

# BGM in Österreich

Definition und Abgrenzungen

## **Impressum**

Medieninhaber, Verleger und Herausgeber:

Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, Stubenring 1, 1010 Wien

Autorinnen und Autoren: Hubert Langmann, Christina Breil

Unter Mitarbeit von: Andreas Kvas, Gregor Kvas

Gesamtumsetzung: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

Fotonachweis: Cover: [unplash.com/Ferdinand Stöhr](https://unplash.com/FerdinandStoehr)

Wien, 2023. Stand: 1. Dezember 2023

### **Copyright und Haftung:**

Auszugsweiser Abdruck ist nur mit Quellenangabe gestattet, alle sonstigen Rechte sind ohne schriftliche Zustimmung des Medieninhabers unzulässig.

Es wird darauf verwiesen, dass alle Angaben in dieser Publikation trotz sorgfältiger Bearbeitung ohne Gewähr erfolgen und eine Haftung des Bundeskanzleramtes und der Autorin / des Autors ausgeschlossen ist. Rechtausführungen stellen die unverbindliche Meinung der Autorin / des Autors dar und können der Rechtsprechung der unabhängigen Gerichte keinesfalls vorgreifen.

Rückmeldungen: Ihre Überlegungen zu vorliegender Publikation übermitteln Sie bitte an [iii2@bmaw.gv.at](mailto:iii2@bmaw.gv.at).



# Executive Summary

In Zusammenarbeit mit der Universität Graz hat das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) eine Kurzstudie zum Verständnis von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) in Theorie und Praxis in Österreich durchgeführt. Ziel ist die Erarbeitung eines vertieften Verständnisses des BGM-Begriffes als Diskussionsgrundlage für weitere Arbeiten im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“.

Zur Verdichtung theoretischer Sichtweisen auf BGM wurden in einer systematischen Literaturrecherche relevante Veröffentlichungen aus dem deutsch- und englischsprachigen Raum gesichtet und um ausgewählte „graue Literatur“, d. h. nicht von einem Verlag veröffentlichte Literatur, ergänzt. Jede Quelle wurde dahingehend untersucht, ob eine BGM-Definition enthalten ist. In einem zweiten Schritt wurden alle Definitionen im Hinblick auf die drei Säulen des BGM – also Arbeitnehmer:innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) – analysiert. Da sich das Konzept Management im Rahmen der Literaturlaufbereitung als zentrale Komponente und wesentliches Unterscheidungsmerkmal für BGM hervorgetan hat, wurden die Arbeiten in einer weiterführenden Analyse hinsichtlich dieser Verwendung untersucht. Die Ergebnisse der Literaturstudie deuten auf einen weitgehenden Konsens zur Relevanz der drei Säulen ANSch, BGF und BEM in aktuellen BGM-Definitionen im DACH-Raum, während international vor allem ANSch und BGF eine Rolle für mit BGM verwandte Konstrukte spielen. BGM wird in der Literatur häufig als ein ganzheitlicher und/oder nachhaltiger Ansatz beschrieben, der verschiedene Ebenen des Unternehmens einschließt. Managementprozesse sind in deutsch- wie englischsprachigen Veröffentlichungen ein wichtiger Aspekt von BGM, allerdings wird nur in 42 Prozent aller 131 einbezogenen Quellen näher erläutert, was mit diesem Begriff konkret gemeint ist, nämlich das Element zur Steuerung und langfristigen Ausrichtung von BGM sowie zur Integration der drei Säulen.

Ausgehend von diesen Erkenntnissen wurden im Rahmen einer empirischen Studie Daten zum BGM-Verständnis in der Praxis gesammelt. Hierzu wurden insgesamt 35 semistandardisierte, leitfadengestützte Interviews mit je drei Vertreter:innen aus neun österreichischen Unternehmen, vier Vertreter:innen einschlägiger Fachgesellschaften

(z. B. BÖP, GkPP und GAMED), zwölf Mitgliedern der Arbeitsgruppe „BGM-Verständnis“ im Rahmen der Nationalen Strategie sowie drei Expert:innen aus dem DACH-Raum geführt. Alle in den Interviews enthaltenen Aussagen wurden anschließend vorab festgelegten Kategorien zugeordnet und ausgewertet, um Unterschiede und Gemeinsamkeiten im BGM-Verständnis der einzelnen Gruppen sichtbar zu machen. Die Aussagen der wichtigsten Kategorien wurden für jede Gruppe inhaltlich interpretiert. Die Ergebnisse dieser Auswertungen zeigen eine deutliche Relevanz aller drei Säulen ANSch, BGF und BEM für das BGM in der österreichischen Betriebspraxis. Die Wichtigkeit der einzelnen Säulen für BGM sowie ihr Zusammenspiel werden von den einzelnen Gruppen teils unterschiedlich bewertet, doch es bleibt unstrittig, dass eine angemessene Berücksichtigung aller drei Säulen für ein gelingendes BGM essenziell ist. Bedeutsam für das BGM in der Praxis sind auch Managementprozesse, bei denen Instrumente aus dem PDCA-Zyklus zum Einsatz kommen und bei denen ein Anschluss an wichtige Unternehmensbereiche und -ziele gegeben ist. Eine getrennte Betrachtung des BGM-Verständnisses der verschiedenen Befragungsgruppen zeigt u. a., dass betriebsexterne Personen, z. B. die befragten Expert:innen sowie Vertreter:innen von Fachgesellschaften, den ganzheitlichen und nachhaltigen Ansatz von BGM sowie die Integration der drei Säulen in der Tendenz stärker betonen als Betriebsinterne, die vergleichsweise häufig getrennt auf die drei Säulen blicken.

Die gesammelten Erkenntnisse aus Literatur und Praxis werden in der Kurzstudie diskutiert. Den Beteiligten der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ wird als Arbeitsgrundlage für zukünftige Beschlüsse und Maßnahmen folgende Arbeitsdefinition von BGM zur weiteren Diskussion vorgeschlagen:

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die systematische und nachhaltige Steuerung und Optimierung von Strukturen und Prozessen für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation durch das Unternehmen und aller darin Beschäftigten mit dem Ziel, die individuelle und organisationale Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten und/oder zu verbessern. BGM ist als Führungsaufgabe in dessen Management integriert, zeichnet sich durch die systematische Verschränkung der drei Handlungsfelder Arbeitnehmer:innenschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Eingliederungsmanagement auf allen Ebenen des Unternehmens aus und trägt durch die kontinuierliche Umsetzung der daraus resultierenden Maßnahmen zum Erfolg des Unternehmens bei.

## Inhalt

<b>Executive Summary .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung .....</b>	<b>8</b>
1.1 Studienziele.....	9
1.2 Zugang.....	9
1.3 BGM in der DACH-Region .....	10
1.3.1 Deutschland .....	10
1.3.2 Schweiz .....	13
1.3.3 Österreich .....	15
<b>2 Methode.....</b>	<b>18</b>
2.1 Literaturstudie .....	18
2.1.1 Systematische Recherche .....	18
2.1.2 Weiterführende Recherche .....	21
2.1.3 Aufbereitung.....	21
2.1.4 Managementbegriff.....	21
2.2 Empirische Studie .....	22
2.2.1 Stichprobe.....	22
2.2.2 Durchführung.....	26
2.2.3 Auswertung.....	27
<b>3 Ergebnisse .....</b>	<b>29</b>
3.1 Literaturstudie .....	29
3.1.1 Systematische Recherche .....	29
3.1.2 Recherche in vorgegebener Literatur, nicht systematische Recherche.....	33
3.1.3 BGM-Definition in der DACH-Region.....	38
3.1.4 Managementbegriff.....	40
3.2 Empirische Studie .....	43
3.2.1 BGM-Verständnis.....	43
3.2.2 Rolle der Führung in Unternehmen.....	56
3.2.3 Aktive Mitarbeiter:innenbeteiligung in Unternehmen.....	57
3.2.4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten im BGM-Verständnis.....	60
<b>4 Diskussion .....</b>	<b>62</b>
4.1 Literaturstudie .....	62
4.2 Empirische Studie .....	63
4.3 Gegenüberstellung und Synthese.....	64
4.4 Konzeptionelle Auffassungen von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Management....	66
4.4.1 Gesundheit und Arbeitsfähigkeit.....	66

4.4.2 Management.....	67
4.5 Limitationen.....	68
4.6 Fazit.....	69
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>71</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>72</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>73</b>
<b>Abkürzungen .....</b>	<b>79</b>
<b>Anhang.....</b>	<b>80</b>
A Anhang Referenzen aus der Literaturstudie.....	80
A.1 Anhang Deutschsprachige Referenzen der systematischen Recherche.....	80
A.2 Anhang Englischsprachige Referenzen aus der systematischen Recherche, verwandte Konstrukte zu BGM.....	82
A.3 Anhang Weiterführende deutschsprachige Referenzen .....	87
A.4 Anhang Weiterführende englischsprachige Referenzen.....	93
A.5 Anhang Weitere Literatur aus Vorgaben.....	94
B Interview-Leitfragen .....	96
B.1 Leitfragen für Expert:innen und Fachgesellschaften.....	96
B.2 Leitfragen für die Arbeitsgruppe .....	96
B.3 Leitfragen für Führungskräfte.....	96
B.4 Leitfragen für Belegschaftsvertretungen.....	96
B.5 Leitfragen für Mitarbeiter:innen .....	97

# 1 Einleitung

Das Verständnis von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) im DACH-Raum<sup>1</sup> ist heterogen und geprägt von diversen internationalen Guidelines, nationalen gesetzlichen sowie unterschiedlichen organisatorischen Rahmenbedingungen. In Österreich werden Unternehmen seit 2019 beim Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) durch die Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ unterstützt. Zur Erreichung der definierten Wirkungsziele – Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen – werden dazu die drei Handlungsfelder Arbeitnehmer:innenschutz (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) unter dem Dach des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammengeführt.

Vor dem Hintergrund des fragmentierten institutionellen Kontextes ist es zur Weiterentwicklung von BGM in Österreich notwendig, das Begriffsverständnis von BGM zu verdichten und sich dabei mit einem säulenübergreifenden BGM-Konzept auseinanderzusetzen. Es soll eine **detaillierte BGM-Begriffserklärung (= Begriffskern schärfen/gemeinsames Verständnis verdichten)** vorgenommen werden.

Mit der vorliegenden Studie soll ein **gemeinsames und zugleich vertieftes Verständnis zum Begriff BGM für alle Beteiligten der Nationalen Strategie** entwickelt werden. Die Entwicklung des gemeinsamen BGM-Verständnisses soll auf **Grundlage facheinschlägiger Literatur und empirischer Befunde zur gelebten Praxis von BGM** in Betrieben mit Sitz in Österreich erfolgen. Dieser duale Zugang aus Theorie und Praxis soll einerseits die Anschlussfähigkeit zum wissenschaftlichen Status quo bzw. zur internationalen Evidenzlage sicherstellen, andererseits sollen die nationalen Spezifika aus Sicht der umsetzenden Betriebe Eingang in die Definition bzw. den Begriffskern finden.

---

<sup>1</sup> DACH ist ein Akronym, gebildet aus den Nationalitätszeichen der Länder Deutschland (D), Österreich (A – lat. Austria) und Schweiz (CH – lat. Confoederatio Helvetica).



## 1.1 Studienziele

Die Studie „BGM in Österreich – Definition und Abgrenzungen“ verfolgt zwei wesentliche Ziele:

1. Ausgehend von gesetzlichen Grundlagen im Bereich der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ im Allgemeinen und den drei Handlungsfeldern ANSch, BGF und BEM im Speziellen soll der Begriffskern eines säulenübergreifenden BGM-Konzeptes herausgearbeitet werden. Die zu entwickelnde Begriffsdefinition bzw. Begriffskernverdichtung soll bestehende Maßnahmen im Rahmen der Nationalen Strategie inhaltlich „unterfüttern“. Daher hat die zu entwickelnde Definition mit bisherigen Ausarbeitungen und definierten Zielen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ im Einklang zu stehen.
2. Das entwickelte Begriffsverständnis von BGM soll in Zukunft als Grundlage für weitere Maßnahmen und Projekte im Rahmen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ herangezogen werden. Mögliche weitere Maßnahmen, die allerdings nicht unmittelbarer Gegenstand dieser Studie sind, sind unter anderem eine BGM-Institutionen-Charta (unterschrieben durch die beteiligten Institutionen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“, die das gemeinsame Verständnis des BGM beschreibt), BGM-Qualitätskriterien sowie BGM-Qualifizierungsmaßnahmen.

## 1.2 Zugang

Das gemeinsame BGM-Verständnis wurde sowohl durch die Analyse relevanter Fachliteratur seit dem Jahr 2010 als auch durch empirische Erkenntnisse zur praktischen Umsetzung des BGM in – vorab gemeinsam mit der Auftraggeberin abgestimmt – ausgewählten Unternehmen mit Sitz in Österreich entwickelt. Diese duale Herangehensweise, die sowohl einen theoretischen als auch einen praktischen Input einbezieht, dient dazu, die Kohärenz mit dem aktuellen wissenschaftlichen Stand und der internationalen Forschungslage sicherzustellen. Gleichzeitig sollen im Rahmen der vorliegenden Studie nationale Besonderheiten aus Sicht der beteiligten Unternehmen in die Definition und den Kernbegriff des BGM einfließen.

## 1.3 BGM in der DACH-Region

Ein erster Blick auf das Verständnis, gängige Modelldarstellungen sowie nationale gesetzliche wie auch organisatorische Rahmenbedingungen von BGM in der DACH-Region zeigt sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede auf.

Mit Bezug auf das Verständnis und Modelldarstellungen von BGM werden, eingebettet in die Gesamtstudie, je Land exemplarisch (aber begründbar) viel zitierte Definitionen und Modelle herausgegriffen und kurz beschrieben. Im Hinblick auf gesetzliche Grundlagen im BGM ist der Befund von Lindfeld (2022, S. 83) nicht nur in Deutschland, sondern auch in Österreich und der Schweiz verbreitet: „Unter rechtlichen Gesichtspunkten ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) in der bundesdeutschen Gesetzgebung weder ein einheitliches Rechtsgebiet noch gibt es eine ausdrückliche gesetzliche Grundlage. Vielmehr sind nur Teilaspekte des BGM normiert und das zudem in verschiedenen gesetzlichen Regelungen.“ Es liegt in der Verantwortung der Unternehmensführung, sicherzustellen, dass die für das Unternehmen geltenden Gesetze und sonstigen Vorschriften aus dem Bereich BGM eingehalten werden. Lindfeld (2022, S. 83) weist auch darauf hin, dass die Identifizierung nicht verpflichtender Normen, „die für das Unternehmen Chancen eröffnen, um zu entscheiden, ob diese nutzbar gemacht werden sollen“, ebenso in die Verantwortung der Unternehmensführung fallen.

Im Sinne einer systematischen Darstellung wesentlicher rechtlicher Rahmenbedingungen bietet sich eine Gliederung nach den drei, oft auch als Säulen oder Handlungsfelder bezeichneten, Bereichen Arbeitnehmer:innenschutz<sup>2</sup> (ANSch), Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) an (Lindfeld, 2022).

### 1.3.1 Deutschland

Für das Verständnis von BGM wird beispielhaft die Definition und Modelldarstellung von Giesert (2012) beschrieben, die früh betonte, dass das Konzept eines ganzheitlichen BGM auf der Grundlage geltender gesetzlicher Regelungen erfolgreich ist und Handlungsfelder mit klaren Strukturen aufzeigen lässt.

---

<sup>2</sup> In Österreich wird der Terminus Arbeitnehmer:innenschutz anstelle von Arbeitsschutz verwendet.

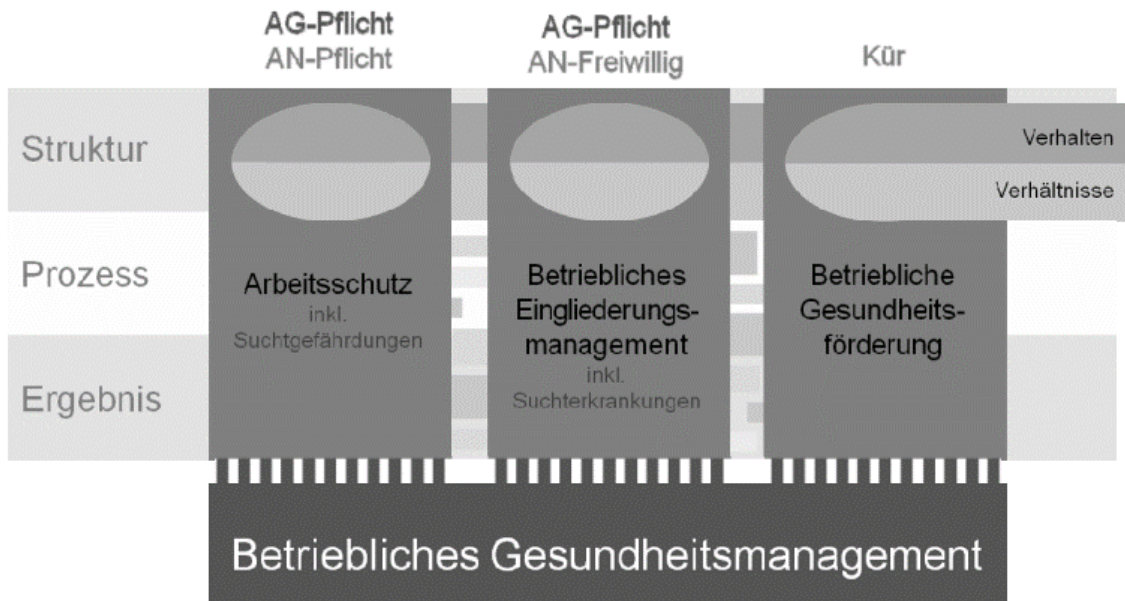
„Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) wird die systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen sowie der gesundheitsförderlichen Befähigung von Beschäftigten verstanden. Grundlagen sind gesetzliche Regelungen, die den folgenden drei Handlungsfeldern zuzuordnen sind:

- umfassender Arbeitsschutz,
- betriebliches Eingliederungsmanagement und
- betriebliche Gesundheitsförderung.

Alle Handlungsfelder sind in die Betriebsroutinen zu integrieren. Dabei ist die Verzahnung der Inhalte sowie die kontinuierliche Fortschreibung der Kernprozesse Analyse, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation zu verwirklichen. Einzelmaßnahmen sowie Einzelprogramme der betrieblichen Gesundheitsförderung unterscheiden sich von diesem Modell“ (Giesert, 2012, S. 336; modifiziert nach Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S. 113).

Die Definition von Giesert fußt auf der gesundheitspolitisch relevanten Definition von BGM durch die Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung (2004), erweitert diese sowohl um die Betonung der gesetzlichen Grundlagen als auch um die Nennung der drei Handlungsfelder ANSch, BEM und BGF (Abbildung 1) und der Verzahnung von deren Inhalten. Mit der Aufnahme der Ebenen Verhalten und Verhältnisse wird auch die Präventionssystematik berücksichtigt, die auf der Einteilung in Verhaltens- und Verhältnisprävention beruht. Nach Pfaff und Zeike (2019, S. 7) zielt die Verhaltensprävention „darauf ab, das Gesundheitsverhalten einer Zielgruppe im gesundheitsförderlichen Sinne zu beeinflussen“. Demgegenüber richtet sich die Verhältnisprävention „auf die gesundheitsrelevanten Verhältnisse (z. B. Strukturen und Prozesse in der Arbeitsumwelt des/der Mitarbeiters/in), die auf den Menschen einwirken können, und versucht, diese gesundheitsförderlich zu gestalten“ (Pfaff & Zeike, 2019, S. 7).

Abbildung 1. BGM-Modell Beispiel Deutschland



Anmerkungen. AG: Arbeitgeber:in; AN: Arbeitnehmer:in. Aus Giesert (2012, S. 367).

Mit den Ebenen Struktur, Prozess und Ergebnis greift Giesert das SPE-Modell von Donabedian (1966) auf, ein Schema zur Qualitätsmessung im Gesundheitswesen. Durch die Integration sowohl des SPE-Modells als auch der Präventionssystematik wird damit gleichzeitig auch ein möglicher Rahmen für Ziele und Kennzahlen für das BGM-Controlling zur Verfügung gestellt.

In Deutschland beruht BGM, sofern man sich auf die rechtliche Ausgangssituation bezieht, auf den drei Säulen ANSch, BEM und BGF. Es wird zwischen Pflichten auf Arbeitgeber:innen- und auf Arbeitnehmer:innenseite unterschieden (Abbildung 1). BEM ist aufseiten der Arbeitgeber:innen verpflichtend bereitzustellen, die Inanspruchnahme durch die Arbeitnehmer:innen beruht jedoch auf Freiwilligkeit. Das BEM ist seit 2004 gesetzlich geregelt. Alle Unternehmen sind verpflichtet, ein BEM durchzuführen, wenn Beschäftigte länger als sechs Wochen innerhalb eines Jahres ununterbrochen oder wiederholt arbeitsunfähig sind bzw. aus gesundheitlichen Gründen fehlen. „Hervorzuheben ist, dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, dem Beschäftigten Maßnahmen des BEM aktiv anzubieten, er darf also nicht darauf warten, dass der Beschäftigte das BEM einfordert“ (Lindfeld, 2022, S. 95). BGF ist für beide Seiten freiwillig. Die bekanntesten Normen sind nach Lindfeld (2022, S. 84) „sicherlich

- das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) sowie § 1 und § 14 des Sozialgesetzbuches VII (SGB VII) für den Arbeits- und Gesundheitsschutz,
- § 167 Abs. 2 SGB IX für das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM),
- sowie §§ 20 ff. SGB V und das Präventionsgesetz für die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF).
- Eher selten erwähnt, aber aus betrieblicher Sicht nicht weniger relevant, sind die zivilrechtlichen Grundlagen des BGM, insbesondere die Fürsorgepflicht des Arbeitgebers, §§ 611 und 618 BGB.“

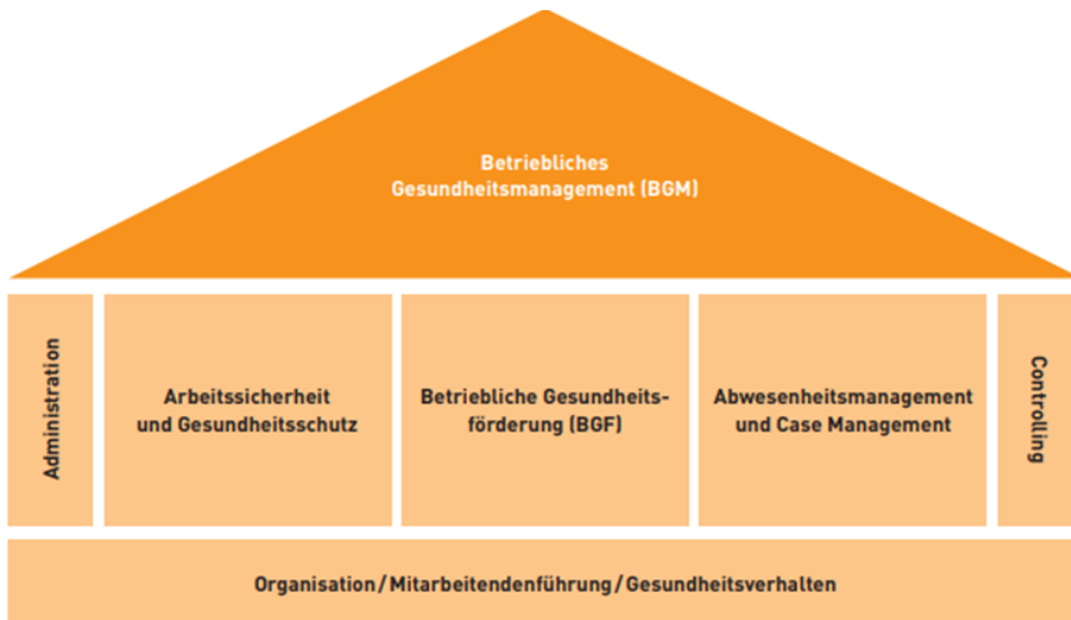
Für die BGF stellt das Präventionsgesetz von 2015 wohl eines der bekanntesten Gesetze in diesem Bereich dar (Rosian-Schikuta et al., 2016; Sayed & Brandes, 2022). Zwar gehört die BGF schon seit 1989 zu den Aufgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), aber sie wurde dadurch „erheblich ausgebaut“ (Lindfeld, 2022, S. 97). „Die Richtlinien zur Umsetzung sind im GKV-Leitfaden Prävention niedergelegt .... Maßnahmen, die nicht den in diesem Leitfaden dargestellten Handlungsfeldern und Kriterien entsprechen, dürfen von den Krankenkassen nicht durchgeführt oder gefördert werden“ (Lindfeld, 2022, S. 97f.).

### **1.3.2 Schweiz**

Für das Verständnis von BGM wird beispielhaft die Definition und Modelldarstellung der Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) skizziert. GFCH „ist eine privatrechtliche Stiftung mit einem gesetzlichen und damit öffentlichen Auftrag“ (Abel & Kirschner, 2017, S. 89; siehe auch Arbeitsgruppe BGM Akteurslandschaft im Rahmen der Institutionellen Plattform BGM (IP BGM), 2021; Rosian-Schikuta et al., 2016) mit dem übergeordneten Ziel, „dass die Kantone, die Krankenversicherer, die Betriebe sowie die Akteurinnen und Akteure der Gesundheitsversorgung ihr Engagement für die Gesundheitsförderung und die Prävention wirksam erhöhen“ (Mattig, 2023, S.4). BGM ist dabei einer von sechs Themenbereichen, die von GFCH bearbeitet werden. „Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ist die systematische Optimierung relevanter Faktoren für die Gesundheit im Betrieb. Das BGM schafft mittels Anpassung von Strukturen und Prozessen im Unternehmen günstige Bedingungen für die Gesundheit der Mitarbeitenden und trägt so zum Erfolg des Unternehmens bei. BGM erfordert die Beteiligung aller Personengruppen im Unternehmen, ist in dessen Management integriert und kommt in seiner Kultur zum Ausdruck (in Anlehnung an Badura et al. 1999, wie zitiert in Füllemann et al. 2017)“ (Weissbrodt, 2018, S. 14).

Für die GFCH beruht das BGM auf den drei Säulen ANSch („Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz“), BGF und BEM („Abwesenheitsmanagement und Case Management“) beruht, wobei ANSch verpflichtend, BGF und BEM hingegen auf freiwilliger Basis umzusetzen sind (Abbildung 2).

Abbildung 2. BGM-Modell Beispiel Schweiz



Anmerkung. Aus Weissbrodt (2018, S. 15).

