



Fernfachhochschule Schweiz
Zürich | Basel | Bern | Brig

Mitglied der SUPSI

BGF-Entwicklungsstand und Potenzial Schweiz 2018

Master-Thesis

Master of Advanced Studies Gesundheitsförderung

von

Roger Altmann

Eingereicht bei Referentin

Dr. Nicola Jacobshagen

am 8.06.2018

ABSTRACT

Über den Jahrtausendwechsel hat sich die Betriebliche Gesundheitsförderung mit dem Total Quality Management Ansatz und der Wiederentdeckung des Humanismus zu einem systematischen Betrieblichen Gesundheitsmanagement weiterentwickelt. Gesunde Mitarbeitende leisten auch in einer industrialisierten Welt einen wesentlichen Beitrag zum Unternehmenserfolg. Bisher umfasste die Forschung auf dem Gebiet vorwiegend Grossunternehmungen und den Dienstleistungssektor. Basierend auf dem Standard des Europäischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung wird mit der Arbeit (1) der gesundheitliche Entwicklungsstand von KMU und Grossunternehmen in der Schweiz untersucht, zudem (2) der Einfluss von personellen und finanziellen Ressourcen und (3) die Erwartungen betreffend Arbeitszufriedenheit und Produktivität, welche an Investitionen ins Betriebliche Gesundheitswesen geknüpft sind.

Ein positiver Effekt der Arbeit ist, dass Unternehmen mit der online-Umfrage, einer quantitativen Querschnittsuntersuchung, zum Thema Gesundheit im Betrieb sensibilisiert wurden, wie aufgrund von Rückmeldungen zu erkennen war. Nebst der Arbeitssicherheit und dem Gesundheitsschutz war für einige Unternehmen das Thema der Betrieblichen Gesundheitsförderung fremd. Etwa 2/3 der Unternehmen führen einzelne Massnahmen zur Gesundheitsförderung durch und 1/5 der Unternehmen verfügen über ein systematisches Betriebliches Gesundheitsmanagement. Insgesamt zeigt sich, dass grössere Unternehmen über einen höheren Entwicklungsstand verfügen, dass ein Nordsüd-Gefälle besteht und die Unterschiede nach Wirtschaftssektoren gering ausfallen. Im Vergleich zur DACH-Region verfügt die Schweiz über einen ähnlichen Entwicklungsstand, wobei sich die Praxis der Betrieblichen Gesundheitsförderung stark unterscheidet.

Die Verbreitung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement hält sich in Grenzen und als Konklusion kann festgehalten werden, dass sich hier ein grosses Wettbewerbspotenzial für Unternehmen verbirgt. Es ist davon auszugehen, dass zukünftig dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement vermehrt auch strategische Bedeutung zukommen wird.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einleitung.....	1
1.1	Ausgangslage.....	1
1.2	Problemstellung und Relevanz	2
1.3	Zielsetzung	3
1.4	Fragestellungen, Zweck und Aufbau.....	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Begriffsdefinitionen	5
2.1.1	Gesundheit und Ressourcenorientierung.....	5
2.1.2	Prävention und Gesundheitsförderung.....	6
2.1.3	Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting.....	6
2.1.4	Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement.....	8
2.2	Betriebliche Gesundheitsförderung im Umfeld von Qualitäts- und Managementsystemen.....	9
2.2.1	Vom Taylorismus zum Total Quality Management.....	9
2.2.2	Total Quality Management, KVP und Business Excellence.....	10
2.2.3	Das ENWHP-Modell in Anlehnung an EFQM.....	13
2.2.4	Das Qualitätslabel Friendly Work Space®	15
2.3	Finanzielle und personelle Ressourcen von Unternehmen	18
2.4	Wirkungserwartungen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	19
2.4.1	Arbeitszufriedenheit, Produktivität und Konsequenzerwartung	19
2.4.2	Das Konstrukt der Arbeitszufriedenheit und Produktivität	20
2.4.3	Die sozialkognitive und Spiele-Theorie als Entscheidungsgrundlage	21
2.4.4	Die Konsequenzen und Implikationen für Unternehmen	22
2.5	Stand der Forschung und Entwicklung.....	23
2.5.1	Situation Beschäftigte und Unternehmen in der Schweiz.....	23
2.5.2	Situation und Ansätze in der restlichen DACH-Region.....	25
2.5.3	Forschungslücken und -felder.....	26
2.6	Forschungsfragen, Hypothesen und Forschungsmodell	27
3	Empirischer Teil.....	30
3.1	Planung der Stichprobe	30
3.2	Ausgestaltung des Fragebogens als Erhebungsinstrument	31
3.2.1	Einleitung, Instruktionen und Erläuterungen zum Fragebogen.....	32
3.2.2	Beurteilung bestehender Fragebogen zu den BGF-Qualitätskriterien.....	32
3.2.3	Entwicklung Programmfragen betreffend Arbeitszufriedenheit und Produktivität.....	33
3.2.4	Demographische Daten und BGF-Budget.....	35
3.3	Verfahren zur Datenerhebung und Analysestrategie.....	35
3.4	Beschreibung Ergebnisse und Hypothesenüberprüfung	38
3.4.1	Beschreibung Pretest	38
3.4.2	Stichprobenbeschreibung	39
3.4.3	Beschreibung der Ergebnisse	41
3.4.4	Hypothesenüberprüfung	44
3.4.5	Qualitative Rückmeldungen	50
4	Diskussion der Arbeit.....	52
4.1	Zusammenfassung der Resultate	52
4.2	Interpretation	53
4.2.1	Bezug zur Literaturanalyse	53
4.2.2	Vergleich zur Standortbestimmung vom FWS.....	54
4.2.3	Entwicklungsprofile von Unternehmen im Vergleich.....	56
4.2.4	Potenzial im Betrieblichen Gesundheitswesen.....	58
4.3	Würdigung der Arbeit und Ausblick.....	58
	Literaturverzeichnis.....	61

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Kondratieff-Zyklen (Jakrlin, 2017, S. 20).....	1
Abbildung 2: Struktur Alter und Geschlecht (Bundesamt für Statistik [BFS], 2017)	2
Abbildung 3: Gesundheitsförderung und -management im Betrieb	8
Abbildung 4: EFQM-Excellence Modell (1999-2003).....	11
Abbildung 5: ENWHP-Excellence Modells (2003)	14
Abbildung 6: FWS-Modell (GFCH, 2018)	16
Abbildung 7: Bsp. Spieltheorie Verlustkosten und Einführung BGM.....	22
Abbildung 8: Struktur Beschäftigte 2015 (BFS, 2018).....	24
Abbildung 9: Forschungsfelder der Arbeit	26
Abbildung 10: Forschungsdiagramm.....	29
Abbildung 11: Demographie Stellung und Tätigkeit.....	39
Abbildung 12: Demographie Unternehmensgrösse nach Beschäftigten	40
Abbildung 13: Demographie Standort des Hauptsitzes	40
Abbildung 14: Demographie Wirtschaftsabschnitte	41
Abbildung 15: Bsp. Schätzung FWS-Standortbestimmung.....	55
Abbildung 16: Entwicklungsstand nach Regionen.....	56
Abbildung 17: Entwicklungsstand nach Unternehmungsgrosse	57
Abbildung 18: Entwicklungsstand nach Wirtschaftsabschnitten	57

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Aufbau der weiteren Arbeit	4
Tabelle 2: Gegenüberstellung Prävention und Gesundheitsförderung.....	7
Tabelle 3: Qualitätsverständnis (in Anlehnung an Seghezzi et al., 2013, S. 17) ...	10
Tabelle 4: Gegenüberstellung TQM und EFQM	12
Tabelle 5: Voraussetzungen, Ergebnisse und Prinzipien.....	13
Tabelle 6: Bsp. BGM-Subkriterium (GFCH, 2017a, S. 1).....	17
Tabelle 7: Bsp. TQM-Schlüsselement ISO 9004:2009.....	17
Tabelle 8: Abhängigkeit Unternehmenserfolgs von Betrieblicher Gesundheit.....	19
Tabelle 9: Inhalt Mitarbeiterbefragung (in Anlehnung an Mayrhofer, 1996, S. 236)	20
Tabelle 10: Variablen, Parameter und Operationalisierung	31
Tabelle 11: Erhebung Zufriedenheit (in Anlehnung an Mayrhofer, 1996, S. 236)...	34
Tabelle 12: Reliabilitätsprüfung mit Cronbachs Alpha (N = 18).....	38
Tabelle 13: Stichprobe und Rücklauf.....	39
Tabelle 14: Beschreibung Entwicklungsprofile	42
Tabelle 15: Beschreibung Wirkungserwartung, Anz. Mitarbeitende und Budget....	43
Tabelle 16: Hypothesentest (H_1) inkl. Störfaktoren	44
Tabelle 17: Hypothesentest (H_5)	45
Tabelle 18: Hypothesentest (H_4)	46
Tabelle 19: Hypothesentest (H_3)	47
Tabelle 20: Hypothesentest (H_2)	48
Tabelle 21: Hypothesentest (H_6)	49
Tabelle 22: Hypothesentest (H_7)	50
Tabelle 23: Übersicht Hypothesentest.....	52
Tabelle 24: Gegenüberstellung Unternehmensgrösse und Sektor.....	54
Tabelle 25: Skalenvergleich Instrumente.....	55
Tabelle 26: Differenzierung Klein- und Grossunternehmungen	56
Tabelle 27: Budgets Betriebliches Gesundheitswesen	58

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage

Von der Industrialisierung mittels Dampfmaschine bis hin zur Informations- und Kommunikationstechnologie beschreibt Kondratieff mit seiner Theorie der langen Wellen fünf von der Technologie getriebene Konjunkturzyklen, die die (1) Textilindustrie, den (2) Massentransport, die (3) Stahl-, Chemie- und Massenproduktion, die (4) individuelle Mobilität und (5) Kommunikation betreffen, als die ersten fünf ‚Kondratieffs‘. Mit dem sechsten und neuen ‚Kondratieff‘, der (6) Gesundheit, wird seit zwei Dekaden als Megatrend davon ausgegangen, dass die Gesellschaft industrialisierter Länder zunehmend durch das Gesundheitswesen und damit einhergehenden Kompetenzen bestimmt wird (Nefiodow, 2006, S. 78). Die Digitalisierung kann als weiterer Zyklus betrachtet werden.

