



Implementierung von gesundheitsförderlichen Strukturen in Unternehmen: Ein Scoping Review

Lea Vontobel



Departement: Gesundheit

Institut für Public Health

Studienjahr: 2020

Eingereicht am: 05. Mai 2023

Begleitende Lehrperson: Dr. Alice Inauen

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

*«Es ist nicht die Frage, ob wir uns betriebliche Gesundheitsförderung leisten können.
Sondern vielmehr die Frage, ob wir es uns leisten können, kein betriebliches
Gesundheitsmanagement zu haben»*

– Prof. Dr. Bernhard Badura

Abstract

Einleitung: Arbeitnehmende verbringen mehr Zeit am Arbeitsplatz als in jedem anderen Setting. Die Einflussnahme auf die Gesundheit am Arbeitsplatz ist dementsprechend gross. Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) eignet sich als Instrument für Unternehmen, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu beeinflussen.

Fragestellungen: Welche Voraussetzungen ermöglichen eine erfolgreiche Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement? Welche verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement haben sich bewährt?

Methode: Das Design dieser Arbeit ist ein Scoping-Review. Die Suchrecherche in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed ergab 448 Ergebnisse. Nach Ausschluss der Duplikate und nicht eingeschlossenen Studien, wurden 10 Studien für diese Arbeit eingeschlossen. Zusätzlich erwiesen sich drei Projekte des Fonds Gesundes Österreich als geeignet für diese Arbeit. Die Suche wurde in einem PRISMA-Diagramm dargestellt.

Ergebnisse: Die Unternehmensstrategie, aktive Beteiligung der Führungskräfte, Einbezug der Mitarbeitenden, finanziellen Ressourcen und Personalressourcen erwiesen sich als wichtige Voraussetzungen für verhältnisorientierte Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Bewährte verhältnisorientierte Massnahmen sind folgende: Kontaktaufnahme, Einbezug der Mitarbeiter und Gestaltung des Arbeitsplatzes.

Schlussfolgerung: Für ein erfolgreiches BGM braucht es die Beteiligung von Mitarbeitenden und Führungspersonen gleichermaßen.

Keywords: Arbeitnehmende, verhältnisorientierte Massnahmen, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Voraussetzungen, Unternehmen

[Redacted text block]

Literaturverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	1
1 Einleitung	2
1.1 Ausgangslage.....	2
1.2 Relevanz und Eingrenzung des Themas.....	3
1.2.1 Relevanz des Themas für die Gesundheitsförderung & Prävention.....	3
1.2.2 Eingrenzung des Themas	4
1.3 Zielsetzung und Fragestellungen	4
1.4 Inhalt und Struktur der Bachelorarbeit.....	5
2 Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Salutogenese & Kohärenzgefühl	6
2.2 Settingorientierte Gesundheitsförderung	7
2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement	7
2.4 Massnahmen im BGM	9
2.4.1 Verhältnis- & verhaltensorientierte Massnahmen.....	11
2.4.2 Kommunikation als Massnahmen	12
2.4.3 Die Rolle der Führungspersonen	13
2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung	13
3 Methode	14
3.1 Scoping Review als Methode	14
3.2 Ein- & Ausschlusskriterien.....	15
3.3 Begründung Wahl der Datenbanken	17
3.4 Entwicklung des Suchstrings.....	17
3.5 Auswahl Literatur.....	18
4 Ergebnisse	20
4.1 Überblick der Ergebnisse	21

4.2	Ergebnisse in Bezug auf Voraussetzungen für verhältnisorientierte Massnahmen	22
4.3	Ergebnisse in Bezug auf verhältnisorientierte Massnahmen, die sich bewährt haben	25
4.4	Weitere Ergebnisse	26
4.4.1	Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden.....	26
4.4.2	Mitarbeitenden als Faktor	27
4.4.3	Kommunikation	27
5	Diskussion.....	28
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	28
5.2	Interpretation der Ergebnisse	29
5.3	Beantwortung der Fragestellungen.....	34
5.3.1	Welche Voraussetzungen ermöglichen eine erfolgreiche Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement?	34
5.3.2	Welche verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement haben sich bewährt?	35
5.4	Limitationen	36
6	Schlussfolgerungen	38
6.1	Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Empfehlungen für die Praxis	38
6.2	Ausblick.....	39
	Literaturverzeichnis	41
	Abbildungsverzeichnis.....	49
	Tabellenverzeichnis.....	49
	Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl	50
	Anhang.....	51
	Anhang A: Suchbegriffe & Begründung für Ausschluss	51
	Anhang B: Suchstring	52

Anhang C: Extraktionstabelle..... 54

Abkürzungsverzeichnis

BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Es gibt verschiedene Faktoren, welche einen Einfluss auf die Gesundheit eines Individuums haben. Dahlgren & Whitehead (1991) bezeichnen diese als Gesundheitsdeterminanten (Dahlgren & Whitehead, 1991). Die Arbeit spielt dabei eine zentrale Rolle, denn durchschnittlich verbringen Menschen ein Drittel des Tages bei der Arbeit, was den Arbeitsplatz zu einem wichtigen Ort für die Einflussnahme auf die Gesundheit macht (World Economic Forum, 2007). Im Jahr 2021 waren in der Schweiz 67,4% der Bevölkerung ab 15 Jahren erwerbsbeteiligt (Bundesamt für Statistik, 2022). Arbeitnehmende verbringen mehr Zeit am Arbeitsplatz als in jedem anderen Setting (siehe Kapitel 2.1) (Badura et al., 2013), wodurch die Arbeit und Gesundheit stark miteinander verknüpft sind (Dragano, 2016). Die Gesundheit der Mitarbeitenden ist nicht nur aus Sicht der Arbeitnehmenden ein spannendes Thema, sondern auch für die Arbeitgebenden selbst. Wenn ein Unternehmen längerfristig erfolgreich sein möchte, muss es aus wirtschaftlicher Sicht profitabel sein. Um das zu erreichen, braucht es Investitionen in die Gesundheit der Mitarbeitenden (Badura et al., 2013). Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ist das Instrument für Unternehmen, um die Gesundheit der Mitarbeitenden zu beeinflussen (Faller, 2017). BGM steht für die systematische Überprüfung und Optimierung von gesundheitsrelevanten Faktoren in bestehenden betrieblichen Strukturen und Prozessen. Dadurch werden Voraussetzungen für die Gesundheit der Mitarbeitenden geschaffen, welche zum Unternehmenserfolg beitragen. Der Einbezug aller Personengruppen eines Unternehmens und die Integration des BGMs im Management bilden eine wichtige Grundlage und spiegeln sich in der Kultur wider (Bauer & Jenny, 2015; Füllemann et al., 2017). Ein systematisches BGM zeichnet sich durch eine überlegte und strukturierte Vorgehensweise aus, die sich an vorgängig gesetzten Kriterien orientiert (Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien, 2017; Kolip et al., 2019). In der Schweiz setzen immer mehr Unternehmen auf das BGM (Füllemann et al., 2021). Die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) monitort die Verbreitung von BGM in der Schweiz. In der Publikation von 2021 wurde beschrieben, dass bei der Verbreitung

ein leichter Anstieg im Vergleich von 2016 zu 2020 zu verzeichnen war. In der Schweiz setzten 75% aller Unternehmen BGM-Massnahmen um, jedoch nur 26% davon systematisch. Weiter zeigt das Monitoring auf, dass sich in den kommenden Jahren Betriebe vermehrt für ein systematisches BGM einsetzen möchten (Füllemann et al., 2021).

1.2 Relevanz und Eingrenzung des Themas

1.2.1 Relevanz des Themas für die Gesundheitsförderung & Prävention

Die Ottawa-Charta von 1986 dient als Grundlegendokument für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention. Ein Teil der Charta bezieht sich auf die Schaffung von gesundheitsförderlichen Lebenswelten. Dazu gehört auch die Arbeitswelt, wobei die Arbeitsbedingungen im Zusammenspiel mit allgemeinen Lebens- und Freizeitbedingungen eine wichtige Rolle für die Gesundheit spielen und Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein sollen (WHO, 1986). Gemäss Ducki (2000) ist diesbezüglich wichtig, dass die Kompetenzen der Mitarbeitenden erweitert und sie befähigt werden sollen, im Arbeitssetting eigenständig auf ihre Gesundheit zu achten. Diese Voraussetzungen beeinflussen die Massnahmen, die im Rahmen des BGMs umgesetzt werden. Die Massnahmen betreffen einerseits die Arbeitsverhältnisse, andererseits sollen diese auch die Verhaltensänderung bei den Mitarbeitenden selbst unterstützen. Jedoch sollten sich die Interventionen nicht nur auf verhaltensändernde Aspekte beziehen, was in der Praxis allerdings oft der Fall ist (Ducki, 2000). Diese Aussage zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wird auch von Badura et al. (2013) gestützt. Oft wird die Verantwortung durch Angebote zur Bewegung, Ernährung oder Stressbewältigung an die Mitarbeitenden selbst abgegeben, während Arbeits- und Organisationsbedingungen häufig unberührt bleiben (Badura et al., 2013).

Die gesundheitlichen Folgen verschiedener Belastungen wie Zeitdruck, Konflikte oder Überforderung durch die Arbeit zeigen ebenfalls die Relevanz des Themas. Ein Ungleichgewicht von Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz kann zu Stress führen, was eine grosse Herausforderung darstellt (Galliker et al., 2022). In der Schweiz leidet ungefähr jede vierte Person an Stress. Allein dadurch entstehen für

Arbeitgebende jedes Jahr Kosten in der Höhe von rund 6.5 Milliarden Franken (Galliker et al., 2022).

Die Ansätze der Ottawa-Charta zum Bereich Arbeit als Lebenswelt werden von der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung gestützt. Diese Deklaration hat zum Ziel, die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als Unternehmensstrategie zu stärken und somit die Gesundheit und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Dazu wurden die folgenden vier Leitlinien formuliert:

- Partizipation: Einbezug aller Mitarbeitenden
- Integration: BGF muss bei allen bedeutenden Entscheidungen und in allen Bereichen eines Unternehmens berücksichtigt werden
- Projektmanagement: Massnahmen und Programme müssen systematisch umgesetzt werden
- Ganzheitlichkeit: BGF vereint Massnahmen, die auf Verhaltens- und Verhältnisänderungen abzielen. Dabei werden sowohl Risikofaktoren reduziert als auch Schutzfaktoren und Gesundheitspotenziale gestärkt (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997).

Es ist von hohem Stellenwert, dass die Gesundheitsförder:innen sich in ihrem beruflichen Handeln auf die Grundsätze der Ottawa Charta und der Luxemburger Deklaration stützen (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997; WHO, 1986).

1.2.2 Eingrenzung des Themas

Das Thema BGM ist sehr umfassend und schliesst viele Aspekte mit ein, weshalb das Thema dieser Bachelorarbeit eingegrenzt werden muss. Die Bachelorarbeit wird sich überwiegend mit den verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Setting beschäftigen. Diese Fokussierung erfolgt daher, weil verhältnisorientierte Massnahmen im Vergleich zu verhaltensorientierten Massnahmen in Unternehmen noch nicht so stark verbreitet sind (Badura et al., 2013; Ducki, 2000).

1.3 Zielsetzung und Fragestellungen

Mit dieser Bachelorarbeit soll aufgezeigt werden, welche Voraussetzungen ein Unternehmen erfüllen sollte, um erfolgreich verhältnisorientierte Massnahmen im

Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement umzusetzen. Weiter soll eine Übersicht der bewährten verhältnisorientierten Massnahmen gegeben und allgemeingültige Empfehlungen für die Praxis aus den Ergebnissen abgeleitet werden.

Die Forschungsfragen sind auf den Zielen aufbauend formuliert:

- Welche Voraussetzungen ermöglichen eine erfolgreiche Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement?
- Welche verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement haben sich bewährt?

1.4 Inhalt und Struktur der Bachelorarbeit

Im nachfolgenden Kapitel «Theoretischer Hintergrund» werden die relevanten Begriffe und Modelle im Bereich betriebliches Gesundheitsmanagement diskutiert. Im Kapitel 3 «Methode» wird das methodische Vorgehen der Bachelorarbeit aufgezeigt. Dies beinhaltet die Beschreibung der Schritte eines Scoping Reviews, die Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursuche, die Begründung der Datenbankauswahl, sowie den Prozess für die Bildung des Suchstrings. Im anschliessenden Kapitel 4 werden die Ergebnisse der Literatursuche dargelegt. Im 5. Kapitel «Diskussion» werden die Ergebnisse zusammengefasst und interpretiert, sowie die beiden Fragestellungen beantwortet. Ebenfalls in diesem Kapitel werden die Limitationen dieser Arbeit identifiziert. Im letzten Kapitel «Schlussfolgerungen» wird auf das Fazit der vorliegenden Arbeit eingegangen und Empfehlungen für die Praxis erläutert. Der Anhang enthält die Dokumentation der Literaturrecherche und die Extraktionstabelle.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden zentrale Begrifflichkeiten sowie Modelle gemeinsam und miteinander verknüpft.

2.1 Salutogenese & Kohärenzgefühl

Lange wurde darauf fokussiert, herauszufinden, was Menschen krank macht und wie Krankheiten behandelt werden können (Pathogenese). Aron Antonovsky führte 1979 das Modell der Salutogenese ein. Dieses Modell beschreibt das Konzept der Gesundheit umfassend und baut auf den Fragen auf, was haltet Menschen trotz Risiken und Stressoren gesund und wodurch entsteht Gesundheit? Dabei wird der Mensch nicht einem einzelnen Zustand (Gesund oder Krank) zugeordnet, die Gesundheit wird als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum betrachtet. Dem Modell nach ist ein Mensch nie nur krank oder nur gesund, es sind immer beide Teile vorhanden (Antonovsky, 1997; Faltermaier, 2018). Im Modell der Salutogenese wird dem Kohärenzgefühl eine wesentliche Rolle in der Vermittlung zwischen den allgemeinen Widerstandsressourcen und den Bewältigungsstrategien zugeschrieben (Antonovsky, 1997). Gemäss Antonovsky (1997), ist das Kohärenzgefühl der Hauptgrund dafür, wo sich ein Mensch auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum befindet. Das Kohärenzgefühl besteht aus drei zusammenhängenden Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und dem Gefühl der Sinnhaftigkeit (Antonovsky, 1997). Mit Verstehbarkeit ist gemeint, ob das eigene Leben als strukturiert, erklärbar und konsistent eingestuft wird. Handhabbarkeit steht für das Vorhandensein geeigneter Ressourcen, um den Anforderungen zu begegnen. Als dritte Komponente des Modells bezieht sich die Sinnhaftigkeit darauf, ob ein Mensch es als lohnend erachtet, Energie in die auf ihn zukommenden Anforderungen zu investieren (Faltermaier, 2020). Menschen, die ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl besitzen, können besser mit den Herausforderungen des Lebens umgehen. Sie sind in der Lage, ihre vorhandenen Ressourcen der Situation entsprechend abzurufen und die verfügbaren Ressourcen optimal zu nutzen (Faltermaier, 2018). Die Gesundheitsförderung und Prävention orientiert sich stark an der Salutogenese und der damit verbundenen Ressourcenorientierung (Faltermaier, 2018). Neben der Verwendung für Gesundheitsförderung auf individueller Ebene findet das Konzept

der Salutogenese auch Anwendung in der Gestaltung von sozialen Systemen. Die drei Dimensionen des Kohärenzgefühls, Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit, sind von besonderer Bedeutung, da sie wesentliche Impulse für die Gestaltung von gesundheitsförderlichen Organisationen, Arbeitsplätzen und Beziehungen liefern (Badura et al., 2013).

2.2 Settingorientierte Gesundheitsförderung

Ein Setting ist ein sozialräumlich abgrenzbares System, beispielsweise ein Unternehmen, eine Schule oder Familie (Kolip et al., 2019). Dabei setzt die settingorientierte Gesundheitsförderung an den organisatorischen und umweltbedingten Rahmenbedingungen an, die in Zusammenspiel mit persönlichen Faktoren, die Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen beeinflussen (WHO, 1986). Im Kontext des BGMs bedeutet dies, bei Veränderungen sollte die Ebene der Organisation, das Management, sowie einzelne Teams in den Prozess miteinbezogen werden. Ergänzend dazu kann auch auf die individuelle Ebene eingegangen werden, um beispielsweise passende Ziele für die einzelnen Mitarbeitenden im Bereich Kompetenzstärkung zu vereinbaren (Kolip et al., 2019).

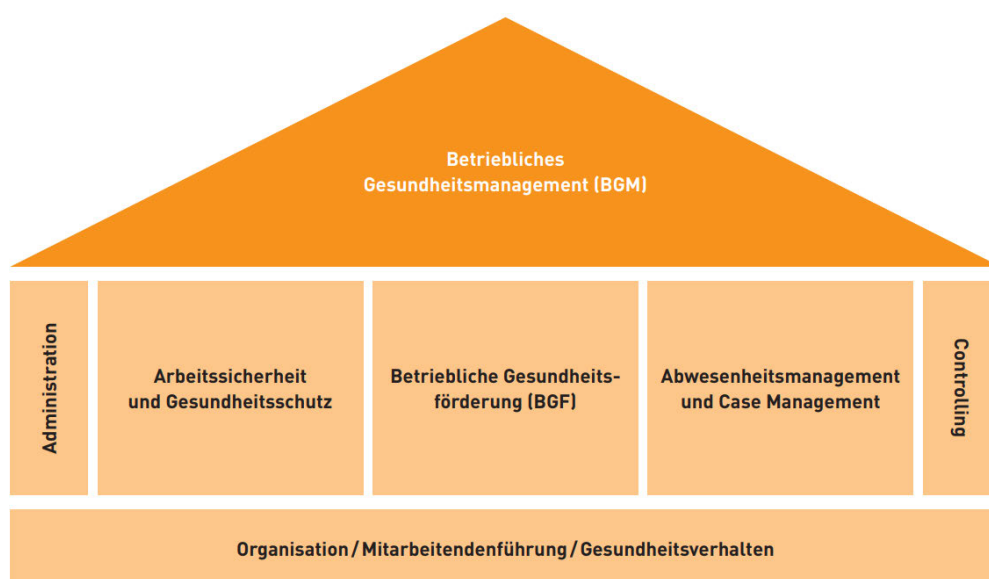
2.3 Betriebliches Gesundheitsmanagement

Der Arbeitsort gilt im Bereich Gesundheit als wichtiges Setting (World Economic Forum, 2007). Unternehmen, die gute Voraussetzungen für die Gesundheit schaffen möchten, erkennen das BGM als wichtiges Instrument dafür an. BGM hat vorrangig das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeitenden im Fokus. Eine gute Gesundheit und Zufriedenheit beeinflussen die Motivation und Leistungsfähigkeit. Diese vier Faktoren haben einen positiven Einfluss auf die Qualität und Produktivität eines Unternehmens (Badura, 2002). Was wiederum den Geschäftserfolg positiv beeinflusst (Badura et al., 2013). Kuhn und Gensch (2009) beschreiben dies in ihrer Arbeit zusammengefasst so: gesunde Unternehmen mit gesunden Mitarbeitenden sind effiziente Unternehmen. Eine Investition in die Mitarbeitenden ist auch eine Investition in die Wettbewerbsfähigkeit (Kuhn & Gensch, 2009). Ein Unternehmen, das den eigenen Mitarbeitenden und ihrer Gesundheit einen hohen Stellenwert zu kommen lässt, steigert so nebenbei auch die Attraktivität als Arbeitgeber:in, insbesondere bei jüngeren Generationen (Badura, 2002).