Diese drei oben genannten breiten Säulen stehen auf dem Fundament von „Organisation/Mitarbeitendenführung/Gesundheitsverhalten“ (Abbildung 2) und werden auf der linken Seite flankiert von der Säule „Administration“. Damit erhalten Managementprozesse, Führungsaufgaben sowie Verwaltungs- und Organisationsprozesse (darunter fallen beispielsweise Strategie, Planung und Budget) explizit Einzug in das BGM-Modell. Auf der rechten Seite von Abbildung 2 werden die drei breiten Säulen ANSch, BGF und BEM gestützt vom „Controlling“, das sich auf die „Steuerung und Überprüfung der Aktivitäten im Sinne einer stetigen Verbesserung“ bezieht (Weissbrodt, 2018, S. 15). Das Dach in diesem Modell (Abbildung 2) bildet BGM, das also alle breiten und schmalen Säulen sowie das Fundament miteinander vereint. Wichtige gesetzliche Grundlagen sind nach Gesundheitsförderung Schweiz (Weissbrodt, 2018, S. 14f.) jedenfalls

- das Arbeitsgesetz (ArG), das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG), das Chemikaliengesetz und das Mitwirkungsgesetz für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz,

- das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) für die Betriebliche Gesundheitsförderung,
- das Bundesgesetz über die Unfallversicherung (UVG) und das Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) für das Abwesenheitsmanagement und Case Management.

Die Arbeitssicherheit bezieht sich dabei nach Weissbrodt (2018) auf die Prävention von Unfällen und Berufskrankheiten und wird wesentlich vom Bundesgesetz über die Unfallversicherung geregelt, wo die Pflichten von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmenden verankert sind. Der Gesundheitsschutz bezieht sich demgegenüber auf die Prävention von beruflich bedingten Störungen, „die nicht unter den Begriff Unfall oder Berufserkrankung fallen“ (Weissbrodt, 2018, S. 17) und wird betreffend der Pflichten von Arbeitgeber:innen und Arbeitnehmenden über das Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (ArG) geregelt.

Weissbrodt (2018, S. 14f) hält fest, dass das BGM „alle umgesetzten obligatorischen (1. Säule) und fakultativen (2. und 3. Säule) Massnahmen im Zusammenhang mit der Gesundheit und Sicherheit der Mitarbeitenden zusammenführen“ soll, aber auf rechtlicher und institutioneller Ebene „keinen «Überbau» vorfindet, der diesem integrierten Ansatz entspricht“ (Weissbrodt, 2018, S. 18).

### 1.3.3 Österreich

Für das Verständnis von BGM wird beispielhaft die Definition und Modelldarstellung der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020) vorgestellt, wobei aufgrund der Gremienmitglieder<sup>3</sup> von einem breiten Konsens ausgegangen werden darf: „Experten und Expertinnen definieren BGM als das ‚systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der

---

<sup>3</sup> Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft, Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Gesundheit Österreich GmbH, Fonds Gesundes Österreich, Dachverband der Sozialversicherungsträger, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, Österreichische Gesundheitskasse, Pensionsversicherungsanstalt, Sozialversicherung der Selbständigen, Bundesarbeiterkammer, Wirtschaftskammer Österreich, Österreichischer Gewerkschaftsbund, Industriellenvereinigung, Landwirtschaftskammer Österreich, Österreichischer Landarbeiterkammertag und Vertretung der Bundesländer.

Beschäftigten“<sup>4</sup> (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S. 7). Und weiter: „Wesentliche Merkmale eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind die

- dauerhafte Implementierung einer BGM-Organisationsstruktur und von BGM-Prozessen
- Integration von Sicherheit und Gesundheit als Querschnittsthema in betrieblichen Routinen (z.B. Personal- und Organisationsentwicklung, Managementsysteme)
- Erweiterung inhaltlicher Perspektiven zu einem integrierten Gesamtkonzept, um Gesundheit zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen, sowie
- Etablierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements als Führungsaufgabe.<sup>5</sup>

Kurz gesagt: BGM bedeutet also, Sicherheit und Gesundheit als Teil der Unternehmenspolitik, als betriebliches Ziel und Managementaufgabe zu sehen!“ (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S.7)

Die Definition der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ beruht mit dem Verständnis von BGM als dem „systematische[n] und nachhaltige[n] Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten“ ebenso wie die Definition von Giesert (2012, S. 336) auf der gesundheitspolitisch relevanten Definition von BGM der Expertenkommission der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung (2004). Der zweite Teil der Definition greift Elemente der Definition von Blattner und Mayer (2018) auf und betont damit in hohem Maße nicht nur die Perspektive Management, sondern auch die Integretation von Sicherheit und Gesundheit. Durch die enthaltene Begründung „um Gesundheit zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen“ bezieht sich diese Definition auch auf die Zielebene des BGM (Pfaff & Zeike, 2019, S. 4). Verstärkt wird diese Ausrichtung auch durch die Berücksichtigung der Wirkungsziele allgemein oberhalb der Ebene Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) in der Modelldarstellung (Abbildung 3). Mit der oben enthaltenen Verortung des BGM als Führungsaufgabe (Blattner & Mayer, 2018) lässt sich leicht ein Bezug zur ÖNORM ISO 45001:2019 „Managementsysteme für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit“ (SGA-MS) herstellen. „Die oberste Leitung muss in Bezug auf das SGA-Managementsystem Führung und Verpflichtung zeigen“ (ÖNORM ISO 45001:2019, S. 19).

---

<sup>4</sup> Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S. 113.

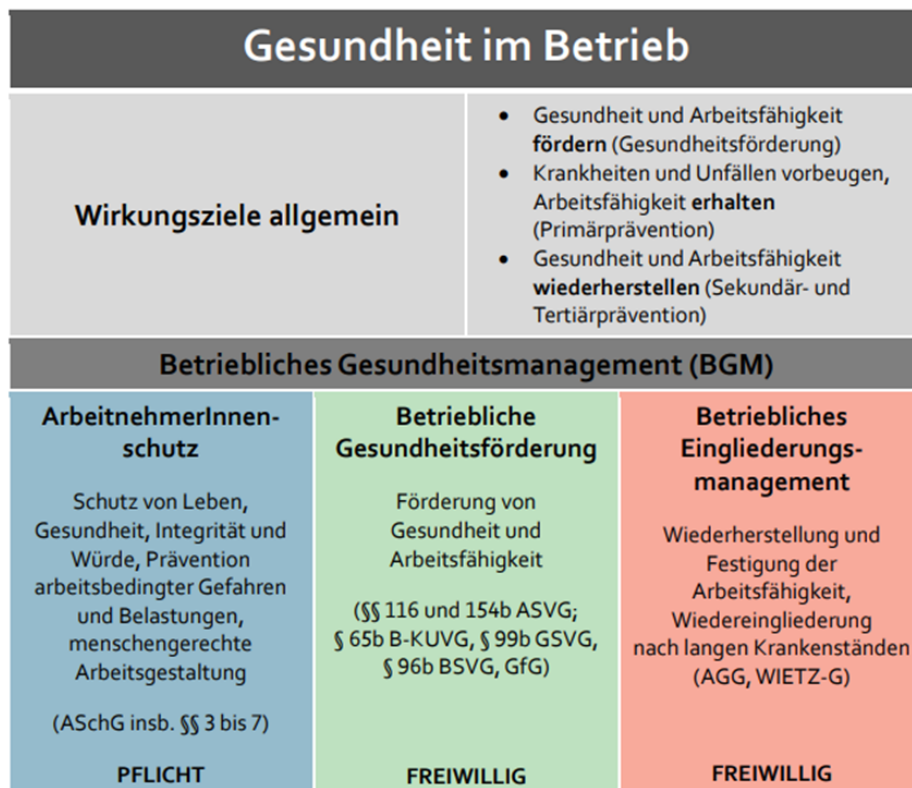
<sup>5</sup> Blattner & Mayer, 2018.



In Österreich beruht BGM, sofern man sich auf die rechtliche Ausgangssituation bezieht, auf den drei Säulen ANSch, BGF und BEM, wobei ANSch verpflichtend, BGF und BEM hingegen auf freiwilliger Basis umzusetzen sind (Abbildung 3; siehe auch Rosian-Schikuta et al., 2016). Die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen sind nach dem Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (2020, S. 10) jedenfalls

- das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG), insbesondere §§ 3 bis 7 für den ArbeitnehmerInnenschutz,
- §§ 116 und 154b ASVG, § 65b B-KVUG, § 99b GSVG, § 96b BSVG und das Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) für die Betriebliche Gesundheitsförderung
- sowie das Arbeit-und-Gesundheit-Gesetz (AGG) und das, Wiedereingliederungsteilzeit-Gesetz (WIETZ-G) für das Betriebliche Eingliederungsmanagement.

Abbildung 3. BGM-Modell Beispiel Österreich



Anmerkung. Aus Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (2020, S. 10).

## 2 Methode

Im ersten Teil der Kurzstudie wurde fach einschlägige Literatur recherchiert. Hierzu wurden relevante Studien aus dem nationalen und internationalen Kontext mit Fokus auf die DACH-Region im Hinblick auf das Studienziel systematisch aufbereitet und zusammengefasst (siehe Abschnitt 2.1). Die Ergebnisse dieser Recherche fließen in die zu erarbeitende Definition ein und stellen zudem die Grundlage für die empirische Datenerhebung (siehe Abschnitt 2.2) dar. Im empirischen Teil der Studie wird das bestehende Verständnis des BGM in Österreich auf der Grundlage von Interviews aus sowohl theoretischer als auch praktischer Perspektive erarbeitet.

### 2.1 Literaturstudie

Die inhaltliche Darstellung der Rechercheergebnisse soll einen Überblick über Definitionen und Begriffsumschreibungen von BGM ermöglichen. Zudem soll sie veranschaulichen, welche Aspekte als Bestandteile oder Teilaspekte von BGM identifiziert werden, insbesondere wird dabei auch auf die praxisdominierenden Bereiche ANSch, BGF und BEM eingegangen. Der Bericht zur Literaturrecherche, der eine detailliertere Beschreibung der Methodik und der Ergebnisse enthält, findet sich bei Jimenez, Fuchs und Steurer (2023).

#### 2.1.1 Systematische Recherche

Für das Vorgehen im Zuge der systematischen Recherche wurden die Empfehlungen für Scoping-Reviews von Pollock et al. (2023) berücksichtigt. Als methodische Orientierung wurden die PRISMA-Leitlinien für Scoping-Reviews herangezogen (Tricco et al., 2018). Folgende Anforderungen wurden als Einschlusskriterien festgelegt: (1) Veröffentlichungen ab dem Jahr 2010, die (2) in englischer oder deutscher Sprache verfasst wurden und (3) eine Begriffsbeschreibung oder Definition von betrieblichem Gesundheitsmanagement beinhalten. Eine Übersicht über die einbezogenen Suchportale und festgelegten Datenbanken ist Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1. Übersichtstabelle: Rechercheportale und durchsuchte Datenbanken

Recherche in	Enthaltene Datenbanken
<b>Ovid</b>	ERIC, MEDLINE, PSYINDEX, APA PsycInfo, Journals@Ovid Full Text, APA PsycArticles
<b>PubPsych</b>	ERIC, MEDLINE, PSYINDEX, NARCIS, Pascal, ISOC-Psicología, NORART, PsychOpen, PsychData
<b>PubMed</b>	PubMed Central (PMC), MEDLINE, Bookshelf
<b>WISO</b>	IWPROD Arbeitswissenschaftliche Literatur, BEFO Betriebsführung und -organisation, BLISS Betriebswirtschaftliche Literatur, ECONIS Wirtschaftswissenschaftliche Literatur, FinEcon Finanz- und Wirtschaftsdatenbank, ifo Katalog Volkswirtschaft, ifo Publikationen Volkswirtschaft, IHS Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Literatur, Kölner Betriebswirtschaftlicher Katalog, MIND Kreditwirtschaftliche Literatur
<b>Rechtsdatenbanken</b>	Lexis 360 Österreich
<b>Rechtsdatenbanken</b>	Rechtsdatenbank Österreich (RDB)
<b>EBSCO</b>	Cinahl
<b>Rechtsdatenbanken</b>	Beck-online

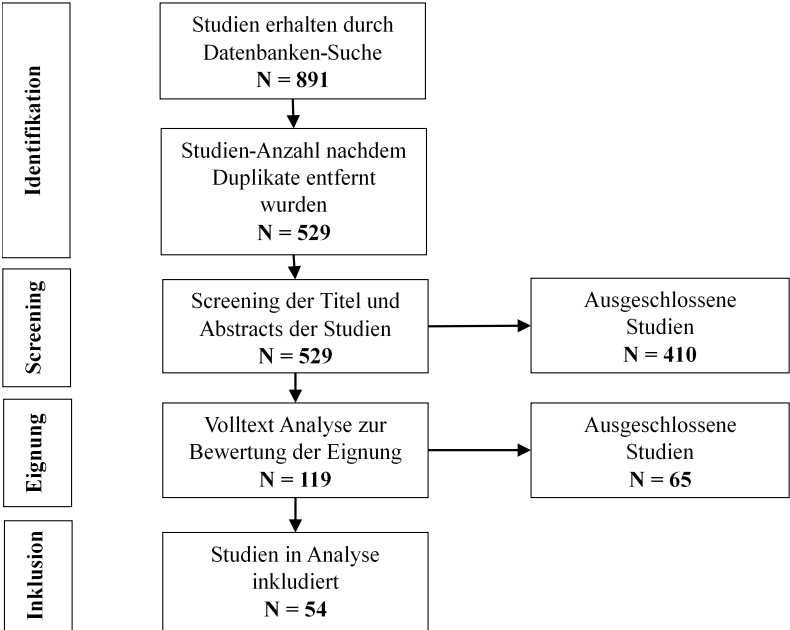
Anmerkung. Aus Jimenez et al. (2023, S. 14).

Die relevanten Suchbegriffe wurden mit den Verknüpfungsoperatoren „OR“ und „AND“ verbunden. Für die Einschränkung der Suche auf die Felder „Titel“ und „Abstract“ wurde die Endung „.ti,ab“ angefügt. Exemplarisch wird nachfolgend der Suchstring für das Suchportal Ovid dargestellt (Jimenez et al., 2023, S. 14):

*(("Betrieblich\* Gesundheitsmanagement" or "WHM" or "occupational health psychology" or "workplace health promotion" or "workplace health management" or "employee health management" or "Occupational well-being" or "Workplace wellness" or "Occupational wellness" or "Healthy workplaces" or "Workplace health intervention" or "Psychosocial Risk Management" or "Worksite health promotion" or "Occupational health promotion" or "organi?ational health culture" or "corporate health management" or "organi?ational health management" or "occupational health management" or "Workplace health policy") and ("Definition" or "Bedeutung" or "Meaning" or "Praxis" or "Practice")).ti,ab.*

Im Einzelnen wurden durch die Recherche in den Datenbanken 891 Quellen identifiziert (Abbildung 4). Nach Entfernung der Duplikate verblieben 529 Quellen, deren Eignung anhand der Beurteilung der Titel und Kurzzusammenfassungen bestimmt wurde. Auf der Grundlage der im Vorfeld festgelegten Kriterien wurden 410 Quellen ausgeschlossen und 119 in die Auswahl für die Analyse der Volltexte aufgenommen. Im Zuge der Volltextanalyse mussten weitere 65 Veröffentlichungen ausgeschlossen werden, darunter fanden sich 43 als ungeeignet einzustufende Quellen, diese enthielten unter anderem keinen Hinweis auf eine Definition, streiften BGM nur am Rande und/oder wiesen eine fehlende Übereinstimmung mit dem Thema auf, sowie 22 Quellen, für die keine Zugriffsmöglichkeit auf den Volltext gegeben war. Für die weitere Analyse konnten aus der systematischen Recherche 54 relevante Veröffentlichungen identifiziert werden, darunter 15 Übersichtsarbeiten (Reviews) (siehe A.1, A.2; Jimenez et al., 2023).

Abbildung 4. Flowchart. Systematische Recherche



Anmerkung. Aus Jimenez et al. (2023, S. 23)

### **2.1.2 Weiterführende Recherche**

In einem zweiten Schritt wurden weitere Veröffentlichungen einbezogen, die von der vorangegangenen Recherche nicht umfasst waren (u. a. sogenannte „graue Literatur“<sup>6</sup>).

### **2.1.3 Aufbereitung**

Jede Quelle wurde dahingehend untersucht, ob eine BGM-Definition enthalten ist. In einem zweiten Schritt wurden alle Definitionen im Hinblick auf die drei Säulen des BGM, also ANSch, BGF und BEM, analysiert. Da sich das Konzept Management im Rahmen der Literaturlaufbereitung als zentrale Komponente und wesentliches Unterscheidungsmerkmal für BGM hervorzuheben hat, wurden die Arbeiten in einer weiterführenden Analyse hinsichtlich dieser Verwendung untersucht. Zudem wurden die Definitionen dahingehend überprüft, ob

- darauf verwiesen wird, dass BGM einen ganzheitlichen Ansatz darstellt, der mehrere Ebenen einschließt;
- die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden als Ziel von BGM formuliert wird;
- der Aspekt der Nachhaltigkeit von BGM implizit oder explizit Teil der Definition ist;
- auf die Befähigung der Beschäftigten zum eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Handeln Bezug genommen wird.

### **2.1.4 Managementbegriff**

Da sich das Handlungsfeld Management als zentrale Komponente erwiesen hat (siehe Ausführungen unter 2.1.3), wurde in einer weiterführenden Analyse auf Basis einer sechstufigen Skala (siehe Tabelle 2) das Ausmaß des Managementaspekts in den verschiedenen Literaturquellen erarbeitet. Jeder Quelle wurde eine Stufe der Skala, d. h.

---

<sup>6</sup> Als „graue Literatur“ werden in der Bibliothekswissenschaft Publikationen bezeichnet, die nicht über das kommerzielle Verlagswesen publiziert werden und nicht im Buchhandel erhältlich sind, wie z. B. amtliche Druckschriften, Forschungsberichte, Tagungsberichte, Kongressbeiträge, Reports. Sie werden meist von nationalen oder internationalen Institutionen oder Organisationen wie Regierungsstellen, Behörden, Forschungseinrichtungen, Hochschulen, Schulen, Museen, Bibliotheken, Firmen, Verbänden, Vereinen, Parteien und Gewerkschaften veröffentlicht.

eine Zahl von 0 bis 5, zugeordnet. Die Zuordnung bezieht sich dabei nicht nur auf die herausgenommene Definition, sondern auf den gesamten Quelltext.

Tabelle 2. Operationalisierung der Managementstufen

Stufe	Bedeutung
0	Der Begriff „Management“ wird im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten weder direkt noch indirekt genannt (auch nicht als Wortbestandteil)
1	Der Begriff „Management“ wird im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten als Wortbestandteil genannt (z. B. Gesundheitsmanagement) und es wird nicht weiter darauf eingegangen
2	Management wird im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten genannt, aber nicht weiter ausgeführt
3	Management wird im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten indirekt erwähnt, umschrieben oder erklärt
4	Management wird im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten in irgendeiner Form genannt und weiter ausgeführt
5	Management wird im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten in irgendeiner Form genannt und ausführlich erklärt oder beschrieben (z. B. PDCA-Zyklus)

Anmerkungen. Modifiziert nach Jimenez et al. (2023, S. 76f.). Die Spalte „Beispiel“ ist in der vorliegenden Darstellung nicht enthalten.

## 2.2 Empirische Studie

Für den empirischen Teil der Kurzstudie wurden im Zeitraum August bis September 2023 im Rahmen von 35 semistandardisierten, leitfadengestützten Interviews Informationen zum Verständnis von BGM sowie zur gelebten Praxis von BGM in Betrieben mit Sitz in Österreich gesammelt.

### 2.2.1 Stichprobe

Die Perspektive der Unternehmen wurde mit 23 Interviews mit Vertreter:innen österreichischer Unternehmen berücksichtigt. Geplant waren Interviews mit neun Unternehmen, die in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW) so rekrutiert wurden, dass für jede der drei NUTS-Regionen (I, II, III) und

Betriebsgrößenklassen (Klein(st)-, Mittel- bzw. Großunternehmen)<sup>7</sup> je ein Unternehmen vertreten ist und die unterschiedlichen Wirtschaftsklassen möglichst breit abgedeckt werden. Es wurden ausschließlich Unternehmen kontaktiert, die über ein BGM im Sinne der Ergebnisse der Literaturstudie verfügen, zumindest jedoch über ein BGF-Gütesiegel. Dabei wurde auch auf die Good Practice-Sammlung auf der Webseite der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (<https://www.gesundheit-im-betrieb.at/>) zurückgegriffen. Zudem wurde angestrebt, dass (möglichst) nur Unternehmen mit Belegschaftsvertretung in die Kurzstudie eingeschlossen werden. Eine Ausnahme bilden hierbei die kontaktierten Klein(st)unternehmen, diese verfügen (in der Regel) über keine Belegschaftsvertretung, sodass für diese Größenklasse nur Führungskräfte und Mitarbeiter:innen befragt werden konnten. Es wurden insgesamt neun Mittelunternehmen kontaktiert, bis die finale Stichprobe rekrutiert war. Drei Unternehmen haben aus zeitlichen Gründen die Teilnahme an der Studie abgesagt. Weitere fünf Unternehmen wurden von der Befragung ausgeschlossen, weil sie über keine Belegschaftsvertretung verfügen. Für Großunternehmen wurden drei Unternehmen angefragt; alle drei wurden anschließend interviewt.

Die finale Unternehmensstichprobe verteilt sich wie in Tabelle 3 ersichtlich nach Unternehmensgröße und NUTS-Region. Je Unternehmen sollten bis zu drei Interviews geführt werden, wobei idealerweise je ein Gespräch mit einer:einem Vertreter:in mit Führungsverantwortung und mit einer:einem Vertreter:in der Belegschaftsvertretung erfolgen sollten. In den drei rekrutierten Klein(st)unternehmen gab es keine Belegschaftsvertretung. In zwei Unternehmen wurde stattdessen je ein:e weitere:r Mitarbeiter:in befragt; mit dem dritten Klein(st)unternehmen wurden nur zwei Interviews geführt. In einem Mittelunternehmen (anonym) war nur ein Gespräch mit einer Mitarbeiterin (BGF-Verantwortliche) möglich, da keine Führungskraft und keine Belegschaftsvertretung zeitliche Ressourcen für die Befragung hatten.

---

<sup>7</sup> Klein(st)unternehmen: bis 49 Mitarbeiter:innen; Mittelunternehmen: 50 bis 249 Mitarbeiter:innen, Großunternehmen: ab 250 Mitarbeiter:innen

Tabelle 3. Befragte Unternehmen

	Klein(st)unternehmen	Mittelunternehmen	Großunternehmen	Gesamt
<b>NUTS I</b> (AT11 Burgenland, AT12 Niederösterreich, AT13 Wien)	Kanzlei Jürgen Sykora (NÖ, ÖNACE: M)	Raiffeisen Regionalbank Mödling eGen (N, ÖNACE: K)	ÖBB (W, ÖNACE: H)	<b>3</b>
<b>NUTS II</b> (AT21 Kärnten, AT22 Steiermark)	SAM GmbH (ST, ÖNACE: M)	Imerys Talc Austria GmbH (ST, ÖNACE: B)	Kindernest gem. Kinderbetreuungs GesmbH (K, ÖNACE: Q)	<b>3</b>
<b>NUTS III</b> (AT31 Oberösterreich, AT32 Land Salzburg, AT33 Tirol, AT34 Vorarlberg)	SecureGUARD (OÖ, ÖNACE: J)	Anonym (S, ÖNACE: C/M)	BMW Group Werk Steyr (OÖ, ÖNACE: C)	<b>3</b>
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>

Anmerkungen. NUTS: Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques, B: Burgenland, K: Kärnten, NÖ: Niederösterreich, OÖ: Oberösterreich, Salzburg, ST: Steiermark, T: Tirol, V: Vorarlberg, W: Wien, ÖNACE: Österreichische Version der NACE (Nomenclature générale des activités économiques dans les communautés européennes), ÖNACE B: Bergbau und Gewinnung von Steinen und Erden, ÖNACE C: Herstellung von Waren, ÖNACE H: Verkehr und Lagerei, ÖNACE J: Information und Kommunikation, ÖNACE K: Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, ÖNACE M: Erbringung von freiberuflichen, wissenschaftlichen und technischen Dienstleistungen, ÖNACE Q: Gesundheits- und Sozialwesen.

Insgesamt wurden somit neun Interviews mit Führungskräften geführt, fünf mit Belegschaftsvertreter:innen und neun mit Mitarbeiter:innen ohne Führungsverantwortung. Häufig waren die Befragten im Unternehmen spezifisch mit BGF-/BGM-Agenden betraut. Die jeweilige unternehmensinterne Funktion der Interviewpartner:innen je Unternehmen ist in Tabelle 4 ersichtlich.



Tabelle 4. Interviewpartner:innen Unternehmen

Unternehmen	Funktion/Position
Kanzlei Jürgen Sykora	GF
Kanzlei Jürgen Sykora	MA
SAM GmbH	GF
SAM GmbH	HR (BGF-verantwortlich)
SAM GmbH	MA
SecureGUARD	FK (BGF-verantwortlich)
SecureGUARD	MA (BGF-verantwortlich)
Raiffeisen Regionalbank Mödling eGen	FK (BGF-verantwortlich)
Raiffeisen Regionalbank Mödling eGen	MA (BGF-verantwortlich)
Raiffeisen Regionalbank Mödling eGen	BV
Imerys Talc Austria GmbH	FK
Imerys Talc Austria GmbH	FK, EHSQ-Managerin
Imerys Talc Austria GmbH	BV
Anonymes Unternehmen	MA (BGF-verantwortlich)
ÖBB	FK
ÖBB	MA (GZ-Moderator)
ÖBB	BV
Kindernest gem. Kinderbetreuungs GesmbH	FK
Kindernest gem. Kinderbetreuungs GesmbH	BV
Kindernest gem. Kinderbetreuungs GesmbH	MA
BMW Group Werk Steyr	FK
BMW Group Werk Steyr	BV
BMW Group Werk Steyr	MA
<b>Gesamt</b>	<b>23</b>

Anmerkungen. BV: Belegschaftsvertretung, EHSQ: Environment Health Safety Quality, FK: Führungskraft, GF: Geschäftsführung, GZ: Gesundheitszirkel, HR: Human Resources, MA: Mitarbeiter:in.

