

**Identifizierung geeigneter Faktoren  
zur Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit  
älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer  
im Tätigkeitsbereich der stationären Langzeitbetreuung  
im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements**

Bachelorarbeit I

am

Studiengang „Aging Services Management“  
an der Ferdinand Porsche FernFH

Simone Waluschnig  
09902995

Begutachter: Dr. Martin Cichocki, MPH  
Wien, 02. Februar 2020

## Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt oder veröffentlicht.

02.02.2020

Unterschrift

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Sinae W. ...'.

## **Abstract**

Der demografische Wandel, Digitalisierung und Globalisierung bewirken eine Änderung von Gesellschaft und Arbeitswelt. Die Belegschaften altern, Fachkräfte- und Nachwuchsmangel verschärfen die Situation. Betriebliches Gesundheitsmanagement trägt zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten bei. Diese sind vor allem im Bereich der stationären Langzeitbetreuung vielfältigen physischen und vor allem psychischen Herausforderungen ausgesetzt.

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der spezifischen Lebenswelt der Beschäftigten von stationären Langzeitbetreuungseinrichtungen und den damit einhergehenden Spezifika von Interventionen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Bereich. Mittels einer Literaturanalyse konnten die charakteristischen Herausforderungen benannt und Erfolgsfaktoren der Implementation von Betrieblicher Gesundheitsförderung bestimmt werden. Essenziell ist die Einbeziehung aller Bereiche, Prozesse und Stakeholder, um eine nachhaltige Implementation zu ermöglichen. Auf Grundlage einer Bedarfsanalyse erfolgt eine gezielte und umfassende Konzeption von verhaltens- und verhältnisorientierten Interventionen. Neben der Bedeutung der Führungskräfte sind die Partizipation der Beschäftigten und die besondere Berücksichtigung der psychischen Belastungsfaktoren essenziell.

Schlüsselbegriffe: Demografischer Wandel, Betriebliche Gesundheitsförderung, Setting der stationären Langzeitbetreuung, ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer

## **Abstract**

Demographic change, increasing digitalisation and globalisation are leading to changes in workplace and society. Furthermore, a lack of qualified or young employees in combination with maturing workforce tighten the situation. Workplace Health Promotion enables older employees to stay fit for work. Staff in long-term care must deal with different physical and psychological issues.

This bachelor's thesis deals with a specific setting of workforce in long-term care and its characteristics associated with workplace health promotion. These have been found by literature research. Factors of success in connection with the implementation of workforce health promotion have been specified, too. Essential for its success is the capacious approach of all fields, processes and stakeholders. At the beginning, there should be a needs assessment, which should lead to a systematic and extensive strategy development. A combination of policies addressing personal development and work organisation is most effective. Leadership is a crucial factor for success. Staff participation must be included. There is great need to address psychological issues, too.

Keywords: demographic change, workplace health promotion, settings approach long term care, older workforce

# Inhaltsverzeichnis

## Abkürzungsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1	Problemstellung und Forschungsfrage .....	2
1.2	Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....	2
<b>2</b>	<b>Arbeitswelt und Gesundheit</b> .....	<b>4</b>
2.1	Europäische Deklarationen.....	4
2.2	Veränderungen der Arbeitswelt .....	6
2.3	Gesundheit und Arbeit .....	8
2.3.1	Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept.....	9
2.3.2	Belastungsfaktoren der älteren Erwerbstätigen.....	13
2.4	Ressourcen der Gesundheit im Arbeitskontext.....	16
2.4.1	Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“ .....	19
<b>3</b>	<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)</b> .....	<b>21</b>
3.1	Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe.....	22
3.2	Betriebliches Gesundheitsmanagement und Digitalisierung .....	24
3.3	BGM und Gesundheitsökonomie .....	28
<b>4</b>	<b>Spezialfall BGM im Tätigkeitsbereich stationärer Langzeitbetreuung</b> ....	<b>34</b>
4.1	Belastungsfaktoren im Setting der Langzeitbetreuung .....	34
4.1.1	Burn-out .....	36
4.2	Anforderungen und Ressourcen im Langzeitbetreuungs-Setting.....	40
4.3	BGM im Setting der stationären Langzeitbetreuung .....	42
<b>5</b>	<b>Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage</b> .....	<b>47</b>
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung und Ausblick</b> .....	<b>50</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>52</b>
	<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>61</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>62</b>

## **Abkürzungsverzeichnis**

BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung

BGM – Betriebliches Gesundheitsmanagement

DIN – Deutsches Institut für Normung

EFQM – European Foundation for Quality Management

EN – Europäische Norm

ENWHP – European Network for Workplace Health Promotion

IKT – Informations- und Kommunikationstechnologie

ISO – International Organization for Standardization

MTD – gehobene medizinisch-technische Dienste

OECD – Organization for Economic Cooperation and Development

ROI – Return On Investment

TQM – Total Quality Management

WHO – World Health Organization

WHP – Workplace Health Promotion

# 1 Einleitung

Nach Daten der STATcube – Statistische Datenbank der STATISTIK AUSTRIA zeigt sich eine Abnahme der Erwerbsbevölkerung in Berechnung der künftigen Entwicklung der österreichischen Bevölkerung. Diese basiert auf Grundlage der Daten der Abgestimmten Erwerbsstatistik 2015 unter der Annahme von Konstanz bezüglich der alters- und geschlechtsspezifischen Erwerbstätigkeit. Im Jahr 2017 waren 4.551.531 Personen erwerbstätig, wobei diese Zahl bis 2050 auf 4.348.465 Menschen sinken und sich bis 2080 weiter im Rückgang befinden soll (4.367.300 Erwerbstätige) (2018).

Gleichzeitig steigt der Anteil der älteren und hochaltrigen Bevölkerungsgruppen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Gruppe der Personen über 65 Jahre und der Gruppe der über 80-Jährigen in den Jahren 2005 bis 2018 in Österreich.

**Tabelle 1: Altersgruppen 65+ und 80+ in Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung**

Alter / Jahr	2005	2007	2009	2011	2013	2015	2017	2018
65+	15,9	16,9	17,4	17,6	18	18,3	18,5	18,7
80+	4,2	4,5	4,7	4,9	5	5	4,9	4,9

Quelle: OECD (2019)

Anmerkung: eigene Darstellung

Der demografische Wandel wirkt sich auch auf die Unternehmen aus. Nicht nur die Reduktion der Zahl der Erwerbstätigen und das damit einhergehende geringere Potential an Arbeitskräften ist ein Thema. Die Veränderungen in der demografischen Zusammensetzung der Bevölkerung bewirken eine Alterung der Belegschaften. Zusätzlich wirkt eine gewandelte politische Haltung hinsichtlich der Regelungen für den längeren Verbleib der Beschäftigten in den Betrieben auf die Arbeitswelt ein. Insgesamt ist mit dem Auftreten von Personalengpässen und einem Fachkräftemangel bei gleichzeitiger Alterung der Belegschaften zu rechnen (Gündisch, 2012, S. 27f.).

Der demografische Wandel stellt für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger eine Herausforderung dar. Expertinnen und Experten aus unterschiedlichen Bereichen suchen nach strategischen Herangehensweisen, um zukunftssträchtige Lösungen zu entwickeln. Möglich und sinnvoll im Umgang mit den Herausforderungen ist eine möglichst gute Passung und Adaptationsfähigkeit im Bereich handelnder Unternehmen anzustreben. Die von den Auswirkungen dieser grundlegenden strukturellen gesellschaftlichen Veränderung Betroffenen sind eine Vielzahl von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren. Dies bedingt eine ebenso vielfältige und umfassende Reaktion (Schmidt, 2013, S. 71f.).

## **1.1 Problemstellung und Forschungsfrage**

In manchen Bereichen führte eine Überalterung der Belegschaft zu deutlichen Spannungen aufgrund fehlender Anpassungen an die Bedürfnisse älterer Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, in manchen Fällen folgten daraufhin sogar Kündigungen bzw. Entlassungen aufgrund von auseinanderklaffenden Interessen. Damit ging einher, dass die Erfahrungen und das Wissen von langjährigen Karrieren mit den Beschäftigten das jeweilige Unternehmen verließen (Naegele & Sporket, 2009, S. 279).

Durch die Veränderung der Form der Arbeit und der damit verbundenen sinkenden Bedeutung von rein muskulärer Arbeit und steigender Bedeutung von Wissens- und Dienstleistungstätigkeiten wird dieser Verlust immer schwerwiegender (Rudow, 2014, S. 9). Die Mitarbeitenden werden als die wichtigste Ressource eines Unternehmens angesehen. Aus diesem Grund ist es essenziell, dass ihre Leistungsfähigkeit erhalten bleibt (König, Holzer & Kaiser, 2010, S. 115). Um auch in späteren Berufsjahren gesund und leistungsfähig sein zu können, brauchen die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer Förderung und Unterstützung. Dafür sind primär die Unternehmen als direkte Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber zuständig und verantwortlich (Naegele & Sporket, 2009, S. 279).

Die Unternehmen müssen der Veränderung in der Altersstruktur ihrer Belegschaften nicht nur durch einzelne Maßnahmen begegnen, sondern durch ein das ganze Unternehmen betreffendes Konzept. Das Konzept muss sich sowohl in der Unternehmensstrategie und in der Personalstrategie als auch auf der operativen Ebene der einzelnen Interventionen widerspiegeln. Zusätzlich muss sich die Unternehmenskultur an die veränderten Bedingungen anpassen. Dazu dient das Betriebliche Gesundheitsmanagement (Goldhagen & Herzog, 2010, S. 256f.). Durch die Digitalisierung und Globalisierung ändern sich die Herausforderungen, mit denen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer konfrontiert sind. Infolgedessen gilt es diesen Bereich in die Überlegungen bezüglich der Anwendungsbereiche der Betrieblichen Gesundheitsförderung miteinzubeziehen (Matusiewicz & Kaiser, 2018, S. V).

## **1.2 Zielsetzung und Aufbau der Arbeit**

Die Voraussetzungen zur erfolgreichen Durchführung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement und Betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen weisen spezifische Faktoren auf, die durch den Bereich, in dem das jeweilige Unternehmen tätig ist, definiert sind. In dieser Arbeit liegt der Fokus auf dem Bereich der stationären Langzeitbetreuung hinsichtlich der dafür nötigen Voraussetzungen.

Die Forschungsfrage, welche im Rahmen der Bachelorarbeit beantwortet werden soll, lautet: „Welche Faktoren im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind der Erhaltung der Leistungsfähigkeit älterer in der stationären Langzeitbetreuung tätiger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer förderlich?“

Zur Einleitung der Arbeit wird im folgenden Kapitel ein Überblick über die aktuelle Arbeitswelt und ihre Herausforderungen vor allem für die älteren Beschäftigten gegeben. Die Deklarationen des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP, European Network for Workplace Health Promotion) befassen sich mit dieser Thematik. Es wird auf den Begriff der Gesundheit eingegangen und der Stellenwert von Gesundheit als essenzielle Voraussetzung für Arbeits- und Leistungsfähigkeit mit Hilfe des Belastungs-Beanspruchungskonzepts nach Rudow (2014) und des Konzepts „Haus der Arbeitsfähigkeit“ nach Ilmarinen (2006) herausgearbeitet.

Das dritte Kapitel widmet sich den Zusammenhängen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement als Aufgabe der Führung und des Personalmanagements. Durch die veränderten Möglichkeiten auf Grund der Digitalisierung werden im Anschluss die sich daraus ergebenden neuen Methoden erläutert, die zukünftig immer mehr Einsatzmöglichkeiten gewährleisten können. Da jedes Unternehmen im Angesicht des Spannungsfeldes von Ressourcenknappheit und möglichst effizientem und effektivem Mitteleinsatz auch im Bereich der Gesundheitsförderung wirtschaftlich denken muss, widmet sich das Unterkapitel 3.3 der Thematik „BGM und Gesundheitsökonomie“.

Im vierten Kapitel werden die Besonderheiten des Tätigkeitsbereichs der stationären Langzeitbetreuung von pflegebedürftigen Menschen im Hinblick auf die Belastungsfaktoren, Anforderungen und Ressourcen der Beschäftigten sowie die Bedeutsamkeit der Implementation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement in diesem Setting beschrieben.

Kapitel 5 stellt die Verbindung zur Forschungsfrage her und beschreibt die anhand der durchgeführten Literaturrecherche identifizierten Erfolgsfaktoren und Spezifika bezüglich der Implementation von BGM im Setting der stationären Langzeitbetreuung.

Im letzten Kapitel wird neben einer Zusammenfassung der vorangegangenen Kapitel auch ein Ausblick auf den zweiten empirischen Teil der Bachelorarbeit geboten, welcher thematisch an diese Arbeit anschließt.



## 2 Arbeitswelt und Gesundheit

### 2.1 Europäische Deklarationen

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP) hat mehrere Deklarationen erarbeitet, die sich mit der Thematik des Zusammenhangs von Gesundheit und Arbeit befassen.

Die 1997 entstandene und 2005 sowie 2007 überarbeitete Luxemburger Deklaration definiert Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als umfassendes Konzept mit Beteiligung der gesellschaftlichen Ebene, der Unternehmen und der Beschäftigten mit dem Ziel einer positiven Einwirkung auf Gesundheit und Befinden der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Für eine erfolgreiche Umsetzung müssen einerseits Maßnahmen implementiert werden, die auf die Organisation und die Umgebung, also die Verhältnisse, einwirken. Andererseits müssen Interventionen die Beschäftigten dazu animieren, ihr eigenes Verhalten zu hinterfragen und, wenn nötig, zu ändern. Dazu müssen sie die Möglichkeit der Mitbestimmung und Teilhabe an den Gestaltungsprozessen im Unternehmen und die nötigen Kompetenzen erhalten. BGF funktioniert nicht als Einzelmaßnahme, sondern muss als ganzheitliches Konzept mit Partizipation aller Key-Stakeholder gesehen werden. Änderungen betreffen die strukturelle Ebene eines Unternehmens, den Aufbau und die Abläufe, die kulturelle Ebene, die Werthaltungen und Denkweisen sowie die einzelnen Personen von den Beschäftigten bis hin zu den Führungskräften (ENWHP, 2007).

Auf Basis der Luxemburger Deklaration, bei der sich die Mitglieder des Netzwerks auf eine gemeinsame Definition der Betrieblichen Gesundheitsförderung einigen konnten, wurden Qualitätskriterien basierend am EFQM-Modell als Hilfestellung bei der Implementation von Gesundheitsförderung im organisationalen Kontext entwickelt (ENWHP, 2007, S. 2ff.).

EFQM steht für European Foundation for Quality Management. Das EFQM-Modell wurde seit seiner Entstehung mehrfach überarbeitet, wobei die Struktur beibehalten wurde. In den 1990er-Jahren basierte es auf dem TQM-Modell (Total Quality Management), wandelte sich danach zum Excellence-Modell. Die EFQM definiert Excellence als „die überragende Praxis beim Managen einer Organisation und beim Erzielen von Ergebnissen“ (Friedl, Seghezzi, Mänder & Lützner, 2014, S. 168).

Das EFQM-Excellence-Modell in der Fassung von 2013 gliedert sich in neun Kriterien, deren einzelne Bedeutsamkeit im Qualitätsmanagement-Prozess von den jeweiligen Unternehmen selbst festgelegt werden kann.

Fünf der Kriterien nennen sich Befähigerkriterien und befassen sich mit den Unternehmenspotenzialen und der Wirkung auf den langfristigen Unternehmenserfolg. Die vier verbleibenden Ergebniskriterien helfen bei der Steigerung der unternehmerischen Ergebnisse (Friedl et al., 2014, S. 168f.).

Die Kriterien der Implementation von Betrieblicher Gesundheitsförderung sind auf sechs Bereiche abgestimmt. Die behandelten Bereiche reichen von der Planung und Implementierung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung, ihres Zusammenwirkens mit der Unternehmenspolitik, der Notwendigkeit von Interventionen seitens des Personalmanagements und der Arbeitsorganisation, dem Kontext von BGF und sozialer Verantwortung hin zu den durch die Betriebliche Gesundheitsförderung erzielten Ergebnissen. Die Befähigerkriterien umfassen alle nötigen Vorgänge und Strukturen und führen zu den Ergebnissen, die durch die Ergebniskriterien unterstützt werden (ENWHP, 1999, S. 2ff.).

Abbildung 1 stellt die Visualisierung des EFQM-Modells zur Implementierung von BGF und die dabei essenziellen sechs Bereiche sowie die Befähiger- und Ergebniskriterien dar.

**Abbildung 1: Bereiche der Qualitätskriterien zur Implementation Betrieblicher Gesundheitsförderung**



\* The enablers include all procedures and structures which a health-promoting organisation needs. These lead to the corresponding results.

Quelle: ENWHP (1999, S. 4)

Die Deklaration von Barcelona fokussiert sich auf die Bedeutung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in Hinblick auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Sie betont die Notwendigkeit von Kooperation auf beiden Themengebieten und den Einfluss von BGF auf die ökonomische und soziale Situation der europäischen Staaten. Die Arbeitswelt wird hierbei als einer der Hauptfaktoren in der Erhaltung von Gesundheit gesehen. Durch die Veränderungen im Arbeitsleben kann der Anstieg von psychischen Erkrankungen, welche mit erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem einhergehen, erklärt werden. Ebenso zeigt der Konsum von Alkohol und Tabakwaren Korrelationen mit den Gegebenheiten im Arbeitsleben. Hohe Kosten für das Sozialsystem entstehen auch auf Grund gesundheitlicher Probleme verursacht durch das Heben und Tragen schwerer Lasten.

Daher muss eine Beeinflussung von gesundheitlichen Risikofaktoren über die Arbeitswelt und die darin vermittelten Werte geschehen. Die Wirkungen der Erwerbstätigkeit bleiben nicht in den Firmen, sie reichen extern bis zu den Familien und Gemeinschaften. Durch die Verschiebung der bisherigen Produktions- hin zu einer Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft erhöht sich die Bedeutung von Betrieblicher Gesundheitsförderung zusätzlich auf Grund der höheren personellen Relevanz. Denn nur gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Innovation und Wettbewerbsfähigkeit für Unternehmen und Gesellschaft sicherstellen (ENWHP, 2002).

Die Deklaration von Edinburgh konzentriert sich auf das Thema der kognitiven Gesundheit und des geistigen Wohlbefindens. Die OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) definiert psychische Gesundheit als "a state of well-being in which every individual realises his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community" (OECD, 2018). Wie bereits die Deklaration von Barcelona betont hatte, sind die Kosten, die durch psychische Erkrankungen verursacht werden, für Unternehmen und die EU-Mitgliedsstaaten erheblich (ENWHP, 2002). In ihren Empfehlungen hinsichtlich der Erfolgsfaktoren für eine wirkungsvolle Implementation von Betrieblicher Gesundheitsförderung schließt die Deklaration von Edinburgh an die Deklaration von Luxemburg an und betont die Notwendigkeit eines ganzheitlichen und alle Stakeholder umfassenden Konzepts (ENWHP, 2010).

Im Jahre 2013 entstand die Deklaration von Brüssel mit dem Schwerpunkt auf der Ermöglichung und Förderung der Arbeitstätigkeit von Menschen mit chronischen Erkrankungen. Laut dieser Deklaration haben chronische Krankheiten massive Auswirkungen auf die Gesundheit der europäischen Bevölkerung, auf Morbiditäts- und Sterblichkeitsraten. Sie beeinflussen den Arbeitsmarkt, die Einkommen von Betroffenen, ihre Möglichkeiten zur Teilhabe am Erwerbsleben und die Fluktuationszahlen. Durch die Änderungen in der Arbeitswelt muss ihre aktuelle und zukünftige Arbeitsfähigkeit in den Fokus gerückt werden (ENWHP, 2013).

## **2.2 Veränderungen der Arbeitswelt**

Die in den Deklarationen der ENWHP genannten Veränderungen in der Arbeitswelt sind vielfältig. Sie werden mitunter durch den demografischen Wandel verursacht, der die Makroebene der Gesellschaft und die Mikroebene der Unternehmen betrifft (Gündisch, 2012, S. 25). Die Belegschaften altern in Verbindung mit der Erhöhung des Durchschnittsalters innerhalb der gesamten Erwerbsbevölkerung (König et al., 2010, S. 114).

Den Unternehmen wird immer klarer, dass diese Entwicklung nicht länger negiert werden kann. Der demografische Wandel wirkt sich auch auf die Arbeitswelt aus (Esslinger & Singer, 2010, S. 102ff.).

