



# Diplomarbeit

## **Umsetzungsstand und Einstellungen von Führungskräften zu betrieblicher Gesundheitsförderung**

**Monika Brechbühler**

Vertiefungsrichtung Arbeits- und Organisationspsychologie

Referent: Harald Reuter, Dipl.- Psych.

Winterthur, Oktober 2005

Diese Arbeit wurde im Rahmen der Ausbildung zur dipl. Psychologin FH bzw. zum dipl. Psychologen FH an der Hochschule für Angewandte Psychologie HAP verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch die HAP.

Hochschule für Angewandte Psychologie HAP, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2. Theoretischer Teil.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Der Gesundheitsbegriff anhand des salutogenetischen Modells .....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Determinanten von Gesundheit .....	6
2.1.2 Ressourcen für die Gesundheit .....	7
2.1.3 Gesundheitsprävention.....	7
2.1.4 Gesundheitsförderung .....	8
<b>2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung .....</b>	<b>8</b>
2.2.1 Definition von betrieblicher Gesundheitsförderung.....	8
2.2.2 Gesetzliche Ausgangslage in der Schweiz.....	10
2.2.3 Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung .....	10
2.2.4 Vorgehen bei der Einführung von BGF .....	14
2.2.5 Das Setting Arbeit als Interventionsfeld von BGF.....	14
2.2.6 Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Unternehmen.....	15
2.2.7 Motivation für die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	17
2.2.8 Vorstellen vergleichbarer Studien auf dem Gebiet der BGF .....	18
<b>2.3 Das transtheoretische Modell.....</b>	<b>21</b>
2.3.1 Stufen der Verhaltensänderung.....	22
2.3.2 Strategien der Verhaltensänderung.....	24
2.3.3 Abhängige oder Ergebnis-Variablen .....	24
2.3.4 Kosten und Nutzen Abwägung im Bezug auf die Einführung von BGF .....	25
<b>2.4 Fragestellungen .....</b>	<b>27</b>
<b>3. Empirischer Teil.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Beschreibung des Projektes .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Methode des Vorgehens .....</b>	<b>29</b>
<b>3.3 Der Interviewleitfaden.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4 Die Stichprobe .....</b>	<b>32</b>
<b>3.5 Durchführung der Interviews .....</b>	<b>33</b>
<b>3.6 Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>34</b>
3.6.1 Kenntnisstand zu BGF .....	34
3.6.2 Bisher umgesetzte BGF-Massnahmen .....	36
3.6.3 Einstellungen Zuger Unternehmensvertreterinnen und –vertretern zum Thema BGF .....	44
3.6.4 Motive zur Einführung bzw. Durchführung von BGF-Massnahmen .....	50

3.6.5 Nutzen durch die Einführung von BGF-Massnahmen .....	51
3.6.6 Anreize zur Einführung bzw. Durchführung von BGF-Massnahmen .....	53
3.6.7 Gesundheitsschulung für Führungskräfte .....	54
3.6.8 Interesse BGF in den nächsten fünf Jahren einzuführen oder auszuweiten.....	56
3.6.9 Wünsche an die Programmleitung BGF .....	57
<b>3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse .....</b>	<b>60</b>
<b>4. Diskussion.....</b>	<b>64</b>
<b>4.1 Fazit und Empfehlungen.....</b>	<b>71</b>
<b>4.2. Kritische Betrachtungen .....</b>	<b>73</b>
<b>5. Abstract .....</b>	<b>75</b>
<b>6. Danksagung und Schlussbemerkung.....</b>	<b>76</b>
<b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>77</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>81</b>
Tabellenverzeichnis .....	81
Abbildungsverzeichnis .....	81
Ottawa Charta der WHO .....	82
Luxemburger Deklaration .....	82
Interviewleitfaden .....	83

## **Vorwort**

Im Rahmen meines Praktikums am Institut für Sozial- und Präventivmedizin an der Universität Zürich kam ich mit dem Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung in Berührung. Schnell erkannte ich, dass hier die ideale und zukunftssträchtige Verbindung meiner 20 Jahre Berufserfahrung als Pflegefachfrau im Akutspital und dem Studium der Arbeits- und Organisationspsychologie vorliegt. Mit grossem Interesse vertiefte ich mich ins Thema und realisierte, dass der Nutzen von BGF zwar mehrfach bewiesen ist, aber dennoch nur zu einer zögerlichen Umsetzung in den Betrieben geführt hat. Diese Feststellung wirft Fragen auf, wie Unternehmen zu betrieblichem Gesundheitsmanagement stehen und welche Gründe für und gegen BGF aus Unternehmenssicht sprechen. Meine Recherchen ergaben, dass in der Wissenschaft diese Fragen noch relativ wenig erforscht sind.

Im Auftrag der Gesundheitsdirektion Zug befragten mein Praktikumsleiter Harald Reuter (dipl. Psychologe) und ich Führungskräfte in 15 Unternehmen zu diesem Thema.

**Fehler! Textmarke nicht definiert.**, Winterthur, Oktober 2005

## 1. Einleitung

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Strukturen der Schweizer Wirtschaft stark verändert. Der Anteil der Industriebetriebe hat zugunsten eines Ausbaus der Dienstleistungsbranche abgenommen. Mittlerweile sind laut der letzten Betriebszählung (Bundesamt für Statistik, 2001) 73 % der Arbeitsplätze in der Schweiz im Dienstleistungssektor angesiedelt. Erhöhte Flexibilität einerseits und sinkende Arbeitsplatzsicherheit andererseits prägen die heutige Realität der Arbeitnehmenden. Dadurch sind die Anforderungen und der Druck auf die Erwerbstätigen gestiegen.

Vor allem in der Dienstleistungsbranche sind Gesundheitsbeschwerden wie Stress und Burnout unter dem Personal gehäuft in Erscheinung getreten. In einer Studie zu Stress am Arbeitsplatz gaben 83 % der befragten Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer an, regelmässig unter Stress zu leiden (SECO<sup>1</sup>, 2003). Zwar räumen 70% dieser Personen ein, mit dem Stress umgehen zu können, trotzdem stimmen diese Zahlen nachdenklich, ist doch diese Anzahl Personen seit der letzten vergleichbaren BIGA<sup>2</sup>-Studie 1984 deutlich gestiegen. Nach Schätzungen der Studie (SECO, 2003) belaufen sich die durch Stress am Arbeitsplatz verursachten Kosten auf circa 4,2 Milliarden Franken pro Jahr. Es wird vermutet, dass sich die Kosten verdoppeln würden, wären die durch Stress verursachten Unfälle und indirekten, immateriellen Schäden dazugerechnet. Besonders in Dienstleistungsunternehmen sind solche Ergebnisse alarmierend, da sich das psychische und soziale Befinden ihrer Belegschaft über die Kundenzufriedenheit unmittelbar auf den Geschäftserfolg auswirkt.

Unter dem zunehmenden Druck in der Wirtschaftswelt wurde in den letzten Jahren nach neuen Kosteneinsparungsmöglichkeiten gesucht. Dazu gehört auch das mögliche Einsparpotential durch die Reduktion krankheits- und unfallbedingter Fehlzeiten der Belegschaft. In der Europäischen Union haben die volkswirtschaftlich bedeutenden Lohnausfallkosten zum Entschluss beigetragen, in der Strategie 2002-2006 für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz das neue globale Konzept „Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ als Schwerpunkt zu wählen (European Agency for Safety and Health at Work, 2002).

---

<sup>1</sup> Staatssekretariat für Wirtschaft

<sup>2</sup> Ehemaliges Bundesamt für Industrie, Gewerbe und Arbeit, heute Staatssekretariat für Wirtschaft

Unter diesen und anderen Gründen rückt die Gesundheit der Bevölkerung und der arbeitenden Personen im Speziellen, zunehmend ins Zentrum der Interessen und der Präventionsbemühungen und führt zum immer wichtiger werdenden Thema der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Die Fragestellungen dieser Arbeit befassen sich am Beispiel Schweiz mit dem Umsetzungsstand von BGF in den Unternehmen, sowie den Einstellungen der Führungskräfte zu BGF. Als übergeordnete Frage soll geklärt werden, welche Argumente für die Einführung von BGF im Betrieb überzeugen, respektive dagegen sprechen und welche Motive bei der Entscheidung zur Einführung gesundheitsförderlicher Massnahmen im Betrieb die Führungskräfte leiten.

Die Arbeit ist folgendermassen aufgebaut: Im theoretischen Teil wird betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) definiert, sowie Gründe für Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting (Lebensbereich) erläutert. Ein weiteres Kapitel widmet sich dem Nutzen von BGF, sowie den möglichen Beweggründen, die zur Entscheid für BGF führen können. Verschiedene Studien, die sich mit ähnlichen Fragen beschäftigt haben, werden vorgestellt. Das transtheoretische Modell wird als theoretische Grundlage für die Phasen der Verhaltensveränderungen herangezogen.

Im zweiten, empirischen Teil werden 15 halbstandardisierte Interviews mit Unternehmensvertreterinnen und Unternehmensvertretern zu den Fragestellungen ausgewertet und die Ergebnisse diskutiert. Die Resultate sollen dem transtheoretischen Modell zugeordnet werden und sich daraus eine Zielgruppen gerichtete Akquisitionsstrategie ableiten lassen.

## **2. Theoretischer Teil**

### **2.1 Der Gesundheitsbegriff anhand des salutogenetischen Modells**

Um sich dem Thema des betrieblichen Gesundheitsmanagements anzunähern, werden in folgenden Unterkapiteln die Begriffe wie Gesundheit und Gesundheitsprävention, respektive Gesundheitsförderung definiert.

Unter den verschiedenen Definitionen von Gesundheit hat das salutogenetische Modell von Antonovsky (1997) den aktuellen Diskussionsstand der Gesundheitsförderung am meisten beeinflusst und bildet die Grundlage des modernen Gesundheitsverständnisses. Die von Antonovsky im Zusammenhang mit Untersuchungen an Holocaust-Überlebenden gestellte Frage galt nicht mehr nach den krankmachenden Faktoren, sondern nach den Gesundheit erhaltenden oder fördernden Ressourcen und Faktoren. Das Kohärenzgefühl gilt als die wichtigste Ressource für Gesundheit und wird als das Kernstück der Salutogenese betrachtet. Es beschreibt eine allgemeine kognitive und affektiv-motivationale Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Leben, und setzt sich aus drei Komponenten zusammen, dem Gefühl der Verstehbarkeit, dem Gefühl der Handhabbarkeit resp. Bewältigbarkeit, sowie dem Gefühl der Sinnhaftigkeit. Die Stärke des Kohärenzgefühles beeinflusst die Fähigkeit von Menschen, vorhandene Ressourcen zum Erhalt der Gesundheit und des Wohlbefindens zu nutzen. Menschen mit stark ausgeprägtem Kohärenzgefühl reagieren flexibel auf Anforderungen und können der Situation angemessene Ressourcen aktivieren.

#### **2.1.1 Determinanten von Gesundheit**

Die Determinanten der Gesundheit sind vielfältig und stehen miteinander in Wechselwirkung. Naidoo und Wills (2003, S.27) zeigen folgende Bereiche auf, für die ein wesentlicher Einfluss auf Gesundheit nachgewiesen werden kann:

- genetische und biologische Faktoren
- gesunde kindliche Entwicklung und Ausbildung
- soziale Unterstützung und soziale Netzwerke
- Arbeit und Arbeitsbedingungen
- Einkommen und sozialer Status



- physische Umwelt, Gesundheitsdienste
- Gesundheitsverhalten und Lebensstil
- Lebens- und Bewältigungskompetenzen.

### 2.1.2 Ressourcen für die Gesundheit

Gesundheitsförderung befasst sich mit Fragen nach den Gesundheitserhaltenden Lebensbedingungen, nach sozialen und persönlichen Ressourcen und gesundheitsförderlichen Lebensstilen. Ressourcen helfen bei der Bewältigung von Lebenssituationen: Ähnliche Lebenssituationen werden von Menschen mit vielen Ressourcen in der Regel besser bewältigt, als von Menschen mit wenig Ressourcen. Beispiele für innere Ressourcen sind ein stabiles und widerstandsfähiges Immunsystem oder ein positives Selbstwertgefühl. Beispiele für äussere Ressourcen sind das Vorhandensein sozialer Netzwerke oder die Sicherung der Arbeits- und Lebensbedingungen, aber auch eine gesundheitliche Grundversorgung (Naidoo & Wills, 2003, S. 29).

Die Konzepte Ressourcen für die Gesundheit und Determinanten der Gesundheit überschneiden sich. Auch bestehen zwischen den internen Ressourcen und dem Kohärenzgefühl enge Verbindungen.

### 2.1.3 Gesundheitsprävention

Der Begriff Prävention wird oft sinnverwandt benutzt für Vorbeugung, Verhütung oder Gesundheitsschutz. Üblicherweise wird Prävention unterschieden in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention (Naidoo & Wills, 2003, S. 78).

Die **Primärprävention** soll bereits dann wirksam werden, wenn noch keine Krankheit bzw. kein Unfall aufgetreten ist. Sie umfasst die Beseitigung eines oder mehrerer ursächlicher Faktoren von Krankheit oder Unfällen, die Erhöhung der körperlichen Widerstandskraft von Menschen und auch die Veränderung von Umweltfaktoren. Beispiel: Schutzbrille tragen bei Schweissarbeiten.

Die **Sekundärprävention** umfasst alle Massnahmen zur frühzeitigen Entdeckung und Behandlung symptomloser Krankheitsstadien. Beispiel: Regelmässige Mitarbeitergespräche zur frühen Erfassung psychosozialer Belastungen.

Die **Tertiärprävention** meint die Prävention von Folgestörungen bestehender Krankheiten und die Rückfallprophylaxe. Beispiel: Wiedereingliederung eines älteren Maurers mit einer Rückenerkrankung in eine vorwiegend sitzende Tätigkeit.

#### **2.1.4 Gesundheitsförderung**

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa eine Charta verabschiedet, die heute weltweit als das zentrale Dokument der Gesundheitsförderung gilt (siehe Anhang).

Wie bereits dargestellt, beeinflussen sich menschliches Verhalten und Lebensverhältnisse gegenseitig. Die Gesundheitsförderung will deshalb gesellschaftliche Verhältnisse schaffen, welche Individuen und Gruppen befähigen, die eigene Lebensart so zu gestalten, dass sie der Gesundheit und dem Wohlbefinden förderlich ist und zu erhöhter Lebensqualität führt (Bamberg et al. 1998, S. 18 ff). Gesundheitsförderung richtet sich demzufolge an das Individuum einerseits, als auch an die gesellschaftlichen Strukturen und Lebens- und Umweltbedingungen andererseits. Das heisst, sie setzt bei den Verhältnissen und dem Verhalten an. Dieser Unterschied wird im Kapitel über die gesundheitsförderlichen Massnahmen im Betrieb genauer erläutert.

## **2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung**

### **2.2.1 Definition von betrieblicher Gesundheitsförderung**

1997 haben alle EU Staaten, inklusive der Schweiz, die „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Europa“ angenommen und sich zum europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung zusammengeschlossen. Die Schweiz wird vom SECO vertreten. Eine Abschrift der Luxemburger Deklaration befindet sich im Anhang.

Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelpersonen wie auch Gruppen ihre Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen können, sowie imstande sind ihre Umwelt mitzugestalten. Betriebliche Gesundheitsförderung soll nach Bamberg et al. (1998, S. 18) „auf struktureller Ebene mit dem Gestalten gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebenswelten, auf der Ebene des Individuums mit dem Entwickeln persönlicher Kompetenzen und auf der Ebene des zwischenmenschlichen

Umgangs aktiv werden und bei allen wichtigen Entscheidungen in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden.“

Das moderne Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung grenzt sich vom traditionellen Arbeitsschutz ab, und beinhaltet mehr als nur Massnahmen zur Verhütung von Krankheiten und Unfällen, sondern explizit die Förderung der Gesundheit, was die körperliche und auch die psychische und soziale Gesundheit einschliesst (Ducki 1992; zit. nach Greiner, 1998, S. 54). Nach Demmer (1993; zit. nach Greiner, 1998, S.54) nimmt das Individuum bei der Gesundheitsförderung eine aktive Rolle ein und gewinnt durch das aktive Mitgestalten ein höheres Mass an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit.

Die betriebliche Gesundheitsförderung kennzeichnet sich nach Bamberg et al. (1998, S. 19) durch folgende Merkmale aus:

- Sie befasst sich mit den somatischen als auch mit den psychosozialen Aspekten der Gesundheit.
- Sie qualifiziert, indem sie die Kompetenzen der Beschäftigten erweitert.
- Sie ist partizipativ und bezieht alle Gruppen eines Betriebs ein.
- Sie identifiziert positive Merkmale der Arbeit, welche das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten steigern und gestaltet die Aufgaben entsprechend.
- Sie beinhaltet verhaltensändernde, als auch verhältnisbezogene Elemente.
- Sie ist langfristig angelegt.
- Sie beinhaltet die direkte und indirekte Mitbestimmung im gesamten Prozess der Gesundheitsförderung.

Betrieblicher Gesundheitsförderung liegt somit eine ganzheitliche Auffassung zugrunde und kann in der Praxis recht unterschiedlich verstanden werden.

### **2.2.2 Gesetzliche Ausgangslage in der Schweiz**

In der Schweiz sind seit der Einführung der EKAS Richtlinien<sup>3</sup> im Jahr 2000 alle Betriebe mit mehr als fünf Angestellten verpflichtet, Unfall- und Krankheitsschutz am Arbeitsort wahrzunehmen. Die betriebliche Gesundheitsförderung ist in der Schweiz jedoch nicht gesetzlich verankert und basiert auf Freiwilligkeit. Der Gesundheitsschutz wird in der Schweiz grundsätzlich vom Unfallversicherungsgesetz (UVG) und vom Arbeitsgesetz (ArG) gesetzlich vorgeschrieben. Die Betriebe sind verpflichtet, die Gesundheitsrisiken der Mitarbeitenden zu erfassen und geeignete Massnahmen zur Förderung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes zu treffen (VUV<sup>4</sup> Art. 11.a-g).

Das Arbeitsgesetz enthält Vorschriften über den allgemeinen Gesundheitsschutz und die Vorsorge. Es geht dabei um die Schaffung ergonomisch und hygienisch optimaler Arbeitsbedingungen, die Vermeidung gesundheitlich abträglicher Einflüsse, sowie die Vermeidung übermässiger oder einseitiger Arbeitsbedingungen. Der Arbeitgeber muss alle Massnahmen treffen, die nötig sind, um den Gesundheitsschutz zu wahren und zu verbessern und die physische und psychische Gesundheit der Arbeitnehmenden zu gewährleisten (ArGV 3, Art 2).

Diese Umsetzung wird von den Durchführungsorganen (SUVA<sup>5</sup> und eidgenössische oder kantonale Arbeitsinspektorate) überprüft. Kann bei einem Unfall dem Arbeitgeber mangelnde Sorgfaltspflicht in der Umsetzung der Sicherheitsmassnahmen nachgewiesen werden, so kann dies ein Regress der Versicherungen und ein strafrechtliches Verfahren nach sich ziehen.

### **2.2.3 Massnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Massnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung können in verhältnisbezogene und verhaltensbezogene Interventionen unterteilt werden. Das heisst, es werden auf der einen Seite die Belastungen am Arbeitsplatz so kontrolliert, dass arbeitsassoziierte Probleme vermieden werden (Verhältnisprävention) und aber auch die Mitarbeiter so gefördert, dass das persönliche Verhalten des Einzelnen zu einer gesunden Lebensfüh-

---

<sup>3</sup> Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit

<sup>4</sup> Verordnung über die Verhütung von Unfällen und Berufskrankheiten

<sup>5</sup> Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

rung tendiert und dadurch Erkrankungen vermieden werden können (Verhaltensprävention). Bamberg et al. (1998, S.18) weisen darauf hin, dass „grundsätzlich jede betriebliche Intervention Auswirkungen auf die Gesundheit der Mitarbeitenden hat.“

#### Verhältnisbezogene Massnahmen

Der Arbeitsplatz beeinflusst Gesundheit und Krankheit auf verschiedene Art und Weise. Arbeitstätigkeit kann, wenn sie gewisse Kriterien erfüllt, im Idealfall die persönliche und berufliche Entwicklung fördern. Dann wird von humaner oder gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung gesprochen. Darunter verstehen Bamberg und Metz (1998, S.186ff) unter Berufung auf verschiedene Studien (z.B. Hacker, 1996; Hackman & Oldham, 1976) nachstehende Merkmale von Tätigkeitsinhalten:

- Aufgabenvielfalt (Einsatz vielfältiger Fähigkeiten und Fertigkeiten)
- Vollständige Tätigkeiten (Voraussetzung für intrinsische Arbeitsmotivation)
- Arbeitsbedingte Kommunikation und Kooperation
- Informelle Kommunikationsmöglichkeiten am Arbeitsplatz (Anerkennung, Leistungsbewertung)
- Soziale Unterstützung (wesentlich für Stressbewältigung)
- Entscheidungs-, Gestaltungs- und Handlungsspielräume
- Transparenz und Vorhersehbarkeit.

Sind diese Charakteristiken in einer Tätigkeit erfüllt, kann die Arbeit eine hohe Motivation und Aufgabenorientierung bei der ausführenden Person auslösen, welche als sinnstiftend und anregend erlebt wird.

Ein wesentlicher Teil der verhältnisorientierten Interventionen richten sich an die Erfüllung obiger Kriterien. Weitere verhältnisbezogene Massnahmen beziehen sich auf Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung. Darunter fallen Licht- und Raumgestaltung des Arbeitsplatzes, sowie Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit, gleitenden Arbeitszeiten und z.B. Jahresarbeitszeit.

Die Realisierung dieser gesundheitsförderlichen Ressourcen sei nach Bamberg et al. (1998) nur möglich, wenn die Organisation durch flache Hierarchien, transparente Kommunikationskultur, kurzen Entscheidungswegen und dezentralen Entscheidungsbefugnissen die strukturellen Grundlagen zur Verfügung stellen würde. Mitarbeiterori-

enterte und partizipative Führungsstile würden sich dabei gesundheitsfördernd auf Betriebskultur und Mitarbeiter auswirken.

#### Verhaltensbezogene Massnahmen

Unter den verhaltens- oder auch personenbezogenen Massnahmen werden alle Interventionen verstanden, welche auf die Stärkung des individuellen Gesundheitsverhalten und der Lebensbewältigung zielen. Das können Kurse zur gesunden Lebensführung sein, wie beispielsweise Rückenschule, gesunde Ernährung oder Raucher-Entwöhnungskurse, aber auch Konfliktmanagement oder Stressbewältigungsworkshops. Bamberg und Ducki weisen auch daraufhin, dass jede Massnahme der Personalentwicklung als gesundheitsbezogene Intervention in Frage kommt.

Mit den personenbezogenen Interventionen werden unterschiedliche Ziele verfolgt: Aufklärung und Schaffung eines Problembewusstseins, Motivation und Begleitung zur Verhaltensänderung, Vermittlung von Methoden und Unterstützung bei der Aufrechterhaltung. Methodisch kommen beispielsweise Aufklärung und Instruktion, Training und Beratung zum Zuge.

#### **Unterscheidung nach korrektiven, präventiven und prospektiven Massnahmen**

In der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Unterscheidung nach verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen nicht immer sinnvoll und eindeutig (Ducki, 1998, S.136 ff). Verhältnisänderungen im Betrieb intendieren meistens auch eine Verhaltensänderung der Mitarbeitenden. Eine Differenzierung zwischen bedingungs-bezogenen und personenbezogenen Massnahmen bezieht sich auf Analyseverfahren, das Ziel der Intervention oder auf die Interventionsmethode.

