

Schlussbericht - Kurzversion

zu dem IGF-Vorhaben

Betriebliches Gesundheitsmanagement als Erfolgsfaktor für Logistikdienstleister (LogHealth)

der Forschungsstelle(n)

International Performance Research Institute gGmbH (IPRI)

Das IGF-Vorhaben **17865 N** der Forschungsvereinigung
Gesellschaft für Verkehrsbetriebswirtschaft und Logistik (GVB). e.V. - GVB wurde über die



im Rahmen des Programms zur Förderung der Industriellen Gemeinschaftsforschung (IGF)
vom



Bundesministerium
für Wirtschaft
und Energie

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert.

Stuttgart, 17. Juni 2016

Ort, Datum

Timo Maurer

Name und Unterschrift des/der Projektleiter(s)
an der/den Forschungsstelle(n)

1 Zusammenfassung

Logistikdienstleister (LDL) sind mit einer wettbewerbsintensiven Branche, steigenden Ausfallkosten, zunehmender Belastung der Mitarbeiter und einem Mangel an Nachwuchskräften konfrontiert. Ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) stellt für LDL eine Möglichkeit dar, die Leistungsfähigkeit und das Erfahrungswissen der Mitarbeiter zu erhalten, Ausfallkosten zu senken und ihre Attraktivität für junge Fachkräfte zu steigern.

Bei der Einführung von BGM stehen LDL aufgrund der spezifischen Berufsgruppen, der Arbeitsbedingungen sowie der Organisationsstrukturen vor besonderen Herausforderungen. Während BGM für verschiedene Branchen bereits untersucht wurde, wurde dies für LDL bisher nicht thematisiert. Dieses Thema wurde nun im Schwerpunkt Controlling & Nachhaltigkeit behandelt.

Ziel des Forschungsprojektes war es, ein Vorgehen zur Einführung eines BGMs für LDL zu erarbeiten. Im Projekt LogHealth wurde daher ein Vorgehensmodell zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie erarbeitet. Des Weiteren wird aufgezeigt, wie Gesundheitsziele durch Kennzahlen operationalisiert und Maßnahmen systematisch abgeleitet und implementiert werden. Um die Partizipation der Mitarbeiter am BGM zu fördern, wurden Ausgestaltungsmöglichkeiten eines gesundheitsorientierten Anreizsystems identifiziert, bewertet und Empfehlungen ausgesprochen. Da BGM von LDL die Erledigung zahlreicher Aufgaben erfordert, die in allen Unternehmensbereichen anfallen, wurden im Rahmen des Forschungsprojekts geeignete Organisationsformen zur festen Verankerung eines BGMs im Unternehmen identifiziert.

Die erarbeiteten Ergebnisse des Projekts in der Übersicht:

- Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie für kleine und mittelständische LDL.
- Kennzahlen für die gezielte Steuerung und Kontrolle des BGMs bei LDL.
- Handlungsleitfaden mit kategorisierten und bewerteten Maßnahmen zur gezielten Gesundheitsförderung von Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen der LDL unter Berücksichtigung der spezifischen Ansatzpunkte und Intentionen.
- Ausgestaltung gesundheitsorientierter Anreizsysteme, die die Mitarbeiterpartizipation und das gesundheitsbewusste Verhalten der Beschäftigten fördern.
- Unternehmens- und branchenspezifische Lösung zur organisatorischen Verankerung des BGMs.

Die Ziele des Vorhabens wurden erreicht.

Das IGF-Vorhaben 17865 N der Forschungsvereinigung Gesellschaft für Verkehrsbetriebswirtschaft und Logistik e.V. – GVB, Wiesenweg 2, 93352 Rohr, wurde über die AiF im Rahmen des Programms zur Förderung der industriellen Gemeinschaftsforschung und -entwicklung (IGF) vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert.

Für die Förderung und Unterstützung sei gedankt.

II Inhaltsverzeichnis (Überblick)

1 Zusammenfassung	II
II Inhaltsverzeichnis (Überblick)	III
II Inhaltsverzeichnis (ausführliche Darstellung)	IV
III Abbildungsverzeichnis	V
IV Tabellenverzeichnis	VI
V Abkürzungsverzeichnis	VII
2 Zielsetzung	1
3 Durchführende Forschungsstelle	21
4 Förderhinweis	22
VI Literaturverzeichnis	XI

II Inhaltsverzeichnis (ausführliche Darstellung)

1 Zusammenfassung	II
II Inhaltsverzeichnis (Überblick)	III
II Inhaltsverzeichnis (ausführliche Darstellung)	IV
III Abbildungsverzeichnis	V
IV Tabellenverzeichnis	VI
V Abkürzungsverzeichnis	VII
2 Zielsetzung	1
2.1 Arbeitspaket 1: Entwicklung einer Gesundheitsstrategie	1
2.1.1 <i>Ergebnis: Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie für LDL (Teilziel 1)</i>	1
2.2 Arbeitspaket 2: Operationalisierung der strategischen Ziele durch Kennzahlen	4
2.2.1 <i>Ergebnis: Quantitative und qualitative Kennzahlen zur Operationalisierung strategischer Ziele, zur Steuerung und Kontrolle des BGMs bei LDL (Teilziel 2)</i>	5
2.3 Arbeitspaket 3: Entwicklung eines Handlungsleitfadens mit kategorisierten, branchenspezifischen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements	6
2.3.1 <i>Ergebnis: Handlungsleitfaden mit kategorisierten, gesundheitsfördernder Maßnahmenvorschlägen (Teilziel 3)</i>	6
2.3.2 <i>Katalog mit Maßnahmenvorschlägen</i>	6
2.4 Arbeitspaket 4: Validierung und Bewertung der Maßnahmen.....	8
2.4.1 <i>Bewertete gesundheitsfördernde Maßnahmen</i>	8
2.5 Arbeitspaket 5: Anreizsysteme zur Förderung der Mitarbeiterpartizipation	11
2.5.1 <i>Ergebnis: 1.Ausgestaltungsmöglichkeiten des Anreizsystems, um die Partizipation der Mitarbeiter zu fördern</i>	11
2.6 Arbeitspaket 6: Integration des BGMs in die bestehenden Organisationsstrukturen, insb. in die Management- und Controlling-Prozesse.....	13
2.6.1 <i>Ergebnis: Möglichkeiten der Organisation des BGMs als virtuellen Querschnittsbereich über alle Unternehmensabteilungen und -hierarchien (Teilziel 6)</i>	14
2.6.2 <i>Ergebnis: Abbildung des BGMs in einem empfängerorientierten Gesundheitsreporting, um Ziele aufzuzeigen und Lücken messbar zu machen (Teilziel 6)</i>	16
3 Durchführende Forschungsstelle	21
3.1 International Performance Research Institute gemeinnützige GmbH.....	21
4 Förderhinweis	22
VI Literaturverzeichnis	XI

III Abbildungsverzeichnis

Abbildung 3-1: Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie	2
Abbildung 3-2: BGM-Umsetzungsmodell für KMU	2
Abbildung 3-29: Vorgehensmodell zur Ergebnisbearbeitung.....	11
Abbildung 3-30: Basiselemente eines Belohnungssystems.....	12
Abbildung 3-34: Akteure und Anspruchsgruppen des BGM	15
Abbildung 3-40: Aufbau eines Reportingkonzepts	17
Abbildung 3-41: Vorgehensmodell zur Abbildung der Kennzahlen im Gesundheitsreporting	19

IV Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-6: Übersicht über Maßnahmvorschläge für einzelne Berufsgruppen	7
Tabelle 3-26: Erläuterung der Aufgabenkategorien	14
Tabelle 3-36: Wichtige Berichtsempfänger im BGM	18

V Abkürzungsverzeichnis

AiF	Arbeitsgemeinschaft industrieller Forschungsvereinigungen „Otto von Guericke“ e.V.
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
GVB	Gesellschaft für Verkehrsbetriebswirtschaft und Logistik e.V.
IPRI	International Performance Research Institute gemeinnützige GmbH
KMU	Kleine und mittelständische Unternehmen
PA	Projektbegleitender Ausschuss

2 Zielsetzung

Ziel des Forschungsprojektes war es, ein Vorgehen zur Einführung eines BGMs für LDL zu erarbeiten. Im Projekt LogHealth wurde daher ein Vorgehensmodell zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie erarbeitet. Des Weiteren wird aufgezeigt, wie Gesundheitsziele durch Kennzahlen operationalisiert und Maßnahmen systematisch abgeleitet und implementiert werden. Um die Partizipation der Mitarbeiter am BGM zu fördern, wurden Ausgestaltungsmöglichkeiten eines gesundheitsorientierten Anreizsystems identifiziert, bewertet und Empfehlungen ausgesprochen. Da BGM von LDL die Erledigung zahlreicher Aufgaben erfordert, die in allen Unternehmensbereichen anfallen, wurden im Rahmen des Forschungsprojekts geeignete Organisationsformen zur festen Verankerung eines BGMs im Unternehmen identifiziert.

Die Teilziele des Projekts in der Übersicht:

- Erarbeitung einer Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie für kleine und mittelständische LDL.
- Abbildung logistikspezifischer Gesundheitskennzahlen zur Messung der Zielerreichung
- Entwicklung eines Handlungsleitfadens mit gesundheitsfördernden Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Ziele, kategorisiert nach Intention, Berufsgruppe und Ansatzpunkt.
- Validierung und Bewertung der Maßnahmen
- Erarbeitung von Anreizsystemen, die gesundheitsorientiertes Verhalten und die Partizipation der Mitarbeiter aktiv fördern.
- Abbildung branchenspezifischer Lösungen zur organisatorischen Verankerung eines BGMs und Implementierung in das Informationssystem.

2.1 Arbeitspaket 1: Entwicklung einer Gesundheitsstrategie

Die folgenden Ergebnisse waren Gegenstand dieses Arbeitspakets:

Geplante Ergebnisse lt. Antrag	Erzielte Ergebnisse
1. Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie für LDL (Teilziel 1)	1. Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie für LDL (Teilziel 1)

2.1.1 Ergebnis: Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie für LDL (Teilziel 1)

Die **Entwicklung einer Gesundheitsstrategie** erfolgt mittels der, im strategischen Management, üblichen Aktivitäten für die Strategieentwicklung.¹ Werden die einzelnen Schritte nacheinander, wie nachfolgend beschrieben, durch ein Unternehmen durchlaufen, dann stehen am Ende strategische Gesundheitsziele für einen mittelständischen LDL. Die Schrittfolge bildet daher eine Checkliste, im Sinne von zu erfüllenden Aktivitäten, für die Entwicklung einer Gesundheitsstrategie (Abbildung 2-1). Die einzelnen Schritte sind nachfolgend erläutert.