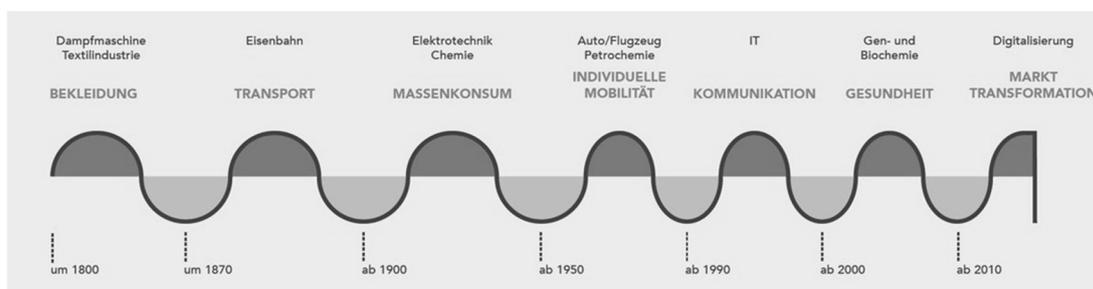


Abbildung 1: Kondratieff-Zyklen (Jakrlin, 2017, S. 20)

Das moderne Berufsleben hat sich vor diesem Hintergrund in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert. Die technischen Errungenschaften, die Verlagerung vom produzierenden zum Dienstleistungssektor und globale sowie marktwirtschaftliche Einflüsse tragen, auch bedingt durch den verbesserten Gesundheitsschutz hinsichtlich der physikalischen-chemischen Belastungen, zu vermehrten psychosozialen Belastungen bei (Peter, 2017, S. 111).

Aus der Einführung zum «Gesundheitsmanagement in Unternehmen» von Ulich und Wülser (2015, S. 4-24) geht hervor, dass das (1) Absenzen und Case Management, der (2) Arbeits- und Gesundheitsschutz und die (3) Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung im betrieblichen Setting wesentliche Pfeiler eines aktuellen Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) darstellen.

Mit einer ersten repräsentativen Umfrage zum BGM-Umsetzungsgrad 2016 geht die Gesundheitsförderung Schweiz in Zusammenarbeit mit dem Link-Institut der Frage nach, wie verbreitet BGM in Schweizer Betrieben ist. Die daraus gewonnenen

Monitoring Ergebnisse fördern zutage, dass 71 Prozent BGM umsetzen (Füllemann, Inauen, Jenny, Moser & Bauer, 2017, S. 7). Angemerkt wird: «Tendenziell ist es möglich, dass mehr Betriebe auf die Umfrage antworteten, die dem Thema BGM eher positiv gegenüberstehen» (Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH], 2017, S. 2).

1.2 Problemstellung und Relevanz

Technische Errungenschaften wie Computer, Rechenzentren und mobile Netze fördern die Erreichbarkeit, die Möglichkeit zu Home und Smart Office sowie die Schnelllebigkeit. Aufgrund der Globalisierung (Rantanen, 2001, S.30) kommt es vermehrt zu Migrationen, die sprachlichen und kulturellen Anforderungen steigen, der Wertewandel hin zum Pluralismus vollzieht sich. Mit dem Frauenanteil in Betrieben hat zudem das Gendermainstreaming an Bedeutung gewonnen und die Domain Balance wird zur weiteren Herausforderung. Zu diesem Wandel der Arbeitswelt ist auch der demografische Wandel der Altersstruktur hinzuzufügen. Wie aus der Abbildung 2 hervorgeht (vertikal wird das Alter von 0 bis 99 und mehr Jahren dargestellt, in der Horizontalen jeweils die dazu gehörende Anzahl Männer und Frauen in 1'000) hat der erwerbsfähige Erwachsenenanteil, bei einer ähnlichen Geburtenzahl und Verteilung zwischen Mann und Frau, stark zugenommen.

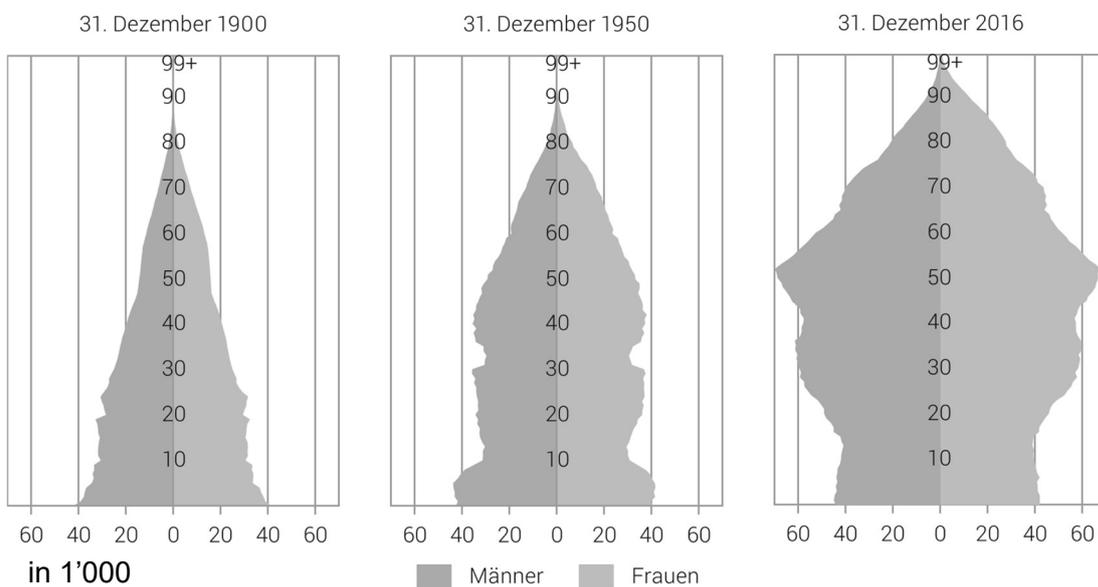


Abbildung 2: Struktur Alter und Geschlecht (Bundesamt für Statistik [BFS], 2017)

Die Gesundheitskosten der Schweiz beliefen sich gemäss BFS (2017a, S. 2) im Jahr 2015 mit einer Bevölkerungszahl von 8.282 Mio. auf 11.9 Prozent vom Bruttoinlandprodukt (BIP). Das BIP betrug 653'735 Mio. Franken. Mit dem damals durch-

schnittlichen Jahreswert von 4.895 Mio. Erwerbstätigen (BFS, 2017b) entsprach die Erwerbstätigenquote 59.1 Prozent, ohne Berücksichtigung der Erwerbslosen. Diese Zahlen sprechen für sich und weisen darauf hin, dass Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting nicht nur für die Betriebs- sondern auch Volkswirtschaft von hoher Wichtigkeit ist, auch zum Wohl betroffener Menschen.

Als Problem der Arbeit stellt sich die Frage, über welchen Entwicklungsstand und welches Entwicklungspotenzial KMU und Grossunternehmen in der Schweiz hinsichtlich Prävention und Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting verfügen.

1.3 Zielsetzung

Im Monitoring 2016 der GFCH wurden folgende drei BGM-Themenbereiche in einem Fragebogen abgedeckt: (1) die verhältnis- und verhaltensbezogenen BGM-Bereiche in die investiert wurde und die BGM-Steuerung des Betriebes, (2) die daraus entstandenen Arbeitsbedingungen betreffend Verhältnissen und Verhalten als BGM-Ergebnisse und (3) das BGM-Potenzial in Bezug zum Umfeld. Als Ausgangslage diente eine vereinfachte Version des Wirkmodells 'BGM Public Health' der GFCH aus dem Jahre 2014 (Füllemann et al., 2017, S. 10, 46). Die aktuelle Datenlage umfasst zudem eine Dissertation von Buri-Moser (2013), welche den BGM «Stand und Entwicklungsmöglichkeiten in Schweizer Unternehmen» qualitativ untersuchte sowie weitere Einschätzungen von Experten. Die vorliegenden Daten reichen jedoch nicht aus, um eine auf klar definierten Standards basierende Aussage zum aktuellen Entwicklungsstand und Potenzial Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) in der Schweiz zu formulieren. An dieser Stelle wird treffender von BGF gesprochen, da BGM erst ab einer bestimmten Entwicklungsstufe erreicht wird und BGF beinhaltet, aber weit darüber hinaus geht (vgl. Kapitel 2.1.4).

Über den BGM-Umsetzungsgrad kann nach Füllemann et al. (2017, S. 21-33) und Monitoring 2016 höchstens festgehalten werden, inwieweit BGM nach Wirtschaftsabschnitten, Sprachregionen, Frageblöcken und bei Betrieben ab 100 Mitarbeiter/innen umgesetzt wird. Zudem wurden die Investitionen nicht monetär erfasst, und unter dem Potenzial lediglich Voraussetzungen und Treiber.

Aus der Ausgangslage und Problemstellung geht eine Wissenslücke zum aktuellen Entwicklungsstand und Potenzial im Betrieblichen Gesundheitswesen der Schweiz hervor. Das Ziel der Arbeit ist, dass diese Diskrepanz gestützt auf quantitative Daten zum Teil mit der anschliessenden Fragestellung geschlossen werden kann.

1.4 Fragestellungen, Zweck und Aufbau

Folgender Hauptfragekomplex soll beantwortet werden:

- Über welche nach klaren Standards definierte Entwicklungsprofile (Entwicklungsstand und -potenziale) verfügen Unternehmen in der Schweiz? Und wie prägt, gemessen an personellen Ressourcen, die Unternehmensgrösse diese?

