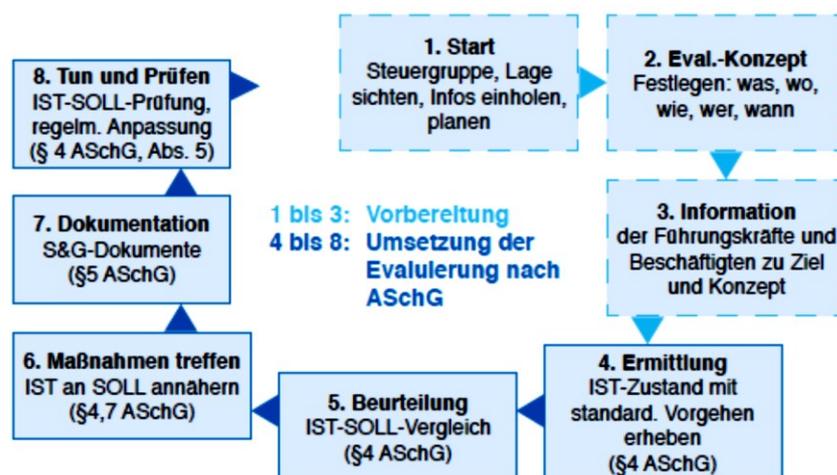
Die Arbeitsplatzevaluierung wird im ASchG (§4) bezeichnet als die „*Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und Festlegung von Maßnahmen*“ und bedeutet im Arbeitsschutzprozess dass Sicherheits- und Gesundheitsrisiken systematisch ermittelt, beurteilt und Maßnahmen zur Gefährdungsminimierung festgelegt werden. Die Ergebnisse müssen in einem Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument aufgezeichnet werden. (Nöstlinger 2013, S. 49f) Seit der ASchG-Novelle vom 1. Jänner 2013 ist der Terminus „Arbeitsplatzevaluierung“ (§4 ASchG) auch gesetzlich verankert. Die Evaluierung soll neben den vorgegebenen Zielen auch die Grundlage für Weiterentwicklungen im Betrieb darstellen. (Nöstlinger 2013, S. 51)

Neben der bisherigen Feststellung von Gefährdungen wurde mit der Novelle des ASchG vom 1. Jänner 2013 darauf hingewiesen, dass unter Gefahren neben physischen auch die psychischen Belastungen gemeint sind. Es handelt sich dabei um „*arbeitsbedingte physische und psychische Belastungen die zu Fehlbeanspruchungen führen*“ können. Weiters wird darauf aufmerksam gemacht, dass unter Gesundheit die physische und psychische Gesundheit zu verstehen ist (§2 Z 7, 7a ASchG) Die AUVA bietet gemeinsam mit der Bundesarbeiterkammer und Wirtschaftskammer Österreich Dokumentationsformulare, Ausfüllhilfen und Checklisten für die Ermittlung von Gefahren an. Diese können unter der Plattform www.eval.at abgerufen werden. Diese sollen jedoch nur als Vorlage dienen und müssen den zu überprüfenden Arbeitsplätzen angepasst werden. (Kegelreiter 2012, S. 25) Bei Vernachlässigung der Evaluations- und Dokumentationspflicht, sowie weiterer Tatbestände aus dem ASchG, können Kosten durch eine Verwaltungsübertretung von € 166,-- bis € 8.324,--, im Wiederholungsfall bis zu € 16.659,-- entstehen. (§130 Abs. 1 Z 5 und 6 ASchG, Kegelreiter 2012, S. 26)

Der/Die ArbeitgeberIn hat die ArbeitnehmerInnen entsprechend der Gefahren und Maßnahmen zur Gefahrenverhütung zu informieren und entsprechend zu unterweisen. (§§12, 14 ASchG) Damit ArbeitnehmerInnen-Schutz auch von den Mitarbeitenden angenommen und gelebt werden kann, ist eine Einbeziehung der ArbeitnehmerInnen von Anfang an erforderlich. Informationen dienen dabei zur Bewusstmachung von Gefahren aber auch die Sinnhaftigkeit der Maßnahmen dagegen zu verstehen. Die Unterweisung hingegen ist eine verhaltensbezogene Anweisung. (Kegelreiter 2012, S. 28)

Unter ganzheitlicher Arbeitsplatzevaluierung werden die systematische Erfassung und Auswertung der psychischen und physischen Gefährdungen und Belastungen der ArbeitnehmerInnen sowie die Maßnahmen dagegen bezeichnet. Eine Arbeitsplatzevaluierung muss dabei am konkreten Arbeitsplatz unter den Gesichtspunkten des Normalbetriebes, für Wartungs- und Reparaturarbeiten und nach Behebungen von Störungen umfassend erfolgen. (Kegelreiter 2012, S. 25) Nachfolgend werden neben den Vorbereitungsmaßnahmen auch die fünf Umsetzungsschritte einer Arbeitsplatzevaluierung dargestellt:

Abbildung 6: Planung und Umsetzung der Evaluierung



Quelle: Molnar 2012, S. 12

Die Schritte Start, Evaluationskonzept und Information dienen zur Vorbereitung der Arbeitsplatzevaluierung. Zunächst soll eine **Steuergruppe** gebildet werden. Die Steuergruppe kann von dem/der ArbeitgeberIn oder einem/r VertreterIn geleitet werden. Der/die ArbeitgeberIn hat dafür zu sorgen, dass die entsprechende Sachkenntnis (Gesetze, Verordnungen, Normen und sonstige Richtlinien) im Team vorliegt. Dieses Fachwissen können z. Bsp. SVP und Präventivfachkräfte in die Steuergruppe einbringen. In Kleinunternehmen werden auch externe Dienstleister mit der Arbeitsplatzevaluierung beauftragt und dazu

verpflichtet mit der Steuergruppe/Evaluierungsteam zusammenzuarbeiten. Das Steuerteam sollte alle Arbeitsschutz-Verantwortlichen im Betrieb umfassen. Neben den gesetzlichen Regelungen sind der Steuergruppe/dem Evaluierungsteam auch sämtliche betriebliche Unterlagen (wie z. Bsp. Anlagenbeschreibungen, Sicherheitsdatenblätter, Betriebsanleitungen, Betriebsanweisungen, Wartungspläne, Unfallberichte, Statistiken, Berichte der Präventionsdienste, Genehmigungsbescheide, Prüfbescheinigungen udgl.) zur Verfügung zu stellen (Nöstlinger 2013, S. 66f)

Im ArbeitnehmerInnenschutz sind unterschiedliche Funktionen, abhängig von der Unternehmensgröße, zur korrekten Durchführung vorgeschrieben:

- **Sicherheitsvertrauensperson (SVP-§§ 10-11 ASchG)**

Eine SVP hat in Fragen zum Sicherheits- und Gesundheitsschutz die ArbeitnehmerInnen sowie die Belegschaftsorgane zu beraten, zu unterstützen und zusammenzuarbeiten. Die SVP berät den/die ArbeitgeberIn bei der Durchführung des ArbeitnehmerInnen-Schutzes, achtet auf die Anwendungen der Schutzmaßnahmen und arbeitet mit Sicherheitsfachkräften und ArbeitsmedizinerInnen zusammen. Die SVP ist an keine Weisungen gebunden und arbeitsrechtlich besonders geschützt. Die SVP ist eine Person mit der Funktion einer/s ArbeitnehmervertreterIn/s mit besonderen Aufgaben im Bereich des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz. (Kegelreiter 2012, S. 36) Die Bestellung der SVP erfolgt durch den/die ArbeitgeberIn mit Zustimmung des Betriebsrates. Eine SVP ist ab zehn beschäftigten AN auf vier Jahre zu bestellen und der/die Namen dem Arbeitsinspektorat mitzuteilen. Der/die ArbeitgeberIn muss der SVP die Möglichkeit geben, innerhalb der Arbeitszeit zu Kosten des/der ArbeitgeberIn das benötigte Fachwissen anzueignen. Dazu regelt die Verordnung über die Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP-VO) die Mindestanzahl an SVP, die Ausbildung sowie das Qualifikationsniveau. (Kegelreiter 2012, S. 36ff)

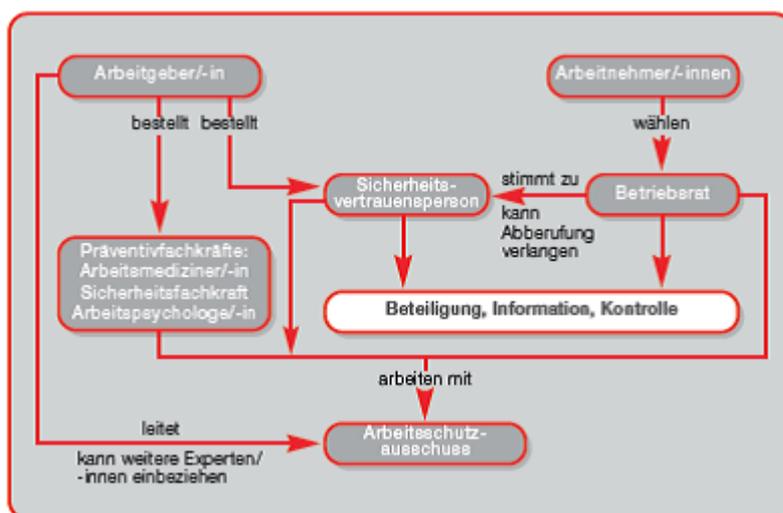
- **Präventivdienste (ASchG 7. Abschnitt)**

Als Präventivdienste im Sinn des ASchG werden Sicherheitsfachkräfte (SFK), ArbeitsmedizinerInnen (AMed), arbeitsmedizinische Zentren (AMZ) und sicherheitstechnische Zentren (STZ) wie auch die Präventionszentren der Unfallversicherungsträger angesehen. Die Aufgaben der Präventionsdienste liegen in der Unterstützung der ArbeitgeberInnen (AG), der ArbeitnehmerInnen (AN), der Sicherheitsvertrauenspersonen (SVP) sowie der BetriebsrätInnen (BR) bei der Erfüllung der Arbeitsschutzverpflichtungen sowie der Mitwirkung im Arbeitsschutzausschuss. (Marx/Piller 2011, S. 5) SFK und AMed sind wie SVP

arbeitsrechtlich besonders geschützt. Die Verantwortung der Erfüllung des ArbeitnehmerInnenschutzes verbleibt bei dem/der ArbeitgeberIn. (Kegelreiter 2012, S. 39) Insbesondere unterstützen **Sicherheitsfachkräfte** (SFK) gemäß §§73-77 ASchG ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen, Sicherheitsvertrauenspersonen und Belegschaftsorgane zu Arbeitssicherheit und Arbeitsgestaltung. Im fachlichen Bereich sind SFK weisungsfrei und es ist eine umfassende Fachausbildung zu absolvieren welche in der VO über die Fachausbildung der Sicherheitsfachkräfte (SFK-VO) geregelt ist. (Nöstlinger 2013, S. 249f) **ArbeitsmedizinerInnen** (AMed., §§79-82 ASchG) sollen auf die Vorbeugung und Vermeidung von Beschwerden, Gesundheitsstörungen und Erkrankungen im Rahmen der beruflichen Tätigkeit einwirken. Er/Sie ist somit für den Gesundheitsschutz, die Gesundheitsförderung und für die menschengerechte Arbeitsgestaltung zuständig. Insbesondere unterstützt der/die ArbeitsmedizinerIn ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und SVP sowie Belegschaftsorgane und ist gemeinsam mit einer SFK für die Begehung im Betrieb zuständig. Als ArbeitsmedizinerIn können ÄrztInnen mit einer arbeitsmedizinischen Zusatzausbildung herangezogen werden. Die Tätigkeit der Präventivdienste kann in unterschiedlichen Modellen in Anspruch genommen werden. Für Betriebe bis zu 50 ArbeitnehmerInnen erfolgt diese durch das Begehungsmodell, für größere Betriebe mit vorgegebenen Präventivzeiten. (Nöstlinger 2006, S. 238ff)

Das innerbetriebliche Arbeitsschutzsystem wird von und mit dem/der ArbeitgeberIn gebildet. Dieses wird nachfolgend detailliert dargestellt:

Abbildung 7: Das innerbetriebliche Arbeitsschutzsystem



Quelle: AK Oberösterreich 2013

Der/die AG bestellt die SVP. Der BR kann der Bestellung zustimmen oder eine Abberufung verlangen. Die SVP und der BR haben das Recht auf Beteiligung, Information und Kontrolle im ArbeitnehmerInnenschutz. Präventivfachkräfte, ArbeitsmedizinerInnen und SFK, werden von der/dem ArbeitgeberIn bestellt.

Neben den personellen Verantwortlichkeiten werden unterschiedliche Strukturen und Prozesse vorgeschrieben. Diese stellen bei Unternehmen mit über 100 beschäftigten MitarbeiterInnen der Arbeitsschutzausschuss und Unternehmen über 50 MitarbeiterInnen Präventivzeiten dar.

- **Begehungen (§ 77a ASchG)**

Ein Begehungsmodell umfasst die sicherheitstechnische (SFK) und arbeitsmedizinische (AMed) Betreuung durch gemeinsame Begehungen. Durch regelmäßige Begehungen kann kontrolliert werden, ob sicher gearbeitet wird oder sicherheits- und gesundheitsrelevante Probleme auftreten. Die Ergebnisse der Begehungen sollten protokolliert und mit Verbesserungs- oder Schulungsmaßnahmen versehen werden. Um die Akzeptanz dieser Begehungen bei den ArbeitnehmerInnen zu fördern ist es empfehlenswert diese über die Ergebnisse zu informieren (BMWA 2004, S. 22; Nöstlinger 2013, S. 255) Begehungen werden Unternehmen mit bis zu 50 AN regelmäßig vorgeschrieben. Neben diesen regelmäßigen Begehungen erfolgen auch Anlassbegehungen nach Einführung neuer Arbeitsmittel, Arbeitsverfahren, nach Umbauten oder Arbeitsunfällen. (Nöstlinger 2013, S. 256)

- **Präventionszeit (§ 82a ASchG)**

Die Berechnung und das Ausmaß der Präventionszeit ist unter §82a ASchG geregelt. Die Berechnung erfolgt Anhand der Anzahl der ArbeitnehmerInnen die beschäftigt werden sowie dem vorliegenden Arbeitsplatz (Büro- oder sonstiger Arbeitsplatz). Der/die AG haben im Kalenderjahr eine SFK im Ausmaß von 40% der Präventionszeit, eineN AMed im Ausmaß von 35% der Präventionszeit und zumindest die restlichen 25% der Präventionszeit geeignete Fachkräfte gemäß der Gefährdungs- und Belastungssituation in den Betrieben einzusetzen. Geeignete Fachkräfte stellen z. Bsp. ChemikerInnen, ToxikologInnen, ErgonomInnen und ArbeitspsychologInnen dar. (Nöstlinger 2013, S. 268ff) Die Mindestpräventionszeit beträgt für Büroarbeitsplätze 1,2 und sonstige Arbeitsplätze 1,5 Stunden/Kalenderjahr und Arbeitsplatz. (Nöstlinger 2012, S. 268) Die Präventivkräfte haben über ihre Tätigkeiten eine Dokumentation zu führen und dem/der AG oder dem Arbeitsschutzausschuss einen Jahresbericht über diverse Aktivitäten und Verbesserungsvorschläge vorzulegen. (BMA SK 2011a, S. 6)

- **Arbeitsschutzausschuss (§ 88 ASchG)**

„Der Arbeitsschutzausschuss hat die Aufgabe, die gegenseitige Information, den Erfahrungsaustausch und die Koordination der betrieblichen Arbeitsschutzeinrichtungen zu gewährleisten und auf eine Verbesserung der Sicherheit, des Gesundheitsschutzes und der Arbeitsbedingungen hinzuwirken. Der Arbeitsschutzausschuss hat sämtliche Anliegen der Sicherheit, des Gesundheitsschutzes, der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung und der menschengerechten Arbeitsgestaltung zu beraten.“ (Nöstlinger 2013, S. 276) Ab einer Anzahl von 100 regelmäßig Beschäftigten in Arbeitsstätten ist ein verpflichtender Arbeitsschutzausschuss einzurichten. Mitglieder dieses Ausschusses sind der ArbeitgeberIn (oder eine Vertretungsperson des/der ArbeitgeberIn), Präventivdienste, Sicherheitsvertrauenspersonen und Vertreter der zuständigen Belegschaftsorgane (BetriebsrätInnen). Dieser Ausschuss ist nach Bedarf, jedoch mindestens zweimal pro Kalenderjahr, einzuberufen. Über jede Sitzung ist ein Ergebnisprotokoll zu führen. (Nöstlinger 2013, S. 277; Kegelreiter 2012, S. 39)

Nach Bildung einer Steuergruppe mit den vorgeschriebenen FunktionsträgerInnen ist ein **Evaluationskonzept/-programm** auszuarbeiten. Ein Evaluierungskonzept beschreibt die Inhalte, den Ort, die Methoden sowie Verantwortlichkeiten und Termine zum Ablauf der Evaluation. Das Evaluierungsteam legt in diesem Dokument fest, wie die Arbeitsstätte gegliedert wird, welche Definition für die Arbeitsplätze gewählt wird, welche Bereichszuständigkeiten vorliegen und abschließend auch die Art der Durchführung der Evaluation sowie die Begehungstermine bzw. die Einteilung der Präventionszeiten. (Nöstlinger 2006, S. 60) Um die Akzeptanz im Unternehmen zu fördern ist es erforderlich in regelmäßigen Abständen **Information** über interne Kommunikationsträger bereitzustellen. Die MitarbeiterInnen sollen angeregt werden Arbeitsschutz in ihr Denken zu integrieren. Diese kennen ihre Arbeitsplätze und können somit qualitativ hochwertige Verbesserungsvorschläge einbringen. (Funk 2011, S. 21)

Nachdem die erforderlichen Strukturen geschaffen und der Ablauf geplant wurden, erfolgt die Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierungen. Es wird eine systematische **Ist-Diagnose** durchgeführt. Ziel des ASchG ist die Vermeidung von Gefährdungen sowie deren Folgen (Nöstlinger 2013, S. 4). Als Gefahr wird laut ASchG „ein Ereignis, das die Sicherheit und/oder die Gesundheit des AN gefährden kann“, bezeichnet. (ebd. 2013, S. 8f) Ein Risiko, also die Wahrscheinlichkeit ob etwas Bestimmtes passiert, soll mit den Maßnahmen der Gefahrenverhütung verhindert oder zumindest reduziert werden. Als risikoerhöhende Faktoren

zählen z. Bsp. mangelnde Berufserfahrung, Ermüdung, Zeitdruck, Routine, Leichtsinn aber auch Alkohol oder Drogen. Evaluierungen welche nach dem Prioritätenprinzip des ASchG (§7) durchgeführt werden, sind weniger fehleranfällig als willkürlich durchgeführte Gefährdungsbeurteilungen. Um die Arbeitssicherheit zu erhöhen ist es daher wichtig Risiken zu vermeiden, nicht vermeidbare Risiken abzuschätzen sowie die Gefahrenbekämpfung an der Quelle. Ebenso wichtig sind die Berücksichtigung des Faktors „Mensch“ am Arbeitsplatz und der Stand der Technik. Auf einer übergeordneten Ebene dominieren die Planung der Gefahrenverhütung, der Vorrang des kollektiven Gefahrenschutzes vor dem individuellen Gefahrenschutz und geeignete Anweisungen an den/die AN. (Nöstlinger 2013, S. 12ff)

Die Ermittlung und Beurteilung von Gefahren umfasst

1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte,
2. die Gestaltung und der Einsatz von Arbeitsmitteln,
3. die Verwendung von Arbeitsstoffen,
4. die Gestaltung der Arbeitsplätze,
5. die Gestaltung der Arbeitsverfahren und Arbeitsvorgänge und deren Zusammenwirken,
6. der Stand der Ausbildung und Unterweisung der AN,
7. Berücksichtigung der Beschäftigung besonders gefährdeter oder schutzbedürftiger AN,
8. die Eignung der AN im Hinblick auf Konstitution, Körperkräfte, Alter und Qualifikation.

(§6 ASchG, Nöstlinger 2013, S. 52f)

Die Ermittlung des Ist-Zustandes sollte regelmäßig, zumindest jedoch bei sich veränderten Arbeitsbedingungen stattfinden wie z. Bsp. nach Unfällen, beim Auftreten von Krankheiten die gegebenenfalls arbeitsbedingt sind, bei der Einführung von neuen Arbeitsmittel, -stoffen oder -verfahren, wenn sich der Stand der Technik verändert oder aber auch auf das Verlangen des Arbeitsinspektorates. (Nöstlinger 2006, S. 53) Nöstlinger (2013, S. 68f) weist auch darauf hin, dass *„nur eine intensive Beteiligung der AN gewährleistet, dass die Evaluierung nicht Lücken aufweist und die notwendigen Maßnahmen akzeptiert und daher eher eingehalten werden.“*

Durch den Zweck der Arbeitsplatzevaluierung, Gefahren zu vermeiden oder einzuschränken, müssen nach jeder Ist-Diagnose (Arbeitsplatzevaluierung) Maßnahmen zur Zielerreichung festgelegt werden. Besonders auf Maßnahmen der Unterweisung sollte dabei Augenmerk gelegt werden, da Arbeitsunfälle überwiegend aus einem Informationsdefizit der MitarbeiterInnen entstehen. (Nöstlinger 2006, S. 64f) Die Ergebnisse der Arbeitsplatz-

evaluierung wie auch der durchzuführenden Maßnahmen zur Gefahrenverhütung sind in den Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten festzuhalten. In jedem Betrieb muss daher ein *Sicherheits- und Gesundheitsschutz-Dokument (SiGe-Dok)* gemäß der DOK-VO (Verordnung über die Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumente) vorliegen, zu welchem alle Berechtigten Zugriff haben. (Nöstlinger 2013, S. 61) Aus den Unterlagen der SiGeDok müssen die Gefahr, das Schutzziel und die Maßnahmen erkennbar sein. (§5 ASchG, Kegelreiter 2012, S. 24f) Besonders zu beachten ist, die vorhandenen Gefahren so konkret wie möglich zu beschreiben um dementsprechende Arbeitsschutzziele sowie die Festlegung konkreter Maßnahmen zu ermöglichen. (Nöstlinger 2013, S. 72)

„Eine umfassende und verständliche Dokumentation gehört zu den wichtigsten Schritten der Arbeitsplatzevaluierung, weil daraus auch nachvollziehbar ist, ob die Gefahrenquellen erkannt und ob die richtigen Maßnahmen getroffen wurden“. (Nöstlinger 2013, S. 63) Zwingend vorgeschriebene Inhalte gemäß §2 DOK-VO sind:

- Die Personen, die die Evaluierung durchgeführt haben,
- der Zeitraum der Evaluierung, die Bereiche und die Anzahl der dort beschäftigten ArbeitnehmerInnen,
- die festgestellten Gefahren, die durchzuführenden Maßnahmen zur Gefahrenverhütung mit Zuständigkeiten und allfälligen Umsetzungsfristen,
- eventuell durchgeführte Anpassungen der Dokumentation und
- die Zuständigkeit für Auskünfte über den Arbeitsschutz im Betrieb.

(Kegelreiter 2012, S. 25)

Die Arbeitsplatzevaluierung ist gemäß §4 Abs. 4 zu überprüfen und gegebenenfalls an sich ändernde Begebenheiten anzupassen. Diese sich ändernden Begebenheiten stellen nach §4 Abs. 5 insbesondere dar: Unfälle, das Auftreten von Erkrankungen, wenn der begründete Verdacht besteht, dass diese arbeitsbedingt sind, nach Zwischenfällen mit erhöhter arbeitsbedingter psychischer Fehlbeanspruchung, bei sonstigen Umständen oder Ereignissen, die auf eine Gefahr für Sicherheit oder Gesundheit der ArbeitnehmerInnen schließen lassen, bei Einführung neuer Arbeitsmittel, Arbeitsstoffe oder Arbeitsverfahren, bei Veränderung des Stands der Technik sowie auf begründetes Verlangen des Arbeitsinspektorates. Nöstlinger (2013, S. 73) weist darauf hin, dass die Überprüfung und Anpassung der Evaluierung im betrieblichen Alltag oft nicht nachgekommen wird und eine Anpassung oft erst nach Aufforderung des Arbeitsinspektorates erfolgt.

Um den Arbeits- und Gesundheitsschutz strukturell in den Unternehmen zu verankern, wurde von der AUVA ein **Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystem (SGMS)** entwickelt. Managementsysteme werden vom BMWA (2004, S. 35) dargestellt als *„formalisierte und institutionalisierte Führungssysteme, die von der Organisationsleitung zum Festlegen von Politik und Zielen sowie zum Erreichen dieser Ziele in allen betrieblichen Hierarchie- und Organisationsebenen eingeführt und bei allen Tätigkeiten, insbesondere zur Optimierung von Betriebs- und Verfahrensabläufen, zugrunde gelegt werden können (gesamte Ablauforganisation).“* Weiters wird angeführt, dass in diesen Systemen Verantwortlichkeiten und Aufgaben festgelegt werden die dazu dienen die Umsetzung der festgelegten Ziele zu unterstützen und durch Selbstüberwachungs- und Bewertungselemente eine kontinuierliche Verbesserung zu gewährleisten. Diese Darstellung korrespondiert mit den Aussagen von Badura der Betriebliches Gesundheitsmanagement in ein lernendes System eingebettet sieht, um einmal gemachte Lernerfahrungen in der Organisation nutzen zu können und deshalb den Wissensaustausch institutionalisiert. (Badura et al. 1999, S. 49)

Ein SGMS zielt somit in den Unternehmen darauf ab, die Sicherheit und das gesundheitliche Befinden der Beschäftigten sicherstellen und zu steigern. Diese Ziele werden aufgrund dieses SGMS gleichwertig neben anderen Zielsetzungen in die Strategie des Unternehmens integriert. Dazu wird der IST-Zustand analysiert, Ziele festgelegt, Maßnahmen zur Zielerreichung durchgeführt, die Kontrolle der Zielerreichung erfolgt dann mit zuvor festgelegten Indikatoren. Um einen Verbesserungsprozess in Gang zu bringen wird diese Vorgangsweise kontinuierlich weitergeführt. (BMWA 2004, S. 1ff) Folgende Grundsätze wurden dabei festgelegt:

- Beschäftigte an den Arbeitsplätzen vor Gefahren und Belastungen zu schützen,
- die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit in Hinblick auf das zunehmende Alter der Beschäftigten - alter(n)sgerechte Arbeitswelt,
- Unfälle und Beinaheunfälle im Betrieb zu vermeiden,
- arbeitsbedingte Verletzungen und arbeitsbedingte Erkrankungen zu verhindern,
- Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten an den Arbeitsplätzen kontinuierlich weiter zu entwickeln,
- Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu treffen, zu unterstützen und auszubauen.

(BMWA 2004, S. 1)

Der letzte Punkt stellt ein Bindeglied zwischen ArbeitnehmerInnenschutz und Betrieblicher Gesundheitsförderung dar. (Leoni/Mahringer 2009, S. 128)

4.5 Erkenntnisse aus der österreichischen Praxis

Um Informationen über die tatsächliche Einsatzbereitschaft von Präventionsdiensten (BMASK 2011a) und der Durchführung von Gefährdungsbeurteilungen (BMASK 2011b) zu erhalten, wurde im Rahmen der österreichischen Arbeitsschutzstrategie eine Kontroll- und Informationskampagne durchgeführt. Im Zeitraum von 01.11.2008 bis 30.09.2009 wurden dazu insgesamt 3000 Unternehmen befragt, davon 300 Unternehmen über 50 MitarbeiterInnen. Die Ergebnisse wurden untergliedert in 1-10 MA, 10-50 MA, 51-100 MA und >100 MA. Die Anzahl der betroffenen Unternehmen ist nicht ersichtlich. Die Befragungen kamen zu folgenden Ergebnissen: Eine Erst-Gefährdungsbeurteilung fanden in 98% der Unternehmen über 100 MitarbeiterInnen statt. In ca. 85% der Unternehmen fanden auch Gefährdungsbeurteilungen nach Veränderungen der Arbeitsverhältnisse statt. In ca. 80% der Unternehmen wurde die Maßnahmenumsetzung terminisiert und in ca. 90% Zuständigkeiten festgelegt. Während Gefährdungsbeurteilungen für Arbeitsstoffe (ca. 90%), für Jugendbeschäftigung (ca. 80%), für Mutterschutz (ca. 90%) durchgeführt wurden, wird eine Gefährdungsbeurteilung der manuellen Handhabung von Lasten nur von 75% der Unternehmen durchgeführt und eine Gefährdungsbeurteilung von MitarbeiterInnen mit Behinderungen von 60%. Circa 94% der Arbeitsbereiche werden von den Gefährdungsbeurteilungen erfasst. Allerdings wurde das Alter der AN nur ungenügend in 41% der Unternehmen berücksichtigt. 50% der Betriebe über 100 AN verfügen über ein eigenes Evaluierungsmodell (19% eval.at, 31% externe). Der Stundenaufwand je Gefährdungsbeurteilung für Unternehmen über 100 MA liegt durchschnittlich bei 0,6 h/Jahr/AN. Bei einer durchschnittlichen Beschäftigtenzahl von 275 AN liegt die Durchführungszeit bei 165 h/Jahr. (BMASK 2011b, S. 11ff) In den Betrieben über 50 AN sind in 98% der Fälle Präventivfachkräfte (SFK und AMed.) bestellt. 95% halten die Präventionszeit für ausreichend. In 72% der Betriebe ist ein Betriebsrat eingerichtet, welcher zu ca. 60% in die Bestellung der Präventivkräfte miteinbezogen wurde. In fast allen Betrieben (98,6%) sind SVP vorhanden welche in circa 75% der Unternehmen in das Bestellungsverfahren der Präventivfachkräfte miteingebunden sind. (BMASK 2011a, S. 11ff)

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Unternehmen mit mehr als 100 AN die Pflicht der Gefährdungsbeurteilungen mit 98% fast vollständig erfüllt ist. Auffälligkeiten finden sich in der Gefährdungsbeurteilung der manuellen Handhabung von Lasten welche in 75% der Unternehmen durchgeführt werden und eine Gefährdungsbeurteilung von MitarbeiterInnen mit Behinderungen welche von 60% durchgeführt werden. Desweiteren wird das Alter der AN von 41% der Unternehmen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt.

