

Messung des wirtschaftlichen Nutzens eines systematischen und integrierten betrieblichen Gesund- heitsmanagements im See-Spital

Entwicklung eines Kennzahlen-Sets

Falco Vanessa

S16543175

Departement Gesundheit

Institut für Gesundheitswissenschaften

Studienjahr: 2016

Eingereicht am: 03.05.2019

Begleitende Lehrperson: Dr. Astrid Rimbach

**Bachelorarbeit
Gesundheits-
förderung und
Prävention**

Abstract

Hintergrund: Arbeitnehmende aller Branchen sind verschiedenen Herausforderungen ausgesetzt, welche sowohl physische, psychische und auch monetäre Auswirkungen haben können. Deshalb setzen immer mehr Unternehmen auf das betriebliche Gesundheitsmanagement, um die Gesundheit der Arbeitnehmenden zu erhalten, zu verbessern, die Ressourcen zu stärken und um die Kosten zu dämpfen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, aus der Literatur verschiedene Kennzahlen zu finden und Modelle zur Berechnung des ökonomischen Nutzens von betrieblichem Gesundheitsmanagement aufzuzeigen, die für das See-Spital von Nutzen sein können.

Methode: Für die Beantwortung der Fragestellung wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken Bibnet.org, CINAHL Complete, Cochrane Library, PubMed, Google Scholar und Nebis durchgeführt. Anhand der prädefinierten Ein- und Ausschlusskriterien wurden zehn Titel inkludiert. Anschliessend wurden die Ergebnisse zusammengefasst dargestellt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse zeigen, dass betriebliches Gesundheitsmanagement prospektiv aufgeleitet und in der Unternehmensentwicklung eingebunden werden muss. Das entwickelte Kennzahlen-Set dient der Evaluation, Legitimierung und Budgetierung von zukünftigen Massnahmen.

Diskussion: Es lassen sich nicht alle Ergebnisse auf das See-Spital übertragen. Dennoch kann für eine ganzheitliche Wirkungsmessung des betrieblichen Gesundheitsmanagement empfohlen werden, weiche Indikatoren zu berücksichtigen, die genau wie harte Faktoren, Auswirkungen auf ein Unternehmen haben können.

Keywords: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Spital, Kennzahlen, Wirkung, Massnahmen, Monetisierung

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
1.1. PROBLEMSTELLUNG.....	1
1.2. AUSGANGSLAGE.....	1
1.3. ZIELSETZUNG	2
1.4. FRAGESTELLUNG.....	3
2. THEORETISCHER HINTERGRUND	4
2.1. BEGRIFFSDEFINITION UND ABGRENZUNG	4
2.1.1. <i>Gesundheit</i>	4
2.1.2. <i>Betriebliches Gesundheitsmanagement</i>	4
2.1.3. <i>Gesundheitsförderung und Prävention</i>	5
2.2. BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT IM SEE-SPITAL.....	5
2.3. KENNZAHLEN	6
3. METHODE	7
3.1. LITERATURRECHERCHE.....	7
3.2. EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN	7
3.3. DESKRIPTIVE ERGEBNISSE DER LITERATURRECHERCHE	8
3.4. ERGEBNISERLÄUTERUNG DER GEWÄHLTEN LITERATUR	10
3.4.1. <i>Return on investment in healthcare leadership development programs..</i>	10
3.4.2. <i>Integrated Approaches to Occupational Health Safety: A Sytematic Review</i>	12
3.4.3. <i>Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Kennzahlen</i>	13
3.4.4. <i>Fehlzeiten-Report 2008</i>	14
3.4.5. <i>Ökonomischer Nutzen «weicher» Kennzahlen – (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit</i>	19
3.4.6. <i>Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen</i>	24
4. ERGEBNISSE.....	44
4.1. RESULTATE DER LITERATURRECHERCHE	44
4.2. ENTWICKLUNG DES INSTRUMENTES.....	46

5. DISKUSSION	55
6. HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	56
7. FAZIT	57
LITERATURVERZEICHNIS	59
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	65
TABELLENVERZEICHNIS	66
EIGENSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG	67
WORTZAHL	67
DANKSAGUNG	68
ANHANG	69
A: GLOSSAR	69
B: AUSGEFÜLLTE RECHERCHEPROTOKOLLE UND BESCHAFFUNGSMÖGLICHKEITEN	70
C: ARBEITSMAPPEN AUS DEM KENNZAHLEN-SET	76

1. Einleitung

1.1. Problemstellung

Demographischer Wandel (BFS, 2015), Digitalisierung (Bundesagentur für Arbeit, 2015), Fachkräftemangel (Adecco Schweiz, 2018) sowie stetig steigender Kostendruck (Angerer, Hollenstein & Liberatore, 2016) sind nur einige Herausforderungen, welche sich Arbeitgebende aller Branchen heutzutage stellen müssen. Um in dieser schnelllebigen Zeit diesen Ansprüchen gewachsen zu sein, benötigt ein Unternehmen Mitarbeitende, die sowohl psychisch als auch physisch in Form sind und weiterhin motiviert arbeiten. So üben Organisationen immer mehr Druck auf die Arbeitnehmenden aus und fordern eine höhere Produktivität sowie eine gewisse Flexibilität. Dies um möglichst wettbewerbs- und leistungsfähig im Markt mithalten zu können, zu möglichst kostengünstigen und effizienten Bedingungen. Daher ist es unabdingbar, dass ein Unternehmen gesunde, leistungsfähige und motivierte Mitarbeitende braucht, welche diesen Herausforderungen gewachsen sind. So setzen gemäss Badura, Walter & Heilmann (2010) immer mehr Organisationen auf Instrumente aus dem betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM), welche dazu beitragen, dass das Wohlbefinden und die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden gefördert sowie die Betriebsergebnisse verbessert werden.

1.2. Ausgangslage

Bei der täglichen Arbeit im See-Spital steht primär die Gesundheit der Patienten im Zentrum und die Anforderungen an die Mitarbeitenden sind hoch. In diesem Umfeld kommt der Gesundheit der Mitarbeitenden eine besondere Bedeutung zu. So sind Mitarbeitende, vor allem im Pflegebereich, hohen Anforderungen in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht ausgesetzt (Spicker & Schopf, 2007). Im 2017 betrug die Quote der gesundheitsbedingten Absenzen von Vollzeit-Arbeitnehmenden im Gesundheits- und Sozialwesen rund 3.5%, was umgerechnet 85 Stunden im Jahr ausmacht (BFS, 2018). Somit befinden sich Arbeitnehmende des Gesundheits- und Sozialwesens an fünfter Stelle in der Rangreihenfolge der gesundheitsbedingten Absenzen. Diese Zahlen, welche weiterhin eine steigende Tendenz nachweisen, zeigen die Relevanz für das Berufsfeld Gesundheitsförderung und Prävention auf.

Um das BGM im See-Spital zu etablieren und um weiterhin Prozesse und Massnahmen zu entwickeln, die den Mitarbeitenden zufließen sollen, benötigt es einer Gesamtevaluation. Diese soll die Wirksamkeit des BGMs im See-Spital aufzeigen. Da bekanntlich BGM Effekte meist qualitativer Ausprägung sind und daher schwer quantifizierbar, bedarf es hier nicht nur einer Evaluation der Wirksamkeit von BGM Massnahmen, sondern auch einer ökonomischen Bewertung.

Im Prozess der Systematisierung und Integration des BGMs im See-Spital spielt das Friendly Work Space Label (FWS) eine zentrale Rolle. Im Dezember 2017, nachdem zwei externe Assessoren von Gesundheitsförderung Schweiz das See-Spital auf den Label-Anforderungen überprüft haben, wurde das See-Spital zu Committed to Friendly Work Space ausgezeichnet. Die FWS Zertifizierung ist eine Auszeichnung für Unternehmen, die von der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz vergeben wird, für die Führung eines erfolgreichen betrieblichen Gesundheitsmanagements. Grundlage für die Vergabe des Labels sind praxisorientierte Qualitätskriterien (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019). Folgende sechs Qualitätskriterien, welche auch vom Staatssekretariat für Wirtschaft (Seco) und vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) unterstützt werden, müssen für die Erlangung des Labels erfüllt werden (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019):

1. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Unternehmenspolitik
2. Aspekte des Personalwesens und der Arbeitsorganisation
3. Planung von betrieblichem Gesundheitsmanagement
4. Soziale Verantwortung (Corporate Social Responsibility)
5. Umsetzung von betrieblichem Gesundheitsmanagement
6. Gesamtevaluation von betrieblichem Gesundheitsmanagement

Daher zielt das See-Spital durch die Implementierung eines integrierten und systematischen BGMs eine Verbesserung der Resultate beim Re-Assessment im Dezember 2019 ab.

1.3. Zielsetzung

Das Hauptziel dieser Arbeit ist es ein Instrument zu entwickeln, welches die wirtschaftlichen Auswirkungen eines systematischen und integrieren betrieblichen

Gesundheitsmanagements für das See-Spital messen kann. Damit zukünftig die Evaluation des BGMs sowohl zur Legitimierung als auch zur Budgetierung von Massnahmen und Angeboten dienen kann.

Darüber hinaus strebt diese Bachelorarbeit die Ableitung von Handlungsempfehlungen für die Optimierung und Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagement im See-Spital an.

1.4. Fragestellung

Aufgrund der Praxisrelevanz für die Wirkungsmessung vom betrieblichem Gesundheitsmanagement im See-Spital, wurden folgende Fragestellungen abgeleitet.

Kernfrage

Wie kann der wirtschaftliche Nutzen eines systematischen und integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements im See-Spital gemessen werden?

Unterfrage

Welche BGM Kennzahlen eignen sich für das See-Spital?

2. Theoretischer Hintergrund

Im folgenden Kapitel werden für diese Arbeit zentrale Begriffe ausgeführt und voneinander abgegrenzt.

2.1. Begriffsdefinition und Abgrenzung

2.1.1. Gesundheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert in der unterzeichneten Verfassung vom 22. Juli 1946 Gesundheit als ein «Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen» (WHO, 1946). Wie aus dieser Definition ersichtlich ist, handelt es sich hier um ein ganzheitliches Bild von Gesundheit und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit.

Ausserdem entwickelte die WHO 1987 ihre Definition weiter und bezeichnete Gesundheit als «...Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen» (Singer, 2010).

Hurrelmann ergänzte 1990 den Gesundheitsbegriff wie folgt: «Gesundheit als Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegeben äusseren Lebensbedingungen befindet» (Hurrelmann, 2000).

Laut Antonovsky (1979), der den salutogenetischen Ansatz geprägt hat, richtet sich der Fokus auf die Fähigkeiten die vorhandenen Ressourcen zu nutzen, um das Leben mit seinen Belastungen, Problemen und Anforderungen zu meistern. So bewegt sich der Gesundheitszustand laut Antonowsky zwischen zwei Polen, der Gesundheit und der Krankheit, was auch besser als Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bekannt ist. Sie sagt aus, dass auch bei Vorliegen einer Krankheit, gesunde Anteile in einem Menschen wahrnehmbar sind (Antonovsky, 1996).

2.1.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement

Badura, Walter & Hehlmann bezeichnen BGM als «Die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche

Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Ziel haben» (2010). Wobei das Konzept des betrieblichen Gesundheitsmanagements sich nicht nur bei den Arbeitnehmenden, sondern auch bei den Unternehmen positiv auswirken soll (Faller, 2017).

2.1.3. Gesundheitsförderung und Prävention

In der Ottawa-Charta (1986) wird Gesundheitsförderung als «Prozess, welcher alle Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie dadurch zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt» definiert. Zudem zielt Gesundheitsförderung auf die Schaffung von Lebensbedingungen, in denen sich Menschen gesund entwickeln können und dies unter Berücksichtigung der persönlichen Kompetenzen (Egger, 2014). Hingegen wird Prävention laut Klemperer & Braun (2010) und Egger (2014) «..im Sinne einer generelle Vermeidung eines schlechteren Zustandes umfasst alle zielgerichteten Massnahmen und Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, (...) oder verzögern.»

2.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement im See-Spital

Seit 2013 beschäftigt sich das See-Spital mit Themen rund um die betriebliche Gesundheitsförderung. Unter dem Namen «ProCare» wurden in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe gesundheitsrelevante Themen evaluiert und Angebote für die Arbeitnehmenden geprüft und zur Verfügung gestellt. 2017 wurde das «ProCare» Konzept überarbeitet und durch ein neues systematisches Konzept abgelöst. Auslöser waren einerseits die steigende Anzahl von Absenzen und die Fluktuationsraten, andererseits zeigten die Resultate der Mitarbeiterbefragung 2015 einen Handlungsbedarf auf. Das betriebliche Gesundheitsmanagement wurde seit Januar 2019 in den strategischen Zielen des See-Spitals verankert, um der Thematik nach dem Top-down Prinzip ganzheitlich anzugehen. Die Ziele des BGMs sind demnach:

- Positionierung als verantwortungsbewusster und attraktiver Arbeitgeber, der sich für ein ganzheitliches Wohlbefinden seiner Mitarbeitenden engagiert und ein respektvolles und wertschätzendes Arbeitsumfeld (Entwicklung einer

Gesundheitskultur und klare Positionierung als Gesundheitsbetrieb) (See-Spital BGM-Konzept, 2017).

- Steigerung der Motivation und Leistungsfähigkeit-/bereitschaft der Mitarbeitenden (See-Spital BGM-Konzept, 2017).
- Förderung der Eigenverantwortung jedes einzelnen Mitarbeitenden aus seine/ihre eigene Gesundheit zu achten (nicht nur Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten) (See-Spital BGM-Konzept, 2017).
- Senkung der beeinflussbaren krankheits- und unfallbedingten Absenzen und damit verbundenen direkten und indirekten Kosten (See-Spital BGM-Konzept, 2017).

2.3. Kennzahlen

Kennzahlen sind Daten, welche eine quantitative Zusammenfassung von Informationen darstellen (Wöhe & Döring, 2002) und Aussagen über Ziele liefern. Im BGM werden Kennzahlen zur Wirkungsüberprüfung von Massnahmen eingesetzt und sollen die Vielfalt von Gesundheit abbilden können (Uhle & Treier, 2015).

3. Methode

Im folgenden Kapitel wird das Vorgehen der Literaturrecherche aufgezeigt und die Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Anschliessend werden die erzielten Ergebnisse aufgezeigt.

3.1. Literaturrecherche

Um die theoretischen Grundlagen zur Thematik der vorliegenden Bachelorarbeit aufzuarbeiten, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Die Erkenntnisse aus der Literatur dienten der Erarbeitung des Messinstruments sowie der Ableitung von Handlungsempfehlungen. Dazu wurden die Public Health Datenbanken CI-NAHL Complete, Bibnet.org, Cochrane Library und PubMed konsultiert.

Die Keywords, welche in den Datenbanken eingegeben wurden, sind in der untenstehenden Tabelle 1 ersichtlich.

Tabelle 1: *Englische Keywords (eigene Darstellung)*

1. Begriff	2. Begriff	3. Begriff	4. Begriff	5. Begriff
Key performance indicators	Occupational health management	Hospital	Health system	Return on investment

In einem ersten Schritt wurden die oben erwähnten Keywords in verschiedenen Kombinationen eingegeben. Aufgrund der tiefen Anzahl gefundener Literatur und um eine Datensättigung zu erreichen, wurde zusätzlich zur systematischen Literaturrecherche eine Handsuche durchgeführt. Dazu durchsuchte die Autorin den Nebis-Katalog sowie die Google Scholar Suchmaschine.

Das Vorgehen der vollständigen Recherche und die erzielten Suchergebnisse sind dem Anhang B zu entnehmen.

3.2. Ein- und Ausschlusskriterien

Die Literatur wurde mittels Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Inkludiert wurden Daten in deutscher und englischer Sprache, Daten aus der Schweiz oder vergleichbaren Ländern (Europa, USA, Kanada, Australien) und Daten, welche das

Spital als Setting haben. Nicht berücksichtigt wurde veraltete (Erscheinungsjahr zwischen 2000 und 2018) und graue Literatur.

Aufgrund der tiefen Anzahl gefundener Literatur wurden die Ein- und Ausschlusskriterien der Handsuche angepasst. So wurde das Einschlusskriterium «Spital» und das Ausschlusskriterium «graue Literatur» für die Handrecherche entfernt.

Tabelle 2: *Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturrecherche (eigene Darstellung)*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Verfassungssprache Deutsch und/oder Englisch	Literatur vor dem Jahr 2000
Daten aus der CH oder vergleichbaren Länder (D, Ö, SWE, NOR, USA, CAN, AUS etc.)	-

3.3. Deskriptive Ergebnisse der Literaturrecherche

In Abbildung 1 wird der Informationsfluss der einzelnen Schritte zur definitiven Literaturauswahl aufgelistet.

Die Datenrecherche in den Public Health Datenbanken (CINAHL Complete, Bibnet.org, Cochrane Library und PubMed) erzielte 4'843'358 Ergebnisse. Die Handsuche im Nebis-Katalog und in der Google Scholar Suchmaschine erzielte 3'188 Ergebnisse. Diese wurden nach einer ersten Selektion nach Titel und Abstract auf 15 Titel reduziert. Wobei aufgrund der hohen Anzahl Treffer, teilweise nur die ersten 100, 200 oder 300 Ergebnisse untersucht wurden. Nach Überprüfung der Ein- und Ausschlusskriterien wurden 5 Titel ausgeschlossen und als ungeeignet erachtet. Zehn Titel wurden letztendlich ausgewählt.

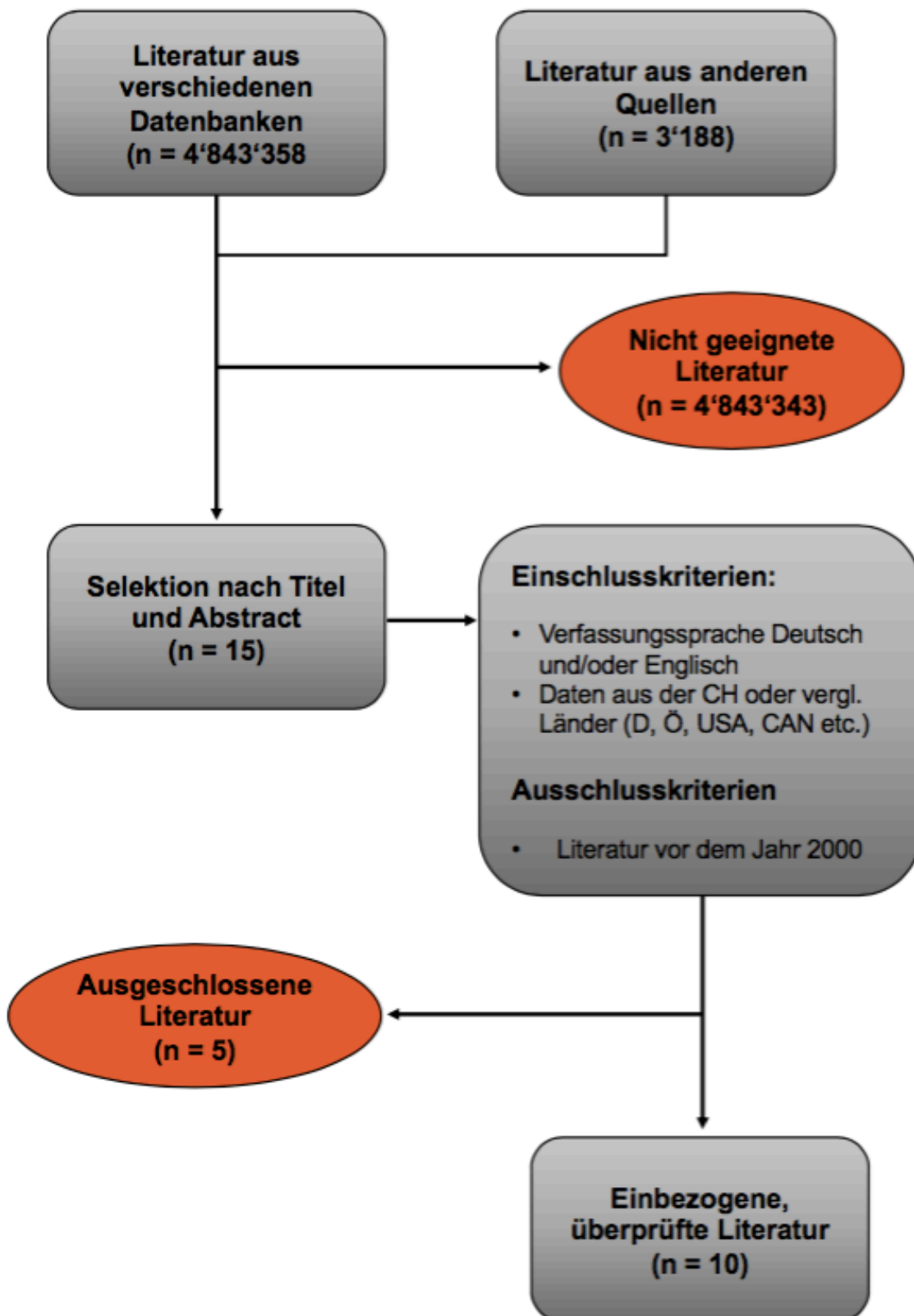


Abbildung 1: Informationsfluss (eigene Darstellung)

3.4. Ergebniserläuterung der gewählten Literatur

Im Folgenden Abschnitt werden die erzielten Ergebnisse der Literaturrecherche und deren Inhalte zusammengefasst und vorgestellt.