Als Nebenfragen sollen auch beantwortet werden:

- Welchen Einfluss haben die verfügbaren BGF-Mittel, gemessen an den finanziellen Ressourcen?
- Welche Wirkung wird bei einer BGF-Weiterentwicklung von den Unternehmen im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit und Produktivität erwartet?

Aufgrund dieser Fragestellungen sind nach der Literaturanalyse die definitiven Forschungsfragen auszuformulieren, so dass im Anschluss die Hypothesen gebildet werden können. Die quantitative Überprüfung soll mit einer standardisierten schriftlichen Befragung und statistischen Analyse anhand einer Gelegenheitsstichprobe mit Unternehmen in der Schweiz durchgeführt werden, womit die Arbeit deduktiven Charakter erhält. Die Arbeit bezweckt entsprechende Muster und Zusammenhänge aufzudecken und ist, wie in Tabelle 1 dargestellt, in drei Teilen aufgebaut.

Tabelle 1: Aufbau der weiteren Arbeit

I. Literaturanalyse	II. empirischer Teil	III. Diskussion der Arbeit
<ul style="list-style-type: none">• Definitionen, Entwicklungen und Modelle• Analyse der Faktoren• Aktueller Stand der Forschung und Entwicklung• Konkrete Forschungsfragen u. Hypothesen	<ul style="list-style-type: none">• Stichprobenplanung• Ausgestaltung des online-Fragebogens• Verfahren zur Datenerhebung• Auswertung, Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none">• Zusammenfassung der Resultate• Interpretation mit Bezug zur Literatur, Einbettung, Unternehmensvergleiche und Potenzialen• Würdigung und Ausblick auf weitere Forschung

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffsdefinitionen

2.1.1 Gesundheit und Ressourcenorientierung

«Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity» meint die Weltgesundheitsorganisation [WHO] (1946).

Gesundheit hat viele Aspekte. Franke (2017, S. 36) zufolge hat sich das Spektrum von Gesundheit über die Jahrtausende und unterschiedliche Disziplinen (Philosophie, Medizin, Rechtswissenschaften, Theologie etc.) entwickelt. Eine allgemeingültige, anerkannte Definition lässt sich aufgrund der 'Heterogenität' aktuell kaum finden. Und so hält Franke (2017, S. 38-57) folgende Dimensionen und Werte der Gesundheit fest:

- Gesundheit als Störungsfreiheit
- Gesundheit als Wohlbefinden
- Gesundheit als Leistungsfähigkeit und Rollenerfüllung
- Gesundheit als Gleichgewichtszustand (Homöostase)
- Gesundheit als Flexibilität (Heterostase)
- Gesundheit als Anpassung
- Gesundheit als höchstes Gut
- Gesundheit als relativer Wert
- Gesundheit als Geschenk, Leistung oder Pflicht

Demgegenüber stehen Krankheiten, psychische Störungen und Behinderungen. Bereits von der Achsenzeit bis ins Mittelalter hinein waren: «Gesundheit und Krankheit ... in ein System diverser Kräfte eingebettet. Dementsprechend galten sie auch nicht als Gegensätze, sondern lagen auf einem Kontinuum und liessen sich nur individuell bestimmen» (Franke, 2017, S. 59). Mit der Aufklärung kamen soziale Bestimmungsfaktoren dazu. Am WHO-Seminar vom 2. bis 4. September 1992 in Kopenhagen spricht auch Antonovsky zur Theorie der Gesundheitsförderung von seinem heterostatischen HEDE-Kontinuum der Salutogenese: «A continuum model, which sees each of us, at a given point in time, somewhere along a 'healthy/dis-ease continuum' is, I believe, a more powerful and more accurate conception of reality, one which opens the way for a strong theory of health promotion», als eine leistungsfähigere Erklärung gegenüber der dichotomen Betrachtung von Gesundheit und Krankheit im Fluss des Lebens (Antonovsky, 1996, S. 14).

Franke (2017, S. 180) stellt fest, dass Antonovsky die 'Widerstandsressourcen' betont und das Konzept der Kohärenz 'reaktiv' formuliert wurde. Individuelle und soziale Ressourcen ausserhalb der Stressbewältigung fehlen, das Salutogenese-Modell erweitert sie in ihrer Arbeitsgruppe mit Welbrink um gesundheits- und adaptionsfördernde Kognitionen, Emotionen und Verhaltensweisen. Ressourcenorientierte Faktoren, die als Puffer von Stress und Belastungen dienen und 'aktiv' zur Gesundheit beitragen.

2.1.2 Prävention und Gesundheitsförderung

Der Salutogenese von Antonovsky steht das frühere Konzept der Pathogenese, der Entstehung von Krankheit, gegenüber (Franke, 2017, S. 169). Und so bezieht sich die Krankheitsprävention (kurz Prävention) in der Anwendung auf das Entgegenwirken, dem Vermeiden von Krankheiten.

Die neuere Gesundheitsförderung ist nach Hurrelmann, Klotz und Haisch (2014, S. 18-22) in der gesundheitlichen Versorgungskette der Prävention, welcher die Kuration, respektive Therapie, Rehabilitation und Pflege folgen, vorgelagert und einschliesslich der Prävention ins gesamte Gesundheitssystem mit ihren Versorgungselementen zu integrieren. Zur weiteren Begriffsdefinition befindet sich auf Seite 7 (vgl. Tabelle 2) eine aktuelle Gegenüberstellung hinsichtlich: Gegenstand, Einbettung, Ziel und Zweck, Zielgruppe, Eingriffshandlung und Methoden von Prävention und Gesundheitsförderung.

Zu den individuellen Bestimmungsfaktoren wie Alter und Geschlecht kommt im Allgemeinen die Problematik der gesundheitlichen Ungleichheit aufgrund der sozialen Schicht hinzu. Der sozioökonomische Status (SES) wird durch Merkmale wie Einkommen, Bildung und Beruf bestimmt. Er stellt die Einordnung innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie dar (Klemperer, 2015, S. 226). Ein tiefer Status geht mit weniger Ressourcen und einer grösseren Belastung einher, wobei die Prävention und Gesundheitsförderung das Gegenteil beabsichtigt, Belastungen abzubauen und Ressourcen aufzubauen.

2.1.3 Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting

«Der Lebensweltenansatz [auch Setting genannt] gilt als das wichtigste Element zur Umsetzung verhältnisgestützter Verhaltensprävention sowie der Gesundheitsförderung» (Klemperer, 2015, S. 195). Entsprechend gib es verschiedene Settings die in der Gesundheitsförderung Beachtung finden. Eines davon ist das betriebliche Setting.

Tabelle 2: Gegenüberstellung Prävention und Gesundheitsförderung

Bezug	Prävention	Gesundheitsförderung	Quellen
Gegenstand	Risikofaktoren und Pathomechanismen von Krankheiten	Soziale Determinanten der Gesundheit und Mechanismen der Gesunderhaltung (Salutogenese)	Klemperer (2015, S. 191)
Einbettung (Konzeption)	Bezug zur Epidemiologie und Verhaltensmedizin. Medizinische Grundkonzepte mit Aktionsfeldern im nicht-medizinischen Bereich	Bezug zur sozialen Bewegung und zu sozialwissenschaftlichen Grundkonzepten: Partizipation, Empowerment und Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse	Altgeld und Kolip (2014, S. 45).
Zweck und Ziel	Krankheiten durch Minderung gesundheitlicher Gefährdungen, Belastungen und Risiken verhindern. Durch rechtzeitige Erkennung einen günstigeren Krankheitsverlauf ermöglichen und die Folgen von Krankheiten minimieren	Verbesserung der Gesundheit durch Befähigung der Menschen, ihre Gesundheit hinsichtlich Determinanten (vgl. Dahlgren-Whitehead-Modell) zu beeinflussen. Stärkung von Ressourcen und Schutzfaktoren	Klemperer (2015, S. 191)
Zielgruppe	Risikogruppe, bei der Anzeichen von Störungen zu erwarten, erkennen oder eingetroffen sind	[gesamte Bevölkerung]	Laaser und Hurrelmann (1998, S. 395)
Eingriffshandlung (Intervention)	Eintreten und Ausbreiten von Krankheit vermeiden	Stärkung individueller Fähigkeiten zur Lebensbewältigung	Hurrelmann, Klotz und Haisch (2014, S. 14).
Methoden	Med. Prävention, Verhaltens- und Verhältnisprävention, Lebensweltenansatz	[i.w.S. lassen sich diese Methoden auch auf die Gesundheitsförderung anwenden]	Klemperer (2015, S. 193)

Die Betriebliche Gesundheitsförderung beinhaltet in der Schweiz den Arbeitsschutz, welcher auch in der Bundesverfassung verankert ist. Die rechtlichen Grundlagen bilden das Obligationenrecht (OR), Arbeitsgesetz (ArG), Unfallversicherungsgesetz (UVA), Mitwirkungsgesetz (MG) sowie weitere Gesetze und Verordnungen (Kellerhals & Hirt, 2015, S. 38-40). BGF geht jedoch weit über diese Grundlagen hinaus und

kann gemäss Luxemburger Deklaration «als Weiterentwicklung des klassischen Arbeitsschutzes interpretiert» werden (Faller, 2017, S. 27):

Sämtliche gemeinsamen Massnahmen der Gesellschaft von Arbeitgebern und -nehmern zur Verbesserung der Krankheitsvorbeugung [einschliesslich Arbeits- und Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und Stress], der Stärkung von Gesundheitspotenzialen und Wohlbefinden am Arbeitsplatz fallen unter die BGF. Folgende Ansätze lassen sich für Betriebe und Unternehmen ableiten:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung (Partizipation)
- Stärkung persönlicher Kompetenzen (Empowerment)

(European Network for Work Health Promotion [ENWHP], 2007, S. 2)

Die individuelle Verhaltensprävention (Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Substanzkonsum etc.), Disziplinierung der Anwesenheit im Betrieb und Sanktionierung von Abwesenheiten gehören nicht in den Bereich der BGF, obschon viele Experten dieser Fehlannahme unterliegen (Faller, 2017, S. 25).