Während in der Prävention, durch die Verwendung des Präventionsbegriffs der Fokus auf krankheits- und risikomindernde Interventionen gelegt ist, kann die Gesundheitsförderung mit dem Anspruch Gesundheitsressourcen zur Verfügung zu stellen, nicht entsprechend eingeordnet werden. Ducki (1998) erscheint für die betriebliche Gesundheitsförderung eine Systematisierung geeigneter, wie sie in der Arbeitspsychologie zum Beispiel von Ulich (1994) in Bezug auf Massnahmen der Arbeitsgestaltung vorgenommen wird. Dabei werden korrektive, präventive und prospektive Massnahmen unterschieden.

Korrektive Interventionen korrigieren erkannte Mängel. Präventive Interventionen nehmen gesundheitliche Schädigungen und psychosoziale Beeinträchtigungen in der

Phase der Planung von Arbeitssystemen vorweg und versuchen diese gar nicht entstehen zu lassen. Prospektive Interventionen schaffen, über die Vermeidung von gesundheitlichen Gefährdungen hinausgehend, Möglichkeiten der Persönlichkeitsentwicklung. Beispielsweise durch die Schaffung von erweiterten Tätigkeitsspielräumen, die durch die Beschäftigten in unterschiedlicher Weise genutzt werden können (Ulich, 1994, S.146). Prospektive Strategien schliessen damit präventive und korrektive Interventionen ein.

Nachstehende Tabelle soll diese Unterteilung anhand konkreter Beispiele noch verdeutlichen.

Tabelle 1 : verhaltens- und verhältnisorientierte Beispiele von korrektiven, präventiven und prospektiven Massnahmen

	personen-/verhaltensorientiert	bedingungs-/verhältnisorientiert
korrektiv	Rückenschule für bereits geschädigte Mitarbeitende	nachträgliche Anschaffung ergonomischer Hilfsmittel
präventiv	Regelmässiges Sport- und Gymnastikprogramm für alle Mitarbeitenden Gesunde Kantinenverpflegung	Bereitstellen von Ruheräumen bei der Gestaltung des Bürokomplexes Bei der Installierung eines Arbeitssystems Planung von täglichen Tätigkeitswechseln zur Vermeidung langer Phasen monotoner Arbeitstätigkeiten
prospektiv	Berufliche Qualifizierungs- oder Weiterbildungsangebote für einzelne Mitarbeiter	Schaffung von Arbeitsaufgaben mit hohen Entscheidungsspielräumen und variablen Aufgabenbestandteilen

(vgl. Ducki, 1998, S. 139)

#### **2.2.4 Vorgehen bei der Einführung von BGF**

Das in der Praxis meist bewährte Vorgehen bei der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsmassnahmen, ist ein möglichst partizipatives Vorgehen unter Einbezug aller Hierarchiestufen und strukturiert sich in vier Phasen:

1. Konstituierung und Zielfindung
2. Planung und Analyse
3. Durchführung
4. Auswertung/Evaluation (Ducki, 1998, S. 140ff).

Der Bedarf an BGF kann mittels Mitarbeiterbefragungen, Fluktuationsstatistiken, Fehlzeitenanalysen des Personaldienstes und der Kranken- und Unfallversicherer sowie einer Arbeitsplatzanalyse aus medizinischer und arbeitspsychologischer Sicht erhoben werden. Idealtypischerweise wird danach in einer interdisziplinären Arbeitsgruppe – z.B. Gesundheitszirkeln - ein Belastungs- und Massnahmenkatalog erarbeitet, welcher dann der Geschäftsleitung zur Umsetzung weitergegeben wird. Die Wirkung der umgesetzten Massnahmen kann wieder mit den eingangs erwähnten Statistiken und Mitarbeiterbefragungen evaluiert werden. Solche Prozesse können Monate aber auch mehrere Jahre dauern und haben grossen Einfluss auf die Kultur der Organisation. Deshalb wird BGF auch als besondere Form der Organisationsentwicklung genannt (Wester-mayer, 1998, S. 123).

#### **2.2.5 Das Setting Arbeit als Interventionsfeld von BGF**

Wie bereits in vorangegangenen Kapiteln erläutert, gilt die Arbeitswelt als einer der wesentlichsten Lebensbereiche des erwachsenen Menschen und in zahlreichen arbeitspsychologischen Untersuchungen konnte die Bedeutung der Arbeit für die Gesundheit auch nachgewiesen werden (z.B. Semmer et al. 1991; zit nach Bamberg et al. 1998, S.19). Andererseits gibt es aus Sicht der Gesundheitsprävention auch andere Gründe, die das betriebliche Umfeld für Gesundheitsförderungsmassnahmen besonders attraktiv machen. Naidoo und Wills (2003, S. 263) führen an, dass über den Betrieb bei geringem Aufwand eine große Zahl von gesunden Personen erreicht werden kann, also einer Zielgruppe, welche sonst nur schwer zu erreichen ist. Auch ermöglichen Betriebe einen leichten Zugang zu Personen, zum einen wegen der gegebenen geographischen Konzentration, zum anderen, weil vorhandene Kommunikationskanäle genutzt werden



können. Das betriebliche Umfeld bietet zudem eine Reihe von einzigartigen Möglichkeiten die Effektivität von Programmen zu erhöhen, z.B. durch soziale Unterstützung der Kolleginnen und Kollegen, durch positive Verstärkung der Verhaltensänderungen und durch die Schaffung von förderlichen Umweltbedingungen (z.B. rauchfreie Zonen, bessere Kantinenverpflegung etc.). So wird beispielsweise „fehlende Zeit“ häufig als Grund dafür genannt, keinen Sport zu treiben. Wegen der leichten Erreichbarkeit ist die Zeit, die benötigt wird, um am Arbeitsplatz an Sportkursen teilzunehmen, geringer als in vielen anderen Zusammenhängen – so wird ein potentieller Hinderungsgrund beseitigt. Es gilt jedoch einzuräumen, dass Gesundheitsförderungsprogramme auch im Betrieb häufig eine vorwiegend bereits gesundheitsbewusste Minderheit anspricht und weniger die eigentliche Risikogruppe.

Ein zusätzlicher methodischer Vorteil des betrieblichen Settings liegt darin, dass wegen der über die Beschäftigten vorliegenden Daten (z.B. Krankheitstage) die Möglichkeit langfristiger Follow-ups von Maßnahmen wesentlich besser ist, als bei Programmen, die von Kommunen durchgeführt werden, und somit eine aussagekräftigere Evaluation der Maßnahmen stattfinden kann. Für den Verhaltensbereich Rauchen ist die Wirksamkeit in kontrollierten Studien recht überzeugend belegt, hier erweisen sich betriebliche Programme als effektiver als solche, die durch Kommunen durchgeführt werden (Kreis & Bödeker, 2003, S. 32ff).

Vieles spricht also aus präventivmedizinischer Sicht für den Einbezug des Settings Arbeit für gesundheitsförderliche Aktionen. Das nächste Kapitel widmet sich der Frage, welches die Vorteile für die Unternehmen sind, die BGF systematisch und nachhaltig umsetzen.

### **2.2.6 Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung für das Unternehmen**

Betriebliche Gesundheitsförderung kann aus folgenden Gründen für alle Beteiligten als lohnenswert betrachtet werden: Die Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber können weniger Fehlzeiten und dadurch eine Produktivitätssteigerung verzeichnen. Für die Arbeitnehmenden bedeutet weiter ein verbesserter Gesundheitszustand, sowie eine grössere Arbeitszufriedenheit eine Steigerung der allgemeinen Lebensqualität, und die Versicherungen profitieren von einer Reduktion der zu bezahlenden Versicherungsleistung.

In verschiedenen Studien (z.B. AOK, 2005; BKK Gesundheitsreport, 2004) wurde der finanzielle und der nicht monetäre Nutzen von Gesundheits- und Unfallpräventions-

massnahmen im Betrieb bewiesen. Speziell deutlich konnte dies in der Reduktion von Betriebsunfällen oder der Muskel- und Skeletterkrankungen aufgezeigt werden.

An immateriellem Gewinn werden hohe Identifikation mit dem Arbeitgeber und höhere Mitarbeiterzufriedenheit angeführt, die schlussendlich durch gestiegene Produktivität des Einzelnen und geringere Fluktuation auch monetär zu Buche schlagen sollen. Indirekt wirken sich diese Veränderungen auch positiv auf die Kundenzufriedenheit, das Image und die Attraktivität als Arbeitgeber aus.

Die genaue Belegung des „return on investment“ von BGF Massnahmen im Betrieb gestaltet sich wegen der Vielfalt an Einflussfaktoren (z.B. Veränderung der wirtschaftlichen Situation, Alterstrukturverschiebungen) nicht einfach (Lenhardt, 2005, S. 209ff). Zur Abschätzung des Erfolgs wird der Verlauf verschiedener Kenngrössen verfolgt:

- Gesundheitsindikatoren wie Absenzen, Unfallhäufigkeit, Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten, Ausprägung relevanter Risikofaktoren und Verbesserungsvorschläge
- Zufriedenheit der Beschäftigten mit ihren Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation und dem Führungsstil, den Mitwirkungsmöglichkeiten, den Arbeitsschutzvorkehrungen
- wirtschaftlich relevante Faktoren wie Personalfuktuation, Produktivität, Qualität, Kosten-Nutzen-Bilanzen.
- Kundenzufriedenheit bezüglich Produkten und Dienstleistungen.

Untersuchungen haben gezeigt, dass „jeder in die Gesundheitsförderung investierte Dollar mit einem Gewinn von 1,42 Dollar durch Reduzierung des Krankenstandes belohnt wird“ (Hendrix, Summers, Leap und Steel, 1995; zit nach Bamberg, 1998, S. 25). BGF ist eng verknüpft mit dem Konzept der nachhaltigen Entwicklung, gemäss welchem sich die Unternehmen der wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen Auswirkungen ihres Handelns bewusst sein müssen.

Nachdem bisher das Thema BGF auf inhaltlicher Ebene abgehandelt wurde, soll der Fokus nun zunehmend auf die Rolle und Sichtweise der Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger in den Unternehmen gerichtet sein. Dies sind in den meisten Fällen Geschäftsleitung und Personalmanagement.

### **2.2.7 Motivation für die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Primärer Zweck von Unternehmen und Betrieben ist die Produktion von Gütern oder Dienstleistungen, sei es mit privatwirtschaftlichem oder gesellschaftlichem Gewinn. Darauf ist ihre Organisation als soziales und technisches System ausgerichtet. Ihre Arbeitsweise im Einzelnen hängt allerdings von vielen Faktoren ab. Zu den wichtigsten Rahmenbedingungen unternehmerischen Handelns gehören die wirtschaftliche Lage, der Stand des Wissens und der Technik sowie nationale Rechtsnormen im Vergleich zu internationalen Wettbewerbern. Demmer (1995, S.15ff) weist daraufhin, dass für Arbeitgeber und Führungskräfte im Unternehmen Gesundheit und Gesundheitsförderung oft keine Priorität haben.

Bei genauerer Betrachtung liessen sich die betriebswirtschaftlichen Unternehmensziele jedoch in mehrfacher Hinsicht gut mit den Zielen der Gesundheitsförderung verbinden: So bedingt das Interesse an produktiven Arbeitsstunden, an einem möglichst niedrigen Krankenstand, an hoher Produktivität und Qualität, an kontinuierlicher Beschäftigung qualifizierter Arbeitskräfte und an einem positiven Image auf Absatz- und Personalbeschaffungsmärkten letztlich auch ein Interesse an gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung. (Demmer, 1995, S.16)

Demmer (1995) vertritt die Meinung, dass „für Arbeitgeber jede Beschränkung des eigenen Direktionsrechtes eine Beschneidung unternehmerischer Entscheidungsfreiheit ist und sie daher eine Abneigung gegen staatlich verordnete Maßnahmen der Gesundheitsförderung haben.“ Auch Westermayer und Beck (2003, S. 1) sind der Überzeugung, „dass keine gesetzlichen Vorschriften und Beschränkungen in der Lage sein werden nachhaltiges Gesundheitsmanagement zu etablieren, sondern erst wenn BGF als Treibstoff für geschäftlichen Erfolg und als Bedingung für Höchstleistung geschätzt wird, zu einem selbstverständlichen Teil der Unternehmenskultur wird.“ Nach Bamberg et al. (1998, S. 24) ist ein hoher Krankenstand häufig die initiale Motivierung für Massnahmen zur betriebliche Gesundheitsförderung, denn die Kosten für Krankheits- und Unfallbedingte Ausfälle sind beträchtlich. Studien (z.B. Bauer et al., 2002) zeigen, dass die Motivation zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Aktivitäten sowohl im betriebswirtschaftlichen Bereich zu finden ist, aber auch das Anliegen gesellschaftliche und soziale Verantwortung zu übernehmen ausgeprägt vorhanden ist. Im Kapitel 2.3.4 wird noch weiter auf die Vor- und Nachteile aus Unternehmenssicht eingegangen.

Zuerst soll aber im nächsten Kapitel ein kurzer Überblick über bisherige Studien zu Umsetzungsstand und den Einstellungen zu BGF im deutschsprachigen Raum geboten werden.

### **2.2.8 Vorstellen vergleichbarer Studien auf dem Gebiet der BGF**

In diesem Kapitel sollen nun die Ergebnisse verschiedener Studien zum Thema zusammengefasst werden. Der Fokus wird dabei – mit einer Ausnahme - auf Studien, der letzten fünf Jahre im deutschsprachigen Raum gerichtet sein. Einerseits weil es sich bei der Verbreitung von BGF um ein sehr dynamisches Gebiet handelt, andererseits weil erst in jüngerer Zeit der speziellen Situation der Klein- und Mittelunternehmen (KMU) Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Auch in der Schweiz haben über 90% der Unternehmen weniger als 100 Angestellte (Bundesamt für Statistik, 2001).

Am nächsten an das Thema dieser Arbeit kommen zwei Studien aus Österreich, sowie eine Studie von Bauer, Schmid, Krueger und Zellweger (2002) aus der Schweiz. Auch die Studie von Elsler (2003) liefert interessante Erkenntnisse zum Thema.

1998 stellte Naef in einer qualitativen Erhebung bei sieben BGF erprobten Grossbetrieben und in vier Experteninterviews in der Schweiz, ein uneinheitliches Verständnis von BGF fest. Der Begriff Gesundheitsförderung wurde wenig gebraucht und war auch nicht positiv assoziiert. Das Schwergewicht lag immer noch auf Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, und unter den BGF- Massnahmen wurden vorwiegend verhaltensorientierte Massnahmen umgesetzt. Die Expertinnen und Experten erklärten diese Tatsache mit der Überzeugung von Führungskräften, dass Gesundheit Privatsache wäre und andererseits, dass verhältnisorientierte Massnahmen selbstkritischer und risikoreicher für das Unternehmen seien und auch meistens mit grösseren Kosten und Veränderungen auf Unternehmensebene einhergehen würden. Das Angebot an BGF-Informationen und Anbietern beschrieben die Unternehmen als wenig übersichtlich und praxisorientiert, und sie wünschten sich mehr unterstützende Rahmenbedingungen und insgesamt einen Wertewandel zu einem grösseren gesellschaftlichen Gesundheitsbewusstsein. Zur besseren Verbreitung von BGF wurde empfohlen, den betriebswirtschaftlichen Nutzen besser zu erforschen und zu belegen. Positive Praxisbeispiele sollten bekannter gemacht werden und eine stärkere Vernetzung realisiert werden. Da BGF von kleinen und mittleren Unternehmen noch kaum ange-

wendet wurde, empfahl Naef BGF auf deren Bedürfnisse anzupassen und diese Zielgruppe aktiv anzusprechen.

2001 befragten Bauer, Schmid, Krueger und Zellweger 941 Dienstleistungsunternehmen in der Schweiz in einer postalischen Befragung zum Entwicklungsstand von BGF. Der Fragebogen war an die Personalverantwortlichen gerichtet. Die Stichprobe setzte sich aus einer repräsentativ geschichteten Vorauswahl, danach nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Gruppe von Betrieben (N=634 von 1874 verschickten Fragebogen) und aus einer zweiten Gruppe von 307 ISO-zertifizierten Betrieben zusammen (754 verschickte Fragebogen). Als wichtigste Gründe für die Einführung von BGF wurden gesetzliche Auflagen und Senkung der Absenkkosten genannt. Ein grosses Interesse an zufriedener Personal und gesellschaftliche Verantwortung korrelieren signifikant mit einem breiteren Umsetzungsstand von BGF. Unternehmen, respektive Personalverantwortliche mit der Überzeugung, dass Gesundheit Privatsache sei, wiesen einen deutlichen geringeren Umsetzungsgrad von BGF auf. Die Forschungsgruppe kam zum Schluss, dass sich ein breit ausgebautes, gesundheitsförderliches Personalmanagement und die Verankerung von BGF in ein bestehendes Qualitätsmanagement stärkend auf Gesundheitsförderung im Betrieb auswirken.

Die beiden quantitativen Studien von Hirtenlehner und Sebingner (2004, 2005) über die Situation in oberösterreichischen Unternehmen berücksichtigen die Tatsache, dass die Grösse des Unternehmens einen Einfluss auf die Realisierung von gesundheitsförderlichen Interventionen im Betrieb hat. Bei den Betrieben unter 100 Angestellten wurde eine disproportional geschichtete Auswahl getroffen und 12000 Unternehmen angeschrieben (N=1222). Bei den Unternehmen über 100 Angestellte wurden 749 Fragebogen versandt (N= 144).

Unter den kleinen und mittleren Unternehmen herrscht ein deutlich geringerer Wissensstand vor, auch wenn die grundsätzliche Einstellungs- und Erwartungshaltung zu BGF positiv ist. Die Wirkung von BGF wird hauptsächlich im unmittelbaren gesundheitlichen Bereich und in engem Zusammenhang mit der Reduktion der Absenktage gesehen.

Der Umsetzungsgrad von BGF ist bei den Grossunternehmen mit 82% deutlich höher, als bei Kleinunternehmen (34 %). Während bei den Grossunternehmen der eindeutige Schwerpunkt in der Verhaltensprävention liegt, geben im Vergleich die kleineren Betriebe die Verhältnisprävention als meist genannte Massnahmen an.

Kleinere Betriebe äussern als Hauptgrund, weshalb sie noch keine BGF Massnahmen durchgeführt haben, ein Informationsdefizit im Bezug auf Anlaufstellen und BGF-Anbietern an. Daraus wird für die Zukunft ein verbesserungswürdiger Ausbau des Informationsstandes zu Inhalten und Anlaufstellen unter den Unternehmen abgeleitet, welcher auch noch vermehrt eine Differenzierung des klassischen Arbeitsschutzes zur BGF anzustreben beabsichtigt. Die Studien stellten zudem fest, dass unter BGF vor allem verhaltensorientierte Interventionen verstanden und gefragt sind. Hirtenlehner und Sebinger weisen darauf hin, dass diese durchaus als Türöffner für weitere – eben auch verhältnisorientierte BGF-Handlungen – dienen können. Die Auffassung, dass sich die Betriebsgrösse auf Umsetzungsgrad von BGF auswirkt, bestätigt sich in den beiden vorgestellten Studien.

Elsler (2003) erforschte in Deutschland und Bulgarien den Verbreitungsstand von BGF und die Einstellungen von Führungskräften. Dazu wurde ein Fragebogen an die Probandinnen und Probanden (Bulgarien N= 30, Deutschland N= 82), welche aus dem industriellen Sektor stammten, verteilt und quantitativ ausgewertet. Zusätzlich fand eine mündliche Expertenbefragung (N= 12) in beiden Ländern statt.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass sich mit den bisherigen regulatorischen Ansätzen nicht der erwünschte Verbreitungsgrad von BGF erreichen liess. Auch sind die Unternehmen - vor allem in Bulgarien - wenig von dem wirtschaftlichen Nutzen durch die Einführung von präventiven und gesundheitsförderlichen Interventionen im Betrieb überzeugt. Ebenso glauben sie wenig an die grundsätzliche Veränderbarkeit von Krankheits- und Unfallabsenzen. Elsler (2003, S. 239) zeigt auf, dass „wenn die Unternehmenden von der Beeinflussbarkeit des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ihrem Betrieb überzeugt sind, und die Rahmenbedingungen dies zulassen, sich die Frage stellt, wieviel ihnen die Veränderungen wert sind. Erst unter der Bedingung, dass sich hier für das Unternehmen hinreichend positive Folgen ergeben, werden verstärkt Massnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz umgesetzt.“

Die Studie kommt zum Schluss, dass mittels finanzieller Anreize wie z.B. Steuerentlastung oder Prämienreduktionen bei Präventionsbemühungen und einer Bereitstellung relevanter Informationen und Anlaufstellen, die nachhaltige Verbreitung angeregt werden sollte. Da die Unterschiede in den beiden Ländern sehr unterschiedlich sind, wird eine landesspezifische Vorgehensweise empfohlen.

Die vorgestellten Studien zeigen auf, dass die Einstellung der Führungskräfte einen Einfluss auf den Umsetzungsstand der befragten Betriebe ausübt. Des Weiteren ist

ersichtlich, dass BGF zunehmend an Bekanntheitsgrad gewonnen hat, aber immer noch uneinheitlich verstanden wird. Auch wurde erkannt, dass der BGF- Umsetzungsgrad von der Unternehmensgrösse beeinflusst wird und dort am höchsten ist, wo BGF in bestehende Qualitätsmanagementsstrukturen integriert werden kann. Für die BGF Akteurinnen und Akteure werden ein Ausbau des Informationsnetzes, des Argumentariums für BGF, sowie der Schaffung von Anreizsystemen und Unterstützungsmassnahmen für KMU vorgeschlagen.

Die nun folgenden Kapitel des Theorieteils widmen sich der Frage wie Entscheidungen zu Veränderungen entstehen und stellen dazu ein in der Gesundheitsförderung zunehmend an Akzeptanz gewinnendes Konzept vor.

### **2.3 Das transtheoretische Modell**

Das menschliche Verhalten, im Zusammenhang mit der Veränderung von gesundheitsgefährdendem Verhalten, ist in den letzten Jahrzehnten zunehmend in den Mittelpunkt von wissenschaftlicher Forschung und Anwendung gerückt. Das transtheoretische Modell (TTM) von Prochaska und DiClemente ist ein Modell intentionaler Verhaltensänderung, welches aus verschiedenen psychologischen Schulen hervorgegangen ist. Es gilt als das am meisten umgesetzte Stufenmodell in der Gesundheitspsychologie (Weinstein, Rothman & Sutton, 1998; zit nach Keller, Velicer & Prochaska, 1999, S. 38).

Im Mittelpunkt des Konstruktes stehen die jeweiligen Entscheidungsprozesse des Individuums. Dabei wurde entdeckt, dass die Umsetzung von gezielt herbeigeführten Verhaltensänderungen verschiedene, zeitlich individuelle Stufen oder Strategien („stages of change“) durchlaufen (Keller et al., 1999, S. 17ff). Im Weiteren geht das TTM davon aus, dass ohne gezielte Interventionen auf den frühen Veränderungsstufen verharrt wird, das heisst, dass es keine inhärente Veränderungsmotivation gibt. Die Annahme, dass stufenspezifische Massnahmen und Strategien zur Veränderung des Risikoverhaltens besser greifen, als unspezifische Interventionen, hat sich mehrfach bestätigt (z. B. Prochaska et al., 1993; zit. nach Keller et al., 1998, S. 33).