3.4.1. Return on investment in healthcare leadership development programs

Maya M. Jeyaraman, Sheikh Muhammad Zeeshan Qadar, Aleksandra Wierzbowski, Farnaz Farshidfar and Justin Lys, Graham Dickson and Kelly Grimes, Leah A. Phillips, Jonathan I. Mitchell, John Van Aerde, Dave Johnson and Frank Krupka, Ryan Zarychanski and Ahmed M. Abou-Setta

Die von 2006 bis 2016 in Canada durchgeführte Literaturrecherche in acht Datenbanken hatte zum Ziel, Beweise für Indikatoren und Kennzahlen zu Gesundheitsergebnisse und Rentabilität im Zusammenhang mit Führungsqualität, Programme zur Führungsentwicklung und bestehenden Bewertungsinstrumente zu identifizieren und zusammenzufassen. Von 11'868 geprüften Ergebnissen schlossen die Autoren 223 Studien ein, die:

- über Gesundheitsindikatoren, ROI-Indikatoren (Return on Investment) und Kennzahlen im Zusammenhang mit der Führungsqualität berichteten (73 Studien),
- über Leadership Development-Programme (138 Studien) berichteten und
- über bereits bestehende Bewertungsinstrumente (12 Studien) referierten.

Die Autoren kamen auf folgende Ergebnisse (s. Tabelle 3 und 4):

Tabelle 3: *Wichtigste Gesundheitsergebnisse/Indikatoren im Zusammenhang mit Führungsqualität und -stil (eigene Darstellung)*

Patientenresultate	Mitarbeiterresultate	Organisatorische Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Infektionsraten - Nebenwirkungen des Patienten - Nutzung der Patientenversorgung - Patientensterblichkeit - Patientenzufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Burnout und Stress - Effektive Kommunikation Effektive Teamarbeit - Erhöhtes Verständnis und Bewusstsein für Fehler - Arbeitszufriedenheit - Organisatorisches Engagement - Wahrgenommene interprof. Zusammenarbeit - Fehlzeiten der Mitarbeitenden - Mitarbeiterunfälle - Mobbing am Arbeitsplatz 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeits- und Sicherheitsklima im Spital - Produktivität und Effektivität des Unternehmens - Arbeitsklima - Qualität der Patientenversorgung - Patientenbeschwerden - Patientensicherheit - Reduktion medizinischer Fehler

Tabelle 4: *Wichtigste Gesundheitsergebnisse im Zusammenhang mit Leadership Development-Programme (eigene Darstellung)*

Patientenresultate	Mitarbeiterresultate	Organisatorische Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> - Patientenzufriedenheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlzeiten - Arbeitszufriedenheit - Stellenbesetzung und MA-Bindung von Pflegenden - Organisatorisches Engagement - Überstunden - Wahrgenommene organisatorische Unterstützung - Ärztliche Zufriedenheit mit der Pflege - Führungsentwicklung im Gesundheitswesen - Rekrutierung - Bindung des Personals - Mitarbeiterzufriedenheit - Fluktuationsrate 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflegequalität und -sicherheit - Infektionsraten - Kommunikationsmuster in der Organisation - Verbraucherbeschwerden an den Ombudsmann - Kulturelle Vielfalt der MA - Zufriedenheitsfaktoren - Verbesserung kritischer Vorgänge - Zufriedenheit der Pflegenden - Patientenbeschwerden - Organisatorische Veränderung - Patientensicherheit

3.4.2. Integrated Approaches to Occupational Health Safety: A Systematic Review

A. Cooklin, PhD; N. Joss, MPH; E. Husser, MSc; B. Oldenburg, PhD

Das systematische Review, welches 2014 in Australien durchgeführt und im *American Journal of Health Promotion* veröffentlicht wurde, durchsuchte verschiedene Datenbanken. Sie hatte zum Ziel die Wirksamkeit integrierter arbeitsplatzbezogener Massnahmen, welche die Gesundheitsförderung mit Gesundheitsschutz und Arbeitssicherheit verbinden, zu überprüfen. Berücksichtigt wurden Studien, die Interventionen am Arbeitsplatz enthielten, welche der Konsensdefinition eines «integrierten Ansatzes» entsprachen.

Insgesamt wurden 31 geeignete Studien identifiziert, davon waren 14 experimentelle Studien mit randomisierter Gruppenzuordnung, 9 waren quasi-experimentell Studien, welche die Intervention mit einer (nicht zufälligen) Referenzgruppe verglichen und 8 waren Ein-Gruppen-Design, die sich auf Prä-Post-Vergleiche stützten.

Von den Studien, welche sich auf die Gesundheit und das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden beziehen, waren die folgenden Indikatoren wichtig: Tabakkonsum, Gewichtsverlust, körperliche Aktivität, Ernährung, selbsteingeschätzte Gesundheit, Häufigkeit chronischer Erkrankungen und Mortalität.

Weitere Indikatoren bezogen sich auf das psychosoziale Arbeitsumfeld wie Verbesserung der Arbeitsplatzqualität, reduzierter beruflicher Stress und reduzierte Symptome von Depressionen.

Die mehrheitlichen Studien berichteten über positive Auswirkungen auf die angestrebten Gesundheitsergebnisse. Die Minderheit der Studien brachten Mischeffekte oder keine Effekte hervor. Von den Studien, die über verschiedene kostenbezogene Ergebnisse berichteten, waren die Ergebnisse nicht eindeutig. Fünf Studien schilderten über positive Auswirkungen auf Fehlzeiten, Urlaubsnutzung oder verminderte Erwerbsunfähigkeitstage. Bei vier Studien gingen wenige oder keine Auswirkungen auf die Kosten (Gesundheitskosten, Krankheitskosten) hervor.

3.4.3. Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Kennzahlen

Uta Walter, Bernhard Badura

Der wissenschaftliche Artikel, wurde in der Fachzeitschrift *Public Health Forum* im Juni 2018 veröffentlicht. Die Autoren befassen sich mit der Wirksamkeit und Effizienz von BGM und der Frage, ob das was wir tun (Unternehmen) das richtige ist und wie richtig wir es tun (Messbarkeit).

Laut dem Deutschen Arbeitsschutzgesetz müssen seit 2013 alle gesundheitsrelevante Einflussfaktoren bei der Arbeit ermittelt und bewertet werden. Dies gilt sowohl für die physischen als auch für die psychischen Faktoren. Zielsetzung dieses Erlasses ist es eine Datengrundlage zu erhalten, welche anschliessend für zielgruppengerechte Massnahmen sowie für die Evaluation eingesetzt werden kann. So besagen Badura & Walter, dass BGM-Kennzahlen, die in regelmässigen Abständen erhoben werden, über folgende Kriterien Auskunft geben sollten:

- Über die betrieblichen Einflüssen wie Führung, Kultur und Beziehungsklima (Treiber)
- den Gesundheitszustand der Beschäftigten und ihre emotionale Bindung (Frühindikatoren)
- Absentismus, Präsentismus, Qualitätsbewusstsein und Verbesserungsvorschläge (Spätindikatoren)

Diese Indikatoren sollten ergänzt werden, mit verschiedenen Arbeitsbedingungen wie zeitliche Arbeitsanforderungen, Handlungsspielraum und die Sinnhaftigkeit der Arbeit. Abschliessend und um eine effektive Wirkung von BGM sichtbar zu machen, empfehlen die Autoren die Durchführung regelmässiger Mitarbeiterbefragungen.

3.4.4. Fehlzeiten-Report 2008

B. Badura, H. Schröder, C. Vetter

Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention – Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes

I. Kramer, I. Sockoll, W. Bödeker

In Deutschland nimmt das Bewusstsein für die positiven Auswirkungen der betrieblichen Gesundheitsförderung als Teil der Unternehmensstrategie immer mehr zu. Mit diesem Bewusstsein steigt auch der Anspruch an die Forschung, welche vor der Herausforderung steht, aussagekräftige Wirksamkeits- und Kosten-Nutzen-Analysen aufzuzeigen. Dieses Kapitel widmet sich der Thematik der Evidenzbasierung und zeigt die Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche der Initiative Gesundheit und Arbeit (IGA). Nebst dem Aufzeigen vom gesundheitlichen Nutzen von Interventionen durch betriebliche Gesundheitsförderung geht die Studie auch der Frage nach finanziellen Auswirkungen nach. So spiegeln sich besagte Auswirkungen meist in den Indikatoren Kosten durch «krankheitsbedingte» Fehlzeiten (Absentismus) und den Krankheitskosten der Beschäftigten wider. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Bilanz gesundheitsförderliche Massnahmen im Betrieb zu einer Senkung der Krankheitskosten um durchschnittlich 26.1% führen und die krankheitsbedingten Fehlzeiten um durchschnittlich 26.8% verringert werden. Die Veränderung dieser Indikatoren lassen sich mittels der Kennzahl «Return on Investment» darstellen. In der wissenschaftlichen Literatur wird verdeutlicht, dass ein ROI zwischen 1:2,3 und 1:5,9 für die Krankheitskosten im Verhältnis steht. Für die Fehlzeiten wurden folgende Angaben gefunden: 1:2,5 bis 1:10.

Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen

P. Lück, G. Eberle, D. Bonitz

212 Unternehmen, welche ein langjähriges betriebliches Gesundheitsmanagement betreiben, wurden nach ihren Einschätzungen des Nutzens und der Erfolgsfaktoren des BGM befragt. Aus ihren Antworten wurde klar, dass ein nachhaltig betriebenes BGM sich nicht nur positiv auf die Gesundheit der Mitarbeitenden wirkt, sondern auch gewinnbringend für das Unternehmen ist, weil es die Wettbewerbsfähigkeit des Unternehmens erhöht.

Die Ergebnisse dieser Expertenbefragung sind die Folgenden:

BGM ist multithematisch ausgerichtet (gleichzeitig mehrere Themenschwerpunkte). Diese Themen werden aus den Befragungen von Mitarbeitenden, Arbeitsplatzbegehungen und Auswertungen der AU-Daten ermittelt. So führen im produzierenden Gewerbe die Themen «Vorbeugung und Reduzierung von körperlichen Belastungen», «Arbeitsplatzgestaltung» und «Fehlzeitensenkung», während im Arbeitsbereich Handel und Dienstleistungen hingegen die Themen «Verbesserung des Betriebsklimas und der Mitarbeiterzufriedenheit», «Vorbeugung und Reduzierung körperlicher Belastungen» und «innerbetriebliche Kommunikation und Kooperation» im Zentrum stehen.

Tabelle 5: *Ergebnisse bezüglich des wirtschaftlichen Nutzens (eigene Darstellung)*

Ergebnisse bezüglich des wirtschaftlichen Nutzens	
Entgeltfortzahlung gesenkt	Mehr Kundenzufriedenheit
Praxisrelevante Beratung	Gesenkte Fehlerquote
Produktivitätssteigerung	Qualität und Innovation
Weniger Personalausfall	Personal besser verfügbar

Erfolge können gemessen werden, indem Ziele formuliert und ein internes Controlling im Unternehmen vor, während und nach der Umsetzung durchgeführt wird.

Bestimmung des ökonomischen Nutzens eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements

E.M. Schraub, R. Stegmaier, Kh. Sonntag, V. Büch, B. Michaelis, U. Spellenberg

In der heutigen Zeit ist betriebliches Gesundheitsmanagement viel mehr als Arbeits- und Gesundheitsschutz. Es befasst sich auch mit Themen wie physische und psychische Gesundheit, Stress und Work-Life-Balance. Wissenschaftliche Studien konnten nachweisen, dass eine Verbindung zwischen Gesundheit und Leistung der Mitarbeitenden besteht sowie dass eine erhöhte Identifikation der Mitarbeitenden mit dem Unternehmen stattfindet, wenn der Führungsstil partnerschaftlich ist. So bilden Sicherheit und Gesundheit die optimale Grundlage für ein erhöhtes Engagement der Mitarbeitenden dar, welches sich in eine erhöhte Produktivität und somit zum Erfolg eines Unternehmens beiträgt. Umso wichtiger ist es, die Frage nach dem ökonomischen Nutzen von Investitionen im betrieblichen Gesundheitsmanagement beantworten zu können. Laut den Autoren gibt es drei Ansätze BGM zu evaluieren:

Tabelle 6: *Ansätze der Evaluation (eigene Darstellung)*

Drei Ansätze für die Evaluation
Evaluation von Einzelmassnahmen
Evaluation vollständiger Gesundheitsprogramme
Managementevaluation

Evaluation von Einzelmassnahmen und vollständiger Gesundheitsprogramme:

Eine erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse ermöglicht es, den monetären Nutzen von einzelnen Massnahmen wie auch von vollständigen Programmen zu ermitteln. Zusätzlich berichten die Autoren, dass eine weitere Möglichkeit Einzelmassnahmen und vollständige Gesundheitsprogramme zu evaluieren die ist, dass Differenzen bei spezifischen Zielgrössen aufgezeigt werden. So kann beispielsweise der wahrgenommene Stress, das Wohlbefinden aber auch objektiv messbare Parameter wie Cholesterol vor und nach einer Intervention gemessen werden.

Managementevaluation:

Zwei Ansätze beschreiben die Evaluation des Gesundheitsmanagements als Ganzes. Zum einen die Qualitätskriterien des betrieblichen Gesundheitsmanagements, welche sich auf die Strukturen, die Massnahmenplanung, die Analyse, die Evaluation und die Umsetzung im BGM beziehen. Zum anderen das Evaluationsmodell des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF), welches auf dem EFQM-Ansatz (European Foundation for Quality Management) beruht. Dieser unterscheidet zwischen Voraussetzung und Ergebnisse. Die Verknüpfung vom BGM mit der Unternehmenspolitik, die Planung im Gesundheitsmanagement, die Umsetzung, das Personalwesen, die Arbeitsorganisation und die soziale Verantwortung sollen als Voraussetzung gelten. Die systematische Auswertung von Effekten des BGMs hingegen stellen die Ergebnisse dar.

So fokussieren beide Ansätze auf Prozesse, Strukturen, Inhalte und Ergebnisse und unterstützen ein erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement.

Weiter wurde auf das Projekt «Benchmarking in einem Gesundheitsnetzwerk», kurz BiG, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde, eingegangen. Ziel dieses Projektes war es, den ökonomischen Nutzen eines ganzheitlichen und nachhaltigen Gesundheitsmanagement zu überprüfen und aufzuzeigen, in welcher Weise es sich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten und die Wettbewerbs- und Innovationsfähigkeit von Unternehmen auswirkt. Als Grundlage wurde das Modell eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements entwickelt (Abbildung 2). Dieses Modell zeigt die Stossrichtung des betrieblichen Gesundheitsmanagement auf und wie die Merkmale in Zusammenhang stehen. So beeinflussen die Faktoren der betrieblichen Ebene indirekt die Mitarbeitenden, welche wiederum durch erhöhte Produktivität und reduzierte Abwesenheiten zum ökonomischen Erfolg eines Unternehmens führen. Das BGM beeinflusst sowohl direkt als auch indirekt, über die betriebliche Ebene die Mitarbeitenden. Weiter befassen sich die Autoren mit bestimmten Eigenschaften für ein nachhaltiges und erfolgreiches Gesundheitsmanagement. BGM soll systematisch und in den betrieblichen Prozessen integriert sein. Im Übrigen soll die Verantwortung des Kaders erhöht werden für Thematiken wie die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeitenden.

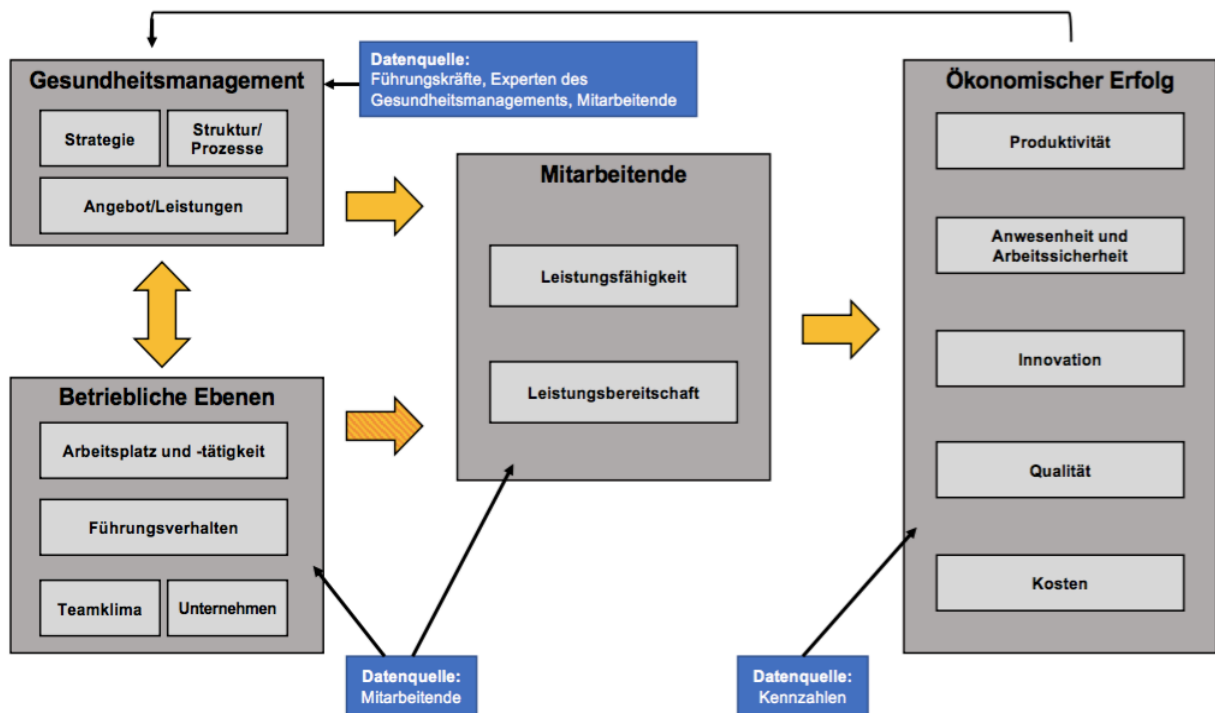


Abbildung 2: Modell eines nachhaltigen Gesundheitsmanagements (eigene Darstellung)

Verschiedene Kennzahlen können den ökonomischen Erfolg nachweisen. Es sollen nicht nur vergangenheitsbezogene Indikatoren sein, sondern auch zukunftsorientierte, welche über verschiedene Ebenen Auskunft geben können. So zeichnen sich beispielsweise folgende Kennzahlen als geeignet aus: Produktivität, Anwesenheit (Krankenstand, Unfallhäufigkeit etc.), Qualität und Kosten. Um gewisse Kennzahlen zu erörtern, wird eine Befragung der Mitarbeitenden vorausgesetzt, um die Themen auf betrieblicher Ebene wie Teamklima und Unternehmen, Arbeitsplatz und -tätigkeit und zum Führungsverhalten der direkten Führungskraft zu erfassen. Die Daten, welche dem vorliegenden Modell zugrunde liegen, werden mit einem Gesundheitsindex berechnet. Die Berechnung setzt sich aus der Selbsteinschätzung der Mitarbeitenden (Befragung) und der Experten zusammen. Jedoch ist das jedem Unternehmen selbst überlassen, wie die Gewichtung der einzelnen Daten auszusehen hat.