Unter dem Begriff BGM vereinen sich verschiedene Tätigkeitsfelder. Gemäss GFCH sind das drei Felder, welche die Hauptpfeiler, des BGM-Hauses bilden (siehe Abbildung 1). Basierend auf verschiedenen gesetzlich geforderten Präventionsmassnahmen setzt sich das erste Tätigkeitsfeld aus der Arbeitssicherheit und dem Gesundheitsschutz zusammen. Unter Arbeitssicherheit werden alle Massnahmen vereint, die zur Vermeidung von Unfällen und Berufskrankheiten führen. Die Prävention von anderen beruflichen Leiden, die nicht unter den Begriff Unfall oder Berufskrankheit fallen, ist die Aufgabe des Gesundheitsschutzes. Die zweite Säule des Hauses steht für die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Diese hat zum Ziel, Belastungen zu reduzieren und die Ressourcen zu stärken, indem sowohl das Verhalten der Arbeitnehmer als auch die Rahmenbedingungen geändert werden (siehe Kapitel 2.5). Das dritte Tätigkeitsfeld bildet das Abwesenheits- und Case Management. Darunter fällt der systematische Umgang mit Absenzen, sowie die Begleitung des Wiedereinstiegs in den Arbeitsalltag nach einer längeren krankheitsbedingten Abwesenheit. Die genannten Disziplinen bilden die drei Hauptsäulen des BGMs. Diese werden durch die Säulen Administration und Controlling, im Sinne von Steuerung und Überprüfung der Aktivitäten, ergänzt (Blum-Rüegg, 2018).

Abbildung 1

Dimensionen des BGMs



Anmerkung: Die Abbildung stammt aus Blum-Rüegg, 2018

Die Darstellung der Dimensionen des BGMs nach GFCH werden durch weitere Autor:innen wie Barth (2018) und Halbe-Haenschke & Reck-Hog (2017) gestützt. Ergänzend zu den Säulen sind sich alle Autor:innen einig, dass die Einfügung des BGMs in Management- und Organisationsprozesse die Basis bildet (Barth, 2018; Blum-Rüegg, 2018; Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Es liess sich ein Unterschied durch die verschiedenen Autor:innen im Hinblick auf die gesetzlichen Bestimmungen erkennen. In der Schweiz ist nur die erste Säule, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, für die Unternehmen obligatorisch und gesetzlich vorgesehen (Blum-Rüegg, 2018). In Deutschland beispielsweise, ist die dritte Säule, Abwesenheitsmanagement und Case Management, auch betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) genannt, ebenfalls im Arbeitsschutzgesetz geregelt (Barth, 2018; Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Die beschriebenen Dimensionen des BGMs sind mit umfassenden Massnahmenfeldern, auf die im nachfolgenden Kapitel eingegangen wird, verbunden.

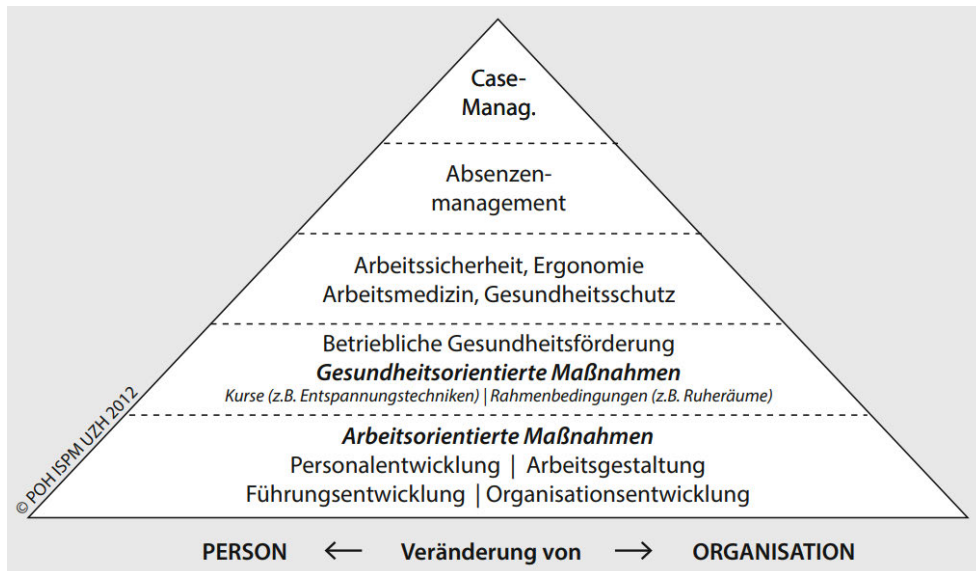
2.4 Massnahmen im BGM

In der Gesundheitsförderung und Prävention wird zwischen den Präventionsansätzen Verhalten und Verhältnisse unterschieden. Verhaltensorientierte Massnahmen setzen auf Ebene des Individuums an, wohingegen verhältnisorientierte Massnahmen die Umweltbedingungen beeinflussen, welche die Entstehung von Krankheiten begünstigen können (Leppin, 2018). Diese beiden Ansätze sind ebenfalls Teil des BGMs. Gemäss Bauer & Jenny (2015) hat es sich in der Beratungsarbeit bewährt, ergänzend dazu die Massnahmen in gesundheitsorientierte und arbeitsorientierte zu unterteilen. Die untenstehende BGM-Pyramide (Abbildung 2) verdeutlicht die Einordnung der Massnahmen. Die Reihenfolge orientiert sich dabei an der Erreichbarkeit der Mitarbeitenden. Beispielsweise können mit der untersten Stufe, arbeitsorientierte Massnahmen, am meisten Mitarbeitende erreicht werden, da diese Massnahmen sich überwiegend auf die Strukturen in einem Unternehmen beziehen. Beispiele für Massnahmen auf dieser Stufe sind: Personal- und Führungsentwicklung und verhältnisorientierte Massnahmen wie gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung. Die nächste Stufe, Gesundheitsorientierte Massnahmen

umfasst ebenfalls verhaltens- und verhältnisorientierte Massnahmen. Zu den verhaltensorientierten gehören beispielsweise Kursangebote zu den Themen Bewegung, Ernährung und Entspannung. Die verhältnisorientierten beinhalten Massnahmen wie rauchfreie Betriebe, gesundes Essensangebot oder Ruheräume. Die verhältnisorientierten Massnahmen auf dieser Stufe unterstützen das gesunde Verhalten. Auf Stufe der gesundheitsorientierten Massnahmen folgt das Level der Arbeitssicherheit, Ergonomie, Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz. Alle Massnahmen der ersten drei Stufen lassen sich der Primär- oder der Sekundärprävention zu ordnen (Bauer & Jenny, 2015). Primärpräventive Massnahmen richten sich an gesunde Mitarbeitende und verhindert, dass eine Krankheit überhaupt erst auftreten kann. Wird trotzdem eine Krankheit erkannt, wird verhindert, dass sich diese weiter ausbreiten kann, auch Sekundärprävention genannt. Tertiärprävention bildet die dritte Kategorie. Massnahmen in diesem Bereich richten sich an erkrankte Mitarbeitende und sollen die Krankheit abschwächen, weitere Schäden und zukünftige Erkrankungen verhindern (Leppin, 2018). In Zusammenhang mit dem BGM werden das Absenzenmanagement und das Casemanagement als tertiärpräventiv eingestuft. Zu den Massnahmen auf der Stufe Absenzenmanagement gehören das Monitoring von Absenkenzahlen, Auswertung der Absenzenstatistiken, sowie spezifische Interventionen bei häufigen Fehlzeiten. Beispiele für die Interventionen sind Rückkehrgespräche mit den Mitarbeitenden oder Schulungsmassnahmen für die Vorgesetzten. Die Spitze der Pyramide bildet das Casemanagement mit dem Umgang von Langzeitabwesenheiten und der Unterstützung bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz (Bauer & Jenny, 2015). Bei der Umsetzung der genannten BGM-Massnahmen gilt es zu beachten, dass diese häufig verschiedene Bereiche und Prozesse eines Unternehmens betreffen, wie Personalprozesse oder Arbeitssicherheit, und müssen gemeinsam mit der entsprechenden Abteilung besprochen und geplant werden (Blum-Rüegg, 2018).

Abbildung 2

BGM-Pyramide



Anmerkung: Die Abbildung stammt aus Bauer & Jenny, 2015

2.4.1 Verhältnis- & verhaltensorientierte Massnahmen

Wie im vorangehenden Kapitel beschrieben, können Massnahmen in der Gesundheitsförderung, somit auch im BGM, in zwei Ansätze unterteilt werden: verhaltens- und verhältnisorientiert. Die Abbildung 3 bietet eine Übersicht zu möglichen Massnahmen, aufgeteilt nach Verhalten und Verhältnissen (Bauer, 2008). Dabei gilt es zuerst die Verhältnisse am Arbeitsplatz zu optimieren, bevor man sich der Verhaltensprävention zuwendet. Ohne die Berücksichtigung und Verbesserung von belastenden Arbeitsbedingungen sind Massnahmen zur Förderung der Gesundheitskompetenz und gesundheitsbewusstem Verhalten ineffektiv (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Mit der Verbindung der beiden Ansätze wird ein ganzheitliche Herangehensweise zur Risikoreduktion durch den Ausbau von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen gefördert (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Nachfolgend sind die wichtigsten Eckpunkte der beiden Ansätze nochmals aufgeführt.

Verhältnisse: Mit Verhältnisorientierung ist die Schaffung von gesundheitsförderlichen Strukturen gemeint (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017). Interventionen die auf dieser Ebene haben die grösste Reichweite in einem

Unternehmen und weisen das grösste Veränderungspotenzial aus (Blum-Rüegg, 2018).

Verhalten: Die Verhaltensprävention zielt darauf ab, gesundheitsgefährdendes Verhalten der Mitarbeitenden zu minimieren und ihre Gesundheitskompetenz zu stärken, sowie gesundheitsgerechtes Handeln zu fördern (Halbe-Haenschke & Reck-Hog, 2017).

Abbildung 3

Ansatzpunkte und Massnahmenfelder des BGMs

	Verhalten (kompetente Person)	Verhältnisse (gesunde Organisation)
Allgemeine gesundheitsbezogene BGM-Massnahmen (direkt)	Kurse zu – Bewegung – Ernährung – Entspannung – Rauchen, Sucht – Bewältigungsverhalten	Rahmenbedingungen – betriebliches Fitnesscenter – gesundes Kantinenessen – Ruheräume – rauchfreies Unternehmen – Gesundheitsleitbild, Policies
Arbeitsbezogene BGM-Massnahmen (direkt/indirekt)	Personalentwicklung – Umgang mit Arbeitsplatz & Arbeitsmitteln – Führungsverhalten – Teamfähigkeit – berufliche Qualifikation – Arbeitsmarktfähigkeit	Personalführung, Personaleinsatz, Arbeitsgestaltung – Gestaltung Arbeitsplatz und Arbeitsmittel inkl. Arbeitssicherheit – Entscheidungsspielräume – Teamarbeit – Erweiterung Arbeitsaufgaben – Arbeitsplatzsicherheit

Anmerkung: Die Abbildung stammt aus Bauer, 2008

2.4.2 Kommunikation als Massnahmen

Die systematische Kommunikation in Form von internem Marketing ist ebenfalls Teil des systematischen BGMs. Konkret bedeutet dies, regelmässig über erreichte Meilensteine und Erfolge zu berichten und ein Ausblick auf Geplantes zu geben. Damit wird die Bekanntmachung des BGMs im Unternehmen gefördert und die Kommunikation wirkt sich positiv auf die Zielerreichung des BGMs aus. Weiter wirkt sich das interne Marketing positiv auf die Akzeptanz der Mitarbeitenden aus und bezieht sie in Prozesse mit ein. Mögliche Kommunikationskanäle wie das Intranet, informative Flyer oder Aktionstage zum Thema Gesundheit können dafür eingesetzt werden. Zudem bieten auch Plattformen wie Teambesprechungen oder allgemeine

Informationsanlässe die Möglichkeit, über das BGM zu sprechen (Badura et al., 2010).

2.4.3 Die Rolle der Führungspersonen

Ein entscheidender Faktor für den Erfolg eines BGMs ist das explizite und glaubwürdige Engagement der obersten Führungsebene. Es braucht ihre Anerkennung des BGMs als Führungsaufgabe, eine klare Verantwortungsübernahme und die nachhaltigen Verankerung in der Unternehmensstrategie (Badura et al., 2010). Führungspersonen sind Vorbilder, die durch die Achtung der eigenen Gesundheit gesundheitsförderlich führen und dadurch die eigenen Teams und die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden beeinflussen. (Blum-Rüegg, 2018; Struhs-Wehr, 2017). Führungspersonen nehmen eine zentrale Rolle ein, wenn es um die ressourcenorientierte Arbeitsgestaltung und -organisation und den damit verbundenen Einfluss auf die Gesundheit geht. Wenn sie Gestaltungs-, Handlungs- und Entscheidungsspielräume ermöglichen und klare Verantwortungen schaffen, wirkt sich dies ebenfalls positiv aus (Struhs-Wehr, 2017). Die Qualität der Beziehung zwischen Mitarbeitenden und ihren direkten Vorgesetzten ist eine nicht zu verachtende Einflussgrösse auf die Gesundheit. Was wiederum in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden, Motivation und der Arbeitsleistung der Mitarbeitenden steht (Badura et al., 2010).

2.5 Betriebliche Gesundheitsförderung

Häufig werden die Begriffe BGM und BGF als synonym betrachtet, beispielsweise in der Luxemburger Deklaration (siehe Kapitel 1.2.1), dies kann zu Missverständnissen führen (Barth, 2018). In der vorliegenden Arbeit wird vom Verständnis ausgegangen, dass die BGF Teil des BGMs ist (siehe Abbildung 1). BGF vereint Massnahmen, die auf Verhaltens- und Verhältnisänderungen abzielen. Dabei werden sowohl Risikofaktoren reduziert als auch Schutzfaktoren und Gesundheitspotenziale gestärkt (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997). Das Ziel der BGF ist, die Gesundheit der Mitarbeitenden zu erhalten und zu stärken (Struhs-Wehr, 2017). Hierbei können sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Massnahmen in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Entspannung und Suchtprävention eingesetzt werden (Barth, 2018).

3 Methode

Nachfolgend wird auf die Vorgehensweise und die methodischen Aspekte der Bachelorarbeit eingegangen, sowie begründet weshalb ein Scoping Review als Design ausgewählt wurde. Weiter werden die Ein- und Ausschlusskriterien dargelegt und die Durchführung der Recherche beschrieben.

3.1 Scoping Review als Methode

Zusammengefasst ist das Ziel dieser Arbeit, einen Überblick zur Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement zu erhalten. Um die daraus abgeleiteten Fragestellungen zu beantworten, wurde ein Scoping Review durchgeführt. Ein Scoping Review dient dazu, ein breites Themengebiet zu behandeln und erlaubt, im Gegensatz zu einer systematischen Literaturarbeit, verschiedene Studiendesigns zu berücksichtigen. Ein weiterer Unterschied ist, dass bei der systematischen Literaturrecherche die Qualität der Literatur beurteilt wird, was bei einem Scoping Review nicht der Fall ist (Arksey & O'Malley, 2005; von Elm et al., 2019). Die vorliegende Arbeit stützt sich bei der Vorgehensweise auf die Ansätze des Joanna Briggs Institute (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2015; The Joanna Briggs Institute, 2015; von Elm et al., 2019). Bei diesem Ansatz sind folgende Schritte Teil der Recherche:

1. Definition der Fragestellung
2. Identifizierung relevanter Studien
3. Auswahl der Studien
4. Darstellung der gesammelten Daten
5. Zusammenfassen der Ergebnisse

Entsprechend den Empfehlungen von von Elm et al.(2019) wurden basierend auf der Fragestellung folgende Elemente identifiziert: Zielgruppe (Studienpopulation), Konzept der Intervention und der sich auf die Fragestellung beziehende Kontext, darunter wird in dieser Arbeit das Setting verstanden. Die beschriebenen Elemente bilden die Grundlage für die Ein- und Ausschlusskriterien und werden nachfolgend beschrieben.

Studienpopulation: Dies bezieht sich auf die Zielgruppe und ist ein wesentliches Merkmal. Die Zielgruppe des Scoping Reviews sind Arbeitnehmende zwischen 18 und 60 Jahren. Alle Berufsfelder sind eingeschlossen, da ein Ziel dieses Scoping Review ist, allgemeingültige Empfehlungen für die Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen zu geben.

Konzept: Unter diesem Punkt wird das zu untersuchende Konzept beleuchtet. Ein wichtiger Bestandteil ist, dass dieses möglichst klar beschrieben ist, um die Literatur dadurch eingrenzen zu können. Die vorliegende Arbeit setzt sich mit den verhältnisorientierten Massnahmen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagement auseinander. Ein wichtiger Faktor dabei sind die Voraussetzungen, die ein Unternehmen erfüllen muss, damit verhältnisorientierte Massnahmen erfolgreich implementiert werden können.

Kontext: Der Kontext kann sich auf allgemein demografische, geschlechterspezifische oder settingspezifische Faktoren beziehen. Hier wird überwiegend auf das Setting Arbeitsplatz eingegangen. Dieses schliesst den Arbeitsort, respektive Unternehmen mit ein.

3.2 Ein- & Ausschlusskriterien

Die Literatursauswahl basierte auf den folgenden Kriterien. Die Literatur wurde eingeschlossen, wenn sie in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurde. Damit konnte gewährleistet werden, dass die Autorin den Inhalt verstand und für die Arbeit verwenden konnte. Die Studien mussten in einem europäischen Land, in Australien, in den USA oder in Kanada durchgeführt und veröffentlicht worden sein. Die Lebensstandards in diesen Ländern sind denjenigen in der Schweiz ähnlich und erlauben einen Übertrag der Ergebnisse. Das Veröffentlichungsdatum hatte im Jahr 2000 oder später zu sein, damit die Aktualität gewährleistet werden konnte. Weiter war das Alter der Zielgruppe/Studienpopulation ein wichtiger Faktor. Ihr Alter lag zwischen 18 und 60 Jahren, sie waren somit bereits im Arbeitsleben angekommen und befanden sich noch nicht in der Vorpensionierungsphase. Das wichtigste Einschlusskriterium basierte auf dem Konzept. Die Literatur wurde eingeschlossen, wenn sie verhältnisorientierte BGM-Massnahmen, eine Kombination aus verhaltens-

und verhältnisorientierten Massnahmen oder das systematische BGM allgemein beschrieb. Es wurde nur Literatur eingeschlossen, die sich auf das Setting Unternehmen/Arbeitsplatz bezog.

Die Literatur wurde ausgeschlossen, wenn sich die Inhalte auf Kinder, Jugendliche oder ältere Menschen bezogen. Ebenfalls zum Ausschluss führte, wenn einzig verhaltensorientierte Massnahmen beschrieben wurden, der Inhalt in Zusammenhang mit Gesundheitsbetreuung stand, chronische Krankheiten bereits bestanden, die Hauptthemen der Mutterschaftsurlaub oder Outplacements waren, sich die beschriebenen Interventionen nur auf eine Gruppe, beispielsweise nur auf Frauen bezogen, das Hauptthema Mobbing oder Gewalt am Arbeitsplatz war. Obwohl dies alles auch Themen sind, die einen Einfluss auf die Gesundheit am Arbeitsplatz haben, wurden sie ausgeschlossen, da diese nicht zur Beantwortung der Fragestellung beigetragen hätten. Weiter wurde auch Literatur ausgeschlossen, wenn der Volltext nicht oder nicht kostenlos verfügbar war. Eine Übersicht der Ein- und Ausschlusskriterien bietet die nachfolgende Tabelle.