### **2.3.1 Stufen der Verhaltensänderung**

Das TTM geht davon aus, dass sich dieser Prozess in fünf bzw. sechs aufeinander aufbauende Stufen unterteilen lässt. Für eine erfolgreiche Veränderung ist das Durchlaufen aller Stufen und das Umsetzen, der in diesen Stufen relevanten Verhaltensprozesse, essentiell.

Nachstehend eine Auflistung der einzelnen Stufen (Keller et al., 1998, S. 20 ff):

#### **Absichtslosigkeit ("precontemplation")**

Es besteht keine Intention das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern. Der Grund kann ein Mangel an relevanten Informationen und /oder ein Mangel an Problembewusstsein bezüglich der ungünstigen Konsequenzen sein. In dieser Stufe können sich auch Personen befinden, die nach mehrmaligen erfolglosen Veränderungsversuchen resigniert haben. Es besteht die Tendenz Informationen bezüglich des Risikoverhaltens auszublenden und eine Auseinandersetzung mit dieser Problematik zu vermeiden. Diese Stufe kann als die stabilste bezeichnet werden und ohne aktive Intervention wird die Wahrscheinlichkeit als gering eingeschätzt, dass in eine nächsthöhere Stufe weiter geschritten wird.

#### **Absichtsbildung ("contemplation")**

In dieser Stufe geschieht eine aktive Auseinandersetzung mit dem Problemverhalten was zu einer Bewusstseinsbildung führt. Es wird erwägt, das problematische Verhalten in den nächsten sechs Monaten zu verändern, jedoch werden noch keine Massnahmen zur Verhaltensänderung beschlossen. Die Person wägt immer noch die Vor- und Nachteile ab. Diese Stufe zeichnet sich ebenfalls mit einer hohen Stabilität aus.

#### **Vorbereitung ("preparation")**

Personen in dieser Stufe haben sich für ein Ziel entschieden und sind hoch motiviert mit den ersten Veränderungsschritten zu beginnen. Es bestehen konkrete Handlungspläne und Informationen und Unterstützung wurden bereits gesammelt. Diese Stufe ist eine „Durchgangsstufe“, das heisst relativ schnell wird zu einer höheren Stufe weitergeschritten.



**Handlung** ("action")

Das Zielverhalten wird seit weniger als sechs Monaten gezeigt. In dieser Phase wurden bereits aktive Massnahmen unternommen problematisches Verhalten zu verändern und die Umwelt nimmt die Veränderungen wahr und reagiert darauf. Diese Stufe wird als die aktivste Phase im Prozess der Verhaltensänderung beschrieben und birgt das grösste Risiko für Rückfälle in frühere Phasen.

**Aufrechterhaltung** ("maintenance")

Das Zielverhalten wird seit mehr als sechs Monaten beibehalten und durch aktive Strategien konsolidiert. Der Zeitraum von sechs Monaten ist aufgrund von Erfahrungen mit Raucherentwöhnungen gewählt worden, ist jedoch in anderen Bereichen wie z.B. Ernährungsumstellung umstritten (Keller et al., 1998, S. 22)

**Stabilisierung** ("termination")

Diese Stufe der Stabilisierung kennzeichnet sich durch höchste Zuversicht aus, das Zielverhalten beibehalten zu können und andererseits einer Versuchung für einen Rückfall widerstehen zu können.

### 2.3.2 Strategien der Verhaltensänderung

Neben dem Kernkonstrukt der Stufen der Verhaltensänderung, sind die Strategien der Verhaltensänderung die zweite Hauptthese des TTM.

Dabei wird dargestellt durch welche Strategien von einer Stufe in die nächste vorangeschritten werden kann. Es lassen sich zwei Gruppen unterteilen: nämlich kognitive Strategien und verhaltensorientierte Strategien. Nachstehende Darstellung soll die wesentlichen Veränderungsstrategien veranschaulichen.

Tabelle 2 : Darstellung der Stufen der Verhaltensänderung und Veränderungsstrategien

Absichtslosigkeit	Vorbereitung	Aufrechterhaltung
Absichtsbildung	Handlung	
Steigern des Problembewusstseins Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen	Emotionales Erleben Selbstneubewertung Neubewertung der persönlichen Umwelt	Selbstverpflichtung Nutzen hilfreicher Beziehungen (Selbst-) Verstärkung Gegenkonditionierung Kontrolle der Umwelt

(vgl. Keller et al., 1999, S. 27)

### 2.3.3 Abhängige oder Ergebnis-Variablen

Neben den Stufen der Verhaltensänderung und den Veränderungsstrategien werden noch weitere Variablen unterschieden. Dazu gehören die Entscheidungsbalance, die Selbstwirksamkeitserwartung und die situative Versuchung (Keller et al., 1999, S. 29). Die Entscheidungsbalance beinhaltet ein Abwägen der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung, respektive einer Kosten- Nutzen Abwägung. In der Stufe der Absichtsbildung findet dieses individuelle gewichten der Vor- und Nachteile einer Verhaltensänderung am ausgeprägtesten statt. Während in der Stufe der Absichtslosigkeit die Nachteile noch überwiegen nehmen sie zu Gunsten des Gewinns einer Verhaltensänderung im Laufe der Stufen ab.

Die Selbstwirksamkeitserwartung beschreibt das Ausmass der Zuversicht ein definiertes Zielverhalten auch unter widrigen Bedingungen zu zeigen; dies wird als wichtiger Mediator zwischen Wissen und Handeln verstanden.

Das Konstrukt der situativen Versuchung nimmt kontinuierlich ab, je fortgeschrittener das Individuum in den Stufen der Verhaltensänderungen ist.

In jüngster Zeit wird zunehmend versucht das TTM auf Veränderungen im organisationalen Bereich zu übertragen (z.B. Prochaska et al., 2001). Das nächste Kapitel wird ebenfalls eine Verknüpfung des Modells mit der Entscheidung für BGF anstreben.

### **2.3.4 Kosten und Nutzen Abwägung im Bezug auf die Einführung von BGF**

In diesem Abschnitt sollen aus Unternehmenssicht die Argumente im Entscheidungsprozess für oder gegen („pro“ und „cons“) die Einführung von BGF untersucht werden. Bauer et al. (2002) versuchten die Veränderungsstufen des TTM in einem Fragebogen an die Führungskräfte zu operationalisieren. Die fünf Stufen der Verhaltensänderung, welche Prochaska und DiClemente in einer zeitlichen Dimension definieren, werden von Bauer et al. auf die Intensität von BGF-Massnahmen und Einstellungen übertragen. Das TTM wurde vor allem in zwei Fragedimensionen angewendet: Einerseits dem BGF Umsetzungsprozess und andererseits bei der Erfassung der Motive und der angestrebten Ziele.

Elsler (2003, S.185) erläutert dieses Abwägen der Vor- und Nachteile in der Phase der Absichtsbildung mit dem Motivationsmodell von Heckhausen (1989). Die Führungskräfte haben die Beeinflussbarkeit der Situation abzuschätzen, konkret, ob das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden überhaupt veränderbar sei oder die Einsicht der Wirkung der Arbeit auf die Gesundheit des Individuums (Situations- Ergebnis- Erwartung). Steigern grössere Entscheidungsspielräume tatsächlich die Arbeitsmotivation oder wirkt sich diese Massnahme eher stressfördernd aus? Dann stellt sich die Frage, wie gross der Einfluss ihres Handelns auf das Gesundheitsverhalten des Personals eingeschätzt wird (Handlungs-Ergebnis- Erwartung). Kann beispielsweise durch ein Rauchverbot am Arbeitsplatz, ein Ausstieg aus der Nikotinsucht angeregt werden? Im Weiteren gilt es abzuschätzen, ob sich der Aufwand im Bezug auf die Zielsetzung überhaupt lohnt (Instrumentalität). Sind BGF-Interventionen nicht nur kostenintensiv und verfehlen dabei die angestrebten Ziele?

Auf der Ebene der erwarteten Ziele, respektive des erwarteten Nutzens stehen sich sowohl betriebswirtschaftliche als auch soziale und gesellschaftliche Ziele gegenüber. An oberster Stelle der in Bauer et al. durchgeführten Studie (2002, S. 36) stehen die Erfüllung gesetzlicher Auflagen. Weiter folgen die gesteigerte Zufriedenheit der Mitarbeitenden, die Steigerung der Kundenzufriedenheit, die Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung, sowie die Steigerung des Geschäftsergebnisses. An wahrgenommenen Effekten durch bereits durchgeführte BGF-Massnahmen werden neben den bereits erwähnten Zielen eine Reduktion der Absenzdaten und der Fluktuation, eine Verbesserung der Arbeitsabläufe oder Strukturen sowie eine Steigerung der Leistungsfähigkeit genannt (Bauer et al., 2002, S. 38).

Lenhardt (2005, S. 210) weist daraufhin, dass „einer Ergebnisevaluation, die Veränderungen gesundheitsbezogener Zielvariablen kausal auf die Intervention zurückzuführen erlaube, beträchtliche Hindernisse gegenüber stehen würden und letztlich nur auf dem Wege randomisiert kontrollierter Studien möglich wäre.“ Diese Unsicherheit mag auf skeptische Führungskräfte entscheidungshemmend wirken und wird in jüngerer Zeit mit einer gezielten Vermarktung erfolgreicher Beispiele versucht zu entkräften.

Als mögliche Gründe, die gegen eine Einführung von BGF sprechen, werden - auch in anderen Studien (z.B. Hirtenlehner et al.) - speziell von kleineren Betrieben der personelle und finanzielle Aufwand aufgeführt. Auch spielt die Einschätzung der Mitarbeitendenmotivation eine beträchtliche Rolle in der Erfolgs- und Akzeptanz Erwartung von Führungskräften. Im Interesse ungestörter Betriebsabläufe würden einige Arbeitgeber zunächst individuell-verhaltensorientierte vor verhältnisorientierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung bevorzugen, d.h. Strategien der Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung müssten den betrieblichen Führungskräften besonders gut und überzeugend begründet werden (Westermayer und Beck, 2003, S. 1).

## 2.4 Fragestellungen

Im vorangegangenen Teil wurden die verschiedenen Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderungen vorgestellt. Ausgehend vom aktuellen Verständnis von Gesundheit, dem Wert, den die Arbeit und der Arbeitsplatz auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des einzelnen ausüben, wurden auch die Sicht des Unternehmers, bzw. der Unternehmerin erläutert. Mit dem transtheoretischen Modell wurde das in der Gesundheitsprävention weit verbreitete Konstrukt zum Verständnis von Veränderungsprozessen vorgestellt.

Dieser theoretische Hintergrund bildet die Basis der übergeordneten Fragestellung nach der Motivation von Unternehmerinnen und Unternehmern zur Einführung von BGF, die in dieser Arbeit erforscht werden soll. In der Untersuchung sollen folgende Teilfragen beantwortet werden:

1. Welchen Kenntnisstand haben die Unternehmensvertreterinnen und -vertreter zur betrieblichen Gesundheitsförderung?
2. Welche Massnahmen der BGF werden bisher in den Firmen durchgeführt?
3. Welche Einstellungen haben die befragten Unternehmensvertreterinnen und -vertreter zum Thema BGF?
4. Welche Informationen oder Argumente für BGF sind überzeugend für Unternehmensvertreterinnen und -vertreter, welche weniger und wo bestehen Lücken?
5. Unter welchen Umständen und mit welchen Anreizen können sich die interviewten Unternehmensvertreterinnen und -vertreter vorstellen BGF zu implementieren?
6. Welches sind die Motive um BGM einzuführen?
7. Welche Empfehlungen für zukünftige Sensibilisierungsaktionen zum Thema BGF lassen sich daraus ableiten?

### **3. Empirischer Teil**

Im zweiten Teil der vorliegenden Arbeit wird das Projekt einer Führungskräfte Befragung vorgestellt, welche vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich im Frühling 2005 durchgeführt wurde und aus dem vorliegende Arbeit entstanden ist. Die Darstellung der Ergebnisse wird entsprechend der in dieser Arbeit verfolgten Fragestellung in ihrer Ausführlichkeit gewichtet und mit Zitaten aus den Interviews illustriert.

Unter Kapitel 3.1 wird das Projekt beschrieben. Die Kapitel 3.2 – 3.5 widmen sich der Vorgehensweise und Methodik der Untersuchung. Den Fragebogen finden die Leserin und der Leser im Anhang. Das Kapitel 3.6 widmet sich dann der explorativen und teilweise quantitativen Darstellung der Ergebnisse. Diese werden dann im Kapitel 3.7 zusammengefasst und unter Kapitel 4 ausführlich diskutiert.

#### **3.1 Beschreibung des Projektes**

Das Rahmenkonzept «Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Zug» (2003) sieht ein Schwerpunktprogramm «Betriebliche Gesundheitsförderung» (BGF) vor, welches mit einer neu geschaffenen Programmleitung besetzt wurde. Ziel des Programms ist die aktive Unterstützung der Unternehmen bei der Einführung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Als Umsetzungsgrundlage soll das internetbasierte Programm KMU-vital<sup>6</sup> verbreitet werden.

Seit dem Januar 2004 steht ein Detailkonzept für BGF zur Verfügung. Ausgehend von diesem Detailkonzept fanden in Zug im Oktober 2003 eine öffentliche Informationsveranstaltung und im Januar 2004 ein Workshop statt. Zu deren Bewertung und um weitergehende Empfehlungen zu Sensibilisierungs- und Akquisitionsstrategien abgeben zu können, wurde das Institut für Sozial- und Präventivmedizin von der Gesundheitsdirektion angefragt, eine Evaluation zum Thema durchzuführen.

Der Nutzen der Evaluationsergebnisse liegt im Gewinn an wichtigen Informationen und Erfahrungen, wie Unternehmensvertreterinnen und -vertreter am Besten für das

---

<sup>6</sup> speziell für kleine- und mittlere Unternehmen entwickeltes BGF Programm, welches kostenlos im Internet zur Verfügung steht ([www.KMU-vital.ch](http://www.KMU-vital.ch)).

Ansinnen der BGF sensibilisiert und letztendlich für eine Umsetzung gewonnen werden können. Diese Erfahrungen dienen der Programmleitung BGF im Kanton Zug zur Planung und Durchführung weiterer Aktionen in diesem Bereich. Als Fragestellungen standen dabei der Kenntnisstand und die Einstellungen von Führungskräften gegenüber BGF im Vordergrund, sowie bereits umgesetzte Massnahmen und mögliche Anreiz-Systeme zur Einführung von BGF.

### **3.2 Methode des Vorgehens**

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde ein exploratives Vorgehen gewählt, ging es doch einerseits darum einen möglichst grossen Informationsgewinn zu erzielen und andererseits auch klar quantifizierbare Bewertungen zu erhalten. Hypothesen, die überprüft werden sollten, wurden aus diesem Grunde keine formuliert. Mit 15 halbstandardisierten „face to face“ Interviews aus einer durchmischten Gruppe von Unternehmensvertreterinnen und -vertretern wurde die Vorgehensweise festgelegt. Kennzeichen der teilstandardisierten Interviews ist das Vorgehen anhand eines vorbereiteten, in der Regel jedoch flexibel einsetzbaren Leitfadens. Der Leitfaden dient also als Gerüst bei der Datenerhebung – die in ihm vorgegebenen Fragen können aber durch klärende Nachfragen ergänzt werden bzw. es können von ihm unabhängige Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner aufgegriffen werden, wenn sie in Bezug auf die Fragestellung der Untersuchung bedeutsam erscheinen (Mayring, 2002, S. 66).

Die Form der persönlichen Interviews wurde gewählt, weil der Informationsgewinn in der einschlägigen Literatur (Mayring, 2002) als grösser beschrieben wurde und bei den Interviewteilnehmenden von einer grösseren Offenheit ausgegangen werden kann. Den Projektgebern war es ausserdem ein Anliegen den Unternehmensvertreterinnen und -vertretern Möglichkeiten für Rückfragen zu geben und damit einen ersten Schritt zu folgenden Akquisitionsmassnahmen vorzubereiten.

Zur Weiterverarbeitung der aufgezeichneten Daten war eine Transkription nötig, welche aber – entsprechend dem Anliegen der Untersuchung, nämlich der inhaltlichen Interpretation - sich nur auf die sprachlichen Inhalte der Aussagen beschränkte. Sprachliche Unebenheiten durch die Übertragung in die hochdeutsche Sprache wurden so belassen.

Die Interviews wurden - wo möglich - quantitativ mit Häufigkeitsauszählungen zur Vergleichbarkeit innerhalb der 15 Interviews ausgewertet. Offene Antworten wurden

qualitativ analysiert und die Zitate in Kategorien zusammengefasst (Mayring, 2002). Die Antwortkategorien richten sich mehrheitlich an den Frageblöcken. Aus Gründen der Anonymität werden keine Transkriptionen in den Anhang genommen.

### **3.3 Der Interviewleitfaden**

Für die Durchführung der Interviews wurde ein Leitfaden mit sieben Themenblöcken entworfen (siehe Tabelle). Die Frageblöcke im Leitfaden wurden so konzipiert, dass sie Frageformulierungen enthielten, die Probandinnen und Probanden mit und ohne BGF Erfahrung im Betrieb, wie auch Teilnehmerinnen und Teilnehmern der beiden Veranstaltungen, sowie den nicht teilgenommenen Probanden gestellt werden konnten. Im Frageblock zum Wissenstand wird unter anderem nach dem Bekanntheitsgrad vom BGF-Programm KMU-vital gefragt, welches von der Programmleitung zur Umsetzung von BGF angeboten wird. Mit teilweise vorgegebenen Antwortformaten, beabsichtigte man die quantitative Auswertung zu vereinfachen. Die beiden Frageblöcke zu Umsetzungsstand und Einstellung zu BGF bieten den Probandinnen und Probanden sechs Antwortformate. Die Antworten zum Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden wurden mit einer fünfstelligen Skala erfasst. Das Interesse an Einführung von BGF in den nächsten fünf Jahren wurde mit einer Skala von zehn Stufen erfasst.

Als Grundlage der Frageformulierungen anhand des TTM, wurde der Fragebogen der Studie von Bauer et al. (2002) herangezogen. Das Anliegen war die Veränderungsstadien des Individuums auf die Organisation zu übertragen. Die zeitlichen Dimensionen des TTM mit den fünf Stufen der Veränderungsbereitschaft wurden auf die qualitativen Ebene, nämlich die Systematik umgesetzt. Da organisationale Veränderungen in grösseren Zeiträumen vonstatten gehen, wurden die TTM Zeitdimensionen angepasst. Aufgrund der zeitlichen Eingespanntheit der Führungskräfte wurde der zeitliche Rahmen der Interviewdauer auf 30 – 45 Minuten gesetzt und jeder Frageblock auf wenige Indikatorenfragen reduziert.

Die sieben Themenblöcke werden in nachstehender Tabelle zur besseren Verständlichkeit mit Beispielfragen veranschaulicht.



Tabelle 3 : Frageblöcke des Interviewleitfadens und Beispielfragen

Frageblock	Beispielfrage
<b>Einstieg und Wissensstand zu BGF</b>	Haben Sie schon einmal von betrieblicher Gesundheitsförderung gehört? 1. Ja                      2. Nein
<b>Stand der umgesetzten Massnahmen im Betrieb (9 Items)</b>	Bitte geben Sie zu ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung den Stand in Ihrem Unternehmen an. Sie können aus sechs Stufen wählen.  1. Hat uns bisher noch nicht interessiert 2. Interessiert uns, wird aber noch nicht umgesetzt 3. Beabsichtigen wir in den nächsten Monaten umzusetzen 4. Setzen wir um, aber bisher nur unregelmässig 5. Setzen wir bereits systematisch um 6. weiss nicht
<b>Workshop und Informationsveranstaltung</b>	Was waren Ihre Gründe am Workshop teilzunehmen? Freies Antwortformat
<b>Einstellung gegenüber BGF (8 Items)</b>	Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen? Jeder Mitarbeitende muss selber um seine Gesundheit besorgt sein. Sie können aus sechs verschiedenen Antworten wählen:  1. Trifft nicht zu 2. trifft eher nicht zu 3. teils- teils 4. trifft eher zu 5. trifft voll zu 6. weiss nicht
<b>Anreize und Unterstützung</b>	Was hat Sie bewogen BGF einzuführen? Oder: Was würde Sie zur Einführung von BGF überzeugen? Bei Zögern wurden Antwortbeispiele genannt: Hohe Krankheits- /Unfallabsenzen, Wirtschaftliche Gründe, Kennen lernen eines erfolgreichen  Könnten Sie sich vorstellen an einem 2-tägigen Seminar zu Gesundheitsthemen für Führungskräfte teilzunehmen?
<b>Interesse an weiteren Angeboten, respektive Interesse BGF im Betrieb einzuführen</b>	Haben Sie Interesse an weiterführenden Unterlagen und Informationen? Welchen?
<b>Demografische Angaben</b>	Branche, Anzahl Mitarbeitenden, Funktion der Interviewpartnerin, bzw. Interviewpartners

Der Themenblock zur Bewertung von Workshop und Informationsveranstaltung ist für die Fragestellungen in dieser Arbeit weniger relevant und fließt nur in geringem Masse in den Frageblock zu den Wünschen an die Fachstelle BGF ein.

Aufgrund des explorativen Charakters der Untersuchung wurde auf einen Pretest des Interviewleitfadens verzichtet.

### **3.4 Die Stichprobe**

Bei der Auswahl der Stichprobe sollten sowohl die Sichtweisen von Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern einfließen, die bereits Erfahrungen mit betrieblicher Gesundheitsförderung in ihrem Unternehmen gemacht haben, als auch jene von Führungskräften ohne dahingehende Erfahrungen. Die Absicht galt Informationen aus möglichst vielen verschiedenen Branchen und Unternehmensarten zu gewinnen, da aus verschiedenen Studien bereits Hinweise bestehen, dass Unternehmensgrösse und Branchen mit dem Umsetzungsstand von BGF korrelieren. Die Befragten sollten hier keine statistische, sondern eine inhaltliche Repräsentativität sicherstellen.

In Absprache mit den Auftraggebern wurden die Interviewpartnerinnen und -partner aus drei Gruppen ausgewählt:

**Gruppe 1:** Teilnehmende aus oben erwähntem Workshop zu BGF (N=6 von 15).

**Gruppe 2:** Teilnehmenden der erwähnten Informationsveranstaltung (N=3 von ca 80).

**Gruppe 3:** Unternehmende und Personalverantwortliche, welche an keiner dieser beiden Veranstaltungen teilgenommen haben, jedoch eine Einladung dazu erhielten (N=6 von 2500).

In der Gruppe 3 wurden aus der Grundgesamtheit (N=2500 aus 10000) aller angeschriebenen Unternehmen im Kanton per Zufallsziehung 50 Unternehmen ausgesucht. Mögliche Probanden wurden aus diesen drei Gruppen telefonisch für die Interviews kontaktiert, bis eine ausgewogene Zusammensetzung der Teilnehmenden anhand der Unternehmensgrösse und Branche erreicht wurde. In Tabelle 4 sind die beteiligten Unternehmen nach Mitarbeiteranzahl, Branche, Position der Interviewpartnerinnen und -partner und Grösse des Unternehmens aufgelistet.