Der Arbeitsschutz hat in den letzten Jahrzehnten erfolgreich zur Verringerung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beigetragen. Dieser traditionelle Arbeitsschutz wurde um die Dimensionen der menschengerechten Arbeitsplatzgestaltung sowie der Identifizierung von Gesundheitsgefahren erweitert und wird nun als moderner ArbeitnehmerInnenschutz bezeichnet. (Bleyer/Saliterer 2006, S. 157) Aber auch dieser neue ArbeitnehmerInnenschutz ist für die zukünftigen Anforderungen wie z. Bsp. der Globalisierung, alternden Belegschaften, sich ändernden Beschäftigungsverhältnissen noch nicht gerüstet. Ein Ansatz diesen neuen Anforderungen zu begegnen, stellt die Betriebliche Gesundheitsförderung als strategische Maßnahme in den Unternehmen dar. (ENWHP 2007, S. 3; Birgmann et al. 2006, S. 4f)

Der Gesetzgeber hat bereits auf die Entwicklungen vom Arbeitsschutz in Richtung Arbeits- und Gesundheitsschutz und Betriebliche Gesundheitsförderung reagiert und mit den ASchG §81 Abs. 1, 82, 88 Abs. 2, welche die Aufgaben und Pflichten des/der ArbeitsmedizinerIn und des Arbeitsschutzausschusses beschreiben und hier die Beratung zur Sicherheit, dem Gesundheitsschutz und der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung anspricht, Regelungen im ASchG geschaffen, die BGF an den Arbeitsschutz anknüpfungsfähig macht. (Nöstlinger 2006, S. 298)

5 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ Diese Definition zu BGF wurde von den Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung 1997 verabschiedet. Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, eine aktive MitarbeiterInnenbeteiligung sowie die Stärkung persönlicher Kompetenzen unterstützen diesen Anspruch. (ENWHP 2007, S. 2) Die Verminderung von Gesundheitsbelastungen (geregelt durch das ASchG) und die Anerkennung der Gesundheit der MitarbeiterInnen als wesentliche Ressource zum wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens zu verbinden ist somit Aufgabe der Betrieblichen Gesundheitsförderung. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 17)

5.1 Entwicklung und gesetzliche Regelungen

Die Sicherheit und Gesundheit der MitarbeiterInnen in den Unternehmen war bis in die 1990er Jahre Aufgabe des AN-Schutzes. Mit den Entwicklungen in der EU begann sich auch in Österreich die Betriebliche Gesundheitsförderung zu etablieren. (Nöstlinger 2006, S. 298) Als Grundlage für die Betriebliche Gesundheitsförderung dient ein umfassender Gesundheitsbegriff. Betriebliche Gesundheitsförderung wird damit ganzheitlich erfasst und beinhaltet sowohl Verhaltens- wie auch eine Verhältnisförderung. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 18)

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich ist durch den Einfluss der WHO sowie der Europäischen Union vorangetrieben worden. Ausgehend von der Deklaration von Alma-Ata 1978 über die primäre Gesundheitsversorgung wurde in der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986 die Verantwortung für die Gesundheitsförderung in allen Politikbereichen gesehen. Wesentliche Punkte der Ottawa-Charta sind unter anderem die Förderung der Befähigung der Menschen ihr Gesundheitspotential bestmöglich umzusetzen sowie das Zusammenwirken aller Verantwortlichen in sämtlichen Politikbereichen und sonstigen Institutionen um eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln. Die Ottawa-Charta betont den Einfluss der sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen auf die Gesundheit, insbesondere auch die sich rasch verändernde Arbeitswelt. Veränderungen von Einstellungen und Organisationsformen sollen dazu führen, Menschen ganzheitlich wahrnehmen. (WHO 1986, S. 2ff)

Im Jahr 1992 wurde der Begriff der Gesundheitsförderung im ASVG verankert. Im §154b ASVG wird der gesetzliche Auftrag der Krankenversicherungsträger zu Gesundheitsförderung und Prävention beschrieben. Im §119 ASVG werden nunmehr folgende Pflichtleistungen der Krankenkassen aufgeführt: Krankenbehandlung, Prävention und Rehabilitation sowie Gesundheitsförderung. Dies führte zu einer Wandlung von Krankenkassen in „Gesundheitskassen“. (Kiesewetter/Hirtenlehner 2006, S. 61) Somit ist Gesundheitsförderung seit 1992 ein wesentlicher Bestandteil der österreichischen Sozialversicherungen. Dies führte dazu, dass die Krankenkassen die Aufgabe der Koordinatoren der Betrieblichen Gesundheitsförderung übernommen haben. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 19) Im Jahr 1998 wurde das Bundesgesetz über Maßnahmen und Initiativen zur Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information (Österreichisches Gesundheitsförderungsgesetz – GfG 1998) beschlossen. Die Grundlage für dieses Gesetz bildet die Ottawa-Charta. Der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ist Ausführer dieses Gesetzes. Das Gesetz dient dazu Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung zu entwickeln sowie zur Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten und über seelische, geistige und soziale Faktoren, die Gesundheit beeinflussen. Dies soll lt. §2 Zif.2 GfG in *„bevölkerungsnahen, kontextbezogenen Programmen und Angeboten in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen“* stattfinden. Ein Ziel des FGÖ ist die Senkung der Krankenstände. (Ropin 2006, S. 73) Das Gesundheitsförderungsgesetz setzt den Rahmen für öffentliche Ausgaben der Gesundheitsförderung mit 7,25 Mio. € fest. (BMG o.J., o.S.) Dies sind 1,8% der Ausgaben für Gesundheitsversorgung. (Eurostat 2013, o.S.)

„Das WHO-Konzept „Gesundheitsförderung im Betrieb“ verfolgt eine umfassende Strategie und will sowohl bei der persönlichen Lebensweise (Verhalten) als auch den Arbeitsbedingungen (Verhältnissen) ansetzen.“ Der Schwerpunkt sollte allerdings auf der Verhältnisförderung, also der Gestaltung der Arbeitsumwelt liegen. Die Verhaltensförderung soll die Verhältnisförderung unterstützen. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 20) In der Praxis hat sich die Förderung des Verhaltens durchgesetzt, jedoch wurde bereits festgestellt, dass alleinige verhaltenspräventive Maßnahmen ohne Veränderung der Verhältnisse keine optimalen und/oder langfristigen Wirkungen erzielen. (Ulich 2001, S. 487f; Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 20f)

Zum Zeitpunkt der Schaffung eines europaweiten Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung stellte die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK), neben

der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus (VADÖB), die einzige Institution dar, welche ganzheitliche Gesundheitsförderprojekte initiiert, durchgeführt und unterstützt hat. Deshalb wurde die OÖGKK 1995 mit der Einrichtung einer Österreichischen Kontaktstelle beauftragt. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 24)

Im Jahr 1997 wurde die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet. Durch die Luxemburger Deklaration verpflichten sich die Partner des Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, zur Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sowie der Stärkung persönlicher Kompetenzen (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 26) Die Luxemburger Deklaration gibt folgende Richtlinien zur qualitativen Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung vor:

- *„Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation)*
- *BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration)*
- *Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement)*
- *BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).“*

(ENWHP 2007, S. 4)

Die Österreichische Kontaktstelle des Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (OÖGKK) hat zur qualitativen betrieblichen Gesundheitsförderungsarbeit Leitlinien in Anlehnung an die Luxemburger Deklaration erarbeitet welche beinhalten, dass sich BGF auf unterschiedlichen Ebenen in die betrieblichen Strukturen und Abläufe integrieren und eine interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit (Steuergruppe) erfolgen soll. Nach Durchführung einer Ist-Analyse, welche eine Bestandsaufnahme der im Arbeitsumfeld einflussgebenden Faktoren und die gesundheitliche Disposition der ArbeitnehmerInnen unter Berücksichtigung der Anforderungen und Belastungen darstellt, werden gesundheitspolitische, operationalisierbare Ziele festgelegt. Um Kontinuität und Ganzheitlichkeit zu gewährleisten soll Betriebliche Gesundheitsförderung die ArbeitnehmerInnen auf physischer, psychischer und sozialer Ebene ansprechen und kontinuierlich in die Organisation und Arbeitsabläufe eingebunden sein. Um Kommunikation und Partizipation der MitarbeiterInnen zu fördern

sollen Entscheidungen transparent gestaltet sein und die Beteiligung durch frühe, umfassende Information und/oder auch Einbindung der ArbeitnehmerInnen z.Bsp. durch Gesundheitszirkel und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen und der Nutzen für die Beschäftigten ersichtlich sein. Um die vereinbarten Ziele bewerten zu können und eventuell nicht beabsichtigten Nebenwirkungen entgegenzusteuern ist eine Qualitätssicherung und Evaluation durchzuführen welche auch eine Effizienz- und Effektivitätsdarstellung beinhalten soll. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 27f)

Die Betriebliche Gesundheitsförderung definiert Ziele auf individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Ebene. Die Einführung von BGF dient zur Steigerung der Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der MitarbeiterInnen, Reduzierung der Fluktuationsraten sowie eine bessere Output-Qualität aber auch durch höhere Mitarbeiterzufriedenheit entstehende höhere Kundenzufriedenheit. (Ropin 2006, S. 81)

BGF als Organisationsentwicklung

„Betriebliche Gesundheitsförderung ist im wesentlichen [sic!] als eine Organisationsentwicklungsstrategie zu begreifen.“ (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 21) Eine ganzheitliche Gesundheitsförderung beschäftigt sich mit der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsplätze wie auch der Entwicklung unterstützender betrieblicher Rahmenbedingungen. (Meggeneder 2005, S. 66) Die Hauptanforderung an die Betriebliche Gesundheitsförderung liegt daher in der Veränderung bzw. Anpassung der organisationalen Umgebung. Diese Veränderung erfolgt am besten unter Zuhilfenahme von Instrumenten der Organisationsentwicklung, des Projektmanagements und Qualitätszirkeln. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 21f) Die Organisationsentwicklung zielt auf eine Verbesserung der Effizienz und Lebensfähigkeit des sozialen Systems Organisation. Dieses Ziel kann nur durch die *„begleitete Entwicklung von Einstellungen, Werten und Verhaltensweisen der Mitglieder einer Organisation erreicht werden [...] nicht allein durch die Veränderung [von] strukturellen Aspekten.“* (Scharinger 2006, S. 146) Die Betriebliche Gesundheitsförderung setzt auch bei Personalentwicklung und Personalmanagement an und wird dadurch als Führungsaufgabe identifiziert. (Ropin 2006, S. 81, Kiesewetter/Hirtenlehner 2006, S. 71) Auch Kiesewetter/Hirtenlehner (2006, S. 66ff) betonen die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsförderung, die sich durch Qualitätssicherungsmaßnahmen von Einzelmaßnahmen im Verhaltensbereich unterscheiden sollen.

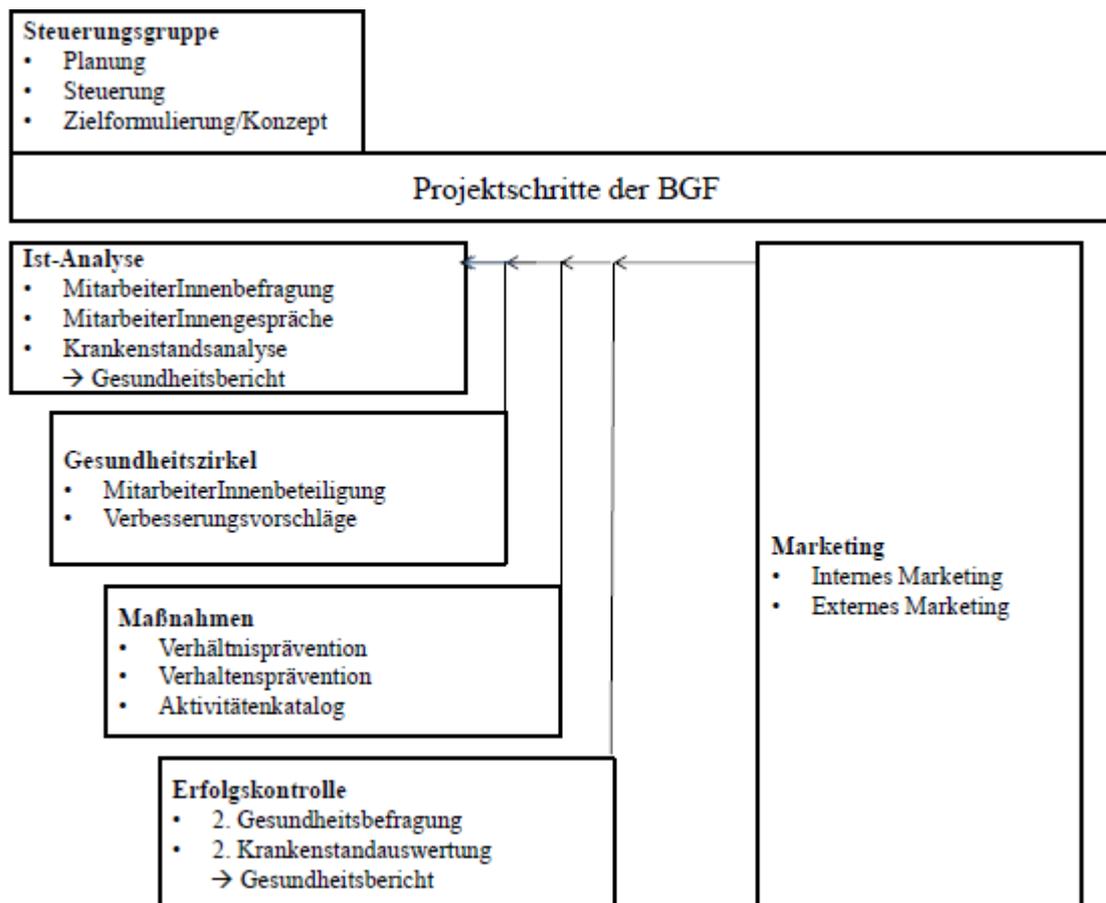
5.2 Strukturen und Prozesse im BGF

„Eine gesundheitszuträgliche Ausgestaltung der Arbeitsorganisation, der Abläufe und Kommunikation im Unternehmen, des Sozialkapitals und der Unternehmenskultur erfordert systematische und zielgerichtete Bemühungen. [...] Solche Entwicklungs- und Veränderungsprozesse müssen planvoll eingeleitet werden.“ (Nöstlinger 2006, S. 298f)

Deshalb benötigt es einer Projektorganisation um die für BGF erforderlichen Strukturen und Prozesse zu erschaffen oder vorhandene anzupassen. Das nachfolgend dargestellte 5-Stufen-Modell Betrieblicher Gesundheitsförderung geht von einem salutogenetischen Verständnis aus. Hurrelmann (2000, S. 162) betont dabei die Wichtigkeit des Einbezuges der betroffenen MitarbeiterInnen (Partizipation) damit eine Organisationsentwicklung von Innen geschehen kann. BGF bedeutet im Unternehmen einen Prozess in Gang zu bringen der unter MitarbeiterInnenbeteiligung die Gesundheitsrisiken minimiert und Gesundheitspotenziale fördert. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 84) Bei Einführung und während der Implementierung in das Managementsystem ist es laufend erforderlich Informations- und Marketingaktivitäten durch innerbetriebliche Kommunikation durchzuführen. (Meggeneder 2006, S. 199)

5.3 Idealtypischer Ablauf

Um BGF erfolgreich im Unternehmen implementieren zu können, erfordert es ein systematisches Vorgehen. Strukturen und Prozesse, insbesondere die Gestaltung der Arbeitsorganisation, Abläufe, Kommunikation, Sozialkapital und Unternehmenskultur, müssen dabei berücksichtigt werden. Wie alle Veränderungsprozesse sollte auch die Einführung von BGF systematisch und planvoll erfolgen. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 83; Nöstlinger 2006, S. 298) Der Managementzyklus umfasst die Konstituierung des Projektes und den Projektaufbau, eine Diagnosephase, die Planung von konkreten Maßnahmen, die Umsetzung von Maßnahmen und die Evaluation und Bewertung der Ergebnisse. (Scharinger 2009, S. 21)

Abbildung 8: 5-Stufen-Modell Betrieblicher Gesundheitsförderung

Quelle: eigene Darstellung, angelehnt an Nöstlinger 2006, S. 300

Zunächst wird eine **Steuergruppe** gebildet, auch als Lenkungsgruppe oder Gesundheitsausschuss bezeichnet, welche den Prozess plant, lenkt und koordiniert. Diese Gruppe ist verantwortlich dafür welche Instrumente eingesetzt und welche Maßnahmen umgesetzt werden. Die Steuerungsgruppe plant und kontrolliert die festgelegten Interventionen und dokumentiert die einzelnen Schritte. Sie sollte, um alle Interessen vertreten zu können, aus einem/r VertreterIn der Unternehmensleitung, der Personalleitung, den Präventivkräften, des Betriebsrates und wenn erforderlich, einer/m externen BeraterIn bestehen. Zur administrativen Leitung dieser Gruppe sollte einE ProjektleiterIn ernannt werden, welcheR für die Vorbereitung der Arbeitssitzungen, Dokumentation und einem kontinuierlichen Projektverlauf verantwortlich ist. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 85, Scharinger 2009, S. 24)

Die Steuerungsgruppe sollte auch über Mitglieder verfügen die einerseits Fachwissen und andererseits soziale Kompetenz aufweisen sowie mit Entscheidungsbefugnissen ausgestattet sind. (Nöstlinger 2006, S. 300ff)

Zu den wichtigsten Aufgaben der Steuerungsgruppe zählen:

- Formulierung der Projektziele und -auftrag
- Richtungsentscheidungen bezüglich zeitlicher und finanzieller Ressourcen
- Kontrolle und Abnahme von Statusberichten und Projektbudgets
- Begleitung der internen Öffentlichkeitsarbeit (Scharinger 2009, S. 24)
- Durchführung einer Projektumweltanalyse
- Konzeption eines Projektstrukturplanes (Nöstlinger 2006, S. 300)

Projektziele dienen dabei zur Information, Motivation und erzeugen ein gemeinsames Projektverständnis. Diese Ziele müssen messbar, konkret und verständlich sowie durchführbar sein. Als Ziele könnten z. Bsp. die Verringerung der Krankenstandsquote um einen gewissen Prozentsatz, die Verbesserung des Betriebsklimas, eine bestimmte mediale Präsenz oder die Erhöhung der Kundenzufriedenheit darstellen. Eine Projektumweltanalyse soll aufzeigen, welche Gruppen, Institutionen und Einzelpersonen durch das Projekt betroffen sind und wie diese in das Projekt einbezogen werden können. (Nöstlinger 2006, S. 300ff) Die Steuergruppe kann von einem Projektteam bei der Umsetzung im Unternehmen unterstützt werden. Dieses Team trägt die Verantwortung für die Maßnahmen im Projekt, besorgt die nötigen Informationen und schafft eine Kommunikationsstruktur im Betrieb. (Scharinger 2009, S. 24)

Nach der Einrichtung einer Steuerungs-/Projektgruppe ist es notwendig eine Bestandsaufnahme im Rahmen einer **Ist-Analyse** im Unternehmen über Gesundheitschancen und Gesundheitsrisiken durchzuführen. Dies erfolgt vielfach in Form von Krankenstands-auswertungen und schriftlichen MitarbeiterInnenbefragungen. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 85) Neben den schriftlichen und mündlichen Gesundheitsbefragungen haben sich auch Fokusgruppen, Managementbefragungen, Gesundheitskonferenzen und Arbeitsanalysen als Zugänge bewährt und münden in einem zusammenfassenden Gesundheitsbericht. (Scharinger 2009, S. 33) Ein umfassender Gesundheitsbericht umfasst einen objektiven (meist quantitativer) und subjektiven (meist qualitativer) Zugang.

Objektive Krankenstandsauswertung

Krankenstandsauswertungen stellen einen Teil einer Ist-Analyse der betrieblichen Arbeitsbedingungen dar. Die Ergebnisse können in einen Gesundheitsbericht einfließen. Dieses Instrument stellt jedoch nur EIN Mittel dar, eine Unternehmens-Analyse durchzuführen. Die Gebietskrankenkassen (GKK) bieten Betrieben mit mehr als 50 Beschäftigten die Erstellung einer detaillierten, individuellen firmenbezogenen

Krankenstandsauswertung an. Diese Auswertung kann z.Bsp. in den Gesundheitszirkeln zur Suche und Ausarbeitung geeigneter Maßnahmen eingesetzt werden. Eine Standardauswertung beinhaltet folgende Punkte:

- Anzahl der Krankenstandsfälle im Kalenderjahr
- Summe der Krankenstandstage
- Durchschnittliche Krankenstandstage pro Fall
- Zahl der erkrankten Personen
- Gesamte Beschäftigtenzahl in einem Jahr
- Wie viele MitarbeiterInnen waren im letzten Kalenderjahr wie oft krank
- Summe der aufgetretenen Diagnosen
- Fälle der zehn häufigsten Diagnosen
- Anzahl der Krankenstandsfälle in Bezug auf die zehn häufigsten Diagnosen
- Vergleich mit der Wirtschaftsklasse, der das Unternehmen angehört.

(Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 32f)

Subjektive MitarbeiterInnenbefragung

Neben dem Instrument der Krankenstandsauswertungen steht für die Ist-Analyse auch das Instrument der standardisierten MitarbeiterInnenbefragungen zur Verfügung. Die OÖGKK als Kontaktstelle des Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung, nutzt den Fragebogen „Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse“ (SALSA-Fragebogen; entwickelt von Rimann/Udris 1997) für diese Befragungen. Dieses Instrument dient zur standardisierten Erfassung von Anforderungen, Belastungen und Gesundheitsressourcen im Unternehmen. Die Standardauswertung ermöglicht das Erkennen von gesundheitsbezogenen Stärken und Schwächen im Unternehmen, Benchmarking mit anderen Unternehmen in der gleichen Branche sowie die Herausarbeitung von Handlungsfeldern zu gesundheitsrelevanten Themen im Unternehmen. Der SALSA hebt die Perspektive der Betroffenen hervor und zeigt die Chancen zur Aufrechterhaltung der Gesundheit auf. (Kohlbacher/Meggeneder 2006, S. 33f; Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 86) Ein breites Spektrum an weiteren Analyseinstrumenten bietet die BAUA-Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Deutschland (www.baua.de). Aufgrund des Datenschutzes können Betriebe mit weniger als 50 Beschäftigten weder Krankenstandsauswertungen noch standardisierte MitarbeiterInnenbefragungen nutzen, da eine Zuordnung einzelner Personen zu bestimmten Krankheitsbildern leichter erfolgen könnte. Kleine Unternehmen sollten bei der IST-Analyse auf qualitative Erhebungsmethoden wie z.Bsp. einer Fokusgruppe, dem Mitarbeitergespräch oder

leitfadengestützte Experteninterviews ausweichen. (Badura/Hehlmann 2003 zit.n. Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 86)

Neben den MitarbeiterInnenbefragungen und Krankenstandsauswertungen können auch weitere betriebsspezifische Auswertungen, insbesondere den Arbeitsschutz betreffende, miteinbezogen werden wie z.Bsp. Schadstoffmessungen oder die Auswertung von Unfallprotokollen. (Nöstlinger 2006, S. 304) Nach der Kumulation der Ergebnisse wird ein Gesundheitsbericht erstellt, der eine Maßnahme der internen Öffentlichkeitsarbeit darstellt. Neben den Ergebnissen der Ist-Analyse bietet sich der Gesundheitsbericht als Informations- und Kommunikationsinstrument zum Themenbereich Betriebliche Gesundheitsförderung an, um alle im Unternehmen tätigen MitarbeiterInnen insbesondere auch über die weiteren geplanten Schritte zu informieren. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 86)

Im Rahmen der **Maßnahmenplanung** stellen Gesundheitszirkeln ein wichtiges Instrument der Partizipation aller MitarbeiterInnen im Unternehmen an der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Es handelt sich dabei um innerbetriebliche Arbeitskreise in welchen die Arbeitsbedingungen thematisiert und Verbesserungsvorschläge ausgearbeitet werden. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 86) Um erfolgreich agieren zu können ist eine grundsätzliche Akzeptanz des Gesundheitszirkels durch den Betriebsrat sowie der unmittelbaren Vorgesetzten der Zirkelmitglieder erforderlich. (Meggeneder 2006, S. 199) Diese Gesundheitszirkel haben sich aus den Qualitätszirkeln, einem in den USA entwickelten Managementinstrument, entwickelt. Qualitätszirkel stellen eine auf Dauer angelegte Kleingruppe mit MitarbeiterInnen einer hierarchischen Ebene dar, die in regelmäßigen Abständen freiwillig Themen im eigenen Arbeitsbereich analysiert und unter Anleitung eines Moderators, mithilfe spezieller Problemlösungs- und Kreativitätstechniken, Lösungsvorschläge (selbständig) erarbeitet und umsetzt und eine Ergebniskontrolle durchführen. Die Gruppe ist dabei in das Managementsystem eingebunden. (Deppe 1990, zit.n. Meggeneder 2006, S. 191)

Auch Badura et al. (1999, S. 22) weisen darauf hin, dass Gesundheitszirkel durch die Partizipation der MitarbeiterInnen sowie einem externen Experten als Moderator, welcher das Erfahrungswissen der MitarbeiterInnen mobilisiert und bündelt, erfolgreich durchgeführt werden können. In den Gesundheitszirkel werden durch die Einbeziehung der MitarbeiterInnen oft einfache aber wirksame Problemlösungen entwickelt. Diese verbessern die Arbeitssituation der ArbeitnehmerInnen und erhöhen gleichzeitig auch die Produktivität und Qualität der Produkte und Dienstleistungen bei sinkenden Krankenständen. (Kohlbacher/Meggeneder 2006,

S. 29f) Es haben sich im Laufe der Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung unterschiedliche Sicht- und Arbeitsweisen bezüglich der Zusammensetzung der Gesundheitszirkel etabliert. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 86)

In der Literatur wird zwischen drei Modellen unterschieden: dem Berliner, dem Düsseldorfer und dem Linzer Modell. Das Berliner Modell zeichnet sich durch eine homogene Gruppe einer hierarchischen Ebene mit externer Moderation aus. Das Düsseldorfer Modell wird als eine inhomogene Gruppe mit hierarchieübergreifender Gruppenzusammenstellung dargestellt und ist wie das Berliner Modell einem pathologischen Verständnis von Gesundheit unterworfen. Im Linzer Modell bildet sich eine homogene Gruppe mit interner oder externer Moderation welche mit einem salutogenen Gesundheitsverständnis arbeitet. (Meggeneder 2006, S. 193)