¹ Stöger (2007); Horváth (1998)



Abbildung 2-1: Checkliste zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie

Das Vorgehen zur Strategieentwicklung orientiert sich an dem BGM-Umsetzungsmodell, welches innerhalb des Projekts entwickelt wurde und nachfolgend beschrieben wird.

2.1.1.1 BGM-Umsetzungsmodell für KMU

Um KMU die Umsetzung eines strategiebasierten BGMs zu ermöglichen wurde ein BGM-Umsetzungsmodell entwickelt. Das weithin erprobte Umsetzungsmodell von Epstein und Buhovac (2014) in Bezug auf die strategiebasierte Umsetzung des BGMs weiterentwickelt (Abbildung 2-2).²

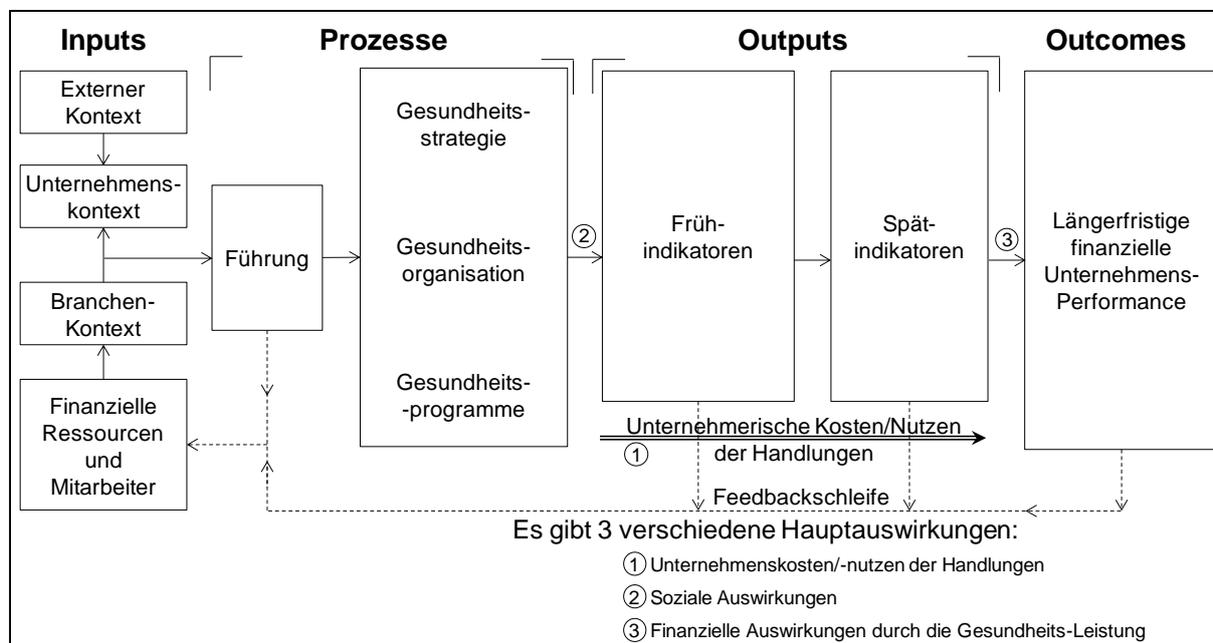


Abbildung 2-2: BGM-Umsetzungsmodell für KMU

Für die Umsetzung des BGMs sind alle Teilbereiche des Umsetzungsmodells zu adressieren. Das Umsetzungsmodell bildet somit die Grundlage der Aktivitäten zur Entwicklung einer Gesundheitsstrategie (Checkliste). Ausgehend von der strategischen Analyse und der Erarbeitung von Optionen werden strategische BGM-Ziele abgeleitet, die alle Bereiche des Umsetzungsmodells adressieren.

2.1.1.2 Analyse strategischer Grundlagen

Die Ziele der Analyse sind

- den aktuellen Status des BGMs in einem Unternehmen zu erfassen,
- interne und externe Einflüsse auf die BGM-Umsetzung zu identifizieren und zu bewerten sowie

² Epstein/Buhovac (2014)

- Aussagen zur Gesundheitssituation der Mitarbeiter des Unternehmens zu treffen.

Unterschieden werden zwei Perspektiven. In der **internen Analyse** werden die Stärken und Schwächen des Unternehmens, die beim Aufbau eines BGMs berücksichtigt werden, identifiziert. Die **externe Analyse** stellt die potenziellen Chancen und Risiken des BGMs in den Fokus. Zusammengenommen entsprechen die Perspektiven einer **SWOT-Analyse** (Strength-Weaknesses/Opportunities-Threats), welche üblicherweise im strategischen Management eingesetzt wird.³

Die Analyse umfasst insgesamt den Input-Bereich des Umsetzungsmodells. Die externe Analyse adressiert dabei die Analyse des externen Kontexts sowie die Analyse des Branchenkontexts. Die interne Analyse betrifft die Bereiche Unternehmenskontext sowie Ressourcen. Den Schwerpunkt der SWOT-Analyse insgesamt bildet die **Analyse der betrieblichen Gesundheitssituation**, da es das Ziel des BGMs ist, diese kontinuierlich zu verbessern, um ein „gesundes Unternehmen“ betreiben zu können.

Die **externe Analyse** erfasst Informationen zu Chancen und Risiken des BGMs aus mehreren Quellen, z. B. die aktuelle Gesetzgebung sowie Brancheninitiativen für den Bereich des BGMs. Als Beispiele sei das Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) genannt. Dazu sind Studien wie die jährlichen Fehlzeitenreports sowie Megatrends wie der demografische Wandel in die Auswertung einzubeziehen. Letztlich können die Anwendung ergänzender Instrumente (z. B. PESTEL-Analyse) sowie die Befragung von Experten, wie z. B. Wissenschaftler im Bereich des BGMs, weitere Erkenntnisse beitragen.

2.1.1.3 Erarbeitung von strategischen Optionen

Strategische Optionen bilden die Verbindung zwischen den Ergebnissen der internen und externen Analyse und den strategischen BGM-Zielen. Die Überleitung erfolgt durch drei Schritte:

1. durch die grundsätzliche Bewertung der Beeinflussbarkeit der Analyseergebnisse,
2. durch die Ableitung von SWOT-Optionen sowie
3. durch die Bewertung der strategischen Relevanz der Optionen.

Am Ende stehen strategische Optionen, die die Grundlage für die Beschreibung strategischer Ziele bilden.⁴

Im **ersten Schritt** haben die Analyseergebnisse Priorität, die sowohl durch das Unternehmen beeinflussbar als auch von hohem Ausmaß sind. Zunächst wird dazu grundsätzlich bewertet, inwiefern die Analyseergebnisse durch das Unternehmen beeinflussbar sind. Dies gilt insbesondere für die Ergebnisse der Analyse der Gesundheitssituation des Unternehmens. So ist die lange Abwesenheit der Fernverkehrsfahrer von zu Hause (psychosoziale Belastung) nicht durch das Unternehmen beeinflussbar, sondern ist dem Berufsbild des Fernverkehrsfahrers immanent. Hingegen sind die mangelhafte Kommunikation, der Führungskräfte mit den Mitarbeitern sehr gut durch das Unternehmen beeinflussbar. Bei Analyseergebnissen, die die Gesundheitssituation des Unternehmens betreffen wird zudem das Ausmaß der gesundheitlichen Belastung für die Mitarbeiter bestimmt.

³ Kaplan/Norton (2001); Kerth et al. (2011)

⁴ Mahnke et al. (2010)

In Schritt 2 werden aus den verbliebenen Ergebnissen SWOT-Optionen abgeleitet. Dazu werden die Ergebnisse der SWOT-Matrix „übereinandergelegt“. Unterschieden werden in der Folge:

- **SO-Optionen:** Diese dienen zur Nutzung der Chancen des Unternehmens unter Einsatz von dessen Stärken.
- **ST-Optionen:** Demgegenüber strebt man bei den ST-Optionen den Ausgleich bzw. die Entschärfung von Risiken durch Rekurrenieren auf eigene Stärken an.
- **WO-Optionen:** Mit WO-Optionen will man Chancen nutzen, indem Unternehmensschwächen abgebaut werden.
- **WT-Optionen:** WT-Optionen zielen darauf ab, Schwächen abzubauen und Risiken zu reduzieren.

Welche Optionen letztlich für das weitere Vorgehen eingesetzt werden, kann nur unternehmensspezifisch beantwortet werden. Pragmatisch kann die Regel „Stärken stärken, Schwächen schwächen“ empfohlen werden, die den SO- sowie den WT-Optionen Vorrang gibt. Die Ableitung von strategischen Optionen erfolgt als kreativer Prozess und kann durch entsprechende Kreativitätstechniken wie Brainstorming und der 6-3-5-Methode unterstützt werden.

Im letzten Schritt erfolgt die Auswahl strategischer Optionen. Diese sind sowohl durch eine hohe Bedeutung für die Mitarbeiter als auch durch eine hohe wirtschaftliche Bedeutung gekennzeichnet. Praktisch kann die Bewertung der SWOT-Optionen innerhalb einer Matrix erfolgen.

2.1.1.4 Ableitung strategischer Ziele

Aus den strategischen Optionen werden strategische BGM-Ziele abgeleitet. Hierbei ist zu diskutieren, welche Ziele aus den strategischen Optionen gewonnen werden können. Einerseits können einzelne Optionen zu mehreren Zielen führen. Andererseits können sich mehrere Optionen in einem einzigen Ziel widerspiegeln.

Die Ableitung der strategischen Ziele aus den strategischen Optionen ist ein kreativer Prozess, der unternehmensspezifisch auszugestalten ist. Die BGM-Ziele richten sich nach den Bedürfnissen des Unternehmens. Die Vorgabe generischer Ziele ist daher nicht sinnvoll. Es können lediglich Hinweise gegeben werden, die die Ableitung strategischer Ziele unterstützen.

Besonders ist bei der Formulierung der Ziele darauf Wert zu legen, dass sie „SMART“ formuliert sind (spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch, terminiert).⁵ Ferner ist wichtig auf eine Ausgewogenheit der Ziele zu achten. Möglichst alle Bereiche des Umsetzungsmodells sollten in den strategischen Zielen wiederzufinden sein.