Einerseits ändern sich die Altersstrukturen der Gruppen der Erwerbstätigen, andererseits bewirkt der demografische Wandel eine Änderung der Zusammensetzung der Belegschaften (Bruch, Kunze & Böhm, 2010, S. 44). Nachdem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die in Unternehmen übliche Praxis war, die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus dem Erwerbsleben zu entlassen, hat sich dieses Denken gegen Ende des 20. Jahrhunderts geändert. Es wird versucht, die älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglichst lange zu behalten (Gündisch, 2012, S. 20). Als Konsequenz dessen müssen immer mehr Generationen innerhalb eines Unternehmens zusammenarbeiten (Bruch et al., 2010, S. 44).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Anteile der einzelnen Altersgruppen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung im Zeitverlauf seit 1994. Dem Rückgang der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Altersgruppen 15-24 Jahre und 25-34 Jahre steht der zum Teil massive Anstieg der über 45-jährigen Erwerbstätigen gegenüber. Der Anteil der 55-64-Jährigen hat sich im ermittelten Zeitraum beinahe verdreifacht.

**Tabelle 2: Anteil der Altersgruppen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung im Zeitverlauf 1994-2018; in 1.000 Erwerbstätigen**

Alter / Jahr	1994	2000	2005	2010	2015	2018
<b>Gesamt</b>	<b>3654,2</b>	<b>3685,7</b>	<b>3747,5</b>	<b>4016,8</b>	<b>4148,4</b>	<b>4319,1</b>
<b>15-24</b>	598	489,9	506,1	519,3	500	480,7
<b>25-34</b>	1128,4	1022,7	872,6	866,7	940,1	972,9
<b>35-44</b>	912,2	1110,7	1176,4	1103,7	977,7	991,2
<b>45-54</b>	754,7	777,1	874,2	1065,1	1159,5	1161,6
<b>55-64</b>	214,9	253,3	282,2	389,1	490,4	634,8
<b>65+</b>	46,1	32	36,1	72,8	80,7	77,9

Quelle: Statistik Austria (2019b)  
Anmerkung: eigene Darstellung

Auf Grund der geänderten Gegebenheiten ist es für Unternehmen wichtig, sich auf die damit verbundenen Herausforderungen vorzubereiten und sich ihnen zu stellen. Ihr Fokus darf nicht nur auf den Nachwuchskräften liegen. Sie müssen das Potenzial der älteren Mitarbeitenden erkennen, wertschätzen und nutzen lernen.

Dazu müssen die Unternehmen Strategien und Maßnahmen entwickeln und umsetzen, um der Gruppe der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer das längere Verbleiben im Erwerbsleben zu ermöglichen. Sie müssen ihre Motivation fördern, ihre Leistungsfähigkeit erhalten und an ihre Innovationsfähigkeit glauben. Mehrere Generationen in der Zusammenarbeit können die Ursache für Probleme und Konflikte sein. Bei lösungsorientiertem Denken und Handeln kann diese Altersdifferenziertheit als Chance aufgefasst werden (Bruch et al., 2010, S. 44f.).

Jede Altersgruppe hat andere Erfahrungen und Fähigkeiten, die sie in die altersgemischte Belegschaft einbringt. Es besteht Potenzial für gegenseitigen Austausch, den intergenerationalen Transfer von Wissen und Entwicklungsmöglichkeiten für alle Altersgruppen im Unternehmen. Gezielte Interventionen seitens des Personalmanagements helfen, diese Vielfalt zu nutzen. Es muss den Unternehmen klar sein, durch welche Bedürfnisse, Prioritäten und Meinungen sich die einzelnen Altersgruppen voneinander unterscheiden, um gezielte altersgruppenspezifische Maßnahmen erfolgreich umsetzen zu können (Bruch et al., 2010, S. 44f.).

Durch die Globalisierung und Digitalisierung verändert sich die Arbeitswelt in vielfältiger Weise. Die Veränderung des Tätigkeitsschwerpunkts von der Produktion zur Wissensvermittlung und –generierung wirkt sich ebenso verändernd auf die Arbeitswelt und in weiterer Folge auf das Betriebliche Gesundheitsmanagement aus. Die zunehmende Digitalisierung bewirkt einerseits eine Steigerung der Wirtschaftlichkeit, andererseits konfrontiert sie die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit veränderten Belastungen und Überlastungen (Burkhart & Hanser, 2018, S. 37f.). Welche Zusammenhänge zwischen BGM und der zunehmenden Digitalisierung bestehen und welche Risiken und Chancen damit einhergehen, wird in Kapitel 3.2 näher beleuchtet.

## **2.3 Gesundheit und Arbeit**

Arbeit kann definiert werden als „jede körperliche und geistige Tätigkeit des Menschen,

- die zielgerichtet und zweckbezogen ist
- die auf Grund selbst- oder fremddefinierter Aufgaben stattfindet
- die mit Hilfe von Arbeitsmitteln und Werkzeugen erfolgt
- die der Aneignung und Veränderung der gegenständlichen Umwelt dient
- die der Inanspruchnahme und Entwicklung individueller oder kollektiver Kompetenzen (dient; Anmerkung durch Verfasserin)
- die der Befriedigung und Weiterentwicklung individueller oder kollektiver Ansprüche und Bedürfnisse dient
- die einer ökonomischen, sozialen und gesellschaftlichen Bewertung unterliegt“ (Rudow, 2014, S. 6f.).

Wird der Begriff Arbeit verwendet, bezeichnet dieser meistens Erwerbsarbeit. Arbeit fasst die Konzepte von guter Arbeit als Überbegriff von humaner und gesunder Arbeit zusammen. Sie kann verschieden ausgestaltet sein und erfüllt diverse Funktionen in persönlicher, ökonomischer und sozialer Hinsicht. Gute Arbeit erhält die Gesundheit, Arbeits- und Leistungsfähigkeit und fördert persönliche und fachliche Entwicklung, ermöglicht ein finanziell sicheres Leben und akzeptiert den Stellenwert des Privatlebens der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Humane Arbeit umfasst die Berücksichtigung von körperlicher und geistiger Gesundheit und des Befindens, der individuellen Persönlichkeitsmerkmale und Kompetenzen. Gesunde Arbeit greift die WHO-Definition von Gesundheit als „Zustand eines vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Gebrechen“ (Rudow, 2014, S. 15) auf. Sie bezieht die Aspekte der Abwesenheit physischer und psychischer Erkrankungen sowie psychosomatischer Störungen, das Vorhandensein von Wohlbefinden und das Fehlen etwaiger Beeinträchtigungen über nicht bloß kurze Zeit und die Möglichkeit, gestellte Anforderungen zu bewältigen, mit ein (Rudow, 2014, S. 7ff.). Auf die dafür nötigen Ressourcen als schützende Elemente wird in Kapitel 2.4 näher eingegangen.

Die Veränderung in der subjektiven Empfindung des eigenen Gesundheitszustands zeigt die folgende Tabelle. Der Anteil derjenigen Menschen, die ihren Zustand als sehr gut oder gut einschätzen, nimmt mit zunehmendem Alter und im Verlauf des Zeitraums 2005 bis 2015 ab. Diese Werte sind nicht nur, aber auch auf die Bedingungen in der Arbeitswelt der Beschäftigten zurückzuführen.

**Tabelle 3: Subjektiv empfundener Gesundheitszustand sehr gut / gut in Prozent der österreichischen Bevölkerung je Altersgruppe**

Alter / Jahr	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
25-44	88,5	87,8	88,1	85,4	84	85	83,3	84,2	83,2	83,7	84,3
45-64	65	66,4	66,6	64,4	63,9	63,7	63,8	64,1	62,6	64,8	65,2
65+	37,2	39,2	41,2	37,9	41,7	38,4	39,1	42,7	42,2	44,5	42,9

Quelle: OECD (2019)

Anmerkung: eigene Darstellung

### 2.3.1 Das Belastungs-Beanspruchungs-Konzept

Jede Arbeitstätigkeit weist neben bestimmten Bedingungen, unter denen sie ausgeführt werden muss, von den Verrichtenden zu erfüllende Erwartungen in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht auf. Dabei handelt es sich um körperliche oder psychische Belastungen.

Stimmen Voraussetzungen und Anforderungen nicht überein, wirkt sich dies negativ auf die betroffene Person aus (Rudow, 2014, S. 54f.). In diesem Fall spricht Rudow von „Fehlbelastung (im Original fett)“ (2014, S. 55). Psychische Belastung ist nach der DIN EN ISO 10075-1 folgendermaßen definiert: „Psychische Belastung ist die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken“ (zitiert nach Rudow, 2014, S. 56).

Physische Belastungen äußern sich als muskulärer Kraftaufwand im Umgang mit schweren Lasten oder als manuelle Tätigkeiten, die sich stetig wiederholen, sowie in Form von länger anhaltenden statischen Positionen (Arbeitsschutzgesetz.org, 2019).

Treffen die nötigen individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten auf die Tätigkeit und die mit ihr verknüpften Bedingungen, entstehen Beanspruchungen in Abhängigkeit der Dauer, des Ausmaßes und des chronologischen Faktors in Bezug auf die Belastung. Inwieweit eine Person die vorhandenen Belastungen im Konnex mit ihrer Arbeit als Beanspruchung empfindet, hängt mitunter von den persönlichen Ressourcen ab, auf die zurückgegriffen werden kann (Rudow, 2014, S. 54ff.). Diese als Schutzfaktoren wirkenden Ressourcen werden in Kapitel 2.4 näher erläutert.

Eine Beanspruchung kann sich physisch oder psychisch darstellen. Physische Beanspruchung tritt bei körperlich belastenden Tätigkeiten vor allem durch die damit verbundene Notwendigkeit von muskulärer Betätigung auf. Psychische Beanspruchung ist nach der DIN EN ISO 10075-1 definiert als „die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien“ (zitiert nach Rudow, 2014, S. 56). Sie lässt sich weiter in die kognitive und die emotionale Beanspruchung unterteilen. Die kognitive Beanspruchung tritt bei geistig herausfordernden Tätigkeiten in Abhängigkeit ihres Schwierigkeitsgrades und ihrer Dauer auf. Die emotionale Beanspruchung bezeichnet das subjektiv wahrgenommene Ausmaß von Möglichkeiten zur Bewältigung von Belastungen im Abgleich mit den persönlichen Bedürfnissen (Rudow, 2014, S. 55ff.).

Die Beanspruchung an sich muss von den Reaktionen seitens des Körpers und der Psyche der oder des Tätigen unterschieden werden. Treten diese Reaktionen kurzfristig auf, spricht man von „Beanspruchungsreaktionen (im Original fett)“ (Rudow, 2014, S. 57). Bei langfristiger oder nicht abwendbarer Dauer handelt es sich um „Beanspruchungsfolgen (im Original fett)“ (Rudow, 2014, S. 57). Beide können sowohl positiv als auch negativ ausfallen. Erstere sind reversibel, zweitere können nur schwer oder nicht behoben werden. „Positive Emotionen (im Original kursiv)“ (Rudow, 2014, S. 58) und die „kognitive Aktivierung (im Original kursiv)“ (Rudow, 2014, S. 58) bei Passung von Anforderungen durch die Tätigkeit und persönlichen kognitiven Kompetenzen können als kurzfristige positive Beanspruchungsreaktionen genannt

werden. Emotionen lassen sich als „überwiegend kurz- oder mittelfristig anhaltende Zustände einer Person, die sich auf Objekte oder Ereignisse beziehen“ (Rudow, 2014, S. 63) definieren (Rudow, 2014, S. 55ff.).

Diejenigen der positiven Emotionen, die besonders im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit von Bedeutung sind, zeigt die folgende Tabelle in Anlehnung an Rudow (2014, S. 63ff.):

**Tabelle 4: Positive Emotionen**

<b>Positive Emotion</b>	<b>Definition</b>	<b>Eigenschaften / Bedeutung</b>	<b>Intensität</b>
<b>Lust</b>	"Ergebnis komplexer Wahrnehmungs- und Bewertungsprozesse" (Rudow, 2014, S. 63)	Grundlegende Emotion; Beeinflussung von Antrieb, Denken und Tun	gering
<b>Zufriedenheit</b>	Erfolg in Rückkoppelung auf das eigene persönliche in angemessener Höhe erfolgte Tun	kurzfristig	gering
<b>Freude</b>	Zielerreichung durch das eigene mit hohem Aufwand verbundene Tun in Übereinstimmung mit persönlichen Bedürfnissen unter Erfüllung bestimmter Bedingungen	kurzfristig	hoch
<b>Glück</b>	Erfolg durch äußere Umstände oder durch Eintritt von unerwartetem positivem Geschehen	kurzfristig; in Ausbildung von glücklich sein - langfristig	sehr hoch
<b>Stolz</b>	außergewöhnlicher Erfolg in Rückkoppelung auf das persönliche Tun und/oder die persönliche Kompetenz oder Beteiligung daran	zeigt Verbindung von Arbeit und Lust	sehr hoch
<b>Flow</b>	"ein tätigkeitsbezogenes allgemeines Glücksgefühl, das durch (1) eine herausfordernde Arbeitsaufgabe, (2) eine vollkommene Konzentration auf die Aufgabenerfüllung, (3) klare Ziele und unmittelbare Feedbacks und (4) ausgeprägte Kontrollüberzeugungen bezüglich der Arbeitssituation bestimmt ist" (Rudow, 2014, S. 69)	"spezifische Form des Glücks in der Arbeit" (Rudow, 2014 S. 72)	sehr hoch

Quelle: Rudow (2014, S. 63ff.)

Anmerkung: eigene Darstellung



Die negativen Beanspruchungsreaktionen umfassen „die psychische Ermüdung, Monotonie, psychische Sättigung und Stress“ (Rudow, 2014, S. 84). Die Darstellung in tabellarischer Form gibt einen Überblick über die einzelnen Ausprägungen.

**Tabelle 5: Negative Beanspruchungsreaktionen**

Negative Beanspruchungsreaktion	Definition	Eigenschaften / Bedeutung
<b>Psychische Ermüdung</b>	Reduktion der psychischen Leistung auf Grund geistiger Über- oder Unterforderung	kurzzeitig; mit zunehmender Dauer exponentiell steigend; phasenartiger Verlauf; reversibel; Quellen am Arbeitsplatz: - „Tempo (Zeitdruck) und Dauer der Tätigkeit - fehlende oder ineffektive Arbeitspausen [...] - qualitative und/oder quantitative Überforderung der Person - schwierige Arbeitsaufgaben, verbunden mit geringen Freiheitsgraden, - Anforderungen, die anhaltende „Emotionsarbeit“ erfordern“ (Rudow, 2014, S. 88) Gefahr der Chronifizierung
<b>Monotonie</b>	Zustand ähnlich der Ermüdung auf Grund Unterforderung, Müdigkeit, Reizarmut, Eintönigkeit oder mangelnder Aktivierung	kurzzeitig; schleichend; reversibel durch einen Wechsel zu anregenderen Tätigkeiten
<b>Psychische Sättigung</b>	„Zustand der nervös-unruhevollen, affektbetonten Ablehnung sich wiederholender Tätigkeiten oder Situationen“ (Rudow, 2014, S. 93) in Verbindung mit Gefühlen von Stillstand, Informationsarmut, mangelnder Verantwortung und Möglichkeit zur Mitbestimmung	kurzzeitig
<b>Stress</b>	„im engeren Sinn ein kurzzeitiger oder anhaltender Zustand erhöhter Aktiviertheit, der durch das Erleben einer Gefährdung/Bedrohung hervorgerufen wird und mit unangenehmen Emotionen verbunden ist [...] ein Prozess, in dem Bewertungen und Bewältigungen von Belastungen eine Schlüsselrolle einnehmen“ (Rudow, 2014, S. 90)	kurzfristig; äußert sich oft als „Angst, Furcht, Ärger, Wut und Aggressivität“ (Rudow, 2014, S. 90) Gefahr der Chronifizierung

Quelle: Rudow (2014, S. 84ff.)

Anmerkung: eigene Darstellung

Werden bei vorhandenen negativen Beanspruchungsreaktionen keine Maßnahmen zu deren Beseitigung gesetzt, kommt es zur Ausbildung von langfristigen negativen Beanspruchungsfolgen. Ist eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer psychisch ermüdet und kann sich nicht regenerieren, tritt „psychische Übermüdung (im Original kursiv)“ (Rudow, 2014, S. 84) ein. Wird gegen erlebten Stress nichts unternommen, leidet die oder der Betroffene langfristig unter gesundheitsschädlichem chronischem Stress. Dieser beeinträchtigt Schlaf, Kognition, Lernen und Gedächtnis. Auf Grund einer dieser Ursachen oder als Kombination mehrerer kann es zur Entstehung von Burnout bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kommen (Rudow, 2014, S. 84f.).

### **2.3.2 Belastungsfaktoren der älteren Erwerbstätigen**

Die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stellen eine wichtige Gruppe der Erwerbstätigen dar, die für die Unternehmen von großer Bedeutung ist. Sie haben über die Dauer ihres Erwerbslebens einen großen Wissens- und Erfahrungsschatz angesammelt, dessen Erhaltung für die Unternehmen wichtig ist (Esslinger & Singer, 2010, S. 102ff.). Oft kommt die Einsicht darüber, welche Ressourcen mit den älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern das Unternehmen verlassen, zu spät (Flüter-Hoffmann, 2010, S. 416).

Die Kriterien zur Qualifizierung als ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer umfassen laut OECD nicht ein konkretes Alter, sondern vielmehr die fehlende Erreichung des gesetzlichen Pensionsalters und das Vorhandensein von Gesundheit und Leistungsfähigkeit in der zweiten Hälfte des Berufslebens. Die Wissenschaft hat sich bisher ebenfalls nicht auf ein konkretes Alter festgelegt (DGUV). Grundsätzlich bezeichnet der Altersbegriff verschiedene Perspektiven. Die chronologische Sicht bestimmt durch eine zahlenmäßige Zuordnung das Alter eines Menschen, während medizinisch betrachtet der Umstand des Ablaufs einer Anzahl an Jahren das biologische Alter bezeichnet. Das psychologische Alter benennt die subjektive Sicht auf das Alter und nicht zuletzt ist das Alter eine Phase im Lebenslauf (Bruch et al., 2010, S. 55). Wird über das Alter einer Person gesprochen, gilt es alle diese Perspektiven zu berücksichtigen. Daher ist die Beschäftigung mit der Thematik des Alter(n)s im Erwerbsleben eine auf vielfältigen Zugängen aufbauende, denn die bloße Heranziehung der Zahl des chronologischen Alters wird der Realität der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht gerecht. Jede Person weist einen eigenen Lebenslauf mit verschiedenen Einflussfaktoren auf die Alterung auf. Das Leben als Prozess hat zum aktuellen Zustand im Alter geführt, er ist das Ergebnis und weist interpersonell große Unterschiede auf (Gündisch, 2012, S. 31f.).

Die Ursache dafür liegt im multifaktoriellen Einfluss auf die persönlichen Leistungsprofile. Neben der Gesundheit und der Art zu leben bedingen der Beruf, das soziale Umfeld, das Bildungsniveau und der Umgang mit dem Thema des lebenslangen Lernens sowie die wirtschaftliche Situation eine höhere oder niedrigere Leistungsfähigkeit im Vergleich mit anderen Personen desselben Alters. Insgesamt kann im Alter von Einbußen bei Fähigkeiten in Verbindung mit gleichbleibenden Eigenschaften und in gewissen Bereichen von zunehmenden Kompetenzen gesprochen werden (Gündisch, 2012, S. 38f.).

Die folgende Tabelle zeigt den Anteil der Beschäftigten, die am Arbeitsplatz mit mindestens einem körperlichen Belastungsfaktor konfrontiert sind.

**Tabelle 6: Erwerbstätige je Altersgruppe und körperliche Belastung am Arbeitsplatz in Österreich, 2013**

	Erwerbstätige	mindestens ein körperlicher Belastungsfaktor am Arbeitsplatz	
		in 1.000	in %
<b>Gesamt</b>	<b>4175,2</b>	<b>3060,6</b>	<b>73,3</b>
<b>15 - &lt;60</b>	4004,8	2951	73,7
<b>15 - &lt;30</b>	993,6	731,5	73,6
<b>30 - &lt;45</b>	1509,9	1096,8	72,6
<b>45 - &lt;60</b>	1501,3	1122,7	74,8
<b>60+</b>	170,3	109,5	64,3

Quelle: Statistik Austria (2015)

Anmerkung: eigene Darstellung

Tabelle 7 hingegen gliedert die Belastungen am Arbeitsplatz in einzelne Faktoren auf.