Tabelle 4: Gesundheitszirkelmodelle

Merkmale	Berliner Modell	Düsseldorfer Modell	Linzer Modell
Zirkelmitglieder	TeilnehmerInnen (10-15) aus einer hierarchischen Ebene (Organisationseinheit), ohne Vorgesetzten	Gemische Kleingruppe von Beschäftigten, Meister, Sicherheitsfachkraft, ArbeitsmedizinerIn, Betriebsleiter	Homogene Kleingruppe (6-8 TN) einer hierarchischen Ebene und eines gleichen Arbeitszusammenhanges
	Homogen eine hierarchische Ebene	Inhomogen hierarchieübergreifend	Homogen eine hierarchische Ebene
Treffen	8-12 Sitzungen	8-10 Sitzungen in regelmäßigen Abständen	4-6 zweistündige Sitzungen
Moderation	Extern	Extern	Intern oder extern
Themen	Aufdecken von Stresssituationen; Erfahrungsaustausch dazu	Bearbeiten sämtlicher Arbeitsanforderungen, die als gesundheitlich beeinträchtigend erlebt werden; Schließen der Lücke zum AS, Wissenstransfer	Grundsätzlich offen, ein Schwerpunkt liegt auf salutogenen Potenzialen
Ergebnis	Entwicklung und Erprobung eines neuen der Gesundheit dienenden Bewältigungsverhaltens	Lösungsvorschläge für technische, organisatorische sowie personenbezogene Maßnahmen zur Bewältigung der beeinträchtigenden Arbeitsanforderungen	Entwicklung umsetzungsreifer Vorschläge, die vor allem im Autonomiebereich der Beteiligten liegen; der Schwerpunkt soll auf verhältnisfördernden Maßnahmen liegen.
Vorteile	Mitglieder sind Experten des eigenen Arbeitsbereiches; Fokus auf betroffene ArbeitnehmerInnen; ähnlicher Erfahrungshintergrund	Aufarbeiten von Lücken des AS; Wissenstransfer zwischen Experten	Mitglieder sind Experten des eigenen Arbeitsbereiches; Fokus auf betroffene ArbeitnehmerInnen; ähnlicher Erfahrungshintergrund
Nachteile	Fokus auf pathogenetische Denkrichtung; Perspektiven aus anderen hierarchischen Ebenen können nicht einbezogen werden; Entscheidungsträger/ FachexpertInnen fehlen	Expertenlastig, unterschiedliche „Sprache“ der Teilnehmer	Beim Einbezug von Vorgesetzten werden bestimmte Themen nicht angesprochen; Perspektiven aus anderen hierarchischen Ebenen können nicht einbezogen werden; Entscheidungsträger/ FachexpertInnen fehlen

Quelle: in Anlehnung an Meggeneder 2006, S. 193, Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 87; Ulich/Wülser 2012, S. 160f, eigene Darstellung

Die Gesundheitszirkel erarbeiten in den Sitzungen Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Diese Vorschläge werden der Steuergruppe präsentiert und diese entscheidet welche Maßnahmen umgesetzt werden und koordiniert die Durchführung und Dokumentation darüber. Dazu müssen die erforderlichen Ressourcen bereitgestellt und Verantwortliche festgelegt werden. Um die Vorschläge der Zirkel systematisch dokumentieren zu können, werden folgende Inhalte der Dokumentation empfohlen:

- Zirkelvorschlag (mit Beschreibung),
 - Entscheidung der Steuerungsgruppe (vollinhaltlich angenommen, angenommen und abgeändert samt Beschreibung der Änderung, abgelehnt mit genauer Begründung),
 - Rückmeldung der Entscheidung an die Zirkelmitglieder,
 - verantwortliche Personen für die Durchführung des Vorschlages samt weiteren mit der Durchführung beschäftigten MitarbeiterInnen,
 - Zeitraum, in welchem der Vorschlag realisiert werden soll,
 - Kontrollvermerk über die Erledigung,
 - allenfalls ein Vermerk über eine durchzuführende Evaluierung (Datum der Durchführung, Ergebnis).
- (Nöstlinger 2006, S. 307f)

Das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung empfiehlt Gesundheitszirkel nach dem Linzer Modell. (Meggeneder 2006, S. 195f) Dieses Modell wurde speziell für die Bedürfnisse der in Österreich vorherrschenden Klein- und Mittelbetriebe entwickelt. Es wird jedoch auch in großen Unternehmen abteilungsspezifisch eingesetzt. Die Besonderheiten dieses Modells liegen unter anderem in der Möglichkeit innerbetriebliche Zirkelmoderatoren auszubilden und einzusetzen. Die Zirkelteilnehmer verfügen grundsätzlich über organisatorische und fachliche Kompetenzen um Maßnahmen umsetzen zu können. Desweiteren werden die betrieblichen Interessensvertretungen aktiv ins Projekt einbezogen. Die Anzahl der Teilnehmer ist auf 6-8 Personen beschränkt und die Teilnahme hat freiwillig zu erfolgen. Erfahrungswerten zufolge ist mit 4-6 Sitzungen mit je 2-3 Stunden Dauer zu rechnen. (Scharinger 2009, S. 56) Jancik (2002, S. 121) betont, dass bei einem gelebten Betrieblichen Gesundheitsmanagement Gesundheitszirkel nicht mehr notwendig sind.

Für die erfolgreiche **Umsetzung** von Maßnahmen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung wird ein Mix aus Verhältnis- und Verhaltensprävention empfohlen. (Scharinger 2009, S. 62ff) Im Sinne einer ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsförderung konzentrieren sich die Maßnahmen auf die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, gesundheitsgerechter Gestaltung von Arbeitsplätzen und die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen. (Meggeneder 2005, S. 66) Die Interventionen von Verhältnisprävention sollen dabei durch Maßnahmen der Verhaltensprävention unterstützt werden. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 87)

Die **Evaluation** und **Erfolgskontrolle** gestalten sich in der Praxis schwierig da sich insbesondere Maßnahmen der Verhältnisförderung einer kurzfristigen Wirkungsmessung und Erfolgsdarstellung entziehen. Das Österreichische Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung empfiehlt eine Erfolgsmessung mittels Vorher-Nachher-Vergleich, d.h. einer zweiten Krankenstandsauswertung sowie einer erneuten MitarbeiterInnenbefragung. Die Ergebnisse dieser Auswertungen werden in einem weiteren Gesundheitsbericht festgehalten, welche alle MitarbeiterInnen erhalten. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 88)

Die Dauer eines BGF-Projektes ist individuell und hängt zusätzlich von der Unternehmensgröße ab. Als Richtwerte können in der Einrichtungs- und Planungsphase der Projekt-/Steuergruppe 3 Monate, für die IST-Analyse 6 Monate, die Umsetzungsphase 6-9 Monate und für die Erfolgskontrolle 3 Monate angenommen werden. Die Gesamtdauer eines BGF-Projektes wird somit mit circa 18-21 Monaten veranschlagt. (Hirtenlehner/Pillwein 2006, S. 89)

Ein begleitender Prozess in der Betrieblichen Gesundheitsförderung stellt das **interne und externe Marketing/Kommunikation** dar. Um die Projektakzeptanz zu stärken ist es erforderlich bereits in der Planungsphase die MitarbeiterInnen zu informieren. BGF-Projekte sind beteiligungsorientiert und die Qualität der Ergebnisse wie auch die Motivation aller Beteiligten wächst durch eine kontinuierliche Informationspolitik im Unternehmen. Unternehmen nutzen BGF-Projekte auch für die externe Image-Pflege und Attraktivierung als potentielle ArbeitgeberIn. (Nöstlinger 2006, S. 309f) Nachstehend werden beispielhaft einige Marketingaktivitäten angeführt:

Tabelle 5: Interne und externe Marketinginstrumente

MARKETING	
Instrumente: internes Marketing	Instrumente: externes Marketing
<ul style="list-style-type: none"> • MitarbeiterInnenzeitung • Schwarzes Brett • Intranet • Beilage zu Lohn-/Gehaltszettel • Besprechungen/Betriebsversammlung • Persönliche Informationen • Projektfolder • Plakate • Briefe an MitarbeiterInnen • Events • Preis Ausschreiben • Interviews in Projektzeitung/Gesundheitsbericht 	<ul style="list-style-type: none"> • Artikel/Berichte des Projektes in Zeitschriften von: <ul style="list-style-type: none"> • Berufsvereinigungen • Gewerkschaften/AK • WK/IV • AUVA • Newsletter der ÖKfBGF • Fonds Gesundes Österreich • Öffentlichkeitsarbeit <ul style="list-style-type: none"> • Presseaussendungen • Exklusivgeschichten • Artikel in Gemeindezeitungen • PR-Artikel (Inserate)

Quelle: Nöstlinger 2006, S. 310, eigene Darstellung

Stummer et al. (2008, S. 236ff) haben in ihrer Befragung von drei Organisationen (19 Interviewte) festgestellt, dass die interne Kommunikation (insbesondere Information und Dialog über Ziele und Maßnahmen der BGF) unter anderem einen kritischen Erfolgsfaktor für BGF darstellen. Basierend auf ihren Untersuchungsergebnissen empfehlen Stummer et al. das interne Kommunikation und Information eher durch Personen, der Firmensituation entsprechend (nicht im Widerspruch mit z. Bsp. Einsparungsmaßnahmen) und im Dialog durchgeführt werden sollen.

Der dargestellte beispielhafte Ablauf sollte, um Kontinuität zu gewährleisten und nicht zur Einmalaktion degradiert zu werden, nachhaltig in das Managementsystem des Unternehmens integriert werden. (Rupin 2006, S. 95) Aus Pilotprojekten können in Unternehmen standardisierte Vorgehensweisen herausgearbeitet werden. (Vogt/Elsigan 2011, S.5) Insbesondere die erforderlichen Strukturen wie Steuerungsgruppe und Gesundheitszirkel werden in Projekten geschaffen und MitarbeiterInnen können als interne Gesundheitszirkelmoderatoren ausgebildet werden. Auch diverse Methoden und sowie deren praktische Anwendungen sind den Projektleitern bekannt und können auch eingesetzt werden. Regelmäßige Gesundheitszirkel und Steuergruppentreffen sollten beschlossen und die Gesundheitsberichterstattung fortgeführt werden. (Rupin 2006, S. 95)

5.4 Erkenntnisse aus der österreichischen Praxis

Stummer et al. (2011, S. 79) haben in ihren Befragungen der 500 größten österreichischen Privatunternehmen und 103 Verwaltungsunternehmen mit einem Rücklauf von 185 Fragebogen (n=185) Mängel zu Betriebsvereinbarungen, Gesundheitszirkel, den Maßnahmen wie auch der Evaluierung bei der Umsetzung von BGF-Projekten festgestellt. (Stummer et al. 2011, S.77)

Betriebsvereinbarungen zum Thema BGF wurden von 47,5% der Privatunternehmen und 30,6% der Verwaltungen abgeschlossen (n=180). Jedoch wird darauf hingewiesen, dass in diesen Betriebsvereinbarungen insbesondere auf dem Umgang mit Drogen und Suchtverhalten oder auch auf betriebsspezifische Gefährdungspotentiale eingegangen wird. Umfassende Betriebsvereinbarungen zu BGF-Projekten liegen jedoch nur in 2 von 75 Fällen vor. (Stummer et al. 2011, S. 77) **Gesundheitszirkel** stellen ein maßgebliches partizipatives Element in der MitarbeiterInnenbeteiligung an BGF-Projekten dar. In der Befragung von Stummer et al. (2011, S. 78f) (n=175) konnte aber festgestellt werden, dass lediglich ca. 31% der befragten Unternehmen und Verwaltungen Gesundheitszirkel bereits eingeführt und ca. 12% diese

Beteiligungsform geplant haben. Die restlichen Unternehmen/Verwaltungen haben Gesundheitszirkel weder geplant noch umgesetzt. Rund 40% der Unternehmen gaben an, dass Gesundheitsförderprogramme durch das fehlende Interesse der MitarbeiterInnen gescheitert sind. Indirekt kann hier auf eine fehlende Partizipation der MitarbeiterInnen im Rahmen von Gesundheitszirkeln abgestellt werden, welche als Voraussetzung für ein erfolgreiches BGF identifiziert wurden. Weiters kann dies auch durch eine fehlende interne Kommunikation sowie eine an den Zielgruppen vorbeigehende Maßnahmen zu BGF liegen. (Stummer et al. 2008, S. 239) Folgende **Maßnahmen der Gesundheitsförderung**, Team- und Individualmaßnahmen, haben Stummer et al. (2011, S. 78f) in ihren Befragungen identifiziert und die jeweilige Durchführung in den Betrieben erfragt: Führungskräfte- und Teamtraining (81%), Teamentwicklungsmaßnahmen (76%), Gesprächs- und Kommunikationstraining (72%), Kooperations- und Konflikttraining (71%), Fitness-Angebote (65%), Betriebssport (60%), Bewegungsprogramme zur Krankheitsprävention (52%) sowie Ernährungsprogramme, Entspannungstraining, Suchtprävention, Herz- und Kreislaufprogramme, Krebsvorsorge. Nach Angaben der befragten Unternehmen (ebd., S. 79)(n=185) finden kaum detaillierte **Evaluierungen** statt. Evaluierung stellt allerdings eine Grundbedingung für die nachhaltige Implementierung von BGF im Unternehmen dar. Um BGF in das Managementsystem des Unternehmens integrieren zu können, benötigt es geschlossene Projektkreisläufe in Form von Analyse – Formulierung – Implementierung – Evaluierung.

Hirtenlehner/Sebinger (2005) führten eine Bedarfs- und Potentialanalyse für Unternehmen ab 100 MitarbeiterInnen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung durch. Dabei wurden die Fragen nach Informationsstand zu BGF, Allgemeine Einstellungen, Erwartungshaltungen und Ansprüche an das BGF, Praktische Erfahrungen, Hindernisse und Umsetzbarkeit von BGF sowie die Nachfrage zu verschiedenen Angeboten des BGF abgefragt. (ebd., S. 4) Die schriftliche Befragung wurde mit 144 Unternehmensleitungen oberösterreichischer Mittel- und Großbetriebe durchgeführt. Die Teilnehmerzahl lag bei 19%. (ebd., S. 45) 96% sehen BGF als lohnende Investition (ebd., S. 20) Nach Meinung der Befragten (n=144) wirken BGF-Maßnahmen auf das Gesundheitsbewusstsein der AN (91%), den Gesundheitszustand der AN (88%) und auf die Krankenstandstage (87%). Das Argument der Verminderung von krankheitsbedingten Absenzen bestätigt sich so. Weiter darunter liegen die Förderung der Motivation (75%), Arbeitszufriedenheit (65%) und die Attraktivität des Unternehmens als DG (64%). Auch eine Verbesserung des Betriebsklimas (60%), eine Reduktion der Arbeitsunfälle (59%), eine Verbesserung für das Image des Unternehmens (51%) sowie die Steigerung von Produktivität (50%) wurden angeführt. Ein wichtiger Punkt für die BGF stellt auch die

Fluktuation und damit die MitarbeiterInnenzufriedenheit in Unternehmen dar. Jedoch nur 36% hoffen auf eine diesbezügliche Verbesserung durch BGF. (ebd., S. 24)

Aus der Befragung ergibt sich auch, dass die EntscheidungsträgerInnen das Potential einer Organisationsentwicklung durch BGF nicht wahrnehmen und somit auch nicht ausschöpfen können. Dass innerbetriebliche Strukturen und Prozesse durch BGF verbessert werden können wird nur von ca. 1/3 der befragten Personen erkannt. [Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation (35%), Optimierung von Arbeitsabläufen (30%), Verminderung von Reibungsverlusten (25%)] Nur 17% der Befragten hatten an BGF die Erwartung der Verbesserung ihrer Marktchancen. (ebd., S. 26) Von den befragten Unternehmensleitungen gaben 82% an bereits Erfahrungen in Form von Maßnahmen oder Projekten mit BGF gemacht zu haben. Nachfolgend eine Auflistung der angegebenen Maßnahmen:

Tabelle 6: Durchgeführte gesundheitsfördernde Maßnahmen, gewichtet (n=110)

Durchgeführte Gesundheitsförderungsmaßnahmen	Prozent
Nur Verhaltensprävention	61 %
Medizinische Untersuchungen	35 %
Maßnahmen nach dem ASchG	19 %
Ganzheitliche BGF-Projekte (Verhaltens- und Verhältnisprävention)	9 %
Nur Verhältnisprävention	6 %
Andere Maßnahmen	9 %

Quelle: Hirtenlehner/Sebinger 2005, S. 28; eigene Darstellung

Auch hier ist ersichtlich, dass 61% der Interventionen Maßnahmen zur Verhaltensprävention darstellen. Ganzheitliche BGF-Projekte wurden hingegen nur von 9% der Befragten angegeben. Mehrfachnennungen waren möglich. Die treibenden Kräfte hinter den Maßnahmen zu BGF stellen Unternehmensleitungen (65%), BetriebsärztInnen (50%), MitarbeiterInnen/BetriebsrätInnen (41%), SFK (35%), PersonalleiterInnen (25%) sowie andere externe Institutionen dar. (ebd., S. 30)

Wie im Kapitel ArbeitnehmerInnenschutz dargestellt, handelt es sich bei arbeitsschutzbezogenen Interventionen um Maßnahmen der Unfallverhütung sowie den sicheren Umgang mit Arbeitsstoffen und Hygienebestimmungen. (Bleyer/Saliterer 2006, S. 157) Die Gesundheitsförderung beschäftigt sich dagegen mit der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeitsplätze wie auch der Entwicklung unterstützender betrieblicher Rahmenbedingungen. (Meggeneder 2005, S. 66) Die Grundlagen von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung wurden als Abgrenzung von Ulich (2001, S. 485) vorgenommen:

Tabelle 7: Klassischer Arbeitsschutz vs. Betriebliche Gesundheitsförderung

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als schutzbedürftiges Wesen - Defizitmodell - schwächeorientiert - pathogenetisches Grundverständnis	... autonom handelndes Subjekt - Potenzialmodell - stärkeorientiert - salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben/Ziele Verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen - Schutzperspektive - Belastungsorientiert	Schaffen bzw. erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen - Entwicklungsperspektive - Ressourcenorientiert
Aufgaben/Ziele Verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen - Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen - Wahrnehmen von Chancen

Quelle: Ulich 2001, S. 485

Während der ArbeitnehmerInnenschutz gesetzlich vorgeschrieben ist und die Betriebliche Gesundheitsförderung bereits in vielen Unternehmen zumindest ansatzweise etabliert ist, stellt die dritte Dimension eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsmanagements, das Betriebliche Eingliederungsmanagement, in Österreich noch ein weitgehend unbekanntes Aktionsfeld in den Unternehmen dar.

6 Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

6.1 Entwicklung und gesetzliche Regelungen

Durch den demografischen Wandel, d. h. im Konkreten einer Veränderung des Erwerbspotentials in Richtung ältere ArbeitnehmerInnen, aber auch langzeiterkrankter Erwerbstätiger ist es für Unternehmen notwendig Strategien zu entwickeln diese ArbeitnehmerInnen im Arbeitsleben zu halten. (Mehrhoff 2006, S.129) Dies ist auch bedeutsam, da der Zugang zu Pensionsleistungen laufend erschwert wird. Anzuführen sind hier ein laufend ansteigendes Pensionsantrittsalter sowie Veränderungen im System der Invaliditätspensionen. Diese Maßnahmen führen zu einer verlängerten Lebensarbeitszeit der Erwerbspersonen.

Zwei maßgebliche Dimensionen prägen somit die Diskussion in der Arbeitswelt: Einerseits die Diskussion um erkrankte MitarbeiterInnen und daraus eventuell folgend der Wechsel der Erwerbspersonen in die Invaliditätspension sowie MitarbeiterInnen im Pensionsalter. Nachfolgend werden Daten zu Krankenständen, Invaliditätspensionen, dem Begriff „Rehabilitation vor Pension“ und die Entwicklungen aus diesen Ereignissen wie die Verabschiedung des Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes (AGG) und die daraus abgeleiteten Maßnahmen von „fit2work“ dargestellt. Da die betriebliche Wiedereingliederung aufgrund der angeführten Dimensionen eine Herausforderung für die Unternehmen wie auch die Volkswirtschaft ist, wird auf die diversen Entwicklungen näher eingegangen.

6.2 Vom Krankenstandsmanagement zum BEM

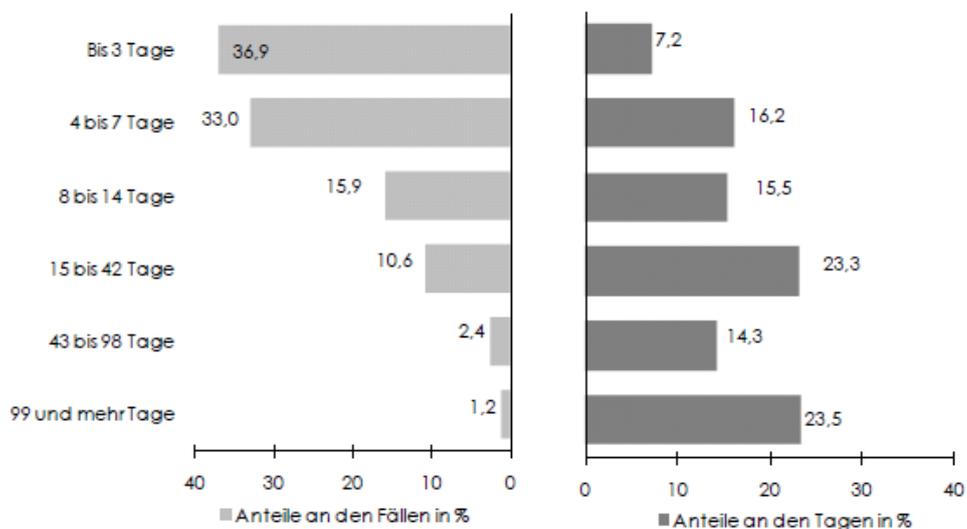
Krankenstände in den Unternehmen, auch bezeichnet als Absentismus oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund Krankheit, stellen einen großen Kostenfaktor (Lohnfortzahlung, Produktionsausfälle, Einschränkung von Dienstleistungen) dar. Oft werden nach gravierenden Krankenstandsmissbrauchsfällen in den Unternehmen Einzelaktionen gestartet, die jedoch die anwesenden MitarbeiterInnen und die in der Überzahl tatsächlich erkrankten MitarbeiterInnen verärgern und demotivieren. (Meggeneder 2005, S. 11)

Aber auch Krankenkassen haben Interesse daran Krankenstände gering zu halten, da die volkswirtschaftlichen Kosten durch Krankenstände nicht unbeträchtlich sind. Diese betragen im Jahr 2003 lt. Meggeneder (2005, S. 9) 1,64 Mrd. €. Im gleichen Zeitraum berichtet die Wirtschaftskammer Österreich von Kosten in Höhe von 2,5 Mrd. € pro Jahr für die

Unternehmen. Die Kosten betragen gesamt circa 3,13 Mrd. €. Im Jahr 2011 betragen die volks- und betriebswirtschaftlichen Kosten laut einer Schätzung von Leoni (2014, S. IV) zwischen 5,6 und 8,3 Mrd. €. Bei Gegenüberstellung dieser Kosten erhält man eine Steigerung von zumindest 78%. Die direkten Kosten können mit Entgeltfortzahlungen und Krankengeld gut erfasst werden. Kosten der Wertschöpfungsverluste sind sehr schwer quantifizierbar. Diese sind abhängig vom Konjunkturverlauf, der Branche und der Betriebsgröße. Durch die Verringerung von Krankenständen käme es neben der Entlastung der Betriebe auch zu einer Entlastung des Gesundheitssystems. (Leoni 2014, S. IVf)

Die Krankenstandsursachen haben sich im Zeitverlauf verändert. Während der Anteil der Atemwegserkrankungen die Kurzzeitkrankenstände anheben lässt, hat sich der Anteil der Verletzungen verringert. Im Jahr 2012 prägten vor allem Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit Krankheiten der oberen Atemwege das Bild. Diese Erkrankungen machen 50% der Krankenstandsfälle und circa 40% der Krankenstandstage aus. Ein Ansteigen der Fälle der psychischen Erkrankungen ist zu erkennen. Leoni deutet diesen Trend zum Teil auch auf ein neues Bewusstsein bei der diagnostischen Erfassung von psychisch bedingten Gesundheitsproblemen. Besonders ältere Erwerbstätige sind von Langzeitkrankenständen betroffen. Bereits ab 45 Jahren steigen die Krankenstandstage stark an und erreichen ab 60 Jahren den Höhepunkt. (Leoni 2014, S. II, S. 46) Als Krankenstandstage werden von Leoni (2014, S. 4 in Anlehnung an Badura et al. 2000) die *„Anzahl der im Laufe eines Jahres durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Ausfallzeiten“* betrachtet. Dabei wird mit Kalendertagen gerechnet. Als Krankenstandsfälle werden die *„Anzahl der durch Krankheit, Unfall oder Kuraufenthalt bedingten Fälle von Arbeitsabsenz“* verstanden.

Abbildung 9: Krankenstandsfälle und -tage nach Dauer, unselbständig Beschäftigte, Österreich 2012



Quelle: Fehlzeitenreport 2013, S. 14 (Leoni 2014)

Abbildung 9 zeigt die Anzahl der Krankenstandsfälle in Prozent inkl. der Dauer dieser Krankenstandsfälle auf. Kurzzeitkrankenstände bis 7 Tage machen zwar den Großteil der Krankenstände aus (69,9%) jedoch nur 23,4% der Krankenstandstage. Krankenstandsfälle von 8 bis 42 Tagen (26,5%) machen 38,8% der Krankenstandstage aus. Langzeitkrankenstände ab 42 Abwesenheitstagen machen mit 3,6% Krankenstandsfälle 37,8% Krankenstandstage aus. Die Gruppe der Langzeitkrankenstände ist durch die hohe Anzahl der Krankenstandstage somit im Blickpunkt der Unternehmen. Die Maßnahme fit2work setzt ab 42 Krankenstandstage aktiv, durch die Versendung von standardisierten Einladungen zu fit2work durch die Gebietskrankenkassen, an. (Bundessozialamt 2012, S. 3) Nach sechs Wochen Krankenstand endet auch der Grundanspruch auf die volle Entgeltfortzahlung. (AK 2012, o.S.)

Als Ursachen für Arbeitsunfähigkeit hat Meggeneder (2005, S. 10f; Theurl 2012, S. 9f) unterschiedliche Erklärungsansätze zusammengefasst. Es handelt sich dabei um individuelle, betriebliche und volkswirtschaftliche Betrachtungsweisen. Volkswirtschaftlich kann z. Bsp. eine spezifische Ausformung des Krankenversicherungssystems Einfluss auf das Krankenstandsgeschehen nehmen. Mayrhuber/Rocha-Akis (2013, S. 42) gehen von der Annahme aus, dass Pensionsreformen eine Erhöhung der (Alter-)Arbeitslosigkeit und somit auch zu einer Zunahme von Pensionsvorschüssen wie auch der Zunahme von Krankenstandsquoten geführt haben, da speziell im Bereich der Arbeitslosen die Krankenstandsquoten höher liegen. Betriebliche Ansätze schließen z. Bsp. psychosoziale Faktoren beeinflussende Vorgesetzte, Kollegen und Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen

und Arbeitsumwelteinflüsse, Arbeitszeitregelungen und technologische Entwicklungen ein. Die individuellen Dimensionen wie familiäre Probleme z. Bsp. Organisation der Kinder- oder Altenbetreuung, Gesundheitszustand, Lebensalter beeinflussen ebenfalls die Arbeitsfähigkeit. Auch ökonomische Dimensionen wie Einkommen, Lohnform und konjunkturelle Entwicklungen haben Einfluss auf das Krankenstandsgeschehen. Das Thema Krankenstand tritt meist mehrdimensional auf, dies bedeutet, dass die Gründe der Krankenstände sehr individuell sind. Rund 70% der MitarbeiterInnen sind im Krankenstandsgeschehen unauffällig. Die restlichen 30% teilen sich in Langzeit- und Kurzzeitkrankenstände, wobei Langzeitkrankenstände häufig von älteren MitarbeiterInnen in Anspruch genommen werden. Nur 3 bis 5% der ArbeitnehmerInnen bleiben ohne krankheitsbestimmenden Grund der Arbeit fern, diese bestimmen jedoch die Krankenstandsdiskussion. (Meggeneder 2005, 10f)

Nach der Betrachtung der Krankenstandsdaten wird nun der Fokus auf die betrieblichen Reaktionen darauf gelegt. In der Literatur werden unterschiedliche Gespräche zur Identifizierung von Personen die ohne krankheitsbestimmenden Grund der Arbeit fernbleiben skizziert. Im Folgenden wird näher auf diverse Rückkehrgespräche eingegangen, da es hier unterschiedliche Ausprägungen gibt.