Tabelle 1

Ein- & Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche

	Einschluss	Ausschluss
Sprache	<ul style="list-style-type: none"> • Deutsch, Englisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere Sprachen als Deutsch und Englisch
Länder	<ul style="list-style-type: none"> • Europa, Australien, USA, Kanada 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere Länder als Australien, USA, Kanada, europäische Länder
Erscheinungs-Jahr Studien	<ul style="list-style-type: none"> • Veröffentlicht nach 2000 	<ul style="list-style-type: none"> • Veröffentlicht vor 2000
Studien-population	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitnehmende, zwischen 18 und 60 Jahren 	<ul style="list-style-type: none"> • Kinder und Jugendliche • Auszubildende • Erwachsene ab 61 Jahren
Konzept	<ul style="list-style-type: none"> • Verhältnisorientierte Massnahmen im BGM • Kombination aus verhältnisorientierten und verhaltensorientierten Massnahmen • Systematisches BGM 	<ul style="list-style-type: none"> • Nur verhaltensorientierte Massnahmen • Gesundheitsbetreuung • Bestehende Chronische Krankheiten • Mutterschaftsurlaub • Interventionen nur für bestimmte Mitarbeitende (w/m) • Umgang mit Mobbing & Gewalt am Arbeitsplatz • Outplacement

Kontext	Setting: <ul style="list-style-type: none"> • Unternehmen • Arbeitsort/-stelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Andere Setting als Unternehmen und Arbeitsort/-stelle
Weitere Aspekte	Nur bei Projekten: <ul style="list-style-type: none"> • Status «abgeschlossen» 	<ul style="list-style-type: none"> • Volltext nicht (kostenlos) verfügbar

Anmerkung: eigene Darstellung

3.3 Begründung Wahl der Datenbanken

Die Autorin entschied sich für die Datenbanken CINAHL Complete und PubMed. CINAHL Complete ist eine geeignete Datenbank für vielseitige Literatur und Studien aus den Gesundheitsbereichen. Die Datenbank PubMed bezieht 90% ihrer Artikel aus der Datenbank MEDLINE und enthält zusätzlich weitere Artikel (Blümle et al., 2018). Weiter passen beide Datenbanken thematisch zur Fragestellung und die Autorin ist mit beiden Datenbanken bereits vertraut. Ergänzend dazu wurden die Projektdatenbanken Good Practice (Schweiz) und Fonds Gesundes Österreich durchsucht, um passende Projekte zur Fragestellung zu finden. Die Auswahl fiel auf diese beiden Projektdatenbanken, weil diese umfassend sind und bewertete Projekte enthalten.

3.4 Entwicklung des Suchstrings

Anhand der Fragestellung und Einschlusskriterien wurden geeignete Suchbegriffe definiert. Anschliessend sind für die Begriffe Synonyme in Deutsch und Englisch mit Hilfe von Thesauren ergänzt worden. Der nächste Schritt war eine erste Suche mit diesen Begriffen in den Datenbanken PubMed und Google Scholar. Dabei liessen sich weitere Suchbegriffe identifizieren. Die Hauptsuchbegriffe waren: Arbeitnehmende, verhältnisorientierte Massnahmen, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Voraussetzungen und Unternehmen. Alle schlussendlich verwendeten Suchbegriffe sind in Anhang A aufgeführt. Für die endgültige Suche am 21.04.2023 wurden die Suchkomponenten innerhalb eines Feldes mit dem Operator «OR» verknüpft und die einzelnen Felder verknüpfte der Operator «AND» (siehe Anhang B Suchstring). Die Projektdatenbanken Good Practice und Fonds Gesundes Österreich wurden mit einer stark verkürzten Version der Suchbegriffe am 28.04.2023 durchsucht (siehe Anhang B). In der Datenbank von Fonds Gesundes Österreich gab es die Möglichkeit Filter anzuwenden. Um die Trefferzahl einzugrenzen, wurde das Einschlusskriterium «Projekt abgeschlossen» bereits durch

den Einsatz des Filters geprüft. Die für die Darstellung der Suchbegriffe und des Suchstrings eingesetzten Tabellen (siehe Anhang A und B) basieren auf der Darstellung von RefHunter (EbM Netzwerk & OST Ostschweizer Fachhochschule, o.D.).

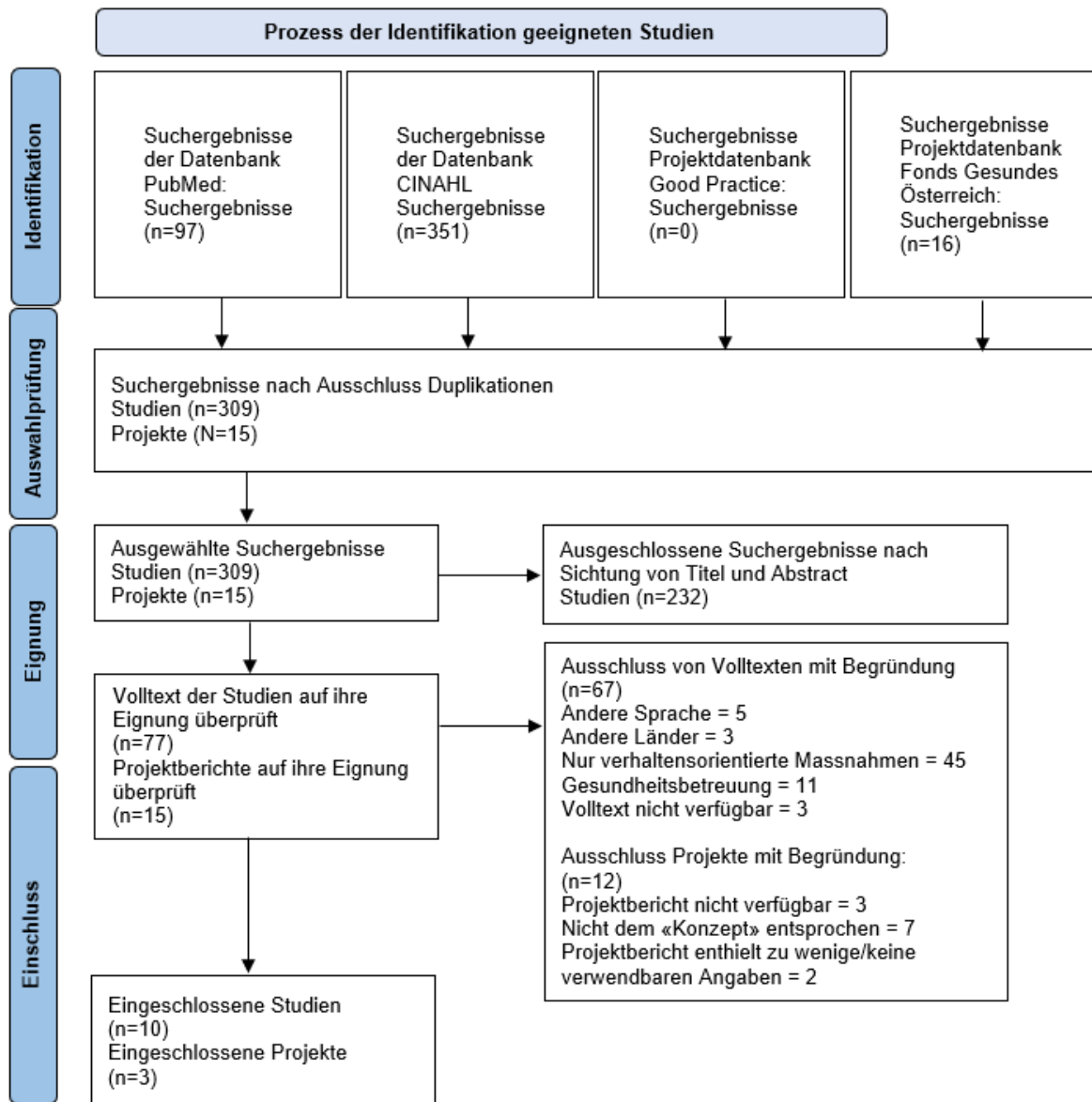
3.5 Auswahl Literatur

Die Suche in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed hatte insgesamt 448 Ergebnisse angezeigt. Alle Artikel sind in Zotero, einem Literaturverwaltungsprogramm, importiert worden. Mit Hilfe des Programms konnten die gefundenen Artikel auf Duplikate überprüft werden. Dadurch verringerte sich die Anzahl der eingeschlossenen Artikel auf 309. Die Titel und Abstracts der 309 Artikel sind auf die Ein- & Ausschlusskriterien überprüft worden. In diesem Schritt konnten 232 Artikel ausgeschlossen werden. Die verbliebenen 77 Artikel wurden einer genaueren Prüfung unterzogen. Dazu wurden die Volltexte gelesen und kritisch auf die Ein- & Ausschlusskriterien geprüft. Das häufigste Kriterium, das einen Ausschluss bedingte, war der alleinige Bezug auf verhaltensorientierte Massnahmen. Oft wurde bei diesen Artikeln in der Einleitung erwähnt, wie wichtig es sei, verhältnis- und verhaltensorientierte Massnahmen im Rahmen des BGMs umzusetzen. Jedoch waren schlussendlich nur verhaltensorientierte Massnahmen Teil der Untersuchung. Insgesamt wurden 45 Studien aus diesem Grund ausgeschlossen. Weiter wurden elf Studien ausgeschlossen, die sich primär auf die Patientenbetreuung bezogen, fünf weil die Sprache des Volltextes weder Deutsch noch Englisch war, drei auf Grund des Studienlandes und drei, weil die Volltexte nicht verfügbar waren. Die Projektdatenbank Good Practice lieferte keine Treffer, die den Einschlusskriterien entsprochen hätten. Bei Fonds Gesundes Österreich konnten insgesamt 16 Projekte gefunden werden. Darunter befand sich ein Projekt doppelt. Anschliessend wurden die Projektberichte durchgelesen und auf die Ein- & Ausschlusskriterien geprüft. Davon konnte zu drei Projekten kein Bericht gefunden werden, sieben haben sich nur auf verhaltensorientierte Massnahmen bezogen und zwei Berichte enthielten zu wenige Angaben zu den Projektergebnissen und konnten deshalb nicht eingeschlossen werden. Für das Scoping Review wurden schlussendlich zehn Studien und drei Projekte einbezogen. Abbildung 2 bietet eine Übersicht des Auswahlverfahrens der relevanten Literatur angelehnt an das

«Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses» (PRISMA) von Moher et al. (2009).

Abbildung 4

PRISMA



Anmerkung: eigene Darstellung in Anlehnung an Moher et al., 2009

4 Ergebnisse

Durch die Recherche in den beiden Fachdatenbanken wurden 309 Artikel gefunden. Davon wurden zehn Studien für das Scoping Review eingeschlossen. Ergänzen dazu flossen drei Projektberichte aus der Projektdatenbanken-Suche mit ein. Die detaillierte Darstellung der einbezogenen Artikel ist im Anhang C zu finden. In der Extraktionstabellen sind die Studien und Berichte nach vorgängig festgelegten Kriterien zusammengefasst. In der nachfolgenden Tabelle ist ein Auszug aus der Extraktionstabelle (Anhang C) dargestellt und dient als Übersicht der einbezogenen Literatur.

Tabelle 2

Übersicht einbezogene Literatur

Autor:innen, Jahr, Land	Titel	Design
Ammendolia et al., 2016, Kanada	Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism	Interventions-mapping
Beck et al., 2015, Deutschland	Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany	Sekundäranalyse
Demoua et al., 2016, Schottland	A novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way	Quantitative Befragung
Grill & Stadlhofer, 2010, Österreich	Endbericht des BGF-Projekts „Rundum g’sund“ in den Service Centern der NÖGKK im Industrieviertel	Bericht - Projekt
Jöbstl et al., 2014, Österreich	&XUND. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse	Bericht - Projekt
Noblet & LaMontagne, 2006, Australien	The role of workplace health promotion in addressing job stress	Literaturarbeit & Fallbeispiel
Olafsdottir, 2004, Island	Prevention, health and safety program in companies provide a more successful and healthier workplace	Bericht
Pronk, 2012, USA	Integrated Worker Health, the Fusion of Worker Health Protection and Promotion	Bericht
Punnett et al., 2020, USA	Defining ‘Integration’ for Total Worker Health®: A New Proposal	Literaturarbeit & Fallbeispiel
Rossi et al., 2022, Italien	The co-production of a workplace health promotion program: expected benefits, contested boundaries	Qualitative Programmanalyse
Skagert & Dellve, 2020, Schweden	Implementing Organizational WHP Into Practice: Obstructing Paradoxes	holistischer Fallstudienansatz

	in the Alignment and Distribution of Empowerment	
Stessl, 2019, Österreich	BGM. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse	Bericht - Projekt
Wrage et al., 2022, Deutschland	Statistische Überprüfung der Befragung des Bundesinstituts für Berufs-bildung (BIBB) & Bundesanstalt für Arbeits-schutz & Arbeitsmedizin (BAuA)	Querschnittsstudie

Anmerkung: eigene Darstellung

4.1 Überblick der Ergebnisse

Alle einbezogenen Artikel wurden zwischen 2004 und 2022 publiziert, sieben der dreizehn Artikel wurden im Jahr 2016 oder später veröffentlicht (exemplarisch (ex.) Rossi et al., 2022; Skagert & Dellve, 2020). Von den zehn einbezogenen Studien waren neun in Englisch verfasst, wobei sechs aus Europa stammten (ex. Demou et al., 2016), zwei aus den USA (ex. Punnett et al., 2020), eine aus Kanada (Ammendolia et al., 2016) und eine aus Australien (Noblet & Lamontagne, 2006). Die Projektberichte waren alle in deutscher Sprache verfasst und kamen aus Österreich (ex. Jöbstl et al., 2014). Den Artikel lagen unterschiedliche Designs zu Grunde. Die Tabelle 2 bietet eine Übersicht der angewendeten Designs.

Abbildung 5

Länder der eingeschlossenen Artikel



Anmerkung: eigene Darstellung

Die Studienpopulationen und ihre Grössen waren sehr unterschiedlich. Vier Studien, die sich auf spezifische Unternehmen bezogen, machten detailliertere Angaben zu der Anzahl Mitarbeitenden, teilweise wurde auch eine Geschlechterverteilung angegeben. Die Beschäftigtenzahlen betragen zwischen 100 bis 8000 Mitarbeitende (ex. Skagert & Dellve, 2020). Vier weitere Artikel machten keine Angaben zu diesen Merkmalen (ex. Noblet & Lamontagne, 2006). Eine Studie bezog sich allgemein auf Arbeitnehmende in Deutschland. Bei dieser Querschnittsstudie hatten 17'324 Personen an der Befragung teilgenommen (Wrage et al., 2022). Die Unternehmen, von denen die Projektberichte einbezogen wurden, beschäftigten zwischen 120 und 230 Mitarbeitende (ex Grill & Stadlhofer, 2010). Artikel, die als Bericht klassifiziert wurden, bezogen sich nicht auf einzelne Unternehmen oder Branchen, sondern beschrieben allgemeine Modelle oder Programme (ex. Olafsdottir L, 2004). Zwei Artikel bezogen sich ebenfalls auf Modelle und beinhalteten ergänzend Fallbeispiele, um die beschriebenen Theorien zu verdeutlichen (ex. Punnett et al., 2020).

4.2 Ergebnisse in Bezug auf Voraussetzungen für verhältnisorientierte Massnahmen

Es hatte sich gezeigt, dass die Grösse eines Unternehmens und die ökonomische Situation einen Einfluss auf den Ausgestaltungsgrad des BGMs hat (Beck et al., 2015). Im Artikel von Ammendolia et al. (2016) wurde identifiziert, dass es für Veränderungen im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz essenziell sei, entsprechende Unternehmensstrategien zu haben. Die Strategie zu Veränderungen der Arbeitsplatzkultur, welche die Gesundheit der Mitarbeitenden und Gesundheitsförderung beinhaltet, sollte mit dem Unternehmensgewinn gleichgestellt werden. Zudem würde die Integration von Gesundheit in die Unternehmensstrategie die Wichtigkeit eines Kulturwandels in diesem Bereich auf Ebene Geschäftsleitung unterstreichen (Ammendolia et al., 2016). Zwei weitere Artikel enthielten ebenfalls Hinweise darauf, dass die Verankerung in der Unternehmensstrategie eine Voraussetzung für die Umsetzung von Massnahmen im Bereich Gesundheit und Sicherheit darstellt (ex. Olafsdottir, 2004). Die damit verbundenen Kosten sollten als langfristige Investition in das Image des Unternehmens angesehen werden (Olafsdottir, 2004). Ebenfalls in einem der Projektberichte wurde erwähnt, dass die Verankerung des BGMs in der Personal-Strategie für die Umsetzung des Projektes

förderlich war (Stessl, 2019). In allen drei Projektberichten wurde erwähnt, dass die aktive Beteiligung von Führungskräften und die Befürwortung der Geschäftsleitung für den Erfolg ein wichtiger Faktor war. Die Geschäftsleitung und Führungspersonen mussten als Vorbilder vorangehen. Es wurde erwähnt, dass es eine angesehene Führungskraft brauchte, die ernsthaft hinter dem BGM stand und sich glaubhaft dafür einsetzte (ex. Grill & Stadlhofer, 2010). Weiter spielten die finanziellen Ressourcen eine Rolle dabei, ob Massnahmen umgesetzt werden konnten. So wurde in einem Projektbericht identifiziert, dass ein frei einsetzbares Budget die Umsetzung förderte (Grill & Stadlhofer, 2010).

Zwei Artikel bezogen sich auf die Entwicklung des Programms «Total Worker Health» aus den USA. Das Ziel dieses Programms ist es, den traditionellen Arbeitsschutz mit der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zusammenzuführen. Dazu wurden vier Indikatoren bestimmt:

- **Koordinierung der Ziele und Aktivitäten** zwischen dem Arbeitsschutz und der Gesundheitsförderung
- **Bewertung**, sowohl arbeitsbedingter als auch nicht arbeitsbedingter Gefahren, welche die Sicherheit, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden beeinträchtigen
- **Interventionen** zielen vorrangig auf die **Verringerung der Faktoren** am Arbeitsplatz ab, welche die **Gesundheit negativ beeinflussen**, die Sicherheit beeinträchtigen oder zu einem schlechten Wohlbefinden beitragen, wie z. B. die Verbesserung der organisatorischen Sicherheits- und Gesundheitsstrategien, um den Arbeitsplatz gesundheitsfördernd zu gestalten
- **Partizipative Verfahren** ermöglichen es den Arbeitnehmenden, bei der Priorisierung zusammenzuarbeiten, an der Entscheidungsfindung über Interventionsmassnahmen und die Gestaltung von Programmen mitzuwirken und die Ergebnisse unter Berücksichtigung der Arbeitnehmenden- und Managementperspektive zu interpretieren (Pronk, 2012; Punnett et al., 2020).