2.1.4 Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Betriebliche Gesundheitsförderung und Betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Weiterentwicklung von klassischer Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz mit Absenzen und Case Management sowie der Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung (vgl. Kapitel 1.1) mündete in eine umfassende Managementbetrachtung, dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM).

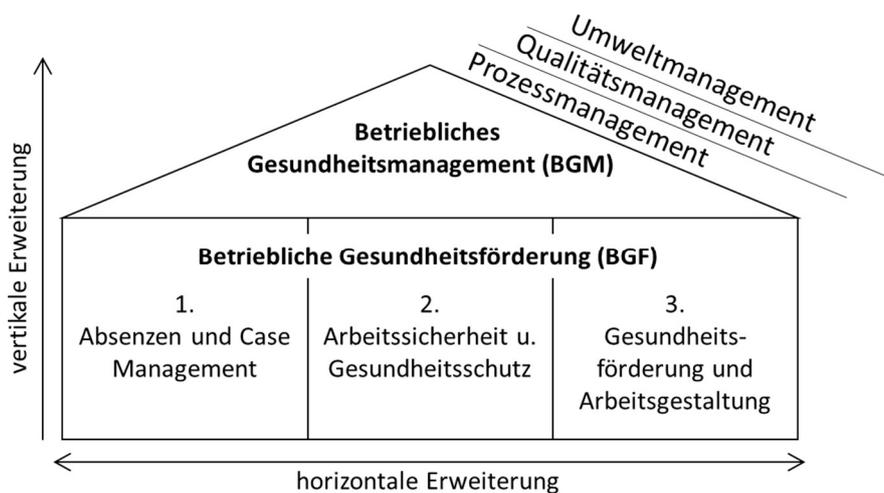


Abbildung 3: Gesundheitsförderung und -management im Betrieb

Neben den Massnahmen der BGF rückt die gesundheitsorientierte Führung in den Vordergrund. BGM ist «die systematische und planmässige Fortführung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Als ganzheitliches Konzept geht es jedoch weit über die BGF hinaus und 'steuert das System Individuum – Betrieb – Arbeit'» (Meyer & Tirpitz, 2008, S. 1). In Abbildung 3 wird diese Weiterentwicklung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der horizontalen Achse und die Weiterentwicklung der BGF zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Vertikalen veranschaulicht. Die Darstellung gewinnt an Tiefe, wenn ihr die unterschiedlichen, allenfalls integrierten Managementsysteme als Dimension hinzugefügt werden. In Organisationen sind Prozess-, Umwelt- und vor allem Qualitätsmanagementsysteme anzutreffen. Vermehrt gehört auch das Betriebliche Gesundheitsmanagementsystem dazu (Thul, 2017, S. 295).

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung im Umfeld von Qualitäts- und Managementsystemen

2.2.1 Vom Taylorismus zum Total Quality Management

Seit der Industrialisierung hat sich das Qualitätsverständnis Anfang 20. Jahrhundert rasch verändert. Taylor gilt als Vater der Betriebsorganisation. Zum einen wurde die Arbeitsweise von Menschen in der damaligen Zeit mit funktionierenden Maschinen gleichgesetzt und ein Stücklohnsystem eingeführt, zum anderen wurde die Produktion mit Fließbandarbeit standardisiert. Im damaligen Scientific Management wurden die Herstellung, z.B. beim T-Modell von Ford, in einzelne Arbeitsschritte zerlegt, Angestellte nach ihren Fähigkeiten ausgesucht und für die einzelnen Schritte ausgebildet. Taylor formulierte in Amerika seine Doktrin über den Aufgabenerfüllungsprozess, während sein Zeitgenosse, der Franzose Fayol, die Prinzipien einer gesamtbetrieblichen Führung entwickelte. Anweisende Autoritäten mussten stets anwesend oder zumindest vertreten sein. Unternehmen wurden grob in ressourcenschaffende und betriebsmittelerhaltende Funktionen unterteilt. Mit Weber wurde die Bürokratie und Hierarchien eingeführt (Probst, 1992, S. 421-423).

Diesem klassischen Management Ansatz folgte der Human Relations Ansatz mit Vertretern wie Maslow und Herzberg, gefolgt vom neoklassischen und kybernetischen Ansatz sowie dem entscheidungsorientierten und systemischen Ansatz (Probst, 1992, S. 402) wobei eine Unternehmung als sozio-technisches System aufgefasst werden kann. Parallel zum Management entwickelte sich das Qualitätsverständnis von einer vollständigen hin zur statistischen Kontrolle, führte über mehrere Stufen zur Philosophie und Managementmethode von Total Quality Management (TQM) wie in

Tabelle 3 zusammengetragen (Seghezzi, Fahrni & Friedli, 2013, S. 17). Es wurden nicht nur Kundenbedürfnisse und -orientierung in die gesamte Unternehmung integriert, auch die Mitarbeitenden und die Umwelt fanden wieder vermehrt Beachtung (Schneider & Scheuring, 2008, S. 17-18).

Tabelle 3: Qualitätsverständnis
(in Anlehnung an Seghezzi et al., 2013, S. 17)

Umwelt-qualität				Total Quality Management
Struktur-qualität			Qualitäts- management	
Prozess-qualität	Qualitäts- sicherung			
Ergebnis-qualität	Qualitäts- kontrolle			
Zeitraum	50/60er Jahre	70er Jahre	80/90er Jahre	90er Jahre und 21. Jahrhundert
Konzepte	Aussortieren fehlerhafter Produkte	Vorbeugung, Fehlerverhütung, Verbesserungen	Systemnormen (ISO)	Business Excellence mit Corp. Social Responsibility (CSR)

2.2.2 Total Quality Management, Kontinuierlicher Verbesserungsprozess und Business Excellence

Mit TQM wurde ein Modell für integriertes Qualitätsmanagement geschaffen, das die Grundlage für Business Excellence bildete. Die Definition von TQM nach ISO 8402 lautet: TQM ist eine «Auf die Mitwirkung aller ihrer Mitglieder gestützte Managementmethode einer Organisation, die Qualität in den Mittelpunkt stellt und durch Zufriedenstellung der Kunden auf langfristigen Geschäftserfolg sowie auf Nutzen für die Mitglieder der Organisation und für die Gesellschaft zielt» (Kamiske & Hahne, 2000, S. 45). Die Normenreihe ISO 9000er hatte Mühe, mit den Entwicklungen mitzuhalten und wurde im Jahr 2000 grundlegend revidiert. In der Version von 2008 wurde die Verantwortung der Unternehmensleitung, die Bedeutung personeller Ressourcen und die Notwendigkeit zur Evaluation [i.S. der Wirkungsüberprüfung] hervorgehoben. In der Version von 2015 wurde zudem die Managementorientierung betont (Thul, 2017, S. 299-300).

Der Philosophie von TQM ist es zu verdanken, dass der Mensch und die Mitarbeitenden wiederentdeckt wurden. Im sozio-technischen System wird die Gestaltung der Arbeitsorganisation und -bedingungen, die Beteiligung Betroffener an den

Gestaltungsprozessen zum zentralen TQM-Baustein. Aufgrund des früher Techniklastigen Verständnisses von Qualität wurde die Verantwortung der TQM-Umsetzung meist an Qualitätsabteilungen delegiert. Diese befanden sich auf verlorener Position, da ihnen die Managementkompetenzen und Entscheidungsbefugnisse fehlten. TQM etablierte sich folglich nicht wie erwartet. Erst Mitte der 1990er Jahre fand das Gedankengut unter dem Begriff 'Business Excellence' Eingang ins Management (Thul, 2017, S. 300-301).

Auf der operativen Ebene stellt der Kontinuierliche Verbesserungsprozess (KVP) heute ein wichtiges Managementinstrument dar. Er beruht auf der Idee vom Deming Rad, das Deming 1950 vom Shewhart Zyklus ableitete. 1951 wurde von Ishikawa der daraus resultierende Plan-Do-Check-Act (PDCA) Zyklus weiter ausgearbeitet und in den 1960er Jahren von Lilrank und Kano ins japanische Kaizen Standardinstrumentarium aufgenommen. 1986 gelangte Deming zur Einsicht, dass die Ergebnisse nicht nur geprüft, sondern untersucht werden müssen, um gezieltere Verbesserungsmaßnahmen zu erreichen. An die Stelle des Untersuchens trat 1993 die Studie der Ergebnisse. Mit Wurzeln im Scientific Management entwickelte sich der KVP simultan zum Qualitätsverständnis und floss 1994 in die modernen Excellence Ansätze mit ein (Moen & Norman, 2009, S. 5-9).