Die Intention eines Rückkehrgespräches ist es den MitarbeiterInnen zu signalisieren, dass die krankheitsbedingte Abwesenheit wahrgenommen wurde, dass das Unternehmen an den Ursachen daran interessiert ist und an der Behebung von arbeitsbedingten Ursachen gearbeitet wird. Aufgrund des Doppelcharakters des Rückkehrgespräches, auf einer Seite ein Fürsorge- oder Begrüßungsgespräch auf der anderen Seite ein Disziplinalggespräch, sollte der Einsatz dieses Instrumentes gut überlegt und in einer Gesamtstrategie eingeschlossen sein. (Meggeneder 2005, S. 15f) Prümper/Hamann (2012, S. 32) differenzieren noch genauer in Rückkehrgespräche, welche nach jeder Fehlzeit geführt werden sowie in Fehlzeitengespräche, welche nach krankheitsbedingten Abwesenheiten stattfinden. Eine weitere Form dieser Gespräche sind gestufte Krankenrückkehrgespräche die von einem freundlichen, mitarbeiterzentriertem Gespräch bis zur Androhung der Kündigung reichen können. (Kuhn 2003, S. 3f) Auch Pfaff (2002, S. 2ff) unterscheidet hier drei unterschiedliche Typen der Rückkehrgespräche: Krankenrückkehrgespräche mit inhaltlicher Stufung der Gespräche (gestufter Typ), Krankenrückkehrgespräche ohne Stufung (stufenloser Typ) und Rückkehrgespräche, die nach jeder Form von Abwesenheit geführt werden (allgemeiner Typ). Im Rahmen der KUGA-Studie (Krankenrückkehrgespräche und Gesundheitspolitik in der Automobilindustrie) (n=42 Werke, n=131 Zulieferer) konnte ermittelt werden, dass 65% der

Herstellerwerke und 52% der Zulieferbetriebe den gestuften Typ anwenden. Die restlichen Unternehmen gaben den ungestuften Typ an und 28% der Zulieferbetriebe und 10% der Herstellerwerke führen auch Gespräche des allgemeinen Typs durch. Kiesche (2011, S. 47) stellt in seiner Analyse aus 27 betrieblichen Vereinbarungen zum Thema Krankenrückkehrgespräch und Fehlzeitenmanagement fest, dass die gestuften Krankenrückkehrgespräche mit Disziplinierungsfunktion überwiegen. Während die einen Rückkehr- und Fehlzeitengespräche für geeignet halten Absentismuszeiten zu verringern verweisen die Gegner auf die Zunahme von Belastungen bei den MitarbeiterInnen und den Führungskräften sowie der Zunahme des Präsentismus. (Prümper/Hamann 2012, S. 32)

Das MitarbeiterInnengespräch steht nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Krankheitsgeschehen. Es sollte einmal jährlich zum Zweck der Bewertung und Besprechung der vergangenen Arbeitsperiode stattfinden. Dabei werden die weitere Entwicklung des/der MitarbeiterInnen, die Stärken und Schwächen wie auch externe Einflüsse und Entwicklungs- und Fördermöglichkeiten sowie die Ziele der zukünftigen Arbeitsperiode besprochen. Die Hauptaufgabe in diesem Gespräch liegt in der Herstellung der MitarbeiterInnenzufriedenheit und der Verbesserung des Betriebsklimas. Im Rahmen dieses Gespräches ist es auch möglich krankheitsbedingte Abwesenheiten anzusprechen. (Meggeneder 2005, S. 23f)

Die europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen hat 1997 in Anlehnung an das Projekt „Krankheit und Fernbleiben vom Arbeitsplatz: Vorbeugungsinitiativen“ folgende Erfolgsfaktoren für ein erfolgreiches Fehlzeitenmanagement herausgearbeitet. Das Fehlzeitenmanagement sollte folgende Grundvoraussetzungen aufweisen:

- *ein systematischer Ansatz,*
- *ein koordinierendes Projektteam,*
- *klare Aufgaben und Zuständigkeiten für die an den Aktivitäten beteiligten Personen,*
- *aktive Unterstützung durch das obere und mittlere Management,*
- *eine aktive Beteiligung der Angestellten und ihre Anerkennung als Experten,*
- *gute Information und Kommunikation zwischen dem gesamten Personal,*
- *Beteiligung der Personalabteilung, des betriebsärztlichen Dienstes oder externer Berater,*
- *Beteiligung des Betriebsrats, des Ausschusses für Sicherheit, Gesundheit und Wohlbefinden oder der Gewerkschaften,*
- *ein ausgewogenes Maßnahmenpaket und*

- *die Betrachtung von Fehlzeiten als normales Phänomen in einem Unternehmen.*
(Europäische Stiftung 1997, S. 33)

Die Empfehlungen der Europäischen Stiftung im Rahmen des Projektes stellen somit die Grundpfeiler einer betrieblichen Wiedereingliederung dar: *„Regierungen, Arbeitgeberverbände und Gewerkschaften sollten gemeinsam nationale Aktionsprogramme aufstellen, um das Problem Fehlzeiten und Krankheit zu bekämpfen. Das Ziel dieser Programme sollte es sein, Unternehmen und Arbeitnehmer dazu anzuhalten, präventive Maßnahmen am Arbeitsplatz zu ergreifen, die Erwerbsfähigkeit älterer Arbeitnehmer zu verlängern und langfristig Abwesende zu reintegrieren.“* (Europäische Stiftung 1997, S. 34)

Feldes (2009, S. 223) hat die Unterschiede zwischen Fehlzeitenmanagement und BEM herausgearbeitet und in einer Tabelle strukturiert. Das Fehlzeitenmanagement arbeitet mit einem pathogenen Ansatz und die Verantwortlichen sind oft direkte Vorgesetzte der MitarbeiterInnen. Oft verfügen die Gesprächsführenden über keine geeignete Schulung zu diesem Thema und die Beschäftigten sind verpflichtet an den Gesprächen teilnehmen. Das Eingliederungsmanagement hingegen arbeitet mit einem salutogenen Ansatz und die MitarbeiterInnen können einen Gesprächspartner nach Vertrauen wählen. Die Gespräche im Rahmen eines BEM finden freiwillig statt und die MitarbeiterInnen müssen keine Sanktionen befürchten. Unten angeführte Tabelle wurde unter Berücksichtigung der österreichischen Gesetzeslage erweitert.

Tabelle 8: Fehlzeitenmanagement vs. BEM

Regelungsaspekte	Fehlzeiten- bzw. Krankenrückkehrgespräche	Eingliederungsmanagement (BEM)
Normwirkung	<ul style="list-style-type: none"> Keine gesetzliche Normwirkung 	<ul style="list-style-type: none"> Keine gesetzliche Normwirkung AGG: fit2work/freiwillig
Ziel des Verfahrens	<ul style="list-style-type: none"> Abwesenheitskosten senken Anwesenheitsquote erhöhen Leistungsmotivation erhöhen 	<ul style="list-style-type: none"> Präventionsverfahren Eingliederungsplanung Arbeitsplatzerhalt Arbeitsplatzgestaltung Gesundheitsförderung
Verfahrensorganisation	<ul style="list-style-type: none"> Steuerung durch Personalabteilung/ Bereichsvorgesetzte Durchführung durch Vorgesetzte/ Personalverantwortliche 	<ul style="list-style-type: none"> Steuerung durch Integrationsteam Durchführung durch Ansprechpartner des Vertrauens
Gesprächsführung	<ul style="list-style-type: none"> Geringe Transparenz zu Art und Inhalte des Gesprächs Wenig Schulung von Vorgesetzten Misstrauensklima: Vorstellungen von Motivationsmangel/ Simulation bei den Beschäftigten 	<ul style="list-style-type: none"> Klare und transparente Verfahrensregeln Lösungsorientierte Beratungsgespräche Schulung von Teammitgliedern Vertrauen zwischen den Betroffenen und den betrieblichen Integrationsakteuren ist die Arbeitsbasis im BEM
Gesprächsziel	<ul style="list-style-type: none"> Reduktion motivations-/ krankheitsbedingter Fehlzeiten (soziale Kontrolle) z.T. sozial-emotionale Unterstützung 	<ul style="list-style-type: none"> Erhalt bzw. Schaffung eines leistungsgerechten Arbeitsplatzes ohne weitere Arbeitsunfähigkeit Maßnahmen erfolgen in Abstimmung und mit Beteiligung der Beschäftigten
Arbeitsrechtliche Auswirkung	<ul style="list-style-type: none"> Abmahnung (unzulässig) Kündigung 	<ul style="list-style-type: none"> Sanktionsfreiheit
Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> Beschäftigte müssen an Gespräch teilnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> Mitwirkung an Eingliederungsgesprächen beruht auf Freiwilligkeit und Zustimmung der Betroffenen
Wahlrechte	<ul style="list-style-type: none"> Festgelegte Gesprächspartner 	<ul style="list-style-type: none"> Wahlrechte zu Ansprechperson und zur Art der Maßnahme im Eingliederungsmanagement
Datenschutz	<ul style="list-style-type: none"> Gesprächsprotokoll in der Personalakte 	<ul style="list-style-type: none"> Datensicherung in eigener „Fallakte“ getrennt von Personalakte

Quelle: Feldes 2009, S. 223 (eigene Darstellung, adaptiert auf österr. Verhältnisse)

Wie wichtig eine zeitnahe Re-Integration ist, zeigen Ulich/Wülser (2012, S. 298f) anhand einer Studie des National Institute of Disability Management and Research in Kanada (2003) auf: Schätzungen zufolge liegt die Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Re-Integration nach 6 Monaten Abwesenheit bei 50%, nach einem Jahr nur mehr bei 20%. Folgende hemmende und

förderliche Merkmale wurden von Shaw et al. (2001 zit. n. Ulich/Wülser 2012, S. 300) im Rahmen einer Untersuchung chronischer Rückenschmerzpatienten erarbeitet:

Tabelle 9: Hemmende und fördernde Merkmale einer Re-Integration

Förderliche Maßnahmen	Hemmende Merkmale
<ul style="list-style-type: none"> • Nutzung standardisierter Diagnoseinstrumente • Intensive Kommunikation mit PatientInnen und AG • Frühzeitige Intervention und verhaltensbezogene Techniken im Umgang mit Schmerzen und Einschränkungen • Ein unterstützendes Arbeitsklima • Intensive Kooperation zwischen MitarbeiterInnen und Management 	<ul style="list-style-type: none"> • Geringe Unterstützung am Arbeitsplatz • Stress am Arbeitsplatz • Geringe Dauer des Beschäftigungsverhältnisses • Frühere Krankheitsepisoden • Tätigkeiten mit ausgeprägten psychischen Belastungen ohne adäquate Anpassung des Arbeitsplatzes • Zu späte Aufnahme des Integrationsprozesses • Schmerzintensität

Quelle: Shaw et al. 2001 zit. n. Ulich/Wülser 2012, S. 300, eigene Darstellung

Zudem beeinflussen auch soziodemografische Merkmale wie Geschlecht, Alter, Bildung und berufliche Position die Wiedereingliederung. (Ulich/Wülser 2012, S. 301) Bärtsch/Rössler (2008, S. 2ff) wiesen mit dem Modell „supported Employment“, Arbeit als Rehabilitation nach, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stärker von einer Rehabilitation am Arbeitsplatz, mit Unterstützung eines Job-Coaches, profitieren als Personen mit herkömmlicher institutionaler Rehabilitation. Von 25 TeilnehmerInnen erhielten 11 Personen nach Abschluss der Maßnahmen eine Arbeitsstelle im ersten Arbeitsmarkt. Diese berichteten auch von einem gesteigerten Selbstwertgefühl, Verbesserung der Lebenssituation und Lebenszufriedenheit sowie auch einer Besserung des psychischen Gesundheitszustandes.

Krankenstände führen insbesondere bei älteren Erwerbstätigen häufig in die Arbeitslosigkeit und/oder Pension. Besonders hervorzuheben ist dabei die in Österreich bestehende Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension. Im Folgenden werden die österreichischen Erwerbsquoten, Alter und Krankheitsformen der Zugänge in die Invaliditätspension sowie Früh-Indikatoren der Invaliditätspension dargestellt.

6.3 Rehabilitation vor Pension

Der Begriff „Rehabilitation vor Pension“ wurde im Strukturanpassungsgesetz 1996 gesetzlich verankert. Dieser Begriff bedeutet, dass ein Antrag auf Invaliditätspension gleichzeitig einen Antrag auf Rehabilitation darstellt. (BMG 2013, o.S.) In Österreich ist das Rehabilitationssystem in drei unterschiedliche Bereiche gegliedert. Der medizinischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Die medizinische Rehabilitation umfasst Maßnahmen die es dem

Patienten ermöglichen ohne fremde Hilfe ein eigenständiges Leben führen zu können. Die soziale Rehabilitation fördert die Wiedereingliederung in die Gesellschaft und die berufliche Rehabilitation unterstützt berufliche Weiterbildungsmaßnahmen oder Umschulungen um wieder in das Berufsleben einsteigen zu können. Die medizinische Rehabilitation wird vor der beruflichen Rehabilitation durchgeführt. (Hauptverband der österr. SV o.J.) Eine berufliche Rehabilitation ist somit auf eine (Re-)Integration in die Arbeitswelt ausgerichtet.

Sepp et al. (2009, S.4) arbeiteten folgende Trends in Verbindung mit beruflicher Rehabilitation heraus: durch gesellschaftliche Veränderungen kommt es zu gewandelten Zielgruppen der beruflichen Reha und durch reduzierte Finanzmittel kommt es zu einer Ökonomisierung und Fragmentierung des Rehabilitationsprozesses. Es wurde aber auch festgestellt, dass ein unternehmensnaher Ansatz immer häufiger die traditionelle berufliche Rehabilitation ablöst. Durch eine gesetzliche Verankerung könnten Strategien mit den Unternehmen entwickelt werden welche die institutionelle Rehabilitation mit einer betrieblichen Rehabilitation verbinden, denn das appellieren an das soziale Gewissen der Unternehmen stellte sich als wirkungslos heraus. (Sepp et al. 2009, S. 108)

Neumann/Koch (2013, S.111) stellten fest, dass erforderliche Rehabilitationsleistungen bei Antrag auf Invaliditätspension zu spät erfolgen, da die Versicherten bereits demotiviert sind und eigentlich nur mehr die Geldleistung in Anspruch nehmen möchten. Da die Feststellung von Ansprüchen in der Pensionsversicherung jedoch nach dem Antragsprinzip durchgeführt wird, ist eine Leistungsgewährung auch nur auf Grund eines Antrages möglich. (ebd., S. 114) Auch Reusch (2012, S. 71) stellte fest, dass Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation zu spät, wenn sich die Krankheit bereits chronifiziert hat, ansetzen. Nach einem Antrag und Gewährung von Ansprüchen gilt bei den Versicherten eine Mitwirkungs- und Duldungspflicht. Dadurch kann eine Verletzung der Mitwirkungs- und Duldungspflicht zu Verlust oder Kürzung des Leistungsanspruches führen. Die PVA kann Versicherte auffordern an Rehabilitationsmaßnahmen teilzunehmen, diese Aufforderung ist aber nicht verpflichtend. Bei Ablehnung könnte jedoch bei späterem Antrag auf Invaliditätspension diese Leistung nicht gewährt werden. (Neumann/Koch 2013, S. 115) Diese Regelungen sind jedoch nicht explizit festgelegt sondern nur aus bestehenden Gesetzen ableitbar. Es benötigt daher klare gesetzliche Grundlagen welche die Effektivität der Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen gewährleisten und dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pension“ entsprechen. (Neumann/Koch 2013, S. 116)

6.4 Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspension

Durch die Zunahme der Erwerbspersonen im Pensionsalter kommt es in Europa zu zahlreichen Pensionsreformen. Diese Reformen führen zu einem Anstieg des durchschnittlichen Pensionszugangsalter. (European Commission 2012, S. 63; Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 3) Auch in Österreich führen diese Entwicklungen zu einer Differenzierung von Erwerbsaustrittsalter und Pensionsantrittsalter. (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 3) Dieses Auseinanderklaffen hat unterschiedliche Gründe und kann nur unter Berücksichtigung „von makroökonomischen, betrieblichen Rahmenbedingungen mit individuellen Merkmalen und Wechselwirkungen der vorhandenen Systeme der sozialen Sicherheit“ erklärt werden. (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 13) Um diese Ereignisse, Erwerbsaustrittsalter und Pensionsantrittsalter, wieder auf eine gleiche zeitliche Ebene hin zu entwickeln, benötigt es Anreize. Mayrhuber/Rocha-Akis (2013, S. 4) führen hier insbesondere strukturelle Veränderungen am Arbeitsmarkt wie auch strukturelle Veränderungen der Personalpolitik in den Unternehmen an, um ältere und/oder gesundheitlich eingeschränkte Personen wieder in den Arbeitsmarkt zu reintegrieren. Als betroffene Politikbereiche wurden dabei eine nachhaltige Pensionspolitik, Gesundheitspolitik und Arbeitsmarktpolitik identifiziert. (ebd., S. 56)

Das Ziel der Europa-2020-Strategie zur Erhöhung der Arbeitsmarktbeteiligung strebt eine Beschäftigungsquote von 75% an. Durch bereits höhere Ausgangswerte in Österreich (Beschäftigungsquote lag 2011 bei ca. 75%) gibt es für Österreich höhere Vorgaben: Ziel ist eine Erhöhung der Beschäftigungsquote in Österreich der 20- bis 64-Jährigen auf 77-78%. (BKA 2013, S. 23) Derzeit ist in Österreich der Unterschied der Quote zwischen Personen im Haupterwerbsalter und höheren Altersgruppen sehr ausgeprägt. Die Beschäftigungsquote der 25- bis 49-Jährigen ist mit 85,9% die höchste in den EU27, der Rückgang der Beschäftigungsquote ab dem 55. Lebensjahr ist deutlich ausgeprägter als in den restlichen EU27 Ländern. (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 5) Die Beschäftigungsquote für 55- bis 59-Jährige liegt in Österreich bei 62,8% (EU Durchschnitt 64%) der 60- bis 64-Jährigen bei 21,2% (EU-Durchschnitt 32,8%). (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 6) In den beiden älteren Beschäftigungsgruppen liegt Österreich daher mit der Beschäftigungsquote unter dem EU-Durchschnitt, in der letzten Gruppe sogar um 11,6% Punkte. MitarbeiterInnen welche der Altersgruppe der 30- bis 45-Jährigen angehören sind für die ArbeitgeberInnen von besonderer Bedeutung. Diese Gruppe stellt meist die größte Altersgruppe in den Unternehmen dar und Erwerbstätige in dieser Altersgruppe ist es wahrscheinlich auch nicht mehr möglich in eine Frühpensionierung zu wechseln. (Brandenburg/Domschke 2007, S. 188)

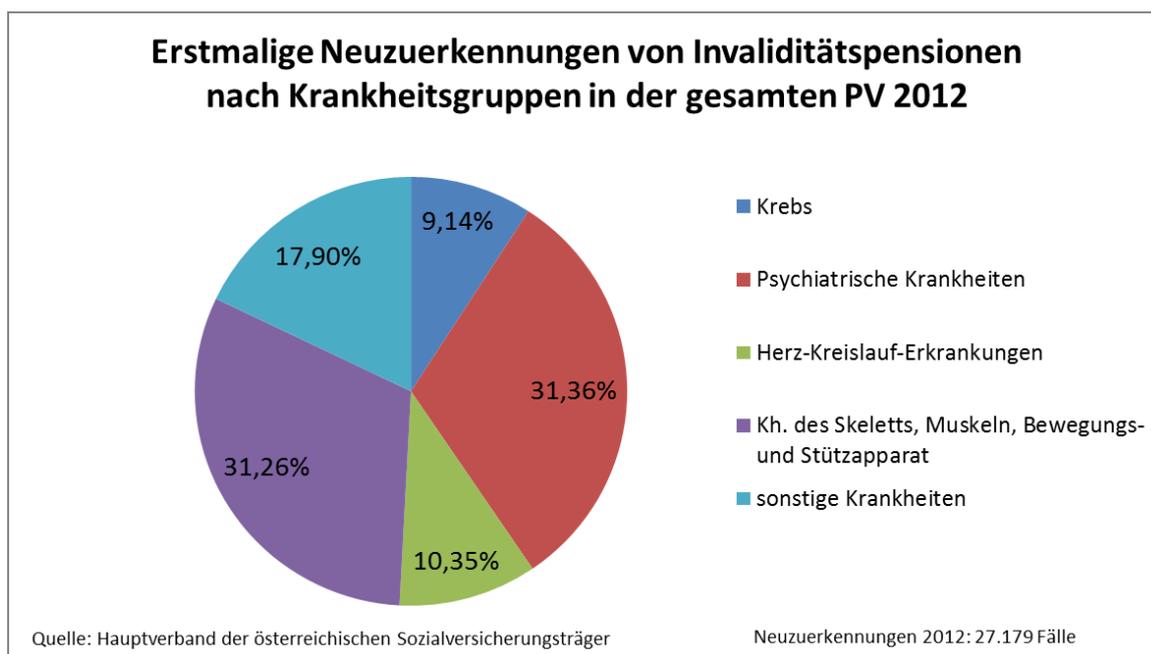
Folgende Einflussfaktoren begünstigen eine krankheitsbedingte Erwerbsbeendigung (sogenannte „Pull-Faktoren“): Das Vorhandensein und die Höhe der Transfers nach der Beschäftigung (Raab 2011 zit.n. Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 50), individuelle Gründe wie die familiäre Lage oder die Erwerbstätigkeit des/der PartnerIn (Büttler 2004 zit.n. Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 51) sowie Ab-/Zuschläge für einen vorzeitigen oder verzögerten Pensionsantritt. (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 51) Als Push-Faktoren, welche (ältere) Erwerbspersonen aus der Erwerbstätigkeit drängen, zählen z. Bsp. die mit dem Senioritätsprinzip verbunden steigenden Lohnkosten von älteren Beschäftigten (Skribbekk 2003, Werding 2008 zit. n. Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 51), Auftragsschwankungen in den Unternehmen, Veränderung von Arbeitsanforderungen (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 52) und Arbeitsbedingungen (Biffel et al. 2012, S. 45f). Auch die betriebliche Personalplanung endet mit dem Regelpensionsalter. (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 52)

Um Personen mit gesundheitlichen Einschränkungen, welche aber rehabilitationsfähig sind, im Erwerbsleben zu halten, wurden gesetzliche Regelungen zum beschränkten Zugang zur Invaliditätspension geschaffen. Bei rund einem Drittel der Pensionsneuzugänge handelt es sich um Invaliditätspensionen. (Mayrhuber/Tockner 2011, S. 3) Diese Reformen betreffen Personen die mit 01.01.2014 das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. In Österreich gibt es arbeitsrechtlich die Unterscheidung zwischen Arbeiter und Angestellten. Für Arbeiter wird der Begriff Invalidität verwendet, für Angestellte der Begriff Berufsunfähigkeit. Im weiteren Verlauf werden diese Begriffe zusammengefasst in Invaliditätspension um eine leichtere Lesbarkeit zu erreichen. Für Personen welche bis 31.12.1963 geboren sind gelten die bisherigen Regelungen. Das bedeutet, wenn die Invalidität nach ärztlicher Begutachtung dauernd angenommen wird, kein Anspruch auf berufliche Rehabilitation besteht oder nicht zweckmäßig oder zumutbar ist, die Wartezeit erreicht wurde und der Stichtag für die Alterspension noch nicht erreicht ist kann eine unbefristete Gewährung der Invaliditätspension erfolgen. Eine befristete Zuerkennung kann für maximal zwei Jahre erfolgen, danach findet wieder eine Untersuchung statt. (PVA 2014, S. 2f) Die Regelungen für ab 01.01.1964 geborene Personen haben sich hingegen verschärft. Die befristete Invaliditätspension wurde für diese Gruppe abgeschafft und durch neue Leistungen wie Rehabilitationsgeld und Umschulungsgeld sowie durch medizinische und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen ersetzt. Bei schwerer Krankheit und dadurch entstehender Arbeitsunfähigkeit erhalten Personen eine Krankenbehandlung und Rehabilitationsgeld von der GKK und medizinische Rehabilitationsleistungen der PVA. Die Invaliditätspension wird nur mehr bei andauernder Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit gewährt, wenn eine Verbesserung des

Gesundheitszustandes nicht mehr zu erwarten ist. Bei Berufsunfähigkeit, wenn der erlernte Beruf nicht mehr ausgeübt werden kann, wird eine Umschulung in einen vergleichbaren Beruf angeboten und Umschulungsgeld vom AMS ausbezahlt. Case-ManagerInnen der Krankenversicherungsträger sollen die LeistungsbezieherInnen auf diesen Wegen unterstützen. (PVA 2014, S. 3f; BMASK 2013a, o.S.) Das Rehabilitationsgeld wird durch die Krankenkassen ausbezahlt und ist für die Versicherten verpflichtend gekoppelt an die Teilnahme an der medizinischen Rehabilitation. Wenn dieser Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen wird, kann es zum Entzug dieser Leistung kommen. (PVA 2014, S. 4) Das Umschulungsgeld wird durch das AMS ausbezahlt wenn berufliche Maßnahmen der Rehabilitation *zweckmäßig und zumutbar* sind. (ebd., S. 5) Neumann/Koch (2013, S. 110) weisen darauf hin, dass ein *„Antrag auf eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension vorrangig als Antrag auf Leistungen der Rehabilitation einschließlich des Rehabilitationsgeldes [gilt]. Diese werden dann durchgeführt, wenn sie eine Wiedereingliederung der/des Versicherten ins Erwerbsleben bewirken können.“*

Bei der Betrachtung der BezieherInnen von Invaliditätspensionen nach Altersgruppen fällt auf, dass von 208.300 Leistungsempfängern im Jahr 2012 10% zwischen 30 und 44 Jahren, weitere 25% zwischen 45 und 54 Jahre alt waren. Weitere 31% sind zwischen 55 und 59 Jahre und 32% zwischen 60 und 64 Jahren alt. Die verbleibenden 2% verteilen sich auf unter 30jährige und über 65jährige BezieherInnen. (BMASK 2013a, o.S.)

Neben dem jungen Zugangsalter zur Invaliditätspension hat sich in den letzten Jahren eine weitere Besonderheit herausgebildet. Psychiatrische Krankheiten bildeten im Jahr 2012 die Krankheitsgruppe Nummer eins (31,36%) bei den Neuzugängen in die Invaliditätspension und verzeichneten im Zeitraum von 1994 (1.063 Mio. Krankenstandstage) bis 2012 (3.416 Krankenstandstage) ein Plus von über 200% Krankenstandstage. (Heider/Klösch 2013, S. 36; Hauptverband d. österr. SVTräger 2013, S. 65) Fast gleich auf liegen die Krankheiten des Skeletts, Muskeln, Bewegungs- und Stützapparat (31,26%), gefolgt von sonstigen Krankheiten und Herzerkrankungen sowie Krebserkrankungen.

Abbildung 10: Neuzugang von Invaliditätspensionen nach Krankheitsgruppen

Quelle: BMASK 2013b (<http://www.dnet.at/opis/Invalidit%C3%A4tspensionen.aspx>)

Diese Entwicklung fordert auch die Betriebe und deren Gesundheitsmanagement heraus. Maßnahmen im ArbeitnehmerInnenschutz wurden entwickelt. Seit 01.01.2014 ist die Evaluierung von psychischen Belastungen Pflicht in den österreichischen Betrieben. Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden Seminare zu work-life-balance und Stressmanagement nicht mehr nur für ManagerInnen angeboten. Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist gefordert Personen mit psychischen Beschwerden behutsam in den Arbeitsalltag zu re-integrieren oder bereits im Vorfeld zu erkennen und zu agieren.

Es wurden bereits Untersuchungen zur Früherkennung von zukünftigen InvaliditätspensionsbezieherInnen durchgeführt. International konnte festgestellt werden, dass ein Zusammenhang zwischen soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter und Sozialstatus aber auch Berufszugehörigkeit und Langzeit-Arbeitsunfähigkeit besteht. Aber auch die Häufigkeit der vorangegangenen Arbeitsunfähigkeitsfälle stellt ein Merkmal dar. (Bödeker/Zelen 2006, S. 192) Mayrhofer/Tockner (2011, S. 25ff) haben festgestellt, dass Personen die später eine Invaliditäts- oder Berufsunfähigkeitspension erhalten, bereits sechs Jahre vor Zuerkennung deutlich häufiger den Arzt aufsuchen und öfter und mehr medikamentiert wurden. Die gefährdeten Personen gingen durchschnittlich 17-mal/Jahr zum Arzt (Vergleichsgruppe 12-mal) und 79% dieser Personen erhielten Medikamente (Vergleichsgruppe 68%) und mussten um ein Drittel häufiger im Krankenhaus behandelt werden. Auch der Krankenhausaufenthalt dauerte rund um die Hälfte länger als in der Vergleichsgruppe. Aufgrund dieser Datenlage

plädieren Mayrhuber/Tockner diesen verlängerten Beobachtungszeitraum auch in die Betriebe zu tragen und Maßnahmen dementsprechend anzupassen. So wäre es besser möglich Betroffene beschäftigungsfähig zu halten. (ebd., S. 41) Dieser Beobachtungszeitraum könnte jedoch auch von den Sozialversicherungsträgern genutzt werden um frühzeitig zu agieren und diese Personengruppe, aufgrund derzeitiger Regelungen freiwillig, einzuladen an (Rehabilitations-)Maßnahmen teilzunehmen. Um Personen, welche nicht mehr in die Invaliditätspension wechseln können zu unterstützen, wurde das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) geschaffen. Die Inhalte dieses Gesetzes werden durch die Maßnahme fit2work umgesetzt.