**Tabelle 7: Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz je Altersgruppe der österreichischen Erwerbstätigen 2013; in 1.000**

	Schwierige Arbeits-haltungen & Bewegungs-abläufe	Hantieren mit schweren Lasten	Lärm	Chemika-lien	Zigaretten-rauch	Gefahr von Unfällen
<b>Gesamt</b>	<b>1122,4</b>	<b>1130</b>	<b>1023,5</b>	<b>516,1</b>	<b>291,4</b>	<b>1116,6</b>
<b>15 - &lt;60</b>	1087,2	1093,1	1002,1	509,2	283,4	1076,6
<b>15 - &lt;30</b>	268,1	311,3	267	151,8	100,2	273,5
<b>30 - &lt;45</b>	393,3	375,7	360	187	97,3	380,7
<b>45 - &lt;60</b>	425,8	406,1	375,1	170,3	85,8	422,4
<b>60+</b>	35,1	36,9	21,4	7	8,1	40

Quelle: Statistik Austria (2015)

Anmerkung: eigene Darstellung

Das bisher vorherrschende Defizitmodell sieht das Alter in Verbindung mit Abbau und daher die Älteren im Nachteil gegenüber den Jüngeren (INQA, 2005, S. 7). Eine solche einseitige Sichtweise wird der Realität des Alterns nicht gerecht. Altern ist nicht ohne Differenzierung mit physischem und psychischem Abbau gleichzusetzen (Gündisch, 2012, S. 23). Die Abwendung vom Defizitmodell und die Hinwendung zum Kompetenzmodell ermöglichen eine positivere Sicht (INQA, 2005, S. 7).

Das Kompetenzmodell verneint nicht den Abbau bestimmter Fähigkeiten auf Grund des Alters, jedoch legt es den Fokus vermehrt auf jene Kompetenzen, die gleich bleiben oder sich sogar verstärken können. Die Physis wird mit zunehmendem Alter schwächer. Kognition und Intelligenz zeigen sich im Alter zwar anders, nicht jedoch schlechter ausgeprägt (Esslinger & Singer, 2010, S. 103).

Informationen können von Älteren langsamer aufgenommen werden, ebenso dauert ihre Verarbeitung länger. Die Flexibilität des Denkens sowie das Vermögen, sich auf neue, ungewohnte Situationen einstellen zu können, lassen nach. Das Arbeitsgedächtnis erfährt eine Reduktion, Reaktionen werden langsamer gesetzt. Die Aufmerksamkeit auf ausgewählte Inhalte geht zurück. Vor allem bei Tätigkeiten, die einen hohen Grad an Komplexität aufweisen, macht sich zunehmendes Alter bemerkbar. Ebenso spürbare Einbrüche erleben ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei der Bewältigung von Aufgaben, die auf einer schnellen Verarbei-

tung großer Informationsmengen beruhen oder bei Aufträgen, die viel Kombinatorik verschiedener Teilbereiche und eine große Zahl an Eindrücken zum Inhalt haben. Insgesamt lässt sich eine Reduktion der Leistung vor allem bei Aufgaben feststellen, die mit hoher Geschwindigkeit und/oder einer Vielzahl von verflochtenen Teilaufgaben und Wahrnehmungen einhergehen (Naegele & Sporket, 2010, S. 453).

Die dabei nötigen Fähigkeiten zur Verarbeitung neuer Informationen, zu schneller Informationsaufnahme und zur Verknüpfung verschiedener Angaben zählen nach Horn und Cattell zur fluiden Intelligenz, welche mit zunehmendem Alter schwindet (Esslinger & Singer, 2010, S. 104).

Im Gegensatz zu diesen kognitiven Einbußen bleiben die Merkfähigkeit und die Lernfähigkeit bestehen. Es ist einem älteren Menschen genauso möglich, sich zu konzentrieren oder Informationen aufzunehmen. Das über die gesamte Lebensspanne gespeicherte Allgemeinwissen bleibt ebenfalls erhalten. (Naegele & Sporket, 2010, S. 453). Die hierzu nötige kristalline Form der Intelligenz umfasst zudem Sprachwissen und Ausdrucksfähigkeit (Esslinger & Singer, 2010, S. 104).

Die sich im Rückgang befindlichen kognitiven Fähigkeiten können oftmals durch Coping-Strategien überbrückt und ausgeglichen werden. Doch nicht nur gleichbleibende oder sich reduzierende kognitive Fähigkeiten prägen das Alter. Es gibt auch Bereiche, die sich im Alter vermehren können. Dazu zählen die Erfahrung und die Bedeutung von Gründlichkeit, Pflichtbewusstsein und Sorgfalt (Naegele & Sporket, 2010, S. 453).

## **2.4 Ressourcen der Gesundheit im Arbeitskontext**

Den Belastungen im Arbeitsalltag kann sich eine Arbeitnehmerin oder ein Arbeitnehmer nicht entziehen. Ob eine Belastung jedoch als Beanspruchung empfunden wird und in welchem Ausmaß dies geschieht, hängt von den Ressourcen ab, die durch die Person und durch die Organisation sowie die Arbeitstätigkeit an sich zur Verfügung stehen (Rudow, 2014, S. 58).

Als Ressourcen werden „objektive und subjektive Faktoren in der Arbeit, die das Auftreten von Fehlbelastungen und deren negative Auswirkungen auf Beanspruchung und Gesundheit vermeiden oder abschwächen“ (Rudow, 2014, S. 20) verstanden.

Diese lassen sich weiter in die in der jeweiligen Person liegenden Ressourcen oder jene, die durch die Organisation bestimmt werden, unterteilen (Rudow, 2014, S. 114).

Einen Überblick über mögliche Ressourcen und deren Einteilung gibt die folgende Tabelle.

**Tabelle 8: Ressourcen der Gesundheit im Kontext der Arbeit**

Äußere Ressourcen		Innere Ressourcen
Organisation	Arbeitstätigkeit	Persönlichkeit
<b>Makroebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Betriebsorganisation / Management</li> <li>- Führung</li> <li>- Unternehmensstrategie</li> </ul>	<b>Mikroebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tätigkeitssinn</li> <li>- Vollständigkeit der Aufgaben</li> <li>- Tätigkeitsspielraum</li> <li>- Anforderungsvielfalt</li> <li>- Aufgabenschwierigkeit</li> <li>- Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten</li> <li>- Soziale Interaktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kohärenzsinn</li> <li>- „emotionale Intelligenz“</li> <li>- Kontrollüberzeugungen</li> <li>- Selbstwirksamkeitserwartung</li> <li>- Optimismus</li> <li>- Arbeitsstil: Typ-B-Verhalten</li> </ul>
<b>Mesoebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rollenstruktur</li> <li>- Organisationsklima / Teamklima</li> <li>- Soziale Unterstützung</li> </ul>		

Quelle: Semmer (1997, S. 332ff. zitiert nach Rudow, 2014, S. 114ff.)

Anmerkung: eigene Darstellung

Die äußeren Ressourcen umfassen auf der Makroebene die Betriebsorganisation als Rahmenbedingung für alles, das sich innerhalb des Unternehmens abspielt. Führung benennt die Ressourcen des Führungsstils, des Verhaltens der Führungskraft, ihren Willen zur Unterstützung der unterstellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihr Kommunikationsverhalten. Die Unternehmensstrategie ist in der Fixierung der nötigen Rahmenbedingungen für die Umsetzung von der Gesundheit zuträglichen Maßnahmen von großer Bedeutung. Auf der Mesoebene stellt die Rollenstruktur im Kontext von Klarheit, Eindeutigkeit, Sicherheit und Ausübbarkeit der an die jeweilige Rolle gestellten Erwartungen in zahlenmäßiger und qualitativer Hinsicht eine wichtige Ressource für die Gesundheit am Arbeitsplatz dar (Rudow, 2014, S. 116ff.).

Die kulturelle Ebene der Organisation, das Betriebsklima und der Umgang der Kolleginnen und Kollegen untereinander sind essenziell in Hinblick auf den Erhalt von leistungsfähigen, motivierten und zufriedenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Die Kolleginnen und Kollegen sind auch im Hinblick auf Möglichkeiten der gegenseitigen Unterstützung von großer Bedeutung für gesunde Arbeit. Die soziale Unterstützung hilft vor allem bei psychischen Fehlbelastungen und betrifft neben dem Team die Führungskräfte und ihre Offenheit bzw. ihren Willen zur Hilfe. Auf der Mikroebene spielen die Ressourcen der Gesundheit, die in der Arbeitstätigkeit selbst liegen, eine essenzielle Rolle. Eine für das ausführende Individuum selbst in Übereinstimmung mit den vorhandenen Motiven und gleichzeitig für das Unternehmen und die Gesellschaft sinnhafte Tätigkeit ist als Ressource qualifizierbar. Des Weiteren übt eine vollständige Tätigkeit, die der oder dem Tätigen die Vorbereitung und Planung, die Ausführung und

alle damit in Verbindung stehenden nötigen organisatorischen Tätigkeiten sowie die Nachbereitung und ein Feedback ermöglicht, eine gesundheitsförderliche Wirkung aus. Weitere wesentliche Aspekte sind die Variabilität der Anforderungen hinsichtlich Abwechslungsmöglichkeiten in der physischen, psychischen und emotionalen Beanspruchung und die Möglichkeiten zu sozialer Kooperation, Kommunikation und Interaktion. Aufgabenstellungen mit ausreichend Spielraum bei der Erfüllung der Tätigkeit, die die persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten vielfältig nutzen und die Weiterentwicklung fördern, gelten ihrerseits als der Gesundheit zuträglich (Rudow, 2014, S. 120ff.).

Die innere Ressource des Kohärenzsинns beschreibt das Vertrauen der Arbeitnehmerin oder des Arbeitnehmers in die Vorhersehbarkeit und das Verständnis eines herausfordernden Ereignisses, das Vermögen, auf die nötigen individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Lösung der Herausforderung zurückgreifen zu können und die Wesentlichkeit für die Person, sich mit dieser Sache zu beschäftigen. Die emotionale Intelligenz als weitere persönliche Ressource umfasst viele verschiedene Aspekte. Sie beschreibt die Fähigkeit eines Individuums, sich mit den eigenen Gefühlen auseinanderzusetzen, diese kontrollieren und anderen kommunizieren zu können. Außerdem umfasst der Begriff die Befähigung, sich in die Gefühlswelt der anderen Mitglieder des Arbeitsumfelds hineinversetzen zu können, mit verschiedenen Gruppen zusammenarbeiten zu können und auftretende Probleme lösungsorientiert anzusteuern. Kontrollüberzeugungen als gesundheitsförderliche Humanressource beziehen sich auf das Potenzial, für die Person wichtige Vorkommnisse zu durchschauen, Prognosen zu ihrem Verlauf zu erstellen und auf diesen Einfluss nehmen zu können. Die innere Ressource der Selbstwirksamkeitserwartung bezeichnet den Glauben von Menschen an ihre Kompetenzen und deren Einsatz zur Problemlösung. Optimismus als innere Einstellung ist essenziell für den Erhalt der Gesundheit. Optimistisch denkende Beschäftigte sind motiviert, sehen Herausforderungen als Chancen, lassen sich von Rückschlägen nicht so leicht entmutigen und sehen andere Wege und Ziele, wenn sich die einst eingeschlagenen Pfade und gesteckten Ziele als falsch oder nicht erreichbar erweisen. Zusätzlich von Bedeutung als Humanressource ist der individuelle Arbeitsstil, der grob nach Meyer Friedman und Kay Rosenman in zwei Typen unterteilt werden kann: dem Typ A und dem Typ B. Der Typ B zeigt höhere gesundheitsförderliche Eigenschaften, Typ A ist leistungsorientierter, arbeitet unter höheren selbst gesetzten Zeitlimits, gönnt sich weniger Erholungsphasen und greift in geringerem Ausmaß auf soziale Unterstützung zurück (Rudow, 2014, S. 124ff.).

Werden die Situationen und erwarteten Leistungen, die von älteren Mitarbeitenden bewältigt und erbracht werden müssen, an ihre Möglichkeiten angepasst und ihnen entsprechende Unterstützung gewährt, steht einem erfolgreichen Altern nichts im Wege (Oswald, Gatterer & Fleischmann, 2008, S. 29).

### **2.4.1 Das „Haus der Arbeitsfähigkeit“**

Das wichtigste Gut, das Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrem Erwerbsleben zur Verfügung steht, ist ihre Arbeitsfähigkeit. Um die Jahrtausendwende hat Arbeitsfähigkeit in ihrer Konzeption eine Erweiterung erfahren. Der zuvor rein gesundheitlich definierte Begriff wird nun als Ergebnis eines Komplexes verschiedener Faktoren betrachtet, wobei die Definition je nach Art der Perspektive und dem Zweck der Definierung – etwa Gesundheit am Arbeitsplatz, Rehabilitation oder Sozialversicherung - verschieden ist (Ilmarinen, 2006, S. 132).

Arbeitsfähigkeit ist vor allem einem ausgeglichenen Verhältnis zwischen Arbeit einerseits und den persönlichen Möglichkeiten und Ressourcen andererseits geschuldet. Erstere dient als Überbegriff für die gestellten Anforderungen durch Arbeitsaufgaben und Arbeitsplatz, das soziale Arbeitsumfeld und die Führung. Zweitere umfassen Gesundheitszustand, Fähigkeiten, Kompetenzen, Bildungsstand sowie die persönlichen Werthaltungen und Einstellungen. Menschen suchen ihr ganzes Leben lang nach Ausgleichsmöglichkeiten. Beeinflussend auf den sich im Lauf der Zeit modifizierenden Zustand wirken personelle Veränderungen wie fortschreitendes Alter und eine sich wandelnde Arbeitswelt (Ilmarinen, 2006, S. 132ff.).

Arbeitsfähigkeit rein auf den Kontext der Arbeit zu beziehen wäre jedoch zu kurz gegriffen. Das Privatleben und das private soziale Umfeld können einen sich in vielfältiger Weise darstellenden Einfluss ausüben. Die Koordination von Privat- und Arbeitsleben und die Schaffung von Möglichkeiten, beide zu verbinden, nehmen an Bedeutung zu. Die Arbeitsfähigkeit der Einzelnen ist abhängig von den Rahmenbedingungen und Leistungen, die durch die Gesellschaft vorgegeben werden (Ilmarinen, 2006, S. 134).

Da die Arbeitsfähigkeit ihrer Beschäftigten den Unternehmen zum Vorteil gereicht, ist es ihre Aufgabe, die Mitarbeitenden in der Erhaltung zu unterstützen. Gesetzlich geregelte Rahmenbedingungen wie der Arbeitsschutz zur Erhöhung der Sicherheit und zur Vermeidung von Gefahren und Regelungen bezüglich der Gesundheit am Arbeitsplatz bedingen einen sich an die veränderten Bedingungen anpassenden Faktor mit Einfluss auf den Erhalt der individuellen Arbeitsfähigkeit. Neben dem Arbeitsumfeld spielen die Führungskräfte eine bedeutende Rolle und teilen sich mit den Beschäftigten selbst die Verantwortung dafür. Die Darstellung der Arbeitsfähigkeit als vierstöckiges Haus zeigt die Vernetzung der einzelnen Bereiche miteinander. Die einzelnen Stockwerke repräsentieren aufeinander aufbauend Gesundheit, Kompetenz, Werte und Arbeit (Ilmarinen, 2006, S. 132ff.).



**Abbildung 2: Haus der Arbeitsfähigkeit**



Quelle: Technische Universität München (2019)

Anmerkung: nach Ilmarinen (2006)

Auf der ersten Ebene der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit ruhen alle weiteren Stockwerke. Verschlechtert sich der Gesundheitszustand, droht negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Gegensatz dazu kann eine Verbesserung des Gesundheitszustandes wiederum die Arbeitsfähigkeit positiv beeinflussen. Die zweite Ebene wird von der Kompetenz als Komplex von Fertigkeiten und Fähigkeiten sowie dem Vermögen, sich auf neue Arbeitsumgebungen einzustellen und dem Fachwissen gebildet. Ihre ständige Entwicklung ist nötig, um sich den sich ändernden Bedingungen der Arbeitswelt erfolgreich stellen zu können. Im dritten Stockwerk befinden sich die persönlichen Werthaltungen, Einstellungen und Motive. Das Hauptthema dieses Stockwerks ist der Ausgleich zwischen Arbeit und den individuellen Möglichkeiten sowie dem Privatleben. Verschiedene Einflüsse und Rahmenbedingungen wirken sich modifizierend auf die Inhalte des dritten Stocks aus. Das oberste Stockwerk beheimatet die Arbeit als Summe von Aufgaben, Prozessen, strukturellem Aufbau, dem sozialen Umfeld, der räumlichen Ausgestaltung, der Ausstattung und vor allem der Führung. Dieses Stockwerk ist das schwerste, es wird von allen darunterliegenden Ebenen getragen. Führungskräfte tragen die Verantwortung für den vierten Stock, sie müssen ihn gestalten sowie bei Problemen eingreifen und nötige Änderungen vornehmen (Ilmarinen, 2006, S. 132f.).

Die interpersonellen Kommunikations- und Informationsstrukturen zwischen den Führungskräften und ihren Mitarbeitenden sind hierbei von großer Bedeutung (König et al., 2010, S. 118f.).

### **3 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) und Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)**

Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung begann nach den Weltkriegen. Zuerst entwickelte sich die Gesundheitserziehung als autoritäre Methode, durch die Ärztinnen und Ärzte Einfluss auf die Gesundheit der Menschen, die als Laien betrachtet wurden, nahmen. Als krankheitsverursachender Faktor galt das individuelle (Fehl-)Verhalten. Aus dieser Erziehung entwickelte sich in den 1970er-Jahren die Gesundheitsförderung mit weniger autoritärem Zugang und ab den 1980er-Jahren die Betriebliche Gesundheitsförderung. Als eine der Wegbereitenden fungierte die WHO (Singer & Neumann, 2010, S. 26).

Die beiden Begriffe der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements werden oft als Synonyme verwendet. Die Grenzlinie kann mitunter dahingehend gezogen werden, dass es beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement um die Planung und Steuerung und bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung um die Ausführung der Maßnahmen geht. Damit ist auch die gegenseitige Abhängigkeit der beiden Begriffe voneinander erklärt (Ghadiri, Ternès & Peters, 2016, S. V). Auch Rudow betont die Untrennbarkeit der beiden Bereiche auf Grund von Überlappungen: „Während das BGM stärker auf die Organisation und Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit orientiert, fokussiert die BGF überwiegend sachbezogene Konzepte, die der Förderung der Gesundheit im Unternehmen dienen. Es liegt nahe, dass es zwischen dem modernen BGM und der BGF inhaltliche Schnittpunkte gibt, die eine scharfe Trennung beider Ansätze nicht erlauben“ (2014, S. 21).

Auf Grund der Notwendigkeit einer zeitlichen Ausdehnung der Phase der Erwerbstätigkeit muss die dafür nötige Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit und Produktivität sowie Sicherung der Qualifikation der älteren Beschäftigten durch Einsatz gezielter Förderungsmaßnahmen ermöglicht werden. Doch muss dieser Ansatz neben den jetzigen älteren Mitarbeitenden bereits frühzeitig jene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erreichen, die erst in Zukunft in die Rolle einer älteren Arbeitnehmerin oder eines älteren Arbeitnehmers kommen (Flüterhoffmann, 2010, S. 412).

Wie bereits in Kapitel 2.3.2 erläutert, lässt sich die Klassifizierung als ältere Arbeitnehmerin oder älterer Arbeitnehmer nicht am kalendarischen Alter, sondern vielmehr an der Leistungsfähigkeit und Gesundheit sich noch im Erwerbstätigenalter befindlicher Menschen festmachen (DGUV). Die individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu erhalten und Möglichkeiten zu bieten, diese als Kompetenzen im Alter zu erleben und zu nutzen, ist Aufgabe der Unternehmen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement hilft dabei, dass ein Unternehmen ein auf seine Bedingungen und Bedürfnisse abgestimmtes Konzept des Umgangs mit den älteren Beschäftigten in den Regelbetrieb integrieren kann. Wichtig ist eine konzeptuelle Planung mit vorangehender Bedarfserhebung und laufender Kontrolle und Evaluation (Esslinger & Singer, 2010, S. 111). Hauptansatzpunkt des BGM und der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist die „gesunde Arbeit“ (Rudow, 2014, S. 21), welche Wohlbefinden, körperliche und geistige Gesundheit und Leistungsfähigkeit umfasst (Rudow, 2014, S. 15ff.).

### **3.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe**

Um Arbeit gesund gestalten zu können, ist die Mitwirkung und das Engagement der verantwortlichen Führungskräfte essenziell. Auf Grund der Fürsorgepflicht besteht die Obligation, sich mit der Gesundheit der ihnen verantworteten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auseinander zu setzen und diese zu wahren und zu fördern. Nur gesunde Beschäftigte sind leistungsfähig und können ihren Beitrag zum Unternehmenserfolg erbringen (Rudow, 2014, S. 319ff.).