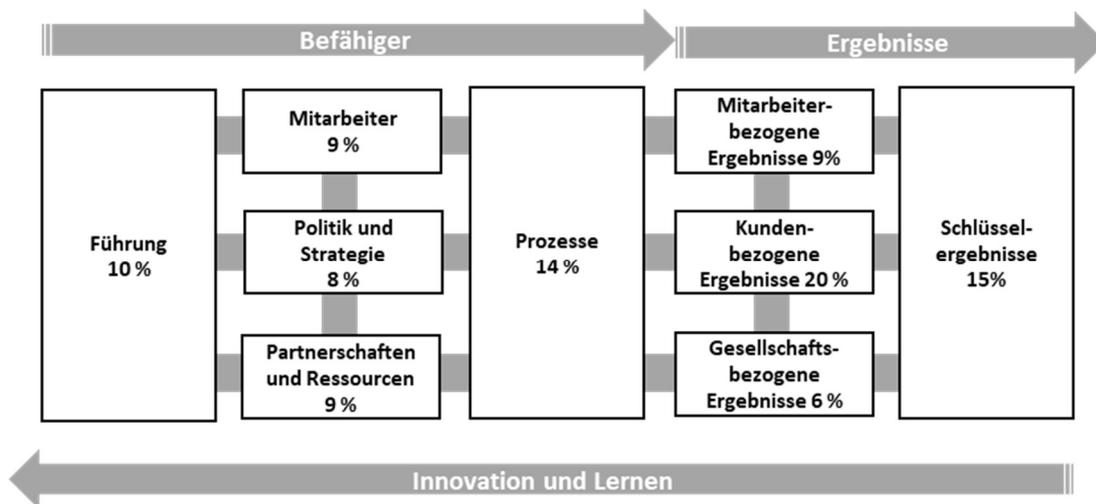


Abbildung 4: EFQM-Excellence Modell (1999-2003)

Als generelles Unternehmensführungsmodell [und unabhängig davon, ob Gesundheits-, Umwelt-, Qualitäts-, Projekt- oder Prozessmanagement im Fokus steht, da stets bestimmte grundlegende Handlungsprinzipien zur Anwendung kommen (Thul, 2017, S. 296)] wird in Europa das EFQM-Excellence Modell (vgl. Abbildung 4) stark gefördert. Mit der Version von 1999 wurde es auf den damals neusten Stand der

Managementlehre gebracht und mit der Version von 2002 auch die Nachhaltigkeit unterstrichen (Seghezzi, Fahrni & Friedli, 2013, S. 241). Im Anhang 1 werden die Items zu den Bewertungskriterien im Detail aufgeführt.

Das Kernstück des EFQM-Excellence Modells ist die RADAR-Logik, welche auf strategischer Ebene das Gegenstück zum operativen PDCA-Zyklus bildet, zur Selbstbewertung angewendet wird und eine Basis für die konsequente Weiterentwicklung eines Managementsystems darstellt. RADAR steht als Abkürzung für:

- Results (Ergebnisse)
- Approach (Ansatz, Vorgehen)
- Deployment (Umsetzung)
- Assessment und Review (Überprüfung u. Bewertung)

(Radtke & Wilmes, 2002, S. 24-25).

Zum Vergleich werden in Tabelle 4 die TQM und EFQM Grundsätze gegenübergestellt. Obschon Unterschiede bestehen, geht hervor, dass die Modelle viele Übereinstimmungen aufweisen. Z.B. wird bei TQM die Qualität abgeleitet von den Kundenbedürfnissen und als Kundenorientierung in den Mittelpunkt gestellt und die EFQM spricht von Kundennutzen. EFQM erwähnt die Mitarbeiter/innen explizit und bei TQM heisst es 'Mitwirkung aller Mitglieder'.

Tabelle 4: Gegenüberstellung TQM und EFQM

Definition TQM (nach ISO 8402)	Grundkonzepte EFQM
1. Qualität in den Mittelpunkt gestellt	1. Nutzen für Kunden schaffen
2. Managementmethode einer Organisation	2. Die Zukunft nachhaltig gestalten
3. Mitwirkung aller Mitglieder	3. Die Fähigkeiten der Organisation entwickeln
4. Zufriedenstellung der Kunden	4. Kreativität und Innovation fördern
5. Langfristiger Geschäftserfolg	5. Mit Vision, Inspiration und Integrität führen
6. Nutzen für die Mitglieder einer Organisation	6. Veränderungen aktiv managen
7. Nutzen für die Gesellschaft	7. Durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgreich sein
(Kamiske & Hahne, 2000, S. 45)	8. Dauerhaft herausragende Ergebnisse erzielen
	(Seghezzi et al., 2013, S. 242)

In der Schweiz dient zudem das St. Galler Konzept, ein integriertes Managementmodell, als Bezugsrahmen für integriertes Qualitätsmanagement, wie Seghezzi et al. (2013, S. 11) darstellen, flankiert von Strukturen und Verhalten sozio-technischer Systeme stehen darin die Aktivitäten zur Leistungserbringung im Zentrum. Es wird ein top-down Ansatz vom normativen hin zum strategischen und operativen

Management verfolgt. Für den Modellaufbau wurde darauf geachtet, dass keine Widersprüche zur Normenreihe ISO 9000er und dem EFQM-Excellence Modell bestehen.

2.2.3 Das ENWHP-Modell in Anlehnung an EFQM

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF, engl. ENWHP) wurde 1996 von der Europäische Kommission gegründet. Neue Standards wurden geschaffen und Modelle guter Praxis entwickelt (Kuhn, 2017, S. 47). Unter anderen kam das ENWHP-Modell in Anlehnung ans EFQM-Modell hervor. Dies hatte seine guten Gründe: Mit der Nähe zum EFQM-Modell war eine bessere Akzeptanz in der Praxis zu erwarten und auch die 'Anschlussfähigkeit' an andere betriebliche Managementsysteme war besser gewährleistet. Zudem legte es im Hinblick auf die Arbeits- und Organisationsstruktur auch verhältnisorientierte Massnahmen nahe, was bei ISO 9000 wenig der Fall war (Ulich & Wülser, 2015, S. 191).

Tabelle 5: Voraussetzungen, Ergebnisse und Prinzipien

Voraussetzungen und Ergebnisse	Prinzipien nach Ulich und Wülser (2015, S. 200-201)
Unternehmenspolitik	<ul style="list-style-type: none"> • Integration in die betriebliche Unternehmenspolitik (1) • Strategische Bedeutung und Formalisierung (z.B. im Leitbild) • Einbezug der Führungskräfte (und Mitarbeiter/innen) (1) • Zeitliche, finanzielle und räumliche Ressourcenbereitstellung (1)
Personalwesen und Arbeitsorganisation	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Arbeitsaufgaben und -organisation, getragen durch das Produktions- und Personalmanagement (2) • Schaffung systematischer Entwicklungsmöglichkeiten für Mitarbeitende durch eine qualifikationsförderliche Arbeitsgestaltung und gezielte Personalentwicklung
BGM-Planung und Umsetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein klares Konzept, das fortlaufend überprüft und kommuniziert wird (3-5) • Konkretisierung und sorgfältige Umsetzung der Massnahmen [gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen] • Durchführung regelmässiger Ist-Analysen • Kommunikationskonzept
Soziale Verantwortung	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortungsvoller Umgang mit natürlichen Ressourcen [vgl. Umweltmanagement] • Unterstützung gesundheitsbezogener, sozialer, kultureller und fürsorglicher Initiativen
Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen (6)

(1-6) entsprechen der guten Praxis gemäss ENWHP

Konzeptionell lassen sich die wichtigsten BGM-Prinzipien, wie in Tabelle 5 zusammengetragen, gut mit dem EFQM-Modell vereinen. Beim ENWHP-Modell (s. Abbildung 5) sind nach Breucker (2003, S. 4) im Unterschied alle Ergebnisse unter einem Kriterium zusammengefasst, die BGF-Planung und -Umsetzung wird in zwei Kriterien gegliedert. Die Planung wird von den Kriterien 'Personalwesen und Arbeitsorganisation' und 'Soziale Verantwortung' flankiert. An die Stelle der Führung tritt die Unternehmenspolitik. Die Kriterien werden im Gegensatz zum EFQM-Modell nicht gewichtet und die Rückkopplung für 'organisationales Lernen' (Probst, 1993, S. 471-473) fehlt. Die Items zu den Bewertungskriterien werden im Detail in Anhang 2 aufgeführt.

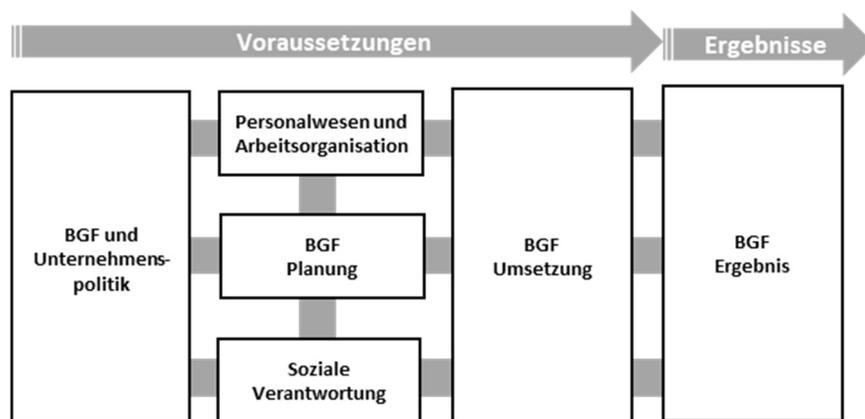


Abbildung 5: ENWHP-Excellence Modells (2003)

Nach Ulich und Wülser (2015, S. 199-200) stellt das ENWHP-Modell auch ein Befragungsinstrument dar, um die Stärken und Verbesserungspotenziale eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements rasch und kostengünstig aufzudecken. Beim Fragebogen von Breucker (2003, S. 5), welcher der Selbsteinschätzung dient, reicht die Skala in vier Intervallen von 'vollständig erreicht' bis 'mit Massnahmen nicht begonnen' (vgl. Anhang 6).

Die ENWHP (2018) formuliert online die Grundsätze und Qualitätskriterien einer guten Praxis folgendermassen:

- «1. WHP should be a management responsibility with:
 - support and integration of management and executive staff
 - integration in company policy
 - provision of sufficient financial and material resources
2. Employee participation in planning and implementation of the WHP measures.
3. WHP should be based on a comprehensive understanding of health.
4. WHP should be based on accurate analysis and continually improved.

-
5. WHP should be professionally coordinated and information should be made available regularly to all the staff.
 6. The benefits of WHP are evaluated and quantified on the basis of specific indicators.»

Im Vergleich zu den Grundkonzepten der EFQM zeichnet sich ab, dass die Systematik sehr ähnlich und entwicklungsorientiert ist, aber die Inhalte des Qualitäts- und Betrieblichen Gesundheitsmanagements stark auseinander gehen, da ihnen andere Werte zugrunde liegen. Die ENWHP zeigt sich Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zentriert, Evidenz und Wirkungsnachweise sind von grosser Wichtigkeit.