In der integrierten Fallstudie eines Artikels wurden die vorher genannten Indikatoren angewendet, wodurch die nachfolgenden Erkenntnisse gewonnen wurden. Die Strategien zu Sicherheit und Gesundheitsschutz sollten zusammen mit denjenigen zu verhaltensorientierten Massnahmen verknüpft werden und gemeinsam und

aufeinander abgestimmt, geplant werden. Die zweite Erkenntnis war, dass der Einbezug der Mitarbeitenden ein wichtiges Element darstellt, um Arbeitsplatzmerkmale und Arbeitsprozesse, die das Gesundheitsverhalten oder Teilnahmen an bestimmten Aktivitäten verhindern, zu verstehen (Punnett et al., 2020). Eine Voraussetzung für die Implementierung des BGMs bildet das gemeinsame Hinarbeiten von Mitarbeitenden und Führungspersonen auf das Ziel, die Schaffung eines gesünderen und sicheren Arbeitsplatzes (Olafsdottir, 2004). Es wurde erkannt, dass wenn ein BGM im Gesamten erfolgreich sein wollte, es organisatorische Voraussetzungen und Unterstützung in Form von Personalressourcen für die Entwicklung braucht (Skagert & Dellve, 2020). Es war hinderlich, wenn das BGM von anderen Organisationsentwicklungsprozessen isoliert wurde. Führungspersonen und Mitarbeitende fühlten sich dadurch weniger verantwortlich und hatten einen weniger guten Überblick der Projekte (Skagert & Dellve, 2020). Es wurden weitere hinderliche Faktoren für eine Umsetzung von allgemeinen BGM-Massnahmen genannt. Dazu gehörten die Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage, Austritt von langjährigen Geschäftsleitungsmitgliedern, Erreichbarkeit von Mitarbeitenden bei Aussenstellen oder Schichtarbeit. Ein weiterer Punkt waren auch die strukturellen Rahmenbedingungen, die von Führungspersonen nicht beeinflusst werden konnten, wie beispielsweise gesetzliche Bestimmungen (ex. Jöbstl et al., 2014). Eine Studie hatte den Fokus herauszufinden, weshalb die Implementierung eines BGMs gescheitert war. Bei der untersuchten Organisation, bestanden Differenzen zwischen den Ansichten über Gesundheit und unterschiedliche Auffassungen, ob es sich bei der Umsetzung des BGMs um personalbezogene oder organisatorische Prozesse handelte. Dies trug zu einer mangelnden Abstimmung und fehlende Verantwortungsübernahme bezüglich den Massnahmen bei (Skagert & Dellve, 2020).

4.3 Ergebnisse in Bezug auf verhältnisorientierte Massnahmen, die sich bewährt haben

Tabelle 3

Identifizierte verhältnisorientierte Massnahmen

Autor:innen, Jahr	Ziel	Bewährte Massnahmen
Demoua et al., 2016	Reduktion der Absenzzahlen	Kontaktaufnahme durch Sachbearbeiter:in am ersten Krankheitstag
Noblet & LaMontagne, 2006	Verbesserung der Vereinbarkeit von Arbeit & Privatleben	Einbezug der Mitarbeitenden in die Gestaltung der Arbeitspläne
Olafsdottir, 2004	Vorbeugung von wiederholten Belastungsschäden oder anderen Krankheiten	Ein gut gestalteter Arbeitsplatz -> flexibel und verstellbar, z.B. Umplatzierung des Druckers

Anmerkung: eigene Darstellung

Die einbezogenen Artikel waren thematisch unterschiedlich. So auch die Massnahmen, für die sich die Unternehmen entschieden und eingesetzt hatten. Die nationale Gesundheitsstelle in Lanarkshire (Schottland) hatte zum Ziel die Absenzzahlen zu verringern. Dafür wurde ein innovativer Ansatz für ein früh eingreifendes Absenzenmanagement angewendet. Mitarbeitende, die sich krankgemeldet hatten, wurden am ersten Krankheitstag von einer Sachbearbeiterin/ einem Sachbearbeiter kontaktiert. Die Sachbearbeitenden holten bei diesem Kontakt demografische Angaben und Informationen zum Abwesenheitsgrund ab. Diese Daten wurden in einer eigens dafür entwickelten Datenbank eingetragen. Diese Datenbank ermöglichte ein übersichtliches Monitoring zu Merkmalen von Absenzen. Es konnte gemessen werden, wer, wie oft, wann und weshalb jemand abwesend war. Ergänzend dazu wurde den Mitarbeitenden am Gespräch unterschiedliche Optionen angeboten, die sie nutzen konnten. So konnten sie beispielsweise den ärztlichen Dienst bei Fragen zur Krankheit kontaktieren oder andere Beratungsangebote in Anspruch nehmen. In einer Umfrage zur Zufriedenheit mit dem neuen Angebot, gaben 35% aller Mitarbeitenden an, dass sie das Angebot als hilfreich empfunden haben. Durch das neue Absenzenmanagement fühlten sich die Vorgesetzten während den Abwesenheiten von Mitarbeitenden besser involviert und

fanden, dass sie die Mitarbeitenden während der Abwesenheit besser unterstützen konnten. Im Unternehmen konnten die Absenzzahlen im Vergleich zu anderen Dienststellen verringert und Kosten für Überstunden gespart werden. Durch die Absenzenreduktion stand mehr Personal zur Verfügung. (Demou et al., 2016). Ein Fallbeispiel bezog sich auf eine Massnahme, die dazu beigetragen hatte, die Vereinbarkeit von Arbeit & Privatleben zu verbessern. Dazu wurden unter Einbezug der Mitarbeitenden die Arbeitspläne überarbeitet worden (Noblet & Lamontagne, 2006). Ein gut gestalteter Arbeitsplatz, der flexibel und auch (höhen-) verstellbar ist, erweist sich als Schlüssel zur Vorbeugung von wiederholenden Belastungsschäden oder anderen Krankheiten, die mit bestimmten Arbeitsplätzen oder beruflichen Aufgaben verbunden sind. Durch die Umplatzierung des Druckers, weiter weg vom Arbeitsplatz, konnte bewirkt werden, dass die Mitarbeitenden im Minimum ein Kilometer während der Arbeit gelaufen waren. An Orten, wo die Mitarbeitenden viel standen, sind höhenverstellbare Stühle platziert worden, damit sich die Mitarbeitenden zwischendurch setzen konnten (Olafsdottir, 2004).

4.4 Weitere Ergebnisse

4.4.1 Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden

Den Führungspersonen und der Geschäftsleitung wurde in sechs Artikeln eine wichtige Rolle zugesprochen (ex. Noblet & Lamontagne, 2006). Die Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden wirkte sich auf die Gesundheit aus. Es konnte festgestellt werden, dass sich die Qualität der Beziehung darauf auswirkt, ob Mitarbeitende eher das Angebot von Wiedereingliederungsmassnahmen nach einer Abwesenheit nutzen oder nicht (Wrage et al., 2022). Speziell erwähnt wurden Führungspersonen in Zusammenhang mit der Prävention von Stress am Arbeitsplatz. Dafür sei es notwendig, dass bei Führungspersonen das Bewusstsein für die Gesundheit und die Einflüsse von Gesundheitsinterventionen am Arbeitsplatz gestärkt werde und ihnen aufgezeigt werden kann, was die Ursachen von Stress am Arbeitsplatz sind (Noblet & Lamontagne, 2006). Durch die Auseinandersetzung des Unternehmens mit dem Thema Gesundheit, hatten die Mitarbeitenden mehr Anerkennung und Wertschätzung erfahren. Wodurch die Unternehmenskultur verbessert wurde (Stessl, 2019).

4.4.2 Mitarbeitenden als Faktor

Vier Artikel belegten, dass der Einbezug von Mitarbeitenden ein wichtiges Element war. Durch den Einbezug von unterschiedlichen Perspektiven einzelner Interessensgruppen konnte ein gemeinsam akzeptiertes Programm zu betrieblicher Gesundheitsprävention entstehen (ex. Rossi et al., 2022). Die Zusammenarbeit von Mitarbeitenden, Arbeitgebenden und dem Gesundheitsdienst waren im Bereich Absenzen und Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag wirksamer, als wenn allgemeine und nicht multidisziplinäre Massnahmen umgesetzt wurden (Demou et al., 2016). Bestanden für die Mitarbeitenden hingegen Konflikte zwischen ihren Verpflichtungen bei der Arbeit und ihrer Familie, führte dies zu einem geringeren organisatorischen Engagement und tieferen Arbeitszufriedenheit. Die Mitarbeitenden erlebten dadurch einen höheren Stress am Arbeitsplatz und zu Hause, der Substanzmissbrauch nahm zu, das Essverhalten verschlechterte sich, es gab mehr Fehlzeiten und die Absicht, den Arbeitsort zu wechseln nahm zu (Pronk, 2012).

4.4.3 Kommunikation

Massnahmen im Bereich Kommunikation wurden ebenfalls als Teil des BGMs in zwei Artikeln angesehen. In einer Studie, wo es darum ging, ein neues Absenzenmanagement einzuführen, wurden die Mitarbeitenden mit einer umfassenden Kommunikation über Neuerungen informiert und eingeladen, sich einzubringen (Demou et al., 2016). Im zweiten Artikel ging es um die Programmentwicklung für verschiedene Gesundheitsthemen, unter anderem um Verringerung von Präsentismus. Dabei wurde eine umfassende Kommunikation für die Sensibilisierung von psychischer Gesundheit angedacht. Es wurde geplant, eine offene Kommunikation zur Entstigmatisierung der psychischen Gesundheit zu fördern. Dafür wollten sie unterschiedliche Kanäle nutzen, das Intranet und Referate zum Thema, waren zwei davon (Ammendolia et al., 2016). In einem Projektbericht war beschrieben, dass im Rahmen der Projektumsetzung ein internes Label für die BGM-Massnahmen kreiert und damit für die Angebote geworben wurde (Jöbstl et al., 2014).

5 Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Um die Fragestellungen «Welche Voraussetzungen ermöglichen eine erfolgreiche Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement?» und «Welche verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement haben sich bewährt?» zu beantworten, wurde ein Scoping Review durchgeführt. Die eingeschlossenen Artikel hatten unterschiedliche thematische Schwerpunkte. Gesamthaft wurden zehn Studien und drei Projektberichte einbezogen und analysiert. Zwei der Artikel setzten sich mit dem Total Worker Health Programm auseinander (Pronk, 2012; Punnett et al., 2020). Eine Studie hatte zum Ziel, das Absenzenmanagement durch einen neuen Ansatz zu optimieren (Demou et al., 2016). Die Arbeit von Ammendolia et al. (2016) beschrieb die Methode Interventionsmapping unter Anwendung in einem Unternehmen. Eine weitere Studie untersuchte, weshalb ein BGM-Implementierungsprozess in einem schwedischen Krankenhaus negativ verlaufen war (Skagert & Dellve, 2020) und eine Sekundäranalyse untersuchte den BGM-Umsetzungsgrad in deutschen Unternehmen (Beck et al., 2015). Die Befragung von Wrage et al. (2022) forschte, ob sich ein Zusammenhang zwischen der Nutzung von BEM-Angeboten und strukturellen betrieblichen Merkmalen feststellen liess. Ein Artikel beschrieb Empfehlungen zur Massnahmenauswahl im BGM (Olafsdottir, 2004). Der neunte Artikel thematisierte den Einbezug von Mitarbeitenden bei einer BGM-Programmerweiterung und ihre Akzeptanz der Massnahmen (Rossi et al., 2022). Die Literaturarbeit inklusive Fallbeispiel von Noblet & Lamontagne (2006) wollte aufzeigen, weshalb es nicht ausreichend ist, Massnahmen nur auf individueller Ebene umzusetzen. In drei Projektberichte wurden die von ihnen gemachten Erfahrungen zum Thema Implementierung festgehalten (Grill & Stadlhofer, 2010; Jöbstl et al., 2014; Stessl, 2019).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass unterschiedliche Aspekte den Erfolg eines BGMs und somit die verhältnisorientierten Massnahmen, beeinflussen. Die beiden meist genannten Faktoren waren der Einfluss von

Führungspersonen und Geschäftsleitung, sowie die Integration in die Strategie. Die Verankerung in der Unternehmensstrategie unterstreicht die Bedeutsamkeit des Themas auf Stufe der Geschäftsleitung und betont die Wichtigkeit eines Kulturwandels (Ammendolia et al., 2016; Olafsdottir, 2004; Punnett et al., 2020). Die Geschäftsleitung und Führungspersonen wurden als Vorbilder angesehen. Für den Erfolg brauchte es ihre glaubwürdige Unterstützung und Befürwortung des BGMs (Grill & Stadlhofer, 2010; Jöbstl et al., 2014; Stessl, 2019). Die Grösse eines Unternehmens, sowie die finanziellen Ressourcen, förderte die Umsetzung und beeinflusste, in welchem Ausmass BGM Massnahmen umgesetzt wurden (Beck et al., 2015; Grill & Stadlhofer, 2010). Die Massnahmen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz sollen dabei mit verhaltensorientierten Massnahmen verknüpft werden (Pronk, 2012; Punnett et al., 2020; Skagert & Dellve, 2020). Einige der einbezogenen Artikel enthielten Aspekte zu Umsetzungen von BGM-Massnahmen. Um die Absenzzahlen zu verringern, wurde in einer nationalen Gesundheitsstelle in Schottland ein neues Absenzenmanagement implementiert. Die Mitarbeitenden waren während ihrer Abwesenheit näher begleitet und die Vorgesetzten hatten das Gefühl, besser in den Prozess involviert zu sein. Es konnte festgestellt werden, dass die Absenzzahlen verringert und Kosten für Überstunden reduziert wurden (Demou et al., 2016). Im Artikel von Olafsdottir (2004) wurde festgehalten, dass ein gut eingerichteter Arbeitsplatz eine wichtige Rolle spielte, wenn es um die Prävention von Belastungsschäden ging (Olafsdottir, 2004). Durch die Analysierung konnten auch weitere Ergebnisse festgestellt werden, die sich nicht spezifisch einer Fragestellung zuordnen liessen. Ein wichtiger Faktor für die Gesundheit der Mitarbeitenden war die Beziehung zu ihren Vorgesetzten. Diese wirkte sich darauf aus, ob Mitarbeitende eher ein Angebot des BEM in Anspruch nahmen (Wrage et al., 2022). Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit im Unternehmen erhielten die Mitarbeitenden mehr Anerkennung und Wertschätzung, dadurch verbesserte sich auch die Unternehmenskultur (Stessl, 2019).

5.2 Interpretation der Ergebnisse

Wie zu Beginn der Arbeit angenommen, wird Führungspersonen eine wichtige Rolle zugeschrieben, wenn es um die Gesundheit am Arbeitsplatz geht. Die Ergebnisse

des Scoping Reviews haben gezeigt, dass unabhängig von demografischen Merkmalen eines Unternehmens oder Branche, Führungspersonen und ihr Führungsstil die Gesundheit der Mitarbeitenden beeinflussen. Bewerten Führungspersonen die eigene Gesundheit als wichtig, wirkt sich das darauf aus, ob sie gesundheitsförderlich führen oder nicht (Blum-Rüegg, 2018; Struhs-Wehr, 2017). Dies kann für den Erfolg des BGMs sehr entscheidend sein. Denn Führungspersonen und ihr Handeln werden von Mitarbeitenden als beispielhaft angesehen. Dies widerspiegelt sich im Handeln der Mitarbeitenden, wenn es um die Gesundheit am Arbeitsplatz geht. Es braucht die aktive Beteiligung und ein glaubhaftes Engagement für das Thema BGM von Führungspersonen (Grill & Stadlhofer, 2010; Jöbstl et al., 2014; Stessl, 2019). Dabei liessen die Ergebnisse keinen Zusammenhang zwischen der Stärke des Engagements von Führungspersonen bei der Umsetzung des BGMs und der Verankerung in der Unternehmensstrategie erkennen. Die Autorin ist davon ausgegangen, dass Führungspersonen mehr im Bereich BGM leisten, wenn es von der Organisation vorgegeben wird, indem es in der Strategie festgehalten wird. Es wurde unterstrichen, dass die Verankerung des BGMs in den Unternehmensstrategien ein zentraler Erfolgsfaktor sei, wenn es darum geht Veränderungen im Bereich Gesundheit am Arbeitsplatz zu bewirken. Jedoch wurden keine weiteren Zusammenhänge aufgezeigt (Ammendolia et al., 2016; Olafsdottir, 2004; Punnett et al., 2020). Ergänzend dazu wurde bemerkt, dass die Handlungen von Führungspersonen und auch der Geschäftsleitung, mit dem Gesagten übereinstimmen sollten (Ammendolia et al., 2016). Dadurch kann vermutet werden, das Ammendolia et al. (2016) im untersuchten Unternehmen Anzeichen entdeckt hatten, die darauf schliessen lassen, dass dort das BGM vordergründig zur Aufbesserung des Unternehmensimage eingesetzt wurde, aber im Arbeitsalltag keine Beachtung fand. Liegt so ein Fall vor, könnte sich dies auf ein Unternehmen im Allgemeinen nachteilig auswirken. Denn für jüngere Arbeitnehmende ist die Investition in die Gesundheit des Arbeitgebenden ein wichtiges Merkmal (Badura, 2002). In der vorliegenden Arbeit wurde eingangs erwähnt, dass die Implementierung des BGMs eine Steigerung des Unternehmenserfolges bewirkt (Badura, 2002; Bauer & Jenny, 2015; Füllemann et al., 2017). Obschon sich das Einsetzen eines BGMs

ausbezahlt macht, braucht es vorgängig für die Planung und Umsetzung der Massnahmen finanzielle und personelle Ressourcen des Unternehmens. Die Rahmengrösse der verfügbaren Ressourcen wiederum hatte einen Einfluss darauf, ob BGM-Massnahmen umgesetzt werden konnten. Die Verfügbarkeit von finanziellen Mitteln erleichterte die Umsetzung dieser (Grill & Stadlhofer, 2010; Jöbstl et al., 2014). In diesem Kontext gilt die allgemeine wirtschaftliche Lage und die Grösse eines Unternehmens als Indikator für den Ausprägungsgrades von BGM-Massnahmen (Beck et al., 2015). Damit auch kleinere Unternehmen mehr in die Gesundheit der Mitarbeitenden investieren, wurde von GFCH das Instrument KMU-vital für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) erarbeitet. Dieses befähigt Unternehmen in der selbständigen Umsetzung von BGF-Massnahmen. Dabei wird bewusst der Begriff BGF verwendet, weil der Begriff BGM für kleine Unternehmen abschreckend war (Kohlbacher, 2008).

Es konnte die Erkenntnis gewonnen werden, dass Strategien zu Sicherheit und Gesundheitsschutz mit verhaltensorientierten Massnahmen verknüpft und aufeinander abgestimmt geplant werden sollten (Punnett et al., 2020). Diese Feststellung lässt sich mit der BGM-Pyramide in Verbindung bringen. In dieser werden die Tätigkeitsfelder aufbauend dargestellt. Die Reihenfolge gründet dabei auf der Erreichbarkeit der Mitarbeitenden, mit der untersten Stufe können am meisten Mitarbeitende erreicht werden. Durch den Aufbau lässt sich erkennen, dass die Massnahmenfelder sich gegenseitig stützen (Bauer & Jenny, 2015). Das wiederum lässt sich in die Definition von BGM einfügen, die ein systematisches Vorgehen fordert (Bauer & Jenny, 2015; Füllemann et al., 2017).

Zuvor wurde darauf eingegangen, dass Führungspersonen eine wichtige Rolle innehaben, wenn es um die Implementierung von BGM geht. Um ihren Einfluss auf die Gesundheit geltend zu machen, sollten gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Eine davon ist das gemeinsame Verständnis von Gesundheit von Mitarbeitenden und Führungspersonen. Unterscheiden sich die Ansichten dabei zu stark, ist das für den Erfolg des BGMs hinderlich (Skagert & Dellve, 2020). Um einen gemeinsamen Nenner zu finden, bietet sich das Modell der Salutogenese an. Das würde bewirken, dass sich alle Beteiligten darauf fokussieren, was haltet sie gesund und was kann am Arbeitsplatz bewegt werden, um dies zu erreichen (Antonovsky, 1997).