3.4.5. Ökonomischer Nutzen «weicher» Kennzahlen – (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit

S. Fritz

Die Autorin geht der Frage nach, wie «weiche» Kennzahlen für ein Unternehmen sichtbar und nutzbar gemacht werden. Sigrun Fritz befasst sich mit der Übersetzung und der Sichtbarmachung von qualitativen Effekten wie beispielsweise der «Arbeitszufriedenheit» in monetären Nutzen. So sollen nebst quantitativen Effekten wie die des Krankenstandes oder die Unfallquote, auch weiche Faktoren anhand einer erweiterten Kosten-Nutzen-Analyse einbezogen werden.

Die Autorin zeigt auf, was im Schnitt ein Ausfalltag bei verschiedenen Unternehmen in Euro kostet. So kostete 2006 beim Volkswagenwerk (VW) und bei einem deutschen Energiedienstleistungsunternehmen einen Ausfalltag circa 400 Euro. 14.9 Milliarden Euro Behandlungskosten und 13.5 Milliarden Produktionsausfallkosten entstanden bundesweit durch körperliche Belastung am Arbeitsplatz, die in 30 – 40% der Fälle durch BGM Massnahmen vermeidbar sind. Nichtsdestotrotz soll beachtet werden, dass es eine Vielzahl an Faktoren gibt, welche den Krankenstand beeinflussen können. So kann eine saisonale Grippe, welche zu vielen Ausfällen führt, die Absenzquote «verfälschen» und die Wirksamkeit von Massnahmen im Gesundheitsmanagement in Frage stellen. Bereits in den 90er Jahren wurde festgestellt, dass Massnahmen nicht mehr als in eine Dimension gemessen wurden und nur vereinzelte Unternehmen ökonomische Evaluationen durchgeführt haben. Die Autorin zeigt auch auf, dass die Berücksichtigung mehrerer Dimensionen und die ökonomische Übersetzung der Ergebnisse vor allem der Legitimierung von Interventionen und der Zuspicherung von Geldern dient. Vor allem für Letzteres sollen Zahlen, Fakten und Daten die IST-Situation eines Unternehmens spiegeln und als Argumentation für einen Geldzuspruch dienen.

Fritz zeigt verschiedene Möglichkeiten auf, um immaterielle Werte in die Wirkungsmessung miteinzubeziehen, die auch unterschiedlichen Zwecken dienen.

Vier Fragen müssen vor der Ausführung einer Effizienzmessung beantwortet werden:

Tabelle 7: Fragen zur Effizienzmessung (eigene Darstellung)

Fragen zur Effizienzmessung
1. Zeigen die Massnahmen einen Effekt?
2. Ist der Aufwand für die Evaluation legitim?
3. Aus welcher Sicht wird die Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt?
4. Wann wird eine Massnahme als erfolgreich erachtet?

Sind die oben genannten Fragen beantwortet, geht es darum sich auf eine Messvariante festzulegen, welche in diesem Falle die erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse ist. Die erweiterte Kosten-Nutzen-Analyse hat zum Ziel, den Nutzen «weicher» Kennzahlen in Geldeinheiten messbar zu machen. Hierzu gilt es zu beachten, dass diese Formel auf Schätzungen und nicht auf prädefinierten Grössen basiert.

Die Berechnungsformel des Bruttonutzens lautet (die genaue Benennung ist in Tabelle 8 ersichtlich):

$$U_B = d_t \times SD_y \times A \times N \times t$$

Tabelle 8: Legende für die Basisformel für die Kosten-Nutzen-Analyse (eigene Darstellung)

U_B	Bruttonutzen einer Massnahme
d_t	Effektstärke der Änderung
SD_y	Monetärer Wert einer Standardabweichung der Arbeitsleistung
A	Prozentualer Anteil der Leistungskomponente an der Arbeitsleistung
N	Anzahl der Teilnehmenden an der Massnahme
t	Angenommene Wirkungsdauer des Effekts

Um die Effektstärke d_t abzubilden, benötigt es einer Prä- und Postmessung. Nur so kann der wahre Unterschied zwischen der Leistung einer Massnahme dargestellt werden. Jedoch werden für die Berechnung dieser in der Regel nur die Werte nach der Massnahme verwendet (Postmessung). Die Effektstärke wiederum resultiert aus der Differenz der Mittelwerte (MW) der Versuchs- (VG) und der Kontrollgruppen

(KG), welche durch die Standardabweichung (SD) der Kontrollgruppe geteilt wird.

Die Berechnungsformel lautet:

$$d_{t\text{-klassisch-a.}} = (MW_{VG} - MW_{KG}) / SD_{KG}$$

Um den **SDy** (monetären Wert einer Standardabweichung der Arbeitsleistung) zu ermitteln, hat sich die Prozentregel bewährt. So ergab eine empirische Studie aus den USA, dass bei der Arbeitsleistung der analysierten Berufe der monetäre Wert der Standardabweichung circa 20 – 35% betrug. Da die Arbeitsleistung das Zweifache des Gehalts ausmacht, bedeutet dies, dass dies beim Bruttogehalt einen Unterschied von 40 – 70% ausmacht (Vgl. Abbildung 3).

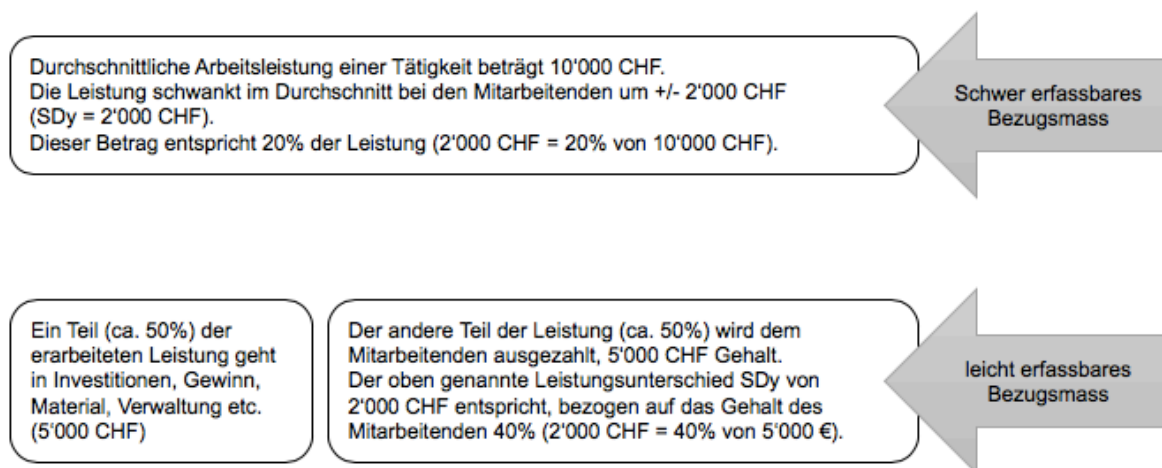


Abbildung 3: Beispiel der Beziehung zwischen Leistung und Gehalt (eigene Darstellung in Anlehnung an Fritz, 2006, S.39)

A (prozentualer Anteil der Leistungskomponente an der Arbeitsleistung) ergibt sich aus der Korrelation zwischen SDy – A, welcher anschliessend quadriert wird. Die Grösse A liegt immer zwischen 0 und 1 und sollen keine Korrelationen bekannt sein, so muss der Anteil eingeschätzt werden.

N (Anzahl Teilnehmenden) berechnet sich mit der jeweils an den Massnahmen teilnehmenden Mitarbeitenden.

Um t (die Effektdauer) zu ermitteln, muss gemessen werden wie lange respektive wie viele Jahre eine Massnahme eine Wirkung zeigt. Es wird der Wert 1 bestimmt, wenn keine genaueren Angaben gemacht werden können.

Voraussetzungen für die Anwendung der erweiterten Kosten-Nutzen-Analyse sind:

- Wirkungsmessung soll an Grössen erfolgen, welche überprüft worden sind
- Wirkungsmessung soll an Grössen erfolgen, welche dem Arbeitsschutzgesetz unterliegen
- zuverlässiges und validiertes Messinstrument
- gesicherte Qualitätskriterien und dokumentierte Massnahmenumsetzung

Mittels der Berechnungsformel des Bruttonutzens lassen sich Zielvariablen wie Arbeitszufriedenheit, psychosomatische Beschwerden, seelische Gesundheit und Krankenstand berechnen und in monetären Wert übersetzen. Dabei zeigt die Autorin verschiedene Möglichkeiten auf. Eine davon die Effektstärke zu messen, bietet die Prä- und Postmessung einer Massnahme. Bei der Vorher- und Nachher-Messung werden dieselben Variablen zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben und Unterschiede auf die Massnahme zurückgeführt. Eine weitere Möglichkeit bietet die Messung der Effektstärke bei der Versuchsgruppe. Hier handelt es sich ebenso um eine Vorher- und Nachher-Messung zu zwei verschiedenen Zeitpunkten, jedoch nur mit der Gruppe, die sich der Massnahme unterzogen hat. Da es in der Praxis nicht immer möglich ist, Längsschnittdaten abzurufen, besteht die Möglichkeit die Effektstärke alleinig an den Werten der Post-Messung zu messen. Hierzu erläutert die Autorin zwei Varianten. Die erste Variante ermöglicht den Teilnehmenden nach der Umsetzung einer Massnahme ihre subjektive Wahrnehmung bezüglich der Veränderung der gemessenen Parameter zu wiedergeben. Dies unter Berücksichtigung der Angabe zu ihrem Verhalten vor dem Start der Massnahme. Die zweite Variante der Post-Messung sieht vor, bei Fehlen von Längsschnittdaten die verfügbaren Querschnittdaten zu nutzen. So lassen sich Durchschnittsdaten zweier Befragungen auswerten und allfällig Aussagen zur Effektstärke machen. Die letzte aufgeführte Möglichkeit die Effektstärke aufzuzeigen, ist, die auf der Basis einer zweiten Kontrollgruppe. Konkret bezieht sich

diese Auswertungsmethode auf diejenigen Arbeitnehmenden, welche nicht an der Massnahme teilgenommen haben.

Zur Berechnung der Kosten die jahresbezogen sind, wurden lediglich die direkten Kosten des Unternehmens wie die Anschaffungskosten oder die Seminarkosten miteinbezogen. In einigen Fällen wurden Mitarbeitende, welche sich an einer Massnahme beteiligt haben mit einem 15 € /Stundensatz entschädigt. Betriebskosten und indirekte Kosten wurden nicht miteinbezogen. Ein Vergleich der anfallenden Kosten über die Zeit (in Jahren) kann diskontiert respektive abgezinst werden. Die Formel hierbei lautet:

$$P_0 = \frac{P_n \text{ Währung}}{(1 + \text{Diskontrate in \%})^n}$$

Wobei P_0 den Barwert zum Zeitpunkt 0 (Zeitpunkt der Investition) wiedergibt. P_n Währung den Wert pro Jahr angibt und $(1 + \text{Diskontrate in \%})$ den Diskontierungsfaktor aufzeigt.

Um nun den Nettonutzen zu berechnen, werden die Kosten der Massnahme vom Bruttonutzen einer Einzelmassnahme subtrahiert. Die dazugehörige Formel sieht folgendermassen aus:

$$U = U_B - K$$

Nettonutzen = Bruttonutzen der Einzelmassnahme – Kosten der Einzelmassnahme

Wie viel Nutzen ein investierter Euro oder allgemein eine Währung bringt, kann durch das Verhältnis zwischen Nettonutzen und Kosten aufgezeigt werden. Die Formel für diese Berechnung lautet:

$$\text{Kosten-Nutzen-Verhältnis} = \text{Nettonutzen} / \text{Kosten}$$

So kann die Effizienz einer Massnahme ermittelt werden.

3.4.6. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt – Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen

T. Uhle, M. Treier

Gesundheitscontrolling: Steuerung und Qualitätssicherung

Laut den Autoren soll betriebliches Gesundheitsmanagement wertschöpfungsorientiert sein, da die Wertkette «Gesundheit» aufeinander bestimmte Prozesse erfordert. So zeigen sich die grössten Streuverluste des BGMs durch Inkongruenz und nicht aufeinander abgestimmte Prozesse oder Massnahmen. Um ein erfolgreiches BGM zu führen, benötigt es verschiedene Faktoren. Zum einen muss die Führung als Vorbild für seine Mitarbeitenden agieren und Instrumente wie Feedbacksysteme, aktives Zuhören oder Partizipation nutzen. Zum anderen soll die gesamte Organisation hinter dem betrieblichen Gesundheitsmanagement stehen und dies auch nach aussen zeigen. So sollen gesundheitsförderliche Werte in der Unternehmensvision oder Unternehmenskultur widerspiegelt werden. Weitere Kriterien, die für ein erfolgreiches BGM sprechen, sind Empowerment, Partizipation, Kommunikation, Transparenz und Evaluation. Denn nur durch das stetige Prüfen der Ergebnisse kann sich etwas verändern.

Uhle und Treier bestätigen, dass die Einführung von Kennzahlen im BGM notwendig ist, um Projekte und Massnahmen nachhaltig umsetzen zu können. Es werden jedoch diverse Anforderungen vorausgesetzt, die erfüllt werden müssen um ein solches Gesundheitsmonitoring aufzusetzen. Die benötigten Anforderungen lassen sich in zwei Hauptstrategien aufteilen, welche in Tabelle 9 abgebildet sind.

Tabelle 9: Anforderungen an das Gesundheitsmonitoring (eigene Darstellung)

Effizienz und Effektivität der Massnahmen	
Sichtbar- und Messbarmachen von Treiberfaktoren der Gesundheit	Ableitung gezielter Interventionen zur Verbesserung einzelner Gestaltungsdimensionen
Routinemässige und kontinuierliche Erfassung unabhängig von der Lage	Analyse von Ereignissen zur kontinuierlichen Verbesserung und deren Dokumentation
Verknüpfung von diversen Erfassungssystemen	Implementierung eines Frühwarnsystems zur rechtzeitigen Erkenntnis
Erfassung kurz- und langfristiger Parameter unter Berücksichtigung der Nachhaltigkeit	Parameterdefinition für körperlichen Zustand, psychisches Befinden und Organisationszustand
Aufzeigen von Stellenschrauben zur Vermeidung arbeitsbedingter Risiken	Benchmarkingfähigkeit der Kennzahlen (v.a. interne Vergleichswerte)
Aufzeigen von betrieblichen Anhaltspunkten zur Aktivierung von Gesundheitspotentialen	Adressatengerechte Abbildungsformen, ggf. Standortspezifische Aspekte beachten
Zielgerichtete Steuerung (Veränderungen nachweisen können)	

Ein weiteres Instrument um Kennzahlen zu messen, ist die Health Balanced Scorecard (BSC). Ziel dieses Instruments ist es eine Übersicht über die Richtung eines Unternehmens und vereinzelter Verantwortungsbereiche zu geben. So zeigt sich das Health BSC als vorteilhaft in der Erfassung von monetären wie auch nicht-monetären Kriterien des betrieblichen Gesundheitsmanagements und ist dank seiner Verbreitung, einfachen Anwendung, hohen Resonanz und Anpassbarkeit ein häufig genutztes Instrument im Management. Jedoch wird empfohlen, die Health BSC mit dem EFQM Kriterienmodell zu ergänzen (European Foundation for Quality Management). Das EFQM-Modell bietet Hilfe beim Aufbau und bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung eines Unternehmens. Vision, Mission, Strategien und Organisationsziele werden von der obersten Führungsebene definiert und anschliessend auf einzelne Mitarbeitenden heruntergebrochen. Somit orientieren sich alle an den gleichen Zielen.

Die Verbindung der Health BSC und des EFQM-Modells bildet somit eine solide Basis für das Prozessmanagement im betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Weiter beschäftigen sich die Autoren mit den Attributen der Kennzahlen für BGM und welche Funktion diese für uns haben. So muss man sich bewusst sein über:

- die Modalität (es wird zwischen befragungs- und nichtbefragungs-basierte Kennzahlen unterschieden),
- die Beschaffenheit (es wird zwischen harten und weichen Daten unterschieden, jedoch lassen sich Gesundheitsdaten in der Regel nur mit qualitativen Methoden aufzeigen),
- die Zahlenart (es bestehen Unmengen an Zahlenarten, welche nicht den gleichen Wertcharakter haben, hier ist es wichtig diesen Aspekt in der Auswertung der Kennzahlen mit zu berücksichtigen),
- die Zeitbetrachtung (in der Regel sind Kennzahlen retrospektiv, also zurückschauend, jedoch benötigt es vor allem im Gesundheitsbereich prospektive Kennzahlen, welche die potentielle Rentabilität für ein Unternehmen aufzeigen).

Um ein wirkendes Gesundheitscontrolling aufzulegen, sollten sowohl Früh- als auch Spätindikatoren miteinbezogen werden. So definieren die Autoren als Frühindikatoren das Commitment und das psychosoziale Wohlbefinden, den objektiven und subjektiven Gesundheitszustand, die Einstellung zur Gesundheit und das Gesundheitsverhalten, das Selbstvertrauen, das Selbstwertgefühl und die Wahrnehmung der Angebote, die sozialen Störungen und die Work-Life-Balance, das Vertrauen in der Führung und die Arbeitszufriedenheit. Als Spätindikatoren hingegen werden die Fehlzeiten, die Fluktuation, die Arbeitsqualität, die Produktivität, die innere Kündigung und den Präsentismus aufgelistet. Jeder dieser Indikatoren wird einem Treiber zugeordnet. Ein Treiber stellt die Grundvoraussetzung für die Entwicklung eines gesunden Unternehmens dar. Hier erwähnte Treiber sind die Arbeitsbedingungen, die Aufgaben, die Fachkompetenz, die Qualität sozialer Beziehungen, die Führungsqualität und die Unternehmenskultur. Wird in diese Treiber Gesundheit investiert, so können auf Dauer Erfolge für das betriebliche Gesundheitsmanagement gemessen werden. So wurde bereits mehrmals die Effekte von Treibern und Frühindikatoren auf Spätindikatoren aufgewiesen. Beispielsweise, dass bei Erhöhung des Treibers «Gesundheitskompetenz» positive Wirkungen in Bezug auf verschiedene Beschwerden aufgezeigt wurden oder dass Stress im Zusammenhang mit dem Treiber «Handlungsspielraum» steht.

Am Beispiel des Spätindikators «Fehlzeitenquote», zeigen die Autoren wie sich die Aussagekraft dieser Kennzahl erhöhen lässt. Als grundlegende Prämisse stellen sich Uhle und Treier folgende Fragen:

1. Welche Ursachen haben Fehlzeiten?

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass man zwischen motivational- und krankheitsbedingte Fehlzeiten unterscheiden kann, die in Tabelle 10 ersichtlich sind.