Tabelle 4: Zusammensetzung der Evaluationsstichprobe getrennt nach Branchen

	Branche		
	Bau und Pro- duktion (N=7)	Dienstleistungen (N=8)	
Grösse des Unternehmens	1-20 Mitarbeitende	3	3
	20-50 Mitarbeitende	2	3
	100-620 Mitarbeitende	2	2
Funktion der Interviewpartnerin bzw. des Interviewpartners	Geschäftsleiterin bzw. Geschäftsleiter	2	2
	Firmeninhaberin bzw. Firmeninhaber	3	3
	Personalleiterin bzw. Personalleiter	1	3
	Arbeitssicherheitsbeauftragter	1	
Interviewauswahl	Workshop-Teilnehmende	3	3
	Infoveranstaltungs-Teilnehmende	1	2
	Zufallsliste	3	3

Insgesamt wurden 61 Unternehmen angerufen, von denen sich 15 zu dem Interview bereit erklärten, neun sich als nicht geeignet erwiesen haben und vier nicht teilnehmen wollten. Die restlichen 33 Unternehmen wurden bis zum Erfüllen der angestrebten 15 Probanden nicht erreicht und nicht mehr benötigt. Aus der Gruppe der Workshopteilnehmerinnen und Teilnehmer war die Bereitschaft am Interview teilzunehmen mit 100% am grössten. Insgesamt kann von einer recht hohen Bereitschaft zur Interviewteilnahme gesprochen werden.

### 3.5 Durchführung der Interviews

Im April 2005 wurden die Interviews in den Betrieben der Interviewpartnern und -partnerinnen zu zweit durchgeführt. Die Dauer der jeweiligen Befragung betrug zwischen 30 und 60 Minuten. Die Gespräche wurden, ausser bei zwei Teilnehmern (Verweigerung der Tonbandaufnahme, respektive technische Mängel des Gerätes), auf

Tonband aufgezeichnet und immer auch im Interviewleitfaden während des Gespräches protokolliert.

### **3.6 Darstellung der Ergebnisse**

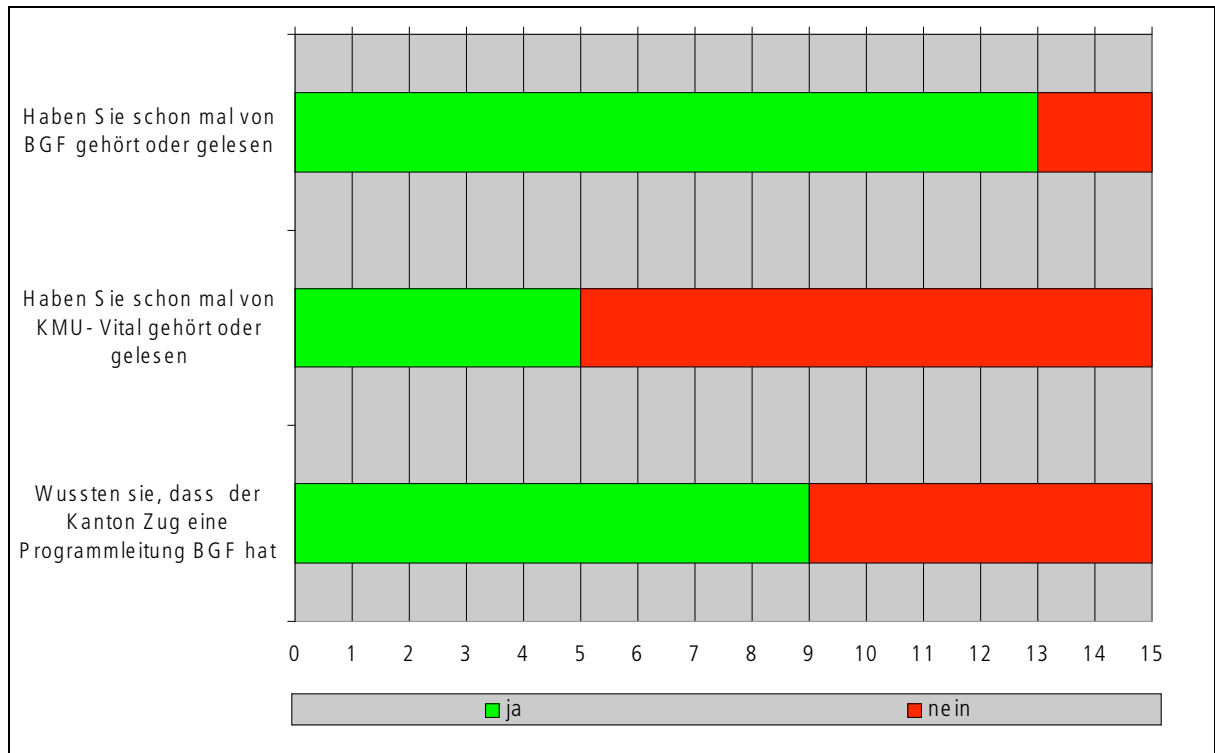
Der Ablauf der Ergebnisdarstellung entspricht der im Kapitel 3.3 aufgeführten Reihenfolge der Frageblöcke und orientiert sich am Aufbau des Fragebogens. Aus Gründen der Fokussierung der Fragestellung, werden Fragen zu Einstellungen und Bedürfnissen differenzierter ausgeführt, als die Fragen zu dem Umsetzungsstand von BGF. Jedoch auch diese Antworten geben Informationen zur Prioritätensetzung der Führungskräfte. Fragen mit festem Antwortformat sind grafisch zusammengefasst und werden ausführlich erläutert sowie zum besseren Verständnis der quantitativen Resultate mit Zitaten (kursiv) aus den Interviews angereichert. Wörtliche Zitate sind wenn sinnvoll in Kategorien zusammengefasst. Allfällige Auffälligkeiten im Antwortverhalten im Zusammenhang zur Branche oder Betriebsgrösse werden, wo möglich aufgezeigt. Diese Darstellungsform wurde gewählt um die Resultate möglichst adressatengerecht den Auftraggebenden präsentieren zu können und gleichzeitig dem Anspruch der Wissenschaftlichkeit gerecht zu werden.

#### **3.6.1 Kenntnisstand zu BGF**

Zu Beginn des Interviews wurden Fragen nach dem Bekanntheitsgrad von BGF, dem Programm KMU-vital und der Programmleitung BGF des Kantons Zug gestellt. Abbildung 5 gibt die Aussagen der Interviewpartnerinnen und -partner wieder.

Aus Abbildung 5 geht hervor, dass bereits dreizehn von den fünfzehn interviewten Unternehmensvertreterinnen und -vertreter von BGF gehört haben, was auf die Aktualität des Themas hinweist. Von den zwei Personen, die noch nie von BGF gehört haben, stammen beide aus der Baubranche. Es ist jedoch anzufügen, dass die qualitative Dimension des Wissenstandes zuwenig erfasst wurde. Es bleibt unklar, was die Probanden und Probandinnen unter BGF verstehen.

Abbildung 5: Kenntnisstand über BGF, KMU-vital und Programmleitung BGF (N=15)



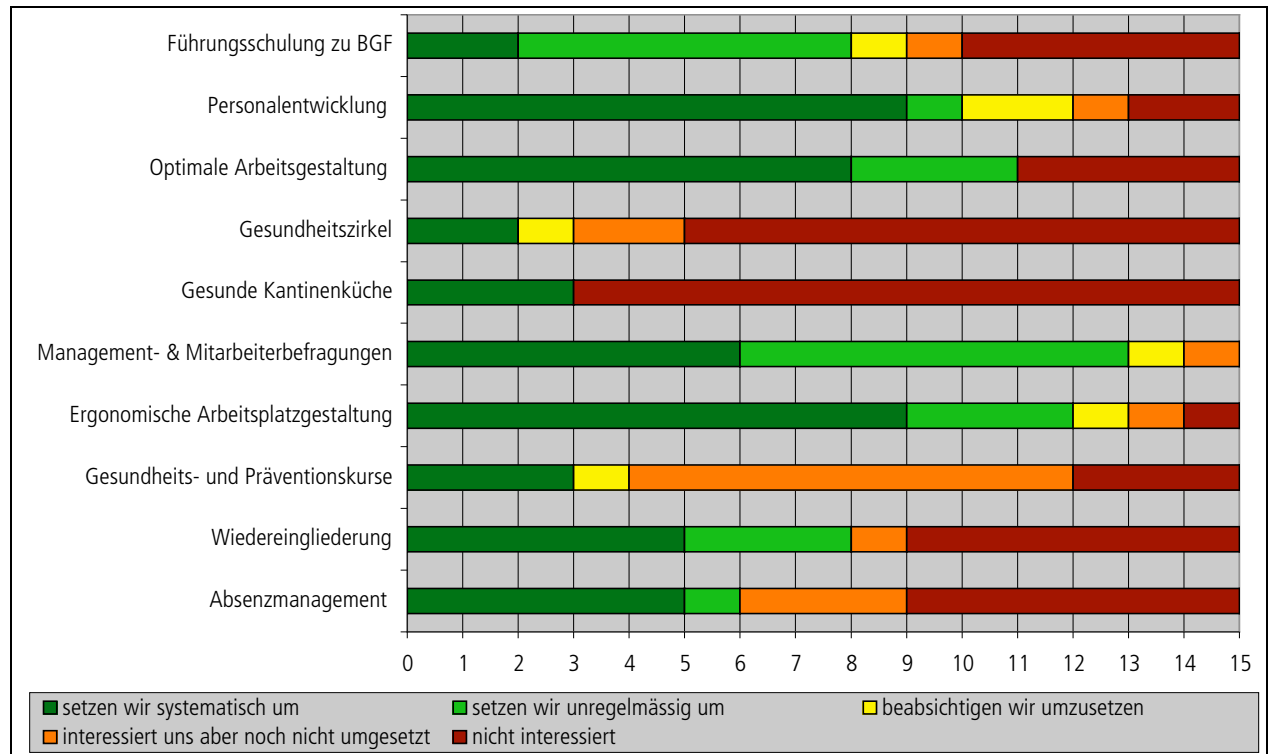
KMU-vital kennen lediglich fünf der Befragten. Dabei spielt es keine Rolle, welcher Branche die Interviewpartnerinnen und -partner angehören, da jeweils fünf Personen aus beiden Branchen angaben, noch nie von KMU-vital gehört zu haben. Auch zwei Teilnehmer des Workshops, respektive der Infoveranstaltung verbinden nichts mit KMU-vital.

Neun Personen wissen, dass der Kanton Zug eine Programmleitung BGF eingerichtet hat. Die Branchenzugehörigkeit und die Workshopteilnahme üben keinen Einfluss auf die Kenntnis aus.

### 3.6.2 Bisher umgesetzte BGF-Massnahmen

Im anschliessenden Abschnitt geht es um die Erfassung bisher umgesetzter Massnahmen zur BGF. Neben standardisierten Antwortformaten, welche ihnen aufgezählt wurden, konnten die Teilnehmenden zusätzlich eigene Massnahmen einbringen bzw. ihre Antworten im Rahmen der standardisierten Kategorien weiter erläutern.

Abbildung 6: Bisherige Erfahrungen mit Massnahmen der BGF (N=15)



#### Führungsschulung zu BGM

Die erste Frage befasst sich mit einer Verhältnismassnahme zu BGM. Als Grundlage zu einer systematischen Einführung von BGM wird allgemein ein Top down Vorgehen empfohlen, welches z.B. auf Sensibilisierungsworkshops der Führung beruht.

Von fünfzehn befragten Teilnehmern gaben fünf an, dass sie eine Führungsschulung zu BGF bisher noch nicht interessiert hat.

#### Mangelnde Ressourcen in Kleinbetrieben

Als Gründe weshalb in Kleinbetrieben Führungsschulung zu BGM häufig nicht durchgeführt wird, abgesehen davon, dass BGM bisher kein Thema war, geben die Interviewten mangelnde personelle, zeitliche oder finanzielle Ressourcen an.

*„Das liegt einfach nicht drin, dass ich meine Zeit für so was einsetze.“*

*„In einem Kleinbetrieb mit 4 Angestellten haben Sie einfach zu wenig Zeit sich um Managementaufgaben zu kümmern.“*

### **BGM Ja , Führungsschulung Nein**

Ein Betrieb, der zu den Fortgeschrittensten in der Umsetzung von BGF-Massnahmen zählt, macht noch einen weiteren Grund deutlich:

*„BGF Schulung soll direkt an die Mitarbeiter gelangen. Es ist effizienter alle Mitarbeiter direkt zu schulen, das muss nicht erst den Umweg über die Führung machen.“*

### **Formen von Führungsschulung zu BGM**

Acht Interviewpartnerinnen und -partner setzen Führungsschulungen zu BGF unregelmässig bis systematisch um. Dabei wurden explizit Kurse und Weiterbildungen zu betrieblicher Gesundheitsförderung genannt, aber auch Vorgesetztenschulungen, Personalfachausbildungen oder SUVA-Instruktionen, bei denen BGF ein Bestandteil des Lehrplans war.

Bei den beiden Betrieben, welchenangaben Führungsschule zu BGF systematisch umzusetzen, handelt es sich um zwei Unternehmen mit über 300 Mitarbeitenden. Ein Unternehmen stammt aus der Industrie mit einem Arbeitssicherheitsbeauftragten, das andere ist ein Unternehmen aus dem Gesundheitswesen. Wobei anzufügen ist, dass gerade auch bei dieser Fragestellung die Verschmelzung von Arbeitssicherheit und Unfallschutz gemäss den SUVA Vorschriften mit der betrieblichen Gesundheitsförderung zu Tage tritt.

*„Als Arbeitssicherheitsbeauftragter gehe ich natürlich an alle SUVA Fortbildungen, die uns betreffen, da muss man ja hin. Und auch der Betriebsleiter interessiert sich sehr dafür.“*

### **Personalentwicklung**

Mit der Frage nach einer systematischen Personalentwicklung, welche z.B. Schulungen zu Kommunikation, Konfliktmanagement, aber auch regelmässige Zielvereinbarungen beinhalten kann, wurde eine weitere verhältnisorientierte BGM Massnahme angesprochen. Eine systematische Personalentwicklung betreiben neun der Interview-

ten. Eine Person eines kleineren Betriebes gab an, Personalentwicklungsmassnahmen lediglich unregelmässig umzusetzen. Es wurde mehrfach geäussert, dass die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden einen hohen Stellenwert für die Arbeitszufriedenheit besitzen würde.

*„Ja wir machen wirklich sehr viel für die Angestellten. Und nicht nur tätigkeitsbezogene Weiterbildungen. Neu haben wir jetzt auch eine in house Supervisorin.“*

*„Bei uns hat jeder ein bestimmtes Kontingent an Weiterbildungstagen zu gute und damit können sie machen, was sie wollen. Wenn jetzt einer ein Fitnesskurs damit besuchen will, dann darf er das von mir aus machen. Aber es ist noch nie einer gekommen, der einen Gesundheitskurs belegen wollte. Meistens sind es EDV Kurse.“*

### **Kleinbetriebe und Personalentwicklung**

Vor allem in Kleinbetrieben sind die Kommunikationswege sehr kurz und es herrscht ein persönlicher, familiärer Umgang, so dass Probleme im Team schnell erfasst und im spontanen Gespräch gelöst werden können.

Dazu äusserte sich ein Teilnehmer folgendermassen:

*„Kommunikationstrainings? Ich sehe meine Mitarbeiter jeden Tag und wenn was ist reden wir miteinander. Dazu brauchen wir nicht eine Sitzung einzuberufen.“*

*„Wir machen regelmässige Sitzungen mit allen Angestellten und da herrscht ein sehr offener und ehrlicher Umgangston. Eine flache Hierarchie und Mitsprache aller ist uns wichtig.“*

Unter den zwei Unternehmen, die bisher noch kein Interesse an Personalentwicklungsmassnahmen angeben, sind sowohl ein Bürobetrieb, als auch ein Handwerksbetrieb.

### **Optimale Arbeitsgestaltung**

Elf der befragten fünfzehn Führungskräfte äussern, dass im Rahmen der betrieblichen Möglichkeiten einer optimalen Arbeitsgestaltung Rechnung getragen wird. Beispiele hierfür sind flexible Arbeitszeiten, Teamarbeit oder auch „Job Rotation“. Es fällt auf, dass in der Baubranche (drei der Befragten), als traditionell Männerdominierten Branche, weder flexiblen Arbeitszeiten, noch Teilzeitanstellungen realisiert werden. Der



Betrieb im Gastgewerbe gibt Teilzeitanstellungen an, jedoch keine gleitenden Arbeitszeiten. Als Grund werden Kundenbedürfnisse und die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen genannt. Nach Möglichkeit wird überall in Teams gearbeitet.

*„Wir haben fixe Arbeitszeiten. Es geht nicht anders, auch wegen der Kommunikation untereinander. Je nach Grösse des Baus arbeiten wir in unterschiedlichen Teams.“*

*„Wir schauen natürlich schon welche Nationalitäten gut miteinander auskommen und setzen die Equipen entsprechend zusammen.“*

*„Im Büro haben wir gleitende Arbeitszeit und letztes Jahr haben wir die Stempelkarte abgeschafft.“*

### **Gesundheitszirkel**

Diese Form der Bedürfniserfassung im Betrieb wurde bei der Befragung als interdisziplinäre Arbeitsgruppe zu Gesundheitsthemen beschrieben.

Zehn Betriebe geben an, dass sie bisher kein Interesse hatten, wobei dies auch bei den Betrieben unter 25 Angestellten mit der Grösse begründet wurde.

*„Das geht bei uns nicht. Wir haben unsere vierteljährliche Sitzungen, wo jeder seine Anliegen einbringen oder bei Gesundheitsbeschwerden kommen sie direkt zu mir.“*

In zwei der grösseren Firmen, welche auch BGM systematisch umsetzen, wurde bereits mit Gesundheitszirkeln gearbeitet.

*„Das wäre bei uns das Kulturteam. Die haben auch das Gesundheitsportal geschaffen und machen ab und zu Aktionstage zu einem speziellen Gesundheitsthema. Vor kurzem wieder eine Wassertrinkaktion oder dann Obsttage, je nach Saison.“*

Bei Gesundheitszirkeln als BGF-Massnahme tritt der Einfluss der Firmengrösse am deutlichsten hervor. Die hohe Anzahl an desinteressierten Betrieben, kann mit der geringen Mitarbeiterzahl der Firmen erklärt werden.

Gesundheitsthemen werden in KMU im Rahmen von Sitzungen und Mitarbeiterinformationen aufgegriffen, können jedoch aus Kapazitätsgründen nicht in einer Form wie einem Gesundheitszirkel thematisiert werden.

Erschwerend kann dabei auch ein hoher Anteil an fremdsprachiger Angestellten hinzukommen.

### **Gesunde Kantinenküche**

Von den befragten Firmenvertreterinnen und -vertretern führen nur drei eine eigene Kantine. Alle gaben an, vor einiger Zeit das Konzept der Küche und das Menü-Angebot nach den Erkenntnissen einer modernen und gesunden Ernährung ausgerichtet zu haben. Aus Sicht anderer Teilnehmer ist die Bereitstellung von Kaffeemaschine und Mikrowellengerät ein Beitrag zur gesunden Ernährung.

*„Das ist bei uns überhaupt kein Bedarf. Die meisten arbeiten auswärts oder dann gehen sie über Mittag nach Hause.“*

Es zeigt sich, dass die Berücksichtigung einer gesunden Ernährung im Rahmen der BGF in kleineren und mittleren Unternehmen, insbesondere für Kleinstbetriebe, sowie Firmen, bei denen die Angestellte vorwiegend ausser Haus arbeiten, ein schwer zu realisierende Massnahme ist.

### **Management- bzw. Mitarbeiterbefragungen**

Die grosse Anzahl an Firmen, welche angaben unregelmässig (sieben) bis regelmässig (sechs) Management- bzw. Mitarbeiterbefragungen durchzuführen, erklärt sich dadurch, dass in dieser Massnahme auch regelmässige Mitarbeitergespräche und Standortbestimmung einbezogen wurden. Schriftliche Mitarbeiterbefragungen werden nur von drei Firmen durchgeführt. Alle drei sind in unserer Stichprobe grössere Firmen. In Kleinbetrieben sind schriftliche Personalumfragen aus Datenschutzgründen und wegen der geringen Fallzahlen schwierig und laufen häufig auf informellem Weg wie gemeinsamen Abendessen oder halbjährlich statt findende „Inföhöcks“ ausser Haus.

### **Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung**

Diese BGF Massnahme wird anhand der Aussagen von zwölf (neun systematisch und drei unregelmässig) der befragten Firmenvertreterinnen und -vertreter sehr breit umgesetzt. Dabei variieren die Massnahmen je nach Branche. Beispielsweise haben Bürobetriebe in Stühle und Bildschirmeinstellungen investiert, während in der Branche Bau

und Produktion technische Hilfsmittel zur Gewährleistung der Arbeitssicherheit, gemäss der Vorschriften der Unfallversicherern, im Vordergrund steht.

### **Gesundheitsprävention mit Unfallschutz und Arbeitssicherheit**

Die schwierigsten Arbeitsbedingungen (heben und tragen, schwierige Arbeitshöhe) scheinen auf dem Bau zu bestehen. Zudem lassen sich hier deutliche Unterschiede der Branche orten. Die technisch, handwerklich orientierte Branche, welche ein ausgeprägtes Arbeitssicherheitsverständnis hat, aber auch auf schwierige Arbeitsbedingungen hinweist. Nachstehend ein paar erläuternde Aussagen von Vertretern der Industrie und Baubranche.

*„Unser Ansatz ist Unfallprävention: Sicherheitshosen, Stahlkappenschuhe, Schutzbrille, individueller Ohrschutz.“*

*„Wir machen die Mitarbeiter immer wieder darauf aufmerksam, dass sie sich schützen müssen. Manchmal brauchen sie etwas länger und empfinden z.B. die neuen Schutzbrillen als mühsam, bis es dann wirklich alle machen. Da muss ich einfach dahinter sein und kontrollieren und immer wieder erklären.“*

*„Schwierig, ergonomisch zu arbeiten, wenn man zu hinterst in einem engen Schacht Kabel einziehen muss.“*

### **Gesundheitsprävention als Arbeitsplatzoptimierung**

Während Angestellte in Dienstleistungsbetrieben mit vorwiegender Büroarbeit keinen eigentlichen Unfallgefahren ausgesetzt sind, sondern vielmehr Gesundheit mit langfristig wirkenden Massnahmen zu erhalten suchen, was der eigentlichen Gesundheitsprävention entspricht.

*„Wir ersetzen alle 3 Jahre die Bürostühle und achten mit Pflanzen auf ein gutes Raumklima.“*

*„Ich habe nach dem Workshop geschaut, was können wir noch machen und wir haben dann z.B. die Beleuchtung verbessert und werden demnächst auch Trennwände einbauen um ungestörter arbeiten zu können.“*

## **Gesundheits- und Präventionskursen**

Drei Unternehmen mit über 200 Angestellten, die BGF bereits systematisch umgesetzt haben, bieten ihren Mitarbeitern eine Auswahl an Gesundheits- und Präventionskursen zu Themen wie Ernährungslehre, Kinästhetik, rückschonendes Arbeiten, Rauchstopp-Kursen und Nordic Walking an. Diese meist sogar während der Arbeitszeit. Ebenfalls existiert in einem Bürounternehmen eine allen zugängliche Intranet-Plattform zu Gesundheitsthemen.

*„Kurse, die während der Arbeitszeit angeboten werden, sind in der Regel gut besucht. Geht es um die Freizeit kamen sie auch schon nicht zustande.“*

Bei neun der Befragten herrscht ein Interesse an Gesundheits- und Präventionskursen, welches jedoch bisher nicht in konkrete Massnahmen gemündet ist. Ein möglicher Grund kann in der Zusammensetzung der Angestellten zu finden sein, wie folgende Zitate ausführen.