2.2 Arbeitspaket 2: Operationalisierung der strategischen Ziele durch Kennzahlen

Die folgenden Ergebnisse waren Gegenstand dieses Arbeitspakets:

Geplante Ergebnisse lt. Antrag	Erzielte Ergebnisse
1. Kennzahlen für die gezielte Steuerung und Kontrolle des BGMs bei LDL (Teilziel 2)	1. Quantitative und qualitative Kennzahlen zur Operationalisierung der strategischen Ziele zur Steuerung und Kontrolle des BGMs bei LDL (Teilziel 2)

⁵ Eyer/Hausmann (2009)

2.2.1 Ergebnis: Quantitative und qualitative Kennzahlen zur Operationalisierung strategischer Ziele, zur Steuerung und Kontrolle des BGMs bei LDL (Teilziel 2)

2.2.1.1 Grundsätzliches Vorgehen zur Auswahl von Kennzahlen

Das Vorgehen zur Auswahl geeigneter Kennzahlen lässt sich in drei wesentlichen Schritten darstellen: 1. Vorschläge erarbeiten, 2. Messgrößen auswählen, 3. Implementierung sicherstellen. Zunächst müssen Vorschläge an Kennzahlen erarbeitet werden, die zur Kontrolle und Steuerung der Erreichung der Gesundheitsziele geeignet sind. Anschließend werden aus den Vorschlägen Messgrößen ausgewählt, deren Implementierung letztlich noch sichergestellt werden muss. Bei der Erarbeitung von **Kennzahlenvorschlägen** muss zunächst zwischen **Analyse-** und **Steuerungskennzahlen** unterschieden werden. Im Falle dieses Forschungsvorhabens wurden zunächst Analysekenzahlen identifiziert, auf Basis vorhandener Daten mit Gesundheitsbezug in den Unternehmen (z.B. Krankenstand) und auf Basis der von Krankenkassen zur Verfügung stehenden Daten (z.B. Anteil häufigster Krankheitsarten nach AU-Fällen). Diese im Unternehmen oder bei Krankenkassen vorhandenen Daten können zur Diagnose und damit zur Analyse der Gesundheitssituation genutzt werden.

Die Analysekenzahlen wurden nach den Bereichen Fehlzeiten, Fluktuation, Alter, Überstunden kategorisiert. Die Fehlzeiten wurden dabei in fünf Kategorien unterteilt: Die Fehlzeiten als eine Kategorie werden nochmals aufgegliedert in Kennzahlen hinsichtlich der Krankenfälle, der kranken Personen und der Krankheitsdauern. Die Anzahl der Krankenfälle sagten dabei aus, wie viele Krankmeldungen es im Unternehmen gab. In den Gesprächen mit den Unternehmen kristallisierte sich eine Unterteilung nach Kostenstellen (KST) als am sinnvollsten heraus.

Auf Basis dieser Analyse können die strategischen Gesundheitsziele entwickelt werden (siehe Checkliste zur Erarbeitung einer Gesundheitsstrategie). Zur Operationalisierung bzw. Messbarmachung der strategischen Gesundheitsziele müssen im Anschluss weitere Kennzahlen identifiziert werden. Zur Erarbeitung von Vorschlägen an Kennzahlen, die zur Operationalisierung der strategischen Gesundheitsziele genutzt werden können, wurde auf bestehende Kennzahlenkataloge bzw. Systeme zurückgegriffen (z.B. GRI Sustainability Guidelines (Social – Labor Practices and Decent Work, Human Rights, MIKE). Um ein Ziel mittels der Kennzahl steuern zu können, empfiehlt es sich, für verschiedene Perspektiven (Eingangs-, Prozess-, Ergebnis- und Finanzperspektive) eine Kennzahl zu definieren.

In der **Eingangsperspektive** des Ziels soll mittels der Kennzahl erfasst werden, was in ein System wie beispielsweise das Unternehmen oder den Mitarbeiter, einfließt, um das Ziel zu erreichen. In der **Prozessperspektive** soll die Kennzahl erfasst werden, wie der Input verarbeitet wird und wirkt. In der **Ergebnisperspektive** soll durch die Kennzahl erfasst werden, wie die Verarbeitung des Inputs wirkt und was das daraus resultierende Ergebnis ist, wobei die Ursache-Wirkungsbeziehung hier nicht immer eindeutig gegeben ist. Zuletzt ist die **Finanzperspektive** lediglich eine spezielle Form der Ergebnisperspektive. Es werden die Ergebnisgrößen monetarisiert. Sofern auf Basis der zuvor gesammelten Kennzahlenkataloge und Kennzahlen aus den Berichten der Krankenkassen und Unternehmen keine Kennzahlen zur Operationalisierung geeignet sind, können auch neue Kennzahlen entwickelt werden. Deshalb gilt die Operationalisierung zum Teil auch als kreative Tätigkeit. Bei der Auswahl der Kennzahlen gilt es angesichts der beschriebenen Anforderungen an Kennzahlen bei kleinen und mittelständischen Logistikdienstleistern, die Komplexität eines Kennzahlenkatalogs gering zu

halten. Hiermit kann trotz herrschender Ressourcenknappheit die Steuerung und Kontrolle der Gesundheitsziele bewältigt werden.

2.3 **Arbeitspaket 3: Entwicklung eines Handlungsleitfadens mit kategorisierten, branchenspezifischen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements**

Die folgenden Ergebnisse waren Gegenstand dieses Arbeitspakets:

Geplante Ergebnisse lt. Antrag	Erzielte Ergebnisse
1. Belastungsprofile der spezifischen Berufsgruppen eines LDL	1. Belastungsprofile der spezifischen Berufsgruppen eines LDL
2. Katalog mit kategorisierten, branchenspezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmenvorschlägen (Teilziel 3)	2. Katalog mit kategorisierten, branchenspezifischen gesundheitsfördernden Maßnahmenvorschlägen (Teilziel 3)

2.3.1 *Ergebnis: Handlungsleitfaden mit kategorisierten, gesundheitsfördernder Maßnahmenvorschlägen (Teilziel 3)*

2.3.1.1 *Belastungsprofile der verschiedenen Berufsgruppen eines Logistikdienstleisters*

Zur Erarbeitung gesundheitsfördernder Maßnahmen für die verschiedenen Berufsgruppen eines Logistikdienstleisters, müssen zunächst die vorherrschenden Belastungen der einzelnen Berufsgruppen identifiziert und beschrieben werden. Die Belastungen resultieren demnach aus psychosozialen, physischen, verhaltensunterstützenden Einflüssen sowie Einflüssen des Unternehmensfeldes.

2.3.2 *Katalog mit Maßnahmenvorschlägen*

Auf Basis der Belastungsprofile wurde ein Katalog mit Maßnahmenvorschlägen entwickelt. Diese Maßnahmen werden in Maßnahmensteckbriefen beschrieben, die der Implementierung dieser Maßnahmen dienen (Tabelle 2-1).

Berufsgruppe	Person	Situation	Organisation
Führungskräfte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Food Labeling (z.B. in der Kantine) ▪ Hinweisschilder zur Treppennutzung ▪ Stressmanagement-Seminar ▪ Einrichtung „störungsfreier“ Zeiten ▪ Fitnessraum ▪ Pausenraum ▪ Schrittzähler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergonomische Gestaltung der Büroarbeitsplätze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Job Redesign (Neuorganisation von Job Rotation, Job Enlargement, Job Rotation) ▪ Einrichtung „störungsfreier“ Zeiten
Kfm. Mitarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Food Labeling in der Kantine ▪ Hinweisschilder zur Treppennutzung ▪ Trainingsprogramm am Arbeitsplatz ▪ Einrichtung „störungsfreier“ Zeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergonomische Gestaltung der Büroarbeitsplätze ▪ Anreizsystem 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Job Redesign (Neuorganisation von Job Rotation, - Enlargement, - Rotation) ▪ Unterbrechung der sitzenden Tätigkeit

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fitnessraum ▪ Pausenraum ▪ Schrittzähler 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einrichtung „störungsfreier“ Zeiten
Lagerarbeiter	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Food Labeling (z.B. in der Kantine) ▪ Hebetraining ▪ Aktives Trainingsprogramm ▪ Schulung zur ergonomischen Haltung auf dem Gabelstapler und zum körperschonenden Fahren ▪ Schulung zur ergonomischen Gestaltung von Fahrzeug und Untergrund ▪ Fitnessraum ▪ Pausenraum ▪ Schrittzähler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reduktion des durch Stapler verursachten Lärms ▪ Bereitstellung von Möglichkeiten zum Gehörschutz ▪ Installation von Ab- und Entlüftungsanlagen ▪ Hinweis- und Warnschilder ▪ Verpflichtung der MA zum Tragen von Schutzkleidung ▪ Bandagen für die Lendenwirbelsäule ▪ Ergonomische Gestaltung der Lagerarbeitsplätze (Verringerung Vibration) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Job Redesign (Neuorganisation von Job Rotation, - Enlargement, - Rotation)
Fahrer	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alertness-Management ▪ Fahrsicherheitstraining ▪ Schulung zur Reduktion von Risikofaktoren (in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen) ▪ Kooperation mit Fitnessstudios (i.F.d. Fernfahrer) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lärmschutzvorrichtung für Fahrer- und Schlafkabine ▪ Standklimaanlage ▪ Verbesserung der Sitz- und Schlafplatzergonomie ▪ Unterstützung bei gesundheitsorientierter Ernährung 	
Disponenten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Food Labeling (z.B. in der Kantine) ▪ Hinweisschilder zur Treppennutzung ▪ Yoga ▪ RSI Quick Scan ▪ Fitnessraum ▪ Pausenraum ▪ Schrittzähler 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergonomische Gestaltung der Büroarbeitsplätze 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Job Redesign (Neuorganisation von Job Rotation, - Enlargement, - Rotation)
Berufsgruppenübergreifend	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Brief Interventions ▪ Entspannungstherapie ▪ Ermöglichung sportlicher, körperlicher Betätigung ▪ Sportgruppen ▪ Ernährungsberatung ▪ Unterbindung der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anreizsystem ▪ Angebot an kostenfreiem Wasser und Obst 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BGM Scouts ▪ Unterbindung der Erreichbarkeit außerhalb der Arbeitszeit

Tabelle 2-1: Übersicht über Maßnahmenvorschläge für einzelne Berufsgruppen

2.4 Arbeitspaket 4: Validierung und Bewertung der Maßnahmen

Die folgenden Ergebnisse waren Gegenstand dieses Arbeitspakets:

Geplante Ergebnisse lt. Antrag	Erzielte Ergebnisse
1. Leitfaden zur Implementierung und Katalog mit bewerteten und validierten Maßnahmen (Teilziel 4)	1. Leitfaden zur Implementierung und Katalog mit bewerteten und validierten Maßnahmen (Teilziel 4)

2.4.1 Bewertete gesundheitsfördernde Maßnahmen

Zu den Maßnahmen aus dem Maßnahmenkatalog wurde nach Studien recherchiert, die die Wirksamkeit dieser Maßnahmen untersuchen. Um die Wirksamkeit zu beurteilen und über die weitere Berücksichtigung der Maßnahme zu entscheiden mussten folgende Fragen zu jeder Studie beantwortet werden:

- Gibt es mindestens einen positiven Effekt bezüglich der Verringerung oder Behebung von bestehenden Belastungen (siehe Belastungsprofile)?
- Sind diese Effekte signifikant?