Tabelle 10: Ursachen der Fehlzeitenquote (eigene Darstellung in Anlehnung an Uhle & Treier, 2015, S.265)

Motivational bedingt	Fehlzeiten	krankheitsbedingt
Absentismus		
<p>Rückzugsmodell</p> <p>Motiv, sich zeitweilig von unzufriedenstellenden oder belastenden Seiten der Arbeit zurückzuziehen</p>	<p>Medizinisches Modell</p> <p>a) Bewältigungsstrategie bei realer oder erlebter Beeinträchtigung</p> <p>b) Krankheit als kulturell akzeptierte Entschuldigung</p>	<p>Verhaltensmodell</p> <p>Abweichendes Verhalten mit dem Ziel, bewusst oder unbewusst Regeln zu unterlaufen</p>
<p>Ökonomisches Nutzen-Modell</p> <p>Eigeninteressen, zweckrationale Kalkulation, um Ressourcen zu gewinnen, Opportunismus</p>	<p>Kultureller Ansatz</p> <p>Spezifische Absentismuskulturen, vor allem bei anonymisierten und bürokratischen Strukturen wahrscheinlich</p>	<p>Konfliktansatz</p> <p>Art informelle Alternative zu Streik oder streikähnlichen Aktivitäten (Gegenmacht)</p>

2. Welche Zeiten gelten als Fehlzeiten?

So sollen hier die Verantwortlichen festlegen, ob sie die Fehlzeiten stundenweise oder tageweise erfassen wollen.

3. Welche Fehlzeiten werden als «Krankheit» betrachtet?

Werden Mutterschaft, Therapien oder Arztbesuche auch als Abwesenheitsbesuche bezeichnet?

4. Wer wird überhaupt berücksichtigt?

Welche Mitarbeitende werden inkludiert? Nur die Stammbeslegschaft oder auch freie Mitarbeitende, Mitarbeitende im Stundenarbeitsverhältnis und temporär Arbeitende?

5. Welcher Zeitraum gilt bei den Soll-Arbeitszeiten?

Welcher Zeitraum soll zugrunde gelegt werden?

Zudem ist auch unklar, was unter verschiedene Kennzahlen rund um die Fehlzeiten verstanden wird. Die wichtigsten Kennzahlen, deren Kurzbeschrieb und dazugehörigen Formeln sind in Tabelle 11 ersichtlich.

Tabelle 11: Kennzahlen in Bezug auf Fehlzeiten (eigene Darstellung in Anlehnung an Uhle & Treier, 2015, S. 266-267)

Kennzahl	Kurzbeschrieb und Formeln
Arbeitsunfähigkeitsquote	Anteil Erwerbstätige Personen, welche mindestens 1 Tag arbeitsunfähig sind. Cave: Tageweise betrachtet
Arbeitsunfähigkeitsfälle je Versicherungsjahr	Durchschnittliche Zahl der gemeldeten AU-Fälle
Arbeitsunfähigkeitstage je Fall	Durchschnittliche Dauer einer einzelnen Krankschreibung $\frac{\text{AU – Tage}}{\text{gemeldete AU – Fälle}}$
Arbeitsunfähigkeitstage je Versicherungsjahr	Krankenstand x 365 Tage Cave: Arbeitsfreie Zeiten werden mitberechnet
Fehlzeiten mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Fehlzeiten nach GVK in % $\frac{\text{Fehlzeiten}}{\text{Arbeitstage}} \times \text{Anzahl Mitarbeitende}$ → Benchmarking ist hier möglich!
Fehlzeiten ohne Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	Fehlzeiten bis zu drei Tagen in % $\frac{\text{Fehlzeiten}}{\text{Arbeitstage}} \times \text{Anzahl Mitarbeitende}$
Gesundheitsquote	Anwesendes Personal im Vergleich zum Personalbestand oder prozentualer Anteil der Sollarbeitszeit, wo die Beschäftigten tatsächlich während des Jahres anwesend sind $\frac{\text{Regelarbeitstage} - \text{Ausfalltage AU}}{\text{Regelarbeitstage}} \times 100 (\%)$
Krankenquote	Anzahl kranker Mitarbeitende pro Zeiteinheit im Verhältnis zu Anzahl der Mitarbeitenden in Prozent

Weitere wichtige Formeln sind:

$$\text{Fehlzeitenquote} = \frac{\text{Fehlzeitentage}}{\text{Sollarbeitszeit}} \times 100 (\%)$$

$$\text{Krankheitsquote} = \frac{\text{Krankheitstage Mitarbeitende im Jahr}}{\text{Sollarbeitszeit in Tagen oder 365 Tage}} \times 100 (\%)$$

Fehlzeiten im Unternehmen sind Auslöser für Kosten- und Störfaktoren. Ferner ist daher zu beachten, dass Fehlzeitenquoten modifiziert werden müssen. Dies geschieht im Rahmen der vier Gestaltungsparameter Standardisierung, Aufwandbestimmung, Qualität der Fehlzeiten und Steuerung. Zudem ist es sinnvoll nicht nur statistische Quoten zu berücksichtigen, die Messung prospektiv zu gestalten und quantitative Kennwert mit qualitativen Befragungen und Gefährdungsermittlungen zu verknüpfen.

Wie zu Beginn erwähnt, soll das betriebliche Gesundheitsmanagement wertschöpfend und strategisch verankert sein. Dazu fassen die Autoren verschiedene Studien zusammen, um aufzuzeigen, dass Massnahmen des betriebliche Gesundheitsmanagement positiv auf die Fehlzeiten und die Produktivität wirken. Jedoch sind die retrospektiven Kennzahlen, welche für die Legitimation und Argumentation von Massnahmen nachgewiesen werden, nur beschränkt geeignet. Daher sollte man viel mehr auf prospektive Kennzahlen setzen, welche die ökonomische Wirkung von BGM-Massnahmen nachweisen, wie beispielsweise den ROI. Bei dieser Kennzahl wird sowohl retrospektiv (war die Massnahme erfolgreich) als auch prospektiv (berechnete Kosteneffektivität in Bezug auf die Massnahme) die Wirksamkeit gemessen. Um die Wirtschaftlichkeitsmessung in einem Unternehmen durchzuführen, empfehlen sich hier vier Instrumente:

- Leistungsstatistik: Klares aufzeigen verschiedener Parameter wie Kosten, Mittel und Leistung, welche durch bestimmende Faktoren vorgegeben wird.
- Kosten ungestörter Arbeitsstunden: Dieser Indikator stellt die Kosten des Unternehmens zur Gewährleistung einer Stunde ungestörter Arbeit dar.

$$\frac{\text{Kosten BGM}}{\text{Eingekaufte Arbeitsstunden} - \text{Ausfallstunden}} = \text{Kosten ungestörter Arbeitsstunden}$$

- Finanzkennziffer: Hier ist es sinnvoll die Leistungskennzahlen wie beispielsweise HCVA (durchschnittliche Wertschöpfung des Humankapitals) und EBIT-Marge (Gewinn und Umsatz berücksichtigend) zu inkludieren.
- Servicescheine: Definiert eine Art Rahmenvertrag zwischen Auftraggeber und Dienstleister und sollte als Instrument genutzt werden, da das betriebliche Gesundheitsmanagement einen Dienstleistungscharakter aufweist.

Die Gefährdungsbeurteilung psychischer Faktoren erachten die Autoren als weiteren Baustein zum Thema Gesundheitscontrolling. Diese soll in der sich stets verändernden Arbeitswelt Risiko- und Belastungsfaktoren identifizieren. Es bestehen verschiedene Methoden eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen, jedoch ist die meistverbreitete Variante die Befragung. Inhalte, welche beachtet werden sollen, sind die Arbeitsaufgabe, die Arbeitsorganisation, die Arbeitsumgebung und die sozialen Beziehungen. Nebst der anonymen Befragung haben sich Beobachtungen und Workshops in der Praxis etabliert, jedoch eignen sich Beobachtungen und Workshops nicht immer, da nicht alle psychischen Belastungsfaktoren ersichtlich sind und da die Workshops eher als Grobanalyse angewendet werden.

Eine Möglichkeit die Vielzahl an Kennzahlen sinnvoll zu nutzen, um den ökonomischen Nutzen und die Leistungsstatistiken zu untermauern, wäre die Entwicklung eines Gesundheitsscores. Als Grundlage kann der Work Ability Index (WAI) genutzt werden. Der WAI, im Deutschen auch Arbeitsbewältigungsindex (ABI) genannt, ist ein Messinstrument zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen. Es handelt sich dabei um einen Fragebogen, welcher von den Befragten selbst oder alternativ von Dritten wie beispielsweise Personalärzte oder Personalärztinnen ausgefüllt wird. Ziel der Befragung im Unternehmen ist die Förderung respektive die Erhaltung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. So kann der WAI als Frühindikator eingesetzt werden, um BGM Kennzahlen wie Arbeitsqualität, Fehlzeiten, Effektivität und Effizienz zu messen. Jedoch wird die Validität des WAI-Instruments in Frage gestellt, da es defizitorientiert an den Belastungen ansetzt.

Um den Gesundheitsscore zu erfassen, benötigt es als Voraussetzung eine Arbeitsanalyse. Hier wird zwischen arbeitswissenschaftlichen und psychologischen

Verfahren der Arbeitsanalyse unterschieden. Der Ansatz entspricht dem angewandten Verfahren. Da im betrieblichen Gesundheitsmanagement der Mensch als Herausforderung betrachtet wird, wird das psychologische Verfahren empfohlen.

Ein integratives und in der Praxis bewährtes Gesundheitsscore, ist die Health Balanced Scorecard. Diese umfasst die Dimensionen wie Arbeit, Mensch, Unternehmen, Work-Life-Balance oder Gesundheitsförderung und lässt sich mittels einer Befragung erfassen. Ergänzt werden die Daten durch Kennzahlen aus den wirtschaftlichen, gesundheitlichen und qualitativen Bereichen wie Fehlzeiten und Gesundheitskosten. Das Resultat ist die Bildung von Themenfelder, welche sich mit den Gesundheitsscores abbilden lassen. Mögliche Themenfelder sind Führungsqualität, Unternehmenskultur, Gesundheitszustand, Erholungsfähigkeit, Einstellung, Arbeitsbewältigung oder Gesundheitsverhalten. Um ein Gesundheitsscore konkret erfassen zu können, benötigt es einen Evaluationsfahrplan. Dieser stellt in der Praxis oft die grösste Herausforderung dar, weil die Wirksamkeit von BGM Massnahmen meist als Momentaufnahme abgebildet wird (querschnittlich), jedoch bedarf es hier mehrerer Messungen zu verschiedenen Zeitpunkten, um die Wirksamkeit aufzeigen zu können (längsschnittlich). Die folgenden Faktoren bilden eine erfolgreiche Evaluation:

Es soll

- berichtend sein
- effizient sein
- kennzahlenbasiert sein
- nachhaltig sein
- prozessnah sein
- zielorientiert sein

Die gesammelten Datensätze und Datentypen lassen sich so in ein integratives Portfolio zusammenbringen und in ein Cockpit bündeln.

3.4.7. Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement – Nutzen für Unternehmen und Mitarbeiter

R. Baumanns

Gemäss Baumanns ist Controlling in einem Unternehmen eine Führungsaufgabe und soll nicht nur der Planung und Kontrolle dienen, sondern auch als Unterstützung und Unternehmensführung. Controlling soll im betrieblichen Gesundheitsmanagement immaterielle Ressourcen wie Selbstwertgefühl der Mitarbeitenden, Identifikation mit dem Unternehmen, Führungsstil oder Unternehmenskultur ermitteln. Das Erfassen dieser «weichen» Faktoren stellt sich als schwierige Aufgabe dar und muss mithilfe von Indikatoren stattfinden. Diese Indikatoren können beispielsweise sozialer Ausprägung sein und mittels der Befragung von Mitarbeitenden ermittelt werden. So können Ergebnisse zur Arbeitssituation, Führung und soziale Beziehungen eruiert werden. Weiter stellt sich die Frage wie der Zusammenhang zwischen Indikatoren und Unternehmenserfolg aufgezeigt werden soll. Hierzu stehen verschiedenen Möglichkeiten zur Verfügung. Finanzkennzahlen wie ROI, EBIT oder EBITDA sind für die Wirkungsmessung vom BGM jedoch zu weit hergeholt. Messgrössen für das betriebliche Gesundheitsmanagement sollen daher nicht schwerpunktmässig durch externe Faktoren beeinflusst werden, sondern auf einer Ebene, die gesundheitszentriert ist, wirken. So treten in Kennzahlensysteme für BGM Schwierigkeiten auf, da die Wirkung teilweise nur indirekt messbar ist und die Messung von Fluktuation und Krankenstand alleine nicht ausreichend sind. Baumanns empfiehlt, die Erweiterung bestehender Controllinginstrumente mit «soft-facts». Idealerweise berücksichtigt ein solches sowohl weiche und harte Aspekte und zeigt sowohl die Ursache-Wirkung-Beziehung als auch die Verbindung zwischen den monetären Unternehmenszielen auf. Für das Aufzeigen von Ursache-Wirkungs-Ketten in einem Unternehmen, bezogen auf finanzielle Aspekte, hat sich inzwischen die Balanced Scorecard bewährt. Die Balanced Scorecard ist ein Instrument, welches mit retrospektiven Kennzahlen arbeitet. Erste Anknüpfungspunkte für das BGM sind bereits vorhanden, vor allem bei der Wirkungsmessung von Massnahmen und bei der Zielvereinbarung für die BGM Steuerung. Zudem können auch die Unternehmenskultur, Arbeitszufriedenheit sowie das positive oder negative Wohlbefinden der Mitarbeitenden gemessen werden. Jedoch

gilt zu berücksichtigen, dass es sich bei der Balanced Scorecard um ein retrospektives Messinstrument handelt, dies bedeutet, dass die Effekte erst nach Abschluss einer Massnahme ersichtlich sind.

Die Orientierung an ökonomischen Indikatoren ist in den meisten Unternehmen allgemein üblich. Doch in Bezug auf die Gesundheit der Mitarbeitenden sind primär Indikatoren wie Produktivitätsverlust und Abwesenheit der Mitarbeitenden im Mittelpunkt. Die Ergebnisse von BGM Massnahmen werden in der Literatur sowohl als Nutzen, Outcome oder Indikatoren definiert. Jedoch wird nicht zwischen Früh- oder Spätindikatoren unterschieden, sondern alles unter Nutzenindikatoren kategorisiert. Dies, obwohl sich Spätindikatoren folgendermassen von Frühindikatoren unterscheiden:

- wirken direkt auf den Unternehmenserfolg
- werden durch Frühindikatoren und Treiber beeinflusst
- sind meistens direkt messbar, da sie als Kennzahlen vorliegen
- stellen Ergebnisse der Zielerreichung dar

Es folgt eine Unterteilung der übergeordneten Bereiche der Spätindikatoren. Diese werden in Effizienz, Disponibilität und Perzeptibilität kategorisiert. Wichtige Spätindikatoren in Bezug auf die Effizienz sind Produktivität, Qualität und Innovation, wobei Produktivität eines der wichtigsten Spätindikatoren ist. Fehlzeiten, Fluktuation und Unfälle prägen die Disponibilität. So wird die Perzeptibilität durch die Spätindikatoren Kundenzufriedenheit/-orientierung, Unternehmensimage, Arbeitgeberattraktivität und Wettbewerbsfähigkeit gemessen.

Frühindikatoren können meist nicht quantitativ gemessen werden, dies liegt der Tatsache zugrunde, dass sie meist qualitativer Ausprägung sind. So lässt sich ein Frühindikator nicht monetarisieren. Folgende Merkmale prägen Frühindikatoren:

- wirken auf Spätindikatoren
- werden durch Treiber beeinflusst
- meist nicht direkt messbar
- reflektieren häufig Besonderheiten einzelner Unternehmensteile
- messen das Ergebnis der Intervention und den Fortschritt zur Zielerreichung

Baumanns unterteilt Frühindikatoren in zwei Kategorien. In individuelle Frühindikatoren und in organisationale Frühindikatoren. In den individualen Frühindikatoren werden das psychische sowie das physische Befinden, das Selbstwertgefühl, das Gesundheitsverhalten wie auch das Commitment inkludiert. Zu den organisationalen Frühindikatoren gehören die innere Kündigung, Mobbing und Burnout. Der Autor beschreibt weiter wie Frühindikatoren durch Treiber beeinflusst werden. Abgesehen davon, dass Treiber Frühindikatoren beeinflussen, werden Treiber von folgenden Charakteristika geprägt:

- wirken teilweise auf Spätindikatoren
- werden durch Interventionen gezielt beeinflusst
- wirken sowohl aufeinander als auch untereinander
- gehören zu den weichen Faktoren
- ökonomische Wirkung nicht messbar

In der Literatur werden Treiber in drei Kategorien unterteilt: Treiber des Sozialkapitals, Treiber des Personalvermögens und Treiber der Tätigkeit. Mit den sozialkapitalbezogenen Treibern versteht die Literatur Konstrukte wie Führungskapital, Überzeugungs- und Wertekapital und Netzwerkkapital. Unter personalvermögensbezogene Treiber wird die Motivation, die Qualifikation, die Gesundheit sowie das integrative Potential beschrieben. Zu den tätigkeitsbezogenen Treibern gehören die Arbeitsbedingungen, die Arbeitsanforderungen, die Handlungsspielräume, die Partizipationsmöglichkeiten sowie die Work-Life-Balance.

Um wie zu Beginn dieses Kapitels beschrieben, ein solches Steuerungssystem zu erstellen, empfiehlt der Autor sich an das Balanced Scorecard Konzept zu halten. Dies, aufgrund der Tatsache, dass viele Unternehmen bereits mit solch ein Konzept arbeiten. Ein BGM Scorecard könnte somit retrospektive Finanzkennzahlen mit prospektiven Leistungskennzahlen kombiniert werden und als Unternehmensinstrument genutzt werden um beispielsweise eine Ursache-Wirkungs-Kette aufzuzeigen. Zudem können die zu erreichenden Ziele aus diversen Perspektiven dargestellt werden. Es lassen sich, wie in Abbildung 4 ersichtlich, aus der Entwicklungsstufe «Strategy

Map» BGM zugeschnittene Bedürfnisse übertragen, dies unter Berücksichtigung der verschiedenen Perspektiven.