Führungspersonen und Mitarbeitende sollten gemeinsam das Ziel verfolgen, einen gesünderen und sicheren Arbeitsplatz für sich zu schaffen (Olafsdottir, 2004). Denn gesunde Mitarbeitende bedeuten für ein Unternehmen mehr als nur Aufwände in der Lohnbuchhaltung, sie sind auch ein Erfolgsfaktor (Blum-Rüegg, 2018). Hier lässt sich der Zusammenhang zur Unternehmensstrategie nochmals erkennen. Es kann davon ausgegangen werden, dass Unternehmen, die diese Haltung vertreten die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden als wichtig erachten und dies auch in der Strategie festgehalten haben. Die Haltung, dass Mitarbeitende ein wichtiger Faktor für das Unternehmen und den Erfolg sind, spiegelt sich auch im allgemeinen Umgang mit den Mitarbeitenden. Durch die Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit eines Unternehmens, erfahren die Mitarbeitenden mehr Wertschätzung und Anerkennung (Stessl, 2019). Eine weitere Voraussetzung für den Einfluss von Führungspersonen auf die Gesundheit, ist die persönliche Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitenden. Hat diese eine gute Qualität, wirkt sich das positiv auf die Gesundheit aus. Dies zeigt sich beispielsweise dadurch, dass Mitarbeitende unter diesen Voraussetzungen eher das BEM-Angebot nach einer Abwesenheit in Anspruch nehmen. Ein weiterer Einfluss auf die Nutzung eines solchen Angebotes, könnte auch die Unternehmensgrösse darstellen (Wrage et al., 2022). In kleineren Unternehmen herrscht häufig ein familiäreres Klima als in grösseren. Diese Nähe und das Vertrauen zwischen Mitarbeitenden, Führungsperson und weiteren Beteiligten, wie die Vertretung aus der Personalabteilung oder Mitarbeiter:in des Casemanagements, kann dazu beitragen, dass Angebote und Massnahmen betreffend Wiedereinstieg, als persönlicher wahrgenommen werden (Wrage et al., 2022).

Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Verfolgung eines innovativen Ansatzes für ein früh greifendes Absenzenmanagement sich bewährte. Bei dieser Massnahme wurden die Mitarbeitenden vom ersten Krankheitstag begleitet. Ergänzend dazu wurden die Daten von Mitarbeitenden erfasst, weshalb und wie oft war jemand krank, wann war die Abwesenheit und wie lange dauerte sie. Die Mitarbeitenden wie die Vorgesetzten waren von der Massnahme überzeugt und die Absenkenzahlen waren rückläufig (Demou et al., 2016). Diese Erkenntnisse gilt es kritisch zu betrachten, denn die Korrelation zwischen dem neuen Prozess und dem Rückgang der

Absenzzahlen konnte in der Studie nicht eindeutig belegt werden. Es könnte weitere Gründe für die Abnahme der Kennzahlen geben, wie beispielsweise Mitarbeitende, die häufig krank waren, haben das Unternehmen verlassen, Mitarbeitenden fühlten sich kontrolliert oder unwohl bei der Krankmeldung und kamen daher häufiger krank zur Arbeit. Die Massnahmen in diesem Ansatz waren sehr umfangreich. Hier stellt sich bei der Autorin der vorliegenden Arbeit die Frage, ob der Nutzen die Kosten übersteigt. Denn alle kranken Mitarbeitenden werden am ersten Tag der Abwesenheit kontaktiert, was bei einem grösseren Unternehmen viel Aufwand bedeuten könnte. Das wäre ebenfalls ein Aspekt, der bei einer genaueren Evaluation der Massnahme untersucht werden sollte. Eine mögliche Anpassung könnte sein, dass Mitarbeitende erst ab dem dritten Krankheitstag kontaktiert werden. So würden vermehrt nur Personen kontaktiert werden, die länger krank sind und bei welchen das Bedürfnis nach weiteren Massnahmen vermutlich stärker vorhanden ist. In einer weiteren Studie wurde festgestellt, dass die Zusammenarbeit von Mitarbeitenden, Arbeitgebenden und Gesundheitsdienst sich positiv auf die Massnahmen im BEM ausgewirkt hat (Demou et al., 2016). Dies ist ein erstes Anzeichen dafür, dass es für den Erfolg eines BGMs die Beteiligung aller, auch die der Mitarbeitende ausschlaggebend sind. Die Partizipation (Beteiligung), der Mitarbeitenden kann dazu führen, dass umgesetzte Massnahmen eine höhere Akzeptanz erfahren. Zudem können Mitarbeitende, die enger in einem BGM-Projekt mitarbeiten, im Unternehmen eine Multiplikator:innen Rolle übernehmen und so andere Mitarbeitende und Vorgesetzte von der Wichtigkeit der Massnahmen überzeugen (Grill & Stadlhofer, 2010; Rossi et al., 2022). Auch aus der Sicht von GFCH ist die Partizipation der Mitarbeitenden ein wichtiger Punkt. Dadurch werden Mitarbeitende als Expert:innen für die eigenen Bedürfnisse und Lösungen angesehen. Es gibt unterschiedliche Stufen und Formen der Partizipation. Eine Form der Partizipation ist die Information, beispielsweise mittels Newsletter oder Informationsveranstaltung (Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien, 2017). Die Information und Kommunikation rund um das BGM und einzelne Massnahmen daraus, wirken sich unterstützend aus. Mittels Kommunikation können die Mitarbeitenden Teil des Prozesses sein, sie wissen, was wurde zuletzt erreicht und welche nächsten Schritte sind geplant (Badura et al., 2010). Mittels internem

Marketing oder Label für BGM-Massnahmen, können die Massnahmen und Aktivitäten beworben und die Mitarbeitenden zur Teilnahme bewegt werden (Jöbstl et al., 2014). Weiter kann die Kommunikation für die Information der Mitarbeitenden zu Gesundheitsthemen genutzt, aber auch für die Sensibilisierung zu gewissen Themen eingesetzt werden. So kann die Kommunikation beispielsweise dazu beitragen, das Thema psychische Gesundheit in einem Unternehmen zu entstigmatisieren und gemeinsame Gespräche zum Thema anzuregen (Ammendolia et al., 2016).

5.3 Beantwortung der Fragestellungen

Nachfolgend werden die beiden Fragestellungen basierend auf den Ergebnissen des Scoping Reviews und der Diskussion beantwortet.

5.3.1 Welche Voraussetzungen ermöglichen eine erfolgreiche Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement?

Auf Grund der Ergebnisse konnten einige allgemeine Voraussetzung für die Implementierung eines BGMs erkannt werden. Eine explizite Voraussetzung für die Umsetzung von verhältnisorientierten Massnahmen konnte nicht identifiziert werden. Jedoch können Teile der allgemeinen Voraussetzungen dafür abgeleitet werden. Ein wichtiger Faktor, der hervorsticht, ist die nachhaltige Verankerung des BGMs in der Unternehmensstrategie. Damit wird die Voraussetzung geschaffen, dass das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz auch in der Geschäftsleitung mehr Gewicht erhält (Ammendolia et al., 2016; Olafsdottir, 2004; Punnett et al., 2020). Eine weitere Voraussetzung ist das Engagement von Führungspersonen und ihre aktive Beteiligung, sowie Befürwortung des BGMs (Grill & Stadlhofer, 2010; Jöbstl et al., 2014; Stessl, 2019). Aus den genannten Faktoren in Bezug zur Umsetzung von verhältnisorientierten Massnahmen leitet die Autorin der vorliegenden Arbeit die nachfolgenden Aspekte ab. Wenn das BGM mehr Aufmerksamkeit im Unternehmen erhält und strategisch verankert wurde, kann das die Umsetzung von verhältnisorientierten Massnahmen beeinflussen. Die Gewichtung des BGMs könnte bewirken, dass mehr Führungspersonen sich dem Thema annehmen und beispielsweise ihre Personalführung oder die Arbeitsgestaltung überdenken.

Eine weitere Voraussetzung ist die Partizipation der Mitarbeitenden. Der Einbezug von Mitarbeitenden in den BGM-Prozess, erhöht die Akzeptanz der Massnahmen und dass die Massnahmen den Bedürfnissen der Mitarbeitenden entsprechen (Grill & Stadlhofer, 2010; Rossi et al., 2022). Hieraus lässt sich ableiten, dass bei der Planung von verhältnisorientierten Massnahmen die Mitarbeitenden ebenso einbezogen werden sollten, wie Führungspersonen.

Eine dritte Erkenntnis bezieht sich auf das gemeinsame Verständnis von Gesundheit. Das Scoping Review hat gezeigt, dass dieses eine zentrale Voraussetzung für das BGM ist (Skagert & Dellve, 2020). Um dieser Voraussetzung gerecht zu werden, könnte es unterstützend sein, dass Führungspersonen und Mitarbeitende gemeinsam ihr Gesundheitsverständnis klären und dieses bei der Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen einfließen lassen.

5.3.2 Welche verhältnisorientierten Massnahmen im betrieblichen Gesundheitsmanagement haben sich bewährt?

Durch das Scoping Review konnten drei Massnahmen erkannt werden, die sich in Bezug zur Verhältnisorientierung bewährt haben. Die erste Massnahme bezieht sich auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes. Damit die Mitarbeitenden mit sitzenden Tätigkeiten sich während eines Arbeitstages mehr bewegen, wurde der Arbeitsort so eingerichtet, dass der Druck in einiger Entfernung zum Arbeitsplatz stand. Dadurch wurde erreicht, dass die Mitarbeitenden während der Arbeitszeit mindestens ein Kilometer liefen. Für Mitarbeitende die überwiegend standen, wurden höhenverstellbare Stühle bereitgestellt, damit sich diese zwischendurch setzen konnten (Olafsdottir, 2004). Die zweite Massnahme bezog sich auf die Umsetzung eines neuartigen Absenzenmanagements. Mitarbeitende, die sich krankgemeldet hatten, wurden am ersten Tag der Abwesenheit kontaktiert und holten bei ihnen demografische Angaben und Informationen zum Abwesenheitsgrund ein. Die gesammelten Daten wurden in eine Datenbank eingetragen und gemonitort. Zusätzlich wurden den Mitarbeitenden beim Gespräch verschiedene Optionen angeboten. So konnten sie beispielsweise den ärztlichen Dienst bei Fragen kontaktieren oder andere Beratungsangebote in Anspruch nehmen. Gemäss der Studie konnten durch diese Massnahmen die Absenzenzahlen verringert und Kosten für Überstunden gespart werden. Zudem wurde das Angebot von Mitarbeitenden,

sowie Führungspersonen als nützlich bewertet. Führungspersonen fühlten sich durch die neue Massnahme mehr involviert, wenn ihre Mitarbeitenden krank waren (Demou et al., 2016). Die Neuorganisation der Arbeitsaufgaben und des Arbeitsplanes bilden die dritte Massnahme. Unter Einbezug der Mitarbeitenden wurde der Arbeitsplan ihren Bedürfnissen entsprechen geändert. Das Ziel war es, die Vereinbarkeit von Arbeits- & Privatleben zu fördern (Noblet & Lamontagne, 2006).

5.4 Limitationen

Die vorliegende Arbeit weist einige Limitationen auf, die folgend näher erläutert werden. Allgemein wird in einem Scoping Review die Qualität der einbezogenen Artikel nicht bewertet. Zudem wird Literatur unabhängig ihrer Designs einbezogen. Was im Fall der vorliegenden Arbeit dazu geführt hat, dass die Inhalte der einzelnen Literatur unterschiedlich waren. Diese zwei Faktoren, trugen dazu bei, dass unter dem Kapitel «Diskussion» die Literatur nur bedingt miteinander verglichen und gegenübergestellt werden konnten. Diese Punkte können einen Einfluss auf die Validität der Ergebnisse haben und müssten mit einer systematischen Literaturrecherche überprüft werden. Optimalerweise wird die Auswahl der Literatur von mindestens zwei Personen unabhängig voneinander aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien durchgeführt. Im Anschluss wird verglichen, ob beide Personen die gleiche Literatur eingeschlossen haben und Unterschiede werden gemeinsam diskutiert (von Elm et al., 2019). Das Scoping Review der vorliegenden Arbeit wurde nur von einer Person durchgeführt. Der zweite Punkt betrifft die Anzahl Datenbanken der Literaturrecherche. Um einen noch umfassenderen Überblick zu erhalten, hätten noch mehr Datenbanken und auch graue Literatur berücksichtigt werden sollen. Zudem hätten auch weitere Projektdatenbanken miteinbezogen werden können. Dies war im Rahmen dieser Bachelorarbeit aus zeitlichen Gründen nicht möglich. Weiter könnte die Suche mit mehreren Suchbegriffen und ergänzenden Schlagworten in den jeweiligen Datenbanken durchgeführt werden. Dadurch hätte noch weitere relevante Literatur eingeschlossen werden können. Für eine weiterführende Recherche zum Thema verhältnisorientierte Massnahmen könnten bei einer nächsten Arbeit folgende Suchbegriffe zusätzlich miteinbezogen werden: Organisationsentwicklung, Public Health und Gesundheitsförderung. Ergänzend dazu könnten auch die Ein- und Ausschlusskriterien angepasst werden und beispielsweise auch Artikel, die

kostenpflichtig sind, eingeschlossen werden. Ausserdem hätte die methodische Vorgehensweise noch um Experten Interviews erweitert werden können. Damit hätte die im Scoping Review gefundenen Erkenntnisse durch ein Mixed-Methods-Design weiter vertieft werden können und die Arbeit einen praxisnäheren Bezug erhalten. Der letzte Punkt bezieht sich auf die Begriffe betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliches Gesundheitsmanagement. Im Kapitel 2.5 wurde erwähnt, dass die beiden Begriffe in der vorliegenden Arbeit als unterschiedlich betrachtet werden. In der einbezogenen Literatur war die Abgrenzung von BGF zu BGM teilweise nicht klar aufgezeigt oder die beiden Begriffe wurden als Synonyme verwendet. Durch diese unklare Verwendung der Begriffe konnte in der Ergebnisauswertung teilweise nicht klar zugeordnet werden, ob es sich nun um BGM oder BGF handelte.

6 Schlussfolgerungen

Die Vermutung zu Beginn der Arbeit, dass mehr verhaltensorientierte Massnahmen als verhältnisorientierte Massnahmen umgesetzt werden, wurde durch das Scoping Review bestätigt. Bereits während der Recherche und Literatursichtung fiel der Autorin auf, dass zwar vielen Artikel in der Einleitung beide Ansätze als wichtig erachteten und betonten, dass das Zusammenspiel beider benötigt wird, um erfolgreich zu sein. Jedoch gingen nur wenige Artikel vertiefter auf verhältnisorientierte Massnahmen ein. Auch in der schlussendlich eingeschlossenen Literatur konnten nur wenige Massnahmen, die sich nur auf die Verhältnisse bezogen, erkannt werden. Die Annahme der Autorin wurde ebenfalls in einer der eingeschlossenen Studien wiedergefunden. Diese kam zum Schluss, dass umfassende Formen des BGMs immer noch eher die Ausnahme als die Regel ist (Beck et al., 2015).

6.1 Bezug zur Gesundheitsförderung und Prävention, sowie Empfehlungen für die Praxis

Das BGM ist eine wichtige Einflussgrösse, wenn es um die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit geht und kann einen wesentlichen Beitrag für das Handlungsfeld gesundheitsförderliche Lebenswelten der Ottawa Charta leisten. Insbesondere mit dem verhältnisorientierten Ansatz können die Arbeitsbedingungen und somit die Gesundheit der Mitarbeitenden beeinflusst werden. Ein entscheidender Ansatz dabei ist, die Mitarbeitenden im Sinne der Partizipation am Prozess teilhaben zu lassen und ihnen die Möglichkeit geben, sich einzubringen (WHO, 1986). Wie in Kapitel 2 beschrieben, kann das Konzept der Salutogenese auch bei der Gestaltung von sozialen Systemen zur Anwendung kommen und somit auch im BGM. Insbesondere das Kohärenzgefühl könnte eine stärkere Position in der Konzeption und Umsetzung von Massnahmen im BGM erhalten (Badura et al., 2013).

Basierend auf den Ergebnissen lassen sich folgende Empfehlungen für die Praxis ableiten. In Bezug auf das Absenzenmanagement kann eine Anpassung des Prozesses eine Möglichkeit sein, die Absenzenzahlen zu reduzieren. Durch eine früh einsetzende Begleitung von erkrankten Mitarbeitenden, sind Vorgesetzte über den Zustand ihrer Mitarbeitenden informiert und können gegebenenfalls weitere

Massnahmen einleiten. Eine weitere Empfehlung betrifft die Umgestaltung von Arbeitsplänen. Hier ist es gewinnbringend, wenn die Arbeitspläne unter Einbezug der Mitarbeitenden gestaltet werden. So kann eher auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden, wodurch für sie die Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben verbessert werden kann. Die dritte Empfehlung richtet sich auf die Gestaltung des Arbeitsplatzes. Eine geeignete Einrichtung und die Verwendung von entsprechendem Mobiliar tragen zur Vorbeugung von wiederholten Belastungsschäden bei. Bei der Mobiliarauswahl sollte darauf geachtet werden, dass das Mobiliar den Tätigkeiten (überwiegend sitzend oder stehend) entspricht.

6.2 Ausblick

Abschliessend kann gesagt werden, dass die vorliegende Bachelorarbeit erste Ansatzpunkte geliefert hat, die weitere und umfassendere Untersuchungen benötigen. Es konnten erste Voraussetzungen für die Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen aus allgemeinen Voraussetzungen für ein BGM abgeleitet werden. Um explizite Voraussetzungen für die Implementierung von verhältnisorientierten Massnahmen benennen zu können, braucht es weitere Untersuchungen. Ebenso für die zweite Frage, welche verhältnisorientierten Massnahmen haben sich bewährt, könnten weitere Untersuchungen nützlich sein. Insbesondere für Unternehmen, die bis anhin keine oder nur wenige verhältnisorientierte Massnahmen umsetzen und sich in dem Bereich stärker entwickeln möchten.

Auf Basis der vorliegenden Ergebnisse, empfiehlt die Autorin folgenden Fragen in weiterführenden Untersuchungen nachzugehen:

- Welche Grundlage wird benötigt, dass Unternehmen vermehrt ein umfassendes BGM einführen und verhältnisorientierte Massnahmen weniger vernachlässigt werden?
- Welche verhältnisorientierten Massnahmen sind einfach umzusetzen und bringen den grössten Kosten-Nutzen-Effekt für ein Unternehmen?
- Kann ein gesunder Führungsstil von einzelnen Führungspersonen einen Einfluss haben, wenn das Unternehmen selbst die Gesundheit der Mitarbeitenden nicht als wichtig erachtet?

- Welchen Einfluss könnten weitere gesetzliche Bestimmungen im Bereich BGM auf die Umsetzung von verhältnisorientierten Massnahmen haben?