Werden beide Fragen mit ja beantwortet wird die Maßnahme im bewerteten Maßnahmenkatalog aufgenommen und in einem Maßnahmensteckbrief beschrieben.

Die Wirksamkeit von jenen Maßnahmen, für die keine Studien existieren, wurde im Rahmen eines Workshops mit Gesundheitsexperten (Gesundheitsberater, Sportwissenschaftler und Physiotherapeut) diskutiert. Im Rahmen dieses Workshops wurden ebenfalls die evidenzbasierten Studien diskutiert, um zusätzliche Informationen zu generieren. Die Gesundheitsexperten mussten - sofern möglich - folgende Fragen zu den Studien beantworten:

- Haben diese Maßnahmen bei einem Ihrer Projekte in der Vergangenheit zu positiven gesundheitsbezogenen Auswirkungen geführt?
- Wenn ja, innerhalb welcher Handlungsfelder bzw. in Bezug auf welche Belastungen?
- Worauf muss bei der Umsetzung dieser Maßnahme ggf. geachtet werden?
- Welche Kosten fallen bei der Umsetzung der Maßnahmen an?

2.4.1.1 Vereinfachtes Vorgehen zur Implementierung bei mittelständischen Logistikdienstleistern: Schritt 1: Ermittlung von Belastungen

Zunächst müssen die Belastungen der Mitarbeiter identifiziert werden. Hierzu kann zum einen auf die Ergebnisse der beschriebenen quantitative Analyse (z. B. Was sind die häufigsten Krankheitsarten?) und qualitative Analyse (z. B. Befragung der Mitarbeiter zu den vier Einflussbereichen: psychosoziale, physische, verhaltensunterstützende Einflüsse und Einflüsse des Unternehmensumfelds) zurückgegriffen werden. Bei Logistikdienstleistern sind die Belastungen der verschiedenen Berufsgruppen sehr unterschiedlich. Um den mittelständischen Logistikdienstleistern eine Hilfestellung bei der Ermittlung von Belastungen zu leisten, kann auf die Belastungsprofile zurückgegriffen werden. Diese wurden auf Basis einer Literaturrecherche und in Interviews mit den Mitarbeitern aus den Unternehmen des PA ermittelt und umfassen die wesentlichen Belastungen aus den vier Einflussbereichen des WHO Frameworks.⁶ Diese sind in der ausführlichen Version des Abschlussberichts zu finden.

⁶ WHO (1948)

2.4.1.2 Schritt 2: Auswahl von Maßnahmen

Die Maßnahmen werden auf Basis der Belastungsprofile ausgewählt. Da letztlich nie eine bestimmte Wirkung einer Maßnahme vollständig vorausgesagt werden kann, folgt das Konzept einem iterativen Vorgehen, sodass jeder Schritt hinsichtlich seiner Zweckmäßigkeit zur Erreichung der Ziele überprüft werden kann und ggf. Änderungen vorgenommen werden können.

An einer derartigen Verfahrensweise soll sich auch das Vorgehen im Fall der mittelständischen Logistikdienstleister (in vereinfachter Form) orientieren. Eine Möglichkeit zur Implementierung langfristiger Maßnahmen zur Erreichung der strategischen Gesundheitsziele ist die in der folgenden Abbildung dargestellte Vorgehensweise. Hierbei werden zunächst die strategischen Gesundheitsziele des Unternehmens bestimmt. Auf Basis dieser Ziele werden Sofortmaßnahmen initiiert, von denen auf Basis der Literatur davon ausgegangen werden kann, dass ein Wirkungszusammenhang zum beabsichtigten Ziel besteht bzw. zur Minderung einer identifizierten Belastung besteht.

Diese Maßnahmen werden sofort umgesetzt und ihre Wirkung innerhalb eines Zeitraums von etwa 3 Monaten beobachtet, um Erfahrungen zu sammeln und Hemmnisse zur Umsetzung zu identifizieren. Erste Hemmnisse wurden bereits in Diskussionen mit Unternehmensvertretern des projektbegleitenden Ausschusses erarbeitet und können bereits bei der Umsetzung von Sofortmaßnahmen berücksichtigt werden.

Nachdem Sofortmaßnahmen initiiert und umgesetzt wurden, können weitere Hemmnisse identifiziert und die Maßnahmen ggf. angepasst werden. Diese neuen oder angepassten Maßnahmen werden als strategische Maßnahmen identifiziert, deren Wirkung mittels Kennzahlen gemessen und berichtet wird, sodass die Zielerreichung gesteuert werden kann.

2.4.1.3 Schritt 3: Festlegung von Verantwortlichkeit, des Umsetzungszeitraums

Bei der **Verantwortlichkeit** muss festgelegt werden, wer für die Durchführung der Maßnahme verantwortlich ist. Es ist erforderlich, dass eine personelle Verantwortlichkeit und ihre Aufgaben und Kompetenzen eindeutig definiert und festgelegt werden. Diese Maßnahmen werden zumeist im Rahmen des Gesundheitskreises entwickelt bzw. ausgewählt und an die verantwortliche Person im Management kommuniziert, welche die Maßnahme auch genehmigen muss.

Folgende Punkte sollten bei der Festlegung von Verantwortlichkeiten berücksichtigt werden:

- Sind die Zuständigkeiten für gesundheitsorientierte Maßnahmen in Rahmenvereinbarungen oder Stellenbeschreibungen enthalten?

Bei der Auswahl der verantwortlichen Person sollten folgende Punkte beachtet werden:

- Kennt der Verantwortliche die vorhandenen und mit der Maßnahme zu behebenden Probleme?
- Kann der Verantwortliche mögliche Hemmnisse der Maßnahmen abschätzen?
- Kennt er die Anforderungen hinsichtlich der Maßnahmenumsetzung der betreffenden Berufsgruppe (z.B. das Schichtsystem, das bei der Initiierung von Maßnahmen für Lagerarbeiter berücksichtigt werden muss)?

Die Aufgaben des Maßnahmenverantwortlichen sind folgende:

- Abstimmung des Umsetzungszeitraums mit dem Management
- Bestimmung des benötigten Budgets für die Maßnahme
- Delegation und Koordination der durchzuführenden Schritte
- Aussprache einer Empfehlung an das Management bezüglich Hinzunahme eines externen Experten
- Sicherstellung des Informationsaustausches und der Dokumentation der Maßnahme und der Maßnahmenergebnisse zwischen dem Maßnahmenverantwortlichen und der Zielgruppe
- Angebot eines Forums für Reaktionen und Anregungen?
- Regelmäßige Berichterstattung gegenüber dem Verantwortlichen im Management
- Wird die Zielerreichung am festgelegten Zeitplan gemessen?

Bezüglich des **Umsetzungszeitraums** empfiehlt es sich zielorientiert zu planen. Das bedeutet es wird die Frage gestellt, bis wann das mit der Maßnahme zu verfolgende Ziel oder Teilziel spätestens erreicht werden soll. Anschließend muss der Zeitraum abgeschätzt werden, der zwischen Durchführung der Maßnahme und Wirkung der Maßnahme liegt. Nur so kann festgelegt werden, bis wann die Maßnahme vollständig durchgeführt werden muss.

2.4.1.4 Schritt 4: Initiierung der Kommunikation

Ein sehr hoher Stellenwert der **Kommunikation** von Maßnahmen, ergab sich aus Interviews mit Vertretern der Fallstudienunternehmen. Dies bedeutet, dass sowohl die mit den Maßnahmen verfolgten Ziele (und deren übergeordnete Teil- oder strategischen Ziele) an die Mitarbeiter kommuniziert werden müssen. Denn nur wenn Mitarbeiter den Zweck von Maßnahmen erkennen, sind Sie bereit auch an diesen Maßnahmen teilzunehmen, wodurch eines der wichtigsten Grundprinzipien, die Partizipation der Mitarbeiter am BGM, erfüllt wird. Denn nur durch eine Teilnahme an den entsprechenden Maßnahmen kann die Gesundheit der Mitarbeiter und deren gesundheitsbezogenes Verhalten verbessert werden. Darüber hinaus müssen weitere Informationen bezüglich der Maßnahmen kommuniziert werden. Den Mitarbeitern muss mitgeteilt werden, welche Maßnahmen zu welchem Zeitpunkt an welchem Ort stattfinden. Hierbei ist es wichtig genau zu planen wann, welche Informationen, von wem, an wen veröffentlicht werden.

Eine gute Kommunikation unterstützt nicht nur die Partizipation, sie steigert auch die Transparenz. Darüber hinaus fördert sie die Sensibilität der Führungskräfte und baut Hemmnisse gegenüber BGM ab (z. B. fehlendes Wissen, fehlendes persönliches Engagement, fehlende Motivation der Belegschaft). Die Verbreitung der relevanten Informationen kann über interne Medien oder die Vorgesetzten gewährleistet werden. Der Vorgesetzte kann den Hinweis auf die Maßnahmen in Mitarbeitergesprächen aufnehmen. Interne Medien, in denen Hinweise auf Maßnahmen platziert werden können, sind beispielsweise das Intranet, der Info-Desk bei dem Flyer oder ähnliche Printmedien ausgelegt werden, die Begrüßungsmappe, die Mitarbeiter an ihrem ersten Arbeitstag erhalten, Mitarbeiterzeitschriften, Soziale Netzwerke, die Unternehmens-Homepage oder Pressemitteilungen.