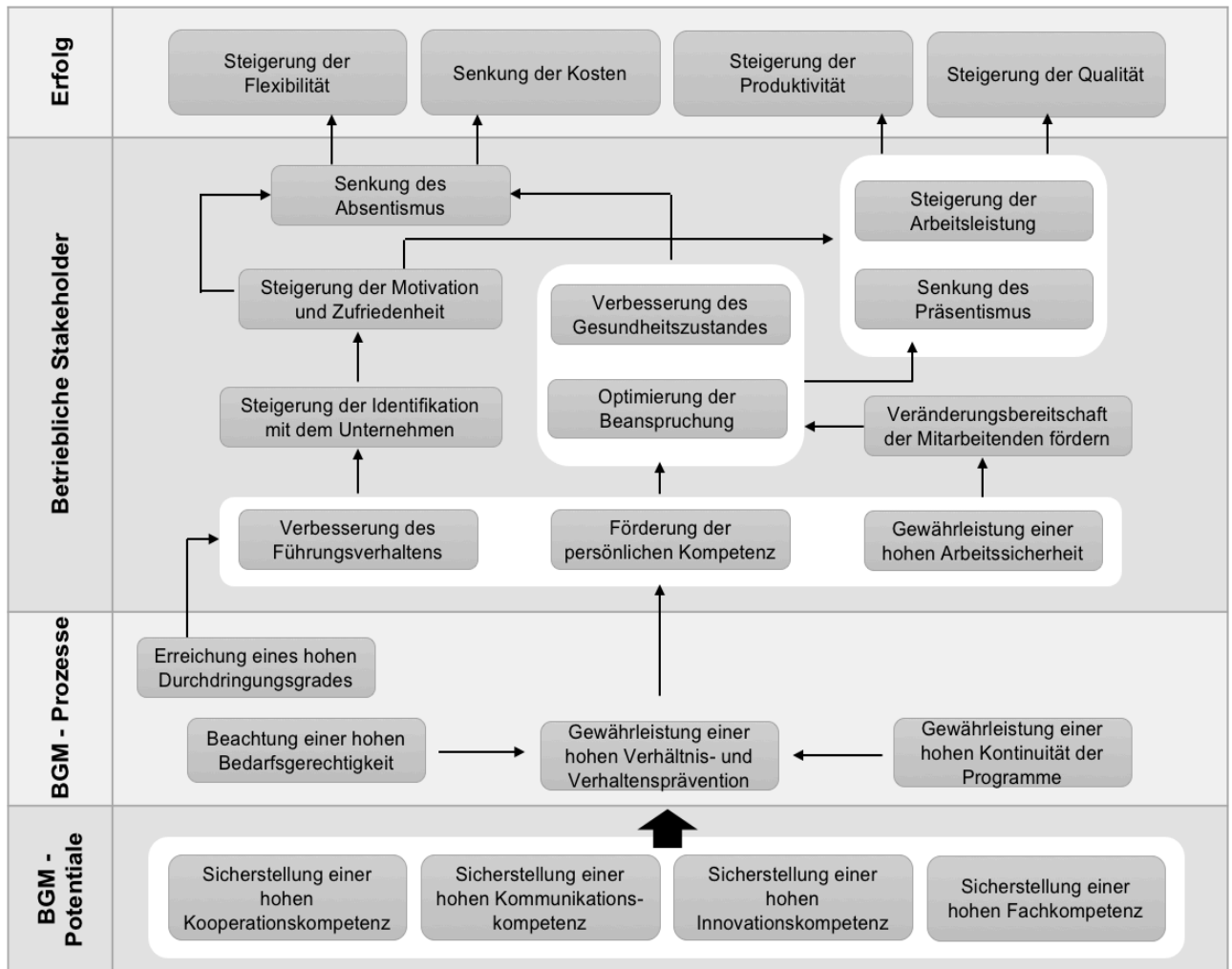


Abbildung 4: Strategy Map für eine Balanced Scorecard im BGM (eigene Darstellung in Anlehnung an Horvath, 2007, S. 51)

Der Autor bestätigt, dass die gängigen Kennzahlen zur Wirkungsermittlung von BGM Massnahmen nach wie vor anhand von harten Fakten wie Absenzen und Fluktuationen aufgezeigt werden. Um allerdings ein erfolgreiches BGM aufzulegen, ist die Berücksichtigung von weichen Fakten unabdingbar und es ist notwendig diese in einem Controlling-Tool aufzuführen.

3.4.8. Psychische Gesundheit bei der Arbeit

R. Neuner

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Gemäss Neuner reicht das Vermindern der Fehlzeiten alleine nicht aus, um die Produktivität der Mitarbeitenden zu erhöhen. Dies, weil nicht jeder anwesende Mitarbeitende auch gesund und dementsprechend produktiv ist. So wirkt sich Präsentismus viel stärker auf die wirtschaftliche Lage eines Unternehmens aus, als es das physische Fehlen vom Arbeitsplatz (Absentismus) tut. So soll das betriebliche Gesundheitsmanagement nicht nur gezielte Massnahmen durchführen, sondern konkret an der Entwicklung struktureller Rahmenbedingungen und Prozessen arbeiten, die eine gesunde Organisation zum Ziel haben. Das betriebliche Gesundheitsmanagement erfolgt nach Phasen. So tritt in einem ersten Schritt die Analyse vorhandener Massnahmen, Projekte und Strukturen ein. Nachdem das Bild der IST-Situation vorhanden ist, werden die Handlungsfelder für die Umsetzung der BGM-Strategie definiert. Der angewandte Prozess hierzu ist der PDCA-Zyklus (plan, do, check, act). Wobei «plan» für die Planungsphase steht, in welcher Massnahmen entwickelt werden, «do» für die Umsetzung der Massnahmen, «check» für die Massnahmenüberprüfung und «act» für die Einführung eines Standards nachdem eventuelle Korrekturen oder Verbesserungen durchgeführt wurden. Es werden laut dem Autor auch festgelegte Kriterien vorausgesetzt, die mittels Kennzahlen festgehalten werden können. So sind Kennzahlen, da sie quantitative Informationen wiedergeben, sowohl ein geeignetes Instrument um Situationen beurteilen zu können als auch eine Grundlage für die Planung. Im BGM sind die meistgenutzten Kennzahlen die folgenden: Krankenstand, Produktivität, Fluktuationsrate, Überstunden, Mitarbeiterzufriedenheit, Arbeitsunfälle, Weiterbildungsquote und Kundenzufriedenheit. Zudem können auch schwer zu erfassenden Kennzahlen zu verschiedenen Merkmalen wie Führung (Verhalten, Qualifikation, Wertschätzung), Arbeitsorganisation (Zeitdruck, Abläufe, Menge) oder Ergonomie (Licht, Lärm und Luft) erstellt werden. Anhand eines Beispiels zeigt der Autor auf, wie Kennzahlen, die als Ergebnisse einer Mitarbeitendenbefragung resultieren, in einer Heat-Map dargestellt werden. Eine Heat-Map ist eine Tabelle, welche die

verschiedenen Einheiten einer Organisation (beispielsweise Abteilungen) und die befragten Messgrößen darstellt. Wobei bei jeder Messgröße ein Grenzwert bestimmt worden ist. Dementsprechend stellt die Mitarbeitendenbefragung die Grundlage für ein solches Steuerungsinstrument dar und mittels der Heat-Map lässt sich einfach der Handlungsbedarf ermitteln, welcher zur Massnahmenplanung führt. Nachdem die Massnahmen umgesetzt wurden, geht es darum diese zu evaluieren, um die Qualitätssicherung zu gewährleisten. Diesbezüglich bestehen Qualitätskriterien, welche festgelegt wurden. Qualitative Merkmale werden mithilfe von Indikatoren objektiviert. Jedoch zeigen sich Schwierigkeiten in der Messung von Verhaltensveränderungen, da die Gemütslage eines Individuums mehrere Ursachen haben kann und eine Veränderung dieser nicht immer auf die Effekte einer Massnahme zurückzuführen sind. Dieses Problem hat sich aus fehlenden Qualitätskriterien herauskristallisiert. Was jedoch gemessen werden kann, ist die subjektive Wirkung einer Massnahme auf die Mitarbeitenden. Für eine erfolgreiche Evaluation sollten also vorgängig sowohl die Prozess- als auch die Zielkriterien einer Massnahme definiert werden. Es bestehen bereits erste Ansätze aus dem Qualitätsmanagement: Das EFQM-Modell. Dieses Modell, welches durch die Selbstbewertung der Organisationsentwicklung der Qualitätssicherung dient, zeigt Stärken und Schwächen eines Unternehmens auf. Weiter existiert die Webseite quint-essenz.ch. Dieses Qualitätssystem umfasst verschiedene Bereiche, welche durch Experten definiert wurden. Diese Bereiche sind in sechs Qualitätskriterien kategorisiert. Um eine objektive Evaluation zu gewährleisten, sollen mehrere Personen getrennt voneinander die jeweilige Bewertung durchführen. Bewertet werden hier Stärken und Schwächen eines Projektes.

Neuner beschreibt die Bestandteile der Kategorien, um Massnahmen erfolgreich evaluieren zu können. So sollen die Ziele und Inhalte der jeweiligen Massnahmen erörtert sein. Diese zwei Kategorien stehen für Zielgruppe und Schwerpunkt einer Massnahme. Der Schwerpunkt einer Massnahme wird durch folgende Messgrößen gekennzeichnet:

- Massnahmen mit Fokus auf dem Arbeitsplatz
- Massnahmen mit Fokus auf den Mitarbeitenden
- Arbeitsgruppen-/abteilungsbezogene Massnahmen
- Massnahmen, welche die Verbesserung der Führungsqualität abzielen

- Massnahmen zur Verbesserung der Organisation

Die Ziele einer Massnahme sollen ergänzend in verhaltens- und verhältnisbezogene Indikatoren aufgeteilt werden. Die Tabelle hat eine einfache Funktionsweise. Ist die Massnahme auf der Verhaltensebene und beinhaltet sie Aspekte zum Arbeitsplatz, den Mitarbeitenden und dem Team, so werden besagte Felder der rechten Spalte ausgefüllt (s. Tabelle 12). So sind die Felder, welche nicht grau hinterlegt wurden nicht Teil dieser Massnahme.

Tabelle 12: Ziele und Inhalte einer Massnahme (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuner, 2012)

	Verhältnis	Verhalten
	Arbeitsumwelt	Persönliche Ressource
Arbeitsplatz		
Einzelne Mitarbeitende		
Team		
Leitung		
Organisation		

Eine weitere Kategorie stellt die Wirksamkeit einer Massnahme dar. Die Wirksamkeit setzt sich aus unterschiedlichen Aspekten zusammen wie Evidenz/Evaluation, Grundsätze der Arbeitssicherheit, Akzeptanz, Dokumentation und Qualifikationsniveau. Um diese Aspekte übersichtlich zu veranschaulichen, werden diese in einem Schema dargestellt (s. Tabelle 13).

Somit spiegelt der Entwicklungsstand, den Reifegrad einer Massnahme wieder. Nebst der beschreibenden Abbildung soll auch die Qualität einer Massnahme ersichtlich gemacht werden. Um dies zu ermöglichen, wird mit Punktwerte gearbeitet. Da die Ziele und Inhalte sowie die Wirksamkeit für die Beurteilung der Qualität von grösserer Bedeutung sind, werden sie in der Gewichtung doppelt gewichtet. Bei einer maximal zu erreichenden Punktezahl von 150, sieht die Aufteilung folgendermassen aus:

- 60 Punkte (40%) für die Ziele und Inhalte

- 60 Punkte (40%) für die Wirksamkeit
- 30 Punkte (20%) für die Moderatoren

Tabelle 13: *Evaluationsschema nach Kriterien und Indikatoren (eigene Darstellung in Anlehnung an Neuner, 2012)*

Kriterium	Indikator
0) Allgemeine Angaben	Name, Kurzbeschreibung, Ansprechpartner, Zeitrahmen, Ort, Ressourcenbedarf
1) Ziele und Inhalte	Arbeitsplatz, einzelne Mitarbeitende, Abteilung, Leitung, Organisation, Arbeitsumwelt und persönliche Ressourcen
2) Wirksamkeit	a) Evidenz (objektiv-quantitativ) b) Grundsätze der Arbeitssicherheit (rechtlich) c) Akzeptanz (subjektiv-qualitativ)
3) Moderatoren	a) Dokumentation (Leitfaden, Begleitmaterial) b) Qualitätsniveau (Fachwissen zur Durchführung) c) Entwicklungsstand («Reifegrad» der Massnahme)

Um in der Kategorie Ziele und Inhalte die Punkte zu vergeben, müssen die einzelnen Indikatoren bewertet werden. Somit können pro Indikator maximal sechs Punkte vergeben werden.

Die Kategorie der Wirksamkeit, welche aus den drei Indikatoren Evidenz, Grundsätze der Arbeitssicherheit und Akzeptanz zusammengesetzt ist, wird mit der Skalierung 0, 10 und 20 bewertet. Wobei 0 keine, 10 mittelmässige und 20 hohe Evidenz/Grundsätze/Akzeptanz steht.

Schliesslich wird die Kategorie der Moderatoren mit der Skalierung 0, 5 und 10 bewertet. Wobei 0 für keine, 5 mittelmässige und 10 für hohe respektive vorhandener Dokumentation/Qualifikationsniveau/Entwicklungsstand steht.

Mit diesem Schema lässt sich anschliessend die erzielte Punktzahl mit der erwünschten SOLL-Punktzahl vergleichen und eine Massnahme evaluieren.

3.4.9. Gesundheitsmanagement im Unternehmen

M. T. Meifert, M. Kesting

Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagement – Zum Return on Investment der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt

R. Thiehoff

Betriebliches Gesundheitsmanagement hat mehrere Ziele. Primär geht es darum Unfälle und Erkrankungen zu verhindern, durch die Schaffung von gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen und präventives Handeln im Unternehmen. Es geht um die Gestaltung von Prozessen und Abläufen sowie die Befähigung des Individuums ein gesundheitsförderliches Verhalten zu auszuüben. Dem gegenüber steht ein etwas schwereres Ziel: das Aufzeigen des Kosten-Nutzen-Verhältnisses einer Massnahme. Schwer, weil der Nutzen oft nicht sichtbar wird. Wie kann etwas gemessen werden, was nicht eingetreten ist? Dies ist oft die Problematik hinter erfolgreicher Prävention, da sich Effekte meist als weiche Indikatoren manifestieren. Das Messen der ökonomischen Effekte ist das eine, das Ableiten und Umsetzen von Massnahmen das andere. Daher muss zuerst dem Problem zugrunde gegangen werden. Eine skandinavische Forschung aus den 90er besagt, dass rund 20 – 30 Prozent des gesamten Produktionsausfalls durch Arbeitsunfähigkeit, eine arbeitsbedingte Ursache zugrunde liegt. Dem gegenüber berichten Experten, dass durch präventive Massnahme in einem Unternehmen, 30 – 40 Prozent der Arbeitsunfähigkeitszeiten vermeidbar wären. Obwohl angenommen wird, dass durch Prävention und Gesundheitsförderung sowohl indirekte als auch direkte Kosten vermeidbar wären, kann zum ökonomischen Nutzen noch nichts gesagt werden, da noch nicht klar ist, wie viel in die Prävention investiert wurde.

Deutsche Untersuchungen weissten auf, dass physische Erkrankungen den grössten Teil, sowohl der Kosten als auch der Anzahl mässigen Fälle ausmacht. Wird der Fokus jedoch auf die arbeitsbedingten Ursachen gelegt, zeigt sich, dass 31% der Berufsunfähigkeitsfälle auf psychische Belastungen und 29% auf körperliche Belastungen zurückzuführen sind. Was übersetzt in direkte Kosten von 11,1 Milliarden Euro

für psychische und von 14,9 Milliarden Euro für physische berufliche Belastungen ausmacht. Somit liegt es im Interesse des Unternehmens Prävention zu betreiben. Es ist durchaus wichtig den monetären Nutzen von gesundheitsförderlichen Massnahmen zu kennen, jedoch ist es auch genauso wichtig die weichen Faktoren, welche entscheidend sind in Bezug auf den Erfolg eines Unternehmens, zu kennen. Indikatoren wie Leistungsbereitschaft oder Einsatzfähigkeit können erzielt werden, wenn arbeitsbezogene Fehlzeiten vermieden werden. Somit wird sowohl die Mitarbeiterzufriedenheit als auch die Produktivität gesteigert.

Als Anknüpfungsansatz für die Steuerung von BGM sieht Thiehoff das Verfahren von effizienzgesteuerten Präventionsprogramme (EPP), welches auf das Balanced Scorecard-Prinzip beruht. Die BSC betrachtet verschiedene Perspektiven und bietet dem Unternehmen die Möglichkeit Schlüsse bezüglich Massnahmenwahl zu ziehen. Im EPP werden sowohl monetäre als auch nicht monetäre Kennzahlen inkludiert, welche die Wirksamkeit der Massnahmen aufzeigen. Wobei die Anzahl ausgewählter Kennzahlen beschränkt zu halten ist, um Ergebnisse einfacher darzustellen und einen Gesamtüberblick zu behalten. Daher eignet sich das EPP als Instrument, welches Präventionsmassnahmen abbildet und erste Optimierungshinweise für die Verantwortlichen geben kann.

3.4.10. Betriebliche Gesundheitsförderung

D. Kuhn, D. Sommer

Die ökonomischen Wirkungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements

T. Meuser

Betriebliches Gesundheitsmanagement zahlt sich aus. Wieso setzen jedoch viele Unternehmen dieses Instrument nicht ein? Obwohl diverse Meta-Studien belegen, dass sich BGM auszahlt, zweifeln viele Unternehmen immer noch daran. Diverse Studien wiesen einen Return on Investment zwischen 1:2,05 und 1:19,4 wobei die meisten Unternehmen einen ROI zwischen 1:3 und 1:5 ermitteln. Zu den ermittelten Bereichen gehören die Reduktion der Fehlzeiten und die Senkung der damit verbundenen Kosten.

Dass in das BGM Geld investiert werden muss, ist bekannt, aber um was genau für Kosten es sich handelt? Es wird differenziert zwischen Personal-, Material-, Raum- und Energiekosten. Wobei der Fokus auf die Personalkosten gelegt wird. Den Wert der einzelnen Kostengruppen steht im Zusammenhang mit der Massnahme, welche umgesetzt wird und ist im Gegenteil zum Nutzen einfach zu ermitteln. Um den Nutzen erfassen zu können, müssen zuerst Indikatoren festgelegt werden, welche gemessen werden sollen. Als Beispiel einige Indikatoren:

- Verringerung der krankheitsbedingten Abwesenheiten
- Erhöhung der Lebensqualität
- Reduktion der Gesundheitsrisiken
- Steigerung der Produktivität
- Reduktion der Fehlerquote
- Steigerung der Arbeitgeberattraktivität
- Reduktion der Fluktuationsrate usw.

Auch der Nutzen soll differenziert betrachtet werden. Da der Nutzen zwar im Unternehmen beginnt, sich aber über die Unternehmensgrenzen raus auf das volkswirtschaftliche System ausbreitet, soll hier folgende Unterteilung erfolgen: individueller, betrieblicher und volkswirtschaftlicher Nutzen. Wobei für ein Unternehmen

hauptsächlich die betriebswirtschaftliche Wirkung von Bedeutung ist. Um somit den Nutzen aufzeigen zu können, soll ein Unternehmen eine Wirtschaftlichkeitsanalyse durchführen. Jedoch unter Berücksichtigung, dass die entstandenen Kosten mit den eingetretenen Folgen und mit den nicht eingetretenen Folgen verglichen werden. Bei Letzterem kommt die Frage auf, wie etwas aufgezeigt werden kann, was nicht stattgefunden hat. Zahlreiche Studien belegen die Rentabilität des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Der Erfolg der Massnahmen steht beispielsweise im Zusammenhang mit der Anzahl teilnehmenden Mitarbeitenden oder mit der Programmdauer einer Massnahme. Alle weiteren Faktoren sind individuell vom Unternehmen abhängig. Es lässt sich sagen, dass ein systematisch aufgelegtes BGM, welches zielorientiert ist, hinsichtlich der Wirkungsmessung, einfacher monetär zu evaluieren ist.

4. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden aus den gewonnenen Erkenntnissen der Literaturrecherche Anforderungen abgeleitet, welche als Grundlage für die Erarbeitung des Kennzahlen-Sets gedient haben.

4.1. Resultate der Literaturrecherche

Das Kennzahlen-Set soll sowohl das Kosten-Nutzen-Verhältnis der einzelnen Massnahmen aufzeigen (Fritz, 2005); Badura et al., 2018) können als auch als Instrument zur Unterstützung, Unternehmensführung und Budgetplanung dienen (Baumanns, 2009; Meuser, 2004). Dazu müssen nicht nur Spätindikatoren, sondern auch Frühindikatoren miteingebunden werden (Badura et al., 2018; Uhle et al., 2015; Baumanns, 2009). Hierfür müssen die Kennzahlen Teilnehmerquote der einzelnen Massnahmen, Mitarbeiterzufriedenheit, Führungszufriedenheit, Fehlzeiten, Fluktuationsrate in das Kennzahlen-Set fliessen (Kramer et al., 2008; Lück et al., 2008; Fritz, 2006; Jeyaraman et al., 2017; Meuser, 2004; Neuner, 2012; Thiehoff, 2004). Weiter soll die Auswertung des Kennzahlen-Sets in unterschiedlichen Zeitabständen möglich sein (Fritz, 2006 & Uhle & Treier, 2015). Eine weitere Eigenschaft, welche das Kennzahlen-Set haben soll, ist die, dass es sowohl interne als auch externe Vergleiche ziehen soll, sofern möglich (Schraub et al., 2008; Uhle et al., 2015). Erstrebenswert wäre, das Kennzahlen-Set mit einem Automatismus auszustatten, welches die genannten Kennzahlen direkt aus den verschiedenen Quellen exportiert. Somit würde die manuelle Eingabe der Daten entfallen. Die wichtigsten Eigenschaften des Kennzahlen-Sets sind in Abbildung 5 ersichtlich.