Die sich durch den demografischen Wandel ergebenden Herausforderungen durch die Alterung der Belegschaften und den Rückgang von Nachwuchskräften bedingen zielgerichtetes Handeln seitens der Führungskräfte. Sie müssen über ihren Führungsstil eine positive Beeinflussung des sozialen Gefüges im Unternehmen bewirken können (INQA, 2005, S. 7f.).

Führung meint die „zielorientierte soziale Einflussnahme zur Erfüllung gemeinsamer Aufgaben in bzw. mit einer strukturierten Arbeitssituation“ (Rudow, 2014, S. 322). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen respektiert und ihr Potenzial anerkannt werden. Die unterschiedliche Wertigkeit von Altersgruppen im Erwerbsprozess muss einer Gleichstellung weichen – nicht nur seitens der Führungskraft gegenüber ihren Mitarbeitenden, sondern auch unter den Kolleginnen und Kollegen verschiedener Altersstufen (INQA, 2005, S. 7f.).

Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, kann es durch die Zusammenarbeit verschiedener Altersgruppen innerhalb der Unternehmen zu positiven und negativen Effekten die Leistungsfähigkeit betreffend kommen (Bruch et al., 2010, S. 44f.). Die Gruppen setzen sich oft aus mehr und minder leistungsfähigen und –willigen Mitarbeitenden zusammen. Dies kann sich sowohl auf die Gesamtleistung der Gruppe als auch auf die Fluktuationsrate negativ auswirken. Wie die positiven Wirkungen von altersdifferenzierten Gruppen gefördert und genutzt werden können, umfasst das sogenannte Diversity-Management (König et al., 2010, S. 116f.).

Um die Zugehörigkeit zum Unternehmen für möglichst leistungsfähige und motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine möglichst lange Zeit zu sichern, muss sich ein ganzheitliches Konzept zum Erhalt und der Entwicklung von Gesundheit, Fähigkeiten und Motivation über den gesamten Zeitraum vom Beginn der spezifischen Berufstätigkeit bis zum Ausstieg aus dem Unternehmen erstrecken (Flüter-Hoffmann, 2010, S. 417ff.).

Das Personalmanagement muss die Veränderungen durch den demografischen Wandel berücksichtigen und sich daran anpassen. Die jüngeren Mitarbeitenden sollen auf Grund des fehlenden Nachwuchses dazu motiviert werden, im Unternehmen zu bleiben und durch schon frühzeitig initiierte präventive Interventionen darin unterstützt werden, ihrer Erwerbstätigkeit möglichst lange nachgehen zu können. Durch diese Maßnahmen kann auf das Image des Unternehmens positiv eingewirkt werden und neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter generiert werden, um die Folgen des demografischen Wandels frühzeitig abzufangen. Die Arbeitsfähigkeit der älteren Beschäftigten muss durch geeignete der Gesundheit zuträgliche Interventionen gefördert werden (INQA, 2005, S. 8).

Geht der Blick von Defiziten hin zu Potenzialen und Kompetenzen älterer Beschäftigter, können diese durch gezielten Einsatz in adäquaten Bereichen für das Unternehmen vorteilhaft genutzt werden (Flüter-Hoffmann, 2010, S. 417ff.).

Nach Spieß und Stadler (2007, S. 255ff.) zeigt das Modell des gesundheitsförderlichen Führens vier Ebenen: die Schaffung einer der Gesundheit ihrer Mitglieder förderlichen Unternehmens- und Führungskultur, die Anpassung von Prozessen und Abläufen im Unternehmen und den Fokus der Führung sowohl auf den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als auch auf den gesetzten Zielen und Aufgaben. Soll Arbeit der Gesundheit der Beschäftigten nützlich sein, muss neben dem individuellen Verhalten auch das Arbeitsumfeld, also die Verhältnisse, und die Führung in die Planung und Umsetzung einbezogen werden (Rudow, 2014, S. 319ff.). Durch die stetig stärker werdende Vernetzung von Arbeits- und Privatleben muss die Gesundheitsförderung auf beide Bereiche in einem ganzheitlichen Ansatz eingehen (Singer & Neumann, 2010, S. 49).

Führung übt auf viele Bereiche großen Einfluss aus. Neben den erbrachten Leistungen, der vorhandenen Motivation und Zufriedenheit, dem Klima im Unternehmen und dem Kommunikationsverhalten zeigt sich auch die Gesundheit der Beschäftigten von der Art und Weise der Führung abhängig. Führung kann die Gesundheit fördern, sie aber auch gefährden. Daher sind die Aufgaben einer Führungskraft im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements vielfältig und äußerst wichtig. Sie umfassen einerseits die Information über gesundheitsrelevante Aspekte, vor allem auf das Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an ihren

Arbeitsplätzen bezogen. Andererseits dürfen die durch stetige Förderung einer kritischen Betrachtung des eigenen gesundheitsbezogenen Verhaltens initiierte Wahrnehmung und die Entwicklung der individuellen Sichtweisen zu gesundheitlich bedeutenden Themen nicht vernachlässigt werden. Durch Änderung der Wahrnehmung und Bewusstwerdung von Risikofaktoren und der Gesundheit zuträglichen Maßnahmen kann eine Verhaltensänderung stattfinden. Dies benötigt zur erfolgreichen Umsetzung das Vorhandensein von adäquaten Rahmenbedingungen seitens der organisationalen Verhältnisse. Die im Unternehmen gelebte Politik und Kultur hinsichtlich Gleichstellung, Sicherheit, Förderungs- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie Fürsorgeaspekten muss mit den gewünschten individuellen Verhaltensänderungen vereinbar sein. Die Führungskraft ist für die Bereitstellung der nötigen Mittel und für die Gestaltung der Bedingungen bezüglich Aufgabenverteilung, Organisation und Umgebung verantwortlich. Die Umsetzung von der Gesundheit zuträglichen Verhaltensweisen und implementierten Interventionen sowie deren Kontrolle, Evaluation und nötigenfalls Adaptation fallen ebenfalls in den Verantwortungsbereich der Führungskräfte (Rudow, 2014, S. 319ff.). Wertschätzung und Lob im täglichen Umgang miteinander sollten keine Ausnahme sein. Ehrliches Feedback, das Aufzeigen von Defiziten und die gemeinsame Erarbeitung von Lösungsmöglichkeiten zu deren Beseitigung nützen beiden Seiten und motivieren die Mitarbeitenden (INQA, 2005, S. 8).

Führung dient im Bezug zur Betrieblichen Gesundheitsförderung auch als organisationale Ressource nach dem Belastungs-Beanspruchungs-Konzept. Essenziell dabei ist der Wille der Führungskraft zur Initiative, zur Förderung der Implementation von BGF und der Teilnahme an den Interventionen durch die unterstellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die Gewährung der dafür nötigen Mittel in Form von finanziellen, zeitlichen und motivationalen Elementen (Rudow, 2014, S. 117).

### **3.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Digitalisierung**

Seit Beginn des 21. Jahrhunderts konnte sich eHealth (electronic Health) etablieren. Der Begriff beschreibt die medizinisch indizierte Anwendung von elektronischen Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) auf verschiedene Arten (Peters & Klenke, 2016, S. 108). Eysenbach (2001, S. e20) definiert es folgendermaßen: "e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve health care locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology".

Als Teilbereich von eHealth hat sich mHealth (mobile Health) etabliert. Nach einer Definition der WHO handelt es sich dabei um „medical and public health practice supported by mobile devices, such as mobile phones, patient monitoring devices, personal digital assistants (PDAs), and other wireless devices“ (2011, S. 6).

Das sich daraus weiterentwickelte pHealth (personal Health) hat einen individuelleren Zugang und fokussiert auf das persönliche Wohlbefinden. Es beschreibt "the ability to take charge of your health by making conscious decisions to be healthy. It not only refers to the physical well being of an individual but it also comprises the wellness of emotional, intellect, social, economical, spiritual and other areas of life" (Health Science Journal, 2019).

Den jeweils gesetzten Fokus der drei genannten Konzepte verbindet cHealth (connected Health). Es bietet die Chance zur Vernetzung der verschiedenen Stakeholder von BGF sowie zur Kooperation von Anwendungen und den jeweiligen individuellen Daten mit dem Ziel des Aufbau eines umfassenden systematischen und gleichzeitig auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmten Netzwerks (Burkhart & Hanser, 2018, S. 43).

Um gute und gesunde Arbeit, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, ermöglichen zu können, muss das Betriebliche Gesundheitsmanagement verschiedene Bereiche und Aspekte in seiner ganzheitlichen Zugangsweise miteinbeziehen. Der Einsatz digitaler Assistenzsysteme hat zwar die Anforderungen an die Physis durch verbesserte Ergonomie zum Teil reduziert, durch gestiegene Mobilität und geforderte Flexibilität, erhöhten Zeitdruck und die geringere Trennbarkeit von Arbeit und Privatleben der Beschäftigten sind die psychischen Herausforderungen jedoch gestiegen (Hasselmann, 2018, S. 57ff.).

Negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit üben dauerhaftes Verlangen nach ständiger Verfügbarkeit und dadurch bedingter oftmaliger Unterbrechungen von Tätigkeiten, erhöhter Druck, die Pflicht, mehrere Aufgaben in kürzerer Zeit und oft gleichzeitig zu erfüllen sowie das Fehlen der klaren Trennung von Privat- und Berufsleben aus (Lohmann-Haislah, 2012, S. 34ff.). Die Führungskräfte sind ebenso mit neuen Herausforderungen durch das Managen von Mitarbeitenden, die sich an verschiedenen Standorten eines Unternehmens befinden, die Organisation virtueller Meetings und erhöhten Leistungsdruck konfrontiert (Burkhart & Hanser, 2018, S. 37ff.).

BGM muss ganzheitlich geplant sein, analoge und digitale Elemente verbinden, allgemeine und individuelle Aspekte berücksichtigen und sich laufend an die organisationalen Bedingungen anpassen (Hasselmann, 2018, S. 60ff.).

Digitalisierung im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements im Unternehmen geht mit diversen Chancen und Risiken einher. Tabelle 9 zeigt einen Überblick.

**Tabelle 9: Chancen und Risiken von Digitalisierung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement**

<b>Chancen</b>	<b>Risiken</b>
Erhöhung der Reichweite	Datenschutz
Erreichung neuer Zielgruppen	Gefahr von Datenmissbrauch
Setzung neuer Anreize	Personalpolitische Konsequenzen
Kombination von individueller und Betrieblicher Gesundheitsförderung	Überforderung der Nutzenden
Erhöhung der Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeberin / Arbeitgeber	Selbstdiagnostik der Nutzenden
Nutzung von Vernetzungsmöglichkeiten	Qualitätsmängel der Instrumente
Ressourcenschonung	Verzicht auf analoge BGF
Verbesserung der Erfassungs-, Analyse- und Evaluationsmöglichkeiten	

Quelle: Walter & Mess (2018, S. 79f.); Hasselmann (2018, S. 64ff.)

Anmerkung: eigene Darstellung

Neben der Möglichkeit, neue sich bisher der Gesundheitsförderung entziehende Gruppen für die Interventionen zu gewinnen, erhöht sich die Reichweite der Maßnahmen und Ansätze (Hasselmann, 2018, S. 67).

Nimmt man die Möglichkeit des Aufbaus von Gesundheitsportalen als Beispiel, kann zwischen internen und externen Portalen unterschieden werden. Erstere sind durch die Unternehmen selbst kreiert und meist im Rahmen des Intranet verfügbar. Werden von externen Anbietenden gefertigte Portale verwendet, funktionieren diese meist internetbasiert und sind daher mit hoher zeitlicher und örtlicher Flexibilität auch von zu Hause oder von unterwegs aufrufbar. Dies trägt zu einer Akzeptanzsteigerung der Nutzenden bei (Walter & Mess, 2015, S. 48ff.).

Durch andere Zugänge zum Thema Gesundheit, etwa durch interorganisationale Wettbewerbe der einzelnen Abteilungen gegeneinander, werden neue Anreize geschaffen, sich mit dem eigenen Gesundheitszustand auseinanderzusetzen. Durch die Digitalisierung können analoge und digitale Interventionsangebote kombiniert werden und zusätzlich zur allgemeinen Betrieblichen Gesundheitsförderung eine stärkere Individualisierung der Maßnahmen ermöglichen. Dies kann durch Erhöhung der Attraktivität des Unternehmens als Arbeitgeberin oder Arbeitgeber Wettbewerbsvorteile in der Personalrekrutierung und –bindung verschaffen (Walter & Mess, 2018, S. 81).

Verfügen Betriebe nicht über das nötige Wissen oder die nötigen sonstigen Ressourcen zum Aufbau eines eigenen BGM, ist durch die Digitalisierung eine Vernetzung mit anderen Unternehmen oder Organisationen möglich. Dadurch können Kosten gesenkt, Ressourcen effizient und effektiv genutzt und Kompetenzen in diesem Bereich erhöht werden. „Als Querschnittsthema (im Original kursiv), das branchenunabhängig alle Beteiligten betrifft und nicht konkurrenzrelevant ist, eignet sich „Gesundheit“ (im Original kursiv) besonders gut für betriebliche Vernetzungen“ (Hasselmann, 2018, S. 67). Nach der Luxemburger Deklaration der ENWHP (2007) ist die ganzheitliche Zugangsweise und systematische Planung von BGM als Kombination eines gesundheitsförderlichen Einwirkens auf die Verhältnisse der Organisation und das Verhalten der Beschäftigten essenziell. Dabei kann die Digitalisierung Erleichterung bringen, denn durch die Möglichkeit der digitalen Datenerfassung, etwa im Rahmen von Bedarfserhebungen, sowie der digitalen Auswertung und Evaluation der Daten sind diese Vorgänge mit geringerem Aufwand und in kürzeren zeitlichen Abständen verwirklichtbar (Hasselmann, 2018, S. 66).

Die Nachteile bzw. Risiken einer Digitalisierung im BGM umfassen in erster Linie Überlegungen zum Datenschutz und die Gefahr eines möglichen missbräuchlichen Verwendens der erhobenen Daten, etwa verbunden mit personalpolitischen Konsequenzen bei Nichtentsprechung hinsichtlich Vorgaben und Regelungen. Vor allem bei ungeübten Benutzerinnen und Benutzern, wie dies öfters in der Gruppe der älteren Beschäftigten der Fall sein kann, ist eine mögliche negative Konsequenz in der Überforderung der Nutzenden einerseits im Umgang mit der Technik selbst und andererseits im Verständnis der digitalen Vorgänge zu sehen. Außerdem besteht Gefahr darin, dass die Nutzenden die digitalen Daten zur Selbstdiagnostik heranziehen und eine fachliche Diagnose durch Medizinerinnen und Mediziner nicht mehr für nötig erachten. Den Unternehmen muss bewusst sein, dass es viele Angebote für Interventionen am digitalen Markt gibt, die nicht den nötigen Qualitätsanforderungen entsprechen. Daher ist ein systematischer und evaluierter Zugang zum Aufbau und der Pflege des Betrieblichen Gesundheitsmanagements unumgänglich (Walter & Mess, 2018, S. 78).

Des Weiteren darf digitale Gesundheitsförderung nicht alle anderen Maßnahmen vor Ort und in persönlicher Durchführung durch Expertinnen und Experten ersetzen. Sie kann diese bloß ergänzen (Hasselmann, 2018, S. 69).



### 3.3 BGM und Gesundheitsökonomie

Auf Grund des demografischen Wandels ergeben sich gesellschaftliche Veränderungen, die sich mitunter in steigenden Pensionsausgaben zeigen. Ohne bereits in Angriff genommene Reformierungen hinsichtlich des Pensionssystems, etwa durch die Erhöhung des Pensionsantrittsalters, wäre der Anstieg noch höher. Die Auswirkungen des demografischen Wandels sind enorm. Die gesellschaftliche Struktur erlebt dadurch gravierende Veränderungen (Börsch-Supan, 2013, S. 96f.).

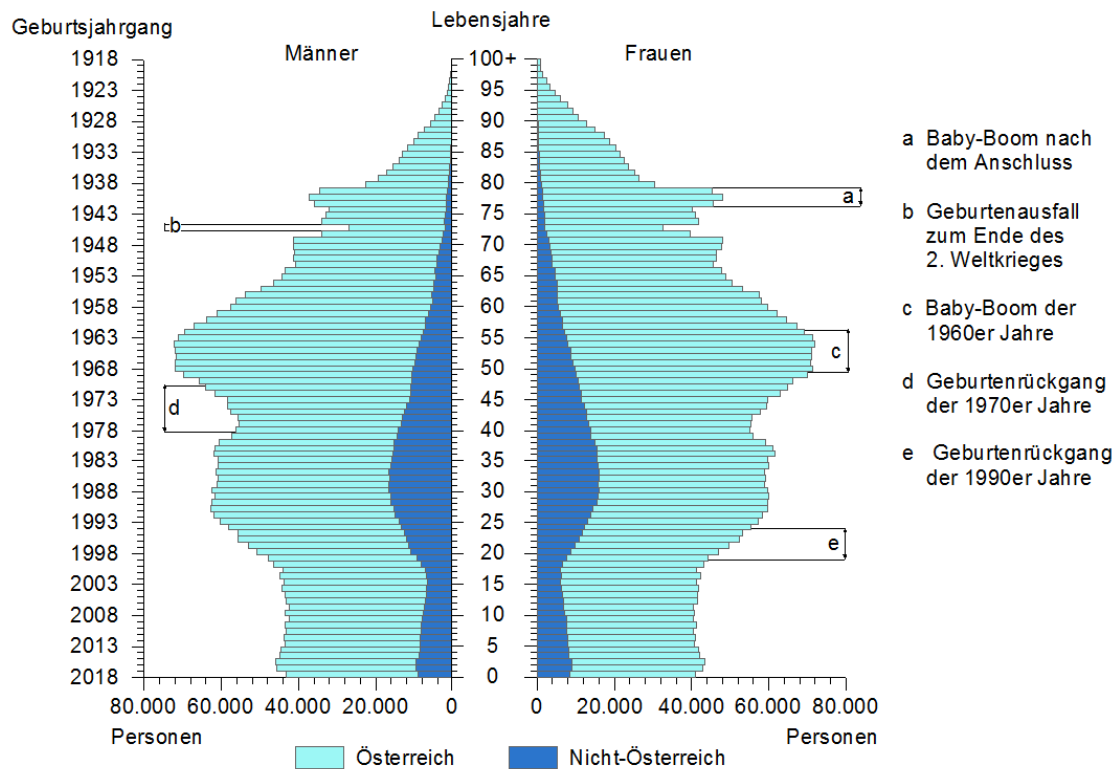
Nach Daten der Statistik Austria steigt der Altersquotient als Anteil der über 65-Jährigen an 100 Personen im Alter zwischen 20 und 64 Jahren in Österreich. Im Jahr 2000 betrug er 25,1, im Jahr 2018 bereits 30,4. Das Durchschnittsalter steigt ebenso. 2000 betrug es 39,4 Jahre. 2018 lag der Durchschnitt bereits bei 42,6 Jahren, 2019 bei 42,8 Jahren (2019a).

Einer steigenden Zahl von kaufstarken Pensionistinnen und Pensionisten wird zukünftig eine geringere Menge an erwerbstätigen Personen gegenüberstehen. Vor allem die Generation der Baby-Boomer, als eine zahlenmäßig sehr umfangreiche Generation, hinterlässt mit ihrem Abschied aus dem Erwerbsleben eine große Lücke (Börsch-Supan, 2013, S. 96f.).

Einem steigenden Altersquotient steht nach Berechnungen der Statistik Austria ein sinkender Jugendquotient als Anzahl der 0-19-Jährigen an 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren gegenüber. Dieser betrug im Jahr 2000 37,6, 2018 war er bereits auf 31,4 gesunken. Der Gesamtquotient, als Summe der 0-19 Jährigen und der über 65-Jährigen gegenüber 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren, sinkt etwas langsamer als die einzelnen Quotienten: 2000 betrug der Gesamtquotient 62,7, im Jahr 2018 61,8 (2019a).

Diese Entwicklung ist in Abbildung 3 der Bevölkerungsstruktur zu Jahresbeginn 2019 dargestellt.

**Abbildung 3: Bevölkerungspyramide am 1.1.2019 nach Staatsangehörigkeit Österreich**



Q: STATISTIK AUSTRIA, Statistik des Bevölkerungsstandes. Erstellt am 21.05.2019.

Quelle: Statistik Austria (2019a)

Es zeigt sich somit, dass sich durch den Mangel an Nachwuchskräften das System dahingehend wandeln muss, dass sich die im Erwerbsleben befindlichen Menschen länger darin betätigen können, um auf diesem Weg die Lücke zu füllen (Börsch-Supan, 2013, S. 96f.). Zum Erhalt ihrer Leistungs- und Arbeitsfähigkeit für möglichst lange Zeit ist BGM als Beitrag der Unternehmen unumgänglich.