2.2.4 Das Qualitätslabel Friendly Work Space®

Gemäss einer E-Mail von Margaret Graf vom 24. Juli 2017 wurden circa 2007 die Aufgaben betreffend ENWHP-Modell von SECO als Netzwerkpartner der ENWHP an die Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH) übertragen. Auf dieser Grundlage wurden von der GFCH die sogenannten sechs BGM-Kriterien für das Qualitätslabel 'Friendly Work Space®' (FWS) definiert.

Als Qualitätsmanagementsystem und Messlatte für Betriebliches Gesundheitsmanagement definierte FWS einen kalkulierbaren Erfüllungsgrad aller sechs Kriterien, der mit 3.0 Punkten als Minimalstandard für die damit zusammenhängende Auszeichnung gilt (Grutsch & Bürki, 2015, S. 3). Vor fünf Jahren waren total 18, vorwiegend grosse Unternehmen, mit dem Label ausgezeichnet. Gut die Hälfte der Unternehmen stammte aus einer Arbeitsgruppe der GFCH (u.a. Suva, Schweizerischer Versicherungsverband, SECO und Bundesamt für Gesundheit [BAG]), welche bei der Entwicklung des Labels mitwirkten (Buri-Moser, 2013, S. 23). Bis heute wurden in der Schweiz knapp 70 Unternehmen mit dem Label ausgezeichnet, neben den Grossunternehmen finden sich vereinzelt auch kleinere wie die Achermann IT-Services mit 41 Mitarbeitenden, Fröhlich Architektur AG mit 28 Mitarbeitenden und Prozess Partner AG mit 26 Mitarbeitenden. Mit einer Ausnahme, der Sanagate AG mit 95 Mitarbeitenden, beträgt die Zahl der Mitarbeitenden bei den weiteren ausgezeichneten Unternehmen 100 und mehr (GFCH, 2018).

Die Normenreihe ISO 9000er stellt eine Anforderung dar, wobei sie und die EFQM-Kriterien keine konkreten Anweisungen zur Umsetzung enthalten. Die EFQM stellt zudem einen Benchmark von Organisationen in den Vordergrund, womit sich Anwendern auch Zugang zu Ansprüchen gegenüber öffentlichen Geldern von Behörden erschliesst. Wirkungszusammenhänge von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität werden mit den ISO- und EFQM-Modellen beschrieben. Im Vergleich ist das FWS mit dem Modell der sechs BGM-Kriterien auf den beiden Ebenen Management und

Massnahmen mit instruktionalem Charakter versehen und zur Umsetzung von Massnahmen Betrieblicher Gesundheitsförderung eine Referenz für gute BGM-Praxis. Das dem FWS zugrunde liegende Modell lässt sich auch prozessual darstellen und gut als Unterstützungsprozess für Mitarbeitende ins Prozessmanagement der ISO 9001 integrieren (Grutsch & Bürki, 2015, S. 1-4).

In diesem Kontext ist das Modell vom FWS vielmehr ein Assessment Instrument als ein Fragebogen zur Selbsteinschätzung, wie dies beim ENWHP-Modell der Fall ist. Gemäss GFCH und Arbeitsgruppe BGM-Kriterien (2017, S. 7) sind die Kriterien gegenüber dem ENWHP-Modelle wiederum gewichtet und mit der Bezeichnung BGM, anstelle BGF versehen. Nebst den zum ENWHP-Modell angepassten Subkriterien zu den BGM-Kriterien zeichnet sich das Modell vom FWS (vgl. Abbildung 6) durch einen expliziten PDCA-Zyklus aus: Die Prozesse werden von der Strategie (Plan) abgeleitet, gefolgt von den Massnahmen (Do) und Ergebnissen (Check). Entsprechend werden im Modell vom FWS die Phasen den jeweiligen Bereichen zugeordnet. Die Kontinuierliche Verbesserung (Act) dient als Feedback. Vorausgesetzt wird die Anwendung gesetzlicher Bestimmungen (vgl. Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz) zu welcher die Unternehmen verpflichtet sind. In Anhang 2 werden die Bewertungskriterien detailliert dem ENWHP-Modell gegenübergestellt.

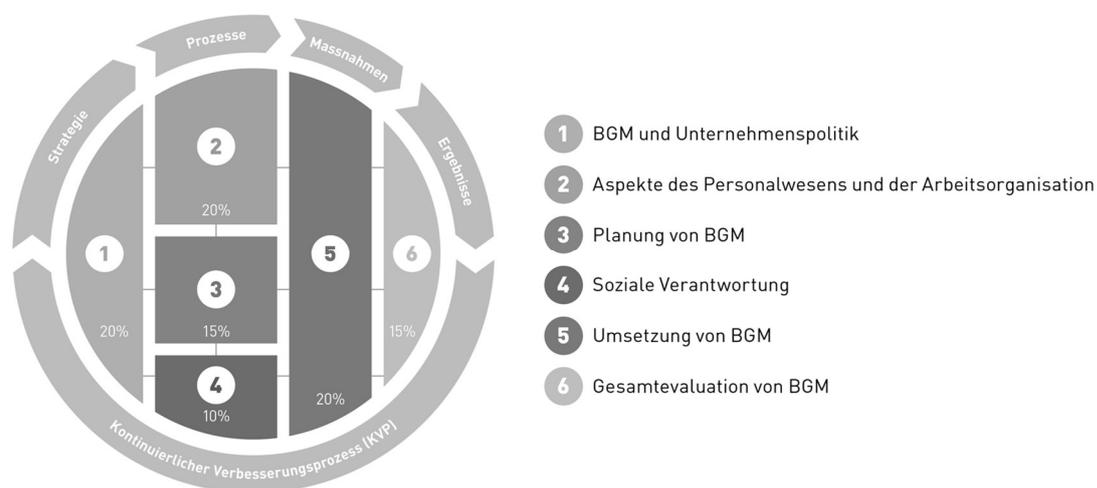


Abbildung 6: FWS-Modell (GFCH, 2018)

Der Weg zum FWS und einem systematischen BGM erfolgt über fünf Schritte: (1) Sensibilisierung, (2) Analyse, (3) Konzeption und Konkretisierung, (4) Umsetzung, (5) Evaluation und Kontinuierlicher Verbesserungsprozess. Die BGM-Kommunikation unterstützt diesen Entwicklungsprozess (GFCH, 2017, S. 10).

Die Assessments werden anhand einer BGM-Matrix bewertet, welche 25 Subkriterien mit einer Skala über 5 Stufen von 'keine oder nur anekdotische Nachweise' bis zur 'Umsetzung nach Bewertung und Überprüfung optimiert' umfasst (GFCH, 2017a, S. 1-7). Ein Resultat mit insgesamt 2.0 bis 2.9 Punkten im gewichteten Mittel führt zum Status 'Committed to Friendly Work Space', die Auszeichnung mit dem FWS erfolgt ab einer Gesamtbewertung mit 3.0 und mehr Punkten (GFCH, 2017b, S. 35).

Zur Konkretisierung und als Beispiel werden in Tabelle 6 und Tabelle 7 die Bewertungsskalen mit je einem BGM-Subkriterium vom FWS-Modell und einem Schlüsselement von TQM nach ISO-Norm 9004 veranschaulicht. Damit wird schnell ersichtlich, dass die Bewertung im FWS-Modell ihren Ursprung auch im TQM-Modell, respektive den ISO-Normenreihen 9000er findet.

Tabelle 6: Bsp. BGM-Subkriterium (GFCH, 2017a, S. 1)

Kriterium 1a 'Unternehmensleitlinien':				
1	2	3	4	5
Keine Integration von BGM-Werten und -Inhalten in Unternehmensleitlinien oder in ähnlichen Dokumenten.	BGM-Werte und -Inhalte sind Bestandteil der Unternehmensleitlinien oder ähnlicher Dokumente. Diese sind den Mitarbeitenden kommuniziert.	Führungskräfte vertreten BGM-Werte und -Inhalte. BGM-Werte und -Inhalte werden in wichtigen Entscheidungen berücksichtigt und werden aktiv umgesetzt.	Die entsprechenden Dokumente und deren Umsetzung werden regelmäßig durch die oberste Leitung bewertet und überprüft.	Leitlinien oder ähnliche Dokumente und deren Anwendung sind aufgrund der Bewertung und Überprüfung optimiert.

Tabelle 7: Bsp. TQM-Schlüsselement ISO 9004:2009*

TQM-Schlüsselement «Was ist der Ansatz der Führung? (Leiten und Lenken)»:				
Grad 1	Grad 2	Grad 3	Grad 4	Grad 5
Der Ansatz ist relativ und beruht auf Entscheidungen von oben nach unten.	Der Ansatz ist reaktiv und beruht auf Entscheidungen von Führungskräften auf unterschiedlichen Ebenen.	Der Ansatz ist proaktiv und die Zuständigkeit, Entscheidungen zu treffen, wird delegiert.	Der Ansatz ist proaktiv mit starker Einbeziehung der Mitarbeiter der Organisation beim Treffen von Entscheidungen.	Der Ansatz ist proaktiv und auf das Lernen ausgerichtet, mit Ermächtigung der Mitarbeiter auf allen Ebenen

*zit. in Wagner & Käfer (2017, S. 139)

Mit der RADAR-Logik wird beim EFQM-Modell auch eine fünfer Skala verwendet.

2.3 Finanzielle und personelle Ressourcen von Unternehmen

Unternehmen sind einer Vielzahl von Bedingungsgrößen ausgesetzt. Buri-Moser (2013, S. 67-72) unterscheidet nach ausserbetrieblichen, innerbetrieblichen und personellen Merkmalen der Geschäftsleitung, Führungs- und Fachkräften. Von aussen ist der Betrieb insbesondere ökonomischen, sozialen, ökologischen und politischen Rahmenbedingungen ausgesetzt. Innerbetrieblich gelten vor allem die Branche und Betriebsgrösse als Limitierungen für den Aktionsraum. Die Branche wird durch einen mehr oder minder intensiven Wettbewerb gezeichnet. Abhängig von der Unternehmensgrösse ist die Ausgestaltung von BGM unterschiedlich und es werden andere BGF-Massnahmen benötigt. Jedoch muss eine Unternehmung über genügend finanzielle und personelle Ressourcen verfügen, um BGM einzuführen.