Weiters wurden vier Interviews mit Vertreter:innen einschlägiger Fachgesellschaften in Österreich geführt, u.a. mit dem Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP) sowie der Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen (GkPP). Alle Fachgesellschaften haben in ihrer Tätigkeit einen engen Bezug zu betrieblicher Gesundheit, Arbeitssicherheit und -medizin oder Ähnlichem. Zudem wurden im Rahmen von vier Kleingruppen- und einem Einzelinterview zwölf Mitglieder der Arbeitsgruppe „BGM-Verständnis“ der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ befragt.

Drei Interviews wurden mit Expert:innen aus dem DACH-Raum geführt. Alle drei Interviewten sind Universitätsprofessor:innen, die sich in ihrer Tätigkeit maßgeblich mit BGF und BGM beschäftigen und dazu auch publizieren. Diese sind: Prof. Dr. Gudrun Faller (Hochschule für Gesundheit, Bochum, Deutschland), Prof. (FH) Mag. Florian Schnabel, MPH (Fachhochschule Burgenland, Österreich) sowie ein Universitätsprofessor aus der Schweiz.

### **2.2.2 Durchführung**

Alle Interviews wurden semistandardisiert durchgeführt, d.h. leitfadengestützt mit der Möglichkeit zu vertiefenden Fragen und Rückfragen. Die Interviewleitfäden wurden spezifisch an die Interviewpartner:innen (Unternehmen – Führungskraft, Unternehmen – Belegschaftsvertretung, Unternehmen – Mitarbeiter:innen, Fachgesellschaften, Arbeitsgruppe sowie Expert:innen) angepasst und mit der Auftraggeberin abgestimmt. Jedes Interview wurde mit der Frage nach dem Verständnis bzw. der Definition von BGM begonnen. Expert:innen, Fachgesellschaftsvertreter:innen sowie die Arbeitsgruppe wurden anschließend nach ihrer Haltung zur separierten Betrachtung der drei Säulen befragt sowie nach Förderungsmöglichkeiten und Herausforderungen für BGM in Österreich. Weiterführende Fragen an Führungskräfte, Belegschaftsvertretungen und Mitarbeiter:innen bezogen sich stattdessen auf die gelebte BGM-Praxis im jeweiligen Unternehmen. Die Leitfragen für jede Gruppe befinden sich im Anhang B. Die Interviews mit Unternehmensvertreter:innen waren auf 20 Minuten angesetzt, jene mit Expert:innen und Fachgesellschaften auf 30 Minuten. Für die Kleingruppeninterviews mit der Arbeitsgruppe wurden, je nach Anzahl der Befragten, 30 bis 45 Minuten angesetzt. Zwei Expert:inneninterviews wurden via Videokonferenz geführt, alle übrigen Interviews mit Expert:innen sowie mit den Vertreter:innen von Unternehmen und Fachgesellschaften am Telefon. Die Kleingruppeninterviews mit den Vertreter:innen der Arbeitsgruppe wurden via Videokonferenz abgehalten, mit Ausnahme des Einzelinterviews, das am Telefon geführt wurde.

Alle Befragungen wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert, wobei sorgfältig auf den Schutz personenbezogener Daten geachtet wurde. Alle befragten Unternehmen wurden um Einverständnis bezogen auf die namentliche Nennung im Bericht gebeten, das alle bis auf ein Unternehmen erteilten.

### 2.2.3 Auswertung

Die Auswertung der Interviews und Fokusgruppen orientiert sich an der Methode der strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2022). Es handelt sich dabei um die deduktive Kategorienanwendung auf Basis des Literaturreviews, die bei Bedarf auf induktivem Weg das Kategoriensystem um diesen Aspekt erweitert. Hierfür werden die Befragungsinhalte nach vorab festgelegten Kodierregeln den thematischen Hauptkategorien zugeordnet. Im Laufe der Materialbearbeitung wurden diese in einem induktiven Vorgehen um weitere Kategorien ergänzt. Die finale Liste ist in Tabelle 5 dargestellt, wobei deduktiv erstellte Kategorien kursiv dargestellt sind.

Die Kodierung und Auswertung der Interviews erfolgte mithilfe der Software MAXQDA (Version 22.8.0). Zunächst wurden alle Interviews so kodiert, dass jeder Aussage genau eine Kategorie zugewiesen wurde, d. h. es gibt weder Mehrfach- noch Nullzuordnungen von Aussagen zu Kategorien.

Zur Ergebnisdarstellung wurde die Anzahl an Aussagen pro Kategorie für jede Gruppe (Unternehmen, Fachgesellschaften, Arbeitsgruppe sowie Expert:innen) genutzt, um Schwerpunkte im BGM-Verständnis aufzuzeigen. Anschließend wurden die kodierten Aussagen je Kategorie zusammengetragen und inhaltlich interpretiert.

Tabelle 5. Auswertungskategorien

Hauptkategorie	Unterkategorien	Gesamt
Modelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Drei-Säulen-Modell</i></li> <li>- <i>Integrativ/ineinandergreifend</i></li> <li>- <i>Meta-Ebene/ganzheitlich</i></li> <li>- <i>ANSch</i></li> <li>- <i>BGF</i></li> <li>- <i>BEM</i></li> <li>- <i>ist Managementansatz/beinhaltet Managementdisziplinen oder -strategien/bewusste Steuerung und Integration aller Strukturen und Prozesse im Unternehmen</i></li> <li>- <i>Gesundes Führen</i></li> <li>- <i>anderes/sonstiges</i></li> </ul>	<b>9</b>
Prozesse	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ANSch-Maßnahmen</i></li> <li>- <i>BGF-Maßnahmen</i></li> <li>- <i>BEM-Maßnahmen</i></li> <li>- <i>Kommunikations- und Motivationsmaßnahmen</i></li> <li>- <i>Analyse, Planung, Kennzahlen und Evaluation</i></li> </ul>	<b>7</b>

Hauptkategorie	Unterkategorien	Gesamt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Entwicklung von/gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen/betrieblichen Rahmenbedingungen</i></li> <li>- <i>offene/wertschätzende Kommunikation</i></li> </ul>	
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden</i></li> <li>- <i>Förderung von Gesundheitskompetenz/ Gesundheitsbewusstsein/Eigenverantwortung</i></li> <li>- <i>kommt Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen zugute</i></li> <li>- <i>Verbesserung von Arbeitsorganisation/-bedingungen/-platz/Verhältnisebene</i></li> </ul>	4
Merkmale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ist systematisch/planvoll</i></li> <li>- <i>ist nachhaltig/langfristig orientiert</i></li> <li>- <i>schließt alle Unternehmensebenen ein</i></li> <li>- <i>ist präventiv/umfasst Prävention</i></li> <li>- <i>ist wissenschaftlich begründet</i></li> <li>- <i>ist an Standards orientiert</i></li> </ul>	6
Führung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ist Führungsaufgabe</i></li> <li>- <i>Commitment/Unterstützung der Führungsebene</i></li> <li>- <i>Führungskräftequalifizierung/-sensibilisierung</i></li> </ul>	3
Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Aufgabe der Personalabteilung</i></li> <li>- <i>Aufgabe der Belegschaftsvertretung</i></li> <li>- <i>spezifisch nach Unternehmensgröße</i></li> <li>- <i>interdisziplinäre Zusammenarbeit</i></li> <li>- <i>auf Mitarbeiter:innen zugeschnitten</i></li> <li>- <i>an Unternehmenszielen orientiert/fließt in Unternehmensziele ein/ist Unternehmensziel</i></li> <li>- <i>aktive Mitarbeiter:innenbeteiligung</i></li> <li>- <i>Kosten/Finanzierung</i></li> <li>- <i>gelebte Unternehmenskultur</i></li> <li>- <i>Zusammenarbeit mit/Einbezug von Stakeholdern und/oder anderen externen Körperschaften/Personen</i></li> </ul>	10
Voraussetzungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Niederschwelligkeit</i></li> <li>- <i>Zusammenarbeit der Verantwortlichen</i></li> <li>- <i>Offenheit ggü. Kritik</i></li> <li>- <i>Gesetzliche Verankerung</i></li> <li>- <i>klare Zuständigkeiten</i></li> <li>- <i>Kommunikation mit/Einbindung von MA</i></li> <li>- <i>Wertschätzung</i></li> <li>- <i>Interesse der MA</i></li> </ul>	8
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Konflikte/Synergien</i></li> <li>- <i>Herausforderungen</i></li> <li>- <i>Förderung von BGM</i></li> <li>- <i>Rolle von FG</i></li> <li>- <i>betriebliches Management von Sicherheit und Gesundheit</i></li> </ul>	5
<b>Gesamt</b>		<b>8 51</b>

# 3 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der Literaturrecherche und der empirischen Studie dargestellt.

## 3.1 Literaturstudie

Nachfolgend werden in den Abschnitten 3.1.1 und 3.1.2 die Ergebnisse der systematischen bzw. nicht systematischen Literaturrecherche dargestellt. Der letzte Abschnitt des Ergebnisteils der Literaturstudie (3.1.4) enthält die Erkenntnisse der vertiefenden Analyse zu Management in der BGM-Literatur. Die jeweiligen Quellen werden im Text direkt aufgeführt, wobei ab einer Anzahl von zehn Veröffentlichungen durch Nummerierung auf die Referenzen in Anhang Referenzen aus der Literaturstudie verwiesen wird.

### 3.1.1 Systematische Recherche

Im Zuge der systematischen Recherche wurden deutschsprachige Quellen zum BGM-Begriff (Abschnitt 3.1.1.1) sowie englischsprachige Quellen zu verwandten Konzepten (Abschnitt 3.1.1.2) identifiziert.

#### 3.1.1.1 Deutschsprachige Literatur

Von den im Rahmen der systematischen Recherche identifizierten 15 deutschsprachigen Quellen (siehe Anhang A.1) bezeichnen sieben (Felder et al., 2022; Giesert et al., 2017; Heigl, 2015; Jungkunz & Pichler, 2018; Kauffeld et al., 2022; Röhrich, 2018; Traut-Mattausch & Zanchetta, 2018) ANSch, BGF und BEM explizit als Bestandteile, Merkmale oder Handlungsfelder von BGM (Tabelle 6). So schreibt Heigl (2015, S. 2): „[I]m Sinne des BGM-Begriffs nach Giesert und Wendt-Danigel (2011) inkludiert ein umfassendes Gesundheitsmanagement neben der BGF sowohl den Arbeitsschutz als auch das ‚Betriebliche Eingliederungsmanagement‘ (BEM). Diese theoretische Grundlage schlägt sich insbesondere in der konkreten Nachfrage von kombinierten Prozessen und Lösungen seitens der Unternehmen nieder, welcher durch Entwicklungsprojekte gemeinsam mit entsprechenden Stakeholdern in der Regel nachgekommen wird“. Zudem konnten drei

Quellen identifiziert werden, in welchen BGM mit den Bestandteilen ANSch und BGF gemeinsam mit Management definiert wurde (Ahrens, 2010; Neuner & Bergmann, 2010; Reinhofer-Mitterer, 2019). Für Ahrens (2010, S. 449) definiert sich BGM „als Verknüpfung von Gesundheits- und Arbeitsschutz, betrieblicher Gesundheitsförderung und verschiedenen Managementdisziplinen, wie etwa Controlling oder Qualitätsmanagement (...). [sic] Dieses innovative Konzept stellt laut Badura und Hehlmann (2003) ein lernendes System mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung von Sozial- und Humankapital dar.“ Die Betonung von Strukturen und Prozessen mit dem Ziel des Erhaltens und der Förderung von Gesundheit als Beschreibungsmerkmale von BGM welche ebenfalls als Management einzuordnen sind, konnte in fünf Quellen (Bamberg et al., 2020; Gansser & Godbersen, 2017; Giesert et al., 2017; Jäger, 2016; Neuner & Bergmann, 2010) bestimmt werden. Bei Giesert, Reuter und Liebrich (2017) sowie Heigl (2015) werden alle vier Komponenten (ANSch, BGF, BEM und Management) explizit genannt. Weitere fünf (Felder et al., 2022; Jungkunz & Pichler, 2018; Kauffeld et al., 2022; Röhrich, 2018; Traut-Mattausch & Zanchetta, 2018) enthalten zwar die drei Säulen ANSch, BGF und BEM, nehmen aber abgesehen von dem BGM-Begriffsbestandteil „-management“ in ihrer BGM-Definition keinerlei Bezug zu Management. Die darauf basierende Analyse zeigt, dass BGM bzw. Management immer genannt wird, aber vor allem in Bezug auf BGF zu sehen ist. BEM wird in acht Fällen nicht miterwähnt oder miteinbezogen. In vier Fällen kann von BGF-M ausgegangen werden, also eigentlich „Betriebliche Gesundheitsförderung mit Management“. So umfasst ein BGM für Bamberg et al. (2020, S. 33) „Strukturen und Prozesse, die dem Erhalt und der Förderung der Gesundheit dienen und die sich in ein entsprechendes betriebliches Gesamtkonzept einordnen lassen.“

Tabelle 6. Analyse der drei Säulen in den deutschsprachigen Quellen

Anzahl	ANSch	BGF	BEM	M
5	X	X	X	
4		X		X
3	X	X		X
2	X	X	X	X
1	X	X		

Anmerkungen. „Anzahl“: Anzahl der Quellen, in der die nachfolgende Kombination gefunden wurde; „ANSch/BGF/BEM/M“: Konzept Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Eingliederungsmanagement, Management, bei Vorhandensein mit „X“ markiert.

### 3.1.1.2 Englischsprachige Literatur, verwandte Konzepte zu BGM

Im Zuge der systematischen Recherche konnten 39 relevante Werke identifiziert werden, die in englischer Sprache publiziert wurden (siehe Anhang A.2). Jimenez et al. (2023) fanden für die sich inhaltlich mit BGM befassen Definitionen, insgesamt 22 unterschiedliche Begriffe. Die am häufigsten genannten Begriffe waren „Workplace Health Promotion“ (16 Nennungen), „Health Promotion“ (sechs Nennungen), „Occupational Safety and Health (OSH)“ (vier Nennungen) und „Total Worker Health“ (drei Nennungen). Die drei Säulen ANSch, BGF und BEM finden sich dabei in der englischsprachigen Literatur nicht wieder (Tabelle 7). In 25 von 39 Quellen beziehen sich die unterschiedlichen Begriffe im Wesentlichen auf ANSch und BGF. So schreiben Day und Helson (2015, S. 379; zitiert nach Jimenez et al., 2023, S. 35): „(...) [sic] we should view WHP [Workplace Health Promotion] as a holistic concept, incorporating not only the individual, but also contextual aspects (e.g., the organization as a whole or the specific workplace), such that using a comprehensive approach of both individual and organizational interventions is the most effective at targeting health (...).[sic] Moreover, many WHP interventions explicitly or implicitly also take the social context into consideration, in terms of group-level processes (...) [sic].“ Weitere neun Quellen verwenden ähnliche Begriffe und integrieren zusätzlich Management. Vier Quellen beziehen sich ausschließlich auf WHP oder HP. Eine vollständige Auflistung aller Komponenten (ANSch, BGF, BEM und Management) ist ein einziges Mal, nämlich bei Janetzke und Ertel (2017, S. 309f.) zu finden: „OSH management was defined broadly by a quite heterogeneous bundle of management commitment, participation and OSH-specific elements: ‚having a documented policy/action plan on OSH, use of health and safety services, routine analysis of causes of sickness absence, having measures to support employees’ return to work, discussion of OSH issues at high-level meetings, involvement of line managers and supervisors in OSH management, regular risk assessments, use of health and safety information, and formal employee representation’ (EU-OSHA, 2012, S. 64).“

Tabelle 7. Verwendete Konzepte in den englischsprachigen Quellen

Anzahl	ANSch	BGF	BEM	M	Begriff
21	(X)	X		(X)	WHP
5	(X)	X		(X)	HP
4	X	X	(X)	(X)	OSH
3	X	X		(X)	TWH
2	X	X			OHS
2	X	X			WW
1	X	X		X	WH, WB
1	X	X		X	WHS
1	X	X			WHPP
1	X	X	X	X	PSRM, OSH

Anmerkungen. „Anzahl“: Anzahl der Quellen, in der die nachfolgende Kombination gefunden wurde; „ANSch/BGF/BEM/M“: Konzept Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Eingliederungsmanagement, Management, bei Vorhandensein mit „X“ und bei nicht konsistenter Nennung mit (X) markiert; „Begriff“: Begriff(e), die im Vordergrund der Betrachtungen in der Quelle stehen: PSRM: Psychosocial Risk Management, OSH: Occupational Safety and Health, WHP: Workplace Health Promotion, HP: Health Promotion, WH: Worker Health, WB: Well Being, TWH: Total Worker Health, OHS: Occupational Health Services, WHS: Workplace Health Services, WW: Worksite Wellness; WHPP: Workplace Health Promotion Programm.

Weitere relevante Konzepte aus der englischsprachigen Literatur sind die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden bzw. die Nennung eines ressourcenorientierten Ansatzes, die in 32 Quellen (16, 17, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 51, 52, 53, 54) Erwähnung finden. In vier Quellen (Beck et al., 2015; Di Fabio, 2017; Punnett et al., 2020; Zula, 2014) werden die Merkmale Nachhaltigkeit oder Kontinuität betont. Produktivität als direktes oder indirektes Ziel wurde in vier Quellen genannt (Jain et al., 2021; Lemon & Estabrook, 2014; McDonald et al., 2021; Zula, 2014). Lemon und Estabrook (2014, S. 397) sprechen z. B. vom „impact on performance“. Darüber hinaus wird in zehn Quellen eine Änderung des Verhaltens oder die Befähigung der Beschäftigten zum eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Handeln thematisiert. Auf die Einbettung der Aspekte Struktur, Management und Führung wird in den Definitionen von 13 Quellen Bezug genommen (16, 19, 21, 22, 24, 25, 27, 35, 38, 39, 42, 43, 44). Außerdem nennen vier Quellen (Beck et al., 2015; Day & Helson, 2015; Di Fabio, 2017; Punnett et al., 2020) individuelle Maßnahmen als Schlagwort in ihrer Definition. Elf Quellen (16, 17, 20, 24, 27, 28, 31, 33, 34, 40, 53) beschreiben einen



routinierten Ablauf beziehungsweise Prozess oder einen ganzheitlichen Ansatz. In 19 Quellen (19, 20, 22, 24, 25, 32, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 51, 53, 54) werden Programme oder Interventionen zur Förderung von Gesundheit am Arbeitsplatz beschrieben oder als Merkmal des behandelten Ansatzes verstanden. Die Aspekte Sicherheit und Schutz oder Risikomanagement und Prävention als zentrale Bestimmungsmerkmale der Definition werden von 21 Quellen erwähnt (16, 18, 19, 22, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 35, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 51, 52, 53).

### **3.1.2 Recherche in vorgegebener Literatur, nicht systematische Recherche**

Durch gezielte Suche facheinschlägiger sowie relevanter „grauer Literatur“, d. h. nicht von einem Verlag veröffentlichter Literatur, wurden in einem zweiten Rechteschritt weitere 77 Quellen identifiziert, die einen Beitrag zum vertieften Verständnis des Konstruktes leisten. Dabei wurden Literaturquellen von IfGP und seitens der Institutionenpartner<sup>8</sup> der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ vorgegeben sowie weitere Quellen aus der deutschsprachigen Fachliteratur (z. B. Lehrbücher) eingebunden. Auch hier werden deutsch- (Abschnitt 3.1.2.1) und englischsprachige Ergebnisse (Abschnitt 3.1.2.2) nachfolgend getrennt dargestellt. Zudem werden weitere Literaturquellen, „die laut Vorgaben in der Recherche enthalten sein sollten und die im Zuge der Recherche als relevant betrachtet wurden“ (Jimenez et al., 2023, S. 61), beschrieben. Sie „enthalten keine konkrete Definition von betrieblichem Gesundheitsmanagement, können jedoch einen Beitrag zur Vertiefung des Begriffsverständnisses leisten“ (Jimenez et al., 2023, S. 61) (Abschnitt 3.1.2.3).

#### **3.1.2.1 Deutschsprachige Literatur**

Es wurden 54 deutschsprachige Werke mit einer expliziten BGM-Definition identifiziert (siehe Anhang A.3). Von diesen beziehen sich 36 Quellen auf Deutschland (55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 66, 67, 68, 69, 70, 72, 77, 80, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 93, 95, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 108), fünf auf Österreich (Blattner & Mayer, 2018; Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020; Hamberger & Kasa, 2018; Kloimüller & Czeskleba, 2018; Ruppi-Lang & Langer, 2018) und vier auf die Schweiz (Füllemann et al., 2017; Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien, 2017; Rochnowski, 2018; Ulich & Wülser, 2018). Weitere vier Quellen beziehen sich

---

<sup>8</sup> Die von den Institutionenpartnern der Nationalen Strategie ausgewählten Quellen wurden dabei gemeinsam als zentral für Österreich eingestuft.

sowohl auf Deutschland als auch auf Österreich (Lampe, 2022; Pfannstiel & Mehlich, 2018; Schnabel & Gollner, 2017; Winter & Riedl, 2022), vier auf Deutschland, Österreich und die Schweiz gemeinsam (Faller, 2017; Gollner et al., 2020; Rochnowski, 2018; Ulich & Wülser, 2018) und eine Quelle sowohl auf Deutschland als auch auf die Schweiz (Habermann-Horstmeier, 2019).

Die Analyse zeigt, dass Management in 52 der 54 Quellen deutlich enthalten ist. BGM in exakt dem Sinne der drei Säulen (ANSch, BGF und BEM) inklusive expliziter Nennung des Begriffes „Management“ findet sich in 24 Quellen (siehe Tabelle 8). Barth (2018, S. 88f) definiert beispielsweise: „Stellt man das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) als Haus dar ..., bildet das Führungsverhalten das Fundament. Auf diesem Fundament stehen drei Säulen. Die erste Säule bildet den Arbeitsschutz ab, gefolgt von der betrieblichen Gesundheitsförderung und der dritten Säule, dem betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM). Das Managementsystem (BGM) stellt das Dach des Hauses dar.“ Die übrigen Arbeiten beziehen BEM nicht in ihre Begriffsdefinition ein. In 21 Arbeiten werden ANSch, BGF und Management als BGM gesehen, sieben beziehen sich auf BGF und Management. In einer Arbeit wird BGM anhand der drei Säulen ohne Management definiert. Eine weitere Arbeit definiert BGM als ANSch und BGF, Management wird dabei nicht explizit genannt.

Tabelle 8. Analyse der drei Säulen in deutschsprachigen Quellen

Anzahl	ANSch	BGF	BEM	M
24	X	X	X	X
21	X	X		X
7		X		X
1	X	X	X	
1	X	X		

Anmerkungen. „Anzahl“: Anzahl der Quellen, in der die nachfolgende Kombination gefunden wurde; „ANSch/BGF/BEM/M“: Konzept Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Eingliederungsmanagement, Management, bei Vorhandensein mit „X“ markiert.

34 der 54 Quellen (55, 56, 61, 62, 63, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 79, 81, 82, 83, 84, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 105, 106, 108) verweisen darauf, dass es sich bei BGM um einen ganzheitlichen Ansatz handelt, der sich über mehrere Ebenen des Unternehmens erstreckt. Die Förderung von Gesundheit und/oder Wohlbefinden als

Bestreben von BGM konnte in 35 Quellen ausgemacht werden. Außerdem wurden 17 Quellen gefunden, in denen explizit oder implizit der Nachhaltigkeitsaspekt enthalten ist (60, 61, 62, 66, 67, 81, 83, 89, 92, 93, 94, 96, 97, 100, 102, 103, 105). Ebenso 17 Quellen thematisieren Befähigung der Beschäftigten zum eigenverantwortlichen gesundheitsförderlichen Handeln (56, 64, 66, 68, 72, 82, 83, 84, 88, 89, 94, 96, 97, 99, 100, 103, 105).

Die drei BGM-Säulen ANSch, BGF und BEM werden in 25 Quellen explizit oder in Form einer Umschreibung als Bestandteile, Handlungsfelder oder Merkmale von BGM genannt (59, 60, 62, 65, 75, 76, 77, 82, 83, 85, 88, 89, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 98, 100, 101, 102, 103, 105, 106).

In 42 Quellen werden Strukturen und/oder Prozesse mit dem Ziel des Erhaltens und der Förderung von Gesundheit als Beschreibungsmerkmale von BGM gelistet (55, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 81, 82, 83, 84, 86, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 96, 97, 98, 99, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107). 19 Definitionen behandelten Themen, Aufgaben oder Teilprozesse von BGM (56, 57, 58, 60, 61, 62, 67, 69, 72, 81, 82, 88, 90, 91, 95, 98, 100, 104, 106) und in 17 Quellen wurde Management explizit als Teilaspekt von BGM angeführt (57, 59, 60, 62, 71, 75, 78, 80, 81, 87, 92, 93, 95, 102, 103, 106, 108).

### **3.1.2.2 Englischsprachige Literatur, verwandte Konzepte zu BGM**

Vier vorgegebene englischsprachige Werke (Aura et al., 2010; Hoge et al., 2019; Schwatka et al., 2021; Siegel et al., 2021; siehe Anhang A.4) enthalten das zu untersuchende Konstrukt. Davon nehmen Hoge et al. (2019) und Siegel et al. (2021) Bezug auf Deutschland (wobei sie die Bezeichnung WHM verwenden), Aura et al. (2010) beziehen sich auf Finnland und Schwatka et al. (2021) auf die USA. Alle vier Publikationen greifen in der Definition nicht nur einen ganzheitlichen Ansatz auf, der mehrere Ebenen des Unternehmens betrifft, sondern beinhalten als ergänzenden Bestandteil auch die Förderung von Gesundheit und/oder Wohlbefinden. Dabei werden „Strukturen und/oder Prozesse, [sic] mit dem Ziel des Erhaltens und der Förderung von Gesundheit“ (Jimenez et al., 2023, S. 58) im Zusammenhang mit dem Aspekt Management dargestellt, wie z. B. bei Siegel et al. (2021): „The term ‚workplace health management‘ encompasses the integration and management of all operational processes in a company with the aim of creating healthy working conditions and promoting the health of its employees (...).“ (S. 1).

### 3.2.2.3 Weitere vorgegebene Literaturquellen

Im Folgenden werden Erkenntnisse aus weiteren vorgegebenen Literaturquellen beschrieben, die keine konkrete BGM-Defintion enthalten, aber dennoch einen Beitrag zur Vertiefung des Begriffsverständnisses leisten können. Analysiert wurden im Zuge dieses Recherceschrittes 19 Werke (17 deutsch- und zwei englischsprachige), von denen zehn auf Österreich, je drei auf Deutschland bzw. die Schweiz, eines auf sowohl Deutschland als auch die Schweiz, eines auf die EU und eines auf den internationalen Raum Bezug nehmen.