2.4.1.5 Schritt 5: Evaluation der Maßnahmen

Unter der **Evaluation** versteht man eine Bewertung, die sich auf den Prozess und das Ergebnis der Beurteilung eines Wertes, eines Produktes, eines Prozesses oder eines Programms bezieht.⁷ Die Evaluation soll hier aufzeigen, ob sich Maßnahmen bewährt haben und welche Effekte erzielt wurden. Die bisherigen in der Literatur zu findenden ökonomischen Evaluationen sind bisher lückenhaft.⁸

2.5 Arbeitspaket 5: Anreizsysteme zur Förderung der Mitarbeiterpartizipation

Obwohl Unternehmen mit der Einführung eines BGMs die Verbesserung der Mitarbeitergesundheit anstreben, stehen diese den Maßnahmen häufig mit Skepsis gegenüber.⁹ Um den Widerständen aufseiten der Mitarbeiter zu begegnen und die Akzeptanz gegenüber Maßnahmen zu steigern sowie die Motivation zur Teilnahme zu erhöhen, bietet es sich deshalb an, Anreizsysteme im Unternehmen zu schaffen, die die Partizipation der Mitarbeiter am BGM fördern.

Die folgenden Ergebnisse waren Gegenstand dieses Arbeitspakets:

Geplante Ergebnisse lt. Antrag	Erzielte Ergebnisse
1. Ausgestaltungsmöglichkeiten des Anreizsystems, um die Partizipation der Mitarbeiter zu fördern (Teilziel 5)	1. Ausgestaltungsmöglichkeiten des Anreizsystems, um die Partizipation der Mitarbeiter zu fördern (Teilziel 5)

2.5.1 Ergebnis: 1. Ausgestaltungsmöglichkeiten des Anreizsystems, um die Partizipation der Mitarbeiter zu fördern

2.5.1.1 Vorgehen zur Erarbeitung des Ergebnisses

Zur Bearbeitung des Arbeitspaktes wurden folgende Schritte unternommen (Abbildung 2-3):



Abbildung 2-4: Vorgehensmodell zur Ergebnisbearbeitung

2.5.1.2 Anforderungen an gesundheitsorientierte Anreizsysteme

Für die Gestaltung und Bewertung eines Anreizsystems müssen genaue Vorstellungen über die damit verbundenen Ziele bestehen. Um die zielgerichtete Wirkung des Anreizsystems aussagekräftig zu bewerten, ist die Formulierung allgemeiner und spezifischer Anforderungen an das Anreizsystem eine wichtige Voraussetzung.¹⁰

⁷ Suchman (1967)

⁸ Cascio/Boudreau (2008)

⁹ Preußner (2003)

¹⁰ Becker (1987); Grewe/Staudinger (2006); Dörfler (1993)

Die folgenden allgemeinen Anforderungen wurden mittels einer Literaturanalyse identifiziert und durch die Praxispartner in Interviews validiert. Diese wurden um spezifische (zusätzliche) Anforderungen im Gesundheitskontext ergänzt.

Allgemeine Anforderungen: Anreizkompatibilität, Leistungs-Orientierung, Verifizierbarkeit, Effizienz /Wirtschaftlichkeit, Beeinflussbarkeit, Aktualität, Kommunizierbarkeit, Flexibilität, Gerechtigkeit

Spezifische Anforderungen: Datenschutz, Vermeidung dysfunktionaler Verhaltensweisen, Widerspruchsfreiheit, Geringe kontrollierende Wirkung

2.5.1.3 Gestaltung gesundheitsorientierter Anreizsysteme

Die Gestaltung des Anreizsystems orientiert sich an drei Bestandteilen: Bemessungsgrundlage, Belohnungsart und Belohnungsfunktion (Abbildung 2-5).¹¹ Die Gestaltungsoptionen der Bestandteile werden im Folgenden vorgestellt und anhand der definierten Anforderungen bewertet.¹²

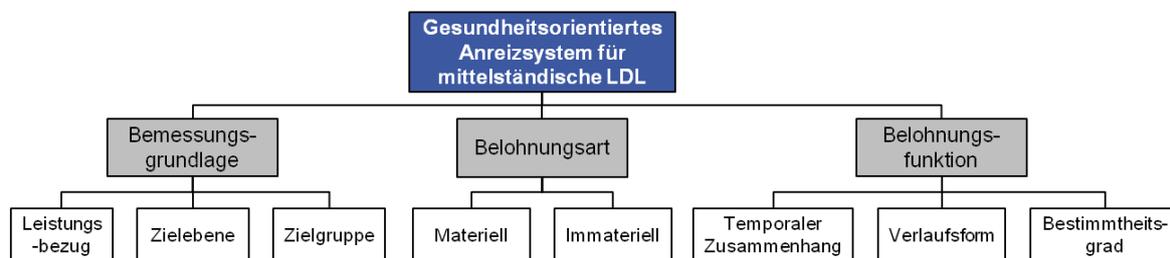


Abbildung 2-5: Basiselemente eines Belohnungssystems¹³

2.5.1.4 Bemessungsgrundlage

Die Gewährung von **Belohnungen auf Basis der Teilnahme an Maßnahmen** wird für **Mitarbeiter** insbesondere im Hinblick auf die **Gerechtigkeit und Beeinflussbarkeit** der Bemessungsgrundlagen empfohlen. Die Effektivität und Effizienz der Maßnahmen kann dadurch erhöht werden, dass die Mitarbeiter ihre **Aktivitäten** selbstständig auswählen, da der Mitarbeiter seine persönlichen Präferenzen bzw. gesundheitlichen Probleme kennt und die Maßnahmen wählt, durch die er den **höchsten Nutzen** und die **höchste gesundheitliche Verbesserung** erzielen kann.

Bei den Aktivitäten ist darauf zu achten, diese so zu gestalten, dass auch Mitarbeiter mit hoher Mobilität (z. B. Fernfahrer) daran teilnehmen können. Eine Möglichkeit wäre daher die Anerkennung von Freizeitaktivitäten. Es wird außerdem vorgeschlagen, **kollektive gesundheitsorientierte Ziele** für abgegrenzte Projekte wie beispielsweise die Teilnahme an Sportveranstaltungen einzusetzen, um ein positiv behaftetes Wir-Gefühl der Mitarbeiter ohne konstanten sozialen Druck für die Teilnehmer zu schaffen.

¹¹ Laux/Liermann (2005); vgl. ähnlich Gade (2007)

¹² Die Anforderung *Flexibilität* wird nicht in ein Bewertungskriterium überführt, da sich diese erst im Zeitablauf äußert und an dieser Stelle nur die grundsätzliche Eignung der Gestaltungsparameter bewertet werden kann.

¹³ Laux/Liermann (2005)

Um die Komplexität der Bemessungsgrundlagen gering zu halten, sollten individualisierte Ziele unter der Berücksichtigung der individuellen Mitarbeiter Voraussetzungen nur für Einzelaktionen angewendet werden. Auch die Verwendung von Zielvereinbarungsgesprächen wird als nicht nötig erachtet, solange eine sinnvolle Vorauswahl getroffen wurde.

Analog zu den Bemessungsgrundlagen für Mitarbeiter sind gerade in Hinblick auf die Beeinflussbarkeit und Gerechtigkeit **Aktivitäten als Bemessungsgrundlagen für Führungskräfte** denen vorzuziehen, die sich auf Outputs und Outcomes beziehen, da nicht sichergestellt ist, inwieweit die Führungskräfte Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter nehmen können. Es erscheint deshalb sinnvoller die Führungskräfte über die finanzwirtschaftliche Auswirkung der Mitarbeitergesundheit zu informieren und Outcomes wie Arbeitsproduktivität oder Kostensenkungen im Rahmen der regulären Arbeitsleistung einer Führungskraft anzureizen.

2.5.1.5 Belohnungsart

Die Würdigung von gesundheitsorientiertem Verhalten in Form immaterieller Anreize ist eine **wichtige Voraussetzung** für den Erfolg des BGMs. Bei der Umsetzung eines expliziten Anreizsystems sind materielle Anreize jedoch zu bevorzugen, da die **Kommunizierbarkeit** und die **Gerechtigkeit** einen klaren Zusammenhang zwischen Leistung und Belohnung erfordert. Um individuelle Präferenzen der Mitarbeiter abzudecken, können indirekt finanzielle Belohnungen als **Cafeteria-System** angeboten werden, wobei der Mitarbeiter zwischen unterschiedlichen Belohnungen beispielsweise nach einem **Punktesystem** frei auswählen kann.¹⁴

2.5.1.6 Belohnungsfunktion

Aufgrund des Verwaltungsaufwands zur Leistungserhebung wird eine jährliche Kontrolle der Zielerreichung vorgeschlagen. Bei abgegrenzten Aktivitäten, die nicht Teil des jährlichen Belohnungsprogramms sind (z. B. bestimmte Sportveranstaltungen), sollten die Belohnungen jedoch unmittelbar nach Zielerreichung ausgeschüttet werden.

Die Verwendung von unterschiedlichen Zielerreichungsgraden und Verlaufsformen für den jeweiligen Anwendungsfall wird als zu komplex erachtet. Die **Verwendung mehrerer Zielerreichungsgrade** im Rahmen eines **Punktesystems** wird jedoch empfohlen, um das individuelle Leistungsverhalten trotzdem **gerecht** abzubilden. Die Belohnung in Abhängigkeit der Zielerreichung kann dabei proportional oder progressiv verlaufen, um den Mitarbeiter für einen erhöhten Einsatz zu motivieren, solange **Obergrenzen** für die Zielerreichung bestehen.