Der Abhängigkeit zur Betriebsgrösse stellt Meggeneder (2017, S. 358-359) gegenüber, dass die Belastungs-Beanspruchungsspektren von Klein-, Mittel- und Grossunternehmen kaum variieren, aber von Branche zu Branche erhebliche Unterschiede bestehen. Bei KMU sind die Ressourcen Arbeit, Kapital und Zeit für Betriebliche Gesundheitsförderung knapp, so dass häufig auch Strukturen für die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz fehlen. Ein markantes Merkmal von KMU sind flache Hierarchien und die soziale Nähe zwischen Unternehmern und Unternehmerinnen zur Belegschaft. Bei Kleinst- und Kleinunternehmen (z.B. Familienbetrieben) kommt es auch zur Verschmelzung der Privat- und Arbeitswelt. Die Einführung und Gestaltung von Betrieblicher Gesundheitsförderung steht und fällt mit der Haltung der Gesellschafter und Geschäftsleitung. Je kleiner eine Unternehmung ist, desto eher ist sie durch das Führungsverhalten geprägt (Meggeneder, 2017, S. 359-360). Einen relevanten Punkt fügen Hurrelmann, Klotz und Haisch (2014) hinzu: «Im Unterschied zum Arbeitsschutz trägt die BGF gänzlich freiwilligen Charakter» (S. 340).

Mit dieser Bestandesaufnahme kann festgehalten werden, dass die Belastungen nicht mit der Unternehmensgrösse variieren, aber je nach Unternehmensgrösse sich die Einführung und der Betrieb von BGM in kleineren Unternehmen mehr nach der obersten Leitung richten. Generell sind die Personal- und Kapitalressourcen von KMU knapp bemessen. Neben der Grösse gilt die Branche als bedeutender Faktor. Anzumerken ist, dass KMU bisher im Hinblick auf ihr Gesundheitsverhalten wenig untersucht wurden.

2.4 Wirkungserwartungen zu Betrieblicher Gesundheitsförderung

2.4.1 Arbeitszufriedenheit, Produktivität und Konsequenzerwartung

Wer in die Gesundheit seiner Mitarbeitenden investiert geht davon aus, dass ein positiver Effekt auf sie und die gesamte Unternehmung resultiert (Breucker, 2003, S. 2), sich die Wirkung von BGF entfaltet.

Tabelle 8: Abhängigkeit Unternehmenserfolgs von Betrieblicher Gesundheit

Unternehmenserfolg (als abhängige Variable)	Psychische Gesundheit (Depression u. Erschöpfung)	Muskel-Skelet-erkrankungen	Arbeitszufriedenheit	Engagement und Loyalität*
Absenzen	Tomonaga et al., 2013; Kessler et al., 1999; Darr & Johns, 2008	Punnett & Wegmann, 2004	Duijts et al., 2007	Harter et al., 2009; Duijts et al., 2007
Fluktuation		Punnett & Wegmann, 2004	Cooper-Hakim & Viswsvaran, 2005; Griffeth, Hom, Gaertner, 2000	Harter et al., 2009; Griffeth, Hom & Gaertner, 2000; Cooper-Hakim & Viswsvaran, 2005
Kundenzufriedenheit und Servicequalität			Brown & Lam, 2008; Harter, Schmidt, & Hayes, 2002	
Produktivität	Lerner & Henke, 2008; Ford, Cerasoli, Higgins, Decesare, 2011		Judge et al., 2001; Whitman, van Rooy, & Viswesvaran, 2010	Harter et al., 2009; Cooper-Hakim & Viswsvaran, 2005
Sicherheit und Unfälle (safety incidents)			Nahrgang et al., 2011	Nahrgang, 2011; Harter et al., 2009

*Unternehmensbindung, respektive Kündigungsabsicht

Krause, Basler und Bürki (2016, S. 48) haben in Bezug auf das Wirkungsmodell der GFCH evidente Zusammenhänge von Gesundheit und Unternehmenserfolg über mehrere (Meta-) Studien analysiert. Aus der daraus gewonnenen Datenbasis hat der Verfasser in Tabelle 8 relevante Autoren wissenschaftlicher Belege zusammengetragen. Insbesondere fällt auf, dass der Unternehmenserfolg in vollem Umfang von der Arbeitszufriedenheit abhängt und die Teilbereiche Absenzen und Produktivität mit relativ vielen Untersuchungen dokumentiert wurden.

2.4.2 Das Konstrukt der Arbeitszufriedenheit und Produktivität

Domsch und Ladwig (2013, S. 11) gehen davon aus, dass Mitarbeitende eine partizipative Führung erwarten, welche gekennzeichnet ist durch eine intensive Kommunikation, erweiterte Gestaltungsmöglichkeiten, eine Kultur, die das entsprechende Denken, Sprechen und Handeln zulässt und, dass Unterstützung geboten wird (z.B. anhand von Mitarbeitergesprächen). Mit dem Instrument der Mitarbeiterbefragung wird die allgemeine Arbeitszufriedenheit erfasst und ihre Teilaspekte, die zu Zufriedenheit oder Unzufriedenheit führen können. Es wird davon ausgegangen, dass bereits eine angemessene Befragung selbst zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit führen kann. Sie dient zudem der Personal-, Organisations- und Unternehmensentwicklung. Eine umfassende Befragung beinhaltet die in Tabelle 9 nach der Zweifaktoren-Theorie von Herzberg, Mausner und Snyderman (1959, S. 81) sortierten Punkte.

Tabelle 9: Inhalt Mitarbeiterbefragung (in Anlehnung an Mayrhofer, 1996, S. 236)

Motivatoren	Hygienefaktoren
<ul style="list-style-type: none">• Tätigkeit, (Entscheidungsspielraum) und Arbeitsorganisation• Möglichkeit zur Umsetzung der eigenen Leistungsfähigkeit und -bereitschaft• Weiterbildung und Entwicklungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none">• Arbeitsbedingungen• Entgelt und Sozialleistungen• Kommunikation und Information• Zusammenarbeit• Vorgesetztenverhalten und die Beziehung zum Vorgesetzten• Unternehmen

Zudem werden statistische Angaben zu: Alter, Geschlecht, Betriebszugehörigkeit, Einkommensform und -höhe, Arbeitszeitform, Abteilung und Funktionsbereich und Status in der Hierarchie erfasst (Domsch & Ladwig, 2013, S. 11)

Nach Frech (1996, S. 310) wird Arbeitszufriedenheit im Konglomerat von Variablen wie Absentismus, Fluktuation und Leistung betrachtet, wobei auch das Ausgangsniveau und die Form der Zufriedenheit zu beachten ist. Im Weiteren merken Ulich und Wülser (2015) an: «Schliesslich ist die Wahrscheinlichkeit, dass jemand aufgrund guter Leistung zufrieden ist, kaum geringer als die Wahrscheinlichkeit, dass vorhandene Zufriedenheit gute Leistung bewirkt hat» (S. 118).

Damit hat Arbeitszufriedenheit zwei wesentliche Aspekte, die partizipative Führung und Leistungserbringungen, welche mit der Produktion einer Unternehmung und deren Teilaspekten, u. a. der Produktivität, verknüpft ist. Kentener (2003) meint dazu: «Die Umsetzungsstringenz [von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung] in den Unternehmen ist dann besonders hoch, wenn gleichzeitig die Produktivität unterstützt wird. Deswegen ist die Integration des Gesundheits- und Arbeitsschutzes in ein

Betriebliches Gesundheitsmanagement nicht nur eine Option, sondern eine absolute Notwendigkeit» (S. 266).

2.4.3 Die sozialkognitive und Spiele-Theorie als Entscheidungsgrundlage

Mit der Unternehmensgrösse korreliert die Anzahl der Entscheidungsträger und -trägerinnen, welche sich für oder gegen die Entwicklung Betrieblicher Gesundheitsförderung aussprechen (vgl. Kapitel 2.3). Die sozialkognitive Theorie, welche in der Verhaltenspsychologie einen guten Erklärungsrahmen bietet, eignet sich also eher für kleinere Unternehmen und die Spieltheorie aus den Wirtschaftswissenschaften für grössere Unternehmen mit mehr als einem Entscheidungsträger oder einer Entscheidungsträgerin. In beiden Theorien spielen Erwartungen und Annahmen eine wesentliche Rolle.

Bandura (1971, S. 4-5, 32-33) benennt die verstärkenden «Reinforcing Effects of Response Consequences» und zudem die «Behavior-Regulation Function of Self Produced Consequences», eine Art Handlungsergebniserwartungen, bzw. die Konsequenzerwartung der eigenen Handlungen und ihre Wirkung auf das eigene Verhalten, welche beides (die Handlungsergebniserwartung und das Verhalten) abhängige Variablen vom Konstrukt der Selbstwirksamkeit sind. Eine weitere Bestimmungsgrösse ist nach Bandura (1971, S. 20-24) auch das «External Reinforcement» soziostruktureller Faktoren. Damit rückt nicht nur die Konsequenzerwartung, sondern auch die vorgelagerte Selbstwirksamkeit in den Vordergrund, die Bandura (1977) in folgendem Kontext umschreibt: «It is hypothesized that expectations of personal efficacy determine whether coping behavior will be initiated, how much effort will be expended, and how long it will be sustained in the face of obstacles and aversive experiences» (S. 21-22). Hinzu kommt das Postulat, dass die Selbstwirksamkeit von den mit dem Erfahrungshintergrund verbundenen Gefühlen getrieben wird.