Tabelle 9. Analyse der drei Säulen in den Quellen

Anzahl	ANSch	BGF	BEM	M	BGM WHM	Begriff
6	X	X	X	X	X	BGM
1	X	X		X	X	BGM
1	X	X	X	X		BGM
1	X	X	X			AS, BEM
2	X	X				BGF, Health system
2	X	X			X	BGM
2	X					AS
4		X				BGF, Health system

Anmerkungen. „Anzahl“: Anzahl der Quellen, in der die nachfolgende Kombination gefunden wurde; „ANSch/BGF/BEM/M“: Konzept Arbeitnehmer:innenschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung, Eingliederungsmanagement, Management, bei Vorhandensein mit „X“ und bei nicht konsistenter Nennung mit (X) markiert; „Begriff“: Begriff(e), die im Vordergrund der Betrachtungen in der Quelle stehen.

In sechs Quellen (Austrian Standards international, 2019;Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP, 1997; Gesundheit im Betrieb, 2023; GfG, 2006; Gollner et al., 2022; Pieck, 2022´; siehe Anhang A.5) wird ein ganzheitlicher Ansatz unter Einbeziehung mehrerer Handlungsebenen gewählt (Tabelle 9). Die Förderung von Gesundheit und/oder Wohlbefinden wird in neun Quellen (AGG, 2021; Bachner et al., 2022; De Pietro et al., 2015; Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP, 1997; Fonds Gesundes Österreich, 2009; GfG, 2006; Kvas & Langmann, 2022; Pieck, 2022; Wedel et al., 2023), der Aspekt der Nachhaltigkeit wird von Abel und Kirschner (2017) sowie Austrian Standards Internatonal (2019) genannt.

Gollner et al. (2022) verwenden die Abkürzung BGM sowohl für „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (mit den Handlungsfeldern „Arbeitsschutz“, „betriebliche Wiedereingliederung“ und „Gesundheitsförderung“), sie wird aber „auch im Sinne des ‚Pinkafelder Modell‘ als ‚Betriebe Gesund Managen‘ neu definiert“ (Jimenez et al., 2023, S. 61).

Die drei Säulen ANSch, BGF und BEM werden von acht Quellen (Abel & Kirschner, 2017; AGG, 2021; Austrian Standards International, 2019; Gesundheit im Betrieb, 2023; Gollner et al., 2022; Kvas & Langmann, 2022; Sayed & Brandes, 2022; Wedel et al., 2023) direkt oder umschrieben behandelt. Austrian Standards International (2019, S. 4) definiert wie folgt: „Arbeitssicherheits- und Gesundheitsschutzmanagementsysteme sind ein Erfolg versprechendes Instrument zur nachhaltigen Verbesserung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz in Betrieben, wenn sie von der Unternehmensleitung gewollt und mit den Beschäftigten und ihren Vertretern abgestimmt sind. Ausgehend von der gesetzlichen Basis zum ArbeitnehmerInnenschutz können weitere Aspekte, wie zum Beispiel betriebliche Gesundheitsförderung oder betriebliches Wiedereingliederungsmanagement, in das System integriert werden. Dieser ganzheitliche Zugang kann zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten beitragen.“ Vier Quellen (Bachner et al., 2019; Bachner et al., 2022; Fonds Gesundes Österreich, 2009; GfG, 2006) beschäftigen sich mit BGF ohne expliziten Bezug auf BGM. In acht Quellen zeigt sich häufiger eine gemeinsame Verwendung der drei Säulen, wobei der Begriff „Management“ hier in einer Arbeit nicht direkt genannt wird (Abel & Kirschner, 2017; Austrian Standards International, 2019; Gesundheit im Betrieb, 2023; Gollner et al., 2022; Kvas & Langmann, 2022; Pieck, 2022; Sayed & Brandes, 2022; Wedel et al., 2023). BEM wird in diesen 19 Arbeiten acht Mal berücksichtigt (Abel & Kirschner, 2017; AGG, 2021; Austrian Standards International, 2019; Gesundheit im Betrieb, 2023; Gollner et al., 2022; Kvas & Langmann, 2022; Sayed & Brandes, 2022; Wedel et al., 2023). Die Definitionen selbst beziehen sich in neun Fällen auf BGM. Wedel et al. (2023, S. 4) stellen fest, dass die Ziele und Aufgaben Betrieblicher Gesundheitsmanager:innen breit gestreut sind: „Erhalt der Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Mitarbeitenden, die Förderung der Gesundheit von Mitarbeitenden, die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen (Verhältnisprävention) sowie die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität.“

### 3.1.3 BGM-Definition in der DACH-Region

Für die nachfolgende zusammenfassende Betrachtung wurden alle recherchierten und vorgegebenen Quellen betrachtet.<sup>9</sup> Bei einer näheren Betrachtung der sogenannten „Basis der BGM-Definitionen“, d. h. Definitionen, auf welche sich Autor:innen bei ihren Definitionen beziehen, ergibt sich folgende Rangreihe: DIN (2012)<sup>10</sup> mit acht Nennungen, Badura et al. (1999)<sup>11</sup> mit sieben Nennungen und die Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004)<sup>12</sup> mit vier Nennungen. Zusammengefasst nach Autor:innengruppen erhöht sich die Anzahl der zu betrachtenden Quellen und ändert sich die Rangreihe wie folgt: Badura et al. (Badura et al., 1999; Badura & Hehlmann, 2003<sup>13</sup>; Badura & Steinke, 2009<sup>14</sup>; Badura et al., 2010<sup>15</sup>) mit 13 Nennungen, DIN (2012) mit acht

---

<sup>9</sup> Es wird darauf hingewiesen, dass die zwei durchgeführten Recherchen unterschiedlich zu gewichten sind, da die weitere Recherche kombiniert mit Vorgaben hinsichtlich der Literatur seitens der Partnerinstitutionen der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ und IfGP stärker auf deutschsprachige Quellen bezogen ist.

<sup>10</sup> „Betriebliches Gesundheitsmanagement: systematische sowie nachhaltige Schaffung und Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen einschließlich der Befähigung der Organisationsmitglieder zu einem eigenverantwortlichen, gesundheitsbewussten Verhalten“ (DIN, 2012, S. 7).

<sup>11</sup> „Im Unterschied dazu verstehen wir unter betrieblichem Gesundheitsmanagement die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten am Arbeitsplatz zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen“ (Badura et al., 1999, S. 17).

<sup>12</sup> „Unter betrieblichem Gesundheitsmanagement wird das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und um die gesundheitsförderliche Befähigung der Beschäftigten verstanden. Von Einzelmaßnahmen der Gesundheitsförderung unterscheidet es sich durch die Integration in die Betriebsroutinen und ein kontinuierliches Betreiben der vier Kernprozesse Diagnostik, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation“ (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004, S. 113).

<sup>13</sup> „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura & Hehlmann, 2003, S. 19).

<sup>14</sup> „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura & Steinke, 2009, S. 4).

<sup>15</sup> „Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben“ (Badura et al., 2010, S. 33).

Nennungen und die ENWHP-Gruppe (1997, 2005, 2007)<sup>16, 17 18</sup> mit sieben Nennungen. Durch diese Betrachtung wird insbesondere der Einfluss der Arbeiten von Bernhard Badura gut sichtbar, der wissenschaftlicher Leiter der Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung war.

Die Definitionen der Badura-Gruppe und der DIN wie auch der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung sind „säulenfrei“, d. h. ohne Bezug auf die drei Säulen ANSch, BGF und BEM formuliert. In allen Definitionen geht es jedenfalls um Strukturen und Prozesse, die a) geschaffen und gestaltet (DIN, 2012), b) entwickelt (Badura et al., 1999; Badura & Hehlmann, 2003; Badura & Steinke, 2009) oder c) gesundheitsförderlich gestaltet (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004) werden sollen. Während bei der DIN (2012) von systematischer und nachhaltiger Schaffung und Gestaltung geschrieben wird, ist es bei der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung (2004) das systematische und nachhaltige Bemühen. Die anderen Definitionen beziehen weder den Aspekt der Systematik noch den der Nachhaltigkeit mit ein. Die Befähigung der Beschäftigten schließlich findet sich überall außer bei Badura et al. (1999).

Bei der ENWHP-Gruppe geht es um die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union und somit um eine der bedeutendsten Grundlagen für die Säule BGF. Durch die Aussage „Alle Massnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse

---

<sup>16</sup> „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Massnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (ENWHP, 1997, S. 2).

<sup>17</sup> „BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschliesslich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ (ENWHP, 1997, S. 3).

<sup>18</sup> „BGF kann ihr Ziel ‚gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen‘ erreichen, wenn sie sich an den folgenden Leitlinien orientiert: Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation); BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration); Alle Massnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement); BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Massnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit)“ (ENWHP, 1997, S. 3).

(Projektmanagement)“ (ENWHP, 1997, S. 3) werden auch hier die Aspekte Systematik und Prozessorientierung betont.

### 3.1.4 Managementbegriff

Da sich das Konzept Management im Rahmen der Literaturlaufbereitung als zentrale Komponente und wesentliches Unterscheidungsmerkmal für BGM hervorheben hat, wurden die Arbeiten in einer weiterführenden Analyse hinsichtlich dieser Verwendung untersucht. Dazu wurde eine Bewertungsskala entwickelt und auf alle Arbeiten angewandt (siehe Abschnitt 2.1.4). Stufe „0“ bedeutet, dass Management im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten weder direkt noch indirekt genannt wird. Die höchste Stufe „5“ wurde vergeben, wenn Management im Kontext von BGM oder verwandten Konzepten in irgendeiner Form genannt und ausführlich erklärt oder beschrieben wird. Beispielhaft wird die Definition von Giesert et al. (2017) angeführt: „Der Ansatz eines ganzheitlichen »Arbeitsfähigkeitsmanagements« ist in diesem Kontext äußerst zielführend und gewinnversprechend. Dieser im Folgenden vorgestellte **Managementprozess** unterstützt die Gestaltung der Balance zwischen Arbeitsanforderung und Leistungspotenzialen der Beschäftigten und gleichzeitig die Gewährleistung einer guten Produktivität und Qualität in den Unternehmen. [...] Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) wird die **systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen** sowie der gesundheitsförderlichen Befähigung von Beschäftigten verstanden. Grundlagen sind gesetzliche Regelungen, die den folgenden drei Handlungsfeldern zuzuordnen sind:

- umfassender Arbeitsschutz,
- betriebliches Eingliederungsmanagement und betriebliche
- Gesundheitsförderung.

Alle Handlungsfelder sind **in die Betriebsroutinen zu integrieren**. Dabei ist die Verzahnung der Inhalte sowie die **kontinuierliche Fortschreibung der Kernprozesse Analyse, Planung, Interventionssteuerung und Evaluation** zu verwirklichen. Einzelmaßnahmen sowie Einzelprogramme der betrieblichen Gesundheitsförderung unterscheiden sich von diesem Modell“ (Giesert et al., S. 16f., zitiert nach Jimenez et al., 2023, S. 77).

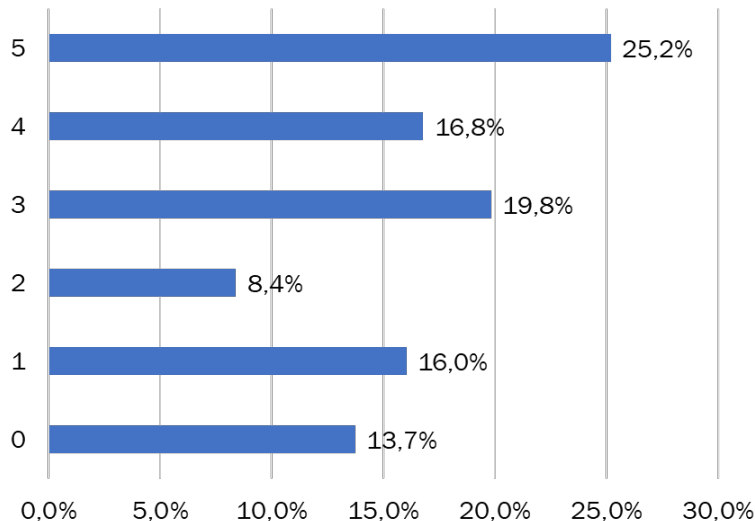
Es zeigt sich, dass 42 Prozent aller Arbeiten mindestens auf Stufe 4 zu verorten sind, Management also ein integrativer Bestandteil in diesen Quellen ist (Abbildung 5). Von den 79 Arbeiten, die BGM als Begriff im Vordergrund haben, können 63 Prozent mindestens



Stufe 4 zugeordnet werden und bei 19 Prozent der Texte wird Management indirekt erwähnt oder umschrieben (Stufe 3; Abbildung 6). In den 94 Publikationen aus der DACH-Region wird bei über der Hälfte der Arbeiten Management genauer definiert (Stufen 4 oder 5) im Vergleich zu lediglich zehn Prozent der Arbeiten aus dem internationalen Bereich (Abbildung 7).

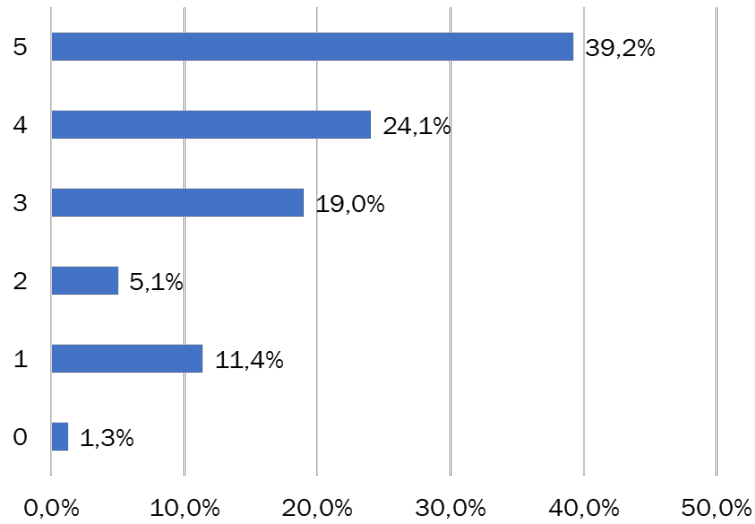
Im Zuge der Literaturlaufbereitung zeigt sich, dass BGM im Sinne der drei Säulen häufig gemeinsam mit Management gesehen wird. Jimenez et al. (2023, S. 9) können in ihrer Analyse insgesamt 51 Quellen identifizieren, in denen BGM in diesem Sinne „vollständig“ definiert wird. All diese Arbeiten kommen aus dem DACH-Raum oder beziehen sich auf jenen. Zudem können mehr als doppelt so viele Quellen aus dem DACH-Raum (72 % von 94 Arbeiten) wie englischsprachige Quellen (35 % von 37 Arbeiten) den Stufen 3, 4 und 5 zugeordnet werden. Insgesamt lässt sich daher festhalten, dass der Managementbegriff vor allem im DACH-Raum ein etabliertes Konzept ist. In der englischsprachigen Literatur finden sich zahlreiche Quellen, in denen der Begriff „Management“ zwar als Schlagwort verwendet, aber nicht klar definiert wird (37 % der englischsprachigen Quellen sind auf den Stufen 0 bis 3 zu verorten, siehe Abbildung 7).

Abbildung 5. Managementstufen über alle 131 Quellen



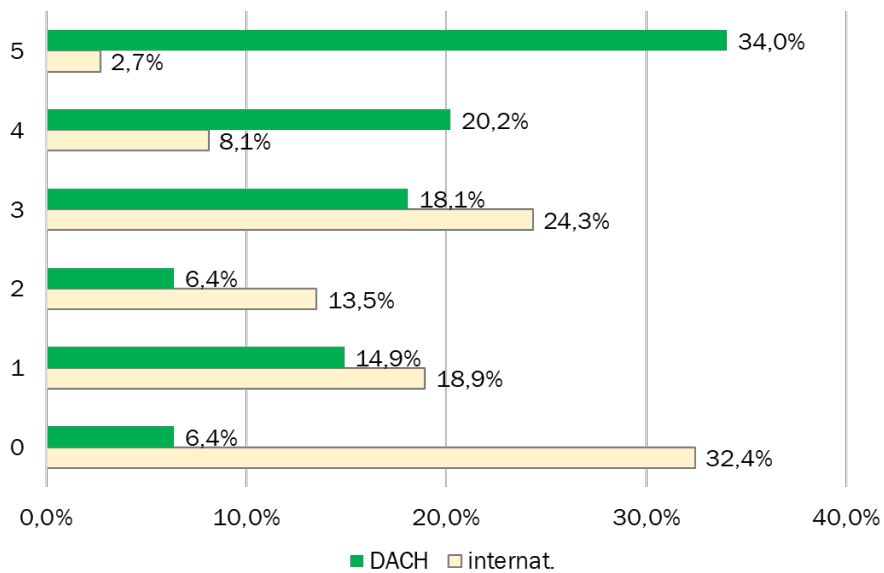
Anmerkung. Aus Jimenez, Fuchs und Steurer (2023, S. 73).

Abbildung 6. Managementstufen über die 79 Quellen, die BGM im Vordergrund haben



Anmerkung. Aus Jimenez, Fuchs und Steurer (2023, S. 73).

Abbildung 7. Managementstufen über die 79 Quellen, die BGM im Vordergrund haben, getrennt nach DACH und englischsprachig



Anmerkung. Aus Jimenez, Fuchs und Steurer (2023, S. 74).

## 3.2 Empirische Studie

Bei der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2022) handelt es sich um ein qualitatives Auswertungsverfahren, das unter anderem auch Quantifizierungen ermöglicht. Ergänzend wird daher jeweils aufgeführt, wie viele der befragten Personen Aussagen zur jeweiligen Kategorie getätigt haben. Einschränkend wird bereits an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die angeführten Zahlen keine eindeutigen Rückschlüsse auf die tatsächliche Umsetzung in der betrieblichen Praxis zulassen. Ebenso muss darauf verwiesen werden, dass die Anzahl der Nennungen je Kategorie zu einer Überschätzung der Bedeutung ebendieser Kategorie führen kann, da eine Person auch mehrere Aussagen, die ein und derselben Kategorie zugeordnet werden, im Rahmen eines Interviews produzieren kann.

### 3.2.1 BGM-Verständnis

Der Fokus der Interviews lag auf der Frage danach, was genau unter BGM verstanden wird. Im Folgenden werden die Erkenntnisse aus diesen Interviewstellen zusammengefasst.

#### Unternehmen

Es wurden 141 Aussagen zum BGM-Verständnis der Unternehmen zugeordnet (Abbildung 8). Auf Unternehmensseite werden die drei Säulen vorwiegend getrennt betrachtet. So gibt es insgesamt 24 Aussagen (17 %) von zwölf Befragten zu einem BGM-Verständnis auf Basis der drei Säulen ohne integrierendes Element bzw. integrative Betrachtung. Beispielsweise sagen die Befragten, dass BGM „grundsätzlich aus diesen drei Säulen“ bestehe<sup>19</sup>, „auf diesen drei Säulen aufgebaut“ sei<sup>20</sup> oder „alles diesen drei Säulen zuordenbar“ sei<sup>21</sup>. Auf die explizite Nachfrage nach der Integration der drei Säulen im Unternehmen reagieren einige der Befragten mit Unverständnis, beispielsweise, dass sie

---

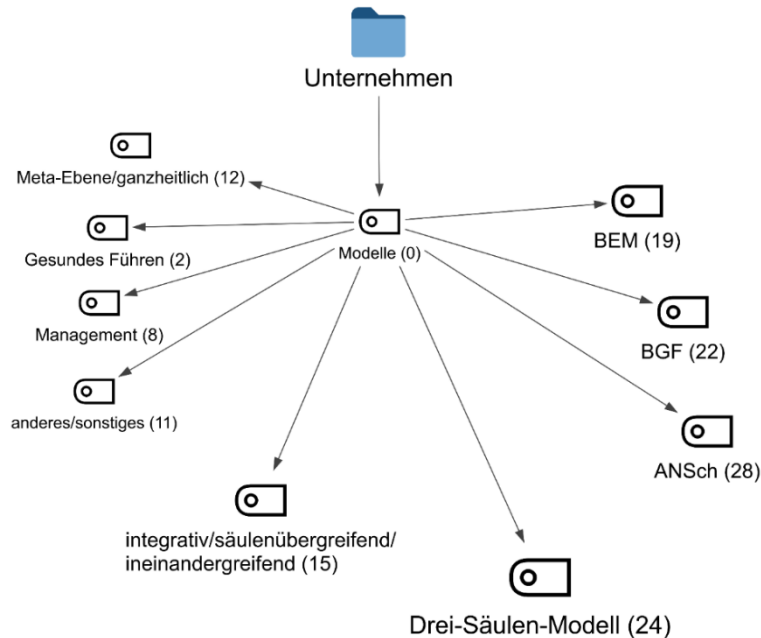
<sup>19</sup> Unternehmen 2, Führungskraft

<sup>20</sup> Unternehmen 3, Führungskraft

<sup>21</sup> Unternehmen 6, Führungskraft

„keine Ahnung“ hätten, wie man das gemeinsam benenne oder integriere<sup>22</sup> oder dass die drei Säulen ja „sehr dehnbar“ seien<sup>23</sup>.

Abbildung 8. BGM-Verständnis Unternehmen



Passend dazu werden die drei Säulen von Unternehmensvertreter:innen häufig isoliert angesprochen und definiert. So finden sich 28 Aussagen (20 %) von 16 Personen zum Verständnis von ANSch, 22 (16 %) von 13 Personen zu BGF und 19 (14 %) von zwölf Personen zu BEM. Diese Häufigkeiten spiegeln auch inhaltliche Aussagen über die jeweilige Gewichtung der drei Säulen in den Unternehmen wider, wobei ANSch weitverbreitet als „Basis, auf der alles andere aufbaut“, betrachtet wird<sup>24</sup> und BGF als das, „was man sieht“ und „was Spaß macht“<sup>25</sup>. Die relative Rolle von BEM ist abhängig von den demografischen Gegebenheiten eines Unternehmens und spielt besonders in Betrieben mit junger Belegschaft eine eher untergeordnete Rolle.

In 15 Aussagen (11 %) von neun Personen wird unter BGM ein integratives Wirken der drei Säulen verstanden. Dabei sei das dreisäulige Modell im eigenen Unternehmen zwar die

<sup>22</sup> Unternehmen 3, Belegschaftsvertretung

<sup>23</sup> Unternehmen 3, Führungskraft

<sup>24</sup> Unternehmen 1, Führungskraft

<sup>25</sup> Unternehmen 3, Führungskraft

Basis für BGM, aber dazu gehörten auch noch „Player oder Partizipanten, die sich darum kümmern, dass diese drei Säulen sinnvoll ineinandergreifen und auch genutzt werden“<sup>26</sup>. Auch Vertreter:innen anderer Unternehmen betonen, dass „das Eine ins Andere eingreifen“ müsse<sup>27</sup> bzw. dass die drei Säulen „miteinander und mit anderen Prozessen Hand in Hand“ gehen müssten<sup>28</sup>.

Ein ganzheitliches BGM-Verständnis, bei dem BGM auf einer übergeordneten Ebene ohne Bezugnahme auf die drei Säulen definiert wird, wird von Unternehmensvertreter:innen zwölf Mal (9 %) von acht Personen wiedergegeben. Beispielweise sei BGM „so ziemlich jede Maßnahme, die dazu beiträgt, dass sich die Mitarbeiter am Arbeitsplatz wohlfühlen und einen gesunden Arbeitsplatz haben, ja alles, was im weitesten Sinne diese gesetzliche Fürsorgepflicht für den Arbeitnehmer hat und natürlich vieles darüber hinaus“<sup>29</sup>. Einige der Befragten sehen die Wirkfläche von BGM nicht nur im Unternehmen, sondern auch im Privaten. So sagt eine Person, dass BGM sich primär damit beschäftige, „dass die Menschen nicht nur nach der Arbeit sicher nach Hause gehen, sondern dass sie auch immer gesund und fit in die Firma kommen und dass sie den Gedanken ins Private mitreinnehmen“<sup>30</sup>. Es seien wichtige Bestandteile von BGM, dass die Arbeitswelt und die Auswirkungen aufs Privatleben „bestmöglich unterstützt“ würden und dass ein „Gesundheitsgleichgewicht“ entstehe<sup>31</sup>. Durch BGM entstehe ein „Mehrwert für Arbeitnehmer wie auch für Dienstgeber oder Kund:innen“<sup>32</sup>.

Weitere acht Aussagen (6 %) von fünf Personen beziehen sich auf die Bedeutung der Managementkomponente. Die Befragten beziehen sich dabei vor allem auf „eine strategische datenevidenzbasierte Steuerung“<sup>33</sup>, „mit messbaren Kennzahlen und Rückverfolgbarkeit“<sup>34</sup>, die zur Beurteilung der Nachhaltigkeit und Wirksamkeit der Maßnahmen genutzt werden können. Management bedeute eben „nicht nur das aktive

---

<sup>26</sup> Unternehmen 1, Führungskraft

<sup>27</sup> Unternehmen 7, Führungskraft

<sup>28</sup> Unternehmen 2, Führungskraft

<sup>29</sup> Unternehmen 7, Führungskraft

<sup>30</sup> Unternehmen 2, Mitarbeiter:in

<sup>31</sup> Unternehmen 9, Mitarbeiter:in

<sup>32</sup> Unternehmen 9, Mitarbeiter:in

<sup>33</sup> Unternehmen 4, Führungskraft

<sup>34</sup> Unternehmen 6, Führungskraft

Tun und Handeln, sondern in weiterer Folge auch die konkrete Umsetzplanung und die Evaluierung<sup>35</sup>.

### **Vergleich zwischen Führungskräften und Belegschaftsvertretungen**

Eine separierte Betrachtung von Führungskräften, Belegschaftsvertretungen und Mitarbeiter:innen deutet auf Unterschiede im BGM-Verständnis in Abhängigkeit der jeweiligen Rolle innerhalb des Betriebes hin. Von den insgesamt 65 Aussagen zum BGM-Verständnis von Führungskräften beziehen sich zehn (15 %) von vier Führungskräften auf ein getrenntes Verständnis der drei Säulen, sieben (11 %) Aussagen von vier Personen auf eine Integration der drei Säulen und fünf (8 %) von drei Personen auf ein ganzheitliches Verständnis von BGM. Dabei werden die drei Säulen in etwa gleich häufig einzeln angesprochen (ANSch: 12 Aussagen bzw. 19 %, BGF: 13 Aussagen bzw. 20 %, BEM: 11 Aussagen bzw. 17 %). In insgesamt fünf Aussagen (8 %) von drei Personen wird auf die Rolle von Managementprozessen Bezug genommen.