2.6 Arbeitspaket 6: Integration des BGMs in die bestehenden Organisationsstrukturen, insb. in die Management- und Controlling-Prozesse

Die folgenden Ergebnisse waren Gegenstand dieses Arbeitspakets:

Geplante Ergebnisse lt. Antrag	Erzielte Ergebnisse
1. Möglichkeiten der Organisation des BGMs als virtuellen Querschnittsbereich über alle Unternehmensabteilungen und -hierarchien (Teilziel 6)	1. Möglichkeiten der Organisation des BGMs als virtuellen Querschnittsbereich über alle Unternehmensabteilungen und -hierarchien (Teilziel 6)
2. Abbildung des BGMs in einem empfängerorientierten Gesundheitsreporting, um Lücken aufzuzeigen und Ziele messbar zu machen	2. Abbildung des BGMs in einem empfängerorientierten Gesundheitsreporting, um Lücken aufzuzeigen und Ziele messbar zu machen

¹⁴ Brandenburg (2001)

2.6.1 Ergebnis: Möglichkeiten der Organisation des BGMs als virtuellen Querschnittsbereich über alle Unternehmensabteilungen und -hierarchien (Teilziel 6)

2.6.1.1 Aufgaben und Akteure im BGM

BGM als „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“¹⁵, erfordert von LDL die Erledigung zahlreicher Aufgaben. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden daher die notwendigen Schritte zur Etablierung eines BGMs im Unternehmen systematisch dargestellt. Die einzelnen Aufgaben wurden für dieses Arbeitspaket in fünf Kategorien aufgeteilt (Tabelle 2-2). Dadurch können den Akteuren des BGMs anhand der Aufgabenkategorien klare Tätigkeiten zugeordnet werden. Dies erleichtert eine systematische Berücksichtigung der Akteure in den jeweiligen organisatorischen Ausgestaltungsmöglichkeiten.

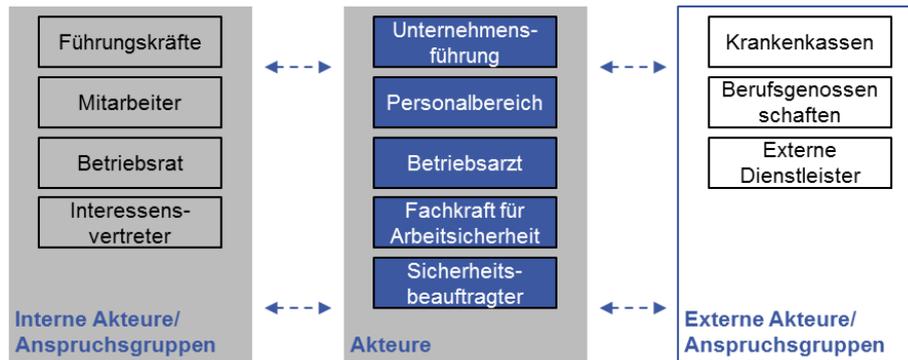
Aufgabenkategorien		
Diagnose	Analyse der Gesundheitssituation ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Umweltanalyse • Systematische Erfassung der gesundheitsbezogenen Daten der Beschäftigten und Arbeitsbedingungen • Ableitung von Handlungsbedarfen
Strategische Planung	Strategieentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von strategischen Optionen • Ableitung strategischer Ziele
	Kennzahlenentwicklung	
Operative Planung	Ermittlung von Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Ermittlung und Priorisierung von spezifischen Belastungen • Maßnahmenvorauswahl
	Entscheidung für Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl von Maßnahmen • Festlegung der Verantwortlichkeiten
Umsetzung	Zielorientierte Durchführung der Maßnahme	
Evaluation	Überprüfung der Zielerreichung sowie der Güte des gesamten BGM-Systems einschließlich des Vorgehens	

Tabelle 2-2: Erläuterung der Aufgabenkategorien

Die Bestimmung der Zuständigkeiten erfordert die Berücksichtigung der verschiedenen Akteure und Anspruchsgruppen des BGMs (Abbildung 2-6).

¹⁵ Badura et al. (2010)

¹⁶ Badura et al. (2010)

Abbildung 2-6: Akteure und Anspruchsgruppen des BGM¹⁷

In den Unternehmen bestehen in der Regel bereits Zuständigkeiten für gesundheitsbezogene Aufgaben. Diese sind maßgeblich durch die gesetzlich verpflichtenden Strukturen des Arbeitsschutzes geprägt. Aus einer Literaturanalyse ergaben sich klassische Zuständigkeiten, die bei der organisatorischen Verankerung zu berücksichtigen sind:

- **Unternehmensführung:** Definition strategischer Gesundheitsziele, Unterstützung von Maßnahmen im Rahmen des BGMs, Bereitstellung von Ressourcen¹⁸
- **Personalbereich:** Förderung und Entwicklung der menschlichen Ressourcen und Gesundheitspotenziale, Bereitstellung von Routinedaten (Fehlzeiten etc.)¹⁹
- **Betriebsarzt:** Untersuchung von arbeitsbedingten Erkrankungen, Erfassung und Auswertung der Untersuchungsergebnisse, Erarbeitung von Vorschlägen zur Verhütung, evtl. weitere mitgestaltende und organisatorische Aufgaben²⁰
- **Fachkraft für Arbeitssicherheit:** Beratung bei Arbeitsschutz und Unfallverhütung²¹
- **Sicherheitsbeauftragter:** Beratung bei Arbeitsschutz und Unfallverhütung²²
- **Mitarbeiter:** Mitgestaltung von Maßnahmen (insbesondere bei direkter Betroffenheit)²³
- **Führungskräfte:** Aktive Förderung der Mitarbeitergesundheit, Wahrnehmung einer Vorbildfunktion, Mitgestaltung von Zielen und Maßnahmen, aktive Beteiligung bei der Durchführung und Evaluation von Maßnahmen²⁴
- **Betriebsrat:** Mitbestimmung bei Präventionszielen, Beratung über gesundheitsrelevante Risiken und Verbesserungsmaßnahmen, Mitgestaltung der Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen²⁵
- **Interessensvertreter:** Vertretung von Mitarbeitergruppen (z. B. Schwerbehinderte)²⁶
- **Krankenkassen:** Bereitstellung gesundheitsbezogener Daten zu Krankheitsschwerpunkten, beratende Tätigkeit im gesamten Planungsprozess, Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung²⁷

¹⁷ Horváth (2011)

¹⁸ Münch (2010); Meyer (2008)

¹⁹ Badura et al. (2010)

²⁰ Stork (2010); § 3 ASiG

²¹ § 6 ASiG

²² § 11 ASiG

²³ Badura et al. (2010)

²⁴ Badura et al. (2010); Stork (2010); Walter (2010)

²⁵ Stork (2010); Blume (2010)

²⁶ Rimbach (2013)

²⁷ Badura et al. (2010); Vogt (2010); Drupp (2010)

- **Berufsgenossenschaften:** Unterstützung im gesamten Planungsprozess
- **Externe Dienstleister:** Beratung/Unterstützung bei betrieblicher Gesundheitsarbeit²⁸.

2.6.1.2 Empfehlung

Bei den verschiedenen Formen der Sekundärorganisation zeigt sich, dass die Abgrenzung der einzelnen Varianten mitunter schwer fallen kann und zum Teil ein fließender Übergang zwischen den Organisationsformen besteht. So kann eine Matrixstruktur entstehen, indem einer Stabsstelle eingeschränkte Weisungsrechte erteilt werden.²⁹ Eine ausgegliederte Abteilung kann gegenüber den Linienstellen beratend tätig oder mit Weisungsbefugnis nach dem Matrixprinzip ausgestattet sein.

Exemplarisch werden verschiedene Ausgestaltungsmöglichkeiten der Sekundärorganisation vorgeschlagen:

- **BGM-Organisation nach dem Stabsprinzip:** Bestimmung eines BGM-Koordinators, der die Linienstellen bzw. Geschäftsbereiche bei der Gesundheitsarbeit unterstützt und diese mit Informationen versorgt, die er mit den relevanten Fachbereichen abstimmt. Der BGM-Koordinator kann als Vollzeitstelle eingerichtet werden oder einer geeigneten Person (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt, Qualitätsmanager, Personalleitung etc.) übertragen werden, die über die notwendigen Kompetenzen und Managementfähigkeiten verfügt.³⁰ Alternativ wäre es auch denkbar, eine direkte Kommunikation zwischen Führungskräften der Linienstellen und den Fachdisziplinen vorzusehen. Jedoch bedarf es auch in diesem Fall einer Instanz, die die BGM-Aktivitäten der Linienstellen im Bedarfsfall abstimmt.
- **BGM-Organisation nach dem Matrixprinzip:** Ebenso kann es sinnvoll sein, die Stabsstelle mit eingeschränkten Weisungsbefugnissen auszustatten, um beispielsweise gesundheitspezifische Richtlinien zu erlassen, deren Umsetzung auch kontrolliert wird. Auch die Einrichtung einer Gesundheitsabteilung mit mehreren zuständigen Mitarbeitern und eigenen Ressourcen und Weisungsbefugnissen, jedoch mit Fokus auf koordinierende Tätigkeiten, würde diesem Prinzip entsprechen.
- **BGM-Organisation nach dem Arbeitsgruppenprinzip:** Einrichtung eines AK Gesundheit als zentrales Steuerungsgremium des BGMs. Der AK kann als eigenständiges Gremium neben vorhandenen Strukturen bestehen oder eine Erweiterung des Arbeitsschutzausschusses darstellen. In letzterem Fall muss der Arbeitsschutzausschuss (reines Beratungsgremium) um Aufgaben und Kompetenzen erweitert werden.³¹

2.6.2 Ergebnis: Abbildung des BGMs in einem empfängerorientierten Gesundheitsreporting, um Ziele aufzuzeigen und Lücken messbar zu machen (Teilziel 6)

Der Aufbau eines Reportingkonzepts lässt sich anhand von vier Säulen beschreiben (Abbildung 2-7). Im Folgenden werden die einzelnen Säulen eines Gesundheitsreportings vorgestellt und das BGM anhand der Elemente Berichtsobjekte- und Empfänger, Berichtsinhalte, Visualisierung und Präsentation sowie Prozesse und Organisation abgebildet. Die BGM-

²⁸ Badura et al. (2010)

²⁹ Schulte-Zurhausen (2014)

³⁰ Blume (2010)

³¹ Ebd.

spezifische Ausgestaltung der Elemente wurde auf Basis von Experteninterviews mit den Fallstudienpartnern durchgeführt.