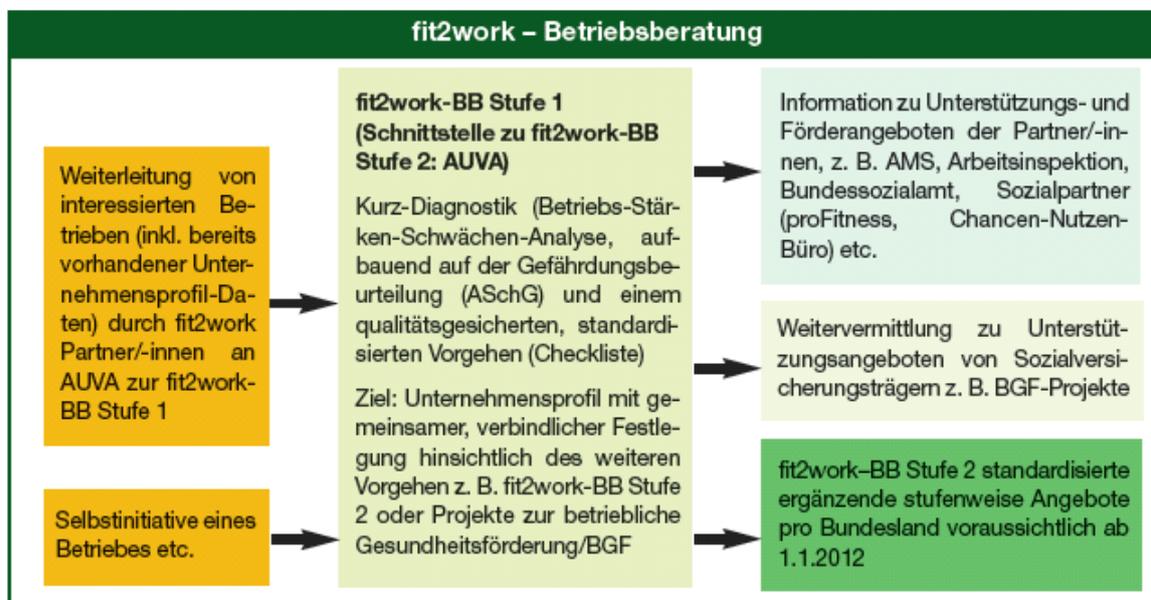
6.5 Fit2work

Fit2work ist eine Initiative der österreichischen Bundesregierung die durch das Arbeits- und Gesundheitsgesetz geregelt wird. Es stellt ein Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot zu Arbeit und Gesundheit dar. Das Gesetz ist seit dem 01.01.2011 gültig und wird seit 2012 umgesetzt. Seit 01.06.2012 ist auch die betriebliche Beratung beinhaltet.

Entwickelt hat sich fit2work ab dem Jahr 2005. Hier stellte der Rechnungshof im Bericht „Gesundheitsförderung durch das BMGF“ einen Koordinierungsbedarf für Gesundheitsförderungsleistungen fest. Die Ergebnisse der Expertengespräche zu „Invalidität im Wandel“ (2007 und 2008) stellten Verbesserungen bei der Sekundärprävention und die Einführung von Early-Intervention-Strategien vor. Dies bedeutet einen flächendeckenden Aufbau von Beratungsstellen für Arbeitsfähigkeit, Gesundheit und Arbeitsplatzert halt. Der Präsident der Rechnungshofes sprach aber von einer *„mangelhaften Koordinierung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen der Gebietskörperschaften und Sozialversicherungsträgern“* sowie von *„Effizienzverlusten“*. (Alpbach, Sept. 2009) Auch der Fehlzeitenreport 2009 (Leoni 2010) empfahl die Entwicklung eines Angebotes zu Gesundheitsförderung und Prävention, im konkreten die *„Verknüpfung von Elementen der primären Prävention mit diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen der sekundären und tertiären Prävention“*. Im Jahr 2010 wurde gemeinsam mit den Sozialpartnern und geplanten Umsetzungspartnern ein Dienstleistungsangebot entwickelt und Verhandlungen mit den Regierungspartnern geführt. Am 01.01.2011 trat das AGG in Kraft und fit2work sollte von 2011 bis 2013 in allen Bundesländern eingeführt werden. Für die Koordination wurde das Bundessozialamt beauftragt. (Operschall 2012, S. 8ff) Neben einem individuellem Ansatz (Case Management) wurde auch die betriebliche Ebene im Rahmen der Betriebsberatung bei

fit2work berücksichtigt. Dabei werden Beratungen zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement und der Arbeitsbewältigungsindex Plus im Rahmen eines fit2work Prozesses durchgeführt.

Abbildung 11: fit2work - Betriebsberatung



Quelle: Operschall 2012, S. 10

AMS, BSB und Sozialversicherungsträger teilen die Kosten und sind auch in der Umsetzung miteingebunden. Ziele dieses Programms sind unter anderem die Verbesserung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Erwerbstätigen, Verringerung von Invaliditätspensionen sowie Arbeitslosigkeit älterer Personen, Erhöhung der Beschäftigungsquote älterer Erwerbstätiger und Kosteneinsparungen auf volkswirtschaftlicher Seite. Das Beratungsangebot wurde geschaffen für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Beschäftigung aber auch Arbeitslose welche in diesem Rahmen berufliche Sekundärprävention in Anspruch nehmen können. Dazu werden im Rahmen eines Case Managements Maßnahmen zur Lösung der gesundheitlichen Probleme erarbeitet und umgesetzt. Neben diesem Case Management für Beschäftigte wird im Bereich der Betriebsberatung das Ziel verfolgt Informationen wie auch Bewusstseinsbildung in die Betriebe zu vermitteln und für eine „Gesunde Arbeitswelt“ zu sensibilisieren. (BKA 2010, S. 2f; Operschall 2012, S. 10f)

Fit2work soll als frühzeitige Intervention vor „Rehabilitation vor Pension“ stattfinden. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass es sich um ein Navigationsinstrument zur Bekämpfung von Frühverrentung und Langzeitarbeitslosigkeit handelt. (Operschall 2012, S. 11) Im Jahresbericht fit2work 2012 (Bundessozialamt 2012, S. 22f) wird angegeben 170 Betriebe

kontaktiert und über fit2work Betriebsberatung Informationen bereitgestellt zu haben. In der Betriebsberatung befanden sich Ende 2012 fünf Betriebe. Einige Betriebe hatten Interesse am Programm teilzunehmen, wollten aber keine Befragung mit dem Abi Plus durchlaufen, da bereits betriebsinterne Befragungen durchgeführt wurden. Im Jahresbericht fit2work 2013 (Bundessozialamt 2013, S. 29) wurde dargestellt, dass 750 Unternehmen kontaktiert wurden und 94 Betriebe an der fit2work Betriebsberatung teilnehmen. Diese starke Erhöhung der teilnehmenden Betriebe wird auf eine intensive Akquisetätigkeit, verstärkte Öffentlichkeitsarbeit aber auch inhaltlichen Anknüpfungspunkten der Befragung mit dem ABI-Plus als Grundlage für eine Evaluierung psychischer Belastungen gesehen.

Neben dem neu geschaffenen AGG ordnet der AMD Salzburg (2012, S. 2) rechtliche Grundlagen für eine betriebliche Wiedereingliederung im ASchG §3 als Fürsorgepflicht der AG, §4 Evaluierung mit der Überprüfung und Anpassung nach Unfällen/Verdacht auf arbeitsbedingte Erkrankungen und im §6 Einsatz der AN nach deren Fertigkeiten und Fähigkeiten. Die OECD gibt zu bedenken, dass durch die Freiwilligkeit der Maßnahmen und den spät einsetzenden Beginn der Beratung, Erwerbstätige erhalten nach mehr als 40 Krankenstandstagen ein Informationsschreiben zu fit2work, der Erfolg dieses Programmes eingedämmt werden könnte. (OECD 2012a zit. n. Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 47)

6.6 BEM in Deutschland

Der Begriff BEM hat sich in Deutschland bereits etabliert. BEM-Betriebliches Eingliederungsmanagement wurde in Deutschland am 1. Mai 2004 eingeführt und ist im §84 Abs. 2 des SGB IX geregelt. Dieser besagt: *„Sind Beschäftigte innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig, klärt der Arbeitgeber mit der zuständigen Interessensvertretung [...] mit Zustimmung und Beteiligung der betroffenen Person die Möglichkeit, wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden wird und mit welchen Leistungen oder Hilfen erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann [...]“* Desweiteren beinhaltet Abs. 3 die Möglichkeit dass ArbeitgeberInnen die BEM einführen, durch die Rehabilitationsträger/Integrationsämter mittels Prämien und Boni gefördert werden können. Derzeit treffen Unternehmen welche BEM nicht einführen und anwenden keine Konsequenzen. Jedoch kann im Rahmen eines Kündigungsschutzprozesses das Fehlen eines solchen zur nicht Anerkennung der Kündigung führen. (Mehrhoff 2006, S. 127ff) Ziel eines Betrieblichen Eingliederungsmanagement ist die Identifizierung von MitarbeiterInnen mit langen Arbeitsunfähigkeitszeiten (in D ab sechs Wochen). (ebd., S. 129f)

6.7 Strukturen und Prozesse im BEM

Das betriebliche Eingliederungsmanagement ist in Österreich erst von vereinzelt interessierten Unternehmen, in Anlehnung an in Deutschland entwickelte Leitfäden, implementiert worden. Diese Unternehmen wurden z. Bsp. von der Arbeiterkammer oder dem BBRZ begleitet. Die erforderlichen Strukturen und Prozesse können aus der Dokumentation dieser Projekte nur schwer nachvollzogen werden. Daher beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen zu Strukturen und Prozessen in erster Linie aus Entwicklungen und Untersuchungen aus Deutschland, welche unter Berücksichtigung der unterschiedlichen gesetzlichen Rahmenbedingungen, im Folgenden dargestellt werden.

Um BEM erfolgreich ins Unternehmen einführen zu können, werden von Mehrhoff (2006, S. 130ff) „Goldene Regeln“ identifiziert, die bei diesem Veränderungsprozess im Unternehmen beachtet werden sollten. Diese umfassen eine Anpassung von Betriebsabläufen, ein neues Kommunikationsbewusstsein und einem verbesserten Gesundheitsbewusstsein: In Anlehnung an die Betriebsgröße sollten geeignete Strukturen und Prozesse (wer macht wann was wie) eingeführt werden. Alle Interessengruppen wie z.Bsp. BetriebsrätInnen, Sicherheitsvertrauenspersonen, Fachkräfte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sollen in einer Projektgruppe Details zum Ablauf (Anschreiben der MitarbeiterInnen, Betriebsvereinbarungen, Informationsveranstaltungen) des BEM erarbeiten. Die MitarbeiterInnen und Interessensvertretungen sind dabei von Anfang an einzubinden. Auch externe Hilfe könnte in Anspruch genommen werden. Neben den Rehabilitationsträgern und Integrationsämtern (in Österreich Bundessozialämter) gibt es bereits unzählige Dienstleister die in diesem Bereich tätig sind. Im Sinne von Prävention sollte BEM Teil einer Führungskräftebildung sein um bereits vor der angeführten 6-Wochen-Frist MitarbeiterInnen mit Handlungsbedarf identifizieren zu können. Die verbleibenden Fähigkeiten von chronisch- oder langzeiterkrankten MitarbeiterInnen sollten mit den Anforderungen der Arbeitsplätze abgeglichen werden. Dadurch werden gegebenenfalls hohe Leistungspotentiale freigesetzt. Dazu kann auch eine arbeitsplatzbezogene Rehabilitation nötig sein, wie z.Bsp. die in Deutschland unterstützte stufenweise Wiedereingliederung. Mehrhoff merkt auch an, dass Effizienz und Nachhaltigkeit sich nicht ausschließen und durch entsprechende Evaluierung die Handlungen in den Betrieben bewertet werden können.

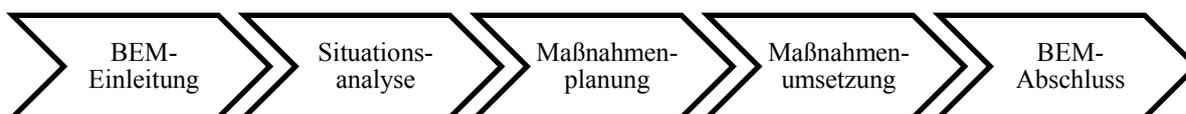
Neben dem idealtypischen Ablauf wird im nächsten Kapitel auch auf die oben angeführten begleitenden Prozesse eingegangen, die ein Betriebliches Eingliederungsmanagement sinnvoll in bestehende Strukturen einbettet.

6.8 Idealtypischer Ablauf

Da es in Österreich kein umfassendes Konzept zur betrieblichen Wiedereingliederung gibt wird nachfolgend hauptsächlich auf einen Leitfaden, welcher im Rahmen des Projektes „*Werkzeugkasten Eingliederungsmanagement - Gestaltung, Umsetzung und Transfer von Praxisinstrumenten zum Eingliederungsmanagement*“ vom Berufsforschungs- und Beratungsinstitut für interdisziplinäre Technikgestaltung e.V. in Bochum im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (Deutschland) mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen der Initiative „job – Jobs ohne Barrieren“ erarbeitet wurde, Bezug genommen. Dieser Leitfaden unterscheidet Strukturen und Prozesse im Einzelfall sowie auch die begleitenden Prozesse bei der Implementierung dieses Instrumentes.

Bevor es zu einer Einleitung eines Wiedereingliederungsprozesses kommen kann, benötigt es einige Vorbereitungsschritte. Zur Implementierung eines BEM wird ein Projektteam beauftragt festzulegen nach welcher Frist die MitarbeiterInnen wie kontaktiert werden. Die MitarbeiterInnen können telefonisch, schriftlich oder persönlich benachrichtigt werden, wobei sich in der Praxis die schriftliche Kontaktaufnahme durchgesetzt hat. Neben dieser Frist und Vorgangsweise ist es von Bedeutung innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit zu leisten und MitarbeiterInnen von Anfang an über den Einsatz und die Entwicklung dieses Instrumentes zu informieren. Desweiteren ist festzulegen, wer im Erstkontakt für das Erstgespräch angeführt wird und wie der weitere Verlauf festgehalten wird. Grundlegend ist festzuhalten dass der/die MitarbeiterIn im BEM Verfahren im Mittelpunkt steht und Freiwilligkeit, Datenschutz und Vertrauen absolute muss-Bedingungen darstellen. (Lange et al. 2011, S.1f)

Abbildung 12: Prozessstruktur BEM

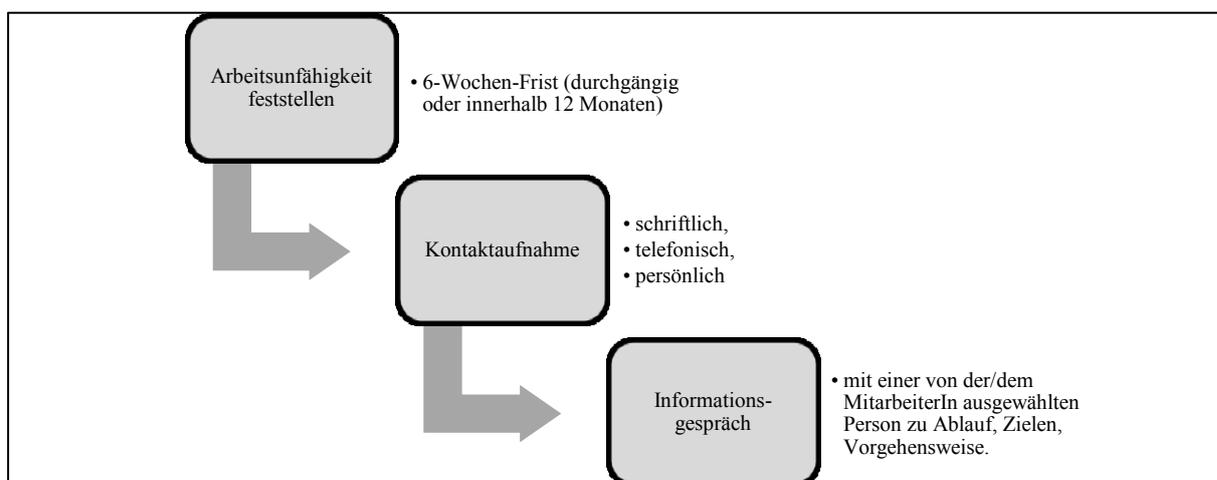


Quelle: Lange et al. 2011, S. 3; eigene Darstellung

Der Prozess der **BEM-Einleitung** bedeutet die Feststellung einer bestimmten Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Kontaktaufnahme mit dem/der MitarbeiterIn. Die BEM-Einleitung erfolgt in Deutschland nach der im Gesetz vorgegebenen 6-Wochen-Arbeitsunfähigkeitsfrist. Dies bedeutet dass nach 6 Wochen durchgängiger oder wiederholter Arbeitsunfähigkeit von 6 Wochen innerhalb der vorausgegangenen 12 Monate der BEM-Einzelprozess gestartet wird (Lange et al. 2011, S. 18) Eine Kontaktaufnahme sollte so früh wie möglich erfolgen um die

Integration in den Arbeitsprozess zu erleichtern (ebd., Abs. I.1. S. 4) Da in Österreich keine gesetzliche Pflicht zur beruflichen Wiedereingliederung besteht, kann diese Frist von österreichischen Betrieben unterschiedlich festgelegt werden. Bei der Festlegung der Frist sollte berücksichtigt werden, dass MitarbeiterInnen bei Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit nach 42 Tagen ein Schreiben der Krankenkasse mit dem Hinweis auf fit2work erhalten. (Bundessozialamt 2012, S. 3) Das Ziel des BEM-Prozesses ist es Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten (Lange et al. 2011, Abschnitt I.1. S.1ff) Die betroffenen MitarbeiterInnen werden in diesem Erstkontakt, abhängig von der Unternehmenskultur mündlich, schriftlich oder persönlich über die Ziele eines BEM, die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie Selbstbestimmung und den persönlichen Nutzen informiert. (ebd., Abs. I.1.S.2) Im Erstkontakt werden dem BEM-Berechtigten Ansprechpartner für ein erstes Informationsgespräch genannt um eventuell noch offene Fragen zu klären. Die MitarbeiterInnen erhalten hier nochmals Informationen zum Ablauf, über Ziele und verschiedene Vorgehensweisen zum Prozess. Nach der Zustimmung der/des BEM-Berechtigten beginnt die eigentliche Fallarbeit. (ebd., Abs. I.1. S. 2)

Abbildung 13: BEM-Einleitung



Quelle: Lange et al. 2011, Abs. I.1. S. 3, eigene Darstellung

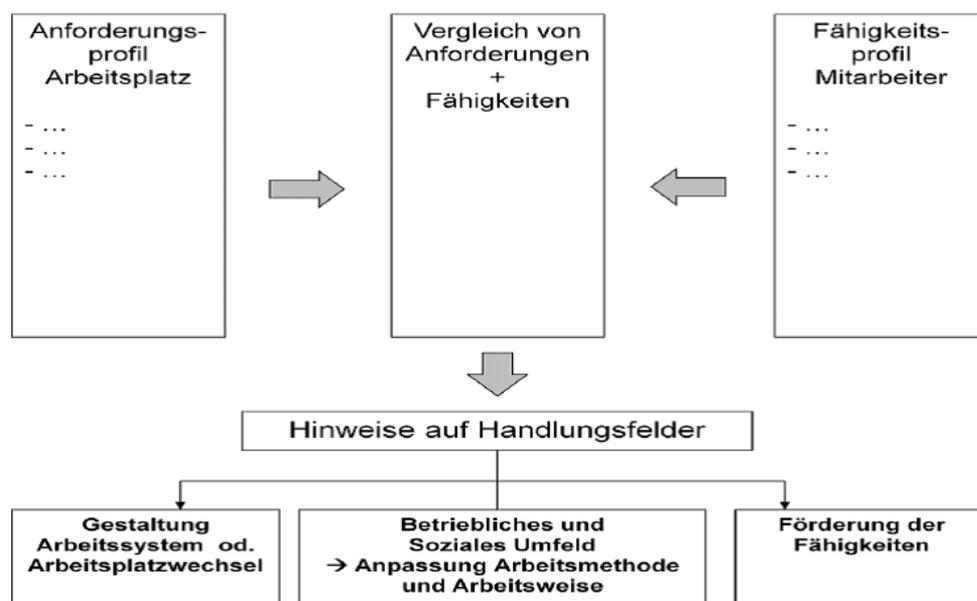
Die Arbeitsunfähigkeit der MitarbeiterInnen sollte daher in regelmäßigen Abständen betrachtet werden um eine zeitnahe Kontaktaufnahme zu gewährleisten. Dazu ist es notwendig Arbeitsunfähigkeitslisten zu führen um sicherzustellen, dass MitarbeiterInnen kontaktiert werden, jedoch keine mehrfachen Interventionen erfolgen. Dieser Vorgang ist vorrangig in der Personalabteilung angesiedelt. Nach Versendung eines Erstschreibens durch die Personalabteilung werden die Mitglieder des Integrationsteam über den Beginn eines BEM-Prozesses informiert. (Lange et al. 2011, Abs. I.1.3. S.1)

Das **Integrationsteam**, auch bezeichnet als Eingliederungsteam oder BEM-Team, besteht aus AG-Vertretern, AN-Vertretern (BetriebsrätInnen), Behindertenvertrauenspersonen, Sicherheitsvertrauenspersonen, der Sicherheitsfachkraft sowie einer ArbeitsmedizinerIn. Unter Umständen kann sich ein Kernteam bilden, welches je nach inhaltlicher Lage um weitere Teammitglieder erweitert werden kann. (Lange et al. 2011, Abs. III2.1. S. 3ff) Zentrale Aufgaben bilden die Problemanalyse, Maßnahmenplanung, -initiierung und -begleitung sowie eine Abschlussdokumentation. (Giesert/Wendt-Danigel 2011, S. 10) Da ein BEM Prozess hohe Anforderungen an das Integrationsteam stellt ist es wichtig Mitglieder des Teams speziell zu Themen des BEM zu schulen, regelmäßig die auftretenden Fragen zu Einzelfällen zu beleuchten und Workshops zur Reflexion abzuhalten. Um eine optimale Entwicklung des Integrationsteams zu gewährleisten, können diese Vorgänge von externen Personen moderiert werden. Neben der eigentlichen BEM-Arbeit ist das Integrationsteam auch für die **innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit** zuständig. (Lange et al. 2011, Abs. III2.1. S. 3ff) Diese dient zur Kommunikation von Umfang, Ablauf und Ziele des BEM. Eine möglichst frühzeitig durchgeführte innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit soll Befürchtungen und Ängste von MitarbeiterInnen minimieren. (ebd., Abs. III.1.1.S. 1) Die MitarbeiterInnen sollen darüber informiert werden dass BEM dazu dient Arbeitsunfähigkeit zu überwinden, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen und den Arbeitsplatz zu erhalten. Desweiteren wird darauf hingewiesen, dass es sich um ein freiwilliges Angebot handelt und bei Ablehnung des Prozesses keine Nachteile entstehen sowie dass der Datenschutz gewährleistet wird. Nebenbei werden die Mitglieder und Aufgaben des Integrationsteams sowie eine eventuell vorhandene **Betriebsvereinbarung** zum BEM öffentlich gemacht. (ebd., Abs. III.1.1.S. 2)

Als Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit dienen Rundschreiben an Führungskräfte und MitarbeiterInnen, Plakate und Flyer zum BEM, Präsentationen im Rahmen von Betriebsversammlungen, Artikel in MitarbeiterInnen- und Betriebsratszeitungen sowie ein Leitfaden für die betroffenen MitarbeiterInnen. (ebd., Abs. III.1.1., S. 3) Nach einem Erstgespräch teilt die betroffene Person mit, ob eine Teilnahme am BEM-Prozess erfolgt oder nicht. Bei einer Absage erfolgt die Dokumentation darüber in einer BEM-Akte ohne weitere Konsequenzen für die/den MitarbeiterIn. Bei einer Zusage erfolgt die Auswahl eines/r EingliederungsmanagerIn für die individuelle Begleitung durch den Prozess durch den/die BetroffeneN sowie eine **Situationsanalyse**. (ebd., Abs. I.1.2. S. 1) Im Rahmen einer Situationsanalyse sollen die Bedingungen und Faktoren im Unternehmen identifiziert werden, die die Arbeitsunfähigkeit des Betroffenen beeinflussen und welche auch verändert werden können. (ebd., Abs. I.2.1. S. 2)

Konkret geht es um den Abgleich eines Anforderungsprofils des Arbeitsplatzes mit den Fähigkeitsprofil des/der MitarbeiterIn. Gibt es Abweichungen zwischen Anforderungs- und Fähigkeitsprofil werden die Möglichkeiten einer Angleichung erarbeitet.