Bei Belegschaftsvertretungen findet sich demgegenüber eine klare Tendenz dazu, BGM als eine Summe der drei Säulen ANSch, BGF und BEM zu sehen. Neun der 37 Aussagen (23 %) von vier Belegschaftsvertretungen zum BGM-Verständnis beziehen sich darauf. Drei Aussagen (8 %) von einer Person weisen auf ein integratives Säulenverständnis hin und eine Aussage (3 %) auf ein ganzheitliches Verständnis. Belegschaftsvertretungen sprechen ANSch (9 Aussagen, 23 %) deutlich häufiger an als BEM (4 Aussagen, 10 %) oder BGF (3 Aussagen, 8 %). Auffallend ist, dass in keinem der Transkripte von Belegschaftsvertretungen Aussagen zu Managementprozessen zu finden sind.

Die befragten Mitarbeiter:innen verstehen BGM vorwiegend als eine Integration der drei Säulen (8 von 39 Aussagen, 21 %, 6 Personen). Etwas seltener finden sich Bezugnahmen auf ein getrenntes Säulenverständnis (5 Aussagen, 13 %, 4 Personen) oder auf eine ganzheitliche Definition von BGM (4 Aussagen, 10 %, 4 Personen). Auch in dieser Gruppe werden die Säulen unterschiedlich oft angesprochen, wobei sich sieben Aussagen (18 %) auf ANSch beziehen, sechs (15 %) auf BGF und vier (10 %) auf BEM. Bezüge zu Managementprozessen finden sich in drei Aussagen (13 %) von zwei Personen.

---

<sup>35</sup> Unternehmen 9, Führungskraft

Eine vergleichende Analyse dieser drei internen Personengruppen liefert erste Anhaltspunkte für Unterschiede im Verständnis des BGM. Bei den Belegschaftsvertretungen ist deutlich zu erkennen, dass sie die drei Säulen separat betrachten, wobei ANSch besonders betont wird. Die Aussagen von Führungskräften bzw. Mitarbeiter:innen ohne Führungsverantwortung sind weniger homogen, wobei Führungskräfte eher zur getrennten Betrachtung der drei Säulen neigen, während die Aussagen der Mitarbeiter:innen eher die integrative Sichtweise betonen. Ähnlich wie Belegschaftsvertretungen zeigen Mitarbeiter:innen eine Abstufung der drei Säulen mit einer Dominanz von ANSch, allerdings fällt diese weniger stark aus. Einzig die Führungskräfte sprechen alle drei Säulen etwa gleich häufig an. Managementprozesse werden nur von Führungskräften und Mitarbeiter:innen thematisiert, nicht jedoch von Belegschaftsvertretungen.

### **Rolle der Betriebsgröße**

Eine Auswertung der Unternehmenstranskripte getrennt nach Betriebsgröße zeigt, dass ein integratives Verständnis bei Mittelunternehmen vorherrschend ist. In dieser Gruppe machen Aussagen dazu 18 Prozent aller Aussagen aus allen drei Mittelunternehmen zum BGM-Verständnis aus, bei Klein(st)unternehmen sind es 13 Prozent aus allen drei Unternehmen und bei Großunternehmen fünf Prozent aus einem Unternehmen. Auch der Anteil an Aussagen zu einem ganzheitlichen Verständnis ist mit elf Prozent aus drei Unternehmen bei Mittelunternehmen größer als bei Klein(st)- (9 %, 2 Unternehmen) und bei Großunternehmen (5 %, 1 Unternehmen). Mit 20 bzw. 21 Prozent der Aussagen ist bei Klein(st)- und Großunternehmen hingegen der Anteil an Aussagen zum Drei-Säulen-Modell ohne integrative Elemente vorherrschend. Von Vertreter:innen aus allen drei Großunternehmen wurden hierzu Aussagen gemacht, bei Klein(st)unternehmen aus zwei von drei Unternehmen. Aus Mittelunternehmen wurden vier Prozent der Aussagen aus zwei Betrieben dieser Kategorie zugeordnet.

Jedes der befragten Unternehmen nahm in den Interviews Bezug auf alle drei Säulen. Bei der jeweiligen Betonung der drei Säulen bzw. Handlungsfelder von BGM zeigen sich jedoch Unterschiede nach Betriebsgröße. Während bei Mittelbetrieben alle drei Säulen in den Interviews gleich häufig genannt werden (je 18 %), beziehen sich Klein(st)betriebe etwas häufiger auf Ansch und BGF (je 20 %) im Vergleich zu BEM (13 %). Dieser Unterschied passt zu inhaltlichen Aussagen aus Klein(st)unternehmen. In einem dieser Unternehmen sei BEM bis dato kaum notwendig gewesen, da die Belegschaft vorwiegend

jung und gesund sei<sup>36</sup>. Ein anderes Unternehmen brauche für BEM keinen eigenen Managementprozess, weil es individuell auf die jeweiligen Situationen eingehen könne<sup>37</sup>. In Großunternehmen wird im Gegensatz dazu ANSch (21 %) deutlich überbetont, auf BGF und BEM (je 12 %) wird nur etwa halb so oft Bezug genommen. Auch hier passt das Ungleichgewicht zu Gesprächsinhalten, wonach ANSch beispielsweise in einem Großunternehmen als „Grundgeschäft“, „Basisrauschen“ oder „Priorität 1“ verstanden wird<sup>38</sup>.

## **Fachgesellschaften**

In den Transkripten der Interviews mit Fachgesellschaften befinden sich 34 Aussagen zum BGM-Verständnis (Abbildung 9). Alle vier Fachgesellschaften betonen dabei mit insgesamt acht Nennungen (24 %) am häufigsten ein integratives BGM-Verständnis. Wie oben beschrieben, ist dieses gekennzeichnet durch ein BGM, dass sich auf die drei Säulen ANSch, BGF und BEM sowie deren Integration bzw. Ineinandergreifen stützt. Die Fachgesellschaftsvertreter:innen definieren BGM demnach vorwiegend durch eine gemeinsame Organisation der drei Säulen, wobei eine gute Umsetzung von ANSch als wichtige Voraussetzung für eine sinnvolle Umsetzung von BGF und BEM genannt wird<sup>39</sup>. BGM sei demnach die gemeinsame Betrachtung und Umsetzung der drei Säulen<sup>40</sup>.

---

<sup>36</sup> Unternehmen 7, Führungskraft

<sup>37</sup> Unternehmen 9, Führungskraft

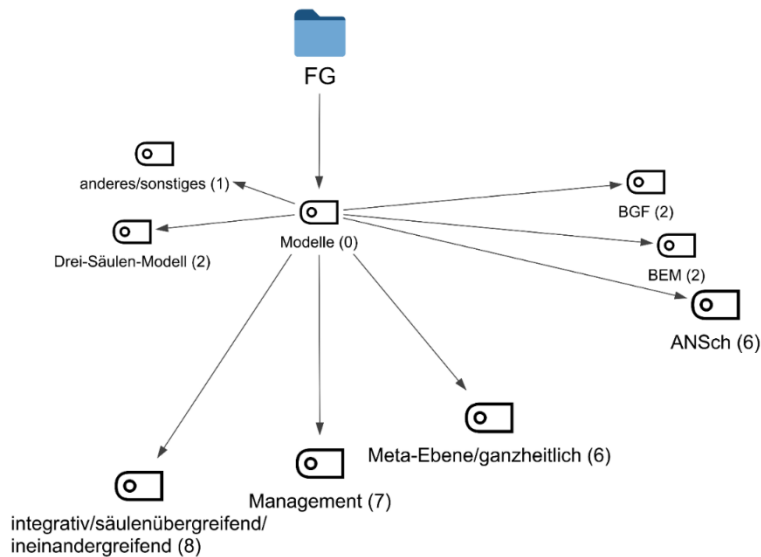
<sup>38</sup> Unternehmen 1, Führungskraft und Belegschaftsvertretung

<sup>39</sup> Fachgesellschaft 1

<sup>40</sup> Fachgesellschaft 3



Abbildung 9. BGM-Verständnis Fachgesellschaften



Ähnlich wie bei den Expert:innen finden sich auch in dieser Gruppe Aussagen, die ein separiertes Verständnis explizit ablehnen. Wenn man BGM so betrachte, als habe das eine mit dem anderen nichts zu tun, gingen Synergien stark verloren und dies sei nicht zielführend<sup>41</sup>. Die in der Praxis erlebte Trennung sei künstlich, „ein Blick in die gleiche Richtung mit verschiedenen Brillen“<sup>42</sup>. Tatsächlich sei BGM aber die Zusammenschau der Dinge<sup>43</sup>.

Managementprozesse kommen mit sieben Nennungen (21 %) von drei Personen fast ebenso häufig in den Aussagen der Fachgesellschaftsvertreter:innen vor. Gemeint sind hiermit Bezugnahmen auf Aufgaben, Prozesse oder Instrumente aus dem Management bzw. Managementzyklus. Die Befragten sagen beispielsweise, BGM müsse „Eingang finden in die Entscheidungen im Unternehmen“<sup>44</sup> und es wird von einer „gemeinsamen Steuerung“ sowie einer Einbettung in Organisations- und Personalentwicklung gesprochen<sup>45</sup>. Letztlich handle es sich bei BGM um Entwicklungsprozesse bzw. um betriebliche Strukturen und Prozesse, die es ermöglichten, „eine gesundheitsförderliche

<sup>41</sup> Fachgesellschaft 1

<sup>42</sup> Fachgesellschaft 4

<sup>43</sup> Fachgesellschaft 2

<sup>44</sup> Fachgesellschaft 2

<sup>45</sup> Fachgesellschaft 4

Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten in die betriebliche Praxis zu integrieren“<sup>46</sup>.

Sechs Nennungen (18 %) von drei der vier Fachgesellschaften beziehen sich auf ein ganzheitliches BGM-Verständnis, das von der Bezugnahme auf die drei Säulen absieht und BGM auf einer übergeordneten Ebene definiert. So wird BGM beispielsweise definiert als „alle Prozesse, die im Unternehmen laufen und auf die Sicherheit und Gesundheit von Menschen Auswirkungen haben“<sup>47</sup>. Das Besondere an diesem Ansatz sei dabei die „Ganzheitlichkeit“<sup>48</sup>: Es gehe „um die Organisation und um die Arbeitsverhältnisse oder Bedingungen“, die dort herrschten, aber es gehe auch „um die Umwelt, in die eine Organisation auch eingebettet ist, also um Familienfreundlichkeit und um soziale Verantwortung“<sup>49</sup>.

Nur eine Fachgesellschaft greift in einigen Gesprächsabschnitten ein getrenntes Säulenverständnis auf, distanziert sich also von säulenintegrierenden Elementen. Dazu finden sich zwei Aussagen (6 %) im Transkript, beispielsweise, dass man „diskutieren“ könne, inwiefern BGM integrativ zu verstehen sei<sup>50</sup>.

Weitere Aussagen zum BGM-Verständnis beziehen sich auf einzelne Definitionen von ANSch (6), BGF (2) und BEM (2). In keiner Fachgesellschaft wurde BGM ausschließlich über eine Säule definiert.

Auch die Fachgesellschaften streichen heraus, dass BGM primär eine Aufgabe der (Geschäfts-)Führungsebene sei. Es brauche das Einverständnis, aber auch das „Commitment der Unternehmensleitung“<sup>51</sup>. Führungskräfte im Unternehmen fungierten auch als „Kulturbotschafter:innen“<sup>52</sup>. Letztlich sei die Unterstützung der Führungsebene unabdingbar dafür, dass BGM über Einzelmaßnahmen hinausgehe und gelinge<sup>53</sup>. Die erste

---

<sup>46</sup> Fachgesellschaft 4

<sup>47</sup> Fachgesellschaft 2

<sup>48</sup> Fachgesellschaft 2

<sup>49</sup> Fachgesellschaft 4

<sup>50</sup> Fachgesellschaft 3

<sup>51</sup> Fachgesellschaften 2 und 3

<sup>52</sup> Fachgesellschaft 4

<sup>53</sup> Fachgesellschaft 4

Herausforderung dafür sei der Erkenntnisgewinn aufseiten der Entscheidungsträger:innen, wonach BGM ein „Wettbewerbsvorteil“ hinsichtlich der „Positionierung am Markt“ sei<sup>54</sup>.

### **Arbeitsgruppe „BGM-Verständnis“**

In den Gruppen- und Einzelinterviews mit der Arbeitsgruppe „BGM-Verständnis“ der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ wurden 70 Aussagen zu deren Verständnis von BGM identifiziert (Abbildung 10). Hier dominiert das säulenübergreifende bzw. -integrierende Verständnis, bei dem BGM aus einer gemeinsamen, integrierten oder integrativen Umsetzung von ANSch, BGF und BEM besteht. Insgesamt 22 Aussagen (31 %) von neun Personen sind diesem Verständnis zuzuordnen. So wird BGM innerhalb der Arbeitsgruppe definiert als die integrierte oder die „systematische, integrative Umsetzung“ von ANSch, BGF und BEM<sup>55</sup>. Es gehe dabei um eine „übergreifende Struktur“, in der „Sicherheit und Gesundheit integrativ umgesetzt“ würden, in der die Dinge ineinandergriffen und miteinander verbunden seien<sup>56</sup>.

Sechs der Befragten stellen einen Bezug von BGM zu einem „Dach“ her, das die drei Handlungsfelder ANSch, BGF und BEM zusammenführt<sup>57</sup>. Nach diesem Verständnis bedarf BGM selbst keiner eigenen Definition, sondern ist das, was sich aus dem Zusammenführen der drei Säulen ergibt. In der Arbeitsgruppe wird jedoch die Beobachtung geäußert, dass das „Dach“ in der Praxis noch nicht entsprechend verankert sei<sup>58</sup> und „noch nicht so gut zum Leben komme“<sup>59</sup>.

Mit 15 Nennungen (21 %) von sechs Personen werden Managementprozesse, -instrumente oder -aufgaben am zweithäufigsten angesprochen. Es stecke „schließlich bereits im Namen, dass es sich bei BGM um eine Managementfunktion oder -aufgabe“ handle<sup>60</sup>. In diesem Zusammenhang wird BGM definiert als „strategische Entscheidung oder strategisches Instrument eines Unternehmens“<sup>61</sup>. Eine Person stellt

---

<sup>54</sup> Fachgesellschaft 1

<sup>55</sup> Arbeitsgruppen-Interview 5

<sup>56</sup> Arbeitsgruppen-Interview 5

<sup>57</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 1

<sup>58</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 1

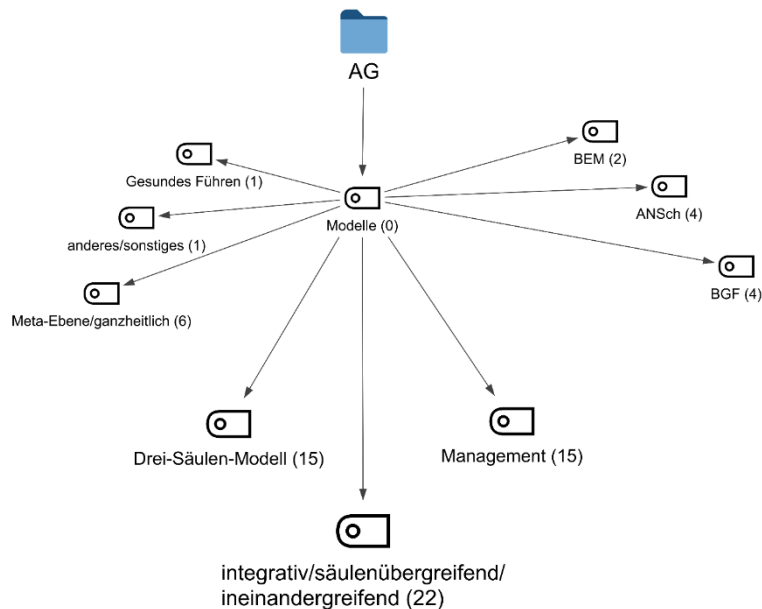
<sup>59</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 2

<sup>60</sup> Arbeitsgruppen-Interview 2, Befragte:r 1

<sup>61</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 3

fest, dass es bei BGM „immer um Organisationsentwicklung“ gehe<sup>62</sup>, und eine weitere, dass bei BGM der „Managementzyklus als solches umgesetzt werden“ müsse<sup>63</sup>.

Abbildung 10. BGM-Verständnis Arbeitsgruppe



Mitunter wird dabei die Managementfunktion explizit als das integrierende Moment benannt. So könne BGM die „Steuerungsfunktion dieser drei Bereiche“ darstellen und je größer ein Betrieb ist, desto stärker sei es eine Managementaufgabe, die dann alle drei Säulen verbinden könne. BGM sei dann „natürlich der übergeordnete Bereich“<sup>64</sup>.

Innerhalb der Arbeitsgruppe findet sich auch die Drei-Säulen-Definition mit 15 Nennungen (21 %) von neun Personen wieder, die eine strikte Trennung von ANSch, BGF und BEM betont. Hier wird BGM definiert als „getrennte[s] Paar Schuhe“<sup>65</sup> oder als „die Summe der drei Säulen“, ohne in diesem Zusammenhang von integrativen oder zusammenführenden Elementen bzw. einer gemeinsamen Betrachtung zu sprechen<sup>66</sup>. Die Einteilung in drei

<sup>62</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 1

<sup>63</sup> Arbeitsgruppen-Interview 5

<sup>64</sup> Arbeitsgruppen-Interview 2, Befragte:r 1

<sup>65</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 2

<sup>66</sup> Arbeitsgruppen-Interview 2, Befragte:r 1

Säulen sowie deren getrennte Betrachtung wird von einigen dieser Personen als sinnvoll<sup>67</sup> und „gut“<sup>68</sup> empfunden.

Das ganzheitliche Verständnis mit sechs Aussagen (9 %) von drei Personen tritt demgegenüber in den Hintergrund. Weitere Aussagen zum BGM-Verständnis in der Arbeitsgruppe beziehen sich auf Definitionen oder Bezüge zu einzelnen Säulen, nämlich ANSch (4), BGF (4), BEM (2), sowie auf anderes/sonstiges (1) und auf Gesundes Führen (1) als BGM-Säule. Niemand definierte BGM über einzelne Säulen.

Innerhalb der Arbeitsgruppe wird die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeitenden mehrfach explizit als Ziel von BGM benannt. Eine Person definiert BGM gar als „Synonym für Gesundheit aus Sicht des Betriebes“<sup>69</sup>. BGM könne dazu beitragen, die Gesundheit der Beschäftigten „zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen“<sup>70</sup>. Dieses Ziel, das auch ein übergeordnetes Wirkungsziel der Nationalen Strategie ist, sei das Ziel eines jeden Betriebes in Bezug auf alle dort Beschäftigten<sup>71</sup>.

Auch vonseiten der Arbeitsgruppe wird die Rolle der Führungsebene im BGM-Kontext betont. Führungskräfte müssten in BGM „geschult und eingebunden“ werden<sup>72</sup>. Betont werden hier vor allem das Verständnis und die Unterstützung von BGM<sup>73</sup>. Die Führungskräfte müssten BGM „leben und tragen“<sup>74</sup>, es „authentisch wirken“ lassen<sup>75</sup>. Zudem müssten Führungskräfte die notwendigen zeitlichen und finanziellen Ressourcen investieren<sup>76</sup>.

## **Expert:innen**

Von den Expert:innen (drei Universitätsprofessor:innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz) wurden im Rahmen der Analyse 24 Aussagen zum BGM-Verständnis zugeordnet (Abbildung 11). Unter diesen ist mit acht Nennungen (33 %) von allen drei

---

<sup>67</sup> Arbeitsgruppen-Interview 2, Befragte:r 1

<sup>68</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 2

<sup>69</sup> Arbeitsgruppen-Interview 3, Befragte:r 3

<sup>70</sup> Arbeitsgruppen-Interview 2, Befragte:r 1

<sup>71</sup> Arbeitsgruppen-Interview 4, Befragte:r 2

<sup>72</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 1

<sup>73</sup> Arbeitsgruppen-Interview 1, Befragte:r 1

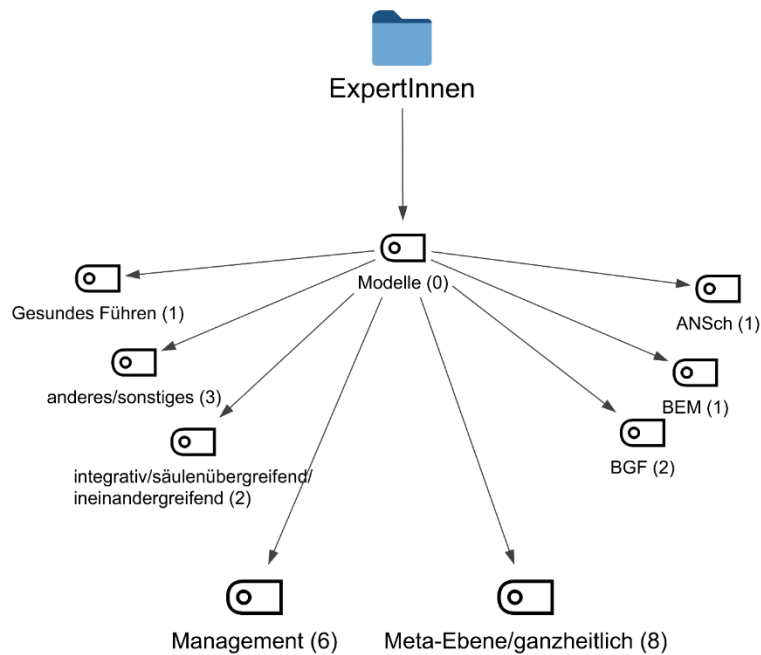
<sup>74</sup> Arbeitsgruppen-Interview 2, Befragte:r 1

<sup>75</sup> Arbeitsgruppen-Interview 4, Befragte:r 1

<sup>76</sup> Arbeitsgruppen-Interview 4, Befragte:r 1

Personen ein ganzheitliches BGM-Verständnis vorherrschend. Dabei wird bei der Definition von BGM nicht explizit auf die drei Säulen Bezug genommen, sondern einem Verständnis Ausdruck verliehen, dass sich auf Prozesse, Merkmale oder Ziele auf einer übergeordneten Ebene stützt. In den Gesprächen mit den Expert:innen wird BGM beispielsweise definiert als „die Beobachtung und Optimierung aller gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen durch den Betrieb selbst“<sup>77</sup> oder als die „zielorientierte Steuerung von gesundheitsbezogenen Interventionen im Betrieb“<sup>78</sup>. Ein/e Expert:in sieht BGM als einen Prozess der „Kulturentwicklung“, der „mehr ist als eine Maßnahmenbündelung“<sup>79</sup>.

Abbildung 11. BGM-Verständnis Expert:innen



Mit sechs Nennungen (25%) wird außerdem von allen drei Expert:innen auf Managementprozesse Bezug genommen. Hierzu zählen all jene Aussagen, in denen explizit Aufgaben, Prozesse oder Instrumente aus dem Management bzw. Managementzyklus als Bestandteil von BGM genannt werden. Unter den Expert:innen wird BGM entweder beschrieben als eine Managementaufgabe oder „als gesamtheitliches

<sup>77</sup> Expert:in 3

<sup>78</sup> Expert:in 2

<sup>79</sup> Expert:in 1

Managementsystem mit unterschiedlichen Andockmöglichkeiten an unterschiedliche Geschäftsbereiche, Personalentwicklung, Führungskräfteentwicklung, Organisationsentwicklung<sup>80</sup>. Spezifisch an dem Begriff sei, dass „Instrumente aus dem Management dafür verwendet werden“ und dass man „im Grunde genommen betriebliche Organisationsentwicklung betreibe“, die sich dadurch auszeichne, dass man an einer ständigen Verbesserung arbeite und ein Interesse an einer stetigen Weiterentwicklung habe<sup>81</sup>.

Insgesamt zwei Mal (8 %) spiegeln die Aussagen von zwei Personen ein säulenübergreifendes bzw. -integrierendes Verständnis wider. Dieses Verständnis ist gekennzeichnet durch eine Bezugnahme auf die drei Säulen ANSch, BGF und BEM sowie auf deren Integration oder Ineinandergreifen. Die Aussagen der Expert:innen beinhalten zum Beispiel, dass mit einer gemeinsamen Betrachtung der drei Säulen „Rahmenbedingungen geschaffen werden könnten, die zu einer Reduzierung“ von Belastungen führen könnten<sup>82</sup>.

Verbunden mit der vorherrschend ganzheitlichen Perspektive lehnen die Expert:innen ein separiertes Verständnis der Säulen explizit ab. Das Drei-Säulen-Denken sei ein Versuch der adressatenorientierten und einfach verständlichen Vermittlung von BGM<sup>83</sup>. Tatsächlich gebe ein getrennter Blick auf die drei Säulen jedoch ausschließlich eine sogenannte „Anbieterlogik“ wieder<sup>84</sup>. Die Unternehmen seien „durch die starke Ausdifferenzierung mit vielen unterschiedlichen Themen konfrontiert“, die im Alltag untergehen könnten<sup>85</sup>. Häufig führe dies dazu, dass Unternehmen „den klassischen Arbeitsschutz stark betonen“ und die beiden anderen Säulen deutlich weniger Beachtung erführen<sup>86</sup>. Auch führe das getrennte Säulenangebot und -verständnis zu einer separierten Bedienung der drei Säulen, wobei die Schnittstellen und Vernetzungsmöglichkeiten verloren gingen. Dies sei „kontraproduktiv“<sup>87</sup>.

---

<sup>80</sup> Expert:in 1

<sup>81</sup> Expert:in 2

<sup>82</sup> Expert:in 1

<sup>83</sup> Expert:in 2

<sup>84</sup> Expert:in 3

<sup>85</sup> Expert:in 3

<sup>86</sup> Expert:in 2

<sup>87</sup> Expert:in 2

Weitere acht Aussagen zum BGM-Verständnis beziehen sich auf andere/sonstige Aussagen (3) zum BGM-Verständnis sowie auf Aussagen zu Definitionen einzelner Säulen, nämlich BGF (2), ANSch (1), BEM (1) und dem Thema Gesundes Führen (1). Hierzu sei angemerkt, dass keine der befragten Personen BGM lediglich über eine einzelne Säule definiert hat.

Die Expert:innen sehen die Geschäftsleitungs- und auch untere Führungsebenen stark in der BGM-Verantwortung. Da Unternehmen „immer noch top-down organisiert“ seien, sei es der wichtigste Erfolgsfaktor, dass Entscheidungsträger:innen über BGM Bescheid wüssten und sich darauf einließen<sup>88</sup>. Die Partizipation der Mitarbeiter:innen könne durchaus auch „mit Kritik am Bestehenden verbunden sein“ und auch darauf müssten sich die Entscheidungsträger:innen einlassen<sup>89</sup>. In weiterer Folge müsste die Ebene der Geschäftsführung in die tieferen Führungsebenen vordringen, deren Aufgabe letztlich die operative Durchführung von BGM sei<sup>90</sup>.