Literaturverzeichnis

- Ammendolia, C., Côté, P., Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Hartvigsen, J., Boyle, E., Soklaridis, S., Stern, P., & Amick III, B. (2016). Healthy and productive workers: Using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism. *BMC Public Health*, *16*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3843-x>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit* (A. Franke & N. Schulte, Übers.). Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, *8*(1), 19–32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Badura, B. (2002). Betriebliches Gesundheitsmanagement—Ein neues Forschungs- und Praxisfeld für Gesundheitswissenschaftler. *Journal of Public Health*, *10*(2), 100–118. <https://doi.org/10.1007/BF02962753>
- Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M., & Behr, M. (2013). Sozialkapital: Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg. In *Sozialkapital* (2., S. 11, 21). Springer-Verlag Berlin Heidelberg. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-642-36913-1>
- Badura, B., Walter, U., & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (2. Aufl.). Springer-Verlag Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-04337-6>
- Barth, A. (2018). Betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte für Bewegungsanbieter. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen. Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*

- (S. 91). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8>
- Bauer, G. (2008). Entwicklungsstand der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Schweiz: Basis für KMU-vital. In G. Bauer & M. Schmid (Hrsg.), *KMU-vital* (S. 31–36). vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Bauer, G., & Jenny, G. (2015). Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft. In K. Moser (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (2. Aufl., S. 207–224). Springer-Verlag Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-43576-2>
- Beck, D., Lenhardt, U., Schmitt, B., & Sommer, S. (2015). Patterns and predictors of workplace health promotion: Cross-sectional findings from a company survey in Germany. *BMC Public Health*, *15*(1), 343–343.
<https://doi.org/10.1186/s12889-015-1647-z>
- Blümle, A., Lagrèze, W. A., & Motschall, E. (2018). Systematische Literaturrecherche in PubMed. *Der Diabetologe*, *14*(3), 185–202. <https://doi.org/10.1007/s11428-018-0334-y>
- Blum-Rüegg, A. (2018). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen und Trends* (Nr. 7). Gesundheitsförderung Schweiz.
<https://gesundheitsfoerderung.ch/node/910>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe* (2007:14; S. 11–13). Institute for Futures Studies.
https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/187797/GoeranD_Policie_s_and_strategies_to_promote_social_equity_in_health.pdf?sequence=1

- Demou, E., Brown, J., Sanati, K., Kennedy, M., Murray, K., & Macdonald, E. B. (2016). A novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way. *Work*, 53(3), 597–608. <https://doi.org/10.3233/WOR-152137>
- Dragano, N. (2016). Arbeit und Gesundheit. In M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11010-9_11
- Ducki, A. (2000). *Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse*. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- EbM Netzwerk, & OST Ostschweizer Fachhochschule. (o.D.). *Rechercheprotokoll – RefHunter*. https://refhunter.org/research_support/rechercheprotokoll/
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. (1997). *Luxemburger Deklaration*. https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2022/01/26/1_luxembourg_declaration_2018.pdf
- Faller, G. (2017). Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 26). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85569-000>
- Faltermaier, T. (2018). Salutogenese und Ressourcenorientierung. In C.-W. Kohlmann, C. Salewski, & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung* (S. 85–97). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85770-000>

Faltermaier, T. (2020). Salutogenese. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.

<https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I104-2.0>

Füllemann, D., Inauen, A., Jenny, G., Moser, P., & Bauer, G. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben. Monitoring-Ergebnisse 2016* (Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 40).

Gesundheitsförderung Schweiz.

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Arbeitspapier_040_GFCH_2017-05_-_BGM_in_Schweizer_Betrieben.pdf

Füllemann, D., Schönholzer, T., Flükiger, N., Nauser, O., Jenny, G., Jensen, R., & Krause Andreas. (2021). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in der Schweiz: Monitoring-Ergebnisse 2020* (Gesundheitsförderung Schweiz Faktenblatt 61). Gesundheitsförderung Schweiz.

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/migration/documents/Faktenblatt_061_GFCH_2021-08_-_BGM_in_Schweizer_Betrieben.pdf

Galliker, S., Igic, I., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B., & Thommen, C. (2022). *Job-Stress-Index 2022. Monitoring von Kennzahlen zum Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz* (Faktenblatt 72). Gesundheitsförderung Schweiz.

https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2022-10/Faktenblatt_072_GFCH_2022-08_-_Job-Stress-Index_2022_2.pdf

Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien. (2017). *Wegleitung Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Friendly Work Space* (Version 01012017). Gesundheitsförderung Schweiz.

https://friendlyworkspace.ch/system/files/documents/2022-10/fws_bgm_kriterien_wegleitung-de_0.pdf

Grill, G., & Stadlhofer, U. (2010). *Endbericht des BGF-Projekts „Rundum g´ sund“ in den Service Centern der NÖGKK im Industrieviertel*. Niederösterreichische Gebietskrankenkasse. <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/1472%20Endbericht.pdf>

Halbe-Haenschke, B., & Reck-Hog, U. (2017). Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM. Methoden und Umsetzung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements. In *Die Erfolgsstrategie für Ihr BGM. Methoden und Umsetzung eines effektiven betrieblichen Gesundheitsmanagements* (S. 23,). Springer Gabler Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-15491-2>

Jöbstl, I., Zechner, E., & Steinwender, K. (2014). *&XUND. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse*. Jöbstl Gesellschaft m.b.H. https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Endbericht_2152_%26xund.pdf

Kohlbacher, M. (2008). Entwicklungsstand der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Schweiz: Basis für KMU-vital. In G. Bauer & M. Schmid (Hrsg.), *KMU-vital* (S. 23–30). vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.

Kolip, P., Ackermann, G., Ruckstuhl, B., & Studer, H. (2019). Gesundheitsförderung mit System. Qualitätsentwicklung in Projekten und Programmen der Gesundheitsförderung und Prävention. In *Gesundheitsförderung mit System* (2., S. 115, 116, 251). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/86017-000>

- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz, & S. Stock (Hrsg.), *Grundlagen und Konzepte von Prävention und Gesundheitsförderung* (5. Aufl., S. 51–52). Hogrefe.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Physical Therapy*, 89(9), 873–880. <https://doi.org/10.1093/ptj/89.9.873>
- Noblet, A., & Lamontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International*, 21(4), 346–353. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal029>
- Olafsdottir, L. (2004). Prevention, health and safety program in companies provide a more successful and healthier workplace. *Work*, 22(1), 27–30.
- Peters, M. D. J., Godfrey, C. M., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Soares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evidence Implementation*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- Pronk, N. (2012). Integrated Worker Health: The Fusion of Worker Health Protection and Promotion. *ACSM's Health & Fitness Journal*, 16(1), 37–40. <https://doi.org/10.1249/FIT.0b013e31823d057c>
- Punnett, L., Cavallari, J. M., Henning, R. A., Nobrega, S., Dugan, A. G., & Cherniack, M. G. (2020). Defining „Integration“ for Total Worker Health®: A New Proposal. *Annals of Work Exposures & Health*, 64(3), 223–235. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa003>

- Rossi, P., Miele, F., & Piras, E. M. (2022). The co-production of a workplace health promotion program: Expected benefits, contested boundaries. *Social Theory & Health: STH*, 1–20. <https://doi.org/10.1057/s41285-022-00186-4>
- Skagert, K., & Dellve, L. (2020). Implementing Organizational WHP Into Practice: Obstructing Paradoxes in the Alignment and Distribution of Empowerment. *Frontiers in Public Health*, 8, 579197. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.579197>
- Stessl, C. (2019). *BGM. Endbericht zur Verbreitung der Projekterfahrungen und Ergebnisse*. Steirische Tierkörperverwertung GmbH & Co KG. <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/project-attachments/Endbericht%20final%20V1.pdf>
- Struhs-Wehr, K. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung. Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM* (S. 11). Springer.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition / Supplement*. The Joanna Briggs Institute
- von Elm, E., Schreiber, G., & Haupt, C. C. (2019). Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.004>
- WHO. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- World Economic Forum. (2007). *Working Towards Wellness: Accelerating the prevention of chronic disease*.

<https://tools.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp->

[content/uploads/sites/2/Working-Towards-Wellness-WEF-PWC.pdf](https://tools.kenniscentrumsportenbewegen.nl/wp-content/uploads/sites/2/Working-Towards-Wellness-WEF-PWC.pdf)

Wrage, W., Sikora, A., & Wegewitz, U. (2022). Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements: Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgröße? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*.

<https://doi.org/10.1055/a-1791-1122>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Dimensionen des BGMs	8
Abbildung 2 BGM-Pyramide	11
Abbildung 3 Ansatzpunkte und Massnahmenfelder des BGMs	12
Abbildung 4 PRISMA	19
Abbildung 5 Länder der eingeschlossenen Artikel	21

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ein- & Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche	16
Tabelle 2 Übersicht einbezogene Literatur	20
Tabelle 3 Identifizierte verhältnisorientierte Massnahmen	25

Eigenständigkeitserklärung und Wortzahl

Eigenständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.

Ort, Datum und Unterschrift

05. Mai 2023

Wortzahl

Wortzahl des Abstracts: 178 Wörter

Wortzahl der Arbeit: 9231 Wörter

(exkl. Titelblatt, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge)

Anhang

Anhang A: Suchbegriffe & Begründung für Ausschluss

Tabelle A

Suchkomponenten	Suchbegriffe	Synonyme	Englische Begriffe
Suchkomponente 1: Studienpopulation	Arbeitnehmende	Angestellte / Angestellten Arbeitskraft Belegschaft Mitarbeitende Mitarbeiter Mitarbeiterin	employee employees staff worker workforce
Suchkomponente 2: Konzept	Verhältnisorientierte Massnahmen	Intervention Mittel Programm Projekt Strukturebene Verhältnisebene verhältnisorientiert	intervention / interventions measure / measurement / measuring organization-based project / projects program / programs ratio / ratios ratio-oriented measures ratio prevention structure / structures
	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Gesundheitsförderung Betriebliche Gesundheitsförderung Gesundheitsförderlich Gesundheitsmanagement am Arbeitsplatz	health management occupational health management operational health management workplace health management workplace health promotion
	Voraussetzungen	Basis Faktoren Fundament Rahmen Rahmenbedingungen Voraussetzungen Vorbedingung	condition / conditions general condition / general conditions precondition / preconditions prerequisite / prerequisites presupposition / presuppositions requirement / requirements
Suchkomponente 3: Kontext	Unternehmen	Arbeit Arbeitsort Arbeitsplatz Arbeitsstelle Betrieb Organisation	company companies organization / organisation work workplace

Anmerkung: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Rechercheprotokoll für eine systematische Literaturrecherche von RefHunter (EbM Netzwerk & OST Ostschweizer Fachhochschule, o.D.).

Begründung für nicht gewählte Stichwörter:

Suchkomponente 2: «Aktion/action/activity» zu ungenauer Bezug zum Konzept, «public health» da zu viele ungenaue Treffer, «organisational development» und «Gesundheitsförderung/health promotion» zu ungenaue Beschreibung des Konzepts

Anhang B: Suchstring

Die Suche mit den Suchstrings in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed ist am 21.4.23 durchgeführt worden. Die Suche in den Datenbanken Good Practice und Fonds Gesundes Österreich wurden am 28.4.2023 durchgeführt wurden.

Tabelle B

Suchkomponente	Suchstring: Fachdatenbank PubMed	Suchstring: Fachdatenbank CINAHL via EBSCOhost	Suchstring: Plattform Good Practice	Suchstring: Fonds Gesundes Österreich
Suchkomponente 1: Studienpopulation	employee OR employees OR staff OR worker OR workforce AND	employee OR employees OR staff OR worker OR workforce AND		
Suchkomponente 2: Konzept	intervention OR interventions OR measure OR measurement OR measuring OR organization-based OR project OR projects OR program OR programs ratio OR ratios OR ratio-oriented measures OR ratio prevention OR structure OR structures AND	intervention OR interventions OR measure OR measurement OR measuring OR organization-based OR project OR projects OR program OR programs ratio OR ratios OR ratio-oriented measures OR ratio prevention OR structure OR structures AND	Verhältnisorientiert OR Verhältnisse OR verhältnisorientierte Massnahmen	Verhältnisorientiert OR Verhältnisse OR Verhältnisorientierung
	health management OR occupational health management OR operational health management OR workplace health management OR workplace health promotion AND	health management OR occupational health management OR operational health management OR workplace health management OR workplace health promotion AND	betriebliches Gesundheitsmanagement	betriebliches Gesundheitsmanagement
	condition OR conditions OR general condition OR general conditions OR precondition OR preconditions OR prerequisite OR prerequisites OR presupposition OR	condition OR conditions OR general condition OR general conditions OR precondition OR preconditions OR prerequisite OR prerequisites OR presupposition OR		

Suchkomponente	Suchstring: Fachdatenbank PubMed	Suchstring: Fachdatenbank CINAHL via EBSCOhost	Suchstring: Plattform Good Practice	Suchstring: Fonds Gesundes Österreich
	presuppositions OR requirement OR requirements	presuppositions OR requirement OR requirements		
	AND	AND		
Suchkomponente 3: Kontext	company OR companies OR organization OR organisation OR work OR workplace	company OR companies OR organization OR organisation OR work OR workplace	Betriebe	
Anzahl Treffer	97	244	0	16

Anmerkung: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Rechercheprotokoll für eine systematische Literaturrecherche von RefHunter (EbM Netzwerk & OST Ostschweizer Fachhochschule, o.D.).

Anhang C: Extraktionstabelle

Tabelle C

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
1	<p>Evangelia Demoua, Judith Browna, Kaveh Sanatia, Mark Kennedyb, Keith Murrayb, Ewan B. Macdonalda</p> <p>A novel approach to early sickness absence management: The EASY (Early Access to Support for You) way</p> <p>2016</p> <p>Quantitative Befragung Zweck Evaluation EASY</p> <p>Schottland</p>	<p>Mitarbeitende der nationalen Gesundheitsstellen in Lanarkshire</p> <p>Fragebogen wurde an 1000 MA versendet, die eine Absenz zwischen Jan-April 2012 hatten, keine weiteren demografischen Angaben zu den MA</p>	<p>Verringerung der Absenzzahlen</p> <p>Beschreibung und Untersuchung der Komponenten eines neuartigen Absenzen-Management «EASY» zu beschreiben, zu untersuchen und den möglichen Einfluss auf Absenzzahlen zu diskutieren</p>	<p>Innovativer Ansatz für ein früh eingreifendes Absenzenmanagement «EASY» (early access to support for you), basiert auf der Grundlage des Bio-psycho-sozialen-Modelles, EASY beinhaltet folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufrechterhaltung Kontakt zum Arbeitnehmenden/Arbeitgebenden - Früher Kontakt mit Betriebsarzt/Pflege - bio-psycho-soziales Fallmanagement unter Anwendung kognitiven Verhaltensprinzipien - muskuloskeletale Interventionen durch Physiotherapeut:in - psychosoziale Beratungsintervention - Arbeitsanpassungen - Schrittweise Rückkehr an den AP - Massnahmen zur GF <p>Alle MA wurden über die Einführung von EASY durch umfassende Kommunikationsmassnahmen informiert, die MA hatten die Möglichkeit Bedenken zum neuen Programm zu äussern. EASY beinhaltet ab 1. Abwesenheitstag Casa-Management Ansätze, ist ein System zur Meldung & Erfassung von Ausfällen, bei jedem gemeldeten Fall wird mit Zustimmung der Mitarbeitenden zur Teilnahme ihre anonymisierten Daten eingeholt -> diese werden in einer Datenbank eingegeben, dass eigens dafür entwickelt wurde. Ab dem ersten Meldetag wird mit den MA Kontakt aufgenommen, dabei werden sie nach ihren Daten und Art der Krankheit befragt. Zudem werden erste Fragen zur Art der Unterstützung die ev. benötigt wird gestellt. Wenn 3 Tage nach Meldung immer noch abwesend, folgt erneuter Anruf von EASY. Nach</p>	<p>Erst-Kontakt (mit Sachbearbeiter:in) wird nicht als hilfreich empfunden. Den meisten MA wurden Ratschläge zum weiteren Vorgehen gegeben, 57% nahmen diese an. Am häufigsten wurden angeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beratung Arbeitsmedizin (44%) - Infektionskontrolle (18%) - Mitarbeitendenberatung (16%) <p>Am häufigsten wurde die Telefonnummern der Arbeitsmedizinischen Dienste (70 %) & der Dienst für Muskel-Skelett-Erkrankungen (66 %) gewählt. Weniger häufig nahmen die MA die MA-Beratung (28 %), Erkältungs-/Grippe-tipps (33,3 %) & Ratschläge zur Infektionskontrolle (31,0 %) in Anspruch.</p> <p>Faktoren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eigens erstellte Datenbank, für die Aufzeichnung & Weiterverfolgung von kranken MA - Dadurch konnte gemessen werden, wer, wie lange, wann und warum abwesend - Das half bei der strategischen Entwicklung von weiteren Massnahmen. - Wenn MA, AG & Gesundheitsdienst zusammenarbeiten und Interventionen für die abwesende Person vornehmen, waren diese wirksamer, als wenn allgemeine und nicht multidisziplinäre Massnahmen umgesetzt wurden. 	<p>35% der MA gaben an, EASY als sehr hilfreich/hilfreich zu empfinden, 51% gaben eine neutrale Antwort und 14% gaben an, diesen nicht hilfreich gefunden zu haben</p> <p>60% der VG gaben an, dass sie sich durch EASY während der Abwesenheit ihrer MA involviert fühlten, 82% fanden es nützlich, um den VG während einer Abwesenheit zu unterstützen, 69% gaben an, einen positiven Eindruck von EASY zu haben</p> <p>Die Absenzzahlen konnten im Vergleich zu anderen</p>

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
				<p>10 Tagen wird der Fall an den arbeitsmedizinischen Dienst überwiesen & nach Bedarf ein Case-Manager:in miteinbezogen. Nach jedem Kontakt wird der VG über die Situation des MA informiert.</p> <p>MA wurden mittels Umfrage zu EASY befragt.</p>		<p>Dienststellen verringert werden und Kosten für Überstunden eingespart werden. Weniger Abwesenheiten ->mehr Personal</p>
2	<p>Laura Punnett, Jennifer M. Cavallari, Robert A. Henning, Suzanne Nobrega, Alicia G. Dugan, Martin G. Cherniack</p> <p>Defining 'Integration' for Total Worker Health®: A New Proposal</p> <p>2020</p> <p>Bericht & Fallstudie</p> <p>USA</p>	<p>Bezieht sich nicht auf eine spezielle Zielgruppe von MA</p>	<p>Ziel des Programms: Zusammenführung des traditionellen Arbeitsschutzes mit Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Sie hatten einen breiten Schwerpunkt auf Arbeitsplatzprogramme zur Verbesserung der Sicherheit, der Gesundheit und des Wohlbefindens der MA</p> <p>Definition einheitlicher Kriterien für die Definition von Total Worker Health, um Programme zu vergleichen</p>	<p>Programm Total Worker Health (TWH) entwickelt vom Nationalen Institut für Sicherheit und Gesundheit am AP. Ziel des Programms ist es, die Gesundheit der MA durch die Integration von Gesundheitsschutz mit «Aktivitäten, die das allgemeine Wohlbefinden fördern» zu verbessern. Unter Gesundheitsschutz wird die Verhinderung von arbeitsbedingten Krankheiten & Verletzungen verstanden. Die wissenschaftliche Begründung für integrierte TWH-Programme ist, dass sich das berufliche & private, sowie das persönliche Gesundheitsverhalten & -zustand als Risikofaktor für Verletzungen & Krankheit zeigen. Basierend auf unterschiedlicher Literatur haben Forschende des Centers for Promotion of Health in the New England Workplace vier Indikatoren aus dem Kernkonzept (Kombination der beiden Ansätze) identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordinierung der Ziele & Aktivitäten zwischen dem Arbeitsschutz & Gesundheitsförderung Massnahmen in einem Pflegeheim: verbessertes Angebot an Verkaufsautomaten & Betriebsküche mit gesünderem Essen - Die Beurteilung ist darauf ausgerichtet, sowohl Gefährdungen, die die Gesundheit beeinflussen am Arbeitsplatz & ausserhalb zu erkennen - Die Interventionen zielen vorrangig auf die Verringerung der Faktoren am Arbeitsplatz ab, die zu einer schlechten Gesundheit, Sicherheit oder einem schlechten Wohlbefinden beitragen 	<p>Es ist festgestellt worden, dass es für die Gesundheit der MA wichtig ist, Programme und Strategien zur Sicherheit & Gesundheitsschutz zusammen mit Gesundheitsprogrammen & verhaltensbezogener Gesundheit zu betrachten, die beiden Strategien sollten verknüpft werden</p> <p>Es braucht die Unterstützung durch die GL, für den Erfolg jeden Projektes.</p> <p>Partizipation der MA ist notwendig, um Arbeitsplatzmerkmale & Arbeitsprozesse zu verstehen, die das Gesundheitsverhalten oder die Teilnahmen an bestimmten Aktivitäten behindern.</p>	<p>Keine Angaben</p>