Eine nachhaltige Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung benötigt organisationale Unterstützung. Die sich ergebenden Vorteile von BGM und BGF überwiegen die nötigen Ausgaben. Der Nutzen erstreckt sich über die gesamte Volkswirtschaft eines Landes, die Sozialversicherungsträgerinnen und –träger, die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber bis hin zu den Beschäftigten und ihren Familien (Singer & Neumann, 2010, S. 50ff.).

Wichtig für die nachhaltige Effektivität von BGF ist der ganzheitliche Zugang und umfassende, mehrere Bereiche beeinflussende Interventionsstrategien (Singer & Neumann, 2010, S. 49). In der Luxemburger Deklaration der ENWHP wird darauf hingewiesen, dass Betriebliche Gesundheitsförderung nicht als Einzelmaßnahme, sondern nur in Kombination von Interventionen, welche auf das individuelle Verhalten der Beschäftigten und die Verhältnisse der Organisation einwirken, erfolgreich und in erhöhtem Maße wirksam sind (ENWHP, 2007).

Die Effekte von Betrieblichem Gesundheitsmanagement reichen über die betrieblichen Grenzen hinaus. Unternehmen profitieren von der Reduktion von Krankenständen, doch auch die Mitarbeitenden selbst haben Vorteile durch ein BGM. Außerdem nützt es der Gesellschaft und dem Sozialsystem wie etwa den Krankenkassen durch die Reduktion von Kosten (Hessel, 2016, S. 43f.).

Rath (2017, S. 7) nennt als Kennzahl für die Effizienz von Kosten und Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung den Return On Investment (ROI), der in der BGF bei 1:3 liegt, wobei sie jedoch betont, dass diese Zahl Interpretationen bedarf.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung kann nicht unbegrenzt und ohne ökonomische Grundlage betrieben werden. Unternehmen müssen das allgemeine wirtschaftliche Prinzip der Inkongruenz von knappen Gütern und unendlichen Bedürfnissen berücksichtigen. Im unternehmerischen Kontext geht es fast immer um Gewinnmaximierung. Daher muss aus den für die BGF eingesetzten Mitteln ein dementsprechender, wenn möglich die Ausgaben überragender, Nutzen erwachsen. Ein messbarer Nutzen entsteht etwa in der Verringerung von Absenzen, der Erhöhung der Produktionskapazität und einer besseren und längeren Bindung der Mitarbeitenden ans Unternehmen. Oft sind die Vorteile durch Betriebliches Gesundheitsmanagement jedoch nicht messbar (Hessel, 2016, S. 44f.).

Nicht exakt quantifizierbarer Nutzen zeigt sich in „weichen“ Faktoren und Kennzahlen wie der Arbeitszufriedenheit, dem subjektiven Gesundheitszustand oder vorgenommenen Änderungen des gesundheitsförderlichen Verhaltens seitens der Beschäftigten (Langmann & Kvas, 2014, S. 8). Dies verringert die Motivation der Unternehmen, BGM zu implementieren. Der Blick rein auf die messbaren Fakten ist jedoch zu kurz.

Der Profit durch gesundheitsfördernde Interventionen im betrieblichen Kontext geht über diesen hinaus. Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nützt BGM sowohl im Kontext der Arbeit als auch in ihrem aktuellen und späteren Privatleben. Einerseits verbessert sich ihr Gesundheitszustand, andererseits reduzieren sich dadurch die Aufwendungen für Behandlungen, Medikamente und medizinische Betreuung, die sie zum Teil selbst bezahlen müssen. Diese Kostenersparnisse wirken sich gesellschaftlich aus, indem sie die öffentlichen Aufwendungen der Krankenkassen, der Sozial- und Pensionsversicherungen senken. Die Erwerbstätigkeit kann länger aufrechterhalten werden, die gesundheitsbezogenen Ausgaben werden geringer. Daher darf die Thematik der Betrieblichen Gesundheitsförderung nicht ausschließlich als Thema auf betrieblicher Ebene betrachtet werden. Wie die Unternehmen das Konzept implementieren und ihren Betrieb danach richten, muss in ihrer alleinigen Kompetenz bleiben. Ein generelles Rahmenwerk von Richtlinien und Unterstützungsmöglichkeiten muss den Unternehmen diese Implementation erleichtern (Hessel, 2016, S. 44f.).

Die nachfolgende Tabelle zeigt die von Langmann und Kvas definierten Kennzahlen zur „Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung“. Ihr Sinn liegt darin, dass sie dabei helfen sollen, den Gesundheitszustand von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in einem Unternehmen festzustellen und die Veränderungen, die sich durch gesundheitsförderliche Maßnahmen ergeben, aufzuzeigen und wenn nötig zu überwachen. Die Gesundheitsberichte verfolgen das Ziel der übersichtlichen und auf die Handlungen bezogenen Sichtbarmachung von Gesundheitsinformationen (2014, S. 1f.). Ein interner Bericht hilft bei der Priorisierung nach einer Bedarfsidentifizierung sowie beim Controlling und dient als Motivationsinstrument für die Führungskräfte (Ternès, 2016, S. 13).

In der Tabelle ist von Kennzahlen zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Rede. Kennzahlen sind somit zur Feststellung der Effizienz der Interventionen der BGF notwendig (Rath, 2017, S. 7). „Eine Kennzahl (im Original fett) ist eine Vorschrift zur quantitativen, reproduzierbaren und objektiven Messung einer Größe, die Auskunft über Status oder Leistung eines Systems gibt. Systeme können Organisationseinheiten, Projekte, Produkte, Prozesse oder Personen sein“ (Angermeier, 2019).

**Tabelle 10: Kennzahlen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung**

<b>ZIELBEREICH ARBEIT</b>	<b>ZIELBEREICH GESUNDHEIT</b>
BGF-Maßnahmen nach Art und Inhalt der Maßnahme	Gesundheitsquote
Beteiligungsquote an BGF-Maßnahmen durch Angehörige der Zielgruppe(n)	Tage mit Arbeitsunfähigkeit
Fluktuationsquote durch freiwillige Kündigung	Fälle von Arbeitsunfähigkeit
Qualifizierungstage für Fort- und Weiterbildung pro Mitarbeiterin / Mitarbeiter	Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall
Arbeitszufriedenheit nach Selbsteinschätzung	Arbeitsunfähigkeitsquote
Zufriedenheit mit Führungsstil der/des direkten Vorgesetzten	Langzeitkrankenstände über 42 Tage
Soziale Unterstützung durch direkte/n Vorgesetzte/n	Kurzzeitkrankenstände bis 3 Tage
Soziale Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen	Langzeit-Arbeitsunfähigkeitsfälle / -tage nach Diagnosen
Qualität der Arbeit nach Selbsteinschätzung	Subjektiver Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung

Quantitative Überforderung nach Selbsteinschätzung	Körperliche Aktivität
Arbeitsfähigkeit nach Selbsteinschätzung	Ernährung
Arbeitsfähigkeit in 2 Jahren nach Selbsteinschätzung	

Quelle: Langmann und Kvas (2014, S. 24ff.)

Anmerkung: eigene Darstellung

Die in der Tabelle genannten Kennzahlen umfassen verschiedene Gesichtspunkte, nach denen Daten erhoben werden können, um Interventionen Betrieblicher Gesundheitsförderung zu evaluieren. Es kann eine grobe Unterteilung hinsichtlich des Zielbereichs der Kennzahlen gemacht werden: sie können den Bereich Arbeit oder den Bereich Gesundheit betreffen. Zum Bereich Arbeit zählen etwa die Information über die inhaltliche Ausrichtung von Maßnahmen und ihr jeweiliger Anteil an der von der Luxemburger Deklaration der ENWHP (2007) geforderten Kombination von Verhaltens- und Verhältnismaßnahmen, jeweils auf einen einzelnen Betrieb, dessen Branche und den Zeitraum eines Jahres bezogen (Langmann & Kvas, 2014, S. 36).

Die Beteiligungsquote umfasst die Anzahl der Teilnehmenden an den Maßnahmen innerhalb der Zielgruppe(n) im Beobachtungszeitraum. Die Fluktuationsquote bezeichnet die Eigenkündigungen über einen bestimmten Zeitraum als Anteil an der Zahl der Gesamtbeschäftigten zu Beginn des Beobachtungszeitraums. Die Qualifikationstage werden pro Mitarbeiterin bzw. Mitarbeiter über einen bestimmten Zeitraum gezählt. Hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit als zufrieden oder sehr zufrieden müssen sich die Befragten selbst einschätzen. Dasselbe gilt in Bezug auf die Zufriedenheit mit der oder dem direkten Vorgesetzten, deren oft oder immer vorhandenen Unterstützung und der Unterstützung seitens der Kolleginnen und Kollegen. Die subjektiv einzuschätzende Qualität der Arbeit wird mittels der Kriterien der Aufgabenvielfalt, Sinnhaftigkeit, Einbindung in Entscheidungen, Größe des Gestaltungsspielraums in der Ausführung und der Möglichkeit der Kompetenzerweiterung bestimmt.

Sind derart viele Aufgaben zu bewältigen, dass es den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern oft oder immer zu viel wird, wird von quantitativer Überforderung gesprochen. Die Arbeitsfähigkeit zum aktuellen Zeitpunkt und nach Ablauf von zwei Jahren ist ebenfalls Ergebnis subjektiver Einschätzung (Langmann & Kvas, 2014, S. 37ff.). Arbeitsfähigkeit wird nach Ilmarinen folgendermaßen definiert: „Work ability is built on the balance between a person’s resources and work demands. A person’s resources consist of health and ability, education and competence, and values and attitudes” (2006, S. 133).

Als eine der Kennzahlen des Zielbereichs Gesundheit stellt die Gesundheitsquote den Anteil an Kalendertagen, an denen Arbeitsunfähigkeit vorliegt, an der Gesamtzahl der Kalendertage des Beobachtungszeitraums dar. Dabei ist die Ursache der Arbeitsunfähigkeit ohne Belang. Die Tage mit vorliegender Arbeitsunfähigkeit werden unabhängig der Kausalität (Krankheit, Unfall oder Kur) gesehen und pro Mitarbeitenden gezählt. Das Gleiche gilt für die Arbeitsunfähigkeitsfälle. Diese beiden Zahlen können miteinander in Beziehung gesetzt werden und ergeben als Kennzahl der Arbeitsunfähigkeitstage je Arbeitsunfähigkeitsfall die mittlere Dauer eines Arbeitsunfähigkeitsfalles. Der Anteil an Beschäftigten, die im Beobachtungszeitraum mindestens einen Fall an Arbeitsunfähigkeit aufweisen, ergibt die Arbeitsunfähigkeitsquote. Unterschieden wird bei den Krankenständen zwischen Langzeit- und Kurzzeitkrankenständen. Als Langzeitkrankenstand gilt eine Dauer über 42 Tagen, als Kurzzeitkrankenstand wird eine Arbeitsunfähigkeit unter drei Tagen bezeichnet. Die Arbeitsunfähigkeit kann zusätzlich nach Diagnosen differenziert werden. Im Gegensatz zu diesen auf Grundlage objektiver Daten vorgenommenen Berechnungen wird der subjektive Gesundheitszustand (gut oder sehr gut) von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst eingeschätzt. Die Kennzahl der körperlichen Aktivität gibt den Anteil der Beschäftigten an, die in der Woche vor dem Befragungszeitpunkt mindestens an fünf Tagen eine zumindest 30 Minuten dauernde Bewegungseinheit durchführten. Unter Bewegung lassen sich die Arbeit, Haus- und Gartenarbeit, Fortbewegung, Bewegung in der Freizeit und Sport subsumieren. Das Ernährungsverhalten beschreibt den Anteil der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die wenigstens einmal täglich eine Portion Obst und/oder Gemüse essen, wobei es sich nicht um Säfte oder Kartoffeln handeln darf (Langmann & Kvas, 2014, S. 59ff.).

Die reine Erhebung und Berechnung von Kennzahlen ist nicht zielführend. Mit Hilfe der Daten müssen die Effizienz und Effektivität der durchgeführten Interventionen evaluiert und daran anschließend gegebenenfalls angepasst werden. Dabei müssen stets die Limitierungen solcher Verfahren mitberücksichtigt werden. Nicht immer ist die klare Zuordenbarkeit von Ursachen und Wirkungen gegeben (Rath, 2017, S. 9). Gerade im Bereich der BGF sind die Wirkungen vielfältig und äußern sich nur zum Teil in klar messbaren Komponenten. Reduzieren sich Krankenstände, ist der Nutzen klar als Kostenersparnis ersichtlich. Weniger offensichtlich sind die Kosten, die sich auf Grund von Präsentismus ergeben (Ternès, 2016, S. 4ff.).

Auf der anderen Seite entstehen die (Fehl-)Belastungen und Beanspruchungsfaktoren in Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit nicht nur im Arbeitskontext, sondern über alle Kontexte verteilt, in denen sich die einzelnen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufhalten (Ilmarinen, 2006, S. 134).

## **4 Spezialfall BGM im Tätigkeitsbereich stationärer Langzeitbetreuung**

### **4.1 Belastungsfaktoren im Setting der Langzeitbetreuung**

Evashwick (2005, zitiert nach Krajic und Schmidt, 2010, S. 7) definiert Long Term Care als ein breit gefächertes Gebiet verschiedener Akteurinnen und Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen, die sowohl formell als auch informell agieren und ihre Zielgruppe von über längere Zeit funktional beeinträchtigten und in ihrer Autonomie eingeschränkten Personen in der Wiedererlangung der größtmöglichen Selbstständigkeit unterstützen möchten.

Ein Charakteristikum des Dienstleistungssektors ist die hohe Bedeutung der Humanressource der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und ihrer Leistungsfähigkeit (König et al., 2010, S. 115). Im Bereich der Langzeitpflege und -betreuung arbeiten diverse Berufsgruppen. Neben dem Pflegepersonal leisten Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Professionen Leistungen für die Bewohnerinnen und Bewohner. Dabei ist der direkte Kontakt häufig und eingehend und bezieht die Angehörigen mit ein. Dieses Spezifikum an Herausforderungen erstreckt sich auch auf jenes Personal, das nicht für die medizinische, pflegerische oder therapeutische Betreuung zuständig ist (Maier & Kälin, 2015, S. 287f.).

Die Altenpflege weist eine Vielfalt an Belastungsfaktoren auf, die sich in physische und psychische Faktoren unterteilen lassen. Sie liegen in der Persönlichkeit der Beschäftigten, in den organisationalen Bedingungen und im sozialen Arbeitskontext begründet (Glaser, Lampert & Weigl, 2008, S. 49ff.). Blüher und Kuhlmeier führen als spezifische Belastungsfaktoren in der stationären Versorgung neben der hohen Belastung für die Pflege die Komplexität der nötigen Betreuung in medizinischer und therapeutischer Hinsicht an. Zudem ist das gesundheitsförderliche Denken noch nicht im stationären Alltag angekommen. Durch die in einem zunehmend schlechter werdenden Gesundheitszustand aufgenommene Klientel an Bewohnerinnen und Bewohnern ergibt sich für die Beschäftigten die Notwendigkeit der stetigen Entscheidung bezüglich Priorisierung und Rationalisierung der Leistungen (2019, S. 262).

Durch die zunehmende Automatisierung konnten einige der körperlichen Belastungsfaktoren minimiert werden (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352). Als verbleibende physische Faktoren wirken die Notwendigkeit des Bewegens von Lasten mit und ohne Hilfsmittel, die Gefahr von Verletzungen, der Umgang mit gefährlichen und teils allergenen Stoffen sowie das Risiko für Infektionen.

Weiters können die Arbeitsumgebung als solche und die Arbeit am Computer im für die Beschäftigten ebenso notwendigen administrativen Bereich eine Belastung darstellen (Glaser et al., 2008, S. 49ff.). Ergänzt werden die Belastungsfaktoren durch die Notwendigkeit, stehende, hockende, kniende Haltungen oder eine gebückte Stellung einzunehmen (Jansen & Müller, 2000, S. 257).

Die auf Grund der technischen und technologischen Möglichkeiten entstandene Reduktion der Belastungsfaktoren im physischen Bereich erstreckt sich nicht auf die psychischen Elemente (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352). In der Deklaration von Barcelona werden die Veränderungen der Arbeitswelt als Ursache für den Anstieg von psychischen Erkrankungen genannt (ENWHP, 2002). Auf Grund der diversen Herausforderungen, denen sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Setting der Langzeitbetreuung regelmäßig stellen müssen, gilt für sie ein überdurchschnittlich hohes Risiko, psychische Belastungen im Arbeitskontext bewältigen zu müssen (Maier & Kälin, 2015, S. 287). Psychische Erkrankungen korrelieren zudem mit einer längeren krankheitsbedingten Absenz der Betroffenen als dies bei muskuloskelettalen Beschwerden der Fall ist (Brause, Kleina, Horn & Schaeffer, 2015, S. 46).

Zu den psychischen Belastungsfaktoren zählen unter anderem Zeitdruck, Informationsmängel und -unsicherheiten sowie eine Überforderung durch die Persönlichkeit und/oder den Gesundheitszustand der Klientinnen und Klienten. Der enge menschliche Kontakt mit Kolleginnen und Kollegen, Bewohnerinnen und Bewohnern, Angehörigen und Führungskräften beinhaltet psychisch belastendes Konfliktpotential (Glaser et al., 2008, S. 49ff.). Brause et al. konnten diese Faktoren durch ihre Studie bestätigen. Die größte Belastung wird durch Zeitdruck erlebt. Eine große Arbeitsmenge, die Übernahme von nicht in der Ausbildung erlernten Aufgaben, die fehlende Inanspruchnahme von Pausenzeiten und Unklarheiten in Zuständigkeit und Kommunikation wirken sich ebenso negativ aus (2015, S. 45). Entstehen Widersprüche bei den Zielsetzungen, führen diese ihrerseits zu Fehlern, dem Eingehen zusätzlicher Risiken und Mehrarbeit. Im Kontext der engen Zusammenarbeit mit vielen anderen Menschen kommt es durch wiederholte Unterbrechungen der Arbeit durch Personen, dringliche Anliegen oder funktionelle Störungen zur Unmöglichkeit, Aufgaben in ihrem vollen Umfang durchzuführen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen zudem damit umgehen können, dass gesetzte Interventionen nicht zum gewünschten Erfolg führen (Glaser et al., 2008, S. 49ff.).

Nach Jansen und Müller (2000, S. 258f.) zählen der Schichtdienst und die Unregelmäßigkeit des Wechsels zwischen Tag- und Nachtdiensten zu Faktoren, die sich nachteilig auf das vegetative Nervensystem auswirken. Weiters verstärkt die vor allem im Gesundheitswesen vorhandene Kombination mehrerer Faktoren die Belastung für die älteren Beschäftigten. Diese



Kombination ergibt sich sowohl durch physische und psychische Faktoren als auch durch mehrere psychische bzw. psychosoziale Elemente.

Die nachfolgende Tabelle stellt die genannten Belastungsfaktoren im Überblick dar.

**Tabelle 11: Belastungsfaktoren in der Langzeitpflege und -betreuung**

PSYCHISCHE FAKTOREN	PHYSISCHE FAKTOREN
Zeitdruck	Heben, Tragen, Bewegen von Lasten
Informationsmangel, -unsicherheit	Verletzungsgefahr
Überforderung durch Persönlichkeit / Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner	Infektionsgefahr
Große Arbeitsmenge	Umgang mit gefährlichen und/oder allergenen Stoffen
Fehlende Erholungs- und Pausenzeiten	Bildschirmarbeit
Arbeitsunterbrechungen	Ungünstige Körperhaltungen
Widersprüchliche Zielsetzungen	
Erfolglosigkeit von Interventionen	
Konfliktpotential durch engen sozialen Kontakt	
Schichtdienst und Nachtarbeit	

Quelle: Brause et al. (2015, S. 45); Glaser et al. (2008, S. 49ff.); Jansen und Müller (2000, S.257ff.)

Anmerkung: eigene Darstellung

Die Aufzählung korreliert mit den in Kapitel 2.3.1 und in Tabelle 5 dargestellten Beanspruchungsfolgen, die nach Rudow (2014, S.54ff.) als Konsequenz einer Inkongruenz von Belastungen und inneren sowie äußeren Ressourcen entstehen können.

#### **4.1.1 Burn-out**

Obwohl Arbeit unter anderem als Erwerbstätigkeit oft lebensnotwendig ist und durchaus positive Wirkungen auf Gesundheit, Identität, Sinngebung, ökonomische Lage der Beschäftigten und ihre sozialen Beziehungen hat, muss von der Annahme ausgegangen werden, dass Herausforderungen in der Arbeitswelt auch Stress verursachen und sich daraus ergebende Belastungsfaktoren im Anstieg befinden. Stress in der Arbeit kann sich nachteilig auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken (Hasselhorn, 2010, S. 361ff.).