### **3.2.2 Rolle der Führung in Unternehmen**

Unternehmen wurden explizit nach der Rolle der Führung bei der BGM-Umsetzung befragt. In allen befragten Unternehmen spielen die Unternehmensleitung und ggf. weitere Führungskräfte eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von BGM. Insgesamt finden sich dazu 77 Aussagen in den Transkripten. Das Mindestmaß an Beteiligung ist die Einwilligung in BGM-Maßnahmen und die Bereitstellung finanzieller bzw. personeller Ressourcen für deren Ableitung. In größeren Unternehmen, in denen es mehrere Führungsebenen gibt, hat die Geschäftsführung eine Treiberfunktion inne und gibt den Auftrag zur Umsetzung in weiterer Folge an die nachfolgenden Geschäftsebenen weiter. Die Führungskräfte werden hier jedenfalls durch Kommunikationsmaßnahmen in BGM eingebunden, häufig verantworten sie zudem das BGM in ihrem jeweiligen Bereich und sind mit der Umsetzung betraut. Mitunter sind Führungskräfte oder gar die Unternehmensleitung aktiv am BGM beteiligt, indem sie selbst Impulse geben, in der Steuerungsgruppe sitzen oder sich aktiv am BGM beteiligen. In allen der befragten Klein(st)unternehmen geht BGM konkret auf Initiativen und Bemühungen der Geschäftsleitung zurück, die von einer Führungskraft als „sehr fürsorglich“ beschrieben

---

<sup>88</sup> Expert:in 3

<sup>89</sup> Expert:in 2

<sup>90</sup> Expert:in 3



wird<sup>91</sup>. Einige der Befragten betonen, dass BGM in der Praxis nur eine Aufgabe der Führungskraft sein könne, weil diese eine Fürsorgepflicht innehat und ihren jeweiligen Bereich am besten kenne<sup>92</sup>. BGM müsse dort angesiedelt sein, wo das Vertrauen entsteht und wo die Bereichskenntnis liegt – und die Führungskraft kenne die Mitarbeiter:innen am besten. Wenn die Führung nicht dahinterstehe, so ein:e Befragte:r, dann funktioniere nicht einmal die gesetzlich vorgeschriebene Säule ANSch<sup>93</sup>.

In diesem Sinne bieten einige der befragten Mittel- und Großunternehmen konkrete Fortbildungsmaßnahmen für Führungskräfte an, teilweise sogar verpflichtend. Diese reichen von Qualifikationsmaßnahmen, d. h. inhaltlichen Schulungen zu Gesundheit und Prävention, bis hin zu Sensibilisierungsmaßnahmen, d. h. Schulungen zu gesundem Führen, „positive Leadership“ und Teamorientierung.

### **3.2.3 Aktive Mitarbeiter:innenbeteiligung in Unternehmen**

Alle befragten Unternehmen bemühen sich darum, ihre Mitarbeiter:innen in das BGM einzubeziehen. In den Transkripten finden sich insgesamt 79 Aussagen (7 % aller kodierten Aussagen von Unternehmen) zu dieser Thematik. Zu keinem anderen Thema wurden in den Interviews mehr Aussagen zugeordnet (Abbildung 12). Üblicherweise haben die Mitarbeiter:innen über regelmäßige Mitarbeiter:innenbefragungen die Möglichkeit, Auskunft zu ihrem Wohlbefinden sowie Rückmeldung zu bestehenden Maßnahmen zu geben, teilweise können sie zudem Wünsche äußern, eigene Ideen einbringen und/oder Fragen stellen. Die Befragungsdaten werden zur Evaluation und Weiterentwicklung von BGM-Maßnahmen genutzt. In einem der befragten Betriebe können sich Mitarbeiter:innen im Rahmen einer sogenannten „Ideenbörse“ jederzeit einbringen<sup>94</sup>. Vier der Unternehmen haben einen Gesundheitszirkel oder ähnliche Gesprächsrunden, in denen mehrere Mitarbeiter:innen und zum Teil auch Vertreter:innen anderer Unternehmensebenen (Führungskräfte, Betriebsrat u. a.) zusammenkommen und das firmeninterne BGM besprechen. Ein Großunternehmen berichtet davon, bei größeren Projekten eine Fokusgruppe auszuschreiben, an der Mitarbeiter:innen aus allen Bereichen und verschiedener Altersgruppen teilnehmen sollen, um gemeinsam repräsentative

---

<sup>91</sup> Unternehmen 7, Führungskraft

<sup>92</sup> Unternehmen 1, Mitarbeiter:in

<sup>93</sup> Unternehmen 7, Führungskraft

<sup>94</sup> Unternehmen 5, Führungskraft

Inhalte zu erarbeiten<sup>95</sup>. Bei kleineren Unternehmen kommt auch informellen „Türschwelligesprächen“ eine tragende Rolle zu<sup>96</sup>.

Ein aktiver Einbezug der Mitarbeiter:innen in die Entwicklung, Zielsetzung und Implementierung von BGM-Maßnahmen ist seltener, findet aber auch statt. So gibt es ein Unternehmen, in dem Mitarbeiter:innen ihre Interessen im Rahmen von BGF-Maßnahmen mit den Kolleg:innen teilen, indem sie beispielsweise Sportkurse anbieten oder selbstgemachten Honig mitbringen<sup>97</sup>.

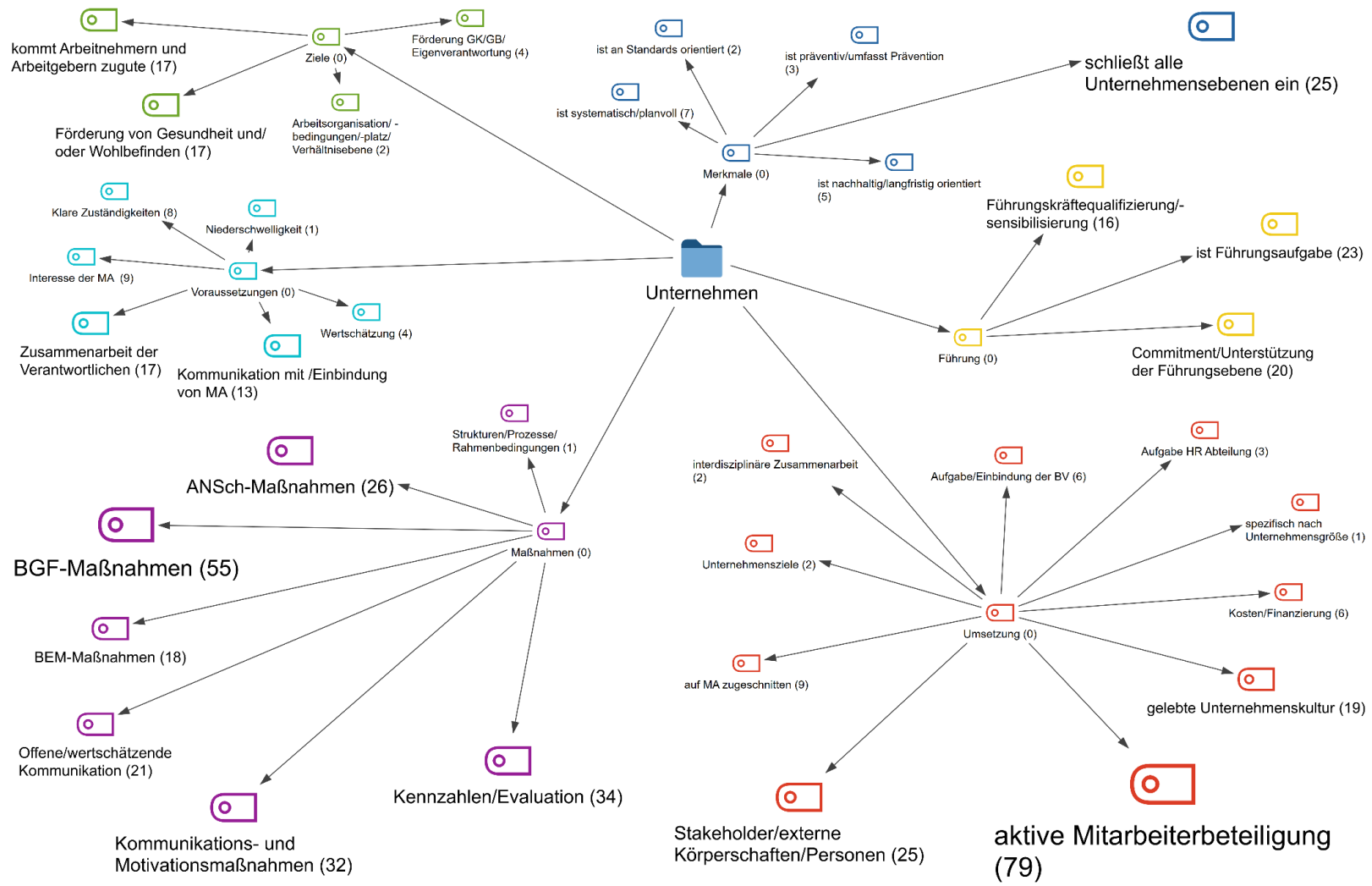
---

<sup>95</sup> Unternehmen 3, Führungskraft

<sup>96</sup> Unternehmen 2, Führungskraft

<sup>97</sup> Unternehmen 5, Führungskraft

Abbildung 12. Aussagen und deren Häufigkeiten aus Interviews mit Unternehmen



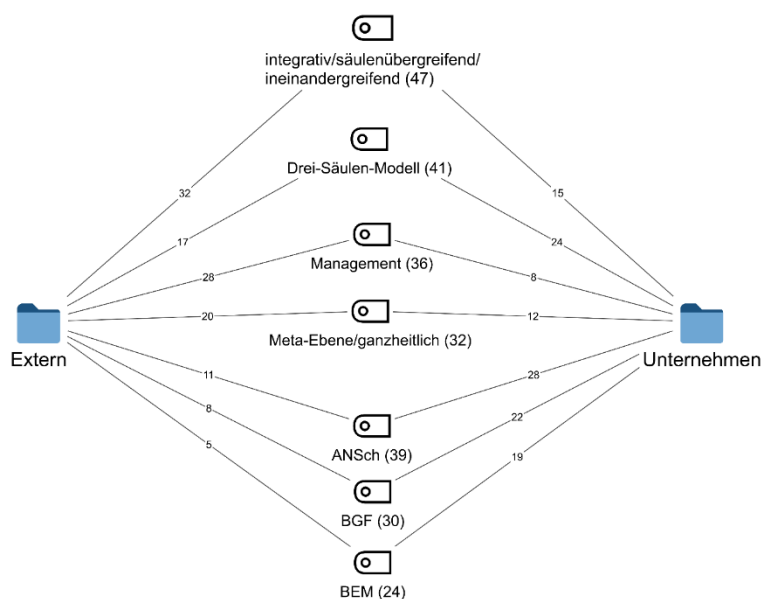
### 3.2.4 Unterschiede und Gemeinsamkeiten im BGM-Verständnis

Nachfolgend sollen anhand ausgewählter Vergleiche zwischen den Befragungsgruppen Unterschiede und Gemeinsamkeiten im BGM-Verständnis herausgearbeitet werden.

#### Betriebsexterne Befragte und Unternehmen

Im Gegensatz zum BGM-Verständnis der drei betriebsexternen Gruppen, die die Bedeutung einer übergeordneten BGM-Perspektive, einer gemeinsamen Steuerung der drei Säulen sowie deren Integration in unternehmensrelevante Strukturen und Prozesse betonen, zeigt sich innerhalb der Betriebe oft eine getrennte Betrachtung der drei Säulen (Abbildung 13). Dieser Unterschied ist insbesondere auf Aussagen der Belegschaftsvertretungen zurückzuführen. Es wird jedoch deutlich, dass die Idealvorstellung einer vollständigen Integration der Säulen innerhalb der Betriebe nicht immer in die Praxis umgesetzt wird. Dies trifft besonders auf Großunternehmen zu, in denen die drei BGM-Säulen häufig getrennt betrachtet und abgeleitet werden, wobei der ANSch besonders hervortritt. Ein integratives Verständnis mit einer Gleichbehandlung der drei Säulen findet sich am ehesten in Mittelunternehmen.

Abbildung 13. Vergleich Unternehmensexterner und -interner



In den Gesprächen mit Unternehmen wird an jeweils 17 Stellen auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter:innen als Ziel von BGM Bezug genommen

sowie darauf, dass es Arbeitnehmer:innen sowie Arbeitgeber:innen zugute kommt. Auch für Betriebsexterne sind dies vergleichsweise wichtige BGM-Ziele mit zehn bzw. sechs Aussagen in den Transkripten.

### **Expert:innen, Fachgesellschaften und Mitglieder der Arbeitsgruppe**

Wie sich zeigt, decken sich die Einschätzungen der Expert:innen und Fachgesellschaften weitestgehend. Beide Gruppen verstehen BGM als ein übergreifendes Konstrukt, das von Managementprozessen und dem Ineinandergreifen der drei Säulen ANSch, BGF und BEM geprägt wird. Während ein ganzheitliches Verständnis unter Expert:innen dominiert, legen Vertreter:innen von Fachgesellschaften fast gleichermaßen Wert auf ein ganzheitliches und ein integratives Verständnis, d. h., sie nehmen explizit Bezug auf die drei Säulen ANSch, BGF und BEM sowie auf deren Integration.

Es ist nicht überraschend, dass das Verständnis von BGM bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe aufgrund der bewussten Zusammenführung verschiedener Perspektiven heterogener ist als das der Expert:innen und Fachgesellschaften. Die größte Überschneidung zwischen den drei Gruppen stellt das säulenintegrierende bzw. -übergreifende Verständnis dar. Mit jeweils drei bis vier Aussagen wird zudem in allen drei Befragungsgruppen darauf Bezug genommen, dass BGM Arbeitnehmer:innen und Arbeitgeber:innen zugutekommt. Die Arbeitsgruppe nennt zudem vier Mal die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden als Ziel von BGM, während Expert:innen und die Fachgesellschaften dies jeweils ein Mal tun.

# 4 Diskussion

Im Rahmen dieser Kurzstudie wurde eine in dieser Tiefe bisher nicht vorliegende Sichtung internationaler deutsch- und englischsprachiger Literatur zum BGM-Verständnis mit besonderer Berücksichtigung der DACH-Region vorgenommen. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse wurden vorbereitend genutzt, um eine empirische Studie zur gelebten Praxis von BGM in ausgewählten österreichischen Unternehmen durchzuführen. Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse dieser Studie den Befunden zum theoretischen Verständnis aus der Literatur gegenübergestellt und analysiert werden.

## 4.1 Literaturstudie

Die Literaturstudie zeigt einen weitgehenden Konsens zur Relevanz der drei Säulen ANSch, BGF und BEM in aktuellen BGM-Definitionen im DACH-Raum. In der englischsprachigen Literatur spielen hingegen vor allem ANSch und BGF eine Rolle für mit BGM verwandte Konstrukte. Aus der Studie wird zudem deutlich, dass Managementprozesse im deutschsprachigen Raum wie auch in der englischsprachigen Literatur ein zentraler Aspekt von BGM-Definitionen sind, wobei nur in etwas mehr als der Hälfte der Quellen näher darauf eingegangen wird, was mit Managementprozessen gemeint ist. Diesen Quellen nach ist BGM als Teil der Unternehmenspolitik, als betriebliches Ziel und als Managementaufgabe zu sehen. Einige Autor:innen vertreten die Auffassung, dass BGM-Maßnahmen systematisch im Rahmen bewährter Managementprozesse, wie dem PDCA-Zyklus, geplant und abgeleitet werden sollten. Die Handlungsfelder ANSch, BGF und BEM sollten miteinander verknüpft und in die betrieblichen Abläufe integriert werden. Diese Darstellung von BGM, bestehend aus den drei Säulen ANSch, BGF und BEM gemeinsam mit Management, stimmt mit neuerer deutschsprachiger Managementliteratur und entsprechenden Lehrbüchern (Faller et al., 2017; Hajji et al., 2022; Lange et al., 2022; Pfannstiel et al., 2018; Struhs-Wehr, 2017; Uhle & Treier, 2019) überein.

In theoretischen Definitionen wird BGM außerdem als ganzheitlicher und/oder nachhaltiger Ansatz beschrieben, der mehrere oder alle Ebenen des Unternehmens einschließt. Dabei steht die Förderung der Gesundheit und/oder des Wohlbefindens der Beschäftigten im Mittelpunkt, und es wird angestrebt, die Mitarbeiter:innen zur eigenverantwortlichen Förderung ihrer Gesundheit zu befähigen. Produktivität als Ziel

wurde selten (und fast ausschließlich in englischsprachigen Quellen) und Arbeitgeberattraktivität ein Mal genannt. Eine weitere Definition von BGM erfolgt über seine Funktion im Unternehmen. Zur Begriffserklärung dienen hier neben dem Aspekt des Managements u. a. Prozesse und Strukturen, die den Erhalt und die Förderung der Gesundheit zum Ziel haben.

## 4.2 Empirische Studie

Die empirische Studie baute auf den Erkenntnissen der Literaturstudie auf und sammelte BGM-Perspektiven von Vertreter:innen aus Theorie und Praxis. Die Ergebnisse heben die Bedeutung der drei Handlungsfelder ANSch, BGF und BEM für die praktische Umsetzung des BGM nochmals hervor. Zwar gibt es Unterschiede in der relativen Gewichtung dieser drei Säulen und ihrer Rolle im BGM zwischen den und auch innerhalb der verschiedenen Befragungsgruppen, jedoch besteht allgemein Konsens darüber, dass eine effektive Funktionsweise des BGM nur möglich ist, wenn alle drei Säulen angemessen berücksichtigt werden.

Dabei ist für die meisten der Interviewpartner die Verzahnung der drei Säulen ein zentrales Element in der Definition von BGM, wonach ANSch, BGF und BEM gemeinsam betrachtet und umgesetzt werden müssten. Ein kleinerer Teil der Befragten nahm in den Interviews keinen Bezug auf solche säulenintegrierenden Elemente. Diesen beiden Definitionen gegenüber seltener findet sich ein ganzheitliches Verständnis von BGM, das sich nicht direkt auf die drei Säulen stützt, sondern auf Funktionen, Merkmale oder Ziele von BGM.

In den befragten Unternehmen wird BGM vielfach mit einer integrativen Umsetzung der drei Säulen gleichgesetzt, wobei die Gewichtung der einzelnen Säulen variieren kann. Insbesondere in Großunternehmen wird ANSch als grundlegende Komponente angesehen, deren Umsetzung die Voraussetzung für die Ableitung der anderen beiden Säulen ist. In den befragten kleineren Unternehmen ist die Bedeutung von BEM im Vergleich geringer. Der Hauptgrund dafür ist, dass die befragten Unternehmen demografisch noch vergleichsweise jung sind, sodass es weniger Anlassfälle für BEM gibt. Tritt ein Wiedereingliederungsfall ein, kann er individuell behandelt werden, ohne dass dafür ein eigenes Steuerungssystem notwendig ist. Zudem betonen die Unternehmen, dass eine konsequente und authentische Umsetzung von ANSch und BGF die Notwendigkeit von BEM reduzieren kann.

Betriebsexterne Befragte äußern den Bedarf nach einer stärkeren Betonung von BGF und BEM, um ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Säulen zu erreichen. Expert:innen und Vertreter:innen von Fachgesellschaften betrachten ANSch, BGF und BEM in der Regel als gleichermaßen bedeutsame Bestandteile für die operative Umsetzung von BGM. Die Betrachtungsweisen innerhalb der Arbeitsgruppe sind demgegenüber heterogener. Die größte Überschneidung im BGM-Verständnis der betriebsexternen Befragten liegt darin, dass BGM als ein übergreifendes Konstrukt betrachtet wird, das von einem Ineinandergreifen der drei Säulen geprägt ist. BGM wird als ein ganzheitliches Managementsystem verstanden, bei dem Instrumente aus dem PDCA-Zyklus zum Einsatz kommen und das an unterschiedliche Bereiche im Unternehmen anschließt, um Entwicklungsprozesse im Unternehmen voranzutreiben. Ähnlich wie in der Literatur wird jedoch nicht von allen Befragten näher definiert, auf welche Aufgaben und Prozesse beim Verweis auf Management im Einzelnen Bezug genommen wird. Dieser Umstand ist auch der Tatsache geschuldet, dass hierzu keine explizite Frage in den Interviewleitfäden enthalten war und bedarf weiterer Forschung.

### 4.3 Gegenüberstellung und Synthese

Es zeigt sich, dass die drei Handlungsfelder ANSch, BGF und BEM sowohl in der Fachliteratur als auch in der betrieblichen Praxis in österreichischen Unternehmen eine zentrale Rolle im BGM-Verständnis spielen. Ein substanzieller Teil der in der Literatur gefundenen Definitionen vereint die drei Säulen zu einem ganzheitlichen BGM-Ansatz. Es gibt jedoch auch Hinweise auf ein reduziertes Verständnis, das hauptsächlich Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Vordergrund stellt. Zudem betonen einige der Autor:innen den ganzheitlichen Ansatz von BGM, der mehrere oder alle Ebenen eines Unternehmens einschließt und in betriebliche Strukturen und Prozesse integriert ist. BGM wird zudem über seine Funktion im Unternehmen definiert. In diesem Zusammenhang sind die Erhaltung und Förderung der Gesundheit aller Beschäftigten im Unternehmen wichtige Aspekte in den identifizierten Definitionen.

Der Managementaspekt von BGM spielt eine zentrale Rolle sowohl in der deutsch- wie auch in der englischsprachigen Literatur. Bei 42 Prozent aller untersuchten Arbeiten ist das Konzept „Management“ ein deutlich integrierender Bestandteil. Betrachtet man nur jene Arbeiten, die BGM als Begriff im Vordergrund haben, sind es sogar 63 Prozent. Das besprochene BGM-Konzept im Sinne der drei Säulen plus Management findet sich dabei



primär in den Quellen wieder, die sich auf den DACH-Raum beziehen, und konnte im Rahmen der Literaturrecherche in englischsprachiger Literatur so nicht gefunden werden.

Die empirische Studie steht im Einklang mit diesen Punkten und identifiziert die drei Säulen ANSch, BGF und BEM als die Kernbestandteile des BGM in der Praxis. Es gibt zwar graduelle Unterschiede zwischen den Befragten in Bezug auf die relative Bedeutung der einzelnen Säulen und deren Integration, jedoch wird in keinem der Interviews die Beteiligung und Bedeutung der drei Säulen für BGM infrage gestellt.

Die Bedeutung von Management spielt in den Interviews im Vergleich zu den in der Literatur gefundenen Definitionen eine weniger zentrale Rolle. Dies könnte unter Umständen auch damit zusammenhängen, dass sich die gestellten Fragen primär auf das Verständnis von BGM und die Rolle der drei Säulen in diesem Kontext fokussierten und keine expliziten Nachfragen zur Bedeutung von Managementprozessen vorgesehen waren. Weiters fällt auf, dass der Managementaspekt von bestimmten Personengruppen, insbesondere Expert:innen sowie Führungskräften und Mitarbeiter:innen in Unternehmen, häufiger angesprochen wird als von anderen. Es ist möglich, dass Aufgaben und Prozesse aus dem Management in Unternehmen mit einem systematischen und effektiven BGM eine zentrale Rolle spielen, dies jedoch nicht von allen Beschäftigten im Unternehmen in gleichem Maße wahrgenommen wird.

Die vorliegende Kurzstudie deutet auf einen wesentlichen Unterschied zwischen dem theoretischen Verständnis und der praktischen Umsetzung des BGM bei ausgewählten Unternehmen in Österreich hin. Während in Definitionen und im Verständnis der befragten Expert:innen die Integration der drei Säulen ANSch, BGF und BEM als notwendiger Aspekt des BGM angesehen wird, werden in der Unternehmenspraxis von mehr als der Hälfte der befragten Betriebe die einzelnen Säulen getrennt voneinander betrachtet und umgesetzt. Dies ist insbesondere bei den befragten Großunternehmen der Fall, die separate Abteilungen und Verantwortlichkeiten für die einzelnen Handlungsfelder haben – diese kommunizieren zwar in der Regel miteinander, müssen aber ihre Maßnahmen nicht unbedingt miteinander vernetzen und arbeiten daher auch nicht eng zusammen. Einige der befragten Expert:innen und Fachgesellschaftsvertreter:innen, die auch praktische Erfahrung im BGM haben, haben diese Diskrepanz in den Interviews explizit angesprochen und kritisiert. Insbesondere sprechen die Expert:innen und Fachgesellschaftsvertreter:innen an, dass eine separate Betrachtung der drei Säulen nicht zielführend bzw. sogar kontraproduktiv sei, da viel an Synergien verloren gehe.

In der Literatur wird außerdem häufig der Befähigungsansatz diskutiert, in dem BGM auf die individuelle und die organisationale Gesundheitskompetenz wirken soll. Wie die empirische Studie gezeigt hat, spielt dieser Ansatz in der Betriebslandschaft eine eher untergeordnete Rolle und wird bisher selten bewusst in den Unternehmen umgesetzt.

## **4.4 Konzeptionelle Auffassungen von Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Management**

### **4.4.1 Gesundheit und Arbeitsfähigkeit**

Die Gesundheit der Mitarbeitenden steht wohl unumstritten im Zentrum des BGM. Deshalb sollte jedenfalls eine klare Vorstellung darüber vorliegen, was unter dem Begriff Gesundheit, im Sinne einer positiven Konzeption, zu verstehen ist (vgl. Ulich & Wülser, 2015). Eine allgemein verbindliche Definition von Gesundheit steht aber noch aus. Neuere Definitionsansätze sehen „Gesundheit als komplexes, mehrdimensionales, ganzheitliches, dynamisches und prozessuales Konzept“ (Udris et al., 1992, S. 11; zitiert nach Ulich & Wülser, 2015, S. 54). Statische Definitionen verlieren diesen Ansätzen gegenüber zunehmend an Bedeutung (siehe z. B. Ulich & Wülser, 2015; Lippke & Renneberg, 2006). Im Expertenpapier „Nationale Strategie ‚Gesundheit im Betrieb‘“ werden im Kapitel „Zielsetzungen“ drei Wirkungsziele, nämlich „Gesundheit erhalten, fördern und wiederherstellen“, angeführt und in der dazugehörigen Abbildung spezifiziert und mit dem Begriff Arbeitsfähigkeit verknüpft (Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend, 2020, S. 10).