### Fragliche Akzeptanz von Gesundheitskursen

In handwerklichen oder industriell orientierten Betrieben wird angezweifelt, ob die mehrheitlich männliche Belegschaft an Gesundheitskursen teilnehmen würde.

*„Die würden mich auslachen, wenn ich am morgen in der Werkstatt mit einem Rückenturnen käme.“*

### Junges Personal und Gesundheitsverhalten

*„Unsere Belegschaft ist jung und gesund, die brauchen das nicht. Aber es sind die Nichtberufsunfälle, die die Absenzen in die Höhe treiben. Ich kann denen ja nicht verbieten keinen Sport mehr zu treiben.“*

Im Gegensatz dazu erkennt die Vertreterin des Betriebes aus dem Gesundheitswesen ein hohes Gesundheitsbewusstsein beim Personal und eine recht gute Akzeptanz des Angebotes an gesundheitsfördernden Kursen.

### **Systematische Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten**

Bei der Frage nach einer systematischen Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten, wie z.B. die Möglichkeiten zur reduzierten Tätigkeit in einem anderen Arbeitsfeld, gaben sechs der Befragten an, dass sie damit bisher noch keine Erfahrungen gemacht haben. Von den fünf Firmen (die vier grösseren Firmen der Stichprobe sowie ein kleineres Handelsunternehmen), welche systematisch innerhalb der Firma nach einer Wiedereingliederungsmöglichkeiten suchen, wird eingeräumt, dass dies unter dem wirtschaftlichen Druck und den steigenden Anforderungen an die Mitarbeitenden zunehmend schwieriger geworden sei.

### **Absenzenmanagement**

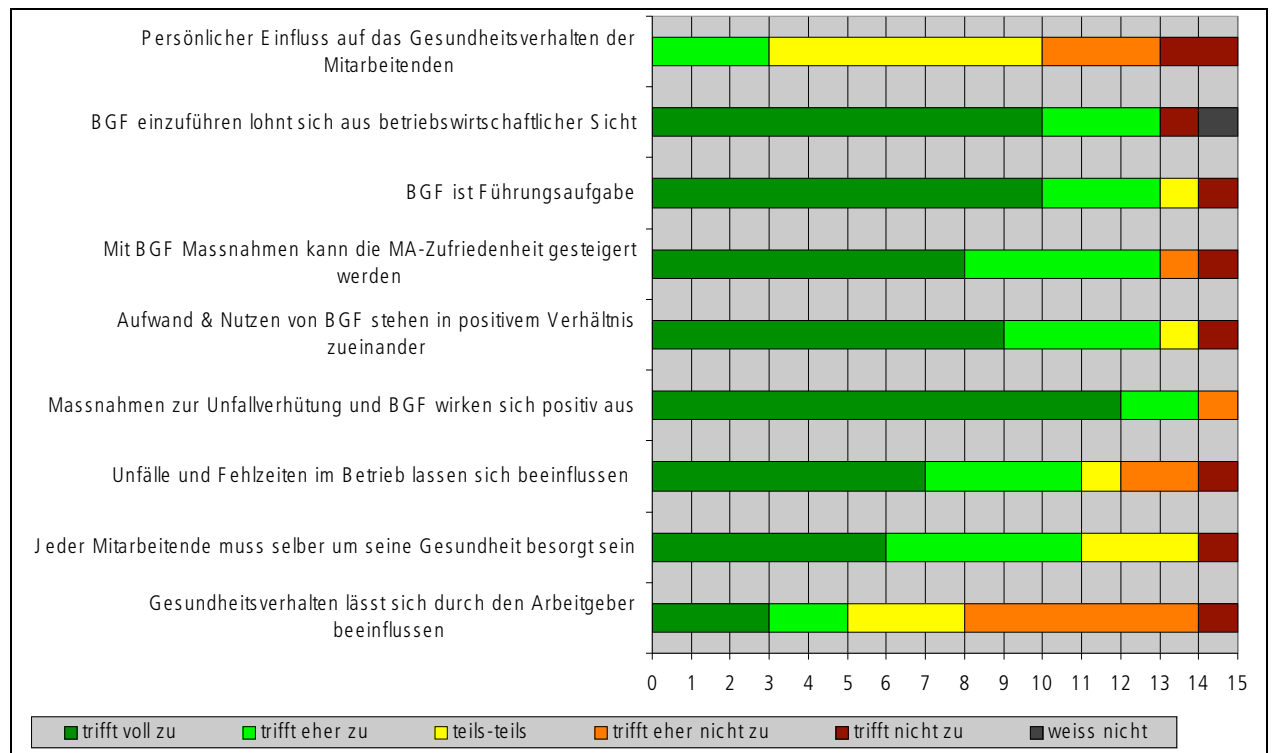
Von den interviewten Firmen führen sechs kein Absenzmanagement durch. Dies wird teilweise mit der geringen Mitarbeitendenzahl des Betriebs erklärt. Zwei der Firmenvertreterinnen und -vertreter gaben als Begründung für ihr geringes Interesses an, dass in ihrem Team alle gerne arbeiten und es deshalb nicht nötig sei ein Absenzmanagement einzuführen. Unter den fünf Betrieben, die systematisch Absenzen erfassen und bei denen auch Rückkehrergespräche geführt werden, sind drei Betriebe, die sonst keine weiteren BGF-Massnahmen durchführen.

### 3.6.3 Einstellungen Zuger Unternehmensvertreterinnen und -vertreter zum Thema BGF

In diesem Kapitel geht es um die Erfassung der Einstellungen von Führungspersonen gegenüber dem Thema BGF sowie deren Akzeptanz und Wertungen, welche im Zusammenhang mit den Fragestellungen dieser Arbeit Informationen geben soll.

Auf die einzelnen Items wird wieder erläuternd und mit Zitaten veranschaulichend eingegangen.

Abbildung 7: Einstellung der Unternehmensvertreterinnen und -vertreter gegenüber BGF (N=15)



#### **Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden**

Die interviewten Führungspersonen sehen ihren persönlichen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden sehr unterschiedlich. Grundsätzlich dominiert eine skeptische Einstellung zum Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden.

Drei der Befragten beurteilen ihren Einfluss als eher gering.

*„Wenn ich es ihnen z.B. zeige, wie man rückschonend heben sollte, und wenn ich mich dann wieder abwende, dann machen sie es so wie vorher. Ich kann es ja immer wieder nur sagen, ich kann sie ja nicht bestrafen wenn sie es dann doch wieder anders machen, sie bestrafen sich ja doch nur selber.“*

*„Wir legen den Leuten auch nahe mit Rauchen aufzuhören, vor allem wenn sie dann wieder krank sind, aber verbieten können wir es ja nicht.“*

### **Führungsrolle mit Vorbildfunktion**

Von den Befragten sind sieben der Überzeugung, dass sie Vorbildfunktion für die Mitarbeitenden haben, sind jedoch skeptisch, in wie weit sie das Verhalten der Mitarbeiter konkret beeinflussen können.

*„Wenn ich als Chef mit einer Fahne komme ist das sicher kein gutes Vorbild für die Mitarbeiter. Auch wie ich daher komme und der Umgang untereinander.“*

*„Teils, teils. Wir können den richtigen Stuhl hinstellen, aber richtig drauf sitzen muss der Mitarbeiter dann schon selber.“*

### **Betonung der Eigenverantwortung und Freiwilligkeit**

Fünf Interviewpartnerinnen und -partner glauben, dass sie einen gewissen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden ausüben. Sie betonen jedoch deren Eigenverantwortung und eine Freiwilligkeit der Teilnahme an angebotenen Gesundheitspräventionskursen.

*„Unser Konzept basiert auf Sensibilisierung, Erinnerung und Angebot, aber alles freiwillig ohne Zwang.“*

### **BGF lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht**

Zehn der beteiligten Unternehmensvertreterinnen und -vertreter sind der Meinung, BGF lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht und drei Personen denken, dass es sich eher lohnt. Also auch Befragte ohne eigene BGM Erfahrung in ihrem Betrieb attestieren der BGM einen finanziellen Nutzen.

*„ Ja doch, denke ich schon. Wenn man etwas macht um die Zufriedenheit der Mitarbeitenden zu steigern und sie dadurch weniger krank werden oder länger im Betrieb bleiben, lohnt sich das sicher.“*

Zeitlicher Aspekt des Gewinns für den Betrieb

Eine Aussage bezieht sich auf die zeitliche Dimension des return on investment

*„Wahrscheinlich nicht kurzfristig, aber langfristig sicher.“*

Eine Person äussert, dies nicht zu wissen, weil sie bisher keine Erfahrungen mit BGF gemacht hat.

Zu aufwendige Implementierung von BGM

Ein Teilnehmer bezweifelt den wirtschaftlichen Gewinn solcher Massnahmen, auch ohne eigene Erfahrung gemacht zu haben.

*„Das lohnt sich nicht. Denn das ist immer mit einem aufwendigen Konzept verbunden.“*

Insgesamt wird BGF als betriebswirtschaftlich attraktiv eingeschätzt, auch bei denen, die bisher noch keine eigenen Erfahrungen im Betrieb machen konnten. Auch wenn eine befragte Person einräumt, dass der Effekt wahrscheinlich nicht kurzfristig sichtbar sein wird.

### **BGF ist Führungsaufgabe**

BGF als Führungsaufgabe anzusehen, trifft für zehn Interviewpartnerinnen und -partner voll zu; für drei eher zu.

*„Ja, so was muss top down angegangen werden.“*

Initiative von der Basis

Ein Geschäftsinhaber versteht BGF nicht als Führungsaufgabe, sondern findet, dass man die Leute in ihrer Eigenverantwortlichkeit fördern müsste.



*„Wir haben alles gut ausgebildete, erwachsene Menschen bei uns, wenn sie etwas wollen wie die rauchfreien Büros mache ich schon mit.“*

Ein weiterer Unternehmensvertreter, in dessen Unternehmen BGF systematisch umgesetzt wird, erwartet ebenfalls von den Mitarbeitern Eigenverantwortung und Initiative.

*„Das muss von beiden Seiten her kommen. Beispiel Rauchzonen, die das Personal bei uns wünschte. Diesen Wunsch hat die Führung dann aufgenommen und umgesetzt.“*

Insgesamt ist die Mehrheit der Befragten der Meinung, dass BGM Führungssache ist und unter Miteinbezug des Personals umgesetzt werden müsse. BGM sollte auch von einer Mehrheit des Personals mitgetragen werden und auf Freiwilligkeit basieren.

#### **Mit BGF-Massnahmen kann die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden**

Dieser Ansicht stimmen acht Personen voll zu, fünf weitere sind eher davon überzeugt.

*„Der Mitarbeiter sieht, dass man etwas für ihn macht und das schätzen sie schon.“*

Steigende Anspruchshaltung des Personals gegenüber der Geschäftsleitung

Ein BGF erprobter Dienstleistungsbetrieb hat die Erfahrung gemacht, dass Mitarbeiter im Allgemeinen eher widerwillig auf Schulungen und neue Vorschriften reagieren und widerspricht dieser Aussage. Es wird auch auf die steigende Anspruchshaltung hingewiesen, die mit Massnahmen fürs Personal genährt würde.

*„Sie sehen dann gar nicht, was wir schon alles für sie machen und wollen immer mehr.“*

#### **Aufwand und Nutzen stehen in einem positiven Verhältnis zueinander**

Der grösste Teil (neun voll zutreffend und vier eher zutreffend) der interviewten Personen findet, dass Aufwand und Nutzen von BGF Massnahmen in einem positiven Verhältnis zueinander stehen.

*„Ja ich denke schon, dass durch BGF beide Seiten profitieren können.“*

*„Langfristig gesehen denke ich schon, aber so lange haben wir noch gar nicht BGF.“*

Ein Geschäftsleiter eines technischen Kleinbetriebs widerspricht der Aussage, ein weiterer ist teilweise damit einverstanden. Beide haben BGM nicht systematisch eingeführt.

*„So was ist immer mit einem aufwendigen Konzept verbunden. Lohnt sich nicht.“*

### **Massnahmen zur Unfallverhütung und Gesundheitsförderung wirken sich im allgemeinen positiv aus**

Wiederum die Mehrheit der Befragten, nämlich zwölf Personen glauben, dass sich Massnahmen zur Unfallverhütung und Gesundheitsförderung im Allgemeinen positiv auswirken. Alle Probanden der technischen Betriebe und der Baubranche, ausser einem stimmen dieser Aussage voll zu. Dabei wird diese Überzeugung mit den gemachten Erfahrungen zu Unfallschutz und Arbeitssicherheit begründet.

*„Seit wir den Hebekran haben und die Schutzmassnahmen der SUVA umgesetzt haben, sind wir in der niedrigsten Prämienstufe.“*

Zwei weitere Probanden stimmen der Aussage eher zu. Für eine Person trifft dies eher nicht zu.

*„Wenn Sie bei uns sind rauchen sie nicht, dafür in der Freizeit umso mehr.“*

### **Unfälle und Fehlzeiten im Betrieb lassen sich beeinflussen**

Dieser Aussage stimmen elf Personen voll und eher überein.

*„Ja, seit wir die Schutzbrillen der SUVA angeschafft haben, haben wir praktisch keine Augenverletzungen mehr.“*

*„Durch das konsequente Tragen von Handschuhen und die Spezialseife und Salbe haben wir eigentlich keine Leute mehr mit Ekzemen.“*

Die drei Interviewpartner, auf die diese Aussage nicht (1) oder eher nicht (2) zutrifft, stammen aus der Dienstleistungsbranche. Sie erachten die Möglichkeiten in ihrem Bürobetrieb auf Unfälle und Fehlzeiten einzuwirken als sehr gering.

*„Bei uns im Büro stimmt das eher nicht, da kann ich nicht viel dazu beitragen, dass sich Leute nicht verletzen oder krank werden, wenn ich natürlich Leute am Fließband hätte, wäre das anders.“*

### **Jeder Mitarbeitende muss selber um seine Gesundheit besorgt sein**

Diese Aussage trifft mehrheitlich auf Zustimmung. Für sieben Führungskräfte trifft dies voll zu, für vier trifft dies eher zu und für drei teilweise. Die Branchenverteilung ist ausgeglichen, ebenso spielen Größe des Betriebs keinen Einfluss.

Nur ein Teilnehmer widerspricht dieser Meinung.

*„Ich will ja gesunde und motivierte Mitarbeiter. Wir haben in Kurse und neues Traumaterial investiert. Zuerst haben sie gelacht, aber später haben sie dann schon gesehen, dass es gut ist.“*

### **Das Gesundheitsverhalten lässt sich durch den Arbeitgeber beeinflussen**

Acht der Befragten finden diese Aussage teilweise bzw. voll zutreffend. Im Gegensatz dazu ist für sieben der Befragten die Eigenverantwortung ein zentraler Punkt und sie stimmen mit dieser Aussage nicht überein.

*„Ja, das kann man. Man muss die Leute fast zwingen eine Brille zu tragen. Aus Bequemlichkeit stellen sie nicht um. Ist leider so.“*

*„Teilweise schon. Wenn ich da an unsere Kinästhetikkurse denke, die sehr teuer sind und danach sehe, wie es nicht umgesetzt wird. Und wir haben sie ja für das Personal angeboten, damit die rüchenschonend arbeiten können.“*

*„Glaube schon, sonst würden wir ja keine BGF Massnahmen durchführen. Aber wie sie dann nach Feierabend leben, darauf habe ich natürlich keinen Einfluss.“*

### **3.6.4 Motive zur Einführung bzw. Durchführung von BGF-Massnahmen**

Mit diesem Frageblock sollen Antworten auf die Fragestellung nach möglichen Anreizen und überzeugenden Argumenten für BGF gefunden werden.

#### **Gründe zur Einführung von BGF-Massnahmen**

Die Antworten auf die Frage, welche Gründe Unternehmen zur Einführung von BGF bewogen haben, respektive welche Auswirkungen sie als attraktiv und erstrebenswert erachten würden, um BGF einzuführen, werden im folgenden Abschnitt dargestellt. Zur einfacheren Beantwortung der Frage wurden gängige Kategorien der BGF-Literatur entnommen und den Probanden vorgeschlagen.

Dazu zählen beispielsweise hohe Krankheits-/Unfallabsenz, wirtschaftliche Gründe, Wissen um ein erfolgreiches Unternehmensbeispiel etc. Die Nennungen werden in der absteigenden Reihenfolge der Häufigkeit vorgestellt.

#### **Wirtschaftliche Gründe**

Dieser Hintergrund, der zum Entscheid zu BGF führen kann, nennen sieben der Befragten als mögliches ausschlaggebendes Argument. Dieses Argument wird dabei von Vertreterinnen und Vertretern der Bau- und Produktionsbranche häufiger genannt.

*„Ja, natürlich mündet am Schluss alles im Portemonnaie, das ist so, eindeutig. Aber es ist natürlich das Wohlbefinden des einzelnen, welches interessiert. Und dies führt zu besserer, motivierter Leistung und daraus folgt natürlich die bessere wirtschaftliche Leistung.“*

#### **Hohe Absenzzrate**

Hohe Krankheits-, respektive Unfallabsenzen wurden nur von vier der Befragten als (mögliche) Gründe angegeben. Die Branchen sind dabei gleichmässig vertreten; alle vier sind eher kleinere Unternehmen. Die Betriebe aus der Bau- und Produktionsbranche gaben an mit ihrer Betriebsunfallhäufigkeit bereits in der niedrigsten Prämienstufe zu sein. Zwei Drittel der Unfälle seien Sport- und Freizeitunfälle, die von Arbeitgeberseite nicht zu beeinflussen seien.

### **Persönliche Erfahrung mit Krankheit**

Als zusätzliche Gründe wurden von vier Teilnehmern selber erlebte längere Krankheitsabsenzen genannt und die daraus erfolgte veränderte Bedeutung der eigenen Gesundheit.

*„Ich habe selber erlebt, wie das ist, wenn man morgens vor Schmerzen nicht mehr aus dem Bett kommt. Ich war danach in einer Reha-Klinik und habe rückengerechtes Verhalten gelernt.“*

### **„Model of good practice“**

Das Kennen eines erfolgreichen Beispiels hat nur eine Person überzeugt. Konkret ist ein Zulieferbetrieb besagter Firma ein Modellunternehmen des Programms KMU-vital und wurde an der Informationsveranstaltung als Beispielbetrieb vorgestellt.

*„Ja, Così im Zürcher Oberland hat KMU-vital mitgemacht, fand ich spannend, was die so gemacht haben. Ist gut bei mir angekommen.“*

In anderen Aussagen wurde deutlich gemacht, dass „Models of good practice“ nur akzeptiert werden, wenn es sich dabei um Betriebe handelt, die in Bezug auf Grösse und Branche mit dem eigenen Unternehmen vergleichbar sind, ansonsten sie abgelehnt werden.

### **3.6.5 Nutzen durch die Einführung von BGF-Massnahmen**

Mit diesem Frageblock wurden alle Betriebe gefragt, welchen Nutzen durch die Einführung von BGF sie für erstrebenswert und realistisch halten, respektive sie tatsächlich in ihrem Unternehmen wahrgenommen haben. Keine der vier BGF erprobten Betriebe hat jedoch den Nutzen bisher tatsächlich quantifiziert, da die Erfassung zum Teil nicht einfach ist und auf multikausalen Zusammenhängen begründet ist.

Bei der Beurteilung des erwünschten Nutzens durch die Einführung von BGF-Massnahmen konnte aus vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ausgewählt werden, wie z.B. Einsparungen, gesteigerte Mitarbeiterzufriedenheit, Imagegewinn, geringere Fluktuation, erhöhte Mitarbeiterbindung.

Die Nennungen werden in der Reihenfolge der Häufigkeit vorgestellt.

## **Imagegewinn**

Mit elf Nennungen wurde der **Imagegewinn** als häufigster Nutzen von BGF Massnahmen im Betrieb genannt. Das Dienstleistungsunternehmen, welches BGF am systematischsten umgesetzt hat, räumt zwar ein, dass der Effekt des Imagegewinns bei ihnen bisher noch nicht quantifiziert wurde, er jedoch der Überzeugung ist, dass ein Betrieb, der sich aktiv um die Gesundheit der Mitarbeiter kümmert, ein attraktiver Arbeitgeber und ein geschätzter Dienstleistungsanbieter ist. Ähnlich äussert sich der Inhaber eines kleineren Dienstleistungsunternehmens.

*„Gesunde und zufriedene Mitarbeiter haben eine ganz andere Wirkung auf die Kundschaft, das wirkt sich sicher positiv auf unser Image aus.“*

## **Zufriedenere Mitarbeitende aus sozialem Motiv**

Die gesteigerte Mitarbeiterzufriedenheit ist mit acht Nennungen der am zweithäufigsten festgestellte oder angenommene Nutzen.

Der Zusammenhang von gesunden Mitarbeitern und geringerer Krankheitsabsenz sowie geringerer Fluktuation wurde mehrfach genannt. Dies alles sei auch wirtschaftlich vorteilhaft für den Betrieb, nach Meinung der Befragten. Dazu äussert der Vertreter eines kleineren Handwerksbetriebs, dass ihm weniger an finanziellen Einsparungen gelegen ist, sondern zufriedene Mitarbeiter wichtiger sind. Ebenfalls eher soziale Motive äussern folgende zwei Geschäftsinhaber von kleineren Betrieben.

*„Also finanzielle Ersparnis ist mir nicht soviel wert, da mache ich lieber mit dem eingesparten Geld für alle zusammen ein schönes Fest.“*

*„Ich bin gläubiger Christ und das versuche ich auch im Berufsleben zu leben. Insofern möchte ich, dass es meinen Mitarbeitern gut geht.“*

Beiden Branchen und unabhängig der Betriebsgrösse sind zufriedene Mitarbeitende wichtig.

## **Mögliche Einsparungen**

Fünf Personen nannten die möglichen Einsparungen durch die Einführung von BGF als potenziellen Nutzen. Dabei fällt auf, dass bei diesen Antworten die Branche

gleichmässig verteilt sind, sich jedoch keine Unternehmensvertreter aus Betrieben über 50 Angestellten unter den Befürwortern dieses Argumentes befinden.

*„Schlussendlich hängt ja alles zusammen. Arbeitsplatzzufriedenheit wirkt sich auf die Krankheitshäufigkeit aus und deshalb ist schlussendlich alles wirtschaftlich orientiert. Aber das ist nicht der Hauptantrieb, einfach ein guter Nebeneffekt.“*

Ein Drittel der Befragten kann sich vorstellen, dass mit der Einführung von BGF Massnahmen ein für ihr Unternehmen positiver Effekt angestrebt werden kann.

### **Geringere Fluktuation und gesteigerte Mitarbeiterbindung**

Dieser Effekt wäre für nur drei der Interviewteilnehmenden ein denkbarer Nutzen von BGF-Massnahmen. Ein Unternehmer gibt an, schon vor Einführung von BGF eine sehr niedrige Fluktuation zu haben, während ein Vertreter eines Handwerksbetriebs meint, dass ihre Fluktuation eher mit der Tendenz der jungen Berufsleute zusammenhängt, sich nur noch temporär anstellen zu lassen.