Wie bereits in Kapitel 2.3.1 erwähnt und durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bestätigt, kann Burn-out die Folge von chronischem, nicht bewältigtem Stress im Kontext der Arbeit sein.

Die WHO subsumiert Burn-out unter die Kategorie 24 „Factors influencing health status or contact with health services“ und unter die Unterkategorie “Problems associated with employment or unemployment”.

Ihre Definition unter der Zuordnung QD85 lautet folgendermaßen: „Burn-out is a syndrome conceptualized as resulting from chronic workplace stress that has not been successfully managed. It is characterized by three dimensions: 1) feelings of energy depletion or exhaustion; 2) increased mental distance from one's job, or feelings of negativism or cynicism related to one's job; and 3) reduced professional efficacy. Burn-out refers specifically to phenomena in the occupational context and should not be applied to describe experiences in other areas of life“ (WHO, 2019). Die drei wesentlichen Ausprägungen an Symptomatik dieses Syndroms sind Erschöpfung und Energieverlust, eine zunehmende geistige Abwendung vom Beruf oder negative Gefühle und Zynismus sowie abnehmende Leistungsfähigkeit. Burn-out muss immer im Kontext des Arbeitsplatzes und der Organisation gesehen werden (WHO, 2019).

Im Bereich der stationären Langzeitbetreuung existiert ein hohes Burn-out Risiko der Beschäftigten auf Grund der in Kapitel 4.1 dargestellten psychischen Belastungsfaktoren, allen voran der stetige Zeitdruck und der damit einhergehende Verzicht auf Erholungspausen sowie die Problematik, Beruf und Privatleben vereinbaren zu können (Brause et al., 2015, S. 47). Rudow führt aus, dass es bereits am Beginn der Beschäftigung mit Burn-out um den Zusammenhang der Entstehung des Syndroms und der Mitgliedschaft der Betroffenen in einer helfenden Berufsgruppe ging. Ein hohes Risiko für Burn-out wird jenen Beschäftigten attestiert, die berufsbedingt oftmaligen und intensiven Kontakt mit anderen Menschen pflegen. Dies ist bei den meisten Berufen im Gesundheitswesen der Fall. Zusätzlich zum Kontakt kommt die oftmalige Notwendigkeit, die eigenen Gefühle dabei unterdrücken zu müssen und nach außen hin eine andere Gefühlslage zu zeigen (2014, S. 94ff.).

Eine Studie von Maier und Kälin (2015) konnte zeigen, dass mit sinkendem Wohlbefinden bei den Beschäftigten diverser Berufsgruppen in der Langzeitbetreuung die Wahrscheinlichkeit für Depressionen und Burn-out steigt. Burn-out ist gekennzeichnet durch ein Zusammenspiel mehrerer Symptome, die psychosomatisch, berufsbezogen und motivatorisch begründet sind. Neben körperlichen Beschwerden häufen sich dadurch die Absenzen am Arbeitsplatz und die Motivation, der Arbeit weiterhin nachzugehen, sinkt (Rudow, 2014, S. 99).

Nienhaus, Westermann und Kuhnert gelang in ihrem Review zum Thema Burn-out im Setting geriatrische (Langzeit)Pflegerie die Identifikation von Risikofaktoren für die Entstehung von Burn-

out für in diesem Bereich Beschäftigte. Als zusammenhängend mit dem Risiko, an Burn-out zu erkranken, gelten der Personalschlüssel von Pflegepersonen, das Ausmaß der Arbeitsaufgaben sowie die Möglichkeit zu Teilhabe und Mitbestimmung an Entscheidungen.

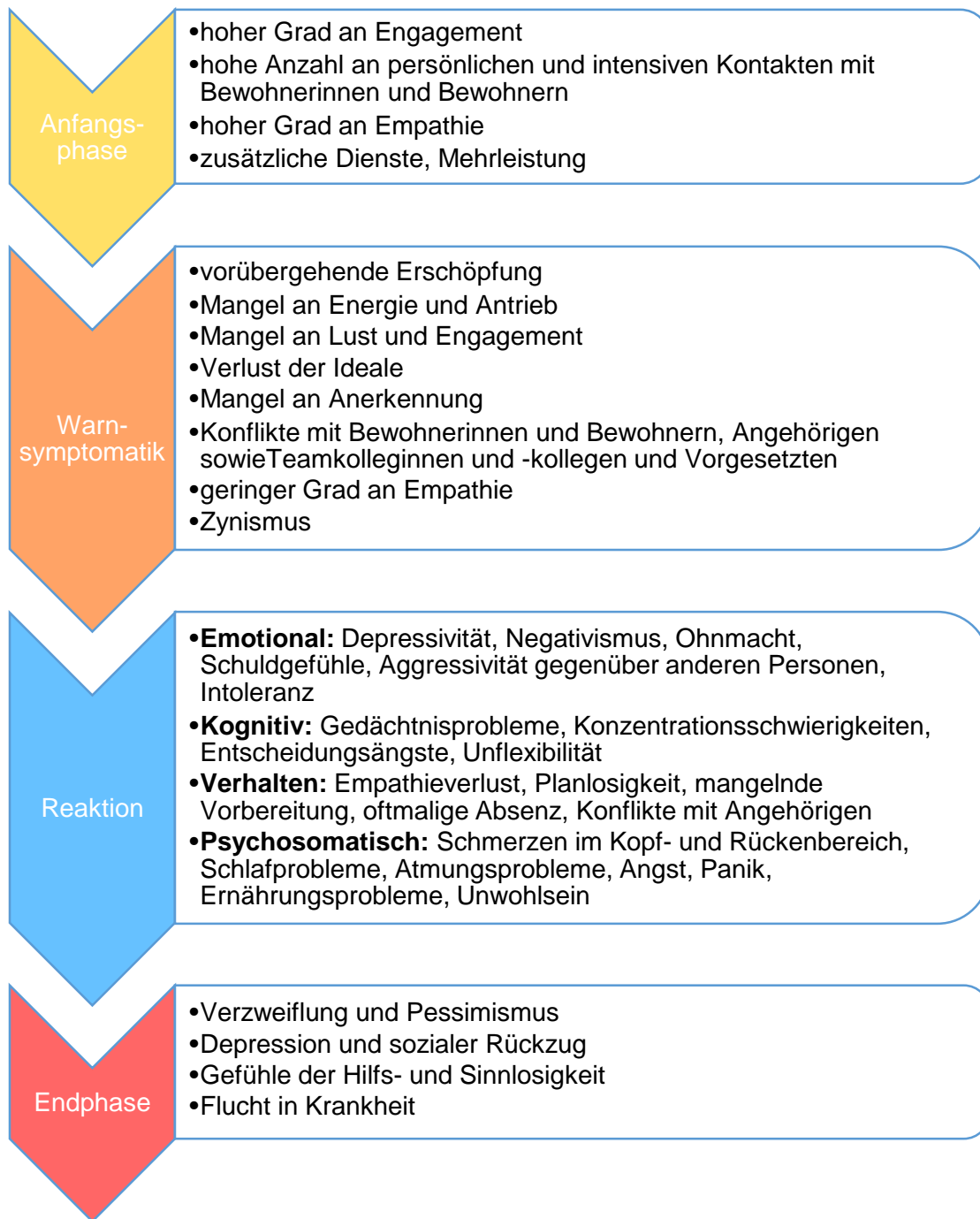
Weiters beeinflussen der Umgang mit Kontrolle, der Umgang mit den verschiedenen Rollen einer Pflegeperson und Probleme mit der Vereinbarkeit der einzelnen Rollen, Selbstzweifel und Unschlüssigkeit, emotionale Stabilität sowie die Zufriedenheit mit der Arbeit und der Gesundheitszustand der Beschäftigten das Erkrankungsrisiko (2012, S. 221).

Die Entstehung von Burnout geschieht langsam und in Phasen. Hauptsymptomatik der Definition der WHO entsprechend ist ein umfassendes Erschöpfungsgefühl, das sich körperlich, geistig und emotional bemerkbar macht. Es zeigt sich körperlich unter anderem durch Energielosigkeit, dauernde Müdigkeit, Schlafprobleme und ein erhöhtes Erkrankungsrisiko.

Geistig erschöpft zu sein bedeutet das Generieren eines generellen Pessimismus hinsichtlich der eigenen Person, anderer Personen und des Lebens an sich. Emotional zeigt sich eine erhöhte Depressionsneigung, Aggressivität, Verzweiflung und Mutlosigkeit. Unter die zweite Symptomkategorie können Abwendung und Entpersonalisierung, die Änderung der Sichtweise von Subjekten zu Objekten, verbunden mit einem Mangel an Interesse und Empathie subsumiert werden. Die als drittens genannte Leistungsminderung kann zur Arbeitsunfähigkeit führen und äußert sich im Glauben, den gestellten Anforderungen des Arbeitsplatzes nicht mehr gewachsen zu sein (Rudow, 2014, S. 98f.).

Die folgende Abbildung 4 gibt einen Überblick über die Phasen der Entstehung des Syndroms Burn-out.

#### Abbildung 4: Burn-out – Phasen und Symptome



Quelle: Rudow (2014, S. 100)

Anmerkung: eigene Darstellung

Menschen ergreifen einen helfenden Beruf oft aus dem Wunsch heraus, die ihnen im Rahmen der Ausübung ihrer Berufstätigkeit anvertrauten Personen so gut wie möglich fördern und unterstützen zu können. Sie werden durch Idealismus zu hohem Engagement intrinsisch motiviert und stecken sich hohe Ziele. Sie sind davon überzeugt, diese durch ihren persönlichen Einsatz erreichen zu können.

In der Realität des Arbeitsalltags zeigen sich mit der Zeit die hemmenden Einflüsse diverser äußerer Umstände, die die Erreichung der selbst gesteckten hohen Ziele verhindern (Nitzsche, Driller, Kowalski & Pfaff, 2010, S. 390). Die negativen Folgen einer Inkongruenz von hohem persönlichem Einsatz und viel Engagement einerseits und dem Ausbleiben einer adäquaten Belohnung als Ausgleich andererseits beschreibt das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen. Die Belohnung kann sich vielfältig darstellen und umfasst neben den finanziellen Entlohnungsformen die Erhöhung des Status durch Karriere und Arbeitsplatzgarantie sowie den sozioemotionalen Aspekt von Anerkennung und Wertschätzung. Das Risiko, in eine solche Krise zu gelangen, ist in drei Fällen als hoch anzusehen. Gibt es zum aktuellen Arbeitsplatz keine Alternative oder muss ein nachteiliges Arbeitsverhältnis länger aufrechterhalten werden, trägt dies zum Entstehungsrisiko bei. Im Bereich der Langzeitpflege zeigt sich die dritte Möglichkeit auf Grund der Persönlichkeit der Beschäftigten und ihrer meist intrinsischen Motivation als passendste zur Erklärung der Entwicklung solcher Krisen. Bringt eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter extrem viel Engagement in die Arbeit ein und überbietet oft die geforderten Normen, entsteht der Wunsch nach einer Belohnung auf ebenso hohem Niveau als Ausgleich dafür. Bei helfenden Berufen erwarten sich die meisten Beschäftigten einen Ausgleich im Bereich der sozioemotionalen Belohnung (Siegrist & Dragano, 2008, S. 308).

Als Produkt von langfristigen negativen Erfahrungen und der fehlenden Reflexion und Fähigkeit im Umgang mit den stetigen Belastungen ergibt sich Burn-out als eine Sinn-, Berufs- und Lebenskrise. Durch die Nichterreicherung der eigenen Zielsetzungen oder eine Änderung der Motivlage, die zur Ergreifung des helfenden Berufs geführt hat, verliert eine Betroffene oder ein Betroffener den Sinn in der Arbeit. Dies zeigt sich durch Denken in Schemata, Negieren von Feedback oder Handlungen ohne vorherige Planung (Rudow, 2014, S. 99). Nach einer Phase intensiver Anstrengung hinsichtlich der Zielerreichung kommt es zu den in der WHO-Definition genannten Symptomen. Die Folgen von Burn-out sind individuell verschieden. Gemein ist ihnen, dass ihre Entstehungsursachen im Kontext der Arbeitstätigkeit liegen, wie dies die WHO betont, doch ihre Auswirkungen betreffen alle Bereiche, in denen sich die Betroffenen aufhalten (Nitzsche et al., 2010, S. 389ff.).

## **4.2 Anforderungen und Ressourcen im Langzeitbetreuungs-Setting**

Den Belastungen gegenüber stehen die Anforderungen, die dazu beitragen, dass die persönlichen Kompetenzen eingesetzt und erweitert werden können. Die Anforderungen in der Arbeit im Setting der stationären Langzeitbetreuung sind vielfältig. Sie reichen von kognitiven über qualifikatorische Anforderungen bis hin zu Kooperationsnotwendigkeiten.

Zu den kognitiven Anforderungen zählen die Entscheidungsfreiheit und der Abwechslungsreichtum der Tätigkeit auf Grund vielfältiger Einzelaufgaben. Die Qualifikation umfasst sowohl fachliches Wissen als auch soziale Kompetenz und praktische Fertigkeiten, die je nach Aufgabenstellung eingesetzt werden müssen bzw. können. Die Vielfalt der Aufgaben erlaubt die Weiterentwicklung der persönlichen Fähigkeiten und Kompetenzen und den Einsatz in verschiedenen Bereichen und bei diversen Aufgabenstellungen. Durch die Teamarbeit in intra- und interdisziplinären Teams muss es eine enge Kooperation der einzelnen Beteiligten geben. Doch auch nach außen müssen Kooperationen und Netzwerke mit diversen Dienstleistenden und Personen gepflegt werden (Glaser et al., 2008, S. 60ff.).

Die Arbeit im Setting der stationären Langzeitbetreuung verlangt die Zusammenarbeit in Teams. Dieses Charakteristikum kann als Ressource dienen, wenn das Betriebs- und Teamklima positiv ist. Die Kolleginnen und Kollegen können eine wertvolle Unterstützung sein, das Gemeinschaftsgefühl stärkt und schafft Wohlbefinden. Ein kongruentes Team schafft Verständnis und Vertrauen, Rückhalt und Zusammenhalt (Brause et al., 2015, S. 45). Sind Kooperationen nicht bloß Bekenntnisse, sondern werden sie gelebt, helfen diese internen und externen Netzwerke bei der Bewältigung der Belastungen. Zusätzlich können die materielle und räumliche Ausstattung sowie genügend Personal motivierend und Zufriedenheit stiftend wirken. Als Beitrag zum Erhalt der Arbeitszufriedenheit wirkt die Gewährung von Tätigkeitsspielraum für die einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In dessen Rahmen können die Mittel, die zeitliche Gestaltung und die Zielsetzungen ausgewählt werden. Fühlen sich die Mitarbeitenden integriert und können an Entscheidungen teilhaben, sind die Aufgabenstellungen und die Bedingungen ihrer Erfüllung transparent, wirkt dies ebenso als Ressource wie eine klare und offene Kommunikation seitens der Vorgesetzten (Glaser et al., 2008, S. 60ff.).

Wenn sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf das Wort ihrer Vorgesetzten verlassen können, wenn sie über wichtige Sachverhalte und Entscheidungen umfassend und zeitnah informiert werden und sie sich von ihrer Führungskraft respektiert fühlen, fungiert die Führungskraft selbst als Ressource für ihre Mitarbeitenden. Die Anerkennung erbrachter Leistungen, die Förderung der individuellen und fachlichen Entwicklung und die gleiche Behandlung für alle Teammitglieder sowie die Möglichkeit eines Gesprächs mit ihren Vorgesetzten wirkt für die Beschäftigten zufriedenheitserhaltend und gesundheitsförderlich (Brause et al., 2015, S. 45).

### 4.3 BGM im Setting der stationären Langzeitbetreuung

Ist ein Arbeitsgebiet gekennzeichnet durch die Zusammenarbeit von Menschen verschiedener Professionen mit unterschiedlichen Ausbildungsgraden in diversen Bereichen, die jeweils spezifische physische und psychische Belastungsfaktoren aufweisen, muss umfassende BGF alle diese Komponenten berücksichtigen, um zielführend zu wirken (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352). Wie in der Luxemburger Deklaration beschrieben, ist die effektivste Herangehensweise an Betriebliche Gesundheitsförderung jene, die eine Kombination von verhaltensorientierten Maßnahmen und solchen, die auf die Verhältnisse einwirken, berücksichtigt und in die konzeptuelle Planung integriert (ENWHP, 2007).

Eine umfassende kulturelle Änderung im Unternehmen hin zum Selbstverständnis von der Gesundheitsförderung dienlichem Verhalten im Alltag braucht einen ganzheitlichen Zugang der BGF. Damit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Präventionsdenken im Alltag integrieren können, müssen einerseits das Bewusstsein für gesundheitsförderliches Verhalten und andererseits die Gegebenheiten von die Gesundheit förderlichen Verhältnissen in alle Prozesse und Strukturen der Organisation eingehen. Dazu braucht es die Beteiligung aller Beschäftigten und Entscheidungsträgerinnen und –träger im Unternehmen. Zur nachhaltig wirkenden Entwicklung ist neben Zeit und Kooperation auch der Wille zur stetigen Überprüfung, Anpassung und Verbesserung der bereits getätigten Maßnahmen und Veränderungen am Weg zu einer gesunden Organisation essenziell (Meiler, 2010, S. 77).

Nach Hollederer lassen sich als Interventionsziele für BGF neben der Reduktion der physischen und vor allem psychischen Belastung und der Motivations- und Kompetenzerhöhung hinsichtlich der Integration gesundheitsförderlicher Lebensstilaspekte ins Berufs- und Alltagsleben die Reduktion von Hemmnissen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben und die positive Beeinflussung und Unterstützung seitens der Führung definieren (2018, S. 140).

Höhne und von dem Knesebeck empfehlen die besondere Berücksichtigung bestimmter Personengruppen bei der Konzeption von BGF. Diese betrifft Gruppen von Beschäftigten mit hohen psychischen und psychosozialen Belastungen wie Zeitdruck, hohes Anforderungsniveau und geringe Wertschätzung der Arbeit sowie geringe Entscheidungsfreiheit (2010, S. 356). Wie in Kapitel 4.1 dargestellt, finden sich die genannten Belastungsfaktoren regelmäßig im Kontext des Settings der stationären Langzeitbetreuung.

Jansen und Müller (2000, S. 260) betonen die Bedeutung von BGF vor allem für ältere Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als Set von Interventionen bezüglich Qualifikationserwerb und gesundheitsförderlicher Gestaltung der organisatorischen Bedingungen, der Arbeitszeit und der einzelnen Arbeitsplätze.

Altert die Belegschaft, nimmt die Bewältigungsfähigkeit ab, die Ressourcen werden geringer. Ändern sich gleichzeitig auch Arbeitsbedingungen zum Negativen oder korrelieren Alter und Erkrankungen, steigert sich die Problematik. Wird im Betrieb auf den Erhalt der Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geachtet, gibt es zwei Ansatzgebiete, einerseits die Förderung der Gesundheit und andererseits die Adaptation der Arbeitsumgebung auf die veränderten Gegebenheiten der alternden Beschäftigten (Tempel & Ilmarinen, 2013, S. 252f.). Zusätzlich muss das Bildungsniveau der einzelnen Beschäftigtengruppen berücksichtigt werden, um dem jeweiligen Bedarf gezielt begegnen zu können (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S.355).

Die Einführung von BGM in der Form eines Projekts braucht neben der Partizipation aller Beteiligten Steuerungsgremien zur Einführung und Begleitung der Implementation. Wichtig dabei ist die Teilnahme aller für den Projekterfolg und in weiterer Folge auch nachhaltigen Integrationserfolg bedeutsamen Akteurinnen und Akteure (Rimbach, 2016, S. 38).

Dazu zählen neben den Beschäftigten die Vorgesetzten, Fachexpertinnen und –experten, die Betriebsräte und Kooperationspartnerinnen und –partner (Meiler, 2010, S. 78). Eine Steuerungs- und Lenkungsgruppe hat den Überblick über den gesamten Prozess und die zur Verfügung stehenden Mittel finanzieller und personeller Natur. Sie trifft die im Verlauf nötigen Entscheidungen (Walter, 2010, S. 150).