Ausgehend von der Definition von Arbeitsfähigkeit von Ilmarinen und Tempel (2002, S. 166; zitiert nach Tempel & Ilmarinen, 2015, S. 15) als „die Summe von Faktoren, die eine Frau oder einen Mann in einer bestimmten Situation in die Lage versetzen, eine gestellte Aufgabe erfolgreich zu bewältigen“, die das Verhältnis der individuellen Leistungsfähigkeit zu den vom Unternehmen gestellten Arbeitsanforderungen anspricht, nehmen Giesert et al. (2017) darauf insofern Bezug, als das auf dem finnischen Arbeitsfähigkeitskonzept beruhende „Haus der Arbeitsfähigkeit“ auf dem Fundament des BGM steht. Und während für Kloimüller und Czeskleba (2018) der Erhalt von Arbeitsfähigkeit eine wesentliche Aufgabe des BGM darstellt, ist für Liebrich (2022, S. 21) „die Unterstützung und systematische Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern“ sogar der Mittelpunkt des BGM).

#### 4.4.2 Management

Die Managementkomponente wurde insbesondere im Rahmen der Literaturrecherche als ein zentrales Element des BGM identifiziert. Das Konzept „Management“ kann in Bereichen wie z. B. dem Arbeitnehmer:innenschutz als verankert betrachtet werden, da sich hier die Definition aus der ÖNORM ISO 45001 und damit in Zusammenhang stehende Vorläufer etabliert hat: „Managementsystem: Satz zusammenhängender oder sich gegenseitig beeinflussender Elemente einer Organisation, um Politiken, Ziele und Prozesse zum Erreichen dieser Ziele festzulegen“ (Austrian Standards International, 2019, S. 13). Als ein Ergebnis der vorliegenden Studie wird jedoch festgehalten, dass im Rahmen von BGM-Definitionen häufig nicht näher erläutert wird, was genau unter den Begriffen „Management“ bzw. „Strukturen“ und „Prozessen“ zu verstehen ist. Einige Autor:innen von den im Rahmen der Studie identifizierten BGM-Definitionen betrachten Management als das Element zur Steuerung und langfristigen Ausrichtung von BGM. Auch die säulenintegrierende Funktion von Management findet sich in BGM-Definitionen und in den Interviews wieder. In diesem Sinn stellt Management im BGM-Kontext jene Komponente dar, die die drei Säulen ANSch, BGF und BEM zu einem ganzheitlichen und integrativen BGM zusammenführt.

Wie die empirische Studie gezeigt hat, geschieht diese Zusammenführung der Säulen in den Unternehmen jedoch nur, wenn bereits ein integratives Säulenverständnis bzw. ein ganzheitlicher BGM-Ansatz im Unternehmen vertreten wird. Bei getrennter Betrachtung und Ableitung der drei Säulen, so wie dies in einigen der befragten Unternehmen der Fall ist, wird jede Säule einzeln gemanagt. So betrachtet kann Management vielmehr als jene Komponente angesehen werden, die eine langfristige, nachhaltige und strategische Ausrichtung einzelner Säulen und/oder deren Verbindung innerhalb eines Unternehmens sicherstellt. Dazu sollte ein ganzheitliches und zielorientiertes BGM in der Unternehmensstrategie verankert sein. Ein derartig verankertes BGM ermöglicht aufgrund der Zielausrichtung und Kennzahlenorientierung die konsequente Verfolgung seiner (Gesundheits-)Ziele (Zeike & Pfaff, 2022).

Bei der Beschreibung von BGM als ein ganzheitliches, systematisches und nachhaltiges System wird direkt oder implizit auf einen kontinuierlichen Managementansatz verwiesen. Der Prozesscharakter des Managements wird in seiner Minimalform durch den PDCA-Zyklus beschrieben (ÖNORM ISO 45001, Austrian Standards International, 2019, S. 8), der das zentrale Element von Managementansätzen darstellt. Das Akronym PDCA steht für „Plan – Do – Check – Act“ und beschreibt einen wiederkehrenden Zyklus mit permanentem Soll-Ist-Abgleich, der zu einer kontinuierlichen Verbesserung interner

Prozesse führen soll (Lange, 2022, S. 111f). Durch die Integration gesundheitsrelevanter und evidenzbasierter Inhalte in alle Organisationsstrukturen und -prozesse wird ein nachhaltiges und systematisches BGM möglich (Lange, 2022, S. 112). Zusätzlich zur individuellen Wirkebene, die die individuelle Gesundheit zum Ziel hat, wird durch Berücksichtigung des Nachhaltigkeitsaspektes und durch die kontinuierliche Umsetzung von BGM die Wirkebene der organisationalen Gesundheit erreichbar (Lange, 2022).

## 4.5 Limitationen

Im Rahmen der Literaturstudie wurde im Rahmen einer systematischen sowie einer weiterführenden Recherche eine breite Anzahl an Quellen berücksichtigt und zusammengeführt, sodass möglichst eine Vielzahl an Literatur in die Studie einfließen konnte. Dieses weniger strenge Vorgehen ohne starke Ausschlusskriterien berücksichtigt demnach zwar ein breiteres Spektrum an Perspektiven, allerdings wurden somit auch Werke in die Studie einbezogen, die keinen Peer-Review-Prozess durchlaufen haben. Zudem ist es trotz der breiten Suchkriterien durchaus möglich, dass relevante Veröffentlichungen in der Literaturstudie unberücksichtigt geblieben sind. Zum einen hatten die Autor:innen der Literaturstudie zu einzelnen Publikationen keinen Zugang, sodass diese nicht in die Analyse einfließen konnten. Zum anderen ist bei der Recherche englischsprachiger Literatur nicht auszuschließen, dass relevante Publikationen deswegen nicht identifiziert werden konnten, weil der dort verwendete englische Begriff für BGM in dem verwendeten Suchstring nicht enthalten war.

Das Ziel der empirischen Erhebung war es, einen Einblick in die gelebte BGM-Praxis bei einer kleinen Gruppe in Österreich ansässiger Unternehmen mit bereits gut etabliertem BGF bzw. BGM zu bekommen. Eine repräsentative (Voll-)Erhebung von BGM in Österreich war nicht Gegenstand dieser Studie. Obwohl bei der Auswahl der befragten Unternehmen darauf geachtet wurde, eine breite Vielfalt in Bezug auf Betriebsgröße, Wirtschaftszweige und NUTS-Regionen zu berücksichtigen, soll an dieser Stelle erwähnt werden, dass die gezogene Stichprobe zu begrenzt ist, um allgemeingültige Schlussfolgerungen zu ziehen. Ebenso ist anzumerken, dass die gesammelten Informationen ausschließlich von Unternehmen stammen, die als herausragende Beispiele für BGM oder BGF gelten und daher nicht zwangsläufig repräsentativ für „typische“ Betriebe sind. Die Ergebnisse dieser Studie beziehen sich daher hauptsächlich auf Unternehmen, bei denen BGM eine besondere Bedeutung hat und die sich wahrscheinlich intensiver mit den zugrundeliegenden Themen und theoretischen Ansätzen auseinandergesetzt haben als

der Durchschnitt der österreichischen Betriebe. Ebenso ist festzustellen, dass die Stichproben von Expert:innen und Fachgesellschaften im Rahmen dieser qualitativen Studie zu klein sind, um ein vollständiges Bild zu zeichnen. Zukünftige Forschungsvorhaben könnten den Kreis der Interviewpartner:innen so erweitern, dass ein noch umfassenderer Blick auf das Thema gewährleistet wird. Schließlich ist anzumerken, dass die Verteilung der befragten Unternehmen auf die Kategorien Klein(st)-, Mittel- und Großunternehmen nicht die tatsächliche Verteilung der Betriebe in Österreich widerspiegelt. Im Jahr 2023 zählten 96,4 Prozent der österreichischen Unternehmen in der marktorientierten Wirtschaft zu Kleinst- und Kleinunternehmen, hatten also weniger als 50 Beschäftigte (WKO Statistik, 2023). Zukünftige Studien könnten in einem größer angelegten Sampling eine repräsentative Erhebung anstreben.

## 4.6 Fazit

Die vorliegende Kurzstudie ermöglicht es, bedeutsame BGM-Aspekte aus bestehenden Definitionen abzuleiten und mit dem in der österreichischen Praxis vorherrschenden Verständnis in eine gemeinsame Definition einfließen zu lassen. Die Ergebnisse zeigen, dass die drei Säulen ANSch, BGF und BEM als wesentliche Handlungsfelder zu verstehen sind, die unter Einbezug von Managementprozessen vereint und in betriebliche Routinen sowie in Unternehmensziele integriert werden.

Der Kern von BGM zielt darauf ab, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden zu erhalten und zu stärken. Aus dieser Haltung heraus ist BGM zwangsläufig langfristig und nachhaltig orientiert. Statt Einzelmaßnahmen und kurzfristige Lösungen anzubieten, werden durch BGM positive Gesundheitsfaktoren langfristig gefördert und eine gesunde Arbeitsumgebung geschaffen. Diese Prozessorientierung kann durch den Einsatz von Instrumenten und Abläufen aus dem Management gewährleistet werden. In der Minimalform wird der PDCA-Zyklus verknüpft mit gesundheitsrelevanten und evidenzbasierten Inhalten umgesetzt. Dabei ist ein Einbezug aller Unternehmensebenen entscheidend. Ein gelingendes BGM benötigt die Unterstützung der (Spitzen-)Führungskräfte ebenso wie die aktive Beteiligung der Belegschaft und deren Vertreter:innen.

Basierend auf den Ergebnissen der Kurzstudie wird den Beteiligten der Nationalen Strategie „Gesundheit im Betrieb“ folgende Arbeitsdefinition von BGM zur weiteren Diskussion vorgeschlagen:

**Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) ist die systematische und nachhaltige Steuerung und Optimierung von Strukturen und Prozessen für die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation durch das Unternehmen und aller darin Beschäftigten mit dem Ziel, die individuelle und organisationale Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten und/oder zu verbessern. BGM ist als Führungsaufgabe in dessen Management integriert, zeichnet sich durch die systematische Verschränkung der drei Handlungsfelder Arbeitnehmer:innenschutz, Betrieblicher Gesundheitsförderung und Betrieblichem Eingliederungsmanagement auf allen Ebenen des Unternehmens aus und trägt durch die kontinuierliche Umsetzung der daraus resultierenden Maßnahmen zum Erfolg des Unternehmens bei.**

# Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Übersichtstabelle: Rechercheportale und durchsuchte Datenbanken .....	19
Tabelle 2. Operationalisierung der Managementstufen.....	22
Tabelle 3. Befragte Unternehmen.....	24
Tabelle 4. Interviewpartner:innen Unternehmen.....	25
Tabelle 5. Auswertungskategorien.....	27
Tabelle 6. Analyse der drei Säulen in den deutschsprachigen Quellen .....	30
Tabelle 7. Verwendete Konzepte in den englischsprachigen Quellen.....	32
Tabelle 8. Analyse der drei Säulen in deutschsprachigen Quellen .....	34
Tabelle 9. Analyse der drei Säulen in den Quellen.....	36

# Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. BGM-Modell Beispiel Deutschland .....	12
Abbildung 2. BGM-Modell Beispiel Schweiz .....	14
Abbildung 3. BGM-Modell Beispiel Österreich .....	17
Abbildung 4. Flowchart. Systematische Recherche .....	20
Abbildung 5. Managementstufen über alle 131 Quellen.....	41
Abbildung 6. Managementstufen über die 79 Quellen, die BGM im Vordergrund haben..	42
Abbildung 7. Managementstufen über die 79 Quellen, die BGM im Vordergrund haben, getrennt nach DACH und englischsprachig.....	42
Abbildung 8. BGM-Verständnis Unternehmen .....	44
Abbildung 9. BGM-Verständnis Fachgesellschaften .....	49
Abbildung 10. BGM-Verständnis Arbeitsgruppe .....	52
Abbildung 11. BGM-Verständnis Expert:innen .....	54
Abbildung 12. Aussagen und deren Häufigkeiten aus Interviews mit Unternehmen .....	59
Abbildung 13. Vergleich Unternehmensexterner und -interner.....	60



# Literaturverzeichnis

- Abel, B., & Kirschner, M. (2017). Zwischen Politik und Eigeninitiative: Rahmenbedingungen für Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schweiz. In G. Faller, B. Abel, B. Badura, & G. Bauer (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl.). (S. 89–96). Hogrefe.
- Arbeitsgruppe BGM Akteurslandschaft im Rahmen der Institutionellen Plattform BGM (IP BGM). (2021). *BGM Akteurslandschaft Schweiz*.  
<https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/bgm/steckbriefe.pdf.download.pdf/Steckbriefe.pdf>
- Austrian Standards International. (2019). *ÖNORM ISO 45001:2019. Managementsysteme für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit – Anforderungen mit Anleitung zur Anwendung*.
- Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*. Springer.
- Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement ein Leitfaden für die Praxis* (Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 17). Ed. Sigma.
- Badura, B. & Steinke, M. (2009). *Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen: Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation*. Hans-Böckler-Stiftung.
- Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.). (2004). *Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik* (2. Aufl.). Bertelsmann.

- Blattner, A. & Mayer, M. (2018). *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Hrsg.; 6. überarbeitete Aufl.). Österreichisches Netzwerk für BGF.
- Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend. (2020). *Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (Expertenpapier)*. Autor.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank memorial fund quarterly*, 44(3), 166–206.
- Europäisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP (Hrsg.). (1997). Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Autor.
- Faller, G. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl.). Hogrefe.
- Füllemann, D., Inauen, A., Jenny, G., Moser, P. & Bauer, G. (2017). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben, Monitoring-Ergebnisse 2016. *Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier*, 40.
- Giesert, M. (2012). Arbeitsfähigkeit und Gesundheit erhalten. Fördermöglichkeiten im ganzheitlichen Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In *AiB - Arbeitsrecht im Betrieb* (Bd. 5, S. 336–340). VSA.
- Giesert, M., Reuter, T. & Liebrich, A. (2017). Wege zu einem erfolgreichen Arbeitsfähigkeitsmanagement im Wandel der Zeit. In M. Giesert, T. Reuter & A. Liebrich (Hrsg.), *Arbeitsfähigkeit 4.0. Eine gute Balance im Dialog gestalten* (S. 16–31). VSA.
- Giesert, M. & Wendt-Danigel, C. (2011). Handlungsleitfaden für ein Betriebliches Eingliederungsmanagement (Arbeitspapier 199). Abgerufen 17. November 2023

von [https://www.betriebliche-  
eingliederung.de/fileadmin/betriebliche\\_eingliederung/dokumente/links/handlung  
sleitfaden\\_BEM-.pdf](https://www.betriebliche-<br/>eingliederung.de/fileadmin/betriebliche_eingliederung/dokumente/links/handlung<br/>sleitfaden_BEM-.pdf)

Hajji, R., Kitze, K. & Pieck, N. (2022). *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung: Theorien, Ergebnisse und Ansätze*. Springer.

Ilmarinen, J. & Tempel, J. (2002). *Arbeitsfähigkeit 2010: Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?* VSA.

Jimenez, P., Fuchs, F. & Steurer, T. (2023). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Eine systematische Recherche zur Begriffsbestimmung. Ein Forschungsprojekt der Universität Graz in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention*. Unveröffentlichter Bericht, Universität Graz.

Kloimüller, I. & Czeskleba, R. (2018). Erhalt von Arbeitsfähigkeit als wesentliche Aufgabe im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In M. A. Pfannstiel, A. Focke & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM–Ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen* (S. 19–31). Springer Gabler.

Lange, M. (2022). Verständnis und Rahmenmodell des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends* (S. 101–122). Haufe.

Liebrich, A. (2022). Theoretische Rahmenkonzepte im Kontext Gesundheit und Krankheit. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends*. (S. 21–33). Haufe.

- Lindfeld, A. (2022). Gesetzliche Grundlagen im BGM. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends* (S. 83–100). Haufe.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In B. Renneberg & Ph. Hammelstein (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 2–12). Springer.
- Mattig, T. (2023). Wir unterstützen unsere Partner mit bedürfnisgerechten Dienstleistungen. In Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), *Geschäftsbericht 2022 Teil 1: Tätigkeiten und Kennzahlen*. Autor.
- Mayring, P. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. (13., überarbeitete Aufl.). Beltz.
- Pfaff, H. & Zeike, S. (2019). *Controlling im Betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Springer.
- Pfannstiel, M. A., Focke, A., & Mehlich, H. (2018). *Management von Gesundheitsregionen IV*. Springer.
- Pollock, D., Peters, M. D., Khalil, H., McInerney, P., Alexander, L., Tricco, A. C., Evans, C., de Moraes, É. B., Godfrey, C. M. & Pieper, D. (2023). Recommendations for the extraction, analysis, and presentation of results in scoping reviews. *JBI evidence synthesis*, 21(3), 520–532.
- Rosian-Schikuta, I., Horvath, I., Juraszovich, B., Renner, A., Langmann, H. & Atzler, B. (2016). *Institutionelle Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. Internationale Evidenz. Bestandsaufnahme Österreich. Perspektiven (Wissenschaftlicher Ergebnisbericht)*. Gesundheit Österreich GmbH.
- Sayed, M. & Brandes, I. (2022). Institutionen und Akteure im BGM. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches*

*Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends* (S. 140–165).

Springer.

Struhs-Wehr, K. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung*. Springer.

Tempel, J. & Ilmarinen, J. (2015). *Arbeitsleben 2025: Das Haus der Arbeitsfähigkeit im Unternehmen bauen* (2., unveränderte. Aufl.). VSA.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D., Horsley, T. & Weeks, L. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of internal medicine*, 169(7), 467–473.

Udris, I., Kraft, U., Mussmann, C. & Rimann, M. (1992). Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept. *psychosozial*, 15(4), 9–22.

Uhle, T. & Treier, M. (2019). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*.

*Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (4., vollständig aktualisierte und erweiterte Aufl.). Springer.

Ulich, E. & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*.

*Arbeitspsychologische Perspektiven* (6. überarbeitete und erweiterte Aufl.). Springer Gabler.

Weissbrodt, R. (2018). Definitionen, rechtlicher Kontext und historischer Überblick. In *Gesundheitsförderung Schweiz* (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen und Trends* (Bd. 7, S. 14–24). Gesundheitsförderung Schweiz.

WKO Statistik. (2023). *Arbeitgeberbetriebe 2023 Österreich nach Bundesländern und Beschäftigtengrößenklassen.*

<https://www.wko.at/statistik/bundesland/Arbeitgeber.pdf>

Zeike, S., & Pfaff, H. (2022). Kennzahlen im BGM und Steuerung des BGM-Prozesses. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Grundlagen – Standards – Trends* (S. 379–401). Haufe.

# Abkürzungen

ANSch	Arbeitnehmer:innenschutz
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz (Deutschland)
ArG	Arbeitsgesetz (Schweiz)
AsiG	Arbeitssicherheitsgesetz (Deutschland)
BAG	Bundesamt für Gesundheit (Schweiz)
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
DACH	Deutschland (D), Österreich (A), Schweiz (CH)
EHSQ	Environment Health Safty Quality
GFCH	Gesundheitsförderung Schweiz
HR	Human Resources
IfGP	Institut für Gesundheitsförderung und Prävention
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung (Schweiz)
NACE	Nomenclature générale des activités économiques dans les communautés européennes
NUTS	Nomenclature des Unités Territoriales Statistiques
ÖNACE	Österreichische Version der NACE
PDCA	Plan Do Check Act
SGA	Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit
SGB	Sozialgesetzbuch (Deutschland)
UVG	Bundesgesetz über die Unfallversicherung (Schweiz)

# Anhang

## A Anhang Referenzen aus der Literaturstudie

Die Referenzen der Anhänge A.1 bis A.5 wurden der folgenden Publikation entnommen:

Jimenez, P., Fuchs, F. & Steurer, T. (2023). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Eine systematische Recherche zur Begriffsbestimmung. Ein Forschungsprojekt der Universität Graz in Kooperation mit dem Institut für Gesundheitsförderung und Prävention*. Unveröffentlichter Bericht.

### A.1 Anhang Deutschsprachige Referenzen der systematischen Recherche

1. Ahrens, D. (2010). Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement. *SozSi*, 9, 449–460.
2. Bamberg, E., Tanner, G., Baur, C., Stein, M., Schümann, M., Buyx, A., Kuhn, E., Heidbrink, L., Müller, S., Abel, G. & Teusch, C. (2020). GESIOP-Tool für Gesunde Arbeit. In G. Tanner & E. Bamberg (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement (er)weiter(t) denken: Handlungsempfehlungen aus dem Projekt GESIOP* (S. 29–45). Vandenhoeck & Ruprecht.
3. Faller, G. (2011). Wie verbreitet ist die Betriebliche Gesundheitsförderung wirklich? Ein Problemaufriss zur Datenlage in Deutschland. *Prävention*, 34(3), 75–79.
4. Felder, Taudes, Gratzner, Hais, Russinger & Panhölzl. (2022). Das Rehabilitationssystem. In H. Ivansits & C. Wehringer (Hrsg.), *Handbuch Rehabilitation*. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. rdb.at
5. Gansser, O. & Godbersen, H. (2017). Mitarbeiterbindung durch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ergebnisse einer empirischen Studie und Leitlinien für die Praxis. *Zeitschrift Führung + Organisation - zfo*, 86(2), 108–116. [https://www.wiso-net.de/document/BEFO\\_\\_20170410622-BEFO-DOMA](https://www.wiso-net.de/document/BEFO__20170410622-BEFO-DOMA)
6. Giesert, M., Reuter, T. & Liebrich, A. (2017). Wege zu einem erfolgreichen Arbeitsfähigkeitsmanagement im Wandel der Zeit. In M. Giesert, T. Reuter & A. Liebrich (Hrsg.), *Arbeitsfähigkeit 4.0: Eine gute Balance im Dialog gestalten* (16–31). VSA Verlag.
7. Heigl, C. (2015). Das Netzwerk BGF als Erfolgsgeschichte der Sozialversicherung. *SozSi*, 9, 403–410.



8. Jäger, R. S. (2016). Gesundheit und Bildung - ein theoretischer Impetus, welcher den bedeutsamen Forschungsbereich theoretisch und praktisch voranbringen kann. *Empirische Pädagogik*, 30(2), 320–336.  
<https://www.psychauthors.de/psychauthors/index.php?wahl=forschung&uwahl=psychauthors&uuwahl=p06997RJ>
9. Jungkunz, C. & Pichler, H. (2018). Quo vadis – Betriebliches Eingliederungsmanagement. In E. Traut-Mattausch, W. J. Pfeil & R. Mosler (Hrsg.), *Early Intervention: Was kann betriebliches Gesundheits- und Wiedereingliederungsmanagement?* (S. 73–88).
10. Kauffeld, S., Müller, A. & Schulte, E.-M. (2022). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Verknüpfung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Interventionen in Organisationen. In A. Michel & A. Hoppe (Hrsg.), *Springer Nature reference. Handbuch Gesundheitsförderung bei der Arbeit: Interventionen für Individuen, Teams und Organisationen* (S. 317–333). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-28651-4>
11. Kdolsky, A. (2011). Betriebliches Gesundheitsmanagement Gesundheitsförderung im täglichen Arbeitsumfeld. *CFOaktuell*, 2, 75–78. [rdb.at](http://www.rdb.at)
12. Neuner, R. & Bergmann, C. (2010). Das integrative Betriebliche Gesundheitsmanagement - ein Fallbeispiel und Schnittstellenkonzept. *ZPPM Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft, Psychologische Medizin*, 8(2), 25–32. <http://www.asanger.de/zeitschriftzppm/index.php>
13. Reinhofer-Mitterer, B. (2019). Betriebliche Gesundheitsförderung an Hochschulen (am Beispiel der FH JOANNEUM). *N@HZ*, 2, 63–67.
14. Röhrich, S. (2018). Early Intervention und fit2work. In E. Traut-Mattausch, W. J. Pfeil & R. Mosler (Hrsg.), *Early Intervention: Was kann betriebliches Gesundheits- und Wiedereingliederungsmanagement?* (S. 9–26).
15. Traut-Mattausch, E. & Zanchetta, M. (2018). Resümee und Ausblick: Was sollte betriebliches Gesundheitsmanagement können? In E. Traut-Mattausch, W. J. Pfeil & R. Mosler (Hrsg.), *Early Intervention: Was kann betriebliches Gesundheits- und Wiedereingliederungsmanagement?* (S. 89–102).