Kennzahlen-Set



Abbildung 5: Anforderungen zur Entwicklung des Kennzahlen-Sets (eigene Darstellung)

4.2. Entwicklung des Instrumentes

Das Kennzahlen-Set ist in einem Excel-Dokument erstellt worden. Die dazu benötigten Daten sind vom Personaldienst des See-Spitals zur Verfügung gestellt worden. Sie beziehen sich auf das 4. Quartal des Jahres 2018. Das erste Excel-Arbeitsblatt mit dem Titel «Absenzquote und Fluktuationsrate» zeigt übersichtlich die Gesamtheit aller Mitarbeitenden zum jeweiligen Zeitpunkt nach Monat und Jahr (Spalten A, B und C). Die in Prozent angegebenen Soll-Quoten (Krankheit, NBU und BU) ermöglichen eine Auswertung im monatlichen oder jährlichen Rhythmus und erlauben Soll-/Ist-Vergleiche zu ziehen. Zum jetzigen Zeitpunkt wurden die Soll-Werte von der Autorin dieser Arbeit bestimmt (Spalten H, Q, Y und AD). In den nachfolgenden Abbildungen wird das erste Excel-Arbeitsblatt des Kennzahlen-Sets dargestellt.

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Absenzquote und Fluktuationsrate							
2								
3	Monat	Jahr	Gesamtheit aller MA	Krankheitsquote (1. 7. Tag) in %	Krankheitsquote (8. - 60. Tag) in %	Krankheitsquote (ab 61. Tag) in %	Gesamte Krankheitsquote in %	Soll-Krankheitsquote in %
4								
6	Januar	2018	-	-	-	-	-	-
7	Februar	2018	-	-	-	-	-	-
8	März	2018	-	-	-	-	-	-
9	April	2018	-	-	-	-	-	-
10	Mai	2018	-	-	-	-	-	-
11	Juni	2018	-	-	-	-	-	-
12	Juli	2018	-	-	-	-	-	-
13	August	2018	-	-	-	-	-	-
14	September	2018	-	-	-	-	-	-
15	Oktober	2018	1025	1.64%	0.75%	0.49%	2.89%	3.0%
16	November	2018	1026	1.88%	0.90%	0.56%	3.34%	3.0%
17	Dezember	2018	1013	1.73%	1.39%	0.79%	3.91%	3.5%
18	Durchschnittswerte	2018	1021	1.75%	1.01%	0.62%	3.38%	3.2%

Abbildung 6: Excel-Arbeitsblatt "Absenzquote und Fluktuationsrate" Spalten A - H (eigene Darstellung)

	M	N	O	P	Q
0	0.10%	0.24%	0.00%	0.34%	0.3%
7	0.08%	0.38%	0.00%	0.46%	0.5%
7	0.12%	0.28%	0.00%	0.41%	0.5%
8	0.10%	0.30%	0.00%	0.4%	0.4%

Abbildung 7: Excel-Arbeitsblatt "Absenzquote und Fluktuationsrate" Spalten M - Q (eigene Darstellung)

	V	W	X	Y
0	0.00%	0.00%	0.00%	0.3%
7	0.00%	0.00%	0.00%	0.4%
7	0.00%	0.00%	0.00%	0.5%
8	0.00%	0.00%	0.00%	0.4%

Abbildung 8: Excel-Arbeitsblatt "Absenzquote und Fluktuationsrate" Spalten V - Y (eigene Darstellung)

	AC	AD
theit (A in Monat)	Fluktuations- rate in %	Soll- Fluktuations- rate in %
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
	-	-
252.40	22.73%	24.0%
287.07	20.60%	19.0%
553.37	20.54%	20.0%
364.28	21.29%	21.0%

Abbildung 9: Excel-Arbeitsblatt "Absenzquote und Fluktuationsrate" Spalten AC - AD (eigene Darstellung)

Wie in den obigen Abbildungen zu erkennen ist, gliedert sich diese Arbeitsmappe aus den Krankheitsquoten, Nichtberufsunfall-Quoten (NBU), den Berufsunfallquoten (BU) und der Fluktuationsrate. Die Quoten wurden sowohl in Stunden als auch in Prozent erfasst. Die Berechnung der verschiedenen Quoten ist an der Zelle F15, in der untenstehenden Abbildung beispielhaft sichtbar. Die Formel für die Berechnung der Krankheitsquote (ab dem 61. Tag) in % lautet hier $K15/L15$. Ausgeschrieben bedeutet dies, dass die Anzahl Stunden der kranker Mitarbeitenden ab dem 61. Tag durch die Gesamtheit aller Mitarbeitenden in Sollzeit dividiert wurde. Die gleiche Formel wird für die Berechnung der einzelnen Quoten angewandt.

=K15/L15						
F	G	H	I	J	K	L
Krankheitsquote (ab 61. Tag) in %	Gesamte Krankheitsquote in %	Soll-Krankheitsquote in %	Berechnung Krankheitsquote			
			Anzahl kranker MA (1 - 7 Tage) in Stunden	Anzahl kranker MA (8 - 60 Tage) in Stunden	Anzahl kranker MA (ab 61 Tage) in Stunden	Gesamtheit aller MA in Sollzeit (Monat)
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-
0.49%	2.89%	3.0%	2'467.27	1'127.73	740.17	150'252.40
0.56%	3.34%	3.0%	2'705.44	1'300.23	813.27	144'287.07
0.79%	3.91%	3.5%	2'037.03	1'632.51	932.53	117'553.37
0.62%	3.38%	3.2%	2403.25	1353.49	828.66	137'364.28

Abbildung 10: Excel-Arbeitsblatt "Absenzquote und Fluktuationsrate" beispielhafte Berechnung (eigene Darstellung)

Für die Berechnung der jeweiligen Gesamt-Quote, um einen Vergleich mit der Soll-Quote ziehen zu können, werden die einzelnen Quoten (Zellen D15, E15 und F15) addiert. Beträgt die Summe einen Wert, welcher tiefer als die Soll-Quote ist, so färbt sich die Zelle grün. Liegt der Wert über die Zahl in Zelle H15, so färbt sie sich rot. Wie in Abbildung 11 sichtbar ist, färbt sich Zelle automatisch in die richtige Farbe aufgrund einer bedingten Formatierung der Zelle.

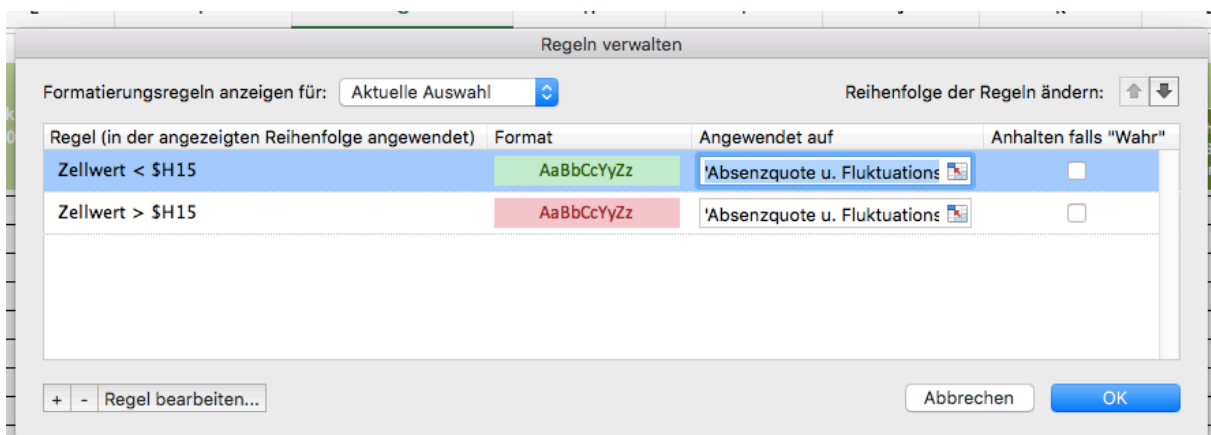


Abbildung 11: Bedingte Formatierung im Excel-Arbeitsblatt "Absenzquote und Fluktuationsrate" (eigene Darstellung)

Die Spalten zur Fluktuationsrate hingegen werden nicht vom Tool berechnet. Hierbei handelt es sich um Eingaben, die vom Personaldienst getätigt werden und hier lediglich als Darstellung dienen.

Das zweite Excel-Arbeitsblatt des Kennzahlen-Sets (Abbildung 12 und 13) stellt die Massnahmen, welche das BGM für alle Mitarbeitenden umsetzt, dar.

In Spalte A sind die einzelnen Massnahmen aufgelistet. Die Spalten B und C geben Auskunft über die Daten (einmal jährlich wiederkehrende Aktionen) und Termine. Der Veranstaltungsort wird in Spalte D und die Kontaktdaten der verantwortlichen Person in Spalte E angezeigt. Diese Angaben dienen zunächst nur zur Übersicht und Information. Die Spalten F bis V hingegen sind Gegenstand der Berechnung.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
1	BGM Massnahmen 2019										
2											
3											
4											
5	Massnahme	Datum	Termin	Ort	Kontaktdaten	Effektiver Zeitaufwand BGM in %	Effektiver Aufwand BGM in Std.	Max. zur Verfügung gestellte BGM Stunden	Max. Anzahl TN	Effektive Anzahl TN	
7	Ergonomie am Arbeitsplatz	-	auf Anfrage	am eigenen Arbeitsplatz	rita.pitsch@see-sptal.ch	14.13%	113	800	1003	353	
8	Gripeschutz-Impfung	15. + 17.10.2018	11:00 - 13:00 Uhr	Personalrestaurant Horgen und Kilchberg	bgm@see-sptal.ch	60.00%	30	50	1003	495	
9	Massage	-	auf Anfrage	Pikketzimmer	rita.pitsch@see-sptal.ch	9.50%	57	600	1003	83	
10	Workshop Ernährung bei Nachtarbeit	27.03.19	16:00 - 17:00 Uhr	Kilchberg, CareFit Haus	beatrice.scheurer@see-sptal.ch	25.00%	4	16	15	8	
11		02.04.19	16:00 - 17:00 Uhr	Kilchberg, CareFit Haus	beatrice.scheurer@see-sptal.ch	37.50%	3	8	15	4	
12		04.04.19	16:00 - 17:00 Uhr	Horgen, SIZI Richterswil	beatrice.scheurer@see-sptal.ch	66.67%	4	6	15	4	
13		15.04.19	16:00 - 17:00 Uhr	Horgen, SIZI Richterswil	beatrice.scheurer@see-sptal.ch	83.33%	5	6	15	8	

Abbildung 12: Excel-Arbeitsblatt "Massnahmen" Spalten A - J (eigene Darstellung)

	A	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	BGM Massnahmen 2019													
2														
3														
4														
5	Massnahme	Effektive Anzahl TN	Geschlecht		TN-Quote	Kosten pro TN	TN Zufriedenheit		TN Zufriedenheit / Umfrage nach Massnahme					
			m	w			Note	Prozent	Sehr gut / 6	gut / 5	ausreichend / 4	ungenügend / 3	mangelhaft / 2	sehr unbefriedigend / 1
7	Ergonomie am Arbeitsplatz	353	55	298	35%	35.00 CHF	5.85	97%	302	49	2	0	0	0
8	Gripeschutz-Impfung	495	177	318	49%	8.00 CHF	5.09	82%	145	207	104	39	0	0
9	Massage	83	7	76	8%	25.00 CHF	5.95	98%	78	4	0	0	1	0
10	Workshop Ernährung bei Nachtarbeit	8	4	4	53%	45.00 CHF	6.00	100%	8	0	0	0	0	0
11		4	0	4	27%	45.00 CHF	6.00	100%	4	0	0	0	0	0
12		4	1	3	27%	45.00 CHF	6.00	100%	4	0	0	0	0	0
13		8	2	6	53%	45.00 CHF	6.00	100%	8	0	0	0	0	0

Abbildung 13: Excel-Arbeitsblatt "Massnahmen" Spalten A, J - V (eigene Darstellung)

Die Spalte F mit dem Titel «Effektiver Zeitaufwand BGM in %» zeigt auf, wie viel Zeit in einzelne Massnahmen investiert wurde. Die Spalte J mit dem Titel

«Teilnehmerquote» zeigt auf, wie viele Mitarbeitende effektiv an der jeweiligen Massnahme teilgenommen haben. Die Spalten O bis V zeigen die Zufriedenheit der Massnahme auf. Ein bedeutsamer Indikator ist die Zufriedenheit der Teilnehmenden mit einer Massnahme. Denn nur eine Massnahme, die einer hohen Akzeptanz unterliegt, genutzt wird und Wirkungen zeigt. Die Ermittlung der Zufriedenheit erfolgt unmittelbar nach Durchführung der Massnahme. Die Werte, welche nach Schulnoten aufgelistet sind, werden von Hand in das Kennzahlen-Set eingefügt. Hingegen wird die Durchschnittsnote sowohl als absolute als auch relative Zahl im Kennzahlen-Set automatisch berechnet. Dafür sind folgende Formeln hinterlegt. Für die Durchschnittsnote der Massnahme «Ergonomie am Arbeitsplatz», welche sich in der Zelle O7 befindet, sieht die Berechnung folgendermassen aus: $=(Q7*6+R7*5+S7*4)/SUMME(Q7:S7)$. Das heisst, dass alle Spalten addiert werden, in welchen sich Noten befinden können (Q7 bis V7) und durch die Summe der effektiv vergebenen Noten (Q7, R7 und S7) dividiert werden. Für die Berechnung des Prozentsatzes sieht die Formel so aus $=(Q7*6+R7*5+S7*4+T7*3+U7*2+V7*1)/(J7*6)$. Hier werden wieder alle Zellen, welche die Noten enthalten können, addiert und durch die effektive Anzahl Teilnehmenden, welche vorgängig mit der Anzahl möglicher Noten multipliziert wurde, dividiert. Somit ergibt sich die prozentuale Zufriedenheit der Teilnehmenden.

Auf dem dritten und letzten Arbeitsblatt des Kennzahlen-Sets soll eine umfassende Messung der verschiedenen Quoten und Massnahmen möglich sein: Die selbsternannte «Erfolgsrechnung» (s. Abbildung 14).

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Erfolgsrechnung BGM									
2	4. Quartal 2018									
3										
4		Massnahmen			Absenzquote			Fluktuationsrate	Erfolgsrechnung Gesamt	
5	Gewichtung	33.33%			33.33%			33.33%	100%	
6	Gewichtung einzelner Kennzahlen	13%	8.00%	7.33%	5.00%	11.11%	11.11%	11.11%	33.33%	100%
7	Kennzahlen ▶	Ergonomie am Arbeitsplatz	Gripeschutz- Impfung	Massage	Workshop Ernährung bei Nacharbeit	Krankheitsquote	NBU-Quote	BU-Quote	Fluktuationsrate	
10	Erfolg einzelner Kennzahlen	48.93%	1%	28%	59%	94%	100%	100%	99%	
11	Erfolgsrechnung Gesamt	11%			32%			33%	76%	

Abbildung 14: Excel-Arbeitsblatt "Erfolgsrechnung" Spalten A - J (eigene Darstellung)

Wie in der Abbildung 14 ersichtlich ist, sind die jeweiligen Kategorien in der Zeile 4 aufgelistet. In der Spalte A ist die Gewichtung gesamthaft, die Gewichtung einzelner Kennzahlen, die Kennzahlen selbst, der Erfolg einzelner Kennzahlen und die Erfolgsrechnung aufgeführt. Die verschiedenen Massnahmen und die verschiedenen Quoten zählen hierbei als Kennzahlen. Die manuelle Eingabe der verschiedenen Daten entfällt hier, da mit Verknüpfungen aus den vorgängigen Arbeitsblättern gearbeitet wird. Die Gewichtungen in Zeile 6 wurden individuell vergeben und sollen Informationen darüber geben, in welchem Mass die einzelne Kennzahl zum Erfolg des betrieblichen Gesundheitsmanagements beigetragen hat. Wobei zu beachten gilt, dass die Gewichtungen der einzelnen Kennzahlen, nicht die Gewichtung für die übergeordnete Kategorie überschreitet. Das gleiche gilt für die übergeordnete Gewichtung in der Zeile 5, welche addiert nicht mehr als 100% ergeben soll.

Um den Erfolg jeder einzelnen Massnahme, welche in den Zellen B7, C7, D7 und E7 ersichtlich ist, zu berechnen, wurden vorgängig Gewichtungen festgelegt. Konkret handelt es sich hierbei um den effektiven BGM Aufwand, die TN-Quote und die TN-Zufriedenheit (s. Abbildung. 15). Somit lautet die Formel, welche am Beispiel der Zelle B10 dargestellt wird, wie folgt:

$$=(B19*Massnahmen!F7+Erfolgsrechnung!B20*Massnahmen!M7+Erfolgsrechnung!B21*Massnahmen!P7)$$

Somit ergibt sich der Erfolg der Kennzahl «Ergonomie am Arbeitsplatz» aus folgender Formel: Die Gewichtung des BGM Aufwandes * den effektiven Zeitaufwand BGM in % + die Gewichtung der TN-Quote * die TN-Quote in % + die Gewichtung der TN-Zufriedenheit * TN-Zufriedenheitsquote in %.

16			
17	Gewichtungen		
18			
19	Aufwand	33.33%	
20	TN	33.33%	
21	TN Zufriedenheit	33.33%	
22			
23	Gesamt	100%	
24			

Abbildung 15: Gewichtung im Excel-Arbeitsblatt "Erfolgsrechnung" (eigene Darstellung)

Die Erfolgsrechnung für die Kennzahlen Krankheits-, NBU, BU-Quote und Fluktuationsrate wird hingegen durch eine WENN-Formel berechnet. Hier am Beispiel der Krankheitsquote in Zelle F10, lautet die Formel wie folgt:

=WENN('Absenzquote u. Fluktuationsrate'!G18<'Absenzquote u. Fluktuationsrate'!H18;100%;'Absenzquote u. Fluktuationsrate'!H18/'Absenzquote u. Fluktuationsrate'!G18)

Konkret besagt die obige Formel, dass wenn die IST-Krankheitsquote kleiner als der Zielwert ist, der Erfolg der Kennzahl 100% beträgt. Ist jedoch die IST-Krankheitsquote grösser als der SOLL-Wert, soll der SOLL-Wert durch die IST-Krankheitsquote geteilt werden.

Um anschliessend den Gesamterfolg des BGMs zu berechnen, wird das jeweilige Ergebnis der einzelnen Kennzahl mit ihrer Gewichtung, welche durch 100 dividiert wird, multipliziert und anschliessend mit der nächsten Kennzahl addiert. Am Beispiel der Kategorie Massnahmen, welche in der Zeile 11 (Spalten B, C, D und E) ersichtlich ist, lautet die Berechnungsformel wie folgt:

$$=(B10*0.13+C10*0.08+D10*0.0733+E10*0.05)$$

Die Erfolgsrechnung der gesamten Kennzahlen berechnet sich anschliessend aus der Summe der Erfolge der einzelnen Kategorien.