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
				- Partizipative Prozesse befähigen die MA bei der Priorisierung von Zielen mitzuarbeiten, Grundursachen zu ermitteln, sich an Entscheidungen zu Interventionen & Gestaltung von Programmen zu beteiligen & interpretieren die Ergebnisse aus Sicht AG & MA		
3	Carlo Ammendolia, Pierre Côté, Carol Cancelliere, J. David Cassidy, Jan Hartvigsen, Eleanor Boyle, Sophie Soklaridis, Paula Stern, Benjamin Amick Healthy and productive workers: using intervention mapping to design a workplace health promotion and wellness program to improve presenteeism 2016 Qualitativ, Interventions-Mapping, Mixed-Method Kanada	Finanzdienstleistungs-Unternehmen 2 Standorte Unternehmen war dabei, das Gesundheits- & Wellness-programm umzugestalten Alle TN waren volljährig Anzahl: 8000 MA 75% aller MA waren weiblich, 45% aller MA waren zwischen 40-50 Jahren	Ausarbeitung spezifische Aktionspläne zu folgenden Punkten - Festlegung Bedarf zur Verringerung Präsentismus am AP & Priorisierung der spezifischen gesundheitlichen Risikofaktoren - detaillierte Dokumentation der Schritte & Ergebnisse des Interventions-mapping - Darstellung Stärken & Grenzen des Interventions-mapping-Ansatzes - Gesundheit MA verbessern & Krankenstand zu verringern	Interventionsmapping ist eine Methode zur Entwicklung & Gestaltung komplexer Interventionen oder Programme: Die Kartierung von Interventionen ist ein systematischer & umfassender Ansatz zur evidenz- & theoriegestützten Programmentwicklung mit dem Ziel, unter Einbezug der Interessenvertretenden Interventionen/Programme auf die Bedürfnisse einer bestimmten Bevölkerungsgruppe zuzuschneiden. Schritte des Interventionsmapping: 1. Bedarfsermittlung, 2.-4. Anfängliche Entwicklung, 5. Planung Umsetzung, 6. Bewertung & Optimierung. In der Studie wurden die Schritte 1-4 durchgeführt. Das Unternehmen hatte bereits einige Massnahmen für die Gesundheit der MA. Neu hinzukommen: zum Thema psychische Gesundheit - Entwicklung umfassender Kommunikationsstrategie, regelmässige Fokusgruppen für MA, monatliche Webinare, Ziel Kommunikationsstrategie: Netzwerk entwickeln, wo sich die MA drin wohlfühlen, um über persönliche Themen zu sprechen, Kommunikation soll auch der Sensibilisierung dienen. Integration und Harmonisierung der verschiedenen Initiativen zur psychischen Gesundheit in gesamter Organisation, Einsetzung Verantwortliche:r für psychische Gesundheit, geplant Schulung für Führungskräfte obligatorisch zu machen. Plan für Managementebene: Einbezug von Gesundheits- & Wellnessziele in Leistungsmanagementprozess, dies unterstrich Notwendigkeit eines Kulturwandels, auf Ebene GL.	Befragte Führungskräfte sehen in der Umwelt folgende Risikofaktoren für Präsentismus: Stress/Anforderungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzkultur, sitzende Haltung (am Telefon/ Computer, schlechte Ergonomie), lange Pendelzeiten, Schichtarbeit, Cafeteria & zusätzlicher Stress durch schlechte Wirtschaftslage, die sich auf Unternehmensgewinne auswirken. Erhöhung Engagements der MA, Kommunikation und Nachhaltigkeit aktueller Massnahmen -> alle diese Bereiche braucht es für die Verbesserung der individuellen Gesundheit. Die MA Befragung lässt vermuten, dass die MA die Arbeitskultur als negativ betrachten, das könnte in Verbindung mit Fehlzeiten gebracht werden. Empfehlungen mit hoher Priorität bezogen sich auf Strategien zur Veränderung der Arbeitsplatzkultur, die die Gesundheit der MA & GF mit Unternehmensgewinn gleichstellt. Die Einflussfaktoren auf den Präsentismus: stressbedingte Faktoren am AP, persönlicher Gesundheitszustand & andere Faktoren. Stressbedingte Faktoren am AP sind auf Anforderungen des Arbeitsumfeldes zurückzuführen (hohe Arbeitsanforderungen, Arbeitskontrolle, schlechtes Arbeitsklima).	Es wurden Strategien vorgeschlagen, um die "Botschaft mit der Handlung" in Einklang zu bringen. Die Organisation gibt zwar an, dass sie Wert auf einen gesunden Arbeitsplatz legt, die derzeitigen Praktiken, Richtlinien und die Handlungen der VG & der GL lassen etwas anderes vermuten.

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
				<p>Verbesserte Kommunikation unter Einbezug von mehreren Kanälen & verschiedenen Ansätze zur Erreichbarkeit. Aus Organisationssicht gab es Pläne zur Verknüpfung der Unternehmenszielen mit den Gesundheitszielen, das würde die Beteiligung & Engagement erhöhen (z.B. Botschafter auf MA Ebene).</p>		
4	<p>Katrin Skagert, Lotta Dellve</p> <p>Implementing Organizational WHP Into Practice: Obstructing Paradoxes in the Alignment and Distribution of Empowerment</p> <p>2020</p> <p>holistischer Fallstudien- ansatz</p> <p>Schweden</p>	<p>Krankenhaus in Schweden</p> <p>Anzahl: 4500 MA 82% Frauen, 18% Männer</p>	<p>Beschreibung Implementierungs- prozesse & interagierende Mechanismen & Hindernisse, die dem Scheitern von BGM- Projekten zugrunde liegen, kritisch zu analysieren.</p> <p>Identifikation von Hindernissen auf jeder Ebene, die an den entscheidenden Prozessen beteiligt waren & die die Verteilung von Empowerment auf die Systemebene behindern.</p>	<p>Die Initiative zur BGF ging vom Bezirksrat aus. Ein Lenkungsausschuss aus Gewerkschafts- & Arbeitgebervertretern auf höchster Ebene beschloss, einen weiteren Schritt zur Umsetzung der BGF in die Praxis zu unternehmen. Sie identifizierten ein Krankenhaus als bevorzugte Organisation für eine solche Umsetzungsinitiative.</p> <p>Für die Analyse des Implementierungsprozesses wurden auf die vorhandene Dokumentation, Protokolle etc zurückgegriffen. Ergänzend dazu wurden Interviews mit Führungspersonen geführt & die MA befragt. Ergebnisse aus der Analyse: Planungsphase für die Implementierung dauerte 1 ½ Jahre, Projektverantwortung ging ans HR, es wurde eine Projektleiterin eingestellt für die Erstellung des Plans. Das Projekt enthielt Ziele & Aktivitäten auf den Ebenen Organisation, Arbeitsplatz und Individuum. Aktive Phase, da wo konkrete Aktivitäten hätten umgesetzt werden sollen, wurden diese von Führungspersonen aus wirtschaftlichen und zeitlichen Gründen abgelehnt, die Massnahmen hätten sich hauptsächlich auf die organisatorischen Bedingungen fokussiert.</p> <p>- In dieser Zeit gab es 2 Projektleitungswechsel Integrierende Phase: Beurteilung Auswirkungen des Projektes, aus der Analyse des Projektes ging hervor, dass alle Initiativen für geplante Massnahmen die vorgeschlagen worden, von der Krankenhausleitung nicht genehmigt wurden.</p>	<p>Als Verantwortliche für die Nicht-Umsetzung von Massnahmen in der aktiven Phase wurden die Führungspersonen angesehen & die Gründe von unklarer Kommunikation, Verteilung der Verantwortung für Aktivitäten oder fehlende Entscheidungsbefugnisse.</p> <p>MA & Führungspersonen hatten unterschiedliche Ansichten über die Gesundheit</p> <p>Unterschiedliche Auffassung, ob es sich bei der Umsetzung um personalbezogene Prozesse oder organisatorische Verbesserungsprozesse handelte. Dies trug zu einer mangelnden Abstimmung & Verantwortlichkeit von Massnahmen bei.</p> <p>Wichtiges Hindernis war die Abwälzung der Verantwortung für die Umsetzung auf eine "Satellitengruppe", die nur lose in der Organisation verankert war & wenig Macht hatte. Die Unterbringung des BGMs bei einer kleinen Gruppe innerhalb der Personalabteilung diente der Isolierung des Projekts.</p> <p>Der Governance-Ansatz (Distanzierung & Loslösung) brachte keine verbindliche Regelung des BGMs, getrennte Ergebnisverantwortung & Aufteilung von Zuständigkeiten, enger Fokus auf delegierte Aufgaben, Beibehaltung schlechter organisatorischer Voraussetzungen & Unterstützung (personelle Ressourcen) für</p>	<p>Implementierung war nicht erfolgreich, es wurde viel über Absichten, Interesse & Werte geredet & Politik betrieben, jedoch wurde wenig gehandelt & umgesetzt</p>

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
					<p>Entwicklungen des BGMs. Zusätzlich brachte es die Isolierung des BGMs von anderen Organisationsentwicklungen.</p> <p>Eingeschränkte Kommunikation: dies bewirkte bei MA & Führungspersonen, dass sie sich weniger verantwortlich fühlten & weniger den Überblick über die Projekte hatten.</p>	
5	<p>David Beck, Uwe Lenhardt, Britta Schmitt & Sabine Sommer</p> <p>Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany</p> <p>2015</p> <p>Sekundär-analyse</p> <p>Deutschland</p>	<p>Unternehmen in DE</p> <p>Anzahl: 6'500 Unternehmen mit mind. einer/einem Mitarbeitenden</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kombinationen von BGM-Massnahmen, die verschiedene Entwicklungsstufen der BGM-Praxis repräsentieren - Schätzung der Gesamtprävalenz dieser BGM-Muster in allen deutschen Unternehmen - Bestimmung der Faktoren, durch die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens dieser BGM-Muster beeinflusst wird 	<p>Teilnehmende Unternehmen wurden zu folgenden Punkten befragt: Analyse von Krankenstandsdaten, Ma-Befragungen zur Gesundheit am AP, betriebliche Bewegungsprogramme, Gesundheitszirkel oder ähnliche partizipative Gruppen, Suchtprävention, individuelle Gesundheitsüberprüfungen.</p> <p>Die befragten Unternehmen gaben folgendes an: Unter den untersuchten BGM-Massnahmen sind individuelle Gesundheitschecks & MA-Befragungen am weitesten verbreitet, gefolgt von Analyse von Krankheitsdaten, innerbetrieblichen Bewegungsprogrammen, Gesundheitszirkeln & ähnliche partizipative Gruppen, Suchtpräventionsprogrammen.</p> <p>Von grossen Unternehmen (ab 250 MA) sind knapp die Hälfte im BGM-Bereich sehr aktiv, von den kleinen Unternehmen ist es jedes 10te. Zudem ist die höchste Stufe der erfragten BGM Massnahmen vor allem von Firmen im öffentlichen Sektor umgesetzt worden.</p>	<p>Unternehmensgrösse hat einen Einfluss auf den Ausprägungsgrad der BGM/BGM-Massnahmen.</p> <p>Gute ökonomische Situation, Vorhandensein GL, Verfügbarkeit von Sicherheitsfachkräften & Verfügbarkeit von Fachkräften für Arbeitsmedizin waren ebenfalls mit dem Umsetzungsgrad verbunden.</p> <p>2 von 10 Unternehmen haben angegeben, dass sie sich mit den Arbeitsbedingungen & der MA-Beteiligung auseinandersetzen.</p> <p>Studie bestätigte die Annahme, dass umfassende Formen des BGMs immer noch eher die Ausnahme sind.</p> <p>Anspruchsvolle Varianten des BGMs werden in kleineren und wirtschaftlich bedrohten Unternehmen eher selten umgesetzt.</p> <p>Öffentliche Einrichtung haben eine 44%ige höhere allgemeine BGM-Prävalenzrate als privatwirtschaftliche Firmen.</p>	Keine Angaben
6	<p>Wiebke Wrage, Alexandra Sikora, Uta Wegewitz</p> <p>Verbreitung des betrieblichen Eingliederungsmanagements:</p>	<p>Erwerbstätige ab 18 Jahren, mit einer Arbeitszeit von mind. 10 h pro Woche in DE für Beruf/Ausbildung & innerhalb der letzten 12</p>	<p>Aufzeigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenhang von BEM-Angebot mit den strukturellen betrieblichen Merkmalen Betriebsgrösse, Wirtschaftsbereich, Vorhandensein von 	<p>Von allen Befragten wurde nur 40% ein BEM angeboten. 68% haben dieses Angebot angenommen, Männer & Frauen haben das Angebot etwa gleich häufig in Anspruch genommen.</p> <p>Es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Häufigkeit eines BEM-Angebots & Betriebsgrösse, Wirtschaftsbereich, BGM-Massnahmen, MA-</p>	<p>In Betrieben wo BEM-Angebote angeboten wird, in denen hat das Thema Gesundheit allgemein einen höheren Stellenwert & es werden in diesen Betrieben mehr BGM-Massnahmen angeboten.</p> <p>Die VG haben eine wichtige Rolle, zweit stärkster Aspekt in Bezug auf Angebot von BEM, war das Lob & Wertschätzung von VG.</p>	<p>Es gibt nach wie vor grossen Nachholbedarf betreffend Umsetzung BEM</p> <p>Fokus auf Gesundheit aller MA & somit die</p>

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
	<p>Sind Gesundheitsorientierung und soziale Ressourcen bedeutsamer als Betriebsgrösse? Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2018</p> <p>2022</p> <p>Statistische Überprüfung der Befragung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) & Bundesanstalt für Arbeitsschutz & Arbeitsmedizin (BAuA)</p> <p>Querschnittsstudie (quantitative Befragung)</p> <p>Deutschland</p>	<p>Monate insgesamt länger als 30 Arbeitstage krank gewesen</p> <p>Anzahl Studienteilnehmende: 17'324</p>	<p>Betriebsrat/Personalrat, Angebot von BGF-Massnahmen, subjektiv wahrgenommenen betrieblichen Merkmalen aus dem Bereich der sozialen Ressourcen wie unterstützendes Verhalten von VG Kolleg:innen sowie gutes Betriebsklima als Hinweise auf einen gesundheitsorientierten Betrieb</p> <p>- Zusammenhang von BEM-Inanspruchnahme mit den oben genannten Merkmalen zusätzlich soll der Zusammenhang von BEM-Inanspruchnahme mit personenbezogenen Merkmalen Geschlecht, Alter & Dauer der Arbeitsunfähigkeit aufgezeigt werden</p>	<p>Vertretung. In Betrieben mit 250 MA & mehr wurde häufiger ein BEM angeboten als in kleineren Betrieben. MA in öffentlichen Verwaltungen wurde häufiger ein BEM angeboten als MA im Privatsektor.</p> <p>Von Personen, die angaben nie Lob & Anerkennung von direkten VG zu erhalten, bekamen weniger als ¼ ein BEM angeboten, MA die sich häufiger als Teil einer Gemeinschaft am AP fühlen & häufiger soziale Unterstützung von Kolleg:innen & VG erhielten wurde überdurchschnittlich häufig ein BEM angeboten</p>	<p>In kleineren Betrieben, Dienstleistungs- & Handwerksbetrieben wurde das BEM-Angebot am häufigsten angenommen -> ein Grund dafür könnte sein, dass es in diesen Betrieben eine grössere Nähe & Vertrauen zwischen den Beteiligten gibt & das Angebot als persönlicher wahrgenommen wird.</p>	<p>Integration von Massnahmen zur Prävention von Belastungen & Erkrankungen mit solchen zur Wiederherstellung der Gesundheit und zur Gesundheitsförderung scheint auch vor dem Hintergrund der vorliegenden Analyse am sinnvollsten.</p>
7	<p>Lovisa Olafsdottir</p> <p>Prevention, health and safety program in companies provide a more</p>	<p>Mitarbeitende allgemein</p> <p>Keine weiteren demografischen Angaben.</p>	<p>Beantwortung folgender Fragestellung: Welche Methoden sind geeignet, wenn das Gesundheits- und Sicherheitsmanagement am Arbeitsplatz von</p>	<p>Sich wiederholende Bewegungen und schlechte Arbeitstechniken erhöhen die Belastung für bestimmte Muskelgruppen. Wenn solche Gewohnheiten beibehalten werden, kommt es zu einer verminderten Durchblutung bestimmter Muskelgruppen, wodurch diese Bereiche noch stärker belastet werden. Durch langes Sitzen kann das noch verstärkt werden. Deshalb ist es wichtig,</p>	<p>Ein gut gestalteter AP, der flexibel & auch (höhen-)verstellbar ist, ist der Schlüssel zur Vorbeugung von wiederholenden Belastungsschäden oder anderen Krankheiten, die mit bestimmten Arbeitsplätzen oder beruflichen Aufgaben verbunden sind.</p>	<p>Keine Angaben</p>

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
	successful and healthier workplace 2004 Bericht Island		grösster Bedeutung ist?	einen gewissen Bewegungsspielraum zu bieten & den AP so zu gestalten, dass die MA in regelmässigen Abständen aufstehen & sich bewegen müssen. Möglichkeit dies in Büro-AP zu integriere: Drucker weiter weg zu platzieren & den Arbeitsbereich so zu gestalten, dass die Beschäftigten mind. 1 KM pro Tag laufen, höhenverstellbare Stühle in Bereichen wo MA lange stehen müssen. Prävention: diese erfolgt in 3 Schritten 1. Arbeitsbedingte Stresssyndrome, Verletzungen, Schäden oder Unfällen vorbeugen 2. Fortschreiten bestehende Arbeitsbelastungen zu stoppen 3. Arbeitsbedingte Stresssyndrome, Verletzungen oder Schäden zu behandeln & Berufsunfähigkeit zu verhindern Gesundheits- & Sicherheitsberatungen sind entscheidend für die ersten 2 Schritte	Hochwertiges Personalmanagement & ein Management, dass Wert auf gesunde Arbeitsbeziehungen legt, ist wichtig. Massnahmen für Gesundheit & Sicherheit am AP werden jedoch eher aufgrund gesetzlicher Vorgaben als freiwillig durchgeführt. Massnahmen für Gesundheit & Sicherheit sollten Bestandteil der Managementstruktur werden & die damit verbundenen Kosten als eine langfristige Investition in ihr Image angesehen werden. Voraussetzungen für die Einsetzung eines Gesundheits- & Sicherheitsmanagement: - Hinarbeiten von MA & VG auf ein gemeinsames Ziel «einen gesünderen & sichereren AP zu schaffen» - Veränderungen müssen realistisch & für alle Beteiligten erreichbar sein - Klare Definition, welche Verantwortung die AG haben - Als 1. muss definiert werden, welche Analysemethoden eingesetzt werden, dann AP durch Fachleute auf Stärken & Schwächen untersuchen, dabei sollten sie Arbeitsmethoden, AP-Anpassungen & Fähigkeit einzelner MA beurteilen - Ebenfalls müssen Arbeitsprozesse, Kommunikationsfluss & Verhältnis zwischen Arbeitsbelastung & Stress der MA analysiert werden	
8	Paolo Rossi, Francesco Miele, Enrico Maria Piras The co-production of a workplace health promotion	Multidisziplinäres Forschungs- institut Anzahl: 500 MA MA sind in Forschung & Büro (HR,	Fragestellungen: - Wie können sich verschiedene Akteure auf ein gemeinsames Programm zur betrieblichen Gesundheits- prävention einigen?	Das ursprüngliche Programm richtete sich nur an MA mit hohem Risiko für Herz-Kreislauf- Erkrankungen &/oder Diabetes Typ2, es wurde jedoch herausgefunden, dass nur ca. 30 MA der 500 Risiken hatten. Durch die Anzahl hielten es einige Projektbeteiligte, nicht vertretbar nur für eine geringe Anzahl ein Programm einzuführen. Es wurde ein umfassenderes Präventionsprogramm für alle MA gefordert. Durch	Einbezug der Mitarbeitenden während des Prozesses Zur Frage 1: Einbezug unterschiedlicher Perspektiven der einzelnen Interessensgruppen. Die Gestaltung eines BGF-Programms kann zu Unstimmigkeiten zwischen den Beteiligten führen.	Keine Angaben