## **A.2 Anhang Englischsprachige Referenzen aus der systematischen Recherche, verwandte Konstrukte zu BGM**

16. Beck, D., Lenhardt, U., Schmitt, B. & Sommer, S. (2015). Patterns and predictors of workplace health promotion: cross-sectional findings from a company survey in Germany. *BMC public health*, 15(343), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1647-z>
17. Burkert, N. T., Muckenhuber, J., Grossschadl, F., Sprenger, M., Rohrauer-Naf, G., Ropin, K., Martinel, E. & Dorner, T. (2014). Good practice models for public workplace health promotion projects in Austria: promoting mental health. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 164(7-8), 141–145. <https://doi.org/10.1007/s10354-013-0253-x>
18. Cancelliere, C., Cassidy, J. D., Ammendolia, C. & Cote, P. (2011). Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature [Review]. *BMC public health*, 11(395), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-395>
19. Cooklin, A., Joss, N., Husser, E. & Oldenburg, B. (2017). Integrated Approaches to Occupational Health and Safety: A Systematic Review. *American Journal of Health Promotion*, 31(5), 401–412. <https://doi.org/10.4278/ajhp.141027-LIT-542>
20. Day, A. & Helson, T. (2015). Workplace health promotion. In S. Clarke (Hrsg.), *Wiley-Blackwell Handbooks in Organizational Psychology Ser. The Wiley Blackwell Handbook of the Psychology of Occupational Safety and Workplace Health* (S. 377–413). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118979013.ch17>
21. Day, A., Penney, S. A. & Hartling, N. (2019). The psychology, potential perils, and practice of leading healthy workplaces. *Organizational Dynamics*, 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.orgdyn.2018.10.002>
22. Di Fabio, A. (2017). Positive healthy organizations: Promoting well-being, meaningfulness, and sustainability in organizations. *Frontiers in Psychology*, 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01938>
23. Dombrowski, J. J., Snelling, A. M. & Kalicki, M. (2014). Health Promotion Overview: Evidence-Based Strategies for Occupational Health Nursing Practice. *Workplace Health & Safety*, 62(8), 342–349. <https://doi.org/10.1177/216507991406200805>
24. Eriksson, A., Axelsson, R. & Axelsson, S. B. (2010). Development of health promoting leadership - Experiences of a training programme. *Health Education*, 109–124. <https://doi.org/10.1108/09654281011022441>
25. Howard, J., Chosewood, L. C. & Hudson, H. L. (2016). The Perils of Integrating Wellness and Safety and Health and the Possibility of a Worker-Oriented

- Alternative. *New solutions : a journal of environmental and occupational health policy* : NS, 26(3), 345–348. <https://doi.org/10.1177/1048291116656631>
26. Jain, A., Hassard, J., Leka, S., Di, Tecco, C & Iavicoli, S. (2021). The Role of Occupational Health Services in Psychosocial Risk Management and the Promotion of Mental Health and Well-Being at Work [Review]. *International Journal of Environmental Research & Public Health* [Electronic Resource], 18(7). <https://doi.org/10.3390/ijerph18073632>
  27. Janetzke, H. & Ertel, M. (2017). Psychosocial risk management in more and less favourable workplace conditions. *International Journal of Workplace Health Management*, 300–317. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-09-2016-0063>
  28. Jenny, G. J., Bauer, G. F., Vinje, H. F., Brauchli, R., Vogt, K. & Torp, S. (2022). Applying Salutogenesis in the Workplace. In M. B. Mittelmark, G. F. Bauer, L. Vaandrager, J. M. Pelikan, S. Sagy, M. Eriksson, B. Lindström & C. Meier Magistretti (Hrsg.), *The Handbook of Salutogenesis* (2 Aufl., S. 321–336). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3\\_31](https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_31)
  29. Jex, S. M., Swanson, N. & Grubb, P. (2013). Healthy workplaces. In N. W. Schmitt, S. Highhouse & I. B. Weiner (Hrsg.), *Handbook of Psychology: Volume 12: Industrial and Organizational Psychology* (S. 615–642). Wiley. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc12&AN=2012-28468-023>
  30. Jimenez-Merida, M. R., Romero-Saldana, M., Molina-Luque, R., Molina-Recio, G., Meneses-Monroy, A., De, Diego-Cordero, R & Vaquero-Abellan, M. (2021). Women-centred workplace health promotion interventions: a systematic review. *International Nursing Review*, 68(1), 90–98. <https://doi.org/10.1111/inr.12637>
  31. Kuhn, E., Muller, S., Teusch, C., Tanner, G., Schumann, M., Baur, C., Bamberg, E., Heidbrink, L., McLennan, S. & Buyx, A. (2021). Interfaces of occupational health management and corporate social responsibility: a multi-centre qualitative study from Germany. *BMC public health*, 21(1), Artikel 1042, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11016-z>
  32. Lax, M. B. (2016). The Perils of Integrating Wellness and Safety and Health and the Possibility of a Worker-Oriented Alternative. *New Solutions*, 26(1), 11–39. <https://doi.org/10.1177/1048291116629489>
  33. Leka, S. & Cox, T. (2010). Psychosocial risk management at the workplace level. In S. Leka & J. Houdmont (Hrsg.), *Occupational health psychology* (S. 124–156). Wiley-Blackwell. <https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc9&AN=2010-10988-005>

34. Lemon, S. C. & Estabrook, B. (2014). Prevention and management of chronic disease through worksite health promotion. In K. A. Riekert, J. K. Ockene & L. Pbert (Hrsg.), *The handbook of health behavior change* (4th ed., S. 397–416). Springer Publishing Company.  
<https://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc13&AN=2013-41352-020>
35. Magnavita, N. (2023). Workplace Health Promotion Embedded in Medical Surveillance: The Italian Way to Total Worker Health Program. *International journal of environmental research and public health*, 20(4), Artikel 3659, 1–11.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph20043659>
36. Martinsson, C., Lohela-Karlsson, M., Kwak, L., Bergstrom, G. & Hellman, T. (2016). What incentives influence employers to engage in workplace health interventions? *BMC public health*, 16(1), 854–865.  
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3534-7>
37. McDonald, H., Gould, R., Delaney, D. & Vecchio, N. (2021). An investigation of the health-promoting practices of Australian universities. *Health Promotion International*, 36(1), 1403–1412. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab004>
38. Moore, A., Parahoo, K. & Fleming, P. (2011). Managers' Understanding of Workplace Health Promotion within Small and Medium-Sized Enterprises: A Phenomenological Study. *Health Education Journal*, 70(1), 92–101.  
<https://doi.org/10.1177/0017896910364881>
39. Motalebi, M. G., Mohammadi, N. K., Kuhn, K., Ramezankhani, A. & Azari, M. R. (2018). How far are we from full implementation of health promoting workplace concepts? A review of implementation tools and frameworks in workplace interventions. *Health Promotion International*, 33(3), 488–504.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/daw098>
40. Pham, C. T., Lee, C. B., Nguyen, T. L., Lin, J. D., Ali, S. & Chu, C. (2020). Integrative settings approach to workplace health promotion to address contemporary challenges for worker health in the Asia-Pacific. *Global Health Promotion*, 27(2), 82–90. <https://doi.org/10.1177/1757975918816691>
41. Poscia, A., Moscato, U., LaMilia, DI, Milovanovic, S., Stojanovic, J., Borghini, A., Collamati, A., Ricciardi, W. & Magnavita, N. (2016). Workplace health promotion for older workers: a systematic literature review. *BMC Health Services Research*, 16(5), Artikel 329. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1518-z>
42. Potter, R., O'Keeffe, V., Leka, S., Webber, M. & Dollard, M. (2019). Analytical review of the Australian policy context for work-related psychological health and

- psychosocial risks. *Safety Science*, 111, 37–48.  
<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2018.09.012>
43. Punnett, L., Cavallari, J. M., Henning, R. A., Nobrega, S., Dugan, A. G., Cherniack, M. G. & CPH-NEW Research Team (2020). Defining 'Integration' for Total Worker Health: A New Proposal. *Annals of Work Exposures And Health*, 64(3), 223–235.  
<https://doi.org/10.1093/annweh/wxaa003>
  44. Punnett, L., Warren, N., Henning, R., Nobrega, S. & Cherniack, M. (2013). Participatory ergonomics as a model for integrated programs to prevent chronic disease. *Journal of Occupational & Environmental Medicine*, 55(12), 19-24.  
<https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000040>
  45. Rojatz, D., Merchant, A. & Nitsch, M. (2017). Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review [Review]. *Health Promotion International*, 32(5), 831–839.  
<https://doi.org/10.1093/heapro/daw015>
  46. Šidagytė, R., Eglīte, M., Salmi, A., Šorytė, D., Vanadžiņš, I., Hopsu, L., Lerssi-Uskelin, J., Bulotaitė, L., Kozlova, L., Lakiša, S. & Vičaitė, S. (2015). The legislative backgrounds of workplace health promotion in three European countries: a comparative analysis. *Journal of occupational medicine and toxicology (London, England)*, 10(18), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12995-015-0060-y>
  47. Sivris, K. C. & Leka, S. (2015). Examples of Holistic Good Practices in Promoting and Protecting Mental Health in the Workplace: Current and Future Challenges. *Safety and health at work*, 6(4), 295–304.  
<https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.07.002>
  48. Skagert, K. & Dellve, L. (2020). Implementing Organizational WHP Into Practice: Obstructing Paradoxes in the Alignment and Distribution of Empowerment. *Frontiers in Public Health*, 8, Artikel 579197, 1–11.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.579197>
  49. Sun, Y., Sun, X., Ren, J. & Li, B. (2021). Creating Healthy Enterprises: the Workplace Health Action Plan in China. *China CDC weekly*, 3(20), 434–437.  
<https://doi.org/10.46234/ccdcw2021.095>
  50. Tanner, G., Bamberg, E., Baur, C. & Schumann, M. (2019). Workplace Health Promotion Inspired by Corporate Social Responsibility - Interactions Within Supply Chains and Networks. *management revue*(2-3), 213–231.  
<https://doi.org/10.5771/0935-9915-2019-2/3-213>
  51. Tompa, E., Verbeek, J., van,Tulder,M & de,Boer,A (2010). Developing guidelines for good practice in the economic evaluation of occupational safety and health

- interventions. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 36(4), 313–318. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3009>
52. Verra, S. E., Benzerga, A., Jiao, B. & Ruggeri, K. (2019). Health Promotion at Work: A Comparison of Policy and Practice Across Europe. *Safety and health at work*, 10(1), 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2018.07.003>
53. Watkins, C. & English, G. (2015). Moving the worksite health promotion profession forward: is the time right for requiring standards? A review of the literature. *Health Promotion Practice*, 16(1), 20–27. <https://doi.org/10.1177/1524839914547759>
54. Zula, K. (2014). Workplace wellness programs. *The journal of applied business research*, 30(3), 783–791. [https://www.wiso-net.de/document/ECON\\_\\_78953939X](https://www.wiso-net.de/document/ECON__78953939X)

### A.3 Anhang Weiterführende deutschsprachige Referenzen

55. Badura, B., Ritter, W. & Scherf, M. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung: Bd. 17. Ed. Sigma.
56. Badura, B., Walter, U. & Hehlmann, T. (Hrsg.). (2010). Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation (2., vollständig überarb. Aufl.). Springer.
57. Bahr, N., Kellerhoff, S. & Wertz, A. (2018). Die Rolle des Fachkompetenzaufbaus bei der Implementierung einer strukturierten Betrieblichen Gesundheitsförderung. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen (S. 137–162). Springer Gabler.
58. Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), Innovatives Management. Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt: Ein Handbuch (S. 123–134). Hogrefe.
59. Barth, A. (2018). Betriebliche Gesundheitsförderung – Konzepte für Bewegungsanbieter. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen (S. 87–100). Springer Gabler.
60. Bäumker, M., Gasplmayr, M., Gedes, M., Herrmann, J., Hoffmann, N., Lange, M., Obrecht, S., Radant, T., Wolff, I. & Zeike, S. (2021). One size does (not) fit all: BGM als systemischer Ansatz mit individuellen Lösungen. Betriebliche Prävention, 133, 497–544.
61. Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung. (2004). Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik: Vorschläge der Expertenkommission (2. Aufl.). Verlag Bertelsmann-Stiftung.
62. Blattner, A. & Mayer, M. (2018). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (6., überarbeitete Auflage). Österreichisches Netzwerk für BGF.
63. Blumentritt, S., Luig, T., Enklaar, A. & Englert, H. (2023). Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) im Laufe der Zeit: Ein Literatur-Review zu evaluierten Interventionen (2000–2020). Prävention und Gesundheitsförderung. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01018-7>
64. Breitbach, C. (2018). Tue Gutes und sprich darüber – Strategien für eine gelungene Vermarktung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM). In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen (S. 235–250). Springer Gabler.

65. Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend. (2020). Nationale Strategie „Gesundheit im Betrieb“ (Expertenpapier).
66. Deutsche Akkreditierungsstelle (1. Dezember 2015). Spezielle Anforderungen zur Akkreditierung von Zertifizierungsstellen, die Managementsysteme nach DIN SPEC 91020:2012 „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ zertifizieren.
67. DGUV. (2023). Grundsatz 306-002 Präventionsfeld „Gesundheit bei der Arbeit“ Positionierung und Qualitätskriterien.
68. DIN. (2012). DIN SPEC 91020. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Occupational health management. Beuth Verlag.
69. Englert, M. (2019). People Excellence: Nachhaltige Unternehmensführung und Betriebliches Gesundheitsmanagement. In M. Englert & A. Ternès (Hrsg.), Nachhaltiges Management (S. 311–330). Springer Berlin Heidelberg.
70. Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (Hrsg.). (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg (1. Aufl). Springer VS.
71. Faller, G. (2017). Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung? In G. Faller, B. Abel, B. Badura & G. Bauer (Hrsg.), Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 25–38). Hogrefe.
72. Friedrich, M. & Gold, T. (2018). Herausforderung Status quo – von der Ist-Analyse zu den Maßnahmen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen (S. 631–656). Springer Gabler. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8\\_34](https://doi.org/10.1007/978-3-658-22738-8_34)
73. Füllemann, D., Inauen, A., Jenny, G., Moser, P. & Bauer, G [G.]. (2017). Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben: Monitoring-Ergebnisse 2016 (Arbeitspapier 40). Bern und Lausanne. Gesundheitsförderung Schweiz.
74. Gesundheitsförderung Schweiz / Arbeitsgruppe BGM-Kriterien. (2017). Wegleitung Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement: Friendly Work Space. Bern/Lausanne.
75. Gollner, E., Stahl, H. K. & Schnabel, F. (2020). Betriebe gesund managen: Systemorientiertes Handeln für ein nachhaltiges BGM (1. Auflage). Haufe Group.
76. Gonon, A. (2023). Eingliederung als Rechtfertigungsarbeit: Konventionen betrieblicher Arbeitsintegration am Beispiel psychisch erkrankter Beschäftigter (1 Aufl.). Soziologie der Konventionen. Springer Fachmedien Wiesbaden; Imprint Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-41117-6>



77. Graßl, W. & Simmel, M. (2020). Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einführung. In M. Simmel & W. Graßl (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement Mit System: Ein Praxisleitfaden Für Mittelständische Unternehmen* (S. 7–12). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
78. Habermann-Horstmeier, L. (2019). *Von der Betrieblichen Gesundheitsförderung zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement: Kompakte Einführung und Prüfungsvorbereitung für alle interdisziplinären Studienfächer* (1. Aufl.). Hogrefe.
79. Hamberger, M. & Kasa, C. (2018). Wie sich Gesundheits- und Performanzmanagement verzahnen – ein Praktikerdiskurs. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen* (S. 559–588). Springer Gabler.
80. Hartung, S., Faller, G. & Rosenbrock, R. (2021). Betriebliche Gesundheitsförderung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i042-2.0>
81. Huber, S. (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg* (1. Aufl, S. 67–87). Springer VS.
82. Käfer, A.-K. & Niederberger, M. (2020). Die Zukunft des digitalen Betrieblichen Gesundheitsmanagements. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 15(2), 151–158. <https://doi.org/10.1007/s11553-019-00741-4>
83. Kaminski, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis: Ein Leitfaden zur systematischen Umsetzung der DIN SPEC 91020*. Imprint: Springer Gabler. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-01274-8>
84. Klapprott, F. & Buchinger, L. (2018). Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung als Fundament eines strategischen Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen* (S. 715–738). Springer Gabler.
85. Kloimüller, I. & Czeskleba, R. (2018). Erhalt von Arbeitsfähigkeit als wesentliche Aufgabe im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen* (S. 19–32). Springer Gabler.
86. Knöll, K. & Lugbauer, P. (2020). Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Gefährdungsbeurteilung – Zukunftsorientierte Ausrichtung im Unternehmen. In M. Simmel & W. Graßl (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement Mit System:*

- Ein Praxisleitfaden Für Mittelständische Unternehmen (S. 41–50). Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
87. Lampe, M. (2022). Gütekriterien externer Beratung in gesundheitsfördernder Organisationsentwicklung und Kulturarbeit. In R. Hajji, K. Kitze & N. Pieck (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung: Theorien, Ergebnisse und Ansätze* (S. 95–108). Springer.
  88. Lange, M. (2022). Verständnis und Rahmenmodell des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen - Standards - Trends* (1st ed. 2022, S. 101–123). Haufe; Imprint Haufe.
  89. Liebrich, A. (2022). Theoretische Rahmenkonzepte im Kontext Gesundheit und Krankheit. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen - Standards - Trends* (1st ed. 2022, S. 21–33). Haufe; Imprint Haufe.
  90. Peck, A., Sandrock, S. & Stowasser, S. (2018). Herausforderung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – Viele Beschäftigte erreichen. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen* (S. 787–802). Springer Gabler.
  91. Pfannstiel, M. A. & Mehlich, H. (Hrsg.). (2018). *BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen*. Springer Gabler. <http://www.springer.com/>
  92. Rochnowski, S. U. (2018). Gesundheitsmanagement als personale Ressource der Lebensstilmodifikation: Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Nudges für Führungskräfte in Settings. *Entrepreneurial Management und Standortentwicklung*. Springer Fachmedien.
  93. Rosenbrock, R. (2017). Hindernisse erkennen, benennen und überwinden: Perspektiven der betrieblichen Gesundheitspolitik. In G. Faller, B. Abel, B. Badura & G. Bauer (Hrsg.), *Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 501–506). Hogrefe.
  94. Ruppi-Lang, G. & Langer, S. (2018). BGM in Klein- und Kleinstbetrieben erfolgreich umsetzen. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), *BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen* (S. 115–136). Springer Gabler.
  95. Schaff, A. (2022). Grundlagen von Organisationsstruktur und -kultur. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), *Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen - Standards - Trends* (1st ed. 2022, S. 166–185). Haufe; Imprint Haufe.

96. Schnabel, F. & Gollner, E. (2017). Gesundheit im Betrieb: Stimmungsbilder, Bedarf und Bedürfnisse aus Sicht von Unternehmen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht im Auftrag des BMASK. Eisenstadt. FH Burgenland.
97. Singer, S. & Neumann, A. (2010). Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In A. S. Esslinger, M. Emmert & O. Schöffski (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement: Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg (1. Aufl, S. 49–66). Springer VS.
98. Slesina, W. & Bohley, S. (2011). Gesundheitsförderung und Prävention in Settings: Betriebliches Gesundheitsmanagement. In T. Schott & C. Hornberg (Hrsg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit (S. 619–633). VS Verlag für Sozialwissenschaften. [https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9\\_34](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_34)
99. Social Capital and Occupational Health Standard (Hrsg.). (2010). Förderung von Gesundheit und Produktivität in Organisationen durch ein zertifizierbares Betriebliches Gesundheitsmanagement.
100. Struhs-Wehr, K. (2017). Betriebliches Gesundheitsmanagement und Führung: Gesundheitsorientierte Führung als Erfolgsfaktor im BGM. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-14266-7>
101. Tielking, K. & Fietz, H. (2018). Gesundheitsmonitoring als Instrument im Kanon partizipativer Elemente eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements: Ergebnisse einer Evaluation der Polizeiarbeit in Niedersachsen. In M. A. Pfannstiel & H. Mehlich (Hrsg.), BGM – ein Erfolgsfaktor für Unternehmen: Lösungen, Beispiele, Handlungsanleitungen (S. 589–608). Springer Gabler.
102. Treier, M. & Uhle, T. (2016). Einmaleins des betrieblichen Gesundheitsmanagements: Eine Kurzreise in acht Etappen zur gesunden Organisation. essentials. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-12047-4>
103. Uhle, T. & Treier, M. (2019). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen (4. Auflage). Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-25410-0>
104. Ulich, E. & Wülser, M. (2018). Gesundheitsmanagement in Unternehmen: Arbeitspsychologische Perspektiven (7., überarbeitete und erweiterte Auflage). uniscope. Publikationen der SGO Stiftung. Springer Gabler.
105. Wedel, S., Nöfer, E [E.] & Schütz, A [A.] (2022). Betriebliches Gesundheitsmanagement – Analyse akademischer Ausbildungskonzepte in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung, 17(2), 119–127. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00857-6>

106. Weissbrodt, R. (2018). Definitionen, rechtlicher Kontext und historischer Überblick. In A. Blum-Rüegg (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen und Trends. (Bericht 7, S. 14–24). Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
107. Winter, R. & Riedl, R. (2022). Chancen und Herausforderungen eines digitalen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Prävention und Gesundheitsförderung, 17(1), 7–12. <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00830-3>
108. Zink, K. J., Thul, M. J., Maier, A. & Heyer, A. (2010). Für gesunde Arbeitsplätze motivieren: Anreizsysteme zur Verbreitung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (1. Auflage). Verlag Bertelsmann Stiftung.

#### **A.4 Anhang Weiterführende englischsprachige Referenzen**

109. Aura, O., Ahonen, G. & Ilmarinen, J. (2010). Strategic Wellness Management in Finland: The First National Survey of the Management of Employee Well-being. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(12), 1249–1254.  
<http://www.jstor.org/stable/45010168>
110. Hoge, A., Ehmann, A. T., Rieger, M. A. & Siegel, A. (2019). Caring for Workers' Health: Do German Employers Follow a Comprehensive Approach Similar to the Total Worker Health Concept? Results of a Survey in an Economically Powerful Region in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 16(5), 1–15. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050726>
111. Schwatka, N. V., Dally, M., Shore, E., Dexter, L., Tenney, L., Brown, C. E. & Newman, L. S. (2021). Profiles of total worker health® in United States small businesses. *BMC public health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11045-8>
112. Siegel, A., Hoge, A. C., Ehmann, A. T., Martus, P. & Rieger, M. A. (2021). Attitudes of Company Executives toward a Comprehensive Workplace Health Management-Results of an Exploratory Cross-Sectional Study in Germany. *International journal of environmental research and public health*, 18(21).  
<https://doi.org/10.3390/ijerph182111475>

## A.5 Anhang Weitere Literatur aus Vorgaben

113. Abel, B. & Kirschner, M. (2017). Zwischen Politik und Eigeninitiative: Rahmenbedingungen für Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schweiz. In G. Faller, B. Abel, B. Badura & G. Bauer (Hrsg.), Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 89–96). Hogrefe.
114. AGG, 2021/30.12.2021
115. ASchG, 2022/27.07.2022
116. Austrian Standards Institute. (2015). ONR 261264. Indikatoren für Sicherheits- und Gesundheitsmanagementsysteme (03.100.01; 13.100). Austrian Standards Institute.
117. Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W. & Winkelmann, J. (2019). Das österreichische Gesundheitssystem: Akteure, Daten, Analysen. *Gesundheitssysteme im Wandel*, 20(3).
118. Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ladurner, J., Lepuschütz, L., Ostermann, H., Rainer, L., Schmidt, A. E., Zuba, M., Quentin, W. & Winkelmann, J. (2022). *Austria Health system summary 2022*.
119. Blümel, M., Spranger, A., Achstetter, K., Maresso, A. & Busse, R. (2020). Germany Health system review. *Health Systems in Transition*, 22(6).
120. De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F. & Quentin, W. (2015). Switzerland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(4).
121. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ENWHP (Hrsg.). (1997). Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union.
122. Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.). (2009). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.  
[http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/copy\\_of\\_plonearticle.2005-08-19.1439819735](http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar/copy_of_plonearticle.2005-08-19.1439819735)
123. *Gesundheit im Betrieb*. (2023). BGM-Check Auswertung. Betriebliches Gesundheitsmanagement Österreich.
124. GfG, 2006/31.07.2006
125. Gollner, E., Schnabel, F. & Szabo, B. (2022). Das Pinkafelder Modell „Betriebe Gesund Managen“. In R. Hajji, K. Kitze & N. Pieck (Hrsg.), *Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung: Theorien, Ergebnisse und Ansätze* (S. 79–94). Springer.  
[https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3_7)

126. Austrian Standards international. (2019). ÖNORM ISO 45001: Managementsysteme für Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit- Anforderungen mit Anleitung zur Anwendung. Austrian Standards International.
127. Kvas, G. & Langmann, H. (2022). Zielsteuerungssystem „Gesundheit im Betrieb“ Framework.Ziele.Indikatoren. Institut für Gesundheitsförderung und Prävention.
128. Pieck, N. (2022). Betriebliche Gesundheitsförderung als organisationaler Lernprozess. In R. Hajji, K. Kitzte & N. Pieck (Hrsg.), Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung: Theorien, Ergebnisse und Ansätze (S. 17–32). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-35603-3>
129. Sayed, M. & Brandes, I. (2022). Institutionen und Akteure im BGM. In M. Lange, D. Matusiewicz & O. Walle (Hrsg.), Praxishandbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement: Grundlagen - Standards - Trends (1st ed. 2022, 140-165). Haufe; Imprint Haufe.
130. Weber, L. & Fässler, D. (2022). Die Arbeitswelt verändert sich - wohin soll sich das BGM entwickeln? <https://friendlyworkspace.ch/de/die-arbeitswelt-veraendert-sich-wohin-soll-sich-das-bgm-entwickeln>
131. Wedel, S., Nöfer, E [Eberhard] & Schütz, A [Astrid] (2023). Entwicklung eines Anforderungsprofils für Betriebliche Gesundheitsmanager:innen. Prävention und Gesundheitsförderung. Vorab-Onlinepublikation. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-01009-0>

## **B Interview-Leitfragen**

### **B.1 Leitfragen für Expert:innen und Fachgesellschaften**

1. Was verstehen Sie unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement?
2. In der Praxis hat sich eine (sozial-)rechtlich separierte Betrachtung etabliert, die BGM im Wesentlichen in drei Säulen (ANSch / BGF / BEM) gliedert. Wie stehen Sie dazu?
3. Wie können die verschiedenen Interessensgruppen und Akteur:innen das Wissen über BGM und die Verbreitung von qualitativ hochwertiger Umsetzung von BGM in den Betrieben unterstützen?
4. Welche Herausforderungen werden aktuell und zukünftig an das BGM gestellt? Wie wirkt sich das auf die BGM-Praxis aus?

### **B.2 Leitfragen für die Arbeitsgruppe**

1. Was verstehen Sie unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement?
2. Welche Herausforderungen werden aktuell und zukünftig an das BGM gestellt? Wie wirkt sich das auf die BGM-Praxis aus?
3. Wie können die verschiedenen Interessensgruppen und Akteur:innen das Wissen über BGM und die Verbreitung von qualitativ hochwertiger Umsetzung von BGM in den Betrieben unterstützen?

### **B.3 Leitfragen für Führungskräfte**

1. Was verstehen Sie unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement?
2. Wie wird BGM in Ihrem Unternehmen gelebt?
3. Welche konkreten BGM-Maßnahmen werden in Ihrem Unternehmen umgesetzt?
4. Inwiefern ist BGM in Ihrem Unternehmen eine Aufgabe der Führungskräfte?
5. Wie sind Ihre Mitarbeiter:innen und Kolleg:innen in das BGM Ihres Unternehmens eingebunden?

### **B.4 Leitfragen für Belegschaftsvertretungen**

1. Was verstehen Sie unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement?
2. Wie wird BGM in Ihrem Unternehmen gelebt?
3. Welche konkreten BGM-Maßnahmen werden in Ihrem Unternehmen umgesetzt?



4. Inwiefern ist BGM in Ihrem Unternehmen eine Aufgabe des Betriebsrats?
5. Wie sind Ihre Mitarbeiter:innen und Kolleg:innen in das BGM Ihres Unternehmens eingebunden?

### **B.5 Leitfragen für Mitarbeiter:innen**

1. Was verstehen Sie unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement?
2. Wie wird BGM in Ihrem Unternehmen gelebt?
3. Welche konkreten BGM-Maßnahmen werden in Ihrem Unternehmen umgesetzt?
4. Wie sind die Beschäftigten in das BGM Ihres Unternehmens eingebunden?

**Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[email@bmaw.gv.at](mailto:email@bmaw.gv.at)

[bmaw.gv.at](http://bmaw.gv.at)