5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit kritisch diskutiert und hinterfragt.

Die zehn verwendeten Quellen stellen einen guten Ansatz und somit einen guten Anfang für die vorliegende Arbeit dar. Jedoch lassen sich die in der Literatur vorgeschlagene Ansätze nicht einwandfrei übertragen. Die Balanced Scorecard oder das EFQM-Modell bieten Hilfe beim Aufbau und bei der kontinuierlichen Weiterentwicklung eines Unternehmens und können eine solide Basis für das BGM bilden. Da jedoch diese Modelle nicht im See-Spital eingebunden sind, erübrigen sich diese Ansätze.

5.1. Limitationen, Stärken und Schwächen

Die Stärke dieser Arbeit ist das spezifisch auf das See-Spital entwickelte Kennzahlen-Set, welches mit Zahlen aus dem Personaldienst und aus dem BGM eingegeben wird.

Als Limitation dieser Arbeit kann die Methodik der Literaturrecherche angesehen werden, da nur die Datenbanken CINAHL Complete, Bibnet.org, Cochrane Library und PubMed sowie Nebis und Google Scholar durchsucht wurden. Weiter stellt der Zeitraum von Dezember 2018 bis März 2019 der Literaturrecherche eine weitere Limitation dar. Ein grösserer Zeitraum hätte mehr Resultate hervorbringen können, welche für die Untersuchung hätten eingesetzt werden können. Zuletzt ist nicht auszuschliessen, dass bei der deutschen Übersetzung des englischsprachigen Datenmaterials einige Begriffe nicht ausnahmslos sinnentsprechend wiedergeben wurden.

5.2. Ausblick

Es liegt nun am See-Spital ein Fazit aus den Erkenntnissen der vorliegenden Arbeit zu ziehen sowie das vorgeschlagene Kennzahlen-Set zu überarbeiten, finalisieren und in den BGM Prozess zu implementieren. Werden diese Punkte beachtet, hat das See-Spital gute Chancen auf die Friendly Work Space Zertifizierung.

6. Handlungsempfehlungen

Abgeleitet von den Ergebnissen und dem entwickelten Tool werden in diesem Kapitel Handlungsempfehlungen für die Optimierung des Kennzahlen-Set für das See-Spital abgegeben.

Um vermehrt Auskunft über weiche Indikatoren zu erhalten, welche schwer zu erfassen sind, wird dringend empfohlen eine Mitarbeitendenbefragung durchzuführen. Diese soll Auskunft über die Zufriedenheit, der Leistungsbereitschaft, dem Führungsverhalten und dem Arbeitsklima geben. Zudem ermöglicht eine regelmässig stattfindende Befragung das Vergleichen und das Evaluieren von durchgeführten Massnahmen, was zur Nachhaltigkeit des BGMs führen kann.

Wird das Kennzahlen-Set im See-Spital integriert, so würde es sich lohnen in Zukunft die Krankheitsquoten und Fluktuationsraten im Tool auf spezifische Berufsgruppen zu unterteilen. Somit besteht die Möglichkeit den Handlungsbedarf zu erörtern und gegebenenfalls eine zielgruppenspezifische Massnahme aufzugleisen.

Weiter werden zum jetzigen Zeitpunkt die Daten im Kennzahlen-Set manuell eingegeben. Was zu einer erhöhten Fehlerquote führen kann. Es wird empfohlen zukünftig die Einbindung mittels technischer Hilfsmittel direkt aus dem Rechner in das Tool einfliessen zu lassen (beispielsweise zwischen SAP und dem Kennzahlen-Set)

Um Effekte durch BGM Massnahmen aufzeigen zu können, wird zudem empfohlen, jeweils eine Prä- und Postmessung durchzuführen. Dies kann durch das Messen bestimmter Werte oder durch das Durchführungen gezielter Fragen stattfinden.

7. Fazit

Im folgenden Kapitel werden abschliessend anhand der wichtigsten Ergebnisse dieser Arbeit die Fragestellungen beantwortet.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen, dass Wirkungsmessung im betrieblichen Gesundheitsmanagement unterschiedliche Herausforderungen mit sich bringt. Diese Herausforderungen zeigen sich vor allem in Bezug auf die Messung von Verhaltensänderungen, welche schwer zu eruieren sind (Neuner, 2012) und im Aufzeigen von nicht eingetretenen Folgen durch BGM Massnahmen (Meuser, 2004).

Obwohl verschiedene Studien den wirtschaftlichen Nutzen von BGM im Unternehmen nachweisen (Jeyaraman et al., 2017; Cooklin et al., 2017), tun sich viele Organisationen schwer in der Überprüfung dieser. Dies liegt daran, dass BGM noch nicht in allen Organisationen als Instrument zur Unternehmensführung, Strategie- und Budgetplanung eingesetzt wird. Wird jedoch das betriebliche Gesundheitsmanagement prospektiv gesteuert und werden weiche Indikatoren bei der Planung berücksichtigt und anschliessend erhoben, kann man von einem ganzheitlichen BGM Controlling reden, welches sowohl Aussagen zu Indikatoren wie Fehlzeiten und Fluktuationen, aber auch zu Arbeitszufriedenheit, Führungsverhalten und Arbeitsklima machen kann (Thiehoff, 2004; Baumanns, 2009; Uhle & Treier, 2015; Fritz, 2006). So wie auch der ökonomische Nutzen nachgewiesen werden kann.

Die Frage wie der wirtschaftliche Nutzen eines systematischen und integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements im See-Spital gemessen werden kann, kann durch das erarbeitete Kennzahlen-Set teilweise beantwortet werden, da nicht wirklich viele Kennzahlen im See-Spital zur Verfügung stehen. Dies aufgrund der Tatsache, dass die letzte Befragung der Arbeitnehmenden im 2015 stattgefunden hat und die daraus interpretierten Ergebnisse nicht für das BGM genutzt wurden. Weiter wurden BGM Massnahmen nicht aus einer Bedarfsanalyse abgeleitet und daher weder vor, noch nach der Durchführung gemessen.

Die Frage welche BGM Kennzahlen sich für das See-Spital eignen, kann klar beantwortet werden. Nebst den Kennzahlen Fehlzeiten (Krankheit, Berufs- und

Nichtberufsunfall), Fluktuationsrate und Teilnehmerquote, eignen sich für das See-Spital Kennzahlen wie: Führungs- und Arbeitszufriedenheit, Identifikation mit dem Unternehmen, Motivation, Arbeitsklima und Handlungsspielraum. Diese weichen Faktoren reflektieren die Wertschätzung, die den Arbeitnehmenden entgegengebracht wird, die Ressourcen, welche gestärkt und die Belastungen, die gesenkt werden.

Eine regelmässige Erfassung und Auswertung dieser Kennzahlen ist notwendig. Nur somit lassen sich sowohl die Fehlzeiten und Fluktuationen senken, die Arbeitszufriedenheit und die Motivation steigern und erlaubt die Positionierung des See-Spital als attraktiver Arbeitgeber. Denn nur gesunde Mitarbeitende, sind leistungsfähige Mitarbeitende.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- Adecco Schweiz. (2018). *Fachkräftemangel-Index Schweiz*. Abgerufen am 13.12.2018 von http://adeccogroup.ch/wp-content/uploads/2018/05/fachkraeftemangel_index_schweiz_0518_d.pdf.
- Angerer, A., Hollenstein, E., & Liberatore, F. (2016). *Das Schweizer Spitalwesen - Eine Managementperspektive*. Abgerufen am 13.12.2018 von <https://digitalcollection.zhaw.ch/bitstream/11475/1192/1/Spitalstudie%20Digital%20Collection.pdf>.
- Antonovsky, A. (1996). *The salutogenic model as a theory to guide health promotion*. Health Promotion International 11(1), 11-18. doi:10.1093/heapro/11.1.11.
- Badura, B., Walter, U., & Hehlmann, T. (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation* (2., vollständig überarb. Aufl. Ed.). Heidelberg, Neckar: Springer Verlag. doi:10.1007/978-3-642-04337-6.
- Baumanns, R. (2009). *Unternehmenserfolg durch Betriebliches Gesundheitsmanagement - Nutzen für Unternehmen und Mitarbeiter: Eine Evaluation*. Ibidem-Verlag.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2017). *Quote der gesundheitsbedingten Absenzen (Krankheit oder Unfall) der Vollzeitarbeitnehmenden nach Wirtschaftsabschnitt*. Abgerufen am 17.01.2019 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeits-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/arbeitszeit/absenzen.assetdetail.6246726.html>.
- Bundesamt für Statistik (BFS). (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Abgerufen am 13.12.2018 von

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/zukuenftige-entwicklung/schweiz-szenarien.assetdetail.350324.html>.

Bundesagentur für Arbeit. (2015). *Weissbuch "Arbeiten 4.0" - Antworten der BA auf die Herausforderungen der Digitalisierung*. Abgerufen am 13.12.2018 von <https://www.arbeitenviernull.de/fileadmin/Futurale/Statements/PDFs/BA.pdf>.

Cash.ch. (n.d.). *EBIT*. Abgerufen am 25.04.2019 von <https://www.cash.ch/lexikon/ebit>.

CONTROLLING-Portal.de. (2018). *EBITDA*. Abgerufen am 25.04.2019 von <https://www.controllingportal.de/Fachinfo/Grundlagen/Kennzahlen/ebitda.html>.

Cooklin, A., Joss, N., Husser, E., & Oldenburg, B. (2017). *Integrated Approaches to Occupational Health and Safety: A Systematic Review*. *American Journal of Health Promotion*, S. 401-412.

Egger, M. (2014). *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt (2., aktualisierte Auflage ed., De Gruyeter Studium)*. Berlin: De Gruyter.

Faller, G. (2017). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage ed.)*. Bern: Hogrefe. doi:10.1024/85569-000.

Fritz, S. (2006). *Ökonomischer Nutzen "weicher" Kennzahlen - (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit (2., [korrig.] Aufl. ed., Vol. Band 38)*. Zürich: Vdg Hochschulverlag.

Gesundheitsförderung Schweiz. (2019). *Label Friendly Work Space*. Abgerufen am 16.01.2019 von <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/instrumente-und-dienstleistungen/label-friendly-work-space.html>.

Gesundheitsförderung Schweiz. (2019). *Qualitätskriterien*. Abgerufen am 16.01.2019 von <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/instrumente-und-dienstleistungen/label-friendly-work-space/qualitaetskriterien.html>.

Gründerszene.de. (n.d.). *GS Lexikon - Was ist Monetarisierung?* Abgerufen am 25.04.2019 von <https://www.gruenderszene.de/lexikon/begriffe/-monetarisierung>.

Horváth, P. (2007). *Einsatz der Balanced Scorecard bei der Strategieumsetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement, Vortrag anlässlich der Fachtagung Nutzen und Kosten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements am 27. - 28. September 2007*. Abgerufen am 25.04.2019 von http://prosobbielefeld.de/fm/070927_horvath.pdf.

Hurrelmann, K. (2000). *Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung (4., völlig überarb. Aufl. ed., Grundlagentexte Soziologie)*. Weinheim: Juventa Verlag.

Jeyaraman, M. M., Zeeshan Qadar, S. M., Wierzbowski, A., Farshidfar, F., Lys, J., Dickson, G., Dickson, G., Grimes, K., Phillips, L. A., Mitchell, J. I., Van Aerde, J., Johnson, D., Krupka, F., Zarychanski, R., Abou-Setta, A. M. (2018). *Return on investment in healthcare leadership development programs*. *Leadership in Health Services*, Vol. 31., Issue: 1, 77-97.

Klemperer, D., & Braun, B. (2010). *Sozialmedizin - Public Health: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften)*. Bern: Huber.

- Kramer, I., Sockoll, I., & Bödeker, W. (2008). *Die Evidenzbasis für betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention - Eine Synopse des wissenschaftlichen Kenntnisstandes*. In B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen (65-76). Heidelberg: Springer Medizin.
- Lück, P., Eberle, G., & Bonitz, D. (2008). *Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen*. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen (77-84). Heidelberg: Springer Medizin.
- Meuser, T. (2004). *Wirkungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung - Die ökonomischen Wirkungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. In D. Kuhn, & D. Sommer (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung Ausgangspunkte - Widerstände - Wirkungen (237-249). Wiesbaden: Gabler.
- Neuner, R. (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. In Psychische Gesundheit bei der Arbeit (79-110). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Schraub, E. M., Stegmaier, R., Sonntag, K., Büch, V., Michaelis, B., & Spellenberg, U. (2008). *Bestimmung des ökonomischen Nutzens eines ganzheitlichen Gesundheitsmanagements*. In B. Badura, H. Schröder, & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen (101-110). Heidelberg: Springer Medizin.
- Singer, S. (2010). Betriebliches Gesundheitsmanagement: WHO-Konferenzen 1978-2005. In Esslinger, S. A., Emmert, M. & Schöffski, O. (Hrsg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. (27). Wiesbaden: Gabler Verlag. doi:10.1007/978-3-8349-8835-5.

Spicker, I., & Schopf, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich umsetzen: Praxishandbuch für Pflege- und Sozialdienste*. Wien: Springer.
doi: doi:10.1007/978-3-211-49299-4.

Uhle, T., & Treier, M. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (3., überarbeitete und erweiterte Auflage ed.). Berlin: Springer.

Thiehoff, R. (2004). *Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagement – Zum Return on Investment der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt*. In M. T. Meifert, & M. Kesting (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement im Unternehmen - Konzepte des Gesundheitsmanagements im Unternehmen* (57-77). Berlin: Springer.

Uhle, T., & Treier, M. (2015). *Gesundheitscontrolling: Steuerung und Qualitätssicherung*. In T. Uhle, & M. Treier (Hrsg.), *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (215-357). Berlin: Springer.

Walcher, A. (2017). *See-Spital BGM Konzept*. Horgen.

Walter, U., & Badura, B. (2018). *Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Kennzahlen*. Public Health Forum, Band 26, Heft 2, S. 141–143.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1946). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation*. Abgerufen am 14.01.2019 von
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen am 16.01.2018 von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.

Wikipedia.de. (n.d.). *Abzinsung und Aufzinsung*. Abgerufen am 25.04.2019 von https://de.wikipedia.org/wiki/Abzinsung_und_Aufzinsung.

Wöhe, G., & Döring, U. (2002). *Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre* (21., neubearb. Aufl. ed., Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften). München: Vahlen.

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: INFORMATIONSFLUSS (EIGENE DARSTELLUNG).....	9
ABBILDUNG 2: MODELL EINES NACHHALTIGEN GESUNDHEITSMANAGEMENTS (EIGENE DARSTELLUNG)	18
ABBILDUNG 3: BEISPIEL DER BEZIEHUNG ZWISCHEN LEISTUNG UND GEHALT (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN FRITZ, 2006, S.39).....	21
ABBILDUNG 4: STRATEGY MAP FÜR EINE BALANCED SCORECARD IM BGM (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN HORVATH, 2007, S. 51)	35
ABBILDUNG 5: ANFORDERUNGEN ZUR ENTWICKLUNG DES KENNZAHLEN-SETS (EIGENE DARSTELLUNG)	45
ABBILDUNG 6: EXCEL-ARBEITSBLATT "ABSENZQUOTE UND FLUKTUATIONSRATE" SPALTEN A - H (EIGENE DARSTELLUNG)	46
ABBILDUNG 7: EXCEL-ARBEITSBLATT "ABSENZQUOTE UND FLUKTUATIONSRATE" SPALTEN M - Q (EIGENE DARSTELLUNG)	47
ABBILDUNG 8: EXCEL-ARBEITSBLATT "ABSENZQUOTE UND FLUKTUATIONSRATE" SPALTEN V - Y (EIGENE DARSTELLUNG).....	47
ABBILDUNG 9: EXCEL-ARBEITSBLATT "ABSENZQUOTE UND FLUKTUATIONSRATE" SPALTEN AC - AD (EIGENE DARSTELLUNG)	48
ABBILDUNG 10: EXCEL-ARBEITSBLATT "ABSENZQUOTE UND FLUKTUATIONSRATE" BEISPIELHAFTE BERECHNUNG (EIGENE DARSTELLUNG).....	49
ABBILDUNG 11: BEDINGTE FORMATIERUNG IM EXCEL-ARBEITSBLATT "ABSENZQUOTE UND FLUKTUATIONSRATE" (EIGENE DARSTELLUNG)	49
ABBILDUNG 12: EXCEL-ARBEITSBLATT "MASSNAHMEN" SPALTEN A - J (EIGENE DARSTELLUNG)	50
ABBILDUNG 13: EXCEL-ARBEITSBLATT "MASSNAHMEN" SPALTEN A, J - V (EIGENE DARSTELLUNG)	50
ABBILDUNG 14: EXCEL-ARBEITSBLATT "ERFOLGSRECHNUNG" SPALTEN A - J (EIGENE DARSTELLUNG)	52
ABBILDUNG 15: GEWICHTUNG IM EXCEL-ARBEITSBLATT "ERFOLGSRECHNUNG" (EIGENE DARSTELLUNG)	53

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ENGLISCHE KEYWORDS (EIGENE DARSTELLUNG).....	7
TABELLE 2: EIN- UND AUSSCHLUSSKRITERIEN FÜR DIE LITERATURRECHERCHE (EIGENE DARSTELLUNG)	8
TABELLE 3: WICHTIGSTE GESUNDHEITSERGEBNISSE/INDIKATOREN IM ZUSAMMENHANG MIT FÜHRUNGSQUALITÄT UND -STIL (EIGENE DARSTELLUNG).....	11
TABELLE 4: WICHTIGSTE GESUNDHEITSERGEBNISSE IM ZUSAMMENHANG MIT LEADERSHIP DEVELOPMENT-PROGRAMME (EIGENE DARSTELLUNG).....	11
TABELLE 5: ERGEBNISSE BEZÜGLICH DES WIRTSCHAFTLICHEN NUTZENS (EIGENE DARSTELLUNG)	15
TABELLE 6: ANSÄTZE DER EVALUATION (EIGENE DARSTELLUNG)	16
TABELLE 7: FRAGEN ZUR EFFIZIENZMESSUNG (EIGENE DARSTELLUNG).....	20
TABELLE 8: LEGENDE FÜR DIE BASISFORMEL FÜR DIE KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE (EIGENE DARSTELLUNG)	20
TABELLE 9: ANFORDERUNGEN AN DAS GESUNDHEITSMONITORING (EIGENE DARSTELLUNG)	25
TABELLE 10: URSACHEN DER FEHLZEITENQUOTE (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN UHLE & TREIER, 2015, S.265)	27
TABELLE 11: KENNZAHLEN IN BEZUG AUF FEHLZEITEN (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN UHLE & TREIER, 2015, S. 266-267).....	28
TABELLE 12: ZIELE UND INHALTE EINER MASSNAHME (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN NEUNER, 2012).....	38
TABELLE 13: EVALUATIONSSCHEMA NACH KRITERIEN UND INDIKATOREN (EIGENE DARSTELLUNG IN ANLEHNUNG AN NEUNER, 2012)	39

Eigenständigkeitserklärung

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

Ort, Datum: Winterthur, 03.05.2019



Vanessa Falco

Wortzahl

Abstract: 192

Arbeit (exklusive Abstract, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhänge): 9'997

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen Personen bedanken, die mit Ihrer Zeit, Geduld, Dasein und Wissen zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Herzlichst möchte ich mich bei Frau Dr. Astrid Rimbach für die motivierende und fachgerechte Betreuung dieser Bachelorarbeit bedanken.

Zudem bedanke ich mich bei meinem Bruder Gianfranco für das kritische Gegen- und das ausführliche Korrekturlesen.

Bei Zaniyar Jahany möchte ich mich für den Crashkurs in Excel und den technischen Support bedanken.

Ein danke an meine Freunde, welche mich während der Erarbeitung dieser Bachelorarbeit zur Seite gestanden, ermutigt, unterstützt und auf andere Gedanken gebracht haben.