Strategie und Steuerungskonzept			
Berichtsobjekte und -empfänger	Berichtsinhalte	Visualisierung und Präsentation	Prozesse und Organisation
<ul style="list-style-type: none"> ■ Definition der Adressaten ■ Zuordnung der Steuerungsobjekte zu den Adressaten ■ Aufbau eines fachlichen Berechtigungskonzepts ■ Definition von Aggregationen und Drill-down-Möglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bestimmung von Kennzahlen ■ Sicherstellung der Vollständigkeit ■ Definition eines Filters für die Kennzahlenpriorisierung ■ Auswahl relevanter Kennzahlen ■ Festlegung der Reportingfrequenz und benötigten Aktualität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Definition der Art der Präsentation von Informationen ■ Bestimmung der grafische Aufbereitung (z. B. Zeitreihen) ■ Grafische Visualisierungen z. B. Ampeln, Balkendiagramme etc. ■ Festlegung von Drill-down-Ebenen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Definition der Prozesse für die Versorgung der Berichtsempfänger mit Informationen ■ Festlegung der Aufgabenverteilung im Prozess ■ Bestimmung der Pflegeprozesse für das Berichtssystem

Instrumente und IT-Systeme

Abbildung 2-7: Aufbau eines Reportingkonzepts³²

2.6.2.1 Berichtsjekte- und Empfänger

In der ersten Säule werden die Empfänger des Reportings bestimmt und den Berichtsempfängern Steuerungsobjekte zugeordnet. Die Auswahl der Empfänger erfolgt anhand der zu steuernden Objekten und orientiert sich daher in der Regel an der Aufbauorganisation des Unternehmens. Steuerungsobjekte können beispielsweise Geschäftsbereiche, Kunden, Produkte oder Regionen sein.³³

Als Berichtsempfänger im Rahmen des BGMs kommen in erster Linie die Akteure in Frage, die für die **Evaluation** des BGMs zuständig sind. Des Weiteren sind in Abhängigkeit der jeweiligen Organisationsform auch die Akteure Berichtsempfänger, die für die Entscheidungsvorbereitung und/oder Entscheidung für Maßnahmen zuständig sind. Als Berichtsempfänger konnten daher die **Unternehmensführung**, die **Führungskräfte**, das **Controlling** sowie in Abhängigkeit von der Organisationsform potentielle **BGM-Verantwortliche** (BGM-Koordinatoren, BGM-Beauftragte, Arbeitskreise) als Empfänger identifiziert werden. Der Informationsbedarf der Empfänger richtet sich in erster Linie nach ihren Aufgaben (Tabelle 2-3).

³² Gräf/Heinzelmann (2011)

³³ Ebd.

Berichtsempfänger	Unternehmensführung	Führungskräfte	Controlling	BGM-Verantwortliche
Aufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung strategischer Gesundheitsziele • Unterstützung von Maßnahmen im Rahmen des BGMs • Bereitstellung von Ressourcen 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktive Förderung der Mitarbeitergesundheit • Wahrnehmung einer Vorbildfunktion • Mitgestaltung von Zielen und Maßnahmen, Beteiligung bei Durchführung 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle der Zielerreichung • Unterstützung bei der Informationsaufbereitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenführung der Diagnosedaten • Strategische und operative Planungsaufgaben • Umsetzung der Maßnahmen

Tabelle 2-3: Wichtige Berichtsempfänger im BGM

2.6.2.2 Berichtsinhalte

Die zweite Säule umfasst die Berichtsinhalte, die in Form von Kennzahlen dargestellt werden. Im Rahmen der Auswahl relevanter Kennzahlen werden auch die Berichtsfrequenz und die benötigte Aktualität der Daten festgelegt.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde bereits eine Vielzahl an **Kennzahlen** definiert, die sich als Berichtsinhalte grundsätzlich eignen.³⁴ Da mithilfe von Kennzahlen u. a. die Erreichung der Unternehmensziele überprüft werden soll, bietet es sich im Hinblick auf die **Vollständigkeit der Kennzahlen** an, das Umsetzungsmodell des BGMs zu berücksichtigen. So kann abgeglichen werden, ob mit den verwendeten Kennzahlen die im Umsetzungsmodell enthaltenen input-, prozess-, output- und outcomeorientierten Ziele dargestellt werden können.

Wenngleich die Vollständigkeit der Berichtsinhalte eine wichtige Anforderung darstellt, muss darauf geachtet werden, dass nicht zu viele Informationen bereitgestellt werden und es zu keiner Informationsüberflutung kommt. Deshalb wird angeraten **Prioritäten für die Kennzahlen** festzulegen und den jeweiligen Berichtsempfängern nur die Informationen bereitzustellen, die sie tatsächlich brauchen.³⁵ Bei den Fallstudienpartnern hat sich folgendes Vorgehensmodell als sinnvoll erwiesen (Abbildung 2-8):

1. **Kennzahlensammlung:** Unter Berücksichtigung des Umsetzungsmodells des BGMs und den in diesem Projekt erarbeiteten Kennzahlenkatalog können Kennzahlen identifiziert werden, die sich grundsätzlich für eine Verwendung eignen.
2. **Reduktion:** Im nächsten Schritt werden aus dem Pool der Kennzahlen zur Umsetzung geeignete Kennzahlen identifiziert. Zu beachten sind dabei folgende Leitfragen:
 - a) Werden alle Bereiche des Umsetzungsmodells repräsentiert?
 - b) Gibt es bestimmte Kennzahlen, die als Indikator für den jeweiligen Bereich des Umsetzungsmodells verwendet werden können?
 - c) Welche Kennzahlen lassen sich zum jetzigen Zeitpunkt im Unternehmen erheben, welche erst zu einem späteren Zeitpunkt?

³⁴ Vgl. hierzu Abschnitt 2.2: Operationalisierung der strategischen Ziele durch Kennzahlen

³⁵ Wolf (2014)

- d) Wie ist das Verhältnis von Erhebungsaufwand und potentielltem Nutzen der Information?
3. **Umsetzung:** Nachdem die Kennzahlen reduziert wurden, kann mit der Integration ins Gesundheitsreporting begonnen werden. Dabei kann sich an folgenden Leitfragen orientiert werden:
- Wie kann die Kennzahl geeignet dargestellt werden?
 - Wer kann die benötigten Daten erheben?
 - Wer ist für die Versorgung der Berichtsempfänger und Pflegeprozesse der Kennzahl verantwortlich?
4. **Schrittweise Erweiterung:** Die verwendeten Kennzahlen können Schrittweise um weitere Kennzahlen erweitert werden (beispielsweise Indizes von Befragungsergebnissen, für die erst Daten gesammelt werden mussten), um die Evaluation der definierten Gesundheitsziele zu vervollständigen.

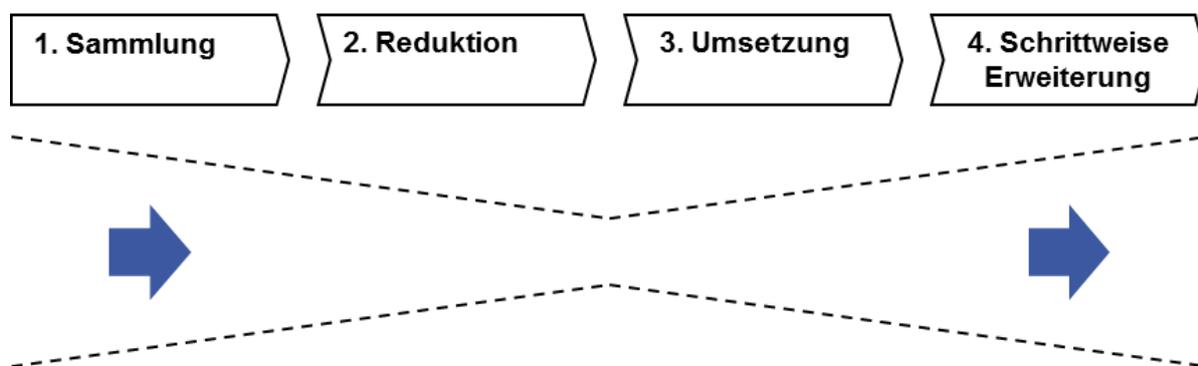


Abbildung 2-8: Vorgehensmodell zur Abbildung der Kennzahlen im Gesundheitsreporting

Wichtige Kennzahlen in der Anfangsphase des Gesundheitsreportings bleiben **klassische Kennzahlen wie Fehlzeiten oder der Krankenstand**. Besondere Aufmerksamkeit muss dabei der einheitlichen Definition dieser Kennzahlen gewidmet werden, um Missverständnisse zu vermeiden. Weitere Kennzahlen, die von den Praxispartnern als besonders wichtig erachtet werden, sind finanzieller Art (z. B. Krankheitsfolgekosten, Gesundheitskosten) und die grundsätzliche Zufriedenheit der Mitarbeiter mit den Maßnahmen des BGMs in Form von Indizes, die durch Befragungen erhoben werden.

Für die Berichtsfrequenz werden **Abstände von 1-2 Monaten** als sinnvoll erachtet. Ausschlaggebender Faktor für die Bestimmung der Frequenz sind auch existierende Berichtsstrukturen wie Treffen der Geschäftsführung, die um die Inhalte des Gesundheitsreportings erweitert werden.

2.6.2.3 Visualisierung und Präsentation

Die dritte Säule des Reportingkonzepts widmet sich der Visualisierung und Präsentation. Eine empfängerorientierte Darstellung der Berichtsinhalte soll dafür sorgen, dass die Informationen so aufbereitet werden, dass der Empfänger die richtigen Schlüsse daraus ziehen kann.³⁶ Dies schließt die geeignete Verwendung unterschiedlicher grafischer Visualisierungen (Diagramme, Ampeln etc.) ebenso ein wie die einheitliche Darstellung gleichartiger Berichtsinhalte.

³⁶ Gräf/Heinzelmann (2011)

Durch eine **standardisierte, klar und eindeutig erkennbare Berichtsdarstellung** soll vermieden werden, dass sich die Adressaten des Berichts zuerst mit der Darstellung auseinandersetzen müssen, bevor sie die wichtigen Inhalte wahrnehmen können.³⁷

In diesem Sinne müssen sich die Berichte des Gesundheitsreportings auch nicht von den üblichen Berichtsdarstellungen des Unternehmens unterscheiden. Die richtige Darstellung der Berichtsinhalte hat für die Praxispartner viel mit **Erfahrungswerten** zu tun. So wissen die Controller des LDL bereits, welche Darstellungen für Inhalte und Berichtsempfänger in der Regel geeignet sind.

Prinzipiell werden Soll-Ist-Vergleiche als sinnvoll angesehen, jedoch auch die besondere Bedeutung von Zeitreihen hervorgehoben, um die Entwicklung der Gesundheit im Unternehmen zu beobachten. Ein wichtiger Punkt ist hierbei jedoch die richtige Interpretation der Informationen. Es sollten also mögliche **Gründe für Veränderungen**, die nicht beeinflussbar sind (z. B. saisonale Schwankungen, Grippewellen) berücksichtigt werden. Auch **Benchmark-Daten** sind für die Praxispartner interessant, um den eigenen Gesundheitszustand im Unternehmen einordnen zu können, hierzu wird auch auf Informationen von Krankenkassen zurückgegriffen.