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
	<p>program: expected benefits, contested boundaries</p> <p>2022</p> <p>Qualitative Programm- analyse des Programms KeyToHealth, Weiterentwickl- ung zu Co- Produktions- prozess</p> <p>Italien</p>	<p>Management, Verwaltung) tätig</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Halten sich die MA an die im Rahmen eines BGMS vorgeschlagenen Aktivitäten? - Unter welchen Bedingungen wird ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung von den Hauptnutzenden, den MA, akzeptiert? 	<p>diese Änderung ergab es sich, dass die Mitarbeitenden neu miteinbezogen wurden. Sie waren überzeugt, dass der Einbezug der Mitarbeitenden zum Erfolg des Programms beiträgt. Fokusgruppen für die Programmerweiterung: damit wurden die MA in die Gestaltung mit einbezogen & das Programm konnte so bei den MA bekannt gemacht werden, das ursprüngliche Programm wurde angepasst & beinhaltet nun folgendes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Individuelle Bewertung der Gesundheitsrisiken am AP durch den Betriebsarzt - Nutzung eigener App zu Ernährungstipps - Durch den Freizeitclub wurden zusätzliche Initiativen entwickelt: Seminare mit Ernährungsberatern, Kurse für Haltungsgymnastik & eine Walking-Gruppe - Überwachung Gesundheitszustand & Verbesserung des Programms & der angebotenen Aktivitäten, z.B: Referate über gesunde Lebensweisen 	<p>BGF-Programme sollten unter ethischen Gesichtspunkten konzipiert werden, ethische Bedenken sollen sich auf den Eingriff eines BGF-Programms in die individuellen Lebensgewohnheiten & Präferenzen beziehen. Gewisse Dimensionen des BGF könnten von einigen MA abgelehnt werden.</p>	
9	<p>Andrew Noblet, Anthony D. LaMontagne</p> <p>The role of workplace health promotion in addressing job stress</p> <p>2006</p> <p>Literaturarbeit & Fallbeispiel</p> <p>Australien</p>	<p>Mitarbeitende allgemein</p> <p>Keine weiteren demografischen Angaben.</p>	<p>Kritikpunkte an Konzepten am AP die sich nur auf individuelle Massnahmen im Bereich der Stressprävention/ Bewältigung beziehen</p> <p>Beschreibung, wie ein umfassender Ansatz zur Stressprävention/ Bewältigung in der Praxis aussieht & durch die BGF helfen kann, Initiativen zu entwickeln, die sich auf die Ursachen &</p>	<p>In der Arbeit wurden 3 Ebenen identifiziert, wo Massnahmen für die Stressreduktion ergriffen werden können:</p> <p>Individuell: MA mit Wissen, Fähigkeiten & Ressourcen auszustatten, um mit stressigen Situationen umgehen zu können -> Entspannungstrainings, Biofeedback, Meditation, Zeitmanagement, Zielsetzung & weitere Bewältigungstechniken, die darauf abzielen, Art & Weise zu ändern, wie MA ihre Arbeits- & Freizeit strukturieren & organisieren</p> <p>Schnittstelle zwischen Individuum & Organisation: Themen wie Rollenunklarheit, Beziehungen am AP, Beteiligung MA in Entscheidungsfindung -> Strategien auf individueller & organisatorischer Ebene sind Selbsthilfegruppen für MA, Rollenklärungsprozesse und partizipative Entscheidungsprogramme</p>	<p>Umsetzende Personen müssen sicherstellen, dass Management & VG mit Wissen & Fähigkeiten ausgestattet sind, problematische Aspekte zu erkennen. Anschliessend müssen sie dazu beitragen, Unklarheiten zu klären, Konflikte zu verringern & generell die Ursache von Stress beseitigen können.</p> <p>Bewusstsein bei Führungspersonen für die Gesundheit und die Einflüsse von Gesundheitsinterventionen am AP stärken & Ursachen für Stress am AP aufzeigen.</p> <p>Stressfaktoren am AP: unregelmässige Überwachung, mangelnde Konfliktlösungsfähigkeit, monotone Arbeitsbelastungen.</p>	Keine Angaben

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
			Symptome von Stress am AP beziehen	Physisches, organisatorisches & soziales Umfeld: die Fähigkeit der Organisation zu verbessern, damit spezifische Bedingungen zu identifizieren & zu bewerten, die zu Stress beitragen, mit allen Ebenen der Organisation zusammenzuarbeiten, um Strategien zu entwickeln, die Auswirkungen beseitigen/verringern können -> dazu gehören Massnahmen, die auf die Organisation abzielen wie Strategien zur Neugestaltung von AP, Auswahl & Vermittlung & Programme zur Organisationsentwicklung Fallbeispiel: Neuorganisation der Arbeitsaufgaben, Arbeitsplan wurde geändert, um nicht beruflichen Verpflichtungen der MA gerecht zu werden, MA sind in Entscheidungsprozess einbezogen worden, Kurs zu Entspannungstechniken, System zur Überwachung & Veränderung von Stressoren		
10	Nico Pronk Integrated Worker Health The Fusion of Worker Health Protection and Promotion 2012 Bericht zu Total Worker Health Programm USA	Mitarbeitende allgemein Keine weiteren demografischen Angaben.	Keine Zielnennung	Integrierter Ansatz für die Gesundheit der MA ist ein koordinierter & umfassender Ansatz, der Programme & Massnahmen umfasst, die sich mit physischen & organisatorischen Arbeitsumfeld befassen & persönliche Gesundheit der einzelnen MA & ihrer Familien fördern. Es umfasst mehrere Ebenen: Individuell, Organisation & Umwelt. Der integrierte Ansatz befasst sich mit der Exposition gegenüber potenziell schädlichen Umweltfaktoren am AP, sozialen Kontext der Arbeit & dem individuellen Gesundheits- & Sicherheitsverhalten der MA. Das wird durch die Verknüpfung & Koordinierung von Massnahmen, Praktiken & dem Zugang zu Ressourcen in diesen verschiedenen Bereichen → Total Worker Health Programm vom Nationalen Instituts für Arbeitssicherheit & Gesundheit (NIOSH)	Der integrierte Total Worker Health-Ansatz ist möglicherweise effektiver als die betriebliche Gesundheitsförderung oder Arbeitsschutz & Sicherheit allein betrachtet. Es gibt zum Beispiel Hinweise, dass MA mit höherer Wahrscheinlichkeit eher bereit sind, ihr Gesundheitsverhalten zu ändern, wenn BGF-Programme mit Gefährdungsbeurteilungen am Arbeitsplatz & Veränderungen im Arbeitsumfeld einhergehen. Konflikte zwischen Arbeit & Familie haben nachweislich zu einem geringeren organisatorischen Engagement & Arbeitszufriedenheit, höherem Arbeits- & Familienstress, Substanzmissbrauch Drogenmissbrauch, weniger gesundes Essverhalten, Fehlzeiten & einer verstärkten Absicht, den AP zu verlassen geführt.	Keine Angaben
11	Iris Jöbstl, Eva Zechner, Karl Steinwender	Mitarbeitende Spedition der Jöbstl GmbH	Mitarbeitendenmotivation steigern, Miteinander fördern,	Lancierung Projekt mit Präventivthemen zur Gesundheitsgestaltung ->	Wichtig während des gesamten Prozessverlaufs war die Sensibilisierung zum Thema Gesundheitsbewusstsein & die	Ja, Projekt wird fortgeführt

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
	&XUND 2014 Projekt Österreich	120 Personen, MA & VG Projektlaufzeit: 01.03.12- 30.04.14	soziales Umfeld einbinden, Gesundheitsbewusst- sein der MA nachhaltig stärken Weshalb wird das Projekt durchgeführt: um Fluktuations- & Krankheitsausfällen entgegenzuwirken	Gesundheitsmanagement in Prozesslandschaft zu integrieren. - Kick-Off Veranstaltung: Themen waren Ist- Zustandsmessung - MA-Befragung - Ergebnisse mit Führungspersonen & Projektteam besprochen, Zusammenfassung an die MA - Durchführung Arbeitsplatzanalyse, Bereiche: Arbeitsprozesse, Arbeitsplätze, KFZ Fuhrpark u. Verhalten, Rules & Guides bei Besprechungen, E-Mail, Telefon, Pausenregelungen, Rauchen, Parken, Sozialräume, Urlaubs-Dienstzeiten- regelungen, Lärm, Licht, Geruch, Ergonomie, Verfügbarkeit von Wasser/Obst, Alterspyramide, etc. → Ergebnisse und Massnahmen waren in Gesundheitsprogramm eingeflossen & konnten grösstenteils während Projektzeitraum bearbeitet werden - Durchführung Gesundheitszirkel geplant & umgesetzt, daraus ergebende Massnahmenvorschläge wurden mit Steuergruppe abgestimmt & Massnahmenplan verabschiedet, Massnahmen waren verhältnis- & verhaltensorientiert - Gesundheitsmanagementprozess wurde in Managementsystem integriert - Kennzahlensystem wurde abgestimmt - Um Massnahmen zu prüfen, wurde eine interne Evaluation durchgeführt - Multiplikator:innen: waren ein wichtiger Punkt, es waren Personen aus Gesundheitszirkel und Steuergruppe - 2. MA Befragung nach 1 ½ Jahren	Wissensvermittlung darüber, dass hier sowohl das eigene Verhalten als auch die Rahmenbedingungen im Unternehmen einen grossen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter:innen haben. Laufende Zusammenarbeit mit GL & Management. Projekt wird weitergeführt, Fokus dabei auf Verhaltenseben & Netzwerk ausbauen, Ziele: Gesundheitsbewusstsein der MA weiter stärken, Motivation & Freude an der Arbeit steigern. Förderliche Faktoren zur Zielerreichung: sehr engagierte GL, GL muss als Vorbild vorangehen, breit aufgestelltes Projektteam, freie Hand bei Massnahmengestaltung, Einbezug Partner:innen der MA in BGF-Projekt, starker direkter Kontakt Projektleitung zu MA, finanzielle Unterstützung. Hinderliche Faktoren: Erreichbarkeit Aussenstellen, schlechte wirtschaftliche Entwicklungen in der Branche, Arbeitsausfälle, Ausscheiden langjähriger GL- Mitglieder.	
12	Cornelia Stessl BGM	Steirische Tierkörperverwer- tung GmbH & Co KG	Erhöhung Arbeitszufriedenheit, Verbesserung Zufriedenheit mit	Einsatz von "Corporate Health Consulting GmbH", gemeinsam wurde das Konzept erarbeitet - Konzept ist basierend auf einem BGM-Haus entwickelt worden	MA haben mehr Anerkennung & Wertschätzung erfahren, dadurch konnte Unternehmenskultur verbessert werden.	Ja, im ersten Jahr konnten die Krankenstände um 17%

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
	2019 Projekt Österreich	Führungskräfte, Verwaltung, Betrieb (=Nachtschicht- & Schicht- arbeitende) & Fuhrpark (= LKW-Fahrende, Tourenfahrende, Containerfahren- de) Anzahl: 230 MA an drei Standorten Projektlaufzeit: 24.04.2017- 30.06.19	Führungsstil, Entgegenwirkung quantitativen Überforderungen, Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustands, Reduktion Krankheitstage, Beteiligung 80% aller MA & 100% aller VG Implementierung eines nachhaltiges & standortübergreifen- den BGMs Weshalb wird das Projekt durchgeführt: Absenkenzahlen lagen über den Benchmarks, Einzelmassnahmen wurden schon umgesetzt, jetzt soll ein BGF-Projekt in gesamter Unternehmensgruppe umgesetzt werden, dass alle Aspekte beinhaltet, verhaltens- & verhältnisorientiert.	<ul style="list-style-type: none"> - Alle Zielgruppen & Organisationsbereiche wurden gleich im Projekt miteingebunden - Führungspersonen & MA wurden einbezogen - Führungskräfte speziell angesprochen: sie sollen zukünftig Multiplikator:innen sein - Projekt zielte auf Gesundheitsdeterminanten ab: sozioökonomische Einflussfaktoren, physische Arbeitsumgebung, Lebens- & Arbeitsbedingungen, individuelle Lebensweisen - Start mit Kick-Off Veranstaltung - Mehrstufiges Informationskonzept über 6 Wochen - Befragung MA & Auswertung - Durchführung Workshops (Gesundheitszirkel) - Massnahmenvorschläge erarbeiten/definieren - Massnahmenumsetzung - Weitere Massnahmen: Informationsveranstaltung mit Vorträgen & Messungen, MA-Versammlungen, Verwaltungs-Jour-Fixes, Entwicklung eines Leitfadens für MA-Gespräche, Entwicklung eines Wertekatalogs, eigenes Logo „für ein starkes WIR“, Vorträge über Bewegung, Ernährung & mentale Gesundheit - 2. MA-Befragung - Weitere Massnahmen: Fachkräftetrainings, Ausbildung der MA zu Wertebotschafter:innen, Führungskräftetrainings, neues Prämiensystem für alle MA, Schaffung eines eigenen Magazins um über den Projektverlauf zu berichten & enthält Gesundheitstipps - Selbstevaluation 	<p>Förderliche Faktoren für Zielerreichung: Ziele konnten grösstenteils erreicht werden. Möglicher Grund: von Beginn an nachhaltig ausgerichtete Massnahmen, die auch zukünftig positive Entwicklungen bei MA bringen sollen.</p> <p>Führungskräfte & ihre aktive & ernsthafte Beteiligung war für den Erfolg des Projekts essenziell.</p> <p>Rahmenbedingungen für die Partizipation an Befragung & Gesundheitszirkeln waren sehr offengehalten.</p> <p>Verankerung BGM in HR-Strategie.</p> <p>Professionelle Unterstützung durch externes Beratungsunternehmen.</p> <p>Hinderlich: Erreichbarkeit MA aus dem Fuhrpark aus terminlichen & örtlichen Gründen, sowie die Schichtarbeit</p>	reduziert werden. Projekt wird von MA als positiv empfunden & Projekt wird weitergeführt.
13	Günter Grill, Ulrike Stadlhofer Endbericht des BGF- Projekts „Rundum g'sund“ in den	NÖ Gesund- heitskasse Anzahl: 160 MA in den 5 Service Centern Projektlaufzeit:	Zufriedenheit der MA am Arbeitsplatz zu steigern & ihnen Möglichkeiten zu zeigen, wie sie auf ihr eigenes Gesundheitsverhalten	Laufende Begleitung durch externen Berater Projektgesamtkosten: 64'000 Euro Projektverlauf: <ul style="list-style-type: none"> - Kick-Off Veranstaltung - MA-Befragung - Krankenstandauswertung - Tiefeninterviews - 1. Gesundheitsbericht 	Beteiligung an Massnahmen, die während der Arbeitszeit waren, war grösser, wie ausserhalb dieser Zeit. Somit sollten Massnahmen, die einen direkten Gewinn fürs Unternehmen darstellen während der Arbeitszeit sein (Gesundheitszirkel, Führungskoaching, Stress-Seminare, Teambildung, etc) Förderlich für die Zielerreichung:	Wichtigster Erfolgsfaktor war neben Sensibili- sierung der Führungskräfte, das Engagement einzelner MA.

	Autorinnen/ Autoren Titel / Projekttitle Jahr, Studientyp & Land	Population / Setting -Demografische Angaben der MA -Berufsgruppe -Anzahl Studien- TN	Ziele	Massnahmen / Vorgehen	Identifizierte Voraussetzungen & Relevante Erkenntnisse	Erfolge
	Service Centern der NÖGKK im Industrieviertel 2010 Projekt Österreich	Feb 07 – Dez 09	positiven Einfluss nehmen können	<ul style="list-style-type: none"> - Planung & Durchführung Gesundheitszirkel - Ergebnispräsentation in der Steuergruppe - Massnahmenplanung - Info zu Massnahmen an MA - Schwerpunkt der Umsetzungsphase: praktische Bearbeitung verhaltensbezogener Massnahmen für alle Service Center, sowie die verhältnisbezogenen Massnahmen die Service Center spezifisch waren - Abschliessend geplant waren Berichte über Umsetzungsfortschritt - Abschluss bildete die Abschlussveranstaltung inkl. Info für MA & Abschlussitzung der Steuergruppe <p>Exemplarische Service Center spezifische Massnahmen: Montage von Jalousien, Anschaffung von Sitzkissen & Ventilatoren, Organisation einer gesunden Pausenverpflegung, Anforderung von zusätzlichen Bildschirmen, regelmässige Teambesprechungen, zentrale Dokumentation der Abwesenheiten, Montage von Desinfektionsspendern, regelmässige Kontrolle der Reinigung, regelmässige Turneinheiten,</p>	Beteiligte Akteure optimal informieren & ihnen die Chancen & Nutzen des Projektes näherbringen → Was aber auch eine grosse Herausforderung darstellt, MA & VG von Sinnhaftigkeit zu überzeugen Gute Zusammenarbeit mit externer Begleitung. Starke Führungskraft, die sich glaubhaft für das BGF einsetzte, hinter dem Projekt steht auch anderen VG gegenüber. Autonomes Budget, dass eingesetzt werden konnte ohne Konsultation der GL. Einbezug von MA, die sich für das Projekt engagieren, um für gute Stimmung im Projekt zu sorgen & auch Multiplikator:innen Rolle übernimmt bei MA. Persönlicher Kontakt zu den MA schafft Akzeptanz für nicht umsetzbare Wünsche & erleichtert den MA ihre Ideen einzubringen Prozessevaluation, für die Überprüfung, ob man auf dem richtigen Weg ist. Hinderlich: Strukturelle Rahmenbedingungen, wo Führungskräfte keinen Einfluss haben (gesetzliche Bestimmungen, Sparovgaben, etc.)	Ziele zur langfristigen Senkung der Krankenstände, Burn-Out-Diagnosen & Fluktuation konnten nicht erreicht werden. Hinweis Projektleitung zu diesen Zielen: Evaluation solcher Messgrössen schwierig, da abhängig von einer Vielzahl an Einflussgrössen & lassen sich kaum auf ein einzelnes Projekt zurückführen.

Anmerkung: eigene Darstellung, Verwendete Abkürzungen: MA = Mitarbeitende, AG = Arbeitgebende, GL = Geschäftsleitung, AP = Arbeitsplatz, GF = Gesundheitsförderung