*„Mitarbeiterbindung und Teamgeist entsteht ja nur schon dadurch, dass man etwas (Turnen, Nordic Walking) zusammen macht und das gibt Teamgeist, was ja dann auch wieder für die Zusammenarbeit von Nutzen ist.“*

Insgesamt zeigen sich die humanitären Motive durchaus prominent gegenüber den monetären Motiven. Wobei der Aspekt der sozialen Erwünschtheit möglicherweise auf das Antwortverhalten Einfluss nimmt und Befragterinnen oder Befragter mit anderem Hintergrund möglicherweise Antworten mit einer stärkeren wirtschaftlichen Tendenz gegeben hätten. In vorliegender Probandengruppe äussern sich Indizien, dass die Grösse des Betriebes auf die Motive einen Einfluss haben, sowie dass in kleineren Familienbetrieben eher eine Führungskultur der sozialen Verantwortung und Zusammengehörigkeit gelebt wird, als in grösseren Betrieben.

### **3.6.6 Anreize zur Einführung bzw. Durchführung von BGF-Massnahmen**

Finanzielle Anreize durch den Kanton

Die Frage nach der Akzeptanz von finanziellen Anreizen durch den Kanton wurde nur acht Befragten gestellt.

Lediglich drei Befragte erachten finanzielle Anreize des Kantons als eine positive Methode.

*„Ja, Geld hilft immer zu motivieren. Das ist so. Wobei das darf nicht im Vordergrund stehen, aber ich finde Anreizsysteme immer gut. Auf welcher Ebene auch immer. Weil ich eben weiss, dass es etwa bewirkt. Wenn es anders nicht geht, geht's halt mit Geld.“*

Zwei Beteiligte finden, dass sie die finanzielle Unterstützung zwar in Anspruch nehmen würden, jedoch könnte man so etwas vom Staat gar nicht erwarten.

*„Es ist grundsätzlich schön, dass man was bekommt, aber es sollte nicht davon abhängig sein, denn wenn der Mitarbeiter mitmacht und motiviert ist und dadurch weniger krank ist, wird der Aufwand längstens wettgemacht. Ich erwarte nicht vom Staat, dass er mir was an die Personalschulungsausfallkosten bezahlt.“*

*„Ich bräuchte das Geld nicht, aber ich würde es nehmen und einer gemeinnützigen Organisation weitergeben.“*

Drei Personen halten nichts von finanziellen Anreizen. Sie meinen, wenn sie Geld in die Gesundheit der Mitarbeitenden investieren würden, dann wegen der Angestellten und nicht wegen allfälliger Anreize.

*„In unserem Bereich finde ich finanzielle Anreize unnötig. Mag vielleicht anderswo funktionieren. Ich bin grundsätzlich kein Fan davon. Wenn man Verantwortung übernehmen will, dann soll man das machen. Ich kann nicht in meine Infrastruktur investieren und aber dann für die Rückenschulung meiner Mitarbeiter Geld erwarten.“*

### **3.6.7 Gesundheitsschulung für Führungskräfte**

Neun der fünfzehn Interviewpartnerinnen –und -partner wurden gefragt, ob sie eine zweitägige Schulung für Führungskräfte besuchen würden. Als Inhalt der Schulung wurden allgemeine Informationen zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen und das Ausüben eines gesunden Lebensstils angegeben, um auch somit für die Mitarbeitenden eine Vorbildfunktion übernehmen zu können. Fünf der Befragten zeigten sich interessiert und könnten sich vorstellen, an einem solchen Seminar teilzunehmen.



„Ja, da wäre ich interessiert. Da würde ich ja auch profitieren, z.B. wie ich abends besser abschalten kann.“

Drei der Befragten äusserten aus verschiedenen Gründen Desinteresse.

**Kein Interesse an einer Teilnahme**

*„Ich weiss selber schon sehr viel und glaube nicht, dass mir so was etwas bringen würde.“*

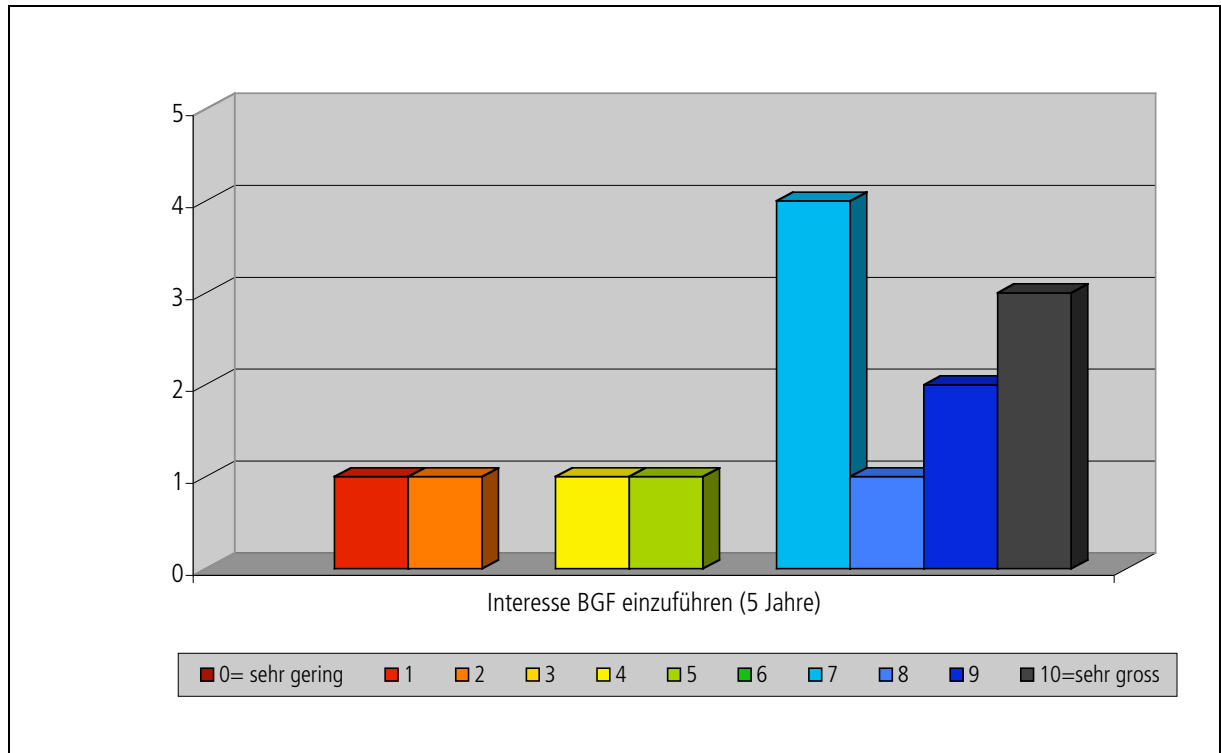
**Keine Zeit für eine Teilnahme**

*„Ich hätte keine Zeit um 2 Tage vom Betrieb wegzubleiben.“*

### 3.6.8 Interesse BGF in den nächsten fünf Jahren einzuführen oder auszuweiten

Die Teilnehmenden wurden gebeten, auf einer 10-stufigen Skala ihr Interesse anzugeben, BGF in den nächsten fünf Jahren einzuführen, respektive weiterzuverfolgen.

Abbildung 8: Interesse BGF in den nächsten 5 Jahren einzuführen/auszuweiten (N=15)



Aus Abbildung 8 geht hervor, dass zehn von vierzehn Antworten zwischen sieben und zehn der zehnstufigen Skala liegen, wobei der Wert zehn einem sehr grossen Interesse entspricht, BGF in den nächsten fünf Jahren einzuführen bzw. weiter auszubauen. Zwei der grösseren Betriebe, die BGF systematisch umsetzen und ein Kleinbetrieb der BGF im Rahmen seiner Möglichkeiten umsetzt, geben das maximale Interesse an, BGF zu erweitern. Lediglich 2 Betriebe äussern aus persönlichen Einstellungsgründen oder strukturellen Ursachen ein sehr geringes Interesse an BGF.

#### Betrieb zu klein

Der Inhaber dieses Mikrounternehmens aus der Dienstleistungsbranche sieht die Möglichkeiten der Umsetzung durch seine geringe Angestelltenzahl eingeschränkt.

*„So wie ich es am Workshop kennen gelernt habe, ist BGF nichts für uns. Das hat nichts mit nicht wollen zu tun, sondern mit der Grösse des Betriebs. Ich kann nicht mehr machen, von dem was ich dort gehört habe.“*

„Ich finde es vernünftig etwas zu tun, Frage ist nur wie viel. KMU-vital ist ein riesiges Projekt. Man sollte mit kleinen Schritten anfangen. Wir haben ja noch anderes zu tun den ganzen Tag und wer würde das machen? Das müsste ich machen.“,

### BGF wird weitergeführt

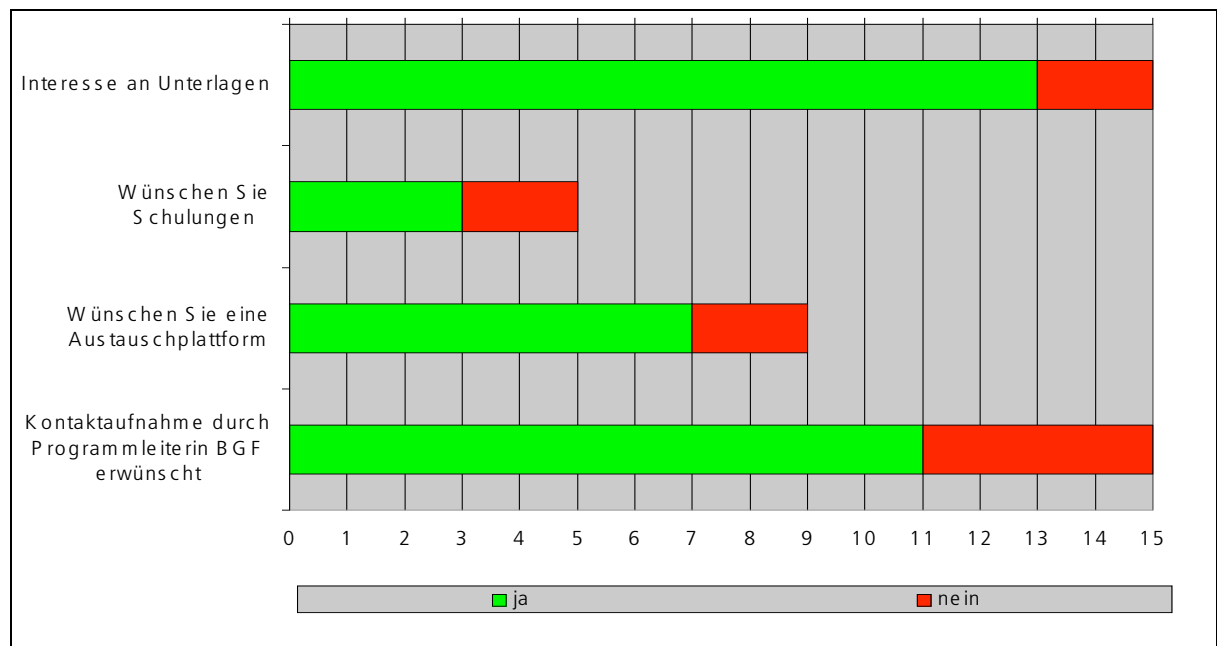
Ein Mitglied der Personalleitung eines Unternehmens, welches BGF sehr weitgehend implementiert hat, bekräftigt den eingeschlagenen Kurs, weist gleichzeitig aber auch auf Gefahren von BGF hin.

„Auf alle Fälle machen wir weiter mit BGF, aber man darf das Thema nicht zu euphorisch aufblasen. Es birgt ja auch die Gefahr der Diskriminierung von Mitarbeitern, die nicht gesund leben oder auch gegenüber anderen Firmen, die nicht soviel Geld und Möglichkeiten haben wie wir.“

### 3.6.9 Wünsche an die Programmleitung BGF

In diesem Kapitel werden die Wünsche der befragten Unternehmensvertreterinnen und Vertreter an die Programmleitung BGF vorgestellt. Dabei wurde die Frage offen gestellt und erst bei Zögern Antwortmöglichkeiten angeboten. Die Resultate sind in Abbildung 9 zusammengefasst.

Abbildung 9: Interesse an weiteren Informationen (N=15)



Dreizehn Personen wünschen sich Informationsmaterial und Unterlagen zu verschiedenen BGF-Themen. Die verhaltensorientierten Inhalte werden dabei häufiger genannt, als verhältnisorientierte Themen.

### **Gesundheitsbezogene Inhalte**

*„Ja, so Informationsmaterial, wo man sich bestellen kann, wenn etwas interessant ist und auch Broschüren, für die Mitarbeiter.“*

*„monatliches Gesundheitsmail.“*

### **Informationen zu empfohlenen BGF Anbietern**

*„Informationen und Empfehlungen über qualifizierte Anbieter. Ich werde täglich überflutet mit Werbung von Gesundheitsanbietern, wie soll man wissen wer gut ist?“*

*„Die GD (Gesundheitsdirektion) könnte eine Filterfunktion übernehmen und eine Informationsanlaufstelle sein.“*

### **Zielgruppenspezifische Schulung zu BGF**

Mit drei Zustimmungen, zwei Verneinungen und zehn Enthaltungen werden Schulungen zu BGF zurückhaltend bewertet. Dabei wurde von den kleineren Betrieben mehrfach der Anspruch nach branchenspezifischen Schulungen und der Berücksichtigung der Betriebsgrösse als unabdingbare Voraussetzung einer Teilnahme geäussert. Gerade auch die Workshop- und Informationsveranstaltungsteilnehmenden unter den Befragten äusserten sich in diesem Zusammenhang

*„War interessant für uns, aber ich kam mir vor wie im falschen Film. Ist nicht ganz das richtige für uns. Vielleicht eher für eine Grossbetrieb.“*

### **Einzelne Schwerpunkte von BGF mit ökonomischen Rahmenbedingungen**

Thematisch werden eher spezifische Inhalte gewünscht, als BGF als ganzes Programm. Auch dieser Aspekt wurde von kleineren Betrieben eingebracht.

*„Das hat für uns Kleine keinen Sinn BGF als ganzes Konzept einzuführen. Viel besser einzelne Teile davon, die Sinn machen für unsern Betrieb.“*

Ebenfalls sollten Schulungen möglichst praxisbezogen und zeitlich nicht aufwendig sein. Richtet sich die Schulung direkt ans Personal, wird eine „In-House“-Lösung aus wirtschaftlichen Gründen bevorzugt.

### **Austauschplattform**

Die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Austauschplattform wird von sieben Firmenvertretern gutgeheissen. Darunter befinden sich deutlich mehr Vertreter der Bau- und Produktionsbranche. Dies sollte jedoch auch hier wieder auf die Bedürfnisse der Branchen und die Grösse der Unternehmen ausgerichtet sein. Zwei Personen sind nicht an einer Austauschplattform interessiert und sechs Teilnehmende äusserten sich nicht dazu.

*„Ja, das wäre interessant, so 2 x 1 oder 2 Stunde im Jahr mit anderen der Branche austauschen und voneinander lernen.“*

### **Persönliches Gespräch**

Elf der befragten Unternehmensvertreterinnen und -vertreter sind an einer Kontaktaufnahme durch die Programmleitung BGF interessiert. Vier Personen gaben an, sich zu melden, wenn sie Bedarf an Beratung hätten. Eine Person hat grundsätzlich kein Interesse am Thema und wünscht auch keine Kontaktaufnahme.

### **Weitere Bedürfnisse und Anregungen**

Als weitere Wünsche an die Fachstelle wurde unter anderem genannt: Gesundheitschecks für Mitarbeitende und Beratungsdienstleistungen für Mikrounternehmen bereitzustellen, sowie als Anlaufstelle bei konkreten Fragen zur Verfügung zu stehen.

### **3.7 Zusammenfassung der Ergebnisse**

#### **Kenntnisstand von BGF, der Programmleitung, sowie KMU-vital**

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Kenntnisstand von BGF als gut bezeichnet werden kann, auch die Programmleitung BGF des Kantons ist immerhin knapp zwei Dritteln der Beteiligten bekannt. Hingegen kennt nur ein Drittel der Teilnehmenden KMU-vital. Zudem wirkt sich die Grösse der Unternehmen auf den Kenntnisstand von BGF und KMU-vital aus, da die vier grösseren Betriebe die Fragen insgesamt häufiger mit Ja beantworteten.

#### **Stand von BGF in den befragten Unternehmen**

Grössere Unternehmen setzen BGF systematischer um, als kleine und mittlere Unternehmen. Unternehmen im Gesundheitswesen sowie Bürobetriebe sind fortgeschrittener in der Umsetzung von BGF als z.B. Unternehmen der Baubranche. Ebenso hat sich gezeigt, dass in der Bau- und Produktionsbranche das Verständnis von Arbeits- und Unfallschutz unter den Auflagen der Unfallversicherer dominiert. Dies bedeutet auch, dass in diesen Branchen (mit einer Ausnahme) Gesundheits- und Präventionskurse hauptsächlich im Zusammenhang mit Arbeitssicherheit und SUVA-Vorschriften gesehen werden.

Zu den am weitesten umgesetzten BGF-Massnahmen gehören Personalentwicklung und ergonomische Arbeitsplatzgestaltung. Dabei unterscheiden sich die Branchen nicht.

Im Gegensatz dazu sind Führungsschulung zu BGF, Gesundheitszirkel und gesunde Ernährung (Kantinenküche) am wenigsten systematisch umgesetzt. All diese Massnahmen sind in kleineren Firmen und Firmen mit Aussendienstmitarbeitern schwierig zu realisieren.

Absenzen werden praktisch in allen Betrieben über 16 Angestellte erfasst. Die Frage nach der systematischen Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten wurde vom Absenzmanagement getrennt. Aber auch dort sind Kleinbetriebe weniger flexibel in der Bereitstellung alternativer Arbeitsmöglichkeiten, obwohl die Bereitschaft und der Wunsch danach durchaus zum Ausdruck kommt.

In den drei grössten Unternehmen dieser Stichprobe wird BGF bereits umfassend und konzeptionell umgesetzt. Ein grösseres Unternehmen aus der Tiefbaubranche hat noch wenig BGF-Wissen, äussert sich jedoch sehr interessiert.

Es zeigt sich auch, dass einige Kleinstbetriebe mit wenigen Angestellten durchaus Massnahmen der BGF umsetzen, wie z.B. Wasserstationen, ergonomisch optimierte Büroarbeit, Fruchtekörbe, gleitende Arbeitszeiten etc.

### **Einstellung der Führungsvertreterinnen und -vertreter**

Den Einfluss, den Vorgesetzte auf das Gesundheitsverhalten ihrer Mitarbeiter ausüben können, sehen die befragten Personen als mittel bis gering an. Eine gewisse Vorbildwirkung wird von den meisten Befragten jedoch eingestanden. Daher findet auch der Grossteil der Teilnehmenden, dass jeder Mitarbeiter mehr oder weniger selber um seine Gesundheit besorgt sein muss.

Dass sich Unfälle und Fehlzeiten beeinflussen lassen, wird eher von Angehörigen der Bau und Produktionsbranche gesehen. Im Gegensatz dazu sind Angehörige der Dienstleistungsbranche vermehrt der Meinung, dass Mitarbeiterzufriedenheit mit BGF-Massnahmen gesteigert werden könne.

Fast alle Personen sind der Meinung, dass sich die Einführung von BGF in verschiedener Hinsicht lohnt. Das heisst, die meisten Firmen attestieren BGF positive Auswirkungen, auch wenn in einigen Fällen noch keine grossen Erfahrungen mit BGF vorliegen. Ein Geschäftsführer hält grundsätzlich nichts von BGF und findet Gesundheit sei Sache jedes Einzelnen.

### **Gründe zur Einführung von BGF- Massnahmen**

Hohe Absenzzraten scheinen weniger ausschlaggebend zu sein für den Entscheid zur Einführung von BGF-Massnahmen, sondern mit sieben Nennungen allgemein wirtschaftliche Gründe. Dahinter steckt die praktische Erfahrung, dass die Zufriedenheit der Mitarbeitenden und deren Arbeitseinsatz in hohem Masse korrelieren und sich günstig auf den Geschäftsgang auswirken. Mit vier Nennungen wurden auch persönliche Erfahrungen mit Krankheit geäussert, welche offenbar einen sensibilisierenden Einfluss ausüben.

### **Erwarteter Nutzen durch die Einführung von BGF**

Der Imagegewinn wird am häufigsten als erwarteten, attraktiven Nutzen genannt. Die Probanden sind der Meinung, dass Gesundheit eine positive, erwünschte Signalwirkung auf die Mitarbeitenden und die Öffentlichkeit ausübt. Der am zweit häufigsten genannte Wunsch sind zufriedener Mitarbeiter. Diesen Aspekt äussern vor allem

kleine, familiär geführte Unternehmen. Skeptisch wird teilweise die Akzeptanz von Mitarbeitenden eingeschätzt. Auch wurden Befürchtungen geäussert, mit BGF-Massnahmen steigende Ansprüche unter den Mitarbeitenden zu schüren.

Mögliche Einsparungen als Konsequenz von BGF- Massnahmen erscheint nur für einen kleineren Teil der Befragten, welche aus der Gruppe der Betriebe mit über 50 Mitarbeitenden stammen, als attraktiven Nutzen.

Der Nutzen der niedrigeren Fluktuation überzeugt wenig und scheint auch mit anderen Gründen assoziiert zu werden, respektive wird Fluktuation nicht als problematisch oder beeinflussbar eingeschätzt.

### **Anreize zur Einführung, bzw. Durchführung von BGF**

Finanzielle Anreize sind nur bei einem guten Drittel der Befragten Ansporn, z.B. Gesundheitskurse zu realisieren. Dass Gesundheit auch bei den befragten Personen eine grosse Bedeutung besitzt, zeigte sich in der Bereitschaft von immerhin fünf Personen von neun, an einem zweitägigen Gesundheitsseminar für Führungskräfte teilzunehmen. Drei Teilnehmende äusserten auch bereits gemachte Erfahrungen mit längeren Krankheitsabsenzen. Dabei liegt auch die Vermutung nahe, dass die Bereitschaft Gesundheit im Betrieb zum Thema zu machen, mit dem persönlichen Stellenwert von Gesundheit der Führungsperson korreliert. Einhergehend mit der Verbesserung der eigenen Gesundheit der Führungskräfte können die Führungsaufgaben wirkungsvoller wahrgenommen werden

### **Bereitschaft BGF in den nächsten Jahren einzuführen, respektive weiterzuführen**

Zwei Drittel der Befragten geben ein grosses Interesse an BGF in ihrem Unternehmen an. Von den Unternehmen, welche BGF systematisch eingeführt haben, wollen alle das Thema weiterführen, bzw. weiter ausbauen. Gründe für fehlende Absicht zur BGF – Massnahmen sind bei der Einstellung und bei der Firmengrösse (Mikrobetrieb) zu suchen.

### **Wünsche der Unternehmensvertreterinnen und -vertreter an die kantonale Fachstelle**

Das Bedürfnis nach Informationsmaterialien zu BGF dominiert bei den befragten Unternehmensvertreterinnen und -vertretern. Dabei kommt auch eine Unsicherheit bei der



Auswahl von BGF- Angeboten und Anbietern zum Ausdruck. Es wird eine Sondierung und Empfehlungen von unabhängiger Seite gewünscht.

Bei einer deutlichen Mehrheit besteht ein Bedarf nach einem Beratungsgespräch zur Klärung der Inhalte von BGF und den betriebsbezogenen Möglichkeiten.

Schulungen werden eher zurückhaltend aufgenommen, sind sie doch für kleinere Unternehmen auch schwierig in den Betriebsalltag unterzubringen. Kurze, praxisorientierte und möglichst nahe, erreichbare Schulungen stossen durchaus auf Akzeptanz.