Abbildung 14: Abgleich von Anforderungs- und Fähigkeitsprofil

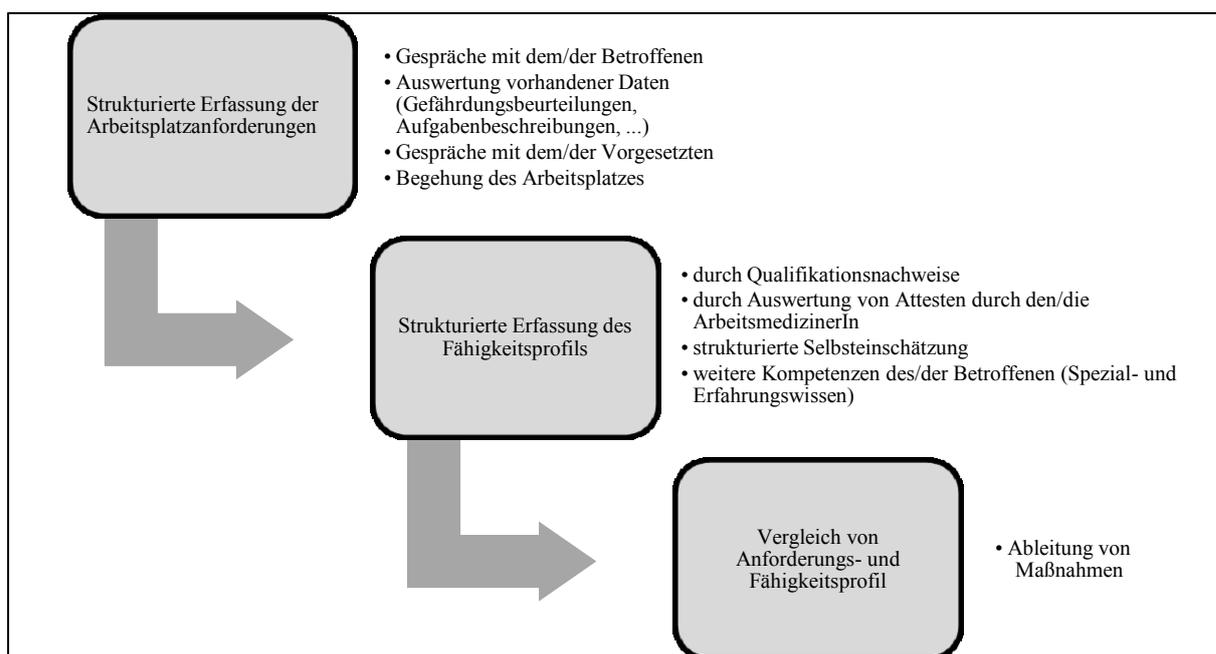


Quelle: Lange et al. 2011, Abs. I.2.1. S. 4

„Das zentrale Ziel ist, der/dem Betroffenen am vorhandenen, an einem anderen oder einem ihrer/seinen Fähigkeiten entsprechenden Arbeitsplatz die Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen.“ (Lange et al. 2011, Abs. I.2.1. S. 4) Folgende Personen können an einer Situationsanalyse beteiligt werden: EinE ArbeitsmedizinerIn kann durch eine arbeitsmedizinische Untersuchung des/der betroffenen Person sowie einer Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes feststellen über welche Fähigkeiten der/die Betroffene verfügt bzw. welche Einschränkungen vorhanden sind. Der/die EingliederungsmanagerIn unterstützt und informiert den/die BetroffeneN über Ablauf und Inhalt der Situationsanalyse und übernimmt die Koordinierung mit weiteren betroffenen Akteuren, wie z. Bsp. Vorgesetzten und KollegInnen die eventuell bezüglich betrieblicher Unterstützung angesprochen werden. (ebd., Abs. I.2.1., S. 5ff) Im Rahmen eines ersten Eingliederungsgesprächs liefert der/die Betroffene in einem Selbsteinschätzungsverfahren Informationen zu Arbeitsbewältigung, Gesundheit und Lebensqualität, Belastungen und Ressourcen aus dem Arbeits- und Betriebsklima, Belastungen aus der Arbeitsumgebung, Belastungen aus der Arbeitsaufgabe und Arbeitsorganisation und Belastungen aus der Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung. (ebd., Abs. I.2.3., S. 2f) Die Führungskraft ist für die Aufstellung eines Anforderungsprofils sowie einem objektiven Tätigkeitsprofils des/der Betroffenen wie

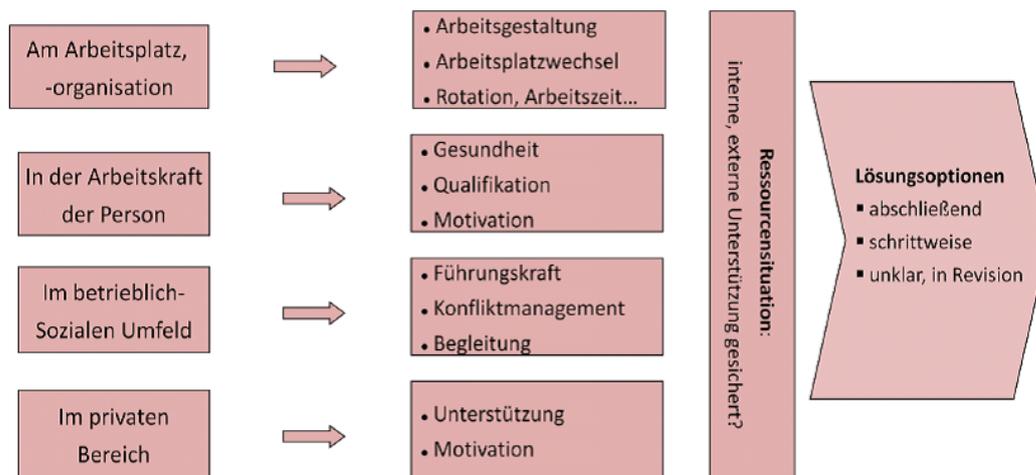
auch zur Einbringung von möglichen Gestaltungsmöglichkeiten des Arbeitsplatzes miteinzubeziehen. Die Personalabteilung ist auf administrativer Ebenen miteinzubeziehen, um geplante Qualifizierungen oder Versetzungen des/der Betroffenen zu erfragen. Auch eine Sicherheitsfachkraft, Betriebsräte und eventuell externe Stellen können bezüglich einer Unterstützung hinzugezogen werden. Nach dem Zusammenfassen der Ergebnisse und der Maßnahmenplanung wird festgelegt welche Personen neben dem Integrationsteam für die Bearbeitung des Falles notwendig sind. (ebd., Abs. I.2.1., S. 5ff)

Abbildung 15: Methoden der Situationsanalyse



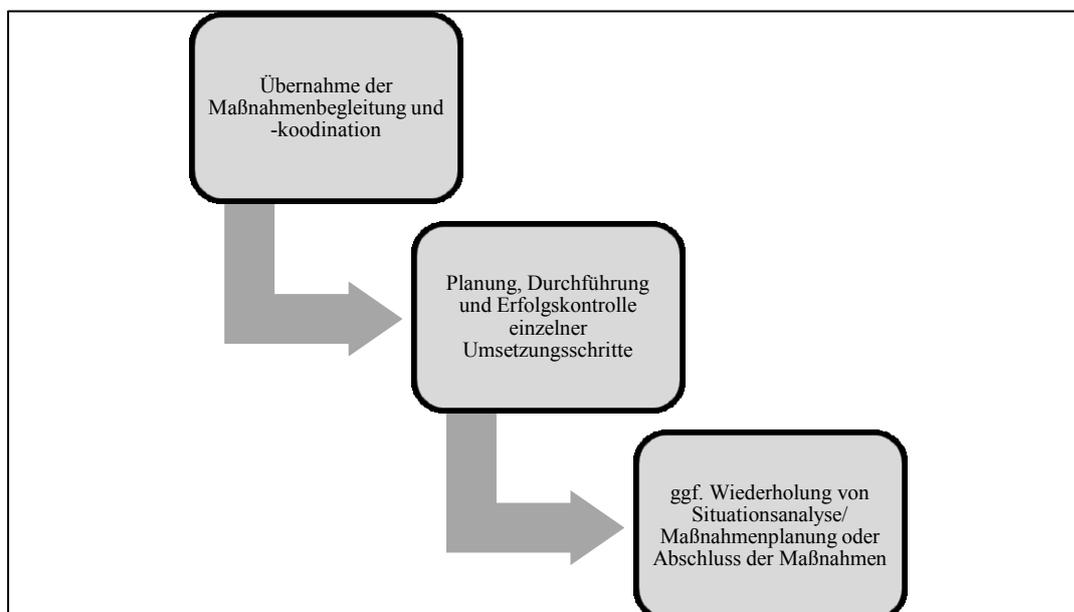
Quelle: Lange et al. 2011, Abs. I.2.1, S. 10, eigene Darstellung

Die Situationsanalyse liefert dem Integrationsteam die nötigen Informationen für eine **Maßnahmenplanung**. Auslöser können sich am Arbeitsplatz oder in der Arbeitsorganisation, in der Arbeitskraft, im betrieblich-sozialen Umfeld oder im privaten Bereich befinden. Es werden verschiedene Maßnahmen unter Berücksichtigung vielschichtiger Einflussfaktoren in Betracht bezogen wie z. Bsp. Belastungsabbau, Arbeitsgestaltung, Weiterbildung, berufsbegleitende (psychosoziale) Beratung, Coaching, Mediation, Arbeitsplatzanpassung und technische Hilfen aber auch medizinische, berufliche und soziale Reha-Maßnahmen, stufenweise Wiedereingliederung, Arbeits- und Belastungserprobung oder weitere Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. (Lange et al. 2011, Abs. I.3.1, S. 3f)

Abbildung 16: Vorgehen in der Maßnahmenplanung

Quelle: Lange et al. 2011, Abs. I.3.1, S. 3

Das Integrationsteam entscheidet gemeinsam mit dem/der Betroffenen über die zu setzenden Maßnahmen (**Maßnahmenumsetzung**). Für die begleitende Beratung und Betreuung steht dem/der Betroffenen weiterhin der/die EingliederungsmanagerIn zur Verfügung. Die geplanten und durchgeführten Maßnahmen sind jedoch in Abstimmung mit den involvierten Personen und Institutionen wie z. Bsp. KollegInnen, Vorgesetzten und ArbeitsmedizinerIn durchzuführen. (Lange et al. 2011, Abs. I.4.1, S. 2f)

Abbildung 17: Ablauf Maßnahmenumsetzung

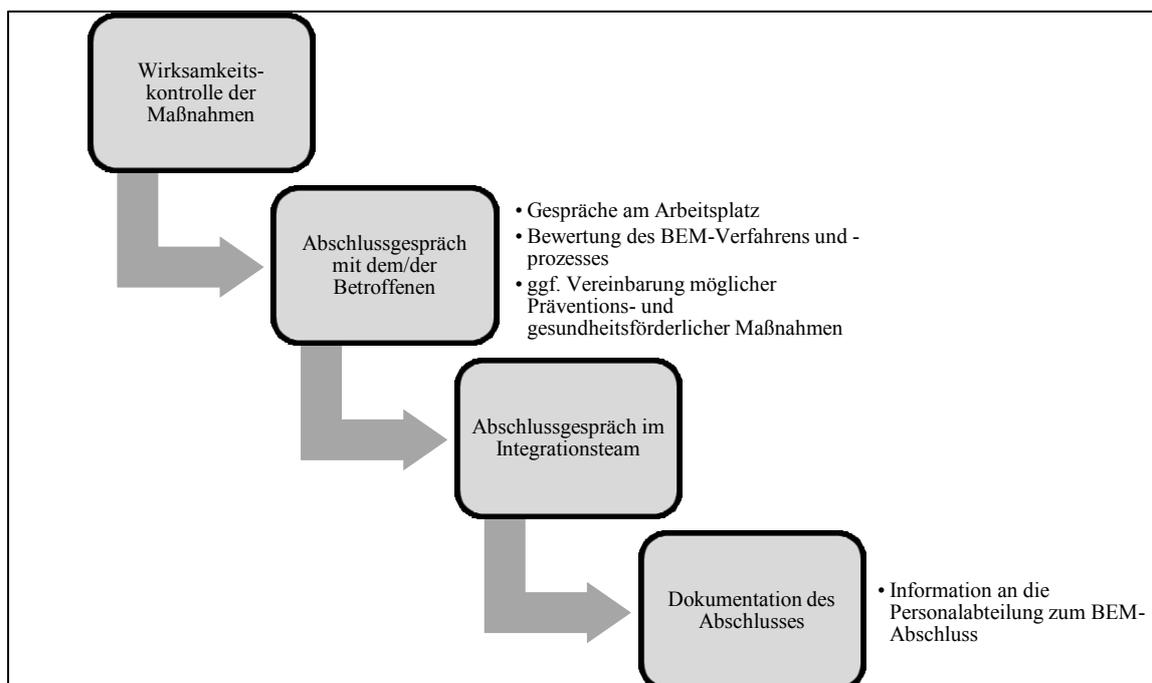
Quelle: Lange et al. 2011, Abs. I.4.1, S. 4, eigene Darstellung

Lange et al. (2011, Abs. I.5.1, S. 2) haben 4 Kriterien identifiziert die mit einem **BEM-Abschluss** einhergehen können:

- „Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind überwunden oder zumindest so weit wie möglich reduziert, dass dauerhafte Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit gegeben ist.
- Mit den BEM-Maßnahmen ist einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt.
- Das Arbeitsverhältnis ist erhalten.
- Die persönliche Einschätzung des/der betroffenen Mitarbeiters/in über seine/ihre Arbeitsfähigkeit und sein/ihr Wohlbefinden am Arbeitsplatz bestätigt die Einschätzung, dass die Ziele des BEM erreicht sind.“

Eine Beendigung kann jedoch auch erfolgen wenn der/die Betroffene den Prozess abbricht oder eine befristete/unbefristete Erwerbsunfähigkeit vorliegt.

Abbildung 18: Ablauf Maßnahmenabschluss



Quelle: Lange et al. 2011, Abs. I.5.1, S. 4f, eigene Darstellung

Der gesamte Ablauf des BEM-Prozesses wird begleitet durch laufende betriebsinterne Öffentlichkeitsarbeit, Dokumentation des individuellen BEM-Verfahrens unter Einhaltung des Datenschutzes und Evaluation des BEM-Prozesses. Es sollte sich um eine strukturierte und systematische Dokumentation des Falles handeln. Eine entsprechende Verlaufsdocumentation bietet eventuell auch später hinzugezogenen Personen/Institutionen eine schnelle Einarbeitung. (Lange et al. 2011, Abs. II.1, S. 1f) Neben der Freiwilligkeit ist Datenschutz eines der wichtigsten Grundsätze im BEM-Verfahren. Dieser kann durch Verschwiegenheitserklärungen

(Integrationsteam), Einwilligungserklärungen zur Erhebung, Nutzung und Weitergabe von Daten (BEM-Betroffenen), Zugangs- und Zugriffsberechtigungen der gesammelten Daten (z. Bsp. in Personalabteilungen, Integrationsteam) erfolgen. (ebd., Abs. III.3.1, S. 3f)

Nach Darstellung der drei Dimensionen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements, dem betrieblichen ArbeitnehmerInnenschutz, der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie dem Betrieblichen Eingliederungsmanagements, wird im letzten Abschnitt auf die Inhalte eines BGM eingegangen um danach die Ergebnisse der Literaturrecherche darzustellen und in einer ausführlichen Diskussion zu erläutern.

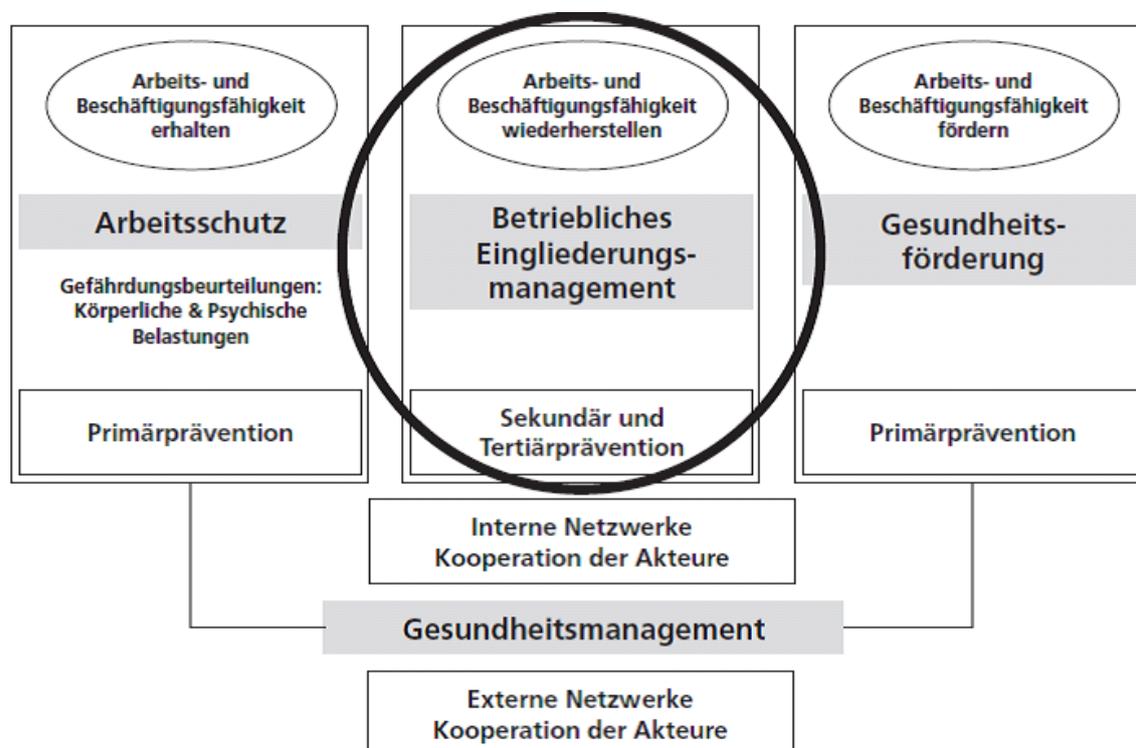
7 Ergebnisse

Nachfolgend werden die in der Literatur dargestellten Inhalte eines integrierten Betrieblichen Gesundheitsmanagement aufgezeigt. Danach erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen inwieweit die in Unternehmen bestehenden Strukturen und Prozesse ArbeitgeberInnen bei der Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements unterstützen und welche neu geschaffen werden müssen. Um die Ergebnisse abzurunden, erfolgen danach eine Diskussion und Zusammenführung der dargestellten Ergebnisse sowie ein Ausblick.

7.1 Inhalte eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Das betriebliche Gesundheitsmanagement entwickelte sich von einem dualen, die Dimensionen Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung umfassenden, mit Managementkomponenten versehenes Bindeglied (Pfaff 2001, S. 32) zu einem integrierten 3-Säulen-Modell welches primäre, sekundäre und tertiäre Prävention inkludiert und mit einem gemeinsamen Managementsystem verbindet.

Abbildung 19: Gesundheitspolitik im Unternehmen



Quelle: Giesert/Wendt-Danigel 2011, S. 13

Die von Giesert/Wendt-Danigel (2011, S. 13) gewählte Darstellung zeigt die drei Komponenten des BGM auf und verweist auf die Tätigkeitsfelder dieser Komponenten. Der

Arbeitsschutz beschäftigt sich damit die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, die Betriebliche Gesundheitsförderung fördert diese und das Betriebliche Eingliederungsmanagement stellt Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit wieder her. Das BGM beinhaltet somit sowohl Primär-, Sekundär als auch Tertiärprävention und wird durch ein integriertes Managementsystem verbunden.

Das integrierte Managementsystem wird von Weinreich/Weigl (2002, S. 191) beschrieben als: *„das systematisch[e] Steuern von Unternehmensabläufen bei gleichzeitiger Berücksichtigung mehrerer unterschiedlicher Betrachtungsschwerpunkte.“* Mehrhoff (2006; S. 136) weist auf die Wichtigkeit eines umfassenden, integrierten Gesundheitsmanagements hin, welches den Arbeits- und Gesundheitsschutz, die betriebliche Gesundheitsförderung und die betriebliche Eingliederung und somit die „Welt der Medizin“ mit der „Welt der Arbeit“ verbindet. Auch Höldke/Szych (2006, S. 237) definieren Betriebliches Gesundheitsmanagement als *„die bewusste Steuerung und Integration aller betrieblichen Prozesse mit dem Ziel der Erhaltung und Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Beschäftigten“*. Die Gesundheit der MitarbeiterInnen solle als strategischer Faktor in das Leitbild, die Unternehmenskultur und die Strukturen und Prozesse miteinbezogen werden. Kastner (2013, S. 522) betont, dass die *„Einbindungen des Leistungs- und Gesundheitsmanagement in strategische Überlegungen, Prozesse und Aufgabenbeschreibungen sowie die Erstellung von Infra-, Personal-, Finanz- und Organisationsstruktur“* notwendig und wichtig sind. Gesundheitsmanagement das nur auf Strukturen (z.Bsp. Technischen ArbeitnehmerInnenschutz) aufgebaut ist greift zu kurz. Eine inhaltliche Führung der Beschäftigten wie z. Bsp. Sinn zu geben, Ängste abzubauen, Handlungsspielräume zu bieten sind ebenso wichtig. Oftmals können Führungskräfte diese psychologischen Prozesse jedoch nicht unterstützen und werden so zu negativen Multiplikatoren im Unternehmen. (Zimolong 2001 zit.n. Kastner 2013, S. 532f)

Die dargestellten Ausführungen verweisen auf die Bedeutung eines integrierten BGM - insbesondere die systematische, strategische Ausrichtung von BGM, die Einbindung der Führungskräfte in den strategischen Entscheidungen aber auch die Wichtigkeit der Einbeziehung der unterschiedlichen Betrachtungsweisen der primären, sekundären und tertiären Prävention. Der ArbeitnehmerInnenschutz, die Betriebliche Gesundheitsförderung und das Betriebliche Eingliederungsmanagement gehen von einem partizipativen und integrativen Ansatz aus, der mittels Projektmanagement in die Unternehmen eingeführt und dann in die tägliche Routine übernommen wird.

Unter dem Aspekt „Strategie vor Prozess vor Struktur“ kann die Einführung eines Gesundheitsmanagements in den Unternehmen folgendermaßen vorgenommen werden:

- Die Unternehmensleitung verpflichtet sich auf strategischer Ebene ein integratives Gesundheitsmanagement zu implementieren und vermittelt dies mit einer angepassten Kommunikationsstrategie nach innen (und außen).
- Ein Steuerkreis zur Überwachung und Aktivierung der Prozesse ist einzurichten. Diese Steuerkreise sollten bestimmte innerbetriebliche Institutionen enthalten: Interessensvertretungen (BR, SVP), Sicherheitsfachkräfte, Mitglieder der Personalabteilung (Personalentwicklung, Abteilungsführung), eine/n BetriebsärztIn und auch ein Mitglied der Geschäftsführung mit entsprechender Ressourcenvollmacht.
- Durch die Beteiligung der Betroffenen können in Workshops entsprechende Managementprozesse erarbeitet und beschrieben werden.
 - Eine Diagnose des Realzustandes hat zu erfolgen. Dies kann z. Bsp. geschehen durch Mitarbeiterbefragungen, Begehungen, Workshops, Gefährdungsanalysen usw.
 - Feststellung der Diskrepanzen zwischen Real und Ideal. Diese werden dann nach Wichtigkeit und Dringlichkeit geordnet und eventuelle Zusammenhänge erarbeitet.
 - Maßnahmen werden geplant und im Rahmen eines Projektmanagements durchgeführt. Die Steuergruppe beschließt gemeinsam welche Maßnahmen ergriffen werden sollen. Dies können Interventionen auf Ebene der Primär-, Sekundär- aber auch Tertiärprävention darstellen.
 - Die Ergebnisse werden ökonomisch aber auch inhaltlich überwacht (Evaluation) um z. Bsp. negative Verhaltensweisen von Vorgesetzten zu identifizieren und entgegenzusteuern.

(Kastner 2013, S. 546f)

In der Strategie werden die Bekenntnisse der Geschäftsführung eingearbeitet und Ziele, Teilziele und Nicht-Ziele formuliert. Zur Verwirklichung der Strategie werden Prozesse und Teilprozesse benötigt. Diese auf Inhalte bezogenen Dimensionen, Strategie und Prozesse, sind in eine Struktur eingebettet. Geeignete Strukturen bilden z. Bsp. eine Infra-, Personal-, Finanz- oder Organisationsstruktur. (Kastner 2013, S. 540)

Niehaus (2008, S. 94) hat in ihrer Studie zur Umsetzung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement festgestellt, *„dass das Betriebliche Eingliederungsmanagement ein Instrument unter mehreren sein muss [...] Betriebliches Eingliederungsmanagement kann [...] einen Beitrag zur Senkung des Krankenstandes leisten, vor allem jedoch durch die Verknüpfung mit anderen präventiven Strategien.“*

Unter diesem Gesichtspunkt wurden die in dieser Arbeit dargestellten Strukturen und Prozesse analysiert und miteinander in Verbindung gesetzt. Die Kernelemente der in den einzelnen Kapiteln dargestellten idealtypischen Strukturen und Prozesse werden in nachfolgender Abbildung nochmals zusammenfassend dargestellt um danach die Forschungsfrage zu beantworten. In die Diskussion werden auch Erkenntnisse aus der beruflichen Tätigkeit der Autorin als Mitarbeiterin einer Unternehmensberatung zum Themenbereich Betriebliches Gesundheitsmanagement einfließen. Diese Erkenntnisse ergeben sich aus einer intensiven Auseinandersetzung mit den Strukturen und Prozessen im BGM bei nachfolgender Implementierung eines individuellen BEM in Unternehmen.

Abbildung 20: Darstellung Strukturen und Prozesse im BGM

BGM		
Arbeitsschutz	Wiedereingliederung	Gesundheitsförderung
INNERBETRIEBLICHE STRUKTUREN		
Arbeitsschutzausschuss	Steuergruppe/Integrationsteam	Steuergruppe/Projektgruppe
PROZESSE		
DIAGNOSE		
Arbeitsplatzevaluierung	Situationsanalyse	IST-Analyse
		➔ Gesundheitsbericht
MAßNAHMENPLANUNG		
Gefahren vermeiden/einschränken	Arbeitsfähigkeit wiederherstellen, Arbeitsplatz erhalten	Grundlage: MitarbeiterInnenbeteiligung (Gesundheitszirkel)
im Arbeitsschutzausschuss	im Integrationsteam	in der Steuergruppe
MAßNAHMENUMSETZUNG		
Arbeitsbedingungen anpassen	individuelle Maßnahmen im Bereich des Arbeitsplatzes, der Arbeitskraft, im betrieblich-sozialen Umfeld, im privaten Bereich	Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention
DOKUMENTATION DER GESAMTEN PROZESSE		
Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokument	Dokumentation der einzelnen Schritte in einer personenbezogenen "BEM-Akte"	Projektdokumentation
EVALUATION		
Überprüfung und Anpassung der Arbeitsplatzevaluierung	Wirksamkeitskontrolle der gesetzten Maßnahmen	wiederholte IST-Analyse und Vergleich mit Erst-Analyse
vorrangig kollektive Maßnahmen, anlassbezogene Einzelfallbearbeitung	Einzelfallbearbeitung	vorrangig kollektive Maßnahmen

ÖFFENTLICHE ARBEIT

Quelle: eigene Darstellung

7.2 Beantwortung der Forschungsfrage

Nach Erarbeitung der relevanten Literatur und der Analyse der Strukturen und Prozesse können die Fragestellungen

- **Inwieweit unterstützen die in Unternehmen bestehenden Strukturen und Prozesse ArbeitgeberInnen bei der Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)?**
- **Welche Strukturen und Prozesse müssen neu geschaffen werden?**

wie folgt beantwortet werden.

Aus dem Element des **ArbeitnehmerInnenschutzes** kann der gesetzlich verpflichtende Arbeitsschutzausschuss als Basisgruppe tätig werden. Der *Arbeitsschutzausschuss*, verpflichtend bestehend aus den Präventivkräften (ArbeitsmedizinerInnen, SFK), AG-VertreterInnen, AN-VertreterInnen und SVP, muss gesetzlich vorgeschrieben 2xjährlich tagen. Ebenfalls im Arbeitsschutz verpflichtende Funktionsträger sind die *Präventivkräfte* (ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräfte) welche in einer vorgegebenen *Präventivzeit* tätig sind und ebenfalls bei der Implementierung eines BEM in eine aktive Rolle miteinbezogen werden können. Die im AS vorgeschriebene *Arbeitsplatzevaluierung* kann als Expertensicht als Teil einer Situationsanalyse im BEM einfließen. Die Instrumente der *Information und Unterweisung der MitarbeiterInnen* können ebenfalls für die Öffentlichkeitsarbeit und somit der Akzeptanz und Transparenz des BEM genutzt werden.

Aus dem Element der **Betrieblichen Gesundheitsförderung** kann die *Steuergruppe/Projektgruppe* welche gemäß der gesichteten Literatur ebenfalls aus AN- und AG-Vertretern sowie AS-Beauftragten bestehen soll, in den BEM-Ablauf integriert werden. Auf Maßnahmenebene ist es möglich Interventionen der *Verhaltens- und Verhältnisprävention* für den/die betroffeneN MitarbeiterIn ein- und durchzuführen. Durch die Freiwilligkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist diese stark auf die Akzeptanz der MitarbeiterInnen angewiesen. Daher ist es nötig bereits in der Projektphase eine transparente und verständliche Kommunikation mittels interner Öffentlichkeitsarbeit anzuvisieren, welche auch für das Element des Betrieblichen Eingliederungsmanagements erforderlich ist.

Nicht alle für ein BEM erforderlichen Strukturen und Prozesse sind in den Unternehmen bereits vorhanden. Mit der Einführung von BEM kommt es somit zur Bildung neuer Verfahren

und Einrichtungen. Die Steuergruppe, welche auch gleichzeitig das *Integrationsteam* darstellen kann da es gemäß Forschungen aus Deutschland die gleichen Funktionsträger in sich vereinen soll, kann im Rahmen eines eventuell zu erweiternden Arbeitsschutzausschuss tätig sein. Der Prozess der *BEM-Einleitung* welcher definiert wann, wer und wie die MitarbeiterInnen kontaktiert werden, wird üblicherweise in einer Projektgruppe mit den gleichen Funktionsträgern, erarbeitet. Neben diesem administrativen Prozess sind auch Personen festzulegen, welche Informations- und Eingliederungsgespräche durchführen. Dies können interne Personen aber auch externe Dienstleister leisten. Um eine einheitliche Vorgehensweise dieser Gespräche zu erreichen ist es notwendig nach einem Gesprächsleitfaden vorzugehen. Eine Schulung und Sensibilisierung der durchführenden Personen kann den Prozess und die Akzeptanz des BEM ebenfalls positiv unterstützen.

Die hier dargestellten Ergebnisse werden in der nachfolgenden Diskussion detaillierter ausgeführt. Ebenso wird auf die gesetzlichen Zusammenhänge, mögliche Anreize und Kosteninternalisierungen auf Unternehmensseite sowie auf die öffentliche Diskussion des „Teilzeit-Krankenstandes“ eingegangen.