Handelt es sich um größere Unternehmen oder ist das Unternehmen dezentral organisiert, ist die Implementation einer Koordinationsperson oder –stelle sinnvoll. Zu ihren Aufgaben zählt die Vernetzung der Projektgruppen, der Steuerungsgruppe und Steuerungsgremien und der in der Linie tätigen Beschäftigten und Führungskräfte der jeweiligen Bereiche. Nur so kann Nachhaltigkeit von Maßnahmen der BGF garantiert werden. Unterstützt werden kann die Koordination durch in den Bereichen selbst angesiedelte Gesundheitsbeauftragte (Walter, 2010, S. 152). Nach Nieder und Michalk (2007, zitiert nach Nieder und Rimbach, 2012, S.32) ist es bedeutsam, dass die Implementation in einem Unternehmen mit einem Pilotprojekt beginnt. Dieses umfasst im Idealfall zwei bis drei heterogene Bereiche oder Abteilungen. Dadurch können im etwa zweijährigen Verlauf wertvolle Informationen und Grundlagen für die nachfolgende Implementation von BGM über das gesamte Unternehmen erfasst werden.

Das in einer Wiener Altenbetreuungseinrichtung mit stationär aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohnern stattgefundenene Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ zeigt diese Vorgehensweise in der Praxis. Dieses Projekt nimmt eine Vorreiterrolle in der Beschäftigung mit der Frage der Möglichkeit von Gesundheitsförderung im Setting der stationären Altenbetreuung ein (Krajic, Cichocki & Quehenberger, 2015, S. 769).



Gestartet wurde mit einem zwei Jahre dauernden Pilotprojekt, das drei der insgesamt zum Unternehmen zählenden 30 Häuser betraf. Das Ziel des Projekts war die Implementation von Betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen unter dem besonderen Aspekt der gesamten Lebenswelt einer stationären Altenbetreuungseinrichtung. Als Zielgruppen wurden neben den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern auch die Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige und Freiwillige definiert (Cichocki, Quehenberger, Krajic, 2015, S. 15). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird der Aspekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung der Mitarbeitenden ins Zentrum des Interesses gestellt.

Um zielgerichtete BGF im Unternehmen durchführen zu können, muss der spezifische Bedarf bekannt sein. Dieser wird mittels einer Diagnose ermittelt, die auf verschiedene Daten zurückgreift. Diese Daten können sich auf Fehlzeiten, Arbeitsunfälle, Fluktuationszahlen und Ähnliches beziehen und werden durch diverse Methoden erhoben. Als mögliche Erhebungsmethodik lassen sich Datenanalysen, Fragebogenerhebungen, Workshops, Fokusgruppen und Interviews einzeln oder kombiniert einsetzen (Walter, 2010, S. 156).

Im Fall des Wiener Projekts wurde der Bedarf an gesundheitsförderlichen Maßnahmen durch Fragebogenerhebungen, Interviews und Fokusgruppen festgestellt. Im Anschluss daran wurden an die Bedürfnisse angepasste Interventionen entwickelt (Cichocki et al., 2015, S. 15). Nach Walter ist es bei der Planung der Interventionen wichtig, dass die Zielsetzungen und die Soll-Werte realistisch bemessen werden und auf den ermittelten Bedarf, die Erwartungen seitens der Beschäftigten und die Ziele der Organisation Rücksicht genommen wird. Es soll der Fokus auf einige wenige Bedarfsfelder gelegt werden, die sich als prioritär anzugehende Bereiche eröffnet haben (2010, S. 157f.). Im Falle des Projekts „Gesundheit hat kein Alter“ wurden Interventionen für die oben genannten Zielgruppen entwickelt. Maßnahmen für die Mitarbeitenden fokussierten die Ergonomie am Arbeitsplatz, die sich als Hauptanliegen herausstellte (Cichocki et al., 2015, S. 16).

Die Verantwortlichkeit der konzeptionellen Planung der Maßnahmen liegt bei einer bzw. einem Beauftragten für BGM (Walter, 2010, S. 157). Im Praxisprojekt hatten sie ein Beauftragter für Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit den Bereichen Arbeitsmedizin sowie Diversität und Wiedereingliederung inne (Cichocki et al., 2015, S. 16).

Nach der Planung kommt es zur Durchführung der Maßnahmen, sowohl in Form von Einzelmaßnahmen als auch in Projektform. Essenziell sind die Partizipation der Betroffenen sowie die Erfüllung von Kriterien bezüglich Qualität, Bedarfsgerechtigkeit und Effizienz der Maßnahmen. Dabei sollen verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen miteinander kombiniert werden, wie es in der Luxemburger Deklaration empfohlen wird (Walter, 2010, S. 158f.; EN-WHP, 2007). Im Projekt „Gesundheit hat kein Alter“ wurde die Partizipation der Mitarbeitenden

dahingehend gefördert, dass einige von ihnen zu „Ergonomielotsinnen“ und „Ergonomielotsen“ ausgebildet wurden, deren Aufgabe die Erhöhung der Sensibilität hinsichtlich bestehender Arbeitsbelastungen und hilfreicher ergonomischer Verhaltensweisen bei ihren Kolleginnen und Kollegen umfasst. Das Engagement der Teammitglieder für die Beschäftigung mit gesundheitlichen Themen soll erhöht werden. Ein jährlich stattfindender Gesundheitszirkel dient dazu, Schwierigkeiten zu entdecken und mögliche Lösungen zu initiieren (Cichocki et al., 2015, S. 16).

Abschließend sollen sowohl die durchgeführten Maßnahmen hinsichtlich dem Grad der Zielerreichung und der Qualität der Ergebnisse als auch die stattgefundenen Prozesse evaluiert werden (Walter, 2010, S. 160). Nach einer Evaluation konnte das Wiener Pilotprojekt erfolgreich abgeschlossen werden und mündete in ein Follow-Up Projekt mit dem Ziel, die erworbenen Kenntnisse und Interventionen nachhaltig im ganzen Unternehmen zu integrieren (Cichocki et al., 2015, S. 16).

Dem im Kapitel 4.1.1 beschriebenen besonders hohen Risiko einer Burn-out Erkrankung im Bereich der stationären Langzeitbetreuung kann durch Interventionen der BGF begegnet werden. Präventiv können Erkrankungsfälle verhindert werden und auch den bereits Betroffenen reichen die Maßnahmen zur Unterstützung. Die hohen Zielsetzungen der Individuen sollen auf ein real machbares Maß gesenkt werden, um die Chance ihrer Erreichbarkeit zu erhöhen und dadurch die Negativspirale der Misserfolge zu durchbrechen. Außerdem sollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lernen, mit den Belastungen im Arbeitskontext besser umzugehen und die eigenen Ressourcen vermehrt zu nutzen. Der Umgang mit Stress und Konflikten kann geübt und diese Belastungsfaktoren dadurch entschärft werden.

Da die Ursachen für die Entstehung von Burn-out im Arbeitskontext liegen, reichen die am individuellen Verhalten und den persönlichen Einstellungen ansetzenden Maßnahmen nicht aus. Sie müssen durch eine Änderung der Verhältnisse unterstützt und begleitet werden. Das Pensum an Aufgaben sowie die Qualitätserfordernisse bei ihrer Erbringung müssen auf ein realisierbares Maß festgesetzt werden. Mitbestimmung und Teilhabe müssen für Mitarbeitende nicht bloß die Ausnahme, sondern die Regel im Arbeitsalltag sein. Unterstützende soziale Beziehungen und der wertschätzende Umgang miteinander sind ebenso essenziell. Um die Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu ermöglichen, sind flexiblere Angebote hinsichtlich Zeit und Ort der Leistungserbringung im Rahmen der organisatorischen Möglichkeiten mitzudenken sowie das Angebot von diese Vereinbarkeit unterstützenden Maßnahmen (Nitzsche et al., 2010, S. 389ff.).

Um die positive Wirkung sozialer Beziehungen nutzbar zu machen, muss ihr Zusammenhang mit den Verhältnissen, die durch Arbeitsplatz und Unternehmen vorgegeben sind, betrachtet

werden. Im ganzheitlichen Blick auf die Thematik liegt die Notwendigkeit der Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die BGF begründet (Borgetto, 2010, S. 345).

Wie bereits im Kapitel 4.2 ausgeführt, können soziale Beziehungen diverse Problembereiche, welche auch bei Glaser et al. (2008) genannt werden, positiv beeinflussen: „Über- und Unterforderung, Zeit- und Fallzahldruck, Rollenüberlastung und –konflikt, geringe Partizipation und hohe Kontrolle, Zukunftsunsicherheit, Organisationswandel, Konfrontation mit Krankheit, Leiden und Tod in Gesundheitsberufen u.a.“ (Borgetto, 2010, S. 345). Sie können sich auf das individuelle Verhalten hinsichtlich einer Steigerung von gesundheitsförderlichen Handlungen auswirken. Gerade in Bereichen mit einer hohen Anzahl und Intensität an zwischenmenschlichem Kontakt ist diese Thematik bezüglich der Erhaltung von Motivation und Arbeitsfähigkeit wichtig. Die gegenseitige Unterstützung der Mitglieder innerhalb des persönlichen sozialen Netzwerks ist eine wichtige Ressource (Borgetto, 2010, S. 339ff.).

## 5 Diskussion und Beantwortung der Forschungsfrage

Der demografische Wandel bewirkt die Alterung der Belegschaften im Kontext der gesamtgesellschaftlichen Alterung (König et al., 2010, S.114). Laut Statistik Austria zeigt sich die Zunahme der älteren Gruppen der Erwerbstätigen deutlich. Allein im Zeitraum seit 1994 verdreifachte sich der Anteil der 55-64-Jährigen und bei der Gruppe der über 65-jährigen Erwerbstätigen gab es beinahe eine Verdopplung (2019b).

Die Arbeitsfähigkeit der älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stellt im Rahmen dieser Veränderung im Kontext der Arbeitswelt eine bedeutende Ressource dar, die von den Unternehmen genutzt werden muss, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Die Ermöglichung längerer Erwerbstätigkeit nutzt ebenso der Gesellschaft als Ganzes (Börsch-Supan, 2013, S. 96f.).

Im Zusammenspiel von Belastung durch die Erwerbstätigkeit und den diesbezüglich als Gegenkonstrukt wirkenden Ressourcen kommt es neben den persönlichen Eigenschaften und Kompetenzen auf Faktoren seitens der Tätigkeit selbst und der Organisation an, die darüber bestimmen, ob eine Person gut mit Belastungen umgehen kann oder nicht (Rudow, 2014, S. 58).

Das Konstrukt des Hauses der Arbeitsfähigkeit zeigt deutlich, wie wichtig die Verknüpfung der einzelnen Bereiche ist, um die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Neben der individuellen physischen und psychischen Gesundheit als Basis braucht es die richtigen Qualifikationen, Kompetenzen und Einstellungen, eine unterstützende Führung und Gestaltung der Arbeitsinhalte und der Arbeitsumgebung sowie ein funktionierendes soziales Netzwerk, eingebettet in förderliche politische und gesellschaftliche Gegebenheiten (Ilmarinen, 2006, S. 132ff.).

Gerade der Bereich der stationären Langzeitbetreuung ist mit vielen Herausforderungen und Belastungsfaktoren verbunden, die physisch, aber vor allem psychisch auf die älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer einwirken (Glaser et al., 2008, S. 49ff.).

Durch die sich mit zunehmendem Alter ergebenden Änderungen im körperlichen und kognitiven Bereich muss diese Gruppe der Beschäftigten besonders auf sich und ihre Kompetenzen Acht geben, um arbeitsfähig zu bleiben (Esslinger & Singer, 2010, S. 103). Dazu brauchen sie die Unterstützung durch die Unternehmen in Form von Betrieblicher Gesundheitsförderung (Jansen & Müller, 2000, S. 260).

Die in dieser Bachelorarbeit gestellte Forschungsfrage lautet: „Welche Faktoren im Rahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind der Erhaltung der Leistungsfähigkeit älterer in der stationären Langzeitbetreuung tätiger Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer förderlich?“

Die Literaturanalyse ergab folgende wesentliche Kriterien zur Beantwortung der Forschungsfrage:

- Der Bereich der stationären Langzeitbetreuung weist spezifische Belastungsfaktoren auf, die zur gezielten Bearbeitung vorab eine Bedarfsanalyse brauchen (Walter, 2010, S. 256).
- Wichtig bei der Konzeption von BGM ist die Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisorientierten Interventionen (ENWHP, 2007).
- Bei älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern muss besonderes Augenmerk auf den Erwerb von Qualifikationen und die Gestaltung von Arbeitsplätzen, der Arbeitszeit und der Arbeitsorganisation gelegt werden (Jansen & Müller, 2000, S. 260).
- Die Verbindung von analogen und digitalen Elementen in der BGF ermöglicht die Erweiterung der Ansätze und Zielgruppen und die Adaptation an die organisatorischen Rahmenbedingungen. Digitale Interventionen sollen unterstützen, nicht aber analoge persönliche Maßnahmen ersetzen (Hasselmann, 2018, S. 60ff.).
- Ein anfänglich auf einen oder wenige Bereiche bezogenes Pilotprojekt eröffnet den Blick auf mögliche hemmende Einflüsse, weitere nutzbare Chancen und Ansätze sowie gegebenen Adaptationsbedarf (Nieder & Michalk, 2007, zitiert nach Nieder & Rimbach, 2012, S. 32). Auch die Maßnahmen sollen auf wenige Bereiche, die sich durch hohen Handlungsbedarf auszeichnen, beschränken. Als Beispiel dafür kann die Verbesserung der Ergonomie am Arbeitsplatz genannt werden (Cichocki et al., 2015, S. 16).
- Das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Belastungsfaktoren stellt gerade im Gesundheitswesen eine eigene Problematik dar (Jansen & Müller, 2000, S. 258f.).
- Der Kombination von physischen und psychischen Belastungsfaktoren müssen auch die Interventionen der BGF gerecht werden (Höhne & von dem Knesebeck, 2010, S. 352).
- Der Bereich der Psyche ist im Setting der stationären Langzeitbetreuung besonders gefordert. Die oft intrinsische Motivation der Beschäftigten führt zu psychischen Problemen bei Konfrontation mit der Realität und negativer Korrelation von Erwartung und Ausgleich (Siegrist & Dragano, 2008, S. 308). Das mitunter dadurch entstehende Burnout muss in der BGF berücksichtigt werden (Brause et al., 2015, S. 47).
- Die Führungskraft fungiert als Vorbild, sie stellt einen wichtigen Faktor in der gesundheitsförderlichen Gestaltung der organisationalen und unternehmenskulturellen Ressourcen dar. Ihr obliegt die Motivation ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und das Wecken des Interesses sowie die Gewährung der nötigen Ressourcen, um BGF im Arbeitsalltag integrieren zu können (Glaser et al., 2008, S. 60ff.; Brause et al., 2015, S. 45). Gesundheitsförderliches Führen bedeutet die Beeinflussung der strukturellen, der kulturellen und der persönlichen Ebene sowie zielgerichtetes Handeln (Spieß & Stadler, 2007, S. 255ff.).

- Essenziell ist die Partizipation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einerseits an der Planung und Bedarfserhebung, etwa im Rahmen von Gesundheitszirkeln, und andererseits an der Ausführung der Interventionen selbst, zum Beispiel durch die Rollenübernahme als Ergonomielotsin oder Ergonomielotse (Cichocki et al., 2015, S. 16).

Das sich seit über 20 Jahren mit dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigende Europäische Netzwerk für BGF (ENWHP) zeigt durch die Veröffentlichung diverser Deklarationen mit unterschiedlichen Schwerpunkten die Bedeutung der Thematik. Der demografische Wandel ist noch nicht abgeschlossen, die damit einhergehenden Herausforderungen sind vielfach noch keiner Lösung zugeführt. Daher ist die Beschäftigung mit dem Feld der möglichen Interventionen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der jetzigen und zukünftigen älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht nur aktuell, sondern auch für die kommenden Generationen am Arbeitsmarkt ein wichtiger Ansatzpunkt.

## 6 Zusammenfassung und Ausblick

Der demografische Wandel geht unaufhaltsam vor sich und zeigt sich nicht nur im gesellschaftlichen Kontext. Die Arbeitswelt ist davon ebenso betroffen und muss sich den damit verbundenen Herausforderungen bedingt durch Alterung der Belegschaften, Reduktion von Nachwuchskräften, steigender Rationalisierung in Verbindung mit den durch Globalisierung und Digitalisierung bewirkten Änderungen stellen. Die Zunahme der Bedeutung des Dienstleistungs- und Wissenssektors geht mit einer Steigerung des Wertes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einher, die in diesen Bereichen arbeiten.

Ein klassischer Dienstleistungssektor ist im Gesundheitswesen beheimatet und umfasst den im Rahmen dieser Bachelorarbeit behandelten Bereich der stationären Langzeitbetreuung.

Dieser Bereich zeigt ein spezifisches Bild an Herausforderungen, denen sich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer stellen müssen. Dies betrifft besonders die stetig wachsende Gruppe der älteren Beschäftigten. Ihre Kompetenzen müssen von den Unternehmen verstärkt wahrgenommen und genutzt werden, denn sie tragen einen wichtigen Teil zum Gelingen und zur nachhaltigen Existenz der Unternehmen bei. Ihr Wissen und ihre Erfahrungen sind im Verlauf eines langen Erwerbslebens gewachsen und für alle Mitglieder der oft intergenerationellen Teams von Vorteil.

Betriebliches Gesundheitsmanagement hilft den Beschäftigten bei der Erhaltung ihrer Arbeitsfähigkeit auch in höherem Alter. Es nutzt neben den Beschäftigten und den Betrieben der Gesellschaft, denn die nachhaltige Finanzierbarkeit des Sozialsystems ist mitunter davon abhängig, dass die Erwerbstätigkeit später aufgegeben wird als dies in den letzten Jahrzehnten der Fall war.

Den spezifischen Belastungen und Anforderungen muss durch gezielte Interventionen seitens der BGF präzise begegnet werden, um effektiv und effizient zu wirken. Eine umfassende Bedarfsanalyse, eine durchdachte konzeptuelle Planung, die Einbeziehung aller Stakeholder und Bereiche ist essenziell für den Erfolg einer nachhaltigen Implementation von BGM im Setting der stationären Langzeitbetreuung.

Im Verlauf dieser Bachelorarbeit konnten Erfolgsfaktoren für die Implementation von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gefunden werden, die den Weg zur Bearbeitung des zweiten empirischen Teils der Arbeit ebnen. In diesem soll mit Hilfe qualitativer Interviews in einem Team von Mitgliedern der gehobenen medizinisch-technischen Dienste (MTD), welches im geriatrischen Bereich tätig ist, verifiziert werden, ob sich die in der Literaturrecherche dargestellten Erfolgsfaktoren in der Praxis beweisen können.

Meistens behandelt die bisherige Literatur zum Thema den Bereich der Pflege im Setting der stationären Langzeitbetreuung. Diese Arbeit soll dazu dienen, den therapeutischen Bereich stärker zu beleuchten und die spezifischen Belastungsfaktoren und Ressourcen in diesem Berufsfeld zu benennen und mit denjenigen zu vergleichen, die sich im Rahmen der Literaturrecherche ergeben haben.