Eine Austauschplattform wird von beinahe der Hälfte der Befragten gutgeheissen. Verschiedentlich wird der Wunsch geäussert, dass sie innerhalb der Branche und ähnlicher Betriebsgrösse stattfinden sollte.

## 4. Diskussion

### Wissenstand

Nahezu allen Teilnehmenden ist BGF, sowie die Programmleitung bekannt. Der hohe Bekanntheitsgrad lässt sich auch mit der Zusammensetzung der Stichprobe erklären; haben doch zwei Drittel der Befragten bereits an Veranstaltungen zum Thema teilgenommen. Aber auch unter den sechs Probanden, die nicht an den Veranstaltungen teilgenommen haben, werden BGF-Kenntnisse mehrheitlich bestätigt. Während BGF vor wenigen Jahren erst in Grossunternehmen ein Thema war, ist das Wissen darum auch in die kleineren Unternehmen, ohne speziell geschulte Personalfachleute gelangt. Klein- und Mittelunternehmen machen die Mehrheit in dieser Erhebung, aber auch gesamtschweizerisch aus. Deswegen kann insgesamt von einer fortgeschrittenen Sensibilisierung der Betriebe gegenüber dem Thema BGF gesprochen werden. Es bleibt jedoch einzuräumen, dass das Verständnis von BGF in technischen Produktionsstätten und Baubetrieben noch stark von der Arbeitssicherheit und den SUVA-Richtlinien geprägt ist. Vergleichbar mit den Ergebnissen der anderen Studien, lässt sich vermuten, dass BGF unterschiedlich verstanden wird. Dieser Differenzierung sollte in zukünftigen Sensibilisierungsmassnahmen mehr Gewicht beigemessen werden.

KMU-vital kennt nur ein Drittel der Befragten. Dieser Befund erstaunt, weil dieses Modell an den beiden Veranstaltungen vorgestellt wurde und so theoretisch mindestens zwei Drittel der Befragten davon gehört haben sollten. Wahrscheinlich war es nicht allen auf der Teilnehmerliste stehenden Personen möglich an den Veranstaltungen teilzunehmen und dies (vielleicht aus Gründen der sozialen Erwünschtheit) nicht angegeben werden konnte. Interessant sind jedoch die Aussagen einiger kleinerer Betriebe, welche KMU-vital als überdimensioniertes Konzept verstehen, das Kleinbetriebe eher abschrecken als animieren würde. Das Programm KMU-vital wurde speziell für die Zielgruppe kleinere und mittlere Unternehmen erstellt. Die Schwerpunkte liegen jedoch in einem ganzheitlichen organisationalen Ansatz, welcher sich an die Arbeitsverhältnisse richtet und weniger den Individualansatz fokussiert. Es lässt sich schlussfolgern, dass offensichtlich die Bedürfnisse der Kleinunternehmen bei der Vermarktung von KMU-vital – und überhaupt bei jeglichen BGF Strategien - noch stärker aufgenommen werden müssen und die modulartige Handhabung des Programms deutlicher zum Ausdruck gebracht werden muss. Allenfalls lassen sich mit ersten verhaltensorientierten Massnahmen Türen für BGF öffnen und in einem weiteren

ren Schritt verhältnisorientierte Massnahmen in Richtung Humanisierung der Arbeitsinhalte in die Praxis bringen.

### **Stand der Umsetzung von BGF-Massnahmen**

Vier Betriebe haben praktisch alle BGF-Massnahmen bereits systematisch umgesetzt. Übertragen auf das transtheoretische Modell befinden sich diese in der Stufe der Aufrechterhaltung, bzw. Stabilisierung. Demzufolge könnte beispielsweise ein Erfahrungsaustausch mit anderen BGF erprobten Unternehmen, zur Stärkung der BGF Kultur im Betrieb beitragen, wie im TTM die stufengerechte Strategie empfiehlt. Ein Teil der anderen Betriebe hat einzelne Massnahmen eingeführt. Die dabei am häufigsten genannten Massnahmen liegen im verhältnisorientierten Bereich (Ergonomie, Personalentwicklung und optimale Arbeitsgestaltung) oder nach der arbeitspsychologischen Systematisierung im prospektiven Gebiet.

Bei den Massnahmen, welche Interesse geweckt haben oder bereits die Absicht besteht diese demnächst einzuführen, dominieren klar personenorientierte, präventive Angebote, wie zum Beispiel Nordic Walking Kurse oder Rauch-Stopp-Kampagnen. In einzelnen Branchen (hoher Männeranteil, junge Belegschaft oder hoher Anteil an fremdsprachigem Personal) mischen sich jedoch auch Zweifel bezüglich der Akzeptanz von solchen Gesundheitspräventionskursen. Dieser Umstand weist daraufhin, dass das Gesundheitsverständnis kulturellen, alters- und geschlechtsbedingten Einflüssen unterworfen ist.

Diese interessierte, aber noch unentschlossene Gruppe liesse sich nach dem transtheoretischen Modell in die Stadien der Absichtsbildung, bzw. der Vorbereitung einteilen und hätte demnach einen Bedarf an konkreter Unterstützung bei der Umsetzung und Durchführung, welche am ehesten im persönlichen Kontakt und Hilfe durch die Programmleitung, respektive professionelle Anbieterinnen und Anbietern zu decken wäre. Dabei sollte die Initiative betriebsextern erfolgen, denn gerade kleinere Unternehmen äussern, neben dem Tagesgeschäft kaum Zeit für anderes zu haben.

Eine recht grosse Anzahl der befragten Entscheidungsträgerinnen und -träger setzt verschiedene Massnahmen unregelmässig um.

Eine weitere Gruppe würde gerne etwas machen, ist aber von der Betriebsgrösse her oder wegen der vielen Aussendienstangestellten eingeschränkt und auch unsicher, welche Massnahmen für sie sinnvoll wären. Diese Unsicherheit könnte sicher mit elementaren Informationen zu BGF-Massnahmen aus dem Weg geräumt werden, die entwe-

der individuell oder zielgruppenspezifisch aufbereitet Informationen sind. 13 Firmen zeigen sich an einer Kontaktaufnahme durch die Fachstelle sehr interessiert.

Gewisse BGF-Massnahmen wie gesunde Kantine oder Gesundheitszirkel erweisen sich in kleineren Betrieben als nicht umsetzbar. Ebenso sind bestimmte Arbeitsplatzverhältnisse wie beispielsweise bei Montage ausser Haus oder in der Baubranche, aber auch im Gastgewerbe, nicht oder nur sehr eingeschränkt kompatibel mit einzelnen BGF – Interventionen. Diese Umstände konnten mit den vorgegebenen Antwortformaten nicht erfasst werden und bedürften einer siebten Antwortmöglichkeit, beispielsweise „trifft für uns nicht zu“.

### **Einstellungen und Überzeugungen der Unternehmensvertretenden**

Die meisten Unternehmensvertreterinnen und -vertreter sind grundsätzlich vom Nutzen von BGF überzeugt und bewerten BGF in unterschiedlichen Bereichen positiv. Dies meinen auch Personen, in deren Unternehmen noch kaum BGF-Interventionen durchgeführt wurden, als auch die BGF-fortgeschrittenen Betriebe. Dabei ist in Erinnerung zu rufen, dass es sich bei dieser Stichprobe um eine bereits gut informierte Gruppe handelt, sind doch mehr als die Hälfte der Befragten an Veranstaltungen zum Thema gewesen. Mehrheitlich besteht die Überzeugung, dass sich BGF auf den Betrieb in wirtschaftlicher Hinsicht positiv auswirke. Sei es nun über die Reduktion der Absenzen oder die erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit, welche auch zu einer besseren Arbeitsleistung führen. Die tatsächliche Einflussnahme auf das Gesundheitsverhalten des Einzelnen wird jedoch deutlich skeptischer beurteilt. Betrachtet man diesen Umstand mit dem grossen Interesse an personengerichteter Gesundheitsaktivitäten, stellt sich die Frage wie dies zu erklären ist. Da Unternehmerinnen und Unternehmer im Normalfall kein präventivmedizinisches Sendungsbewusstsein haben, so weisen die Aussagen der Probanden doch darauf hin, dass solche Angebote als Mittel zum Zweck dienen. Das heisst, man möchte den Mitarbeitenden „etwas Gutes tun“, was sich auch positiv auf das Betriebsklima auswirken und damit zu grösserer Mitarbeiterzufriedenheit führen soll. Der Glaube, dass sich dadurch tatsächlich ein veränderter Lebensstil einstellt, ist jedoch recht gering. Die eigene Vorbildwirkung auf das Gesundheitsverhalten der Mitarbeitenden wird ambivalent betrachtet, ist man sich doch der Beschränkung auf die Arbeitszeit bewusst. Die Teilnehmenden sind sich einig, dass Gesundheit die Selbstverantwortung und Freiwilligkeit jedes Einzelnen bedarf und nicht verordnet werden kann. Auch scheint bei einzelnen Interviewteilerinnen und Teilnehmern eine un-

terschwellige Befürchtung zu bestehen, dass die Ansprüche der Mitarbeitenden mit solchen Angeboten immer grösser würden. Es ist nachvollziehbar, dass Partizipation des Personals, welche ein grundlegendes Element von Gesundheitsförderung im Betrieb ausmacht, auch eine mögliche Angst vor Autoritätsverlust bei den Vorgesetzten auslösen kann. Sicher ist der zeitliche und finanzielle Spielraum von kleineren Betrieben eng begrenzt, sich neben dem Existenzsichernden Kerngeschäft Analysen und Umgestaltungen von Arbeitsprozessen zu widmen und sich dies negativ auf die grundsätzliche Bereitschaft zu Innovationen auswirkt. Diese zwei Vermutungen könnten auch die Erklärung bilden, weshalb BGF häufig mit klar abgrenzbaren, verhaltensorientierten Interventionen wie beispielsweise einem Stressabbaukurs oder Ernährungsworkshop Eingang in den Betrieb findet. Der Stellenwert, den Arbeit und Tätigkeitsinhalte auf die Entwicklung und das Wohlbefinden der Menschen ausübt, ist möglicherweise nicht bei allen Führungskräften bewusst. Hingegen wurde mehrfach der Einfluss eines guten Betriebsklimas und offener Gesprächskultur auf das Wohlbefinden geäußert. In der Fachliteratur gelten diese Aspekte als wichtigste psychosoziale Ressource und grundlegend zur Stressprävention.

Die grundsätzliche Bereitschaft zur Implementierung von gesundheitsförderlichen Massnahmen im Betrieb wird von 14 Interviewpartnerinnen und -partnern zugesagt. Die Mehrheit der Befragten räumt der Einführung von BGF-Massnahmen in den nächsten fünf Jahren sogar eine hohe Priorität ein. Es kann also von einer sehr hohen Sensibilisierung und nach dem transtheoretischen Modell, in der Stufe der Absichtsbildung sich befindender Probandengruppe gesprochen werden.

### **Überzeugende Gründe zur Einführung bzw. Durchführung von BGF**

In Hinblick auf mögliche Gründe, die für BGF sprechen, hat sich gezeigt, dass entgegen den Erwartungen die Last hoher Absenzen weniger zu drücken scheint, und wenn doch, dann mit kaum beeinflussbaren Faktoren wie Sportunfällen oder einer Grippe erklärt werden. Wirtschaftliche Gründe werden zwar als Anlass gesehen BGF einzuführen, aber vermehrt im Zusammenhang mit einer höheren Mitarbeiterzufriedenheit und daraus folgenden Produktivitätssteigerung. In diesem Sinne kann auch die relativ häufig genannte angestrebte Imageverbesserung angeführt werden. Imageverbesserung im Sinne eines positiven Erscheinungsbildes durch zufriedene, loyale Mitarbeitende, aber auch im Sinne des Images als Organisation. Prämierungen und Zertifizierungen

(Beispiel: Netzwerk gesundheitsfördernder Schulen) wie teilweise bereits umgesetzt, unterstützen dieses Image der Organisation in der Öffentlichkeit.

Als Grund BGF-Massnahmen zu realisieren, erschien auch öfters ein soziales Motiv: Der Wunsch, den Mitarbeitenden etwas zu deren Wohlbefinden zu bieten und ein wohlwollender Vorgesetzter oder eine wohlwollende Vorgesetzte zu sein, wurde in kleineren familiär geführten Betrieben häufig genannt. Unter solchen Rahmenbedingungen wird der Entscheid für BGF stark von der Erwartung der sozialen Akzeptanz der Zielgruppe (den Mitarbeitenden) beeinflusst. Wenn die Belegschaft vorwiegend jung und männlich ist, rechnen die Vorgesetzten mit wenig Interesse an Gesundheitsthemen und engagieren sich zurückhaltend für BGF.

Ein weiterer, die Einstellung zu BGF beeinflussender Faktor, liegt auf der individuellen Ebene. Eigenes gesundheitliches Bewusstsein, auch in Kombination mit einschneidenden Krankheitserfahrungen, scheint sich bei mehreren Probanden positiv auf die Einstellung zu Gesundheitsförderung auszuwirken. Die recht hohe Bereitschaft an einem Gesundheitsseminar für Führungskräfte teilzunehmen, zeigt, dass sich Führungskräfte der Wichtigkeit von Gesundheit bewusst sind und Bereitschaft zeigen, Zeit dafür zu investieren. In Kombination mit dem Wissen um die Vorbildfunktion vor allem auf Auszubildende, wäre dies durchaus eine recht erfolgversprechende Ausgangslage für spezielle Angebote an Führungsverantwortliche, in denen der persönliche Umgang mit Gesundheit, als auch BGF als Führungsstrategie kombiniert wird.

### **Erwarteter Nutzen durch die Einführung von BGF**

Am deutlichsten zeigt sich in Unternehmen mit Kundenkontakt die Erwartung eines Imagegewinns durch die Einführung von BGF. Gesundheit wird mit Zufriedenheit assoziiert und dies wiederum mit Dienstleistungserfolg. Diese Logik überzeugt auch Unternehmen, die bisher keine BGF-Massnahmen ergriffen haben. Ein betriebswirtschaftlicher Nutzen wird durch eine Reduktion der krankheits- und unfallbedingten Absenzen, als auch die erhöhte Produktivität des zufriedeneren Personals erwartet. Der konkrete, betriebswirtschaftliche Gewinn durch BGF-Massnahmen, beispielsweise durch die Senkung der Lohnausfallkosten, ist wissenschaftlich belegt, jedoch sind zwei gewichtige Schwierigkeiten bei der Argumentation des wirtschaftlichen Nutzens aufzuführen, welche nicht dazu beitragen vorhandene Skepsis bei Führungskräften zu zerstreuen. Einerseits hat die wirtschaftliche Lage, neben weiteren Faktoren ebenfalls bedeutenden Einfluss auf die Absenzzrate im Betrieb, andererseits sind viele Effekte

von Gesundheitsprävention und -förderung erst langfristig festzustellen. Da sind die Mitarbeiterzufriedenheit und die Kundenzufriedenheit (durch Befragungen), und Fluktuationskennzahlen, wenn auch multifaktoriell beeinflusst, doch unmittelbarer zu messen.

Zum Nutzen der durchgeführten personenorientierten, präventiven Massnahmen in Betrieben attestieren Wirksamkeitsstudien gerade zu Massnahmen wie Rauch-Stopp -Kampagnen oder gesündere Ernährung dem betrieblichen Setting einen recht hohen Wirkungsgrad, zum Teil sogar höher als in Kampagnen ausserhalb des Betriebes. Es wird auch bestätigt, wie bei den Probanden dieser Erhebung ebenfalls eingebracht, dass mit solchen Interventionen häufig schon ein sehr gesundheitsbewusstes Zielpublikum angesprochen wird. Der Anteil erreichter Personen aus den Risikogruppen hält sich in bescheidenen Grenzen. Jedoch ist durchaus vorstellbar, dass die animierende Wirkung für Verhaltensänderungen auf individueller Ebene im nahen Umfeld unter Arbeitskolleginnen und -kollegen stärker wirkt, als in anderen Lebensbereichen. Auch auf der Organisationsebene wird zunehmend auf den Vorbildeffekt mit einer gezielten Vermarktung und Vernetzung von erfolgreichen BGF erprobter Firmen, gesetzt. Eine Strategie, die sich bei dem schwierigen Weg Innovation und Forschungswissen in die Praxis zu bringen, als erfolgversprechend erwiesen hat und die auch vom europäischen Netzwerk für BGF prioritär verwendet wird.

Ein Proband in einem BGF fortgeschrittenen Betrieb weist zu Recht auf die Diskriminierungsgefahr von an Gesundheitsanlässen nicht teilnehmenden Mitarbeitenden hin, und betont die Wichtigkeit BGF auf freiwilliger Basis anzubieten. Dies entspricht auch dem Ansatz des TTM stufenadaptierte Interventionen ohne Druckausübung anzubieten. In weiteren Aussagen kommt zum Ausdruck, dass BGF von den Mitarbeitenden unterstützt werden sollte, ansonsten besser auf BGF-Massnahmen verzichtet würde, als Unzufriedenheit unter den Mitarbeitenden zu riskieren. Die ethischen Dimensionen und das Prinzip der Freiwilligkeit dürfen in der praktischen Umsetzung von Gesundheitsdiskussionen meines Erachtens nicht vernachlässigt werden.

### **Anreize zur Einführung von BGF**

Insgesamt wird zwar eine finanzielle Unterstützung gerade auch von den kleineren Betrieben nicht ausgeschlagen, aber als primärer Entscheidungsfaktor für die Einführung von BGF wenig geschätzt. Sind es in dieser Gruppe von Firmenvertreterinnen und -vertretern nicht fehlende finanzielle Ressourcen, sondern auch ein Mangel an

personellen und zeitlichen Kapazitäten, welcher sich bei der Absicht zur BGF Einführung als hinderlich erwiesen hat. Anhand der Resultate dieser Studie werden bei den KMU die finanziellen Hindernisse BGF einzuführen eher überschätzt. Zu einem gegensätzlichen Schluss kommen andere, hier vorgestellte Studien. Kleinbetriebe bräuchten gezielte finanzielle Unterstützung, sei es nun in Form von Beratungsdienstleistungen wie aktuell von der Gesundheitsförderung Schweiz angeboten wird oder über Prämiensparnissen oder Steuerreduktionen bei durchgeführten BGF-Massnahmen, wie teilweise in anderen Ländern praktiziert wird.

### **Wünsche der Entscheidungsträgerinnen und –träger zur Unterstützung bei der Einführung von BGF**

Das Interesse sich mit BGF in den nächsten Jahren auseinanderzusetzen ist vorhanden; eine aktive Kontaktaufnahme durch die BGF-Fachstelle zur Beratung und Erstabklärung wird gewünscht. Es besteht der Eindruck, dass BGF für viele inhaltlich noch wenig konkret ist. Zu dieser Ansicht sind auch andere Erhebungen gekommen. Die Befragten äussern ein deutliches Bedürfnis, in einem Beratungsgespräch den Bedarf und die Möglichkeiten von BGF im eigenen Betrieb zu klären. Sie wünschen konkrete inhaltliche Informationen zu BGF, welche individuell adaptiert und übernommen werden können. Die Unterstützung sollte dabei weniger finanziell sein, sondern inhaltlich begleitend. Da in der Schweiz die betriebliche Gesundheitsförderung auf freiwilliger Basis angeboten wird, ist eine aktive Kontaktaufnahme durch Gesundheitsbeauftragte und ein Bereitstellen praxisrelevanter Informationen und Werkzeuge von grosser Wichtigkeit.

Der für die Probanden unübersichtliche BGF-Anbietermarkt wird als erschwerend bei der Annäherung an das Thema erlebt. Dem Wunsch nach klaren Empfehlungen an BGF-Anbietern sollte von staatlicher Seite, zum Beispiel mit einer Zertifikatsvergabe und Qualitätsrichtlinien entsprochen werden. Eine verstärkte Transparenz der Zuständigkeiten und ein niederschwelliges Kontaktangebot würde Betrieben ohne Personalmanagement oder Gesundheitsbeauftragte, was in den meisten Betrieben in der Schweiz der Fall ist, den Zugang zur BGF erleichtern. Meines Erachtens liegt in der besseren Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen an BGF interessierten Institutionen (Staat, Versicherern und Krankenkassen) noch Entwicklungspotential verborgen.



## 4.1 Fazit und Empfehlungen

Es wird nur noch auf die Hauptfragestellung eingegangen und dazu Empfehlungen abgegeben.

Die Frage, welche Argumente für die Einführung von BGF im Betrieb überzeugen, respektive dagegen sprechen und welche Motive bei der Entscheidung zur Einführung gesundheitsförderlicher Massnahmen im Betrieb die Führungskräfte leiten, kann folgendermassen beantwortet werden.

Wirtschaftliche Gründe, beispielsweise mit der Absicht die Absenkkosten zu senken, scheinen bei grösseren Betrieben für den Entscheid zu BGF am stärksten ins Gewicht zu fallen. Absenzen werden in Klein- und Mittelbetrieben mit nur einer oder zwei Hierarchieebenen als weniger problematisch und mit lukrativem Einsparpotential wahrgenommen. In kleineren Unternehmen werden soziale Motive ebenso häufig wie monetäre Gründe genannt. Dabei müssen Vorgesetzte aber auch der Überzeugung sein, dass die Mehrheit ihrer Mitarbeitenden BGF schätzen würde. Gerade in familiär geführten Betrieben wird BGF als Angebot für die Mitarbeitenden, primär aus Verantwortungsgefühl, mit positiven wirtschaftlichen Nebeneffekten, wie Imagesteigerung, bessere Arbeitsleistung durch grössere Arbeitsplatzzufriedenheit, gesehen. Die monetären Folgen von erfolgreicher BGF-Umsetzung werden geschätzt, sind aber nicht auslösende Faktoren bei der Entscheidung. In der Art und Weise, wie BGF im Unternehmen umgesetzt werden sollte, ist den Führungskräften Freiwilligkeit und Sensibilisierung wichtig. Gerade in Betrieben, mit wenig an Gesundheitsthemen sensibilisierter Belegschaft ist Skepsis vorhanden, in wie weit die Alltagsrealität mit BGF vereinbar ist. Die Zielgruppe der Klein- und Kleinstunternehmen weist einen höheren, individuell angepassten Sensibilisierungs- und Unterstützungsbedarf auf. Es bestehen auch Befürchtungen mit BGF ein überdimensioniertes, verpflichtendes Konzept einzugehen, welche auch unter den Angestellten eine unerwünschte Dynamik auslösen könnte.

Ein grosser Teil der interviewten Führungskräfte zeigt sich interessiert, sich mit dem eigenen Gesundheitsverhalten auseinanderzusetzen und wäre bereit, an entsprechenden Schulungen teilzunehmen.

## **Empfehlungen zu den Sensibilisierungsmassnahmen**

- Ein zielgruppenspezifisches Vorgehen sollte beachtet werden.  
Kleinere Betriebe bevorzugen spezifische, praxisbezogene Themen, denn ganze Konzepte. Dadurch kann verhindert werden, dass Teilnehmer den Eindruck gewinnen, dass BGF nur etwas für grössere Betriebe ist. In den weiteren Sensibilisierungsaktionen sollte die Differenzierung von Arbeitssicherheit zu Gesundheitsförderung noch deutlicher zum Ausdruck kommen. Auch sind branchenspezifische Veranstaltungen, z.B. innerhalb der Branchenverbände, für Kleinunternehmen ermutigender, da BGF adaptierter vorgestellt werden kann.
  