Zuletzt ein grosses Dankeschön an meine Familie, insbesondere an meinen Eltern für jegliche Unterstützung in meinem Leben und während meines gesamten Studiums an der ZHAW. Für die wertvolle Unterstützung und dafür, dass ihr mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden seid – grazie!

Anhang

A: Glossar

Begriff	Erklärung
Absentismus	Unter Absentismus versteht man «motivationsbedingte» Fehlzeiten, welche nicht auf Erkrankungen oder andere im Arbeitsvertrag vereinbarte zulässige Gründe für das Fernbleiben von der Arbeit beruhen (Uhle & Treier, 2005).
Commitment	Mit Commitment wird die Verbindung/Identifikation oder Verpflichtung, welche ein/e Mitarbeitende/r gegenüber einer Organisation bringt verstanden.
EBIT	EBIT steht für «Earnings before Interest and Taxes», d.h. «Ergebnis vor Zinsen und Steuern». EBIT ist eine Kennzahl, welche die Betriebsgewinnmarge aufzeigt (cash.ch, n.d.).
EBITDA	EBITDA ist die Abkürzung für «Earnings before Interests, Taxes, Depreciation and Amortisation, d.h. «Ergebnis vor Zinsen, Steuern und Abschreibungen». Das EBITDA ist eine Kennzahl, welche das Betriebsergebnis ohne Verzerrungen aufzeigt (CONTROLLING-Portal.de, 2018).
Diskontierung	Die Diskontierung (auch Abzinsung genannt) ist eine Rechenoperation aus der Finanzmathematik. Berechnet wird hierbei der Wert einer zukünftigen Zahlung. Häufig wird mittels Diskontierung der gegenwärtige Wert (Barwert) einer zukünftigen Zahlung ermittelt (Wikipedia.de, n.d.).
Monetisieren	Bei Monetisierung geht es darum, den Geldwert einer Dienstleistung oder eines Produktes zu definieren (Gründerszene.de, n.d.).
Quadrieren	Quadrieren bedeutet, dass eine Zahl mit sich selbst multipliziert wird.

B: Ausgefüllte Rechercheprotokolle und Beschaffungsmöglichkeiten

Ausgefülltes Rechercheprotokoll

Fragestellung: Wie kann der wirtschaftliche Nutzen eines systematischen und integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements im See-Spital gemessen werden?

Boolesche Operatoren	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR	AND	↓ OR
Aspekte der Fragestellung	Kennzahl	Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	Spital/Krankenhaus	Gesundheitswesen	Kapitalrendite				
Synonyme	Messgrösse, Kennziffer	Betriebliche Gesundheitsförderung	Klinik	Gesundheitssystem	Kapitalrentabilität				
Oberbegriffe	Zahl, Wert	Public Health	Anstalt, Einrichtung	Dienstleistungssektor	Betriebliche Kennzahl				
Unterbegriffe	Indikator	Berufskrankheit, Arbeitsunfall	Ambulatorium, Universitätsspital, Hospiz	Krankenversicherung, Spital, Arzt	Gewinn, Nutzen				
Verwandte Begriffe	Betriebliche Statistik	Arbeitspsychologie, Arbeitsschutz, Ergonomie	Rehabilitationsklinik, Kurklinik	Gesundheitsdienst	Rendite, Kapitalumschlag				
Englische Übersetzung (Keywords)	Key performance indicators	Occupational health management	Hospital	Health system	Return on investment				
Schlagwörter (Thesaurus)	Kennzahl	Betriebliches Gesundheitsmanagement	Krankenhaus	Gesundheitswesen	Rentabilität				

Rechercheprotokoll

Datenbank	Suchkombinationen / Eingrenzungen	Anzahl Treffer / Bewertung der Brauchbarkeit
CINAHL Complete	Key performance indicators AND hospital AND occupational health management	0 Treffer
	Key performance indicators AND occupational health management OR hospital	389'823 zu viele, Suche verworfen (erste 300 gesichtet)
	Key performance indicators AND health system AND return on investment	1 Treffer, nicht relevant
	Key performance indicators AND hospital AND return on investment	2 Treffer, davon 1 Treffer relevant
	Return on investment AND occupational health management OR Key performance indicator* AND hospital	112, davon 1 Treffer relevant
	Return on investment AND hospital OR health system AND key performance indicator*	254, davon 1 Treffer relevant
Bibnet.org	key performance indicators AND occupational health management OR hospital"	1 Treffer, relevant
	Key performance indicators AND health system AND return on investment	0 Treffer
	Key performance indicators AND hospital AND return on investment	0 Treffer
	Return on investment AND occupational health management OR Key performance indicators AND hospital	0 Treffer

	Return on investment AND hospital OR health system AND key performance indicators	
Cochrane Library	<p>Key performance indicators AND occupational health management OR hospital</p> <p>Key performance indicators AND health system AND return on investment</p> <p>Key performance indicators AND hospital AND return on investment</p> <p>Return on investment AND occupational health management OR Key performance indicators AND hospital</p> <p>Return on investment AND hospital OR health system AND key performance indicators</p>	<p>1549 zu viele, Suche verworfen (erste 300 gesichtet)</p> <p>0 Treffer</p> <p>0 Treffer</p> <p>91 Treffer, davon kein Titel oder Abstract relevant</p> <p>44 Treffer, davon kein Titel oder Abstract relevant</p>
PubMed	<p>key performance indicators AND occupational health management OR hospital</p> <p>Key performance indicators AND health system AND return on investment</p> <p>Key performance indicators AND hospital AND return on investment</p> <p>Return on investment AND occupational health management OR Key performance indicators AND hospital</p> <p>Return on investment AND hospital OR health system AND key performance indicators</p>	<p>4'449'899 zu viele, Suche verworfen Treffer</p> <p>5 Treffer, keine Titel oder Abstract relevant</p> <p>1 Treffer, nicht relevant</p> <p>1095 zu viele, Suche verworfen (erste 300 gesichtet)</p> <p>481 Treffer, 1 davon relevant (es wurden nur die ersten 250 gesichtet)</p>

Ausgewählte Referenzen / Beschaffungsmöglichkeit

Referenz	Datenbank, Beschaffungsmöglichkeit des Volltextes
<p>Return on investment in healthcare leadership development programs</p> <p>Jeyaraman Maya M, Qadar Sheikh Muhammad Zeeshan, Wierzbowski Aleksandra, Farshidfar Farnaz, Lys Justin, Dickson Graham, Grimes Kelly, Phillips Leah A, Mitchell Jonathan I, Van Aerde John, Johnson Dave, Krupka Frank, Zarychanski Ryan, Abou-Setta Ahmed M.</p>	<p>CINAHL Complete</p> <p>Durch klicken auf die DOI-Nr. wird man automatisch mit der Seite «Emerald Insight» verlinkt. Auf dieser Seite steht der Artikel, welcher frei zugänglich ist, zur Verfügung.</p> <p>https://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/LHS-02-2017-0005</p>
<p>Integrated approaches to occupational health and safety: A systematic Review</p> <p>Cooklin A, Joss N, Husser E, Oldenburg B.</p>	<p>CINAHL Complete</p> <p>Durch klicken auf die DOI-Nr. wird man direkt mit der SAGE Journals Datenbank verlinkt. Um den Artikel lesen zu können, benötigt es jedoch eines Accounts. https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/ajhp.141027-LIT-542</p> <p>Weiter besteht die Möglichkeit das Journal, in welchem dieser Artikel abgetippt wurde, über die NEBIS Datenbank zu bestellen. Hierzu wurde der Titel der Zeitschrift, American journal of health promotion, in das Suchfeld eingegeben. Das Journal wurde gefunde und kann nun in der FHNW Bibliothek in Olten bestellt werden.</p>
<p>Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Kennzahlen. Occupational health management with key performance indicators</p> <p>Badura B, Walter U.</p>	<p>Bibnet.org</p> <p>Durch klicken auf «EZB» wird man direkt mit der Seite «De Gruyter» verlinkt. Auf dieser besteht die Möglichkeit den Artikel direkt als PDF herunterzuladen.</p> <p>https://www.degruyter.com/view/j/pubhef.2018.26.issue-2/pubhef-2018-0017/pubhef-2018-0017.xml</p>

Protokoll Handrecherche

Vorgehen	Resultate und Beschaffungsmöglichkeit
<p>Nebis Suche mit den Suchbegriffen «Gesundheitsmanagement» und «Kennzahlen» und «Nutzen».</p> <p>Treffer: 17</p> <p>2 relevante Treffer aufgrund der Titel gefunden.</p>	<p>Badura, B. Schröder, H., Vetter, C. (2009). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen (2008, Fehlzeiten-Report). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.</p> <p>In Nebis auf die Option «verfügbar» klicken. Danach die Location/Bibliothek auswählen. Anschliessend auf «Ausleihe» klicken, den Abholort auswählen und die Bestellung senden.</p> <p>Baumanns, R. (2009). Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement: Nutzen für Unternehmen und Mitarbeiter: Eine Evaluation. Stuttgart: ibidem-Verlag.</p> <p>In Nebis auf die Option «verfügbar» klicken. Danach die Location/Bibliothek auswählen. Anschliessend auf «Ausleihe» klicken, den Abholort auswählen und die Bestellung senden.</p>
<p>Nebis Suche mit den Suchbegriffen «Gesundheitsmanagement» und «Kennzahlen» und «Unternehmen».</p> <p>Treffer: 31</p> <p>3 relevante Treffer aufgrund der Titel gefunden, 2 davon bereits in der ersten Suche abgedeckt.</p>	<p>Uhle, T, Treier, M. (2015). Betriebliches Gesundheitsmanagement: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen (3., überarb. und erw. Aufl. ed.). Berlin: Springer.</p> <p>In Nebis auf die Option «verfügbar» klicken. Danach die Location/Bibliothek auswählen. Anschliessend auf «Ausleihe» klicken, den Abholort auswählen und die Bestellung senden.</p>
<p>Google Scholar Suche mit den Suchbegriffen «Wirksamkeit» und «Nutzen» und «betriebliches Gesundheitsmanagement».</p>	<p>Neuner, R. (2016) Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Psychische Gesundheit bei der Arbeit. Springer Gabler, Wiesbaden https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-10617-1_4</p> <p>Durch klicken auf den Link wird man direkt auf die Internetseite des Springer Verlags weitergeleitet. Auf dieser Seite kann man sich anschliessend über die ZHAW anmelden. Danach kann das Buch heruntergeladen werden.</p>

<p>Treffer: 3'140</p> <p>4 relevante Treffer aufgrund der Titel gefunden, 1 davon bereits in der ersten Suche gefunden (erste 100 Resultate gesichtet)</p>	<p>Meuser, T. (2004). Die ökonomischen Wirkungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Kuhn, D., Sommer, D. (eds) Betriebliche Gesundheitsförderung. Gabler Verlag. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-322-91349-4_15</p> <p>Durch klicken auf den Link wird man direkt auf die Internetseite des Springer Verlags weitergeleitet. Auf dieser Seite kann man sich anschliessend über die ZHAW anmelden. Danach kann das Buch heruntergeladen werden.</p> <p>Thiehoff, R. (2004) Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagement — Zum Return on Investment der Balance zwischen Lebens- und Arbeitswelt. In: Meifert, M.T., Kesting, M. (eds) Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Springer, Berlin, Heidelberg https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-17122-2_5</p> <p>Durch klicken auf den Link wird man direkt auf die Internetseite des Springer Verlags weitergeleitet. Auf dieser Seite kann man sich anschliessend über die ZHAW anmelden. Danach kann das Buch heruntergeladen werden.</p>
<p>Nebis Suche mit den Suchbegriffen «Kennzahlen» und «Nutzen».</p> <p>Treffer: 508</p> <p>2 relevante Treffer aufgrund der Titel gefunden, 1 davon bereits in der ersten Suche abgedeckt.</p>	<p>Fritz, S. (2006). Ökonomischer Nutzen «weicher» Kennzahlen: (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit (2., [korrig.] Aufl. Ed., Vol. Band 38, Ed. 2, Mensch Technik Organisation). Zürich: Vdf Hochschulverlag.</p> <p>In Nebis auf die Option «verfügbar» klicken. Danach die Location/Bibliothek auswählen. Anschliessend auf «Ausleihe» klicken, den Abholort auswählen und die Bestellung senden.</p>

C: Arbeitsmappen aus dem Kennzahlen-Set

Arbeitsmappe «Absenzquote und Fluktuationsrate»

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	Absenzquote und Fluktuationsrate							
2								
3	Monat	Jahr	Gesamtheit aller MA	Krankheitsquote (1. - 7. Tag) in %	Krankheitsquote (8. - 60. Tag) in %	Krankheitsquote (ab 61. Tag) in %	Gesamte Krankheitsquote in %	Soll-Krankheitsquote in %
4								
6	Januar	2018	-	-	-	-	-	-
7	Februar	2018	-	-	-	-	-	-
8	März	2018	-	-	-	-	-	-
9	April	2018	-	-	-	-	-	-
10	Mai	2018	-	-	-	-	-	-
11	Juni	2018	-	-	-	-	-	-
12	Juli	2018	-	-	-	-	-	-
13	August	2018	-	-	-	-	-	-
14	September	2018	-	-	-	-	-	-
15	Oktober	2018	1025	1.64%	0.75%	0.49%	2.89%	3.0%
16	November	2018	1026	1.88%	0.90%	0.56%	3.34%	3.0%
17	Dezember	2018	1013	1.73%	1.39%	0.79%	3.91%	3.5%
18	Durchschnittswerte	2018	1021	1.75%	1.01%	0.62%	3.38%	3.2%

I	J	K	L	M	N	O	P	Q
Berechnung Krankheitsquote								
Anzahl kranker MA (1 - 7 Tage) in Stunden	Anzahl kranker MA (8 - 60 Tage) in Stunden	Anzahl kranker MA (ab 61 Tage) in Stunden	Gesamtheit aller MA in Sollzeit (Monat)	NBU-Quote (1. 7. Tag) in %	NBU-Quote (8. - 60. Tag) in %	NBU-Quote (ab 61. Tag) in %	Gesamte NBU- Quote in %	Soll-NBU- Quote in %
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
2'467.27	1'127.73	740.17	150'252.40	0.10%	0.24%	0.00%	0.34%	0.3%
2'705.44	1'300.23	813.27	144'287.07	0.08%	0.38%	0.00%	0.46%	0.5%
2'037.03	1'632.51	932.53	117'553.37	0.12%	0.28%	0.00%	0.41%	0.5%
2403.25	1353.49	828.66	137'364.28	0.10%	0.30%	0.00%	0.4%	0.4%

R	S	T	U	V	W	X	Y
Berechnung NBU-Qquote							
Anzahl NBU MA (1 - 7 Tage) in Stunden	Anzahl NBU MA (8 - 60 Tage) in Stunden	Anzahl NBU MA (ab 61 Tage) in Stunden	Gesamtheit aller MA in Sollzeit (Monat)	BU-Quote (1. - 7. Tag) in %	BU-Quote (ab 8. Tag) in %	Gesamte BU-Quote in %	Soll-BU-Quote in %
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-
150.55	365.33	0	150'252.40	0.00%	0.00%	0.00%	0.3%
118.80	545.69	0	144'287.07	0.00%	0.00%	0.00%	0.4%
146.00	332.84	0	117'553.37	0.00%	0.00%	0.00%	0.5%
138.45	414.62	0.00	137'364.28	0.00%	0.00%	0.00%	0.4%

Y	Z	AA	AB	AC	AD
	Berechnung BU-Quote				
Soll-BU-Quote in %	Anzahl BU MA (1 - 7 Tage) in Stunden	Anzahl BU MA (ab 8. Tage) in Stunden	Gesamtheit aller MA in Sollzeit (Monat)	Fluktuations- rate in %	Soll- Fluktuations- rate in %
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-
0.3%	0.00	0.00	150'252.40	22.73%	24.0%
0.4%	0.00	0.00	144'287.07	20.60%	19.0%
0.5%	0.00	0.00	117'553.37	20.54%	20.0%
0.4%	0.00	0.00	137'364.28	21.29%	21.0%

Arbeitsmappe «Massnahmen»

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	BGM Massnahmen 2019									
2										
3										
4	Massnahme	Datum	Termin	Ort	Kontaktdaten	Effektiver Zeitaufwand BGM in %	Effektiver Aufwand BGM in Std.	Max. zur Verfügung gestellte BGM Stunden	Max. Anzahl TN	Efektive Anzahl TN
5										
7	Ergonomie am Arbeitsplatz	-	auf Anfrage	am eigenen Arbeitsplatz	rita.pitsch@see-spital.ch	14.13%	113	800	1003	353
8	Gripeschutz-Impfung	15. + 17.10.2018	11:00 - 13:00 Uhr	Personalrestaurant Horgen und Kilchberg	bgm@see-spital.ch	60.00%	30	50	1003	495
9	Massage	-	auf Anfrage	Pikketzimmer	rita.pitsch@see-spital.ch	9.50%	57	600	1003	83
10	Workshop Ernährung bei Nachtarbeit	27.03.19	16:00 - 17:00 Uhr	Kilchberg, CareFit Haus	beatrice.scheurer@see-spital.ch	25.00%	4	16	15	8
11		02.04.19	16:00 - 17:00 Uhr	Kilchberg, CareFit Haus	beatrice.scheurer@see-spital.ch	37.50%	3	8	15	4
12		04.04.19	16:00 - 17:00 Uhr	Horgen, SiZi Richterswil	beatrice.scheurer@see-spital.ch	66.67%	4	6	15	4
13		15.04.19	16:00 - 17:00 Uhr	Horgen, SiZi Richterswil	beatrice.scheurer@see-spital.ch	83.33%	5	6	15	8
14										

	A	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V
1	BGM Massnahmen 2019													
2														
3														
4	Massnahme	Effektive Anzahl TN	Geschlecht		TN-Quote	Kosten pro TN	TN Zufriedenheit		TN Zufriedenheit / Umfrage nach Massnahme					
m			w	Note			Prozent	Sehr gut / 6	gut / 5	ausreichend / 4	ungenügend / 3	mangelhaft / 2	sehr unbefriedigend / 1	
7	Ergonomie am Arbeitsplatz	353	55	298	35%	35.00 CHF	5.85	97%	302	49	2	0	0	0
8	Gripeschutz-Impfung	495	177	318	49%	8.00 CHF	5.09	82%	145	207	104	39	0	0
9	Massage	83	7	76	8%	25.00 CHF	5.95	98%	78	4	0	0	1	0
10	Workshop Ernährung bei Nachtarbeit	8	4	4	53%	45.00 CHF	6.00	100%	8	0	0	0	0	0
11		4	0	4	27%	45.00 CHF	6.00	100%	4	0	0	0	0	0
12		4	1	3	27%	45.00 CHF	6.00	100%	4	0	0	0	0	0
13		8	2	6	53%	45.00 CHF	6.00	100%	8	0	0	0	0	0
14														

Arbeitsmappe «Erfolgsrechnung»

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Erfolgsrechnung BGM									
2	4. Quartal 2018									
3										
4		Massnahmen				Absenzquote			Fluktuationsrate	Erfolgsrechnung Gesamt
5	Gewichtung	33.33%				33.33%			33.33%	100%
6	Gewichtung einzelner Kennzahlen	13%	8.00%	7.33%	5.00%	11.11%	11.11%	11.11%	33.33%	100%
7	Kennzahlen ▶	Ergonomie am Arbeitsplatz	Gripeschutz- Impfung	Massage	Workshop Ernährung bei Nachtarbeit	Krankheitsquote	NBU-Quote	BU-Quote	Fluktuationsrate	
10	Erfolg einzelner Kennzahlen	48.93%	1%	28%	59%	94%	100%	100%	99%	
11	Erfolgsrechnung Gesamt	11%				32%			33%	76%