## Literaturverzeichnis

- Angermeier, G. (2019). *Projektmagazin*. Online: <https://www.projektmagazin.de/glossarterm/kennzahl> [Abruf am 12.11.2019]
- Arbeitsschutzgesetz.org. (2019). *Arbeitsschutzgesetz.org*. Online: <https://www.arbeitsschutzgesetz.org/physische-belastung-am-arbeitsplatz/> [Abruf am 07.11.2019]
- Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-04337-6.
- Blüher, S. & Kuhlmeier, A. (2019). Gesundheitsförderung in der stationären Langzeitversorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 62, 261-266. doi: 10.1007/s00103-019-02879-0. Online: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00103-019-02879-0.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- Borgetto, B. (2010). Soziale Beziehungen und Gesundheit. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 339-349). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Börsch-Supan, A. (2013). Mikro- und makroökonomische Dimensionen des demografischen Wandels. In M. Hüther & G. Naegele (Hrsg.), *Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 96-97). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-00779-9.pdf> [Abruf am 13.10.2019]
- Brause, M., Kleina, T., Horn, A. & Schaeffer, D. (2015). Burnout-Risiko in der stationären Langzeitversorgung. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(1), 41-48. doi: 10.1007/s11553-014-0469-7. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs11553-014-0469-7.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- Bruch, H., Kunze, F. & Böhm, S. (2010). *Generationen erfolgreich führen: Konzepte und Praxiserfahrungen zum Management des demographischen Wandels*. Wiesbaden: Gabler. doi: 10.1007/978-3-8349-8506-4. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8506-4.pdf> [Abruf am 10.10.2019]
- Burkhart, S. & Hanser, F. (2018). Einfluss globaler Megatrends auf das digitale Betriebliche Gesundheitsmanagement. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 37-55). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-14550-7.pdf> [Abruf am 05.06.2019]

- Cichocki, M., Quehenberger, V. & Krajic, K. (2015). Vom Pilotprojekt zur Alltagspraxis. *Das österreichische Gesundheitswesen*, 01-02, 15-17. Online: [https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/document/OEKZ\\_\\_0790690750900720952015021%20172076207006737](https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/document/OEKZ__0790690750900720952015021%20172076207006737) [Abruf am 24. 11 2019]
- DGUV. (o.J.). *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV)*. Online: [https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche\\_dguv/fb-gib/glossar.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/fachbereiche_dguv/fb-gib/glossar.pdf) [Abruf am 07.11.2019]
- ENWHP. (1999). *Healthy Employees in Healthy Organisations - Quality Criteria of Workplace Health Promotion (WHP) - Good Practice in Workplace Health Promotion (WHP) in Europe*. Essen: BKK Bundesverband. Online: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/quality\\_criteria\\_01.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/24/quality_criteria_01.pdf) [Abruf am 03.11.2019]
- ENWHP. (2002). *Barcelona Declaration on Developing Good Workplace Health Practice in Europe*. Online: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/25/barcelona\\_declaration.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/10/25/barcelona_declaration.pdf) [Abruf am 02.06.2019]
- ENWHP. (2007). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Online: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg\\_declaration.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/05/04/luxembourg_declaration.pdf) [Abruf am 02.06.2019]
- ENWHP. (2010). *The Edinburgh Declaration on the Promotion of Workplace Mental Health and Wellbeing*. Online: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/edinburgh\\_declaration.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/edinburgh_declaration.pdf) [Abruf am 02.06.2019]
- ENWHP. (2013). *The Brussels Declaration on Workplace Health Practices for Employees with Chronic Illness*. Online: [https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/brussels\\_declaration.pdf](https://www.enwhp.org/resources/toolip/doc/2018/04/23/brussels_declaration.pdf) [Abruf am 02.06.2019]
- Esslinger, A. & Singer, S. (2010). Age Management und alternde Belegschaft. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 101-113). Wiesbaden: Gabler. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Gabler. doi: 10.1007/978-3-8349-8835-5. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]

- Eysenbach, G. (2001). *JMIR Publications*. doi:10.2196/jmir.3.2.e20. Online: <https://www.jmir.org/2001/2/e20/> [Abruf am 09.11.2019]
- Flüter-Hoffmann, C. (2010). Der Weg aus der Demografie-Falle – Lebenszyklusorientierte Personalpolitik. In G. Naegele (Hrsg.), *Soziale Lebenslaufpolitik* (S. 411-428). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92214-0.pdf> [Abruf am 10.10.2019]
- Friedl, T., Seghezzi, D., Mänder, C. & Lützner, R. (2014). Konzepte-Modelle-Systeme. In T. Pfeifer & R. Schmitt (Hrsg.), *Masing Handbuch Qualitätsmanagement* (S. 160-179). München, Wien: Hanser.
- Ghadiri, A., Ternès, A. & Peters, T. (2016). *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer. doi: 10.1007/978-3-658-07978-9. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-07978-9.pdf> [Abruf am 30.05.2019]
- Glaser, J., Lampert, B. & Weigl, M. (2008). *Arbeit in der stationären Altenpflege*. Dortmund, Berlin, Dresden: INQA. doi: 978-3-86509-847-4. Online: <https://d-nb.info/990916316/34> [Abruf am 25.11.2019]
- Goldhagen, K. & Herzog, A. (2010). Toolbox Demografie - Umsetzung im Reha-Zentrum Passauer Wolf. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 253-269). Wiesbaden: Gabler. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- Gündisch, U. (2012). *Alternsmanagement: Die zukünftige Herausforderung in der Arbeitswelt*. Hamburg: Diplomica. doi: 978-3-8428-3323-4. Online: [https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/dosearch/%3A3%3AALLEQUELLEN-19\\_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT?searchlater=t&selectedNavigationPath=%3A3%3AALLEQUELLEN-2\\_%3A3%3AEBOOKS%7C%3A3%3AALLEQUELLEN-19\\_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT#DIPL\\_\\_978384283323491](https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/dosearch/%3A3%3AALLEQUELLEN-19_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT?searchlater=t&selectedNavigationPath=%3A3%3AALLEQUELLEN-2_%3A3%3AEBOOKS%7C%3A3%3AALLEQUELLEN-19_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT#DIPL__978384283323491) [Abruf am 30.05.2019]
- Hasselhorn, H. & Portuné, R. (2010). Stress, Arbeitsgestaltung und Gesundheit. In B. Badura, U. Walter & T. Heilmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 339-349). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Hasselmann, O. (2018). Digitales BGM für die Arbeitswelt 4.0 - Optionen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 57-71). Wiesbaden: Springer. Online:

- <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-14550-7.pdf> [Abruf am 05.06.2019]
- Health Science Journal (2019). *Inside Medical Publishing*. Online: <http://www.imedpub.com/scholarly/personal-health-journals-articles-ppts-list.php> [Abruf am 09.11.2019]
- Hessel, F. (2016). Im Spannungsfeld zwischen Gesundheitsförderung und Ressourcenknappheit: Gesundheitsökonomische Aspekte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In A. Ghadiri, A. Ternès & T. Peters (Hrsg.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 43-58). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-07978-9.pdf> [Abruf am 30.05.2019]
- Höhne, A. & von dem Knesebeck, O. (2010). Bildung und Gesundheit. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 339-349). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Hollederer, A. (2018). Betriebliche Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen. *Public Health Forum*, 26(2), 138-140. doi: 10.1515/pubhef-2018-0033. Online: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/downloadpdf/j/pubhef.2018.26.issue-2/pubhef-2018-0033/pubhef-2018-0033.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- Hüther, M. & Naegele, G. (2013). *Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder*. Wiesbaden: Springer. doi: 10.1007/978-3-658-00779-9. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-00779-9.pdf> [Abruf am 13.10.2019]
- Ilmarinen, J. (2006). *Towards a longer worklife! Ageing and the quality of worklife in the European Union*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. doi: 951-802-686-6. Online: [https://www.researchgate.net/publication/244486419\\_Towards\\_a\\_Longer\\_Worklife\\_Ageing\\_and\\_the\\_Quality\\_of\\_Worklife\\_in\\_the\\_European\\_Union/link/5d8c832c299bf10cff0ea07c/download](https://www.researchgate.net/publication/244486419_Towards_a_Longer_Worklife_Ageing_and_the_Quality_of_Worklife_in_the_European_Union/link/5d8c832c299bf10cff0ea07c/download) [Abruf am 14.10.2019]
- INQA. (2005). *Demographischer Wandel und Beschäftigung. Plädoyer für neue Unternehmensstrategien - Memorandum*. Dortmund: Lausitzer Druck- und Verlagshaus. doi: 3-88261-500-1. Online: [https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/memorandum-demographie.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/memorandum-demographie.pdf?__blob=publicationFile) [Abruf am 09.10.2019]
- Jansen, R. & Müller, R. (2000). Arbeitsbelastungen und Gesundheit älterer Arbeitnehmer im Dienstleistungsbereich. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33(4), 256-261. doi: 10.1007/s003910070043. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs003910070043.pdf> [Abruf am 24.11.2019]

- König, A., Holzer, N. & Kaiser, J. (2010). Mitarbeiterführung in alternden Belegschaften. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 114-129). Wiesbaden: Gabler. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- Krajic, K., Cichocki, M. & Quehenberger, V. (2015). Health-promoting residential aged care: a pilot project in Austria. *Health Promotion International*, 30(3), 769-781. doi: 10.1093/heapro/dau012. Online: [https://watermark.silverchair.com/dau012.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW\\_Ercy7Dm3ZL\\_9Cf3qfKAc485ysgAAncwggJzBgkqhkiG9w0BBwagggJkMIICYAIBA DCCAlkGCSqGSIlb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMEL6ixwWBUk6Bm4iaAgEQgIICKIO4KwhRPVkJA5Fsm3IAp\\_zdbOnhoFtuYfGI46Vgw64\\_puo](https://watermark.silverchair.com/dau012.pdf?token=AQECAHi208BE49Ooan9kkhW_Ercy7Dm3ZL_9Cf3qfKAc485ysgAAncwggJzBgkqhkiG9w0BBwagggJkMIICYAIBA DCCAlkGCSqGSIlb3DQEHATAeBglghkgBZQMEAS4wEQQMEL6ixwWBUk6Bm4iaAgEQgIICKIO4KwhRPVkJA5Fsm3IAp_zdbOnhoFtuYfGI46Vgw64_puo) [Abruf am 24.11.2019]
- Krajic, K. & Schmidt, C. (2010). Gesundheitsförderung als Beitrag zur Entwicklung der österreichischen Long Term Care? Konzeptuelle Überlegungen und ExpertInneneinschätzungen. Linz: OÖGKK. Online: <https://www.oegkk.at/cdscontent/load?contentid=10008.598854&version=1399896506> [Abruf am 24.11.2019]
- Kroll, D. & Dzudzek, J. (2010). Neue Wege des Gesundheitsmanagements: "der gesunderhaltende Betrieb" - das Beispiel Rasselstein. Wiesbaden: Gabler. doi: 10.1007/978-3-8349-8561-3. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8561-3.pdf> [Abruf am 27.11.2019]
- Langmann, H. & Kvas, A. (2014). *Operationalisierung von Kennzahlen für die Betriebliche Gesundheitsberichterstattung*. Wien: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention. Online: <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.603299&version=1414745249> [Abruf am 10.11.2019]
- Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012: Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Berlin, Dortmund, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. doi: 978-3-88261-725-2. Online: [https://www.allwiss.de/publikationen/content/baua\\_stressreport\\_2013.pdf](https://www.allwiss.de/publikationen/content/baua_stressreport_2013.pdf) [Abruf am 09.11.2019]
- Luczak, H. & Volpert, W. (1997). *Handbuch Arbeitswissenschaft*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel. doi: 978-3-791-00755-7.
- Maier, M. & Kälin, S. (2015). Ein "Frühwarnsystem" für den Gesundheitszustand der Belegschaft. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(4), 287-292. doi:

- 10.1007/s11553-015-0509-y. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs11553-015-0509-y.pdf> [Abruf am 24.11.2019]
- Matusiewicz, D. & Kaiser, L. (2018). *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer. doi: 10/1007/978-3-658-14550-7. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-14550-7.pdf> [Abruf am 05.06.2019]
- Meiler, R. (2010). Projektorganisation, Steuerung und Evaluation. In D. Kroll & J. Dzudzek (Hrsg.), *Neue Wege des Gesundheitsmanagements: "der gesunderhaltende Betrieb" - das Beispiel Rasselstein* (S. 77-91). Wiesbaden: Gabler. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8561-3.pdf> [Abruf am 27.11.2019]
- Naegele, G. & Sporket, M. (2010). Perspektiven einer lebenslauforientierten Ältere-Arbeitnehmer-Politik . In G. Naegele (Hrsg.), *Soziale Lebenslaufpolitik* (S. 449-473). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92214-0.pdf> [Abruf am 10.10.2019]
- Naegele, G. (2010). *Soziale Lebenslaufpolitik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. doi: 10.1007/978-3-531-92214-0. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-92214-0.pdf> [Abruf am 10.10.2019]
- Naegele, G. & Sporket, M. (2009). Altern in der Arbeitswelt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 279-280. doi: 10.1007/s00391-009-0053-5. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs00391-009-0053-5.pdf> [Abruf am 01.06.2019]
- Nieder, P. & Michalk, S. (2007). Themenschwerpunkt - "Wer sich gut fühlt, bringt gute Leistung". *Personalführung*, 40(1), 44-51.
- Nieder, P. & Rimbach, A. (2012). Gute Leistung durch Gesundheit und Wohlbefinden. *Weiterbildung*, 1, 30-33. Online: [https://www.weiterbildung-zeitschrift.de/archiv-weiterbildung/fex/magazine/detail/ausgabe\\_01\\_2012/-](https://www.weiterbildung-zeitschrift.de/archiv-weiterbildung/fex/magazine/detail/ausgabe_01_2012/-).html [Abruf am 27.11.2019]
- Nienhaus, A., Westermann, C. & Kuhnert, S. (2012). Burn-out bei Beschäftigten in der stationären Altenpflege und in der Geriatrie. Ein Review zur Prävalenz. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 55, 211-222. doi: 10.1007/s00103-011-1407-x. Online: [https://www.researchgate.net/profile/Albert\\_Nienhaus/publication/221791603\\_Burnout\\_among\\_elderly\\_care\\_staff\\_A\\_review\\_of\\_its\\_prevalence/links/00b7d535a305f641df](https://www.researchgate.net/profile/Albert_Nienhaus/publication/221791603_Burnout_among_elderly_care_staff_A_review_of_its_prevalence/links/00b7d535a305f641df)

- 000000/Burnout-among-elderly-care-staff-A-review-of-its-prevalence.pdf [Abruf am 25.11.2019]
- Nitzsche, A., Driller, E., Kowalski, C. & Pfaff, H. (2010). Organisationskrankheit Burnout. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 339-349). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- OECD. (2018). *OECD Mental Health Performance Framework*. OECD. Online: <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Mental-Health-Performance-Framework-2019.pdf> [Abruf am 03.11.2019]
- OECD. (2019). *OECD.Stat*. Online: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC#](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC#) [Abruf am 03.11.2019]
- Oswald, W., Gatterer, G. & Fleischmann, U. (2008). *Gerontopsychologie - Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns*. Wien, New York: Springer. doi: 10.1007/978-3-211-78390-0. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-211-78390-0.pdf> [Abruf am 10.10.2019]
- Peters, T. & Klenke, B. (2016). eHealth und mHealth in der Gesundheitsförderung. In A. Ghadiri, A. Ternès & T. Peters (Hrsg.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 107-121). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-07978-9.pdf> [Abruf am 30.05.2019]
- Pfeifer, T. & Schmitt, R. (2014). *Masing Handbuch Qualitätsmanagement*. München, Wien: Hanser. doi: 978-3-446-43431-8.
- Rath, S. (2017). *Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von Betrieblicher Gesundheitsförderung – Fact Sheet*. Online: <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.676358&version=1556100919> [Abruf am 10.11.2019]
- Rimbach, A. (2016). *Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern*. München, Mering: Rainer Hampp. doi: 10.1688/9783866189386. Online: [https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/dosearch/%3A3%3AALLEQUELLEN-19\\_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT?searchlater=t&selectedNavigationPath=%3A3%3AALLEQUELLEN-2\\_%3A3%3AEBOOKS%7C%3A3%3AALLEQUELLEN-19\\_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT#EBOK\\_\\_9783866189386405](https://www-wiso-net-de.uaccess.univie.ac.at/dosearch/%3A3%3AALLEQUELLEN-19_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT?searchlater=t&selectedNavigationPath=%3A3%3AALLEQUELLEN-2_%3A3%3AEBOOKS%7C%3A3%3AALLEQUELLEN-19_%3A3%3A6%3AEBOOKS0GESUNDHEIT#EBOK__9783866189386405) [Abruf am 30.05.2019]

- Rudow, B. (2014). *Die gesunde Arbeit: Psychische Belastungen, Arbeitsgestaltung und Arbeitsorganisation*. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenburg. doi: 10.1524/9783486855784. Online: <https://www-degruyter-com.uaccess.univie.ac.at/view/books/9783486855784/9783486855784.fm/9783486855784.fm.xml> [Abruf am 19.05.2019]
- Schmidt, C. (2013). Die demografische Herausforderung – ein aktueller Überblick. In M. Hüther & G. Naegele (Hrsg.), *Demografiepolitik: Herausforderungen und Handlungsfelder* (S. 71-72). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-00779-9.pdf> [Abruf am 13.10.2019]
- Semmer, N. (1997). Streß. In H. Luczak & W. Volpert (Hrsg.), *Handbuch Arbeitswissenschaft* (S. 332-339). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(3), 305-312. doi: 10.1007/s00103-008-0461-5 Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2Fs00103-008-0461-5.pdf> [Abruf am 26.11.2019]
- Singer, S. & Neumann, A. (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 49-66). Wiesbaden: Gabler. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-8349-8835-5.pdf> [Abruf am 17.05.2019]
- Spieß, E. & Stadler, P. (2007). Gesundheitsförderliches Führen – Defizite erkennen und Fehlbelastungen der Mitarbeiter reduzieren. In A. Weber & G. Hörmann (Hrsg.), *Psychosoziale Gesundheit im Beruf: Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft* (S. 255-264). Stuttgart: Gentner.
- STATISTIK AUSTRIA (2015). *Statistik Austria*. Online: [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/arbeitsbezogene\\_erkrankungen\\_und\\_risiken/index.html](http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsdeterminanten/arbeitsbezogene_erkrankungen_und_risiken/index.html) [Abruf am 03.11.2019]
- STATISTIK AUSTRIA (2018). STATcube-Statistische Datenbank von STATISTIK AUSTRIA. Wien. Online: <https://statcube.at/statistik.at/ext/statcube/jsf/tableView/tableView.xhtml> [Abruf am 06.11.2019]
- STATISTIK AUSTRIA (2019a). *STATISTIK AUSTRIA. Volkszählungen. Statistik des Bevölkerungsstandes*. Online: [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/bevoel](http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoel)



- kerungsstruktur/bevoelkerung\_nach\_alter\_geschlecht/index.html [Abruf am 12.11.2019]
- STATISTIK AUSTRIA (2019b). *Statistik Austria*. Online: [http://statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/index.html](http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/arbeitsmarkt/erwerbstaetige/index.html) [Abruf am 07.11.2019]
- Technische Universität München (2019). Online: <https://portal.mytum.de/TUMgesund/4-Ordner/41/> [Abruf am 13.11.2019]
- Tempel, J. & Ilmarinen, J. (2013). *Arbeitsleben 2025*. Hamburg: VSA. doi: 978-3-89965-464-6.
- Ternès, A. (2016). Sensibilisierung, Akzeptanz und Motivation für Maßnahmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In A. Ghadiri, A. Ternès & T. Peters (Hrsg.), *Trends im Betrieblichen Gesundheitsmanagement* (S. 3-15). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-07978-9.pdf> [Abruf am 30.05.2019]
- Walter, U. (2010). Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In B. Badura, U. Walter & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 147-161). Heidelberg, Dordrecht, London, New York: Springer.
- Walter, U. & Mess, F. (2015). Institut für Betriebliche Gesundheitsberatung IFBG. *Personalmagazin (09/2015)*, 48-50. Online: <https://www.ifbg.eu/digitale-bgf/> [Abruf am 09.11.2019]
- Walter, U. & Mess, F. (2018). Digitale Lösungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung - ein Überblick. In D. Matusiewicz & L. Kaiser (Hrsg.), *Digitales Betriebliches Gesundheitsmanagement* (S. 73-81). Wiesbaden: Springer. Online: <https://link-springer-com.uaccess.univie.ac.at/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-14550-7.pdf> [Abruf am 05.06.2019]
- Weber, A. & Hörmann, G. (2007). *Psychosoziale Gesundheit im Beruf: Mensch, Arbeitswelt, Gesellschaft*. Stuttgart: Gentner. doi: 978-3872-47660-9.
- WHO. (2011). *mHealth: new horizons for health through mobile technologies: second global survey on eHealth*. Genf: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. doi: 978-92-4-1564-250. Online: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44607/9789241564250\\_eng.pdf;jsessionid=2D23216E08A1E0529C725BD498417140?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44607/9789241564250_eng.pdf;jsessionid=2D23216E08A1E0529C725BD498417140?sequence=1) [Abruf am 09.11.2019]
- WHO. (2019). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version 04/2019)*. Online: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281> [Abruf am 25.11.2019]

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Bereiche der Qualitätskriterien zur Implementation .....	5
Abbildung 2: Haus der Arbeitsfähigkeit.....	20
Abbildung 3: Bevölkerungspyramide am 1.1.2019 nach Staatsangehörigkeit .....	29
Abbildung 4: Burn-out – Phasen und Symptome.....	39

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Altersgruppen 65+ und 80+ in Prozent der österreichischen Gesamtbevölkerung .....	1
Tabelle 2: Anteil der Altersgruppen in der österreichischen Erwerbsbevölkerung im Zeitverlauf 1994-2018; in 1.000 Erwerbstätigen .....	7
Tabelle 3: Subjektiv empfundener Gesundheitszustand sehr gut / gut in Prozent der österreichischen Bevölkerung je Altersgruppe.....	9
Tabelle 4: Positive Emotionen .....	11
Tabelle 5: Negative Beanspruchungsreaktionen .....	12
Tabelle 6: Erwerbstätige je Altersgruppe und körperliche Belastung am Arbeitsplatz in Österreich, 2013.....	14
Tabelle 7: Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz je Altersgruppe der österreichischen Erwerbstätigen 2013; in 1.000.....	15
Tabelle 8: Ressourcen der Gesundheit im Kontext der Arbeit.....	17
Tabelle 9: Chancen und Risiken von Digitalisierung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	26
Tabelle 10: Kennzahlen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	31
Tabelle 11: Belastungsfaktoren in der Langzeitpflege und -betreuung.....	36