- Hilfreich sind auch eine breitere Vermarktung erfolgreicher Praxisbeispiele und Plattformen und Netzwerke, die dem Austausch zu BGF dienen. Mittels Multiplikatoren, das heisst speziell BGF geschulten Personen aus der Praxis, könnte die Akzeptanz von BGF ebenfalls verstärkt werden.
  
- Auch ein Preisausschreiben und eine Labelvergabe für gesundheitsfördernde Betriebe, wie bereits in einigen Kantonen umgesetzt, könnten animierend auf die Führungskräfte wirken.
  
- Meines Erachtens wäre ein Ausbau der finanziellen Anreize, wie Steuer- oder Versicherungsprämienermässigungen, für die Verbreitung von BGF von Vorteil.

## **Empfehlungen zur BGF Umsetzung**

- In den Umsetzungsmodulen sollte BGF möglichst praxisbezogen, individuell zugeschnitten angeboten werden. Klein- und Mittelbetrieben sollte ein kostenloses Beratungsangebot von öffentlicher Seite zur Verfügung stehen. Da das Interesse an verhaltensorientierten Interventionen grösser erscheint, könnten mit kürzeren Angeboten diesbezüglich Ängste abgebaut werden und den Weg für spätere verhältnisbezogene Interventionen geebnet werden.
  
- Für Betriebe mit einem hohen Anteil fremdsprachigem Personal oder Angestellten, die im Aussendienst arbeiten, sollte BGF speziell angepasst werden.

- Zur Stärkung der Nachhaltigkeit empfiehlt sich eine Implementierung von BGF in bestehende Qualitätssysteme. Dies sollte auch von den verschiedenen BGF Akteurinnen und Akteuren entsprechend berücksichtigt werden.

### **Empfehlungen für BGF-Akteurinnen und Akteure**

- Die kantonalen Gesundheitsbeauftragten sollten eine Vermittlerrolle zwischen interessierten Betrieben und BGF-Anbietern einnehmen und mit Zertifizierungen klare Qualitätsleitlinien geben.
- Eine stärkere Zusammenarbeit der Versicherungs- und Sozialanstalten, den kantonalen Gesundheitsbeauftragten und den BGF Anbietenden einerseits, sowie der Branchen- und Arbeitgeberverbände andererseits, wäre für die Verbreitung von BGF förderlich.
- Nicht nur die Auswirkungen von BGF, sondern erfolgte Umsetzungsmassnahmen sollten finanziell honoriert werden.
- Interessierten Führungskräften könnte ein auf sie ausgerichtetes Seminar angeboten werden, mit dem Ziel, diese als Multiplikatoren für BGF-Anliegen einzusetzen.

## **4.2. Kritische Betrachtungen**

Die drei Schwerpunkte Gesundheitsförderung im Betrieb, die vergleichbare Studien zu Kenntnisstand von BGF, den Einstellungen und Bedürfnissen der Unternehmen sowie das transtheoretische Modell in diesem begrenzten Umfang zu behandeln, fiel nicht immer leicht.

Im empirischen Teil der Arbeit konnte durch das explorative Vorgehen ein breites Stimmungsbild zum Umsetzungsstand von BGF, sowie den Einstellungen und Anreizen für BGF zusammengetragen werden. Die Frage nach dem Kenntnisstand von BGF, erfasste die inhaltliche Dimension meines Erachtens zu wenig genau. Ebenso die hohe Ausprägung der Personalentwicklung kann nicht mit konkreten Anhaltspunkten erklärt werden, was von den Führungskräften darunter verstanden wird.

Der Interviewleitfaden anhand des transtheoretischen Modells erwies sich als geeignet für eine stufenadaptierte Erfassung der Einstellungen und des Umsetzungsstandes der BGF- Massnahmen. Das TTM als Stufenmodell erwies sich auch auf Veränderungsprozesse in Organisationen umsetzbar.

Das kommunizierte Akquisitionsinteresse der Auftraggebenden, sowie der Anspruch des wissenschaftlichen Vorgehens, erlebte ich als herausfordernd. Auch war das Bestreben, das Interview nicht länger als die maximal angekündigten 45 Minuten zu gestalten, zuweilen einschränkend. Bei einigen Personen war der zeitliche Druck auch spürbar, was sich wahrscheinlich auf den Informationsgehalt auswirkte. Im Nachhinein befriedigt dieses Vorgehen nur teilweise und würde von der Autorin in Zukunft mit differenzierterem Nachfragen vertieft werden. Andererseits war dieses Vorgehen realistisch; eine andere Umgebung um das Interview in entspannter Atmosphäre durchzuführen ist nicht wahrscheinlich.

Durch die grosse Zahl an den BGF-Veranstaltungen teilgenommenen Probanden in der Zusammensetzung der Stichprobe, entstand in den Auswertungen ein BGF freundliches Bild. Dieser Umstand muss bei der Interpretation der Resultate berücksichtigt werden, und lässt die Frage im Raum, wie die Resultate bei bisher nicht sensibilisierter Stichprobe aussehen würden.

Bei der Durchsicht der Studien, die sich mehrheitlich den Einstellungen der Führungskräfte widmeten und in Anbetracht einiger skeptischen Aussagen zur Akzeptanz von BGF in den Reihen der Belegschaft, wäre es interessant dieselben Fragen, die hier den Führungskräften gestellt wurde, auch den Mitarbeitenden befragter Führungspersonen stellen zu können.

## **5. Abstract**

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, was Führungskräfte in Schweizer Betrieben an BGF überzeugt und welche Argumente für die Entscheidung BGF im eigenen Betrieb zu implementieren, förderlich sind. Mittels halbstrukturierter, explorativer Interviews auf der Grundlage des transtheoretischen Modells, wurden im Frühjahr 2005 15 Unternehmensverantwortliche persönlich befragt. Die Probanden wurden aus einer Gruppe von Teilnehmerinnen und Teilnehmern von BGF Infoveranstaltungen und aus einer Zufallsliste ausgewählt. Als Gründe, die zu einer Entscheidung für BGF führen können, wurden wirtschaftliche Gründe genannt, die weniger auf hohen Absenzzahlen beruhen, sondern im Wissen, dass gesunde Mitarbeitende zufriedener und motivierter und damit produktiver sind. Auch soziale Motive gegenüber dem Personal, sowie persönliche Krankheitserfahrungen sind wichtige Einflussfaktoren. Grundsätzlich kann von einer hohen Sensibilisierung und vorwiegend positiven Einstellung zu BGF berichtet werden. Das Verständnis in gewerblichen Betrieben ist teilweise noch stark von Arbeitssicherheit und Unfallschutz geprägt. Das Interesse BGF-Massnahmen in Zukunft umzusetzen ist gross. Finanzielle Anreize werden bedingt als ausschlaggebend für einen Entscheid zur Einführung von BGF beurteilt. Beratungsdienstleistung wird von den befragten Führungskräften mehrheitlich gewünscht.

## **6. Danksagung und Schlussbemerkung**

Ich möchte mich bei Harald Reuter herzlich bedanken für die lehrreiche, interessante und sehr unterstützende Zusammenarbeit. Ebenfalls gilt mein Dank Vera Weiss und Thomas Pfister von der Zuger Gesundheitsdirektion, sowie den Firmenvertreterinnen und Firmenvertretern für ihre Offenheit und die Unterstützung. Ich empfand es als ausgesprochen befriedigend mit dieser Teilnahme an einer, wenn auch kleineren Untersuchung, konkrete Ergebnisse für eine weiterführende Implementierung von BGF beitragen zu können, und mich im weiteren Sinne mit dem übergeordneten Thema wie Forschung und Innovation ins praktische Leben gelangen könnten, auseinanderzusetzen.

## 7. Literaturverzeichnis

AOK Studie (2005) *Wirtschaftlicher Nutzen von BGF aus Sicht der Unternehmen*, [on-line]. herunter geladen am 25.10.2005 unter

[http://www.aok-bv.de/gesundheit/praevention/gu/index\\_00943.html](http://www.aok-bv.de/gesundheit/praevention/gu/index_00943.html)

Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen, dgvt.

Bauer G., Schmid M., Krueger H., Zellweger U., (2002). *Betriebliches Gesundheitsmanagement 2001- Entwicklungsstand in Schweizer Dienstleistungsunternehmen*. Unveröffentlichter Forschungsbericht, Universität Zürich, Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Bamberg, E. & Metz, A. (1998). Intervention. In E. Bamberg, A. Ducki, A. Metz (Hrsg.), *Handbuch der betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 178-209). Göttingen: Hogrefe.

Bundesamt für Statistik (2001). *Betriebszählung*, [on-line]. besucht am 6.11.2005, [www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/arbeit\\_und\\_e/uebersicht/blank/panorama/strukturwandel.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/arbeit_und_e/uebersicht/blank/panorama/strukturwandel.html)

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) (2004). *Gesundheitsreport 2004*, [on-line]. besucht am 25.10.2005, [www.bkk.de/bkk/powerslave,id,601,nodeid,.html](http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,601,nodeid,.html)

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV). (1997), *Luxemburger Deklaration*, [on-line]. herunter geladen am 25. 10. 2005

[www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/60/luxemburge415ab350a5ab2.pdf](http://www.bkk.de/bkk/psfile/downloaddatei/60/luxemburge415ab350a5ab2.pdf) –

Demmer, H. (1995). *Betriebliche Gesundheitsförderung - von der Idee zur Tat*. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV).

Diekmann, A. (2001). *Empirische Sozialforschung, Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Ducki A. (1998). Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki, A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 135- 144). Göttingen: Hogrefe.

Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit. (2000). *EKAS Richtlinien*. [on-line]. besucht am 15.10.2005, [www.ekas.ch/index-de.php?frameset=7](http://www.ekas.ch/index-de.php?frameset=7)

Elser, D. (2003). *Innovative Ansätze zur Förderung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Eine Analyse am Beispiel Bulgariens und Deutschland*. Dortmund: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

European Agency for safety and health at work (2002). *Strategy 2002-2006*, [on-line]. besucht am 13.10.2005, [www.europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/270](http://www.europe.osha.eu.int/systems/strategies/future/270)

Greiner, B. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A. Ducki, A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (S.39-56). Göttingen: Hogrefe.

Hirtenlehner, H. & Sebinger, S., (2004). *Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU, Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich*. Linz, Österreich, Forum Gesundheit und Institut für Gesundheitsplanung.

Hirtenlehner, H. & Sebinger, S., (2005). *Betriebliche Gesundheitsförderung für mittlere und grössere Unternehmen, Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich*. Linz, Österreich Forum Gesundheit und Institut für Gesundheitsplanung.

Huwiler, H. & Martens, A., (2003). Gesundheitsmanagement. Eine Investition ins Humankapital, In *HRM-Dossier*, 20, (11- 47).



Keller, S., Velicer W., Prochaska O., (1999). Das Transtheoretische Modell - Eine Übersicht. In S. Keller (Hrsg.), "*Motivation zu Verhaltensänderung, Das transtheoretische Modell in Forschung und Praxis*" (S. 17 - 44). Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Kreis, J. & Bödeker, W. (2003). *Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention, Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA Report 3* . [on-line]. BKK BV. herunter geladen am 25.7.2005, [www.iga-info.de/pdf/reporte/iga\\_report\\_3.pdf](http://www.iga-info.de/pdf/reporte/iga_report_3.pdf)

Kriener, B. & E. Neudorfer. (2004). *Gesund durchs Arbeitsleben*. [on-line].Wien: die partner.at.

*KMU-vital*. [on-line]. [www.kmu-vital.ch](http://www.kmu-vital.ch), besucht am 20.7.2005

Lenhardt, U. (2005). Wie ist die Effektivität Betrieblicher Gesundheitsförderung einzuschätzen? In O. Meggeneder, K. Pelster, R. Sochert (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen* (S. 209-221). Bern: Hans Huber Verlag.

Lenhardt, U., Rosenbrock, R. (1998). Bedingungs- und Akteurkonstellationen für Gesundheitsförderung im Betrieb. In E. Bamberg, A. Ducki, A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 355 – S. 374). Göttingen: Hogrefe.

Naef, R. (1998). *Nachhaltigkeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. ETH Zürich, Institut für Arbeitspsychologie.

Naidoo, J. & Wills, J. (2003). *Lehrbuch der Gesundheitsförderung*. Köln: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung

Prochaska, J.M., Prochaska, J.O., Levesque, D.A. (2001). *A transtheoretical approach to changing organizations. Administration and Policy in Mental Health*, [on-line]. 28(4), p. 247-261. Herunter geladen am 8.11.2005, [www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/ManagedCare/Resource/Articles/jourindex.asp](http://www.mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/ManagedCare/Resource/Articles/jourindex.asp)

Staatssekretariat für Wirtschaft (2003). "*Die Kosten des Stresses in der Schweiz.*" [on-line]. besucht am 25.10. 2005,  
[www.seco-admin.ch/publikationen/00014/index.html?lang=de&PHPSESSID=a6f26f5e649e3224ce6721aeb765f403](http://www.seco-admin.ch/publikationen/00014/index.html?lang=de&PHPSESSID=a6f26f5e649e3224ce6721aeb765f403)

Ulich, E. (1994). *Arbeitspsychologie*. Zürich: Verein der Fachverlage.

Westermayer, G., Beck, D., (2003). *Auf die Entscheidung kommt es an.* [on-line]. besucht am 24.10.2005, <http://www.bgf-berlin.de/archiv.html>

Westermayer, G., (1998). Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In E. Bamberg, A. Ducki, A. Metz (Hrsg.), *Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 119- 132). Göttingen: Hogrefe.

# **Anhang**

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1 : verhaltens- und verhältnisorientierte Beispiele von korrektiven, präventiven und prospektiven Massnahmen	13
Tabelle 2 : Darstellung der Stufen der Verhaltensänderung und Veränderungsstrategien	24
Tabelle 3 : Frageblöcke und Beispielfragen	31
Tabelle 4: Zusammensetzung der Evaluationsstichprobe getrennt nach Branchen	32

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 5: Kenntnisstand über BGF, KMU-vital und Programmleitung BGF (N=15)	35
Abbildung 6: Bisherige Erfahrungen mit Massnahmen der BGF (N=15)	36
Abbildung 7: Einstellung der Unternehmensvertreterinnen und -vertreter gegenüber	44
Abbildung 8: Interesse BGF in den nächsten 5 Jahren einzuführen/auszuweiten (N=15)	56
Abbildung 9: Interesse an weiteren Informationen (N=15)	57

### **Ottawa Charta der WHO**

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. (...) Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits-, und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

(aus Bamberg et al. 1998, S. 17)

### **Luxemburger Deklaration**

Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Massnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Sie ist eine moderne Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen(..) Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Dies kann erreicht werden durch eine Verknüpfung folgender Ansätze: Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, sowie der Stärkung persönlicher Kompetenzen.

(BKK, 1997)

## Interviewleitfaden

### Themenblock 1: Einstieg

Ziel : Warm up, Gesprächseinstieg (Grund des Telefonats, Sinn und Zweck, Auftraggeber)

Allgemeiner Einstieg, Eröffnungsfrage

1. Haben Sie schon mal von BGF oder KMU- Vital gehört oder gelesen?

Ja  Nein (weiter zu Frage 2)

1.1 Was haben Sie gehört?

.....

1.2 Wo und Wann?

.....

2. Wussten Sie, dass der Kanton Zug eine Stelle führt, die Unternehmen in ihren Bemühungen betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben unterstützt?

Ja  Nein

### Themenblock 2: Klärung des BGF Begriffs und Erfahrung

Ziel: Begriffsklärung, Erfassen des Wissenstand über BGF,

2.1 Welche Massnahmen / Aktivitäten in Ihrem Unternehmen glauben Sie, haben einen positiven Einfluss auf die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden? Sie können durchaus auch Massnahmen aufzählen, denen Sie bis anhin nicht die Bezeichnung betriebliche Gesundheitsförderung geben würden, von denen Sie aber trotzdem glauben, dass sie die Gesundheit erhalten oder fördern.

.....

2.2 Bitte geben Sie zu jeder der nachfolgend genannten BGF-Massnahmen den Stand in Ihrem Unternehmen an. Sie können aus 6 Stufen wählen

	hat uns bisher noch nicht interessiert: 1	interessiert uns, wird aber noch nicht umgesetzt: 2	beabsichtigen wir in den nächsten Monaten umzusetzen: 3	setzen wir um, aber bisher nur unregelmässig: 4	setzen wir bereits systematisch um: 5	weiss nicht
Absenzmanagement und systematische Wiedereingliederung von Langzeiterkrankten	1	2	3	4	5	0
Gesundheits- und Präventionskurse (z.B. Rückenschulung, Stressbewältigungskurse, Ernährungslehre, etc)	1	2	3	4	5	0
Ergonomische Arbeitsplatzgestaltung	1	2	3	4	5	0
Management- & Mitarbeiterbefragungen	1	2	3	4	5	0
Gesunde Kantinenküche	1	2	3	4	5	0
Gesundheitszirkel	1	2	3	4	5	0
Optimale Arbeitsgestaltung (z.B. flexible Arbeitszeiten, Teamarbeit)	1	2	3	4	5	0
Personalentwicklung (z.B. Führungsfragen, Zusammenarbeit und Kommunikation, etc)	1	2	3	4	5	0
Führungsschulung zu BGF	1	2	3	4	5	0

2.3 Wenn Sie nun solche Beispiele von BGF-Massnahmen hören, kommen Ihnen noch andere Massnahmen in den Sinn, die eingeführt/umgesetzt wurden, die die Gesundheit ihrer Mitarbeiter fördern und die wir hier noch nicht genannt haben?

.....

2.4 Wenn ..... umgesetzt wurde, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?

.....

### Themenblock 3 Workshop/Infoveranstaltung

3A Für Unternehmen, die an einer der beiden Veranstaltungen teilgenommen haben:

Sie haben am Workshop für BGF der Gesundheitsdirektion im Januar 2004 oder an der Informationsveranstaltung im Oktober 2003 teilgenommen:

Was waren Ihre Gründe daran teil zu nehmen?

.....

3B Für Unternehmen, die nicht an einer der beiden Veranstaltungen teilgenommen haben

Sie haben nicht am W/I teilgenommen:

Was waren Ihre Gründe nicht daran teil zu nehmen?

#### Themenblock 4: Einstellung gegenüber BGF

Ziel: Einstellungen und Überzeugungen erfassen nach dem TTM und Handlungsphasenmodell

4.1 Bezüglich der BGF kann man unterschiedlicher Meinung sein. Wie stehen Sie zu folgenden Aussagen? Sie können aus sechs verschiedenen Antworten auswählen:

	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	teils - teils	trifft eher zu	trifft voll zu	weiss nicht
Gesundheitsverhalten lässt sich nicht durch den Arbeitgeber beeinflussen	1	2	3	4	5	0
jeder Mitarbeitende muss selber um seine Gesundheit besorgt sein	1	2	3	4	5	0
Unfälle und Fehlzeiten im Betrieb lassen sich kaum beeinflussen	1	2	3	4	5	0
Massnahmen zur Unfallverhütung und Gesundheitsförderung im Betrieb wirken sich im Allgemeinen positiv aus	1	2	3	4	5	0
Aufwand & Nutzen bei der Umsetzung von BGF stehen in einem positiven Verhältnis zueinander	1	2	3	4	5	0
Mit BGF Massnahmen kann die Mitarbeiterzufriedenheit gesteigert werden	1	2	3	4	5	0
BGF ist Führungsaufgabe	1	2	3	4	5	0
BGF einzuführen lohnt sich aus betriebswirtschaftlicher Sicht	1	2	3	4	5	0

Andere Meinungen:

.....

4.2 Was glauben Sie, haben Sie in Ihrer Position, als..... überhaupt Einfluss auf das Gesundheitsverhalten Ihrer Mitarbeiter/innen? (Skala 1-5)

0-----1-----2-----3-----4-----5

4.3 Ganz allgemein, was denken Sie: Wer oder was ist nach Ihrer Meinung für eine erfolgreiche Einführung von BGF am wichtigsten?

.....

#### Themenblock 5: Anreize und Unterstützung

Ziel: öffnen für denken in Möglichkeiten, Informationssammlung über Bedürfnisse

5.A Unternehmen hat BGF bereits eingeführt/umgesetzt

5.1 Was hat sie unterstützt/ bewogen BGF einzuführen?

.....

- hohe Krankheits-/Unfallabsenzen
- wirtschaftliche Gründe
- kennen lernen eines erfolgreichen Beispiels

5.2 Welchen Nutzen hatten Sie davon?

.....

- finanzielle Einsparungen durch weniger Absenzen
- höhere Mitarbeiterzufriedenheit
- Image Aufwertung
- gesteigerte Mitarbeiterbindung/geringere Fluktuation

5.3 Was für Schwierigkeiten sind aufgetreten? (Finanzierung, praktische Umsetzung, Akzeptanz, etc)

.....  
 .....

5.B Unternehmen hat keine BGF Massnahmen durchgeführt/ umgesetzt

5.4 Denken Sie, dass BGF auch für ihren Betrieb von Nutzen sein könnte?

- Ja  Nein

Wenn ja, was könnten für Sie Ziele und Nutzen von BGF sein?

.....

5.5 Wie meinen Sie, würden Ihre Mitarbeiter reagieren, wenn im Betrieb BGF eingeführt würde?

.....

5.6 Wie würde der Verwaltungsrat oder die Geschäftsleitung reagieren, wenn Sie mit dem Vorschlag kämen, BGF einzuführen?

.....

5.7 Was bräuchten Ihre Geschäftsleitung/Personalleitung/Verwaltungsrat für Informationen und Erfahrungen um sich für BGF zu entscheiden?

.....

5.8 Wie könnte Sie der Kanton (die kantonale Stelle für Gesundheit und Prävention) in der Einführung von BGF unterstützen? ( z.B. Workshops, Plattform, Broschüren etc)

.....

5.9 Wie würden Sie auf finanzielle Anreize (Bsp. Subventionierung einzelner BGF Massnahmen) reagieren?

.....

5.10 Könnten Sie sich vorstellen an einem 2-tägigen Seminar für Führungskräfte zu verschiedenen Gesundheitsthemen (z.B Stressbewältigung, gesunde Ernährung, Zeitmanagement etc. teilzunehmen?

- Ja  Nein



### Themenblock 6: Interesse an weiteren Angeboten

Ziel : skalierendes Erfassen des Interesse , Überleiten zur Fachstelle für BGF Zug

7.1 Auf einer Skala von 1-10: Wie gross ist ihr Interesse BGF in den nächsten 5 Jahren einzuführen/ weiter zu verfolgen?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

7.2 Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder zu BGF allgemein?  
.....

7.3 Haben Sie Interesse an weiterführenden Unterlagen, Informationen?

Ja  Nein

Bei Interesse auf Zuger Gesundheitsförderungs- und Präventionsstelle (Gesundheitsdirektion, Gesundheitsamt, Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention mit Schwerpunkt Betriebe) und die Website [kmu-vital.ch](http://kmu-vital.ch) verweisen

Besten Dank für das Gespräch !

### Themenblock 7: Demografische Angaben

Firmennamen

Branche

Anzahl MitarbeiterInnen

Name des Interviewpartners/in

Geschlecht  männlich  weiblich

Alter: .....

Stellung/ Funktion im Unternehmen

Geschäftsleitung  Personalleitung  Gesundheitsbeauftragte/r

anderes:

Dauer des Gesprächs : ..... Min

Gesprächsatmosphäre.....

Auffälligkeiten im Interview.....

Besten Dank fürs Interview