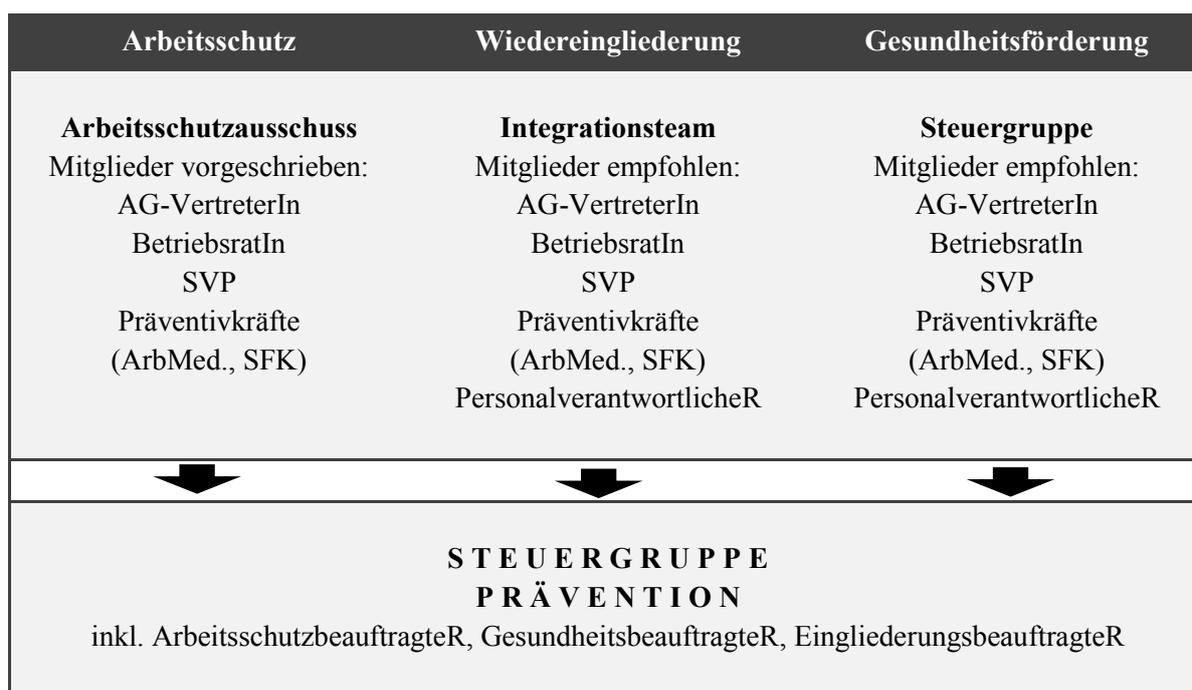
7.3 Diskussion

Die Implementierung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) erfordert vor allem die Aufnahme der Agenda in die Strategie des Unternehmens und somit in die Führungsverantwortung. Die Partizipation und Integration der MitarbeiterInnen durch interne Öffentlichkeitsarbeit sowie auch der Transparenz der nötigen Prozesse sind für die Akzeptanz entscheidend. Durch die unterschiedlichen Branchen, Unternehmensstrukturen und Führungsstile ist es sinnvoll ein neues System mittels Projektmanagement im Unternehmen zu erarbeiten und danach in das bestehende Gesundheits- und Managementsystem zu übernehmen. Nach Ausarbeitung der relevanten Prozessschritte im Rahmen eines Projektmanagement ist es möglich folgende Strukturen und Prozesse für die Tagesroutine der betrieblichen Wiedereingliederung zu nutzen.

Vor allem die im Arbeitsschutz tätigen und verpflichtenden Präventivkräfte (AMed, SFK) sowie der BR, SVP und AG-VertreterInnen können bereits in der Projektphase sowohl in der Betrieblichen Gesundheitsförderung wie auch in der betrieblichen Wiedereingliederung miteinbezogen werden und die nötigen Prozesse mit den Projektverantwortlichen erarbeiten. Das in der Praxis erforderliche Integrationsteam des BEM besteht gemäß der bearbeiteten Literatur aus den gleichen FunktionsträgerInnen wie der Arbeitsschutzausschuss.

Insbesondere die Präventivkräfte und der Arbeitsschutzausschuss sind durch das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz §81 Abs. 1, §82 und §88 Abs. 2 dazu verpflichtet bei der auf Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung zu beraten und zu unterstützen. Laut Untersuchungen sind in 98% der Unternehmen Präventivfachkräfte bestellt. Die vorgeschriebene Präventionszeit darf von Sicherheitsfachkräften unter anderem für die Beratung der ArbeitnehmerInnen zu menschengerechter Arbeitsgestaltung sowie die Ermittlung und Untersuchung von arbeitsbedingten Erkrankungen (ASchG §77 Abs. 2 und 4) verwendet werden. Der/die ArbeitsmedizinerIn ist zusätzlich berechtigt in dieser Zeit die ArbeitnehmerInnen zu Gesundheitsförderung in Bezug auf Arbeitsbedingungen zu beraten (ASchG §82 Abs. 2) Durch diese Anschlussfähigkeit des Arbeitsschutzes an die Betriebliche Gesundheitsförderung mit diesen FunktionsträgerInnen, ist es auch wichtig diese in die betriebliche Wiedereingliederung miteinzubeziehen, da auch hier die Fähigkeiten der Personen mit den Anforderungen des Arbeitsplatzes abgeglichen und angepasst werden sollen, um die Arbeitsfähigkeit von ArbeitnehmerInnen so bald und so gut wie möglich wiederherzustellen. Der ASA hat gesetzlich vorgeschrieben mindestens 2 x Jahr zusammenzutreffen. Die regelmäßige Auseinandersetzung, ohne Berücksichtigung der Einzelfallthematik, ist somit in den Unternehmen vorhanden. Im Rahmen der betrieblichen Arbeit wurde festgestellt, dass Unternehmen in welchem der Arbeitsschutz aufgrund der Tätigkeiten im Unternehmen sehr aktiv betrieben wird, ein Zusammentreffen des ASA wesentlich häufiger stattfinden. In den anderen Unternehmen werden die gesetzlichen Regelungen eingehalten.

Abbildung 21: Steuergruppe Prävention



Quelle: eigene Darstellung

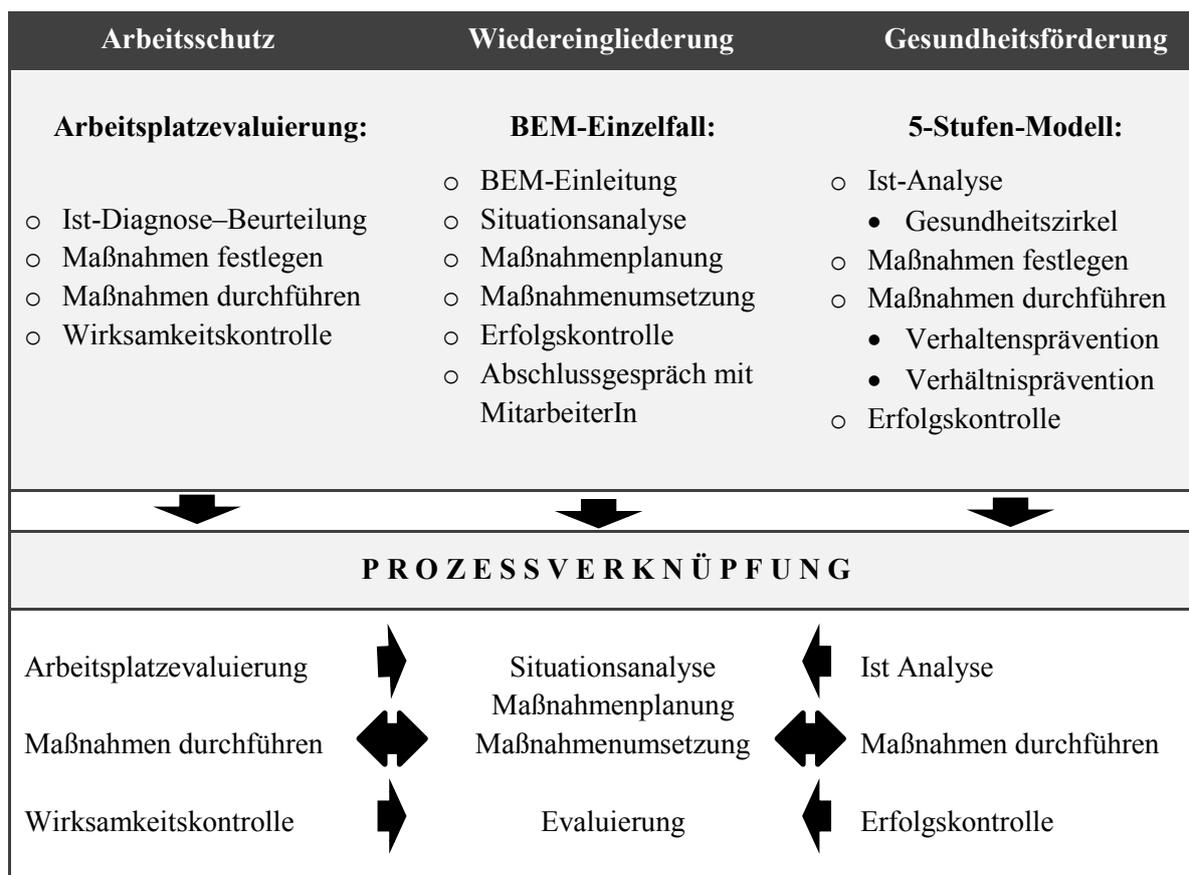
Aufgrund der gesetzlich vorgeschriebenen und in der Literatur empfohlenen beteiligten FunktionsträgerInnen ist es so möglich eine „Steuergruppe Prävention“ einzurichten, die sich mit allen Themenstellungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) befasst. Um die Interessen der jeweiligen Präventionsstufen vertreten zu können, scheint es sinnvoll je eineN FunktionsträgerIn je Element in der Steuergruppe Prävention anzusiedeln. Dies kann einE ArbeitsschutzbeauftragteR, einE GesundheitsbeauftragteR sowie einE EingliederungsbeauftragteR sein. Diese FunktionsträgerInnen bilden sich meist aus den Projektgruppen im Einführungsstadium heraus und verfügen über ExpertInnenwissen zu den einzelnen Präventionsbereichen. Um die operative Arbeit zu erleichtern ist es auch möglich eine Kern-Steuergruppe zu bilden welche nach Bedarf um die erforderlichen FunktionsträgerInnen erweitert werden kann.

Auch die Fallprozesse der einzelnen Elemente bieten Verknüpfungspotential. Die dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz verpflichtend vorliegenden Arbeitsplatzevaluierungen (gemäß ASchG §4 „*Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und Festlegung von Maßnahmen*“) kann in eine entsprechende Situationsanalyse im BEM-Einzelfall miteinbezogen werden bzw. neu durchgeführt werden. Die Ermittlung und Beurteilung von Gefahren umfasst die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte, die Gestaltung und der Einsatz von Arbeitsmitteln, die Verwendung von Arbeitsstoffen, die Gestaltung der Arbeitsplätze, die Gestaltung der Arbeitsverfahren und Arbeitsvorgänge und deren Zusammenwirken, der Stand der Ausbildung und Unterweisung der AN, Berücksichtigung der Beschäftigung besonders gefährdeter oder schutzbedürftiger AN und die Eignung der AN im Hinblick auf Konstitution, Körperkräfte, Alter und Qualifikation. (§6 ASchG, Nöstlinger 2006, S. 52f)

Aus Untersuchungen (BMASK 2011b) ist zu erfahren, dass in 98% (n=300) der Unternehmen Erst-Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt werden. Während die Wichtigkeit der Gefährdungsbeurteilungen für Arbeitsstoffe, für Jugendbeschäftigung und für Mutterschutz in den Unternehmen sehr hoch eingeschätzt und in 80-90% der Unternehmen durchgeführt werden, werden Gefährdungsbeurteilungen der manuellen Handhabung von Lasten in 75% der Unternehmen, einer Gefährdungsbeurteilung von MitarbeiterInnen mit Behinderungen in 60% der Unternehmen und die Berücksichtigung des Alters der AN in 41% der Unternehmen bei der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigt. (BMASK 2011b, S. 11ff) Speziell im Bereich der Gefährdungsbeurteilung von MitarbeiterInnen mit Behinderungen und der Berücksichtigung des Alters der AN gibt es daher noch starken Sensibilisierungs- und Handlungsbedarf in den Unternehmen im Hinblick auf den demografischen Wandel.

Insbesondere die Evaluierung der Punkte Gestaltung der Arbeitsplätze, Arbeitsverfahren und -vorgänge, der Stand der Ausbildung sowie die Eignung der ArbeitnehmerInnen bieten Ansatzpunkte für die betriebliche Wiedereingliederung. Die betriebliche Wiedereingliederung beschäftigt sich mit der Veränderung von Bedingungen auf mehreren Ebenen wie der Veränderung von Arbeitsplatz und -organisation durch z Bsp. eine Veränderung der Arbeitsplatzgestaltung, einen Arbeitsplatzwechsel, einer Veränderung der Arbeitszeit, aber auch in der Veränderung an der Person durch z. Bsp. Qualifikation. Auch die Sensibilisierung des betrieblich-sozialen Umfeldes durch z. Bsp. Konfliktmanagement zählt zu diesen Maßnahmen. Die betriebliche Gesundheitsförderung vereint Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention. Die Verhaltensprävention unterstützt den/die einzelnen MitarbeiterIn bei individuell auftretenden Herausforderungen. Dies können körperbezogenen Maßnahmen wie z. Bsp. Rückengymnastik aber auch psychotherapeutische Angebote beinhalten. Die Verhältnisprävention unterstützt hingegen Veränderungen im Arbeitsumfeld welche über das Maß des ArbeitnehmerInnenschutzes hinausgehen.

Abbildung 22: Verknüpfbare Prozesse



Quelle: eigene Darstellung

Bei der Analyse der Prozesse stellte sich heraus, dass Maßnahmen des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung vorrangig auf kollektive Maßnahmen gerichtet sind. Die Arbeitsplatzevaluierung betrachtet zwar den einzelnen Arbeitsplatz aber dennoch ist im Gesetz festgeschrieben dass ein kollektiver vor dem individuellen Gefahrenschutz zu erfolgen hat. Die Arbeitsplatzevaluierung kann dabei als Gesamtpaket „Expertensicht“, aber unter Berücksichtigung einer subjektiven (z. Bsp. Mitarbeiterbefragung) und objektiven (z. Bsp. Krankenstandsauswertung) Sichtweise in den Prozess der betrieblichen Wiedereingliederung miteinbezogen werden.

Die Gesundheitsförderung hat durch die Gesundheitszirkel ein starkes kollektiv partizipatives Element. Diese sind jedoch darauf beschränkt mögliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu identifizieren. Die Entscheidung ob und welche Maßnahmen tatsächlich getroffen werden obliegt meist der Steuergruppe. Im Rahmen eines BEM-Prozesses ist es möglich durch Einzelfallproblematiken auf mögliche kollektive Handlungsfelder der Betrieblichen Gesundheitsförderung aber auch des ArbeitnehmerInnenschutzes aufmerksam zu werden und zu handeln.

Um den Zyklus Ist-Analyse-Planung-Durchführung-Kontrolle abzuschließen ist es erforderlich das gesamte BGM zu evaluieren. Eine umfassende Evaluierung auf Strategie-, Prozess- und Ergebnisebene ist für eine nachhaltige Implementierung eines BGM im Unternehmen erforderlich. Dabei ist eine Wirksamkeitskontrolle der durchgeführten Maßnahmen notwendig, aber auch eine wirtschaftliche Erfolgskontrolle um die erforderlichen finanziellen Mitteln für die Maßnahmendurchführung sowie zeitliche und personelle Ressourcen für die Planung und Bearbeitung bereitgestellt zu bekommen. Die Ergebnisse dieser Evaluierung sollen aufgrund der Transparenz im Unternehmen im Rahmen eines Berichtes den MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt werden.

Als wichtiger Begleitprozess hat sich die interne Öffentlichkeitsarbeit herausgebildet. Im Arbeitsschutz ist die arbeitsgerechte Information und Unterweisung der AN gesetzlich vorgeschrieben. Die Akzeptanz der auf Freiwilligkeit basierenden Betrieblichen Gesundheitsförderung ist von einer positiven internen Öffentlichkeitsarbeit abhängig, ebenso die betriebliche Wiedereingliederung. Ein Präventionsbericht welcher die MitarbeiterInnen über alle Aktivitäten zum BGM informiert und eine objektive, subjektive und Expertensicht beinhaltet, kann dabei als strategische Grundlage für das Betriebliche Gesundheitsmanagement

dienen (Jancik 2002, S. 120) und auch die Grundlage für eine übergreifende Evaluation der Ergebnisse darstellen.

Abbildung 23: Übergreifende Begleitprozesse



Quelle: eigene Darstellung

Die gesetzlich festgeschriebene Information und Unterweisung der MitarbeiterInnen im ArbeitnehmerInnenschutz erfolgt in den Unternehmen durch Betriebsversammlungen oder Abteilungs- oder Einzelbesprechungen. Der Gesundheitsbericht der Gesundheitsförderung umfasst meist eine objektive Sicht, welche z. Bsp. Krankenstandsauswertungen inkl. Interpretationen beinhaltet eine subjektive Sicht durch abgehaltene und ausgewertete MitarbeiterInnenbefragungen sowie die Ergebnisse aus den Gesundheitszirkeln. Neben diesen klar definierten Instrumenten ist es erforderlich laufend im Rahmen von MitarbeiterInnen- und Betriebsratszeitungen und Aushängen an schwarzen Brettern auf die in den Unternehmen gesetzten Maßnahmen hinzuweisen und den Mehrwert für die MitarbeiterInnen aufzuzeigen. Als ebenso wichtig hat sich aus Befragungen von Stummer et al. (2008) ergeben, dass eine persönliche Ansprache der MitarbeiterInnen durch Projektverantwortliche oder BetriebsrätInnen eine bessere Akzeptanz der gesetzten Maßnahmen fördert. Das Betriebliche Eingliederungsmanagement ist durch die freiwillige Teilnahme der MitarbeiterInnen am Prozess stark auf die Akzeptanz der MitarbeiterInnen und damit auf eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit angewiesen.

Nach der Darstellung der unterstützenden Strukturen und Prozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ist es auch erforderlich *neu zu schaffende* Rahmenbedingungen anzuführen. Bei der Einführung von BEM werden unterschiedliche Prozesse in einer Projektgruppe erarbeitet und definiert. Der *Gesamtprozess der BEM-Einleitung* legt fest wann, wie und durch wen die betroffenen MitarbeiterInnen kontaktiert werden, wie die jeweiligen Führungskräfte miteinbezogen werden und welche Optionen den MitarbeiterInnen offen stehen. Es wird auch festgelegt wer als Ansprechpersonen für die MitarbeiterInnen zur Verfügung steht und wie und durch wen Informationsgespräche und Eingliederungsgespräche zu erfolgen haben.

Besonders zu berücksichtigen ist bei der Festlegung wann MitarbeiterInnen zu einer BEM-Einleitung eingeladen werden, dass die Krankenstandsfälle welche 15 bis 42 Tage (10,6% der Krankenstandsfälle) andauern 23,3% der Krankenstandstage ausmachen. Langzeitkrankenstände (3,6% der Krankenstandsfälle) ab 42 Tagen machen 37,8% der Krankenstandstage aus. (Leoni 2014, S. 14) Es ist daher in den Unternehmen anzudenken, bereits einen Stichtag vor der erwähnten 42 Tage Frist zu wählen, um MitarbeiterInnen zu kontaktieren. Eine solche Vorgehensweise wird auch durch Untersuchungen gestützt welche festgestellt haben, dass eine zeitnahe Re-Integration erfolgsversprechender für eine Weiterbeschäftigung der MitarbeiterInnen ist.

Eigens instruierte *EingliederungsmanagerInnen* führen Eingliederungsgespräche nach einem Gesprächsleitfaden mit den MitarbeiterInnen durch. Diese Dienstleistung kann auch von externen Personen angeboten und durchgeführt werden. Die EingliederungsmanagerInnen haben die Aufgabe die MitarbeiterInnen auf dem Weg zur Verbesserung und Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit zu begleiten und bilden das Sprachrohr in das Integrationsteam. Gemeinsam mit dem/der betroffenen MitarbeiterIn, dem/der EingliederungsmanagerIn und dem Integrationsteam wird eine Situationsanalyse durchgeführt, Maßnahmen abgeleitet, festgelegt und durchgeführt.

Die Erarbeitung der oben dargestellten übergreifenden Strukturen und Prozesse, einer Prävention-Steuergruppe inkl. ArbeitsschutzbeauftragteR, GesundheitsbeauftragteR und EingliederungsbeauftragteR, der übergreifenden Prozesse der Situationsanalyse, Maßnahmenplanung und -umsetzung, sowie einem Präventionsbericht bestätigt die von Niehaus (2008, S. 94) bereits erwähnte Aussage, dass BEM ein Instrument des BGM darstellt und vor allem die Verknüpfung mehrerer präventiver Strategien zum Erfolg führen kann.

In der betrieblichen Beratung konnte festgestellt werden, dass das Bewusstsein für die demografischen Entwicklungen und die erforderlichen Maßnahmen in den Unternehmen (mehr als 100 MA) vorhanden sind. In den Unternehmen haben sich bisher unterschiedliche Strategien in der täglichen Arbeit darauf entwickelt. Diese reichen von informellen Eingliederungsbemühungen einzelner Vorgesetzten, unstrukturierten Einzelmaßnahmen aber auch strukturierten Abläufen wie z.Bsp. die bereits beschriebenen gestuften Krankenrückkehrgespräche.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Aus der gesetzlichen Grundlage des ArbeitnehmerInnenschutzes haben sich auch Anknüpfungspunkte an die Betriebliche Gesundheitsförderung sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement ergeben. Die Sicherheit und Gesundheit der MitarbeiterInnen in den Unternehmen war lange Zeit Aufgabe des AN-Schutzes. Durch die Fokussierung des Themas der Gesundheitsförderung in Settings durch die EU kam es auch in Österreich zu einer Etablierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. (Nöstlinger 2006, S. 298) Der Gesetzgeber hat auf die Entwicklungen des Arbeitsschutzes in Richtung Betriebliche Gesundheitsförderung reagiert und mit den §§81 (1), 82, 88 (2), welche die Aufgaben und Pflichten des/der ArbeitsmedizinerIn und des Arbeitsschutzausschusses beschreiben Regelungen im ASchG geschaffen, die BGF an den Arbeitsschutz anknüpfungsfähig macht. (Nöstlinger 2006, S. 298) Der AMD Salzburg sieht rechtliche Grundlagen für die betriebliche Wiedereingliederung im ASchG §3 - der Fürsorgepflicht des/der AG/DG, im §4 - der Evaluierung mit der Überprüfung und Anpassung nach Unfällen und/oder Verdacht auf arbeitsbedingte Erkrankungen und im §6 - dem Einsatz der AN/DN nach ihren Fertigkeiten und Fähigkeiten als Anknüpfungspunkte und Grundlage eines betrieblichen Eingliederungsmanagements in Österreich. (AMD 2012, S. 2) Die Schaffung des Arbeit-und-Gesundheit-Gesetzes und den daraus resultierenden Beratungsstellen des fit2work entschärft die Schnittstellenproblematik zwischen den Sozialversicherungsträgern, da dieses Angebot sowohl von erwerbstätigen und arbeitslosen Personen als auch von Personen mit Behinderungen genutzt werden kann.

Einbindung der Sozialversicherungen

In Österreich ist die berufliche Rehabilitation vorrangig in außerbetrieblichen Institutionen angesiedelt. Um erfolgreich agieren zu können, soll die berufliche Rehabilitation aber im Betrieb stattfinden, da ein Abgleich des Fähigkeitsprofil mit dem Anforderungsprofil für eine IST-Analyse nötig ist. (Reusch 2012, S. 82) Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern (z.Bsp. Niederlande, Finnland), entstehen Unternehmen in Österreich keine Nachteile wenn diese Beschäftigte in die Arbeitslosigkeit oder in krankheitsbedingte Pensionierung entlassen. Um die Bedeutung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu unterstreichen ist es auch erforderlich Anreize zu schaffen. Anreizsystem für Betriebe um z. Bsp. häufige krankheitsbedingte Pensionierungen zu verringern, bietet das Experience Rating Modell. Diese erfahrungsbasierten Beitragssätze verringern oder erhöhen sich mit der Häufigkeit der vom Unternehmen durchgeführten Personalfreisetzen in Richtung Arbeitslosigkeit oder Pension. In den Niederlanden wie auch in Finnland haben sich die Invaliditätspensionszugänge, und bei

dem Model Experience Rating in der Arbeitslosenversicherung, die Arbeitslosigkeit verringert. (Mayrhuber/Rocha-Akis 2013, S. 52ff) Diese Form der Kosteninternalisierung wird jedoch auch kritisch betrachtet: Die Sozialversicherungsbeiträge steigen mit dem Alter der Beschäftigten an und der Anreiz ältere Personen anzustellen schwindet. Es wird vermehrt auf befristete Arbeitsverhältnisse umgestiegen. (ebd., S. 55) In Kanada wurde ein Bonus-Malus-System eingeführt. Die Beiträge die ein Unternehmen in die Versicherung zu zahlen hat, sind dabei gestaffelt nach den Anstrengungen die ein Unternehmen unternimmt, Menschen im System zu halten. Es kann dabei zu Ermäßigungen bis zu 50% der Beitragszahlungen kommen, aber auch zu Maluszahlungen mit bis zu 200%igen Aufschlag. (Sepp et al. 2009, S. 107)

Eine ähnliche Möglichkeit als Sozialversicherung aktiv zu werden, wurde in einem Projekt der AOK Niedersachsen in Deutschland dargestellt. Dabei wurde ein Modellversuch arrangiert, bei welchem ein Beitragsbonus an teilnehmende Unternehmen gewährt wurde die über eine Selbst- und Fremdbewertung den Nachweis erbrachten systematisch und ganzheitliche Maßnahmen im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements geleistet zu haben. Eine Evaluierung dieser Leistungen war dabei jährlich notwendig um auch jährlich in den Genuss des Beitragsbonus in Höhe von einem Monatsbeitrag zu kommen. Die teilnehmenden Unternehmen konnten einen signifikanten Rückgang von Krankenständen und Unfallzahlen verzeichnen. Gerade bei mittleren und großen Unternehmen konnten die beteiligten Krankenkassen mit positiven Effekten der finanziellen Aufwendungen abschließen. (Ulich/Wülser 2012, S. 236f)

Die Expertenkommission (2004, S. 22f) sieht betriebliche Gesundheitspolitik in einem Netzwerk aus verschiedenen Akteuren. Zu einem Gelingen sollte eine Zusammenarbeit der Unternehmen, Sozialpartner, Staat, Sozialversicherungsträger und Gesundheitsexperten erfolgen. Zu der Rolle der Sozialversicherungsträger wird angemerkt *„Sie sollten zukünftig noch stärker im Sinne ihrer kollektiven Verantwortung untereinander und mit den Betrieben zusammenarbeiten: sich vom „Payer“ zum „Player“ weiterentwickeln und sich durch Unterstützung betrieblicher Gesundheitspolitik verstärkt um die Vermeidung von Versicherungsfällen bemühen.“* (ebd., S. 24) Neben der Einbeziehung der Sozialversicherungsträger ist es auch notwendig strukturelle Veränderungen in der Arbeitsmarktpolitik, Pensionspolitik und der Gesundheitspolitik anzuregen, aber auch in der Personalpolitik der Unternehmen.

In Österreich kommt es immer wieder zu Diskussionen zum umgangssprachlich als „Teilzeit-Krankenstand“ dargestellten Wiedereingliederungsprozess zwischen den Sozialpartnern. Die Wirtschaftskammer kann sich ein an die Schweiz angelehntes Model der Teil-Arbeitsunfähigkeit vorstellen. Der Gewerkschaftsbund fürchtet um das Recht auf Erholung der ArbeitnehmerInnen. (Rom 2013, o.S.) International werden unterschiedliche Ausprägungen dieses Prozesses bereits praktiziert. In der Schweiz handelt es sich dabei um eine „Teil-Arbeitsunfähigkeit“. Dabei muss der Arzt in der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angeben wieviel Stunden und in welchem Ausmaß die MitarbeiterInnen arbeiten dürfen. Die Finanzierungslast liegt dabei bei den Unternehmen. In Deutschland wendet sich die „Stufenweise Wiedereingliederung“ als Rehabilitationsmaßnahme an MitarbeiterInnen mit längerer krankheitsbedingter Arbeitsunfähigkeit. Die MitarbeiterInnen erarbeiten mit dem zuständigen Arzt einen Eingliederungsplan welcher mit dem/der ArbeitgeberIn und der Krankenkasse abgestimmt werden muss. Die Wiedereingliederung kann bis zu einigen Monaten dauern und wird von den Krankenkassen bzw. den Pensionsversicherern finanziert. Der Wiedereingliederungsprozess kann als eine Maßnahme im BEM neben vielen angesehen werden. Da hier aber auch das Arbeitsrecht angegriffen wird sowie die Krankenkassen oder PVA als Finanzierer tätig werden sollen, kommt es immer wieder zu öffentlichen Diskussionen. Als gesetzliche Grundlage müssten Veränderungen im ASVG durchgeführt sowie versicherungs-, melde- und beitragsrechtliche Aspekte in die Überlegungen miteinbezogen werden. (Reusch 2012, S. 81f)

Zusammenfassend kann aus der Erarbeitung der Literatur festgehalten werden, dass im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ein Zusammenwirken aller Präventionsstufen sinnvoll und erforderlich ist um die Arbeitsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu fördern, wiederherzustellen und zu erhalten und dadurch die Kosten durch Krankenstände für die Unternehmen und die Volkswirtschaft so gering wie möglich zu halten. Um Unternehmen bei der Entscheidung ein integriertes Betriebliches Gesundheitsmanagement einzuführen zu unterstützen ist es auch notwendig, Anreize zu schaffen. Anreize können dabei die Senkung von Sozialversicherungsbeiträgen darstellen, welche bei nachweislich durchgeführten Maßnahmen gewährt werden. Ein ausgereifteres Modell stellt ein Bonus-Malus-System dar, welches auch eine Erhöhung der Beiträge ermöglicht. Weitere Anreize stellen auch Hilfestellungen in der Projekteinführungsphase durch zur Verfügungsstellung von Beratungsdienstleistungen dar (Reusch 2012, S.89) aber auch die Darstellung von Best-Practice Beispielen von Unternehmen, welche bereits erfolgreich ein integriertes BGM implementiert haben.