2.6.2.4 Prozesse und Organisation

In der letzten Säule des Reportingkonzepts werden im Wesentlichen der Ablauf der Informationsversorgung definiert, die Aufgabenverteilung festgelegt sowie die Pflegeprozesse bestimmt. Im Managementreporting werden kurze Berichtsprozesse durch eine standardisierte Datengewinnung als wichtiger Faktor angesehen, um im Bedarfsfall eine schnelle Berichtserstattung zu ermöglichen.³⁸ Eine **hohe Erhebungsfrequenz** wird von den Praxispartnern jedoch als unwesentlich angesehen, da es im Gesundheitskontext nicht nötig ist, Informationen beispielsweise täglich bereitzustellen, sondern der Fokus auf **mittel- und langfristigen Entwicklungen** liegt.

Zur Festlegung der Aufgabenverteilung zur Berichtserstellung müssen vorhandene Zuständigkeiten im Unternehmen berücksichtigt werden. Dabei kann sich an den Zuständigkeiten für die Diagnose orientiert werden. So ist beispielsweise der Personalbereich für die Bereitstellung von Informationen zu Fehlzeiten, Krankheitsquoten etc. zuständig und der Betriebsarzt für die Erhebung und Aufbereitung gesundheitsbezogener Daten.

Eine weitere Frage ist, ob die Daten **automatisiert** oder **manuell** erhoben und gepflegt werden. Auch wenn Software für automatisiertes Reporting im Rahmen der Geschäftstätigkeit vorhanden ist, sehen die Praxispartner nicht zwingend die Notwendigkeit auch Daten im Rahmen des BGMs automatisiert zu erheben. Da die Quantität der Daten als überschaubar eingestuft wird und die Erhebungsfrequenz vor allem im Vergleich zu Daten aus der Geschäftstätigkeit wesentlich geringer ist. Da die **Ressourcen** der Controlling-Abteilung bei mittelständischen LDL oft begrenzt sind, wird die Auswertung BGM-spezifischer Informationen (z. B. Ergebnisse von Mitarbeiterbefragungen) oftmals dem BGM-Verantwortlichen oder dem Personalbereich zugeschrieben. Das Controlling unterstützt in diesen Fällen beratend.

³⁷ Wolf (2014)

³⁸ Gräf/Heinzelmann (2011)

3 Durchführende Forschungsstelle

3.1 *International Performance Research Institute gemeinnützige GmbH*

Die IPRI – International Performance Research Institute gemeinnützige GmbH wurde gegründet mit der Zielsetzung, Forschung auf dem Gebiet des Performance Management von Organisationen, Unternehmen und Unternehmensnetzwerken zu betreiben.

Unter Leitung von Prof. Dr. Mischa Seiter untersucht IPRI in Zusammenarbeit mit anderen Forschungseinrichtungen und kleinen und mittelständischen Unternehmen die Wirkungszusammenhänge und Potenziale in den Bereichen Controlling, Finanzen, Logistik und Produktion.

Forschungsschwerpunkt ist die Erarbeitung neuer Methoden im Bereich des Controllings und der Transfer dieser Ergebnisse in die Praxis. Die Forschungsstelle arbeitet eng mit der Gesellschaft für Verkehrsbetriebswirtschaft und Logistik e.V., dem VDMA und Unterverbänden (Forschungsvereinigung Antriebstechnik e. V., Forschungsvereinigung Werkzeugmaschinen und Fertigungstechnik e. V.) sowie der IHK zusammen. Zudem wird der Kontakt zu Experten aus der Praxis über regelmäßige Veranstaltungen und Workshops hergestellt.

Für die durchgeführten Recherchen und Untersuchungen wurden mehrere wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt. Die geleistete Arbeit entspricht in vollem Umfang dem begutachteten und bewilligten Antrag und war daher für die Durchführung des Vorhabens notwendig und angemessen.

Forschungsstelle 1	IPRI International Performance Research Institute gGmbH
Anschrift	Königstraße 5, 70173 Stuttgart
Leiter der Forschungsstelle	Prof. Dr. Mischa Seiter
Projektleitung	Timo Maurer, M.Sc.
Kontakt	Tel.: 0711/ 6203268-8026, www.ipri-institute.com

4 Förderhinweis

Das IGF-Vorhaben 17865 N/1 der Forschungsvereinigung Gesellschaft für Verkehrsbetriebswirtschaft und Logistik e.V. - GVB, Wiesenweg 2, 93352 Rohr wurde über die AiF im Rahmen des Programms zur Förderung der industriellen Gemeinschaftsforschung (IGF) vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages gefördert.

Für die Förderung und Unterstützung sei gedankt.

VI Literaturverzeichnis

- Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG): <https://www.gesetze-im-internet.de/asiq/> (Zugriff: 31.03.2016).
- Badura, B./Walter, U./Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Aufl., Berlin 2010.
- Becker, F.G. (1987), *Innovationsfördernde Anreizsysteme. Ein konzeptioneller Beitrag zu einem Innovationsmanagement*, in: *Zeitschrift für Personalforschung*, 1. Jg., 1987, S. 29-60.
- Blume, Andreas (2010). *Integration von BGM*. In: Badura, Bernhard: Walter, Uta, Hehlmann, Thomas (Hg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin Heidelberg: Springer Verlag, S.273-288.
- Blume, A. (2010). *Arbeitsrechtliche und arbeitswissenschaftliche Grundlagen*, in: Badura/Walter/Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin/Heidelberg 2010.
- Brandenberg, Arndt (2001). *Anreizsysteme zur Unternehmenssteuerung: Gestaltungsoptionen, motivationstheoretische Herausforderungen und Lösungsansätze*, Springer Verlag, Wiesbaden, 2001.
- Cascio, W. F., & Boudreau, J. W. (2008). *Investing in people: Financial impact of human resource initiatives*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Dörfler, Hans-Werner (1993). *Grundlagen der praktischen Gestaltung von Anreizsystemen zur Unternehmensführung: Ein Weg zur Unternehmenssteuerung durch Erfolgsfaktoren*, Frankfurt a.M. u.a. (Peter Lang), 1993.
- Drupp, Michael (2010). *Der Beitrag der Krankenkassen*, In: Badura, B., Walter, U., Hehlmann, Thomas (Hrsg.): *Betriebliche Gesundheitspolitik – Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Auflage, Heidelberg u.a., Springer-Verlag, 2010, S.429-435
- Epstein, M; Rejc Buhovac, A. (2014). *Making sustainability work, Best practices in managing and measuring corporate social, environmental, and economic impacts*, 2. Aufl., Sheffield, 2014.
- Eyer, E. und Haussmann, T. (2009). *Zielvereinbarung und variable Vergütung, Ein praktischer Leitfaden - nicht nur für Führungskräfte*, 4., überarb. und erw. Aufl, Wiesbaden, 2009., S. 35ff.
- Gade, Christian (2007). *Ökologieorientierte Anreizgestaltung – Erklärung ökologieschonenden Arbeitsverhaltens und Gestaltung ökologieorientierter Anreizsysteme*, München/Mering, 2007.

- Gräf, J.; Heinzlmann, M. (2011). *Modernes Management Reporting: Inhalte, Gestaltungsempfehlungen und IT-Umsetzung*, in: *Reporting und Business Intelligence: Berichtsstrukturen und Kennzahlenauswahl*, Haufe Gruppe, 2011.
- Grewe, W.; Staudinger, U. (2006). *Resilience in later adulthood and old age: Resources and potentials for successful aging*, in: Cichetti, D.; Cohen, D. (Hsrg.): *Developmental psychopathology*, New York, S. 796-840.
- Horváth, P. (1998). *Balanced Scorecard - Wie man Strategie in konkrete Aktionen umsetzt*, in: *Marktforschung und Management*, 1998, 42, 113-114, S. 113f.
- Horváth, Pétér (2011). *Controlling*, 12.; überarb. Aufl. 2009.
- Kaplan, R. und Norton, D. (2001). *The Strategy Focused Organization*. Harvard Business School Press, Boston 2001.
- Kerth, K., Asum, H. und Stich, V. (2011). *Die besten Strategietools in der Praxis, Welche Werkzeuge brauche ich wann? Wie wende ich sie an? Wo liegen die Grenzen?*, 5., erw. Aufl, München, 2011., S. 168ff.
- Laux H.; Liermann, F. (2005). *Grundlagen der Organisation – Die Steuerung von Entscheidungen als Grundproblem der Betriebswirtschaftslehre*, Springer Verlag, Heidelberg, 2005
- Mahnke, V., Rasner, C. und Venzin, M. (2010). *Der Strategieprozess, Praxishandbuch zur Umsetzung im Unternehmen*, [Online-Ausg.], Frankfurt, M. [u.a.], 2010., S. 124ff.
- Meyer, J.-A. (2008). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU – Widerstände und deren Überwindung*, Verlag Josef Eul, Lohnmar 2008 (mit Alexander Tirpitz)
- Münch, Eckhard (2010). *Projektmanagement*. In: B. Badura, T. Hehlmann: *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin – Heidelberg – New York, Springer Verlag
- Preußner, Irene (2003). *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation. Eine qualitative Studie zu den individuellen Voraussetzungen für die Beteiligung an Gesundheitszirkeln*. Dissertation, Universität Hamburg
- Rimbach, Astrid. (2013). *Entwicklung und Realisierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements in Krankenhäusern. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Herausforderung für die Organisationsentwicklung*. München und Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Schulte-Zurhausen, Manfred (2014). *Organisation*, 6., überarb. Und aktu. Auflage, Vahlen Verlag, München, 2014.

- Stork, Joachim (2010). *Grundlagen angewandter Arbeitsmedizin*, in: Badura/Walter/Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin/Heidelberg 2010.
- Stöger, Roman (2007). *Strategieentwicklung für die Praxis, Kunde - Leistung - Ergebnis*, Stuttgart, 2007., S. 51ff
- Suchman, Edward. (1967). *Evaluative Research: Principles and Practice in Public Service and Social Action programs*. New York: Russel Sage Foundation, 1967.
- Vogt, U. (2010), *Gesundheitszirkel, Workshops und Arbeitssituationsanalysen*, in: Badura, B., Walter, U., Hehlmann, T. (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, 2. Aufl., Berlin Heidelberg 2010, S. 246-252.
- Walter, Uta (2010). *Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*, in: Badura/Walter/Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin/Heidelberg 2010.
- World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.*