Speziell in Unternehmen ab 100 MitarbeiterInnen sind viele Strukturen und Prozesse aufgrund gesetzlicher Regelungen bereits vorhanden die für eine Implementierung des Betrieblichen Eingliederungsmanagements genutzt werden können. Nach Erarbeitung des BEM-Einleitungsprozesses sowie der Schaffung der Institution eines oder mehrerer EingliederungsmanagerInnen im Rahmen eines Projektes, ist es bei der Übernahme in die Tagesroutine durch die Einrichtung einer Prävention-Steuergruppe mit den erforderlichen FunktionsträgerInnen möglich, die erforderlichen Maßnahmen rasch und unter Berücksichtigung sämtlicher Präventionsstufen zu erarbeiten, umzusetzen und zu evaluieren.

Die Schaffung eines erfolgreichen integrierten Gesundheitsmanagements erfordert die Aufnahme in sämtliche Strategiefelder der Unternehmen und somit des Bekenntnisses der Geschäftsführung zu einem BGM. Die Freiwilligkeit der Teilnahme beschränkt sich dadurch nicht nur auf die Teilnahme der MitarbeiterInnen an Maßnahmen im BGM, speziell in der Wiedereingliederung, sondern auch auf die Unternehmen. Forschungen (Sepp et al. 2009) haben jedoch aufgezeigt, dass die freiwillige Auseinandersetzung mit dem Themenbereich der beruflichen Rehabilitation in den Unternehmen derzeit nur gering vorhanden ist und eine verpflichtende Durchführung sinnvoll sei. Diese Ambivalenz bietet die Grundlage für weitere Forschungen.

Bei der Erarbeitung der Literatur wurden auch noch weitere Felder identifiziert auf die in dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden konnte. Diese könnten Gegenstand weiterer Forschungen darstellen. Durch die in Österreich vorherrschende Kultur der Klein- und Mittelunternehmen sollten innerbetriebliche Instrumente, neben der externen von AUVA und GKK entwickelten Unterstützungsprogramme für Unternehmen bis zu 50 MitarbeiterInnen, erarbeitet werden die diese UnternehmerInnen ohne großen administrativen Aufwand unterstützen die Arbeitsfähigkeit ihrer MitarbeiterInnen zu erhalten. Desweiteren sind auch Forschungen im Bereich der gender-spezifischen, einer branchenorientierten oder auf unterschiedliche Unternehmensstrukturen (z. Bsp. zentral/dezentral) gerichtete Untersuchungen im Rahmen eines integrierten BGM noch nicht vorhanden.

„In jedem Falle lohnt sich Einsatz im Rahmen eines solchen ganzheitlichen, integrativen, nachhaltigen, systemverträglichen Gesundheitsmanagements nicht nur unter ökonomischen sondern auch unter ethischen und lebensqualitativen Gesichtspunkten.“

(Kastner 2013, S. 547)

8 Literaturverzeichnis

- AMD (2012): Betriebliche Eingliederung. In: AM`punkt, Ausgabe 19, 2012. Salzburg: AMD Salzburg, S. 2.
- AK Österreich (2012): Wirtschafts- und Sozialstatistisches Taschenbuch. Erfasste Berufskrankheiten. URL: http://statistik.arbeiterkammer.at/tbi2012/erfasste_berufskrankheiten.html (dl. 31.10.2013).
- AK Oberösterreich (2013): Sicher gesund. Informationen für Sicherheitsvertrauenspersonen 1/2013. Linz. URL: http://media.arbeiterkammer.at/ooe/publikationen/wandzeitung_sicher_gesund/SicherGesund_2013_1.pdf (dl. 31.10.2013).
- Badura, Bernhard/Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer Gabler Verlag.
- Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang/Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma.
- Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hrsg.)(2006): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer Gabler Verlag.
- Bärtsch, B./Rössler, W. (2008). Supported Employment. Der Weg zurück in den ersten Arbeitsmarkt. Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Forschungsbereich Klinische und Soziale Psychiatrie. URL: <https://www.unizh.ch/puk-west/de/aktuell/resultate.pdf> (dl. 28.04.2014).
- Bertelsmann Stiftung, Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.)(2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Biffel, Gudrun/Faustmann, Anna/Gabriel, Doris/Leoni, Thomas/Mayrhuber, Christine/ Rückert, Eva (2012): Psychische Belastungen der Arbeit und ihre Folgen, WIFO-Monographie (11). Wien: WIFO.
- Birgmann, Richard/Hirtenlehner, Helmut/Sebinger, Sarah (Hrsg.)(2006): Betriebliche Gesundheitsförderung in Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung.
- BA (2010): Ministerialentwurf, 230/ME XXIV. GP Arbeits-und-Gesundheit-Gesetz. Materialien. URL: http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/ME/ME_00230/-fname_198114.pdf (dl. 30.05.2013).

- BKA (2013): Nationales Reformprogramm Österreich. Wien. URL: <http://www.bka.gv.at/-DocView.axd?CobId=51122> (dl. 26.2.20214).
- Bleyer, Magdalena/Saliterer, Iris (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung als zentraler Faktor für den nachhaltigen Unternehmenserfolg. In: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S.155-191.
- BMAGS, Zentral-Arbeitsinspektorat (1999): Sicherheits- und Gesundheitsschutz- Managementsystem. Wien. URL: https://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/-E005C5D2-5FF4-4850-B46E-A3035AEAF407/0/sgms_br.pdf (dl. 26.11.2013).
- BMASK (2011a): Betreuung der österreichischen Betriebe durch Präventivdienste. Eine Schwerpunktaktion im Rahmen der Arbeitsschutzstrategie. Wien. URL: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/17E1AA3F-FBFB-4B94-8979-AA5EAA09F1B5/0/BerichtBetreuungdurchPr%C3%A4ventivfachleuteund-Pr%C3%A4ventivfachkr%C3%A4fte.pdf> (dl. 25.11.2013).
- BMASK (2011b): Gefährdungsbeurteilungen in österreichischen Betrieben. Eine Schwerpunktaktion im Rahmen der Arbeitsschutzstrategie. Wien. URL: <https://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/E5A91880-D474-4FD3-8992-3DD2D28B7492/0/Gef%C3%A4hrdungsbeurteilungBerichtMai2011.pdf> (dl. 25.11.2013).
- BMASK (2013a): „IP neu“: Die Reform der Invaliditätspension. Wien. URL: http://www.bmask.gv.at/site/Soziales/Pensionen/Grundsatzfragen_Berichte_und_Studien/IP_Neu_Die_Reform_der_Invaliditaetspension (dl. 16.02.2014).
- BMASK (2013b): Anzahl der Pensionsleistungen. Wien. URL: <http://www.dnet.at/opis/-PensionenAllgemein.aspx> (dl. 04.04.2014).
- BMG (2013): Beruflicher Wiedereinstieg trotz Behinderung. Wien. URL: <https://www.gesundheit.gv.at/Portal.Node/ghp/public/content/krankheiten-schlaganfall-rehabilitation.html> (dl. 23.02.2014).
- BMG (o.J): Gesundheit und Gesundheitsförderung. Wien. URL: http://bmg.gv.at/home/-Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung (eingesehen am 29.03.2014).
- BMWA (2004): Österreichischer Leitfaden für SGMS zur Auswahl und zum Einsatz von Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsystemen in Betrieben. Wien. URL: http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/78314BFB-16F8-4274-9450-E2BCE8F36DA2/0/oe_sgms.pdf (dl. 23.10.2013).

- Bödeker, W./Zelen, K. (2006): Frühindikatoren für Langzeit-Arbeitsunfähigkeit-Entwicklung eines Vorhersage-Instruments für die betriebliche Praxis. In: Badura, Bernhard/Schellschmidt, Henner/Vetter, Christian (Hrsg.)(2006): Fehlzeiten-Report 2006. Chronische Krankheiten. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Heidelberg: Springer Gabler Verlag. S. 187-246.
- Brandenburg, Uwe/Domschke, Jörg-Peter (2007): Die Zukunft sieht alt aus. Herausforderungen des demografischen Wandels für das Personalmanagement. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Bundessozialamt (2012): Jahresbericht fit2work 2012. Information für die Steuergruppe. URL: http://www.fit2work.at/cms/home/attachments/2/6/6/CH0080/CMS1339583320044/f2w_jahresbericht_2012.pdf (dl. 17.02.2014).
- Bundessozialamt (2013): Jahresbericht fit2work 2013. Information für die Steuergruppe. URL: http://www.fit2work.at/cms/home/attachments/2/6/6/CH0080/CMS1339583320044/f2w_jahresbericht_2013.pdf (dl. 04.05.2014)
- Büttler, Monika/Huguenin, Olivia/Teppa, Federica (2004): What Triggers Early Retirement? Results from Swiss Pension Funds. CEPR Discussion Paper 4394. London: Centre for Economic and Policy Research.
- Czeskleba, Renate/Keclik, Anna (2013): Eineinhalb Jahre fit2work – Angebot für Betriebe Gesunde Arbeitsplätze – Partnerschaft für Prävention; Abschlussveranstaltung am 29.10.2013. URL: <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/E7E3825E-7968-40E5-845F-8809DE582423/0/15Jahrefit2workBetriebsberatungTeilnahmein-verschiedenenBranchenundBundesl%C3%A4ndernundBundessozialamt.pdf> (dl. 17.02.2014).
- Deppe, Joachim (1990): Quality Circle und Lernstatt. Ein integrativer Ansatz. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- Dür, Wolfgang/Fürth, Kristina (2006): Grundlagen, Konzepte und Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus gesundheitssoziologischer Sicht. In: Meggeneder, Oskar; Hirtenlehner, Helmut (Hrsg.)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- ENWHP (2007): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Luxemburg. URL: http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rsdokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Deklaration_09-12.pdf (dl. 16.11.2013).

- European Commission (2012): The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member states (2010-2060). European Economy 2/2012. Brüssel: European Union. URL: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/-2012/pdf/ee-2012-2_en.pdf (dl. 17.02.2014).
- Europäische Kommission (2012): Empfehlung des Rates zur Nationalen Reformprogramm Österreich 2012. Brüssel. URL: http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/nd/csr2012_austria_de.pdf (dl. 17.02.2014).
- Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen (1997): Die Verhinderung von Absentismus am Arbeitsplatz. Zusammenfassender Bericht einer Forschungsstudie. Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften. URL: <http://www.google.at/url?sa=trct=j&q=&esrc=&source=web&cd=1&ved=0CCwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eurofound.europa.eu%2Fpubdocs%2F1997%2F15%2Fde%2F1%2Fef9715de.pdf&ei=db1WU63yBajG7AaTg4DIDw&usg=AFQjCNGyhqrcNGsYs-OPWv-6kc79ad-CUg&bvm=bv.65177938.d.bGE> (dl. 14.11.2013).
- Eurostat (2013): Healthcare expenditure by function, 2009 (% of current health expenditure) URL: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/File:Healthcare_expenditure_by_function_2009_%28%25_of_current_health_expenditure%29_YB2013-de.png (dl. 14.11.2013).
- Feldes, Werner (2009): Vom Fehlzeiten- zum Eingliederungsmanagement. Ablösestrategien für die Betriebsratspraxis. In: AiB 2009, Heft 4, S. 222-227.
- Funk, Anette (2011): Erosion im Arbeitsschutz – mit vertiefender Betrachtung der psychischen Belastungen. München: Rainer Hampp Verlag.
- Geißler-Gruber, Brigitta (2006): Arbeiten mit Leib und Seele!? Der Beitrag der Arbeitspsychologie für eine gesundheitsgerechte Arbeitswelt. In: Meggeneder, Oskar/ Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 113-134.
- Giesert, Marianne/Wendt-Danigel, Cornelia (2011): Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement. Düsseldorf: DGB Bundesverband. URL: http://www.boeckler.de/pdf/p_arbp_199.pdf (dl. 23.10.2013).

- Giesert, Marianne (2012): Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. Fördermöglichkeiten im ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: AiB - Arbeitsrecht im Betrieb 2012, Heft 5. S. 336-340.
- Glawischnig, Marlies (Hrsg.)(2012): Handbuch Arbeitsunfall, Prävention und Rechtsfolgen. Wien: Linde Verlag.
- Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (o.J.): Vorsorge: Rehabilitation. Wien. URL: http://www.hauptverband.at/portal27/portal/hvbportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=58298&p_tabid=3 (dl. 23.02.2014).
- Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger (2013): Statistisches Handbuch der österreichischen Sozialversicherung. Wien: Hauptverband der österr. Sozialversicherungsträger. URL: <http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/content/contentWindow?&contentid=10008.555197&action=b&cacheability=PAGE> (dl. 23.02.2014)
- Helmenstein, C./Hofmarcher, M./Kleissner, A./Riedel, M./Röhring, G./Schnabl, A. (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung. Endbericht. Wien: IHS. URL: http://www.sportministerium.at/files/doc/Studien/FitforBusiness_Endbericht1.pdf (dl. 15.11.2013).
- Heider, Alexander/Klösch, Johanna (2013): Wir brauchen gesunde Arbeit! In: Sichere Arbeit. Ausgabe 4-2013. Wien: AUVA. S. 35-37. URL: http://www.sicherearbeit.at/servlet/ContentServer?pagename=X04/Page/Index&n=X04_1.4.4 (dl. 15.11.2013).
- Hirtenlehner, Helmut/Pillwein, Walter (2006): Der ganzheitliche Ansatz der Betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel eines Modelprojekts in einer Papierfabrik. In: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 83-96.
- Hirtenlehner, Helmut/Sebinger, Sarah (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung für mittlere und größere Unternehmen. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich. In: Birgmann, Richard/Hirtenlehner, Helmut/Sebinger, Sarah (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung in Oberösterreich. Linz: Institut für Gesundheitsplanung. S. 2-59.
- Höldke, B. & Szych, L. (2006): Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ergebnisse und Perspektiven der Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung. In: Soziale Sicherheit 7/2006. S. 230-237.

- Huber, Peter (2010): Demographischer Wandel als Herausforderung für Österreich und seine Regionen. Teilbericht 2: Auswirkungen auf das Arbeitskräfteangebot und den Arbeitsmarkt. Wien: WIFO.
- Huber, Peter/Mayerhofer, Peter/Schönfelder, Stefan/Fritz, Oliver/Kunnert, Andrea /Pennerstorfer, Dieter (2010): Demographischer Wandel als Herausforderung für Österreich und seine Regionen. Teilbericht 5: Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen. Wien: WIFO.
- Hurrelmann, Klaus (2000): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Weinheim und München: Juventa.
- Jancik, Jürgen (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Kaminski, Martin (2013): Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Praxis. Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Kaiser, Harald/Flach, Thorsten/Greve, Jörn/Hetzel, Christian/Jochheim, Kurz-Alphons/Kersting, Manuela/Mozdzanowski, Matthias/Schian, Hans-Martin/Schüle, Klaus (2003): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Köln: IQPR. URL: <http://wp1067079.server-he.de/demowerkzeuge/wp-content/uploads/Kaiser-Betriebliches-Gesundheitsmanagement.pdf> (dl. 08.08.2013).
- Karazman, R. (2008). Human Work Index. Kompass für ein nachhaltig produktives Arbeitsleben. Wien: Österreichisches Produktivitäts- und Wirtschaftlichkeitszentrum.
- Kastner, Michael (2013): Ganzheitliches Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Strategische Bedeutung und Umsetzung im Rahmen des Personalmanagements. In: Stock-Hombur, R. (2013): Handbuch Strategisches Personalmanagement. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag. S. 522-551.
- Kegelreiter, Günter (2012): Arbeitnehmerschutz und Prävention. In: Glawischnig, Marlies (Hrsg.)(2012): Handbuch Arbeitsunfall, Prävention und Rechtsfolgen. Wien: Linde Verlag. S.15-52.

- Kiesewetter, Elfriede/Hirtenlehner, Helmut (2006): Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 57-72.
- Kohlbacher, Michael/Meggeneder, Oskar (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. In: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 17-36.
- Kuhn, Joseph (2003). Rückkehrgespräche statt Gesundheitszirkel – wohin steuert die betriebliche Gesundheitsförderung. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 2/2000. URL: www.gesundearbeit.info/uploads/docs/19.pdf (dl. 17.02.2014).
- Kuhn, K. (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung in Europa. Vortrag vom 11.05.95 beim Jour Fixe des Ludwig Boltzmann Institutes für Medizin- und Gesundheitssoziologie in Wien. URL: www.univie.ac.at/Ibimgs (dl. 18.02.2014).
- Kuhn, K. (2006): Arbeitsbedingte Einflüsse bei der Entstehung chronischer Krankheiten. In: Badura, Bernhard/Baase, Catherine M. (Hrsg.)(2006): Chronische Krankheiten. Fehlzeiten-Report 2006. Berlin: Springer Gabler Verlag. S. 25-43.
- Lange, Andrea/Szymanski, Hans/Berens, Tobias/Feldes, Werner/Nickel, Gerd/Magin, Johannes/Sobe, Manina (2011): Werkzeugkasten Eingliederungsmanagement - Gestaltung, Umsetzung und Transfer von Praxisinstrumenten zum Eingliederungsmanagement. Bochum: BIT e.V.
- Leoni, Thomas/Mahringer, Helmut (2009): Fehlzeitenreport 2008: Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: WIFO.
- Leoni, Thomas (2010): Fehlzeitenreport 2009, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: WIFO.
- Leoni, Thomas (2014): Fehlzeitenreport 2013, Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Wien: WIFO.
- Mayrhuber, Christine/Rocha-Akis, Silvia (2013): Anreizsysteme zur Weiterbeschäftigung älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Wien: WIFO.
- Mayrhuber, Christine/Tockner Lukas (2011): Biographien der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen vor dem Antritt von Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen. Wien: WIFO.

- Mayerhofer, Peter/Aigner, Birgit/Döring, Thomas (2010): Demographischer Wandel als Herausforderung für Österreich und seine Regionen. Teilbericht 1: Räumlich Charakteristika des demographischen Wandels – Bevölkerung und Erwerbspotential. Wien: WIFO.
- Meggeneder, Oskar (2005): Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe. Wien: Linde Verlag.
- Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Meggeneder, Oskar (2006): Aus dem Werkzeugkasten des Krankenstandsmanagements. In: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 231-260.
- Meggeneder, Oskar (2006): Das Linzer Gesundheitszirkelmodell. In: Meggeneder, Oskar/Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 191-212.
- Mehrhoff, F. (2006): Betriebliches Eingliederungsmanagement - Herausforderung für Unternehmen. In: Badura, Bernhard/Schnellschmidt, Henner/Vetter, Christian (2006)(Hrsg): Fehlzeiten-Report 2006. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Chronische Krankheiten. Betriebliche Strategien zur Gesundheitsförderung, Prävention und Wiedereingliederung. Heidelberg: Springer Gabler Verlag. S. 127-138.
- Molnar, Martina/Huber, Elsbeth/Friesenbichler, Herbert (2012): Evaluierung arbeitsbedingter psychischer (Fehl-)Belastungen. In AUVA 2012; Sichere Arbeit, Ausgabe 2-2012, Wien. S. 24-29. URL: http://www.auva.at/mediaDB/878990_Molnar_Ermittlung_-_Beurteilung.pdf (dl 04.10.2013).
- Nachreiner, F./Schultetus, W. (2002): Normung im Bereich der psychischen Belastung – die Normen der Reihe DIN EN ISO 10075, DIN Mitteilungen, 2002, 81(8), S. 519-533.
- Neumann, Thomas/Koch, Ursula (2013): Rehabilitation vor Pension. Konkreter gesetzlicher Auftrag oder gesetzlicher Grundsatz ohne Ausgestaltung. Soziale Sicherheit. Ausgabe 3/2013. Wien: PVA. S. 110-117.

- Nöhammer, E./Eitzinger, C./Schaffenrath-Resi, M./Stummer, H. (2009): Zielgruppenorientierung und Betriebliche Gesundheitsförderung - Angebotsgestaltung als Nutzungshemmnis Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Mitarbeiterperspektive. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2009; 4(1): S. 77-82.
- Nöstlinger, Walter (2006): Arbeitnehmerschutz. Handbuch. Wien: Manz.
- Nöstlinger, Walter (2013): ArbeitnehmerInnenschutz. Handbuch. 2. Auflage. Wien: Manz.
- OECD (2012a): Mental Health and work project, Mission to Austria, 3-9 September 2012, Summary of initial impressions by Christopher Prinz and Niklas Baer, September 2012.
- Operschall, Christian (2012): fit2work. Ein Beratungsangebot für berufliche Sekundärprävention. In: Soziale Sicherheit 1/2012. Wien. S. 8-13.
- Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (2001): Betriebliche Gesundheitsförderung. Handbuch. Linz: Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung.
- Oesterreich, Rainer (2001): Das Belastungs-Beanspruchungskonzept im Vergleich mit arbeitspsychologischen Konzepten. Wissenschaftlicher Aufsatz. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, (55) 2001/3. München: GRIN Verlag GmbH. S. 162-178.
- Pfaff, Holger/Slesina, Wolfgang (Hrsg)(2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim und München: Juventa.
- Pfaff, Holger (2001): Evaluation und Qualitätssicherung des betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Pfaff, Holger/Slesina, Wolfgang (Hrsg)(2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim und München: Juventa. S. 27-49.
- Pfaff, H./Kaiser, C./Krause, H. (2002). Krankenrückkehrgespräche: Zur Ambivalenz einer Sozialtechnologie. Gutachten für die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Köln: Abteilung Medizinische Soziologie des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität zu Köln.
- Pfeil, Walter/Prantner, Michael (Hrsg.)(2012): Das Risiko Arbeitsunfähigkeit in der Sozialversicherung. Wien: Manz Verlag.

- Prümper, Jochen/Hamann, Kerstin (2002): Gesundheitsgespräche im Wandel. Vom sanktionierenden Krankenrückkehrgespräch zum partnerzentrierten Arbeitsfähigkeitsdialog. In: Zeitschrift für Personalführung 9/2012. Fachbeiträge. S. 30-37.
- PVA (2014): Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension. Wien.
URL: <http://www.pensionsversicherung.at/portal27/portal/pvportal/content/contentWindow?&contentid=10008.577845&action=b&cacheability=PAGE> (dl. 14.01.2014).
- Raab, Roman (2011): Financial incentives in the Austrian PAYG-pension system: micro-estimation. In: Empirica, Ausgabe 38/2. S. 231-257.
- Reusch, Hannah (2012): Wiederherstellung, Erhalt und Förderung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit langzeiterkrankter Beschäftigter – eine Analyse für Deutschland mit möglicher Übertragung auf Österreich. Masterarbeit.
- Richter, Peter (2002). Belastung und Belastungsbewältigung in der modernen Arbeitswelt. Flexibilisierung und Intensivierung der Arbeit – Konsequenzen für einen Wandel der psychischen Belastungen. In: Schumacher, J./Reschke, K./Schröder, H. (Hrsg.): Mensch unter Belastung. Erkenntnisfortschritte und Anwendungsperspektiven der Stressforschung. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften. S. 44-65.
- Richter, Peter/Rau, Renate/Mühlpfordt, Susann (Hrsg)(2007): Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld. Lengrich: Pabst Science Publishers.
- Rimann, M./ Udris, I. (1997): Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In: Strohm, O./Ulich, E.: Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten: ein Mehr-Ebenen Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation. Zürich: vdf Hochschulverlag. S. 281-298.
- Rohmert, W./Rutenfranz, J. (1975). Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.
- Rom, Daniela (2013): Wirtschaft wünscht sich Teil-Krankenstand. In: derStandard.at.
URL: <http://derstandard.at/1360681527433/WKO-wuenscht-sich-Teil-Arbeitsunfaehigkeit> (dl. 25.04.2014).
- Ropin, Klaus (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht des Fonds Gesundes Österreich. In: Meggeneder, Oskar; Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 73-83.

- Scharinger, Christian (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Wege zur salutogenen Organisation. In: Meggeneder, Oskar; Hirtenlehner, Helmut (Hrsg)(2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 135-154.
- Scharinger, Christian (2009): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. 4. Auflage. Linz.
- Sepp, Renate/Osterkorn, Maria/Stadlmayr, Martina (2009): Trends, internationale Entwicklungen und künftige Herausforderungen in der beruflichen Rehabilitation. Eine Studie in Auftrag der BBRZ Reha GmbH. Endbericht. Linz: IBE (Institut für Berufs- und Erwachsenenbildungsforschung).
- Shaw, William S./Pransky, Glenn/Fitzgerald, Terence E. (2001): Early Prognosis for Low Back Disability: Intervention Strategies for Health Care Providers. *Disability and Rehabilitation*, 23(18). S. 815-828.
- Skrıbbekk, Vegard (2003): Age and Individual Productivity: A Literature Survey, Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Working Paper 28. URL: [http://storage-globalcitizen.net/data/topic/knowledge/uploads/2012020311454705.pdf](http://storage.globalcitizen.net/data/topic/knowledge/uploads/2012020311454705.pdf) (dl. 29.04.2014).
- Slesina, W. (2001). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In Pfaff, H./Slesina, W. (Hrsg.): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Weinheim: Juventa. S. 75-95.
- Statistik Austria (2012): Arbeitsunfälle. Wien. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/unfaelle/arbeitsunfaelle/index.html (dl. 04.10.2013).
- Statistik Austria (2013): Ergebnisse im Überblick: Krankenstandsfälle. Wien. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/krankenstandstage/index.html (dl. 07.02.2014).
- Statistik Austria (2014): Erwerbspersonen 2012 bis 2050 nach Bundesländern. Wien. URL: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognose_n/erwerbsprognosen/index.html (dl. 04.05.2014).
- Stummer, Harald/Nöhammer, E./Brauchle, G./Schusterschitz, C. (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich - Der Ist-Zustand ein Viertel Jahrhundert nach Ottawa. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2011; 6(1): S. 75-80.

- Stummer, Harald/Nöhammer, E./Schaffenrath-Resi, M./Eitzinger, C. (2008): Interne Kommunikation und Betriebliche Gesundheitsförderung - Informationshemmnisse bei der Umsetzung von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Mitarbeiterperspektive. In: Prävention und Gesundheitsförderung 2008; 4(3): S. 235-240.
- Stummer, Harald/Innreiter-Moser, Cäcilia/Moldasch, Karoline/Schaffenrath-Resi, Martina/Eitzinger, Claudia (2008): Partizipatives Gesundheitslernen in Organisationen. Erschienen in: Gruppendynamik und Organisationsberatung 2008; 39(3): S. 351-365.
- Theurl, Engelbert (2012): Volkswirtschaftliche und sozialpolitische Auswirkungen der Arbeitsunfähigkeit. In: Pfeil, Walter/Prantner, Michael (Hrsg.)(2012): Das Risiko Arbeitsunfähigkeit in der Sozialversicherung. Wien: Manz Verlag. S. 1-27.
- Ulich, Eberhard (2001): Arbeitspsychologie. 5. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Zürich: Verlag C. E. Poeschel.
- Ulich, Eberhard/Wülser, Marc (2012): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.
- Vogt, Marion/Elsigan, Gerhard (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich (Wissen 2). Wien: GÖG/FGÖ, Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich.
- Weinreich, Ingo/Weigl, Christian (2002): Gesundheitsmanagement erfolgreich umsetzen. Neuwied/Kriftel: Luchterhand.
- Weihlerl, Philipp/Emmermacher, André/Kemter, Petra (2007): Gesundheitsmanagement, Präsentismus und Core-Self-Evaluations. In: Richter, Peter G./Rau, Renate/Mühlpfordt, Susann (Hrsg)(2007): Arbeit und Gesundheit. Zum aktuellen Stand in einem Forschungs- und Praxisfeld. Lengrich: Pabst Science Publishers. S. 305-323.
- Werding, Martin (2008): Ageing and productivity growth: are there macro-level cohort effects of human capital? CESiFo Working Paper No. 2207. URL: http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1088635 (dl. 29.04.2014).
- WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (dl. 01.08.2013).
- WKO (2014): Betriebe und Beschäftigte nach Größenstufen. Wien. URL: <http://wko.at/statistik/jahrbuch/am-beschBGr.pdf> (dl. 14.01.2014).

Wieland, Rainer/Scherrer, Karin/Hammes, Mike/Latocha, Kathrin (2008). Fragebogen zur Gesundheitskompetenzerwartung (GKF). Wuppertaler Beiträge zur Arbeits- und Organisationspsychologie, Heft 1, 2008.

Zimolong, B. (2001). Management des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die erfolgreichen Strategien der Unternehmen. Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.