Mit der sozialkognitiven Theorie lässt sich für kleine Unternehmen schliessen, dass das Verhalten Betrieblicher Gesundheitsförderung von einzelnen Entscheidungsträgern massgeblich mit der damit verbundenen Konsequenzerwartung wie Arbeitszufriedenheit und Produktivität und der Selbstwirksamkeitserwartung (z.B. auf Grund verfügbarer personeller und finanzieller Ressourcen) zusammenhängt.

Mit der Spieltheorie, welche gemäss Diekmann (2010, S. 16-17) ihre Anfänge 1913 bei den Mathematikern Zermelo und Borel fand, haben von Neumann und Morgenstern (1947) unter dem Titel «Theory of Games and Economic Behavior» das erste grundlegende Werk seiner Art vorgelegt, das Nullsummenspiel, welches von Nash (1950, S. 48-49) mit dem 'Nash Gleichgewicht' auch für Nicht-Nullsummenspiele verallgemeinert wurde. Damit wurde eine Theorie geschaffen, mit welcher die Dynamik

in Situationen mit mehreren Entscheidungsträgern unter 'Sicherheit' erklärt werden konnte oder unter 'Unsicherheiten' anhand von Wahrscheinlichkeiten. Beispiel (vgl. Abbildung 7): Eine Unternehmung mit 250 Mitarbeiter/innen überlegt sich, ob sie BGM einführen soll oder nicht. Die Krankheitskosten betragen derzeit 500'000 Franken im Jahr und könnten mit einem BGM System halbiert werden, dazu würden jährlich zusätzliche Betriebskosten von 50'000 Franken anfallen. Da im Beispiel die Faktenlage klar ist, kann eine dominante Strategie (Diekmann, 2010, S. 76) angewendet werden und der Entscheid wird aufgrund der sogenannten Minmax-Theorie für die Einführung von BGM sprechen, da hier der Verlust am geringsten ausfällt.

	Gesundheit der MA	Krankheit der MA	
BGM nicht einführen	0	-500'000	-500'000
BGM einführen	-50'000	-250'000	-300'000

Abbildung 7: Bsp. Spieltheorie Verlustkosten und Einführung BGM

2.4.4 Die Konsequenzen und Implikationen für Unternehmen

Thul (2017, S. 303-306) arbeitete kritische Erfolgsfaktoren und Stolpersteine heraus, welche mit einem entsprechenden Qualitäts- und Betrieblichen Gesundheitsmanagement verbunden sind:

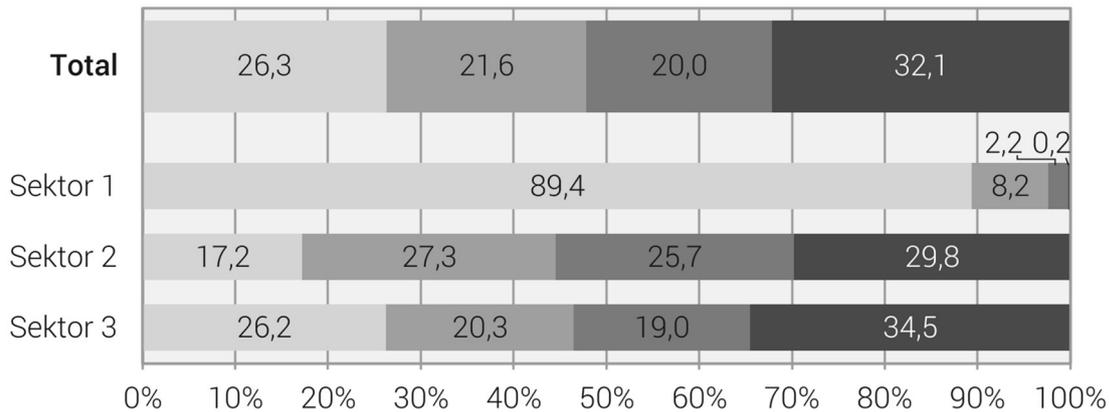
- BGM beeinflusst die Gesundheit von Mitarbeitenden, aber es entfaltet seine Wirkung auch auf weitere Anspruchsgruppen (Kunden, Lieferanten und Gesellschaft), deren Interessen identifiziert und abgewogen werden sollten, um geeignete Massnahmen daraus zu entwickeln (Stakeholder Management).
- Neben umfassenden Kennzahlensystemen sind auch die zukünftigen Potenziale einer Organisation zu bewerten und in die Steuerung der Unternehmen einzubeziehen.
- Nach TQM und Excellence Modellen sind neben Experten auch die Mitarbeitenden und Führungskräfte aktiv in die Gestaltung einzubeziehen, womit Fachkompetenz bereitgestellt und individuelle Verantwortung übernommen wird.

-
- Wichtig ist insbesondere auch, dass die Akteure ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit entwickeln, damit Zielkonflikte vermieden werden und die Gesundheitsthemen im Betrieb bestehen können.
 - Qualität und Gesundheit sollen gleichberechtigt behandelt werden und nebeneinander bestehen können. Transparenz wird benötigt, damit Probleme im Diskurs gelöst werden können.
 - Bei der Verankerung in einer Qualitäts- bzw. BGM-Fachstelle ist darauf zu achten, dass sich die restlichen Mitarbeitenden und Führungskräfte nicht aus der Verantwortung ziehen und so die Tragfähigkeit aufrecht erhalten bleibt.
 - Die Zusammenarbeit zwischen Qualitäts- und Betrieblichem Gesundheitsmanagement kann zu Konkurrenzsituationen führen, wenn der Blick für das Gesamte verloren geht und einzelne, statt gemeinsame Interessen in den Vordergrund rücken.
 - Notwendige Rahmenbedingungen sind zu schaffen, um eine wirkungsvolle prozessuale und strukturelle Verankerung zu erreichen. Zur dauerhaften Stabilisierung kommt auch die Notwendigkeit einer kulturellen Anpassung hinzu.

2.5 Stand der Forschung und Entwicklung

2.5.1 Situation Beschäftigte und Unternehmen in der Schweiz

Im Kontext der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist neben der Wirtschaftsstruktur von Unternehmen vielmehr die Beschäftigungsstruktur nach Unternehmensgrösse und Sektor von Interesse. Das BFS (2018) unterscheidet nach Mikro-, Kleinen und Mittelgrossen (KMU) und Grossunternehmen. Unternehmen in der Schweiz beschäftigten im 2015 nach provisorischen Zahlen durchschnittlich 8.5 Mitarbeitende; 75 Prozent der Unternehmen sind dabei im Dienstleistungssektor tätig; etwa 1/4 der Beschäftigten arbeiten in Mikro- (0-9 Mitarbeitende) und rund 1/3 in Grossunternehmen mit mehr als 250 Mitarbeiter/innen, wie zum Teil in Abbildung 8 ersichtlich ist. Im Weiteren unterscheiden sich die Anteile der Beschäftigten auch regional und nach verschiedenen Branchen, die in den Sektoren 1 bis 3 enthalten sind.



Grössenklassen in Anzahl der Beschäftigten



Abbildung 8: Struktur Beschäftigte 2015 (BFS, 2018).

Im Hinblick auf die betriebliche Gesundheitsförderung ist die Welt der KMU im gesamten Europa eher schlecht dokumentiert (Meggeneder, 2017, S. 357), dies betrifft im Besonderen auch Mikrounternehmen. Zum Dienstleistungssektor der Schweiz wurde von Bauer und Schmid (2006, S. 48-49) erkannt, dass mit 82 Prozent der grösste Teil der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf das individuelle Verhalten abzielt und nur bei 18 Prozent auf verhältnisorientierte Massnahmen. Nur 5 von 78 identifizierten Unternehmen hatten klare Prinzipien formuliert oder BGF sogar im Leitbild verankert. Nach einer Befragung unter dem Titel «Personalmanagement und Gesundheitsförderung in schweizerischen Dienstleistungsunternehmen» von Handel (29 %), Gesundheits- und Sozialwesen (17 %), Verkehr/ Transport/ Lagerung/ Kommunikation (11 %), Unternehmensdienstleistungen (11 %), Gastgewerbe (10 %), Kreditgewerbe/ Banken/ Versicherungen (9 %) im 2001, stellte sich heraus, «dass die impliziten, potenziell gesundheitsförderlichen Personalmanagement-Massnahmen deutlich häufiger anzutreffen sind als explizite BGF-Massnahmen. Die niedrige Häufigkeit expliziter BGF-Massnahmen ist aufgrund der Ergebnisse anderer Studien zu erwarten und lässt sich mit einer mangelnden Investitionsbereitschaft für solche Extra-Massnahmen erklären, die nicht direkt mit der Wertschöpfungskette zusammenhängen» (Bauer & Schmid, 2006, S. 52).

Buri-Moser (2013, S. 20) merkt in ihrer Dissertation zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement an, dass es zur betrieblichen Umsetzung einer BGF-Strategie in der Schweiz kaum Anreize von aussen gibt [ausser dem Einhalten von Vorgaben zu Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz]. Wie bereits in der Einleitung erwähnt (vgl.

Kapitel 1.1) hat die GFCH 2016 zur Verbreitung und Umsetzung von BGM ein Monitoring durchgeführt, welches eine positive Entwicklung systematischer Gesundheitsförderung in Betrieben aufzeigt. Die Umfrage erfolgte fernab der BGM Kriterien von 'Friendly Work Space®' (vgl. Kapitel 1.3).

2.5.2 Situation und Ansätze in der restlichen DACH-Region

In der deutschsprachigen Literatur fällt mit Ausnahme der Schweiz auf, dass vielfach von Betrieblicher Gesundheitsförderung berichtet wird und wenig von Betrieblichem Gesundheitsmanagement. Dies könnte allenfalls einen Hinweis zum nationalen Entwicklungsstand oder eine Folge des unterschiedlichen Sprachgebrauchs sein. Betriebliches Gesundheitsmanagement geht zwar über die Grenzen der Gesundheitsförderung hinaus (vgl. Kapitel 2.1.4) und beinhaltet diese sogar, aber doch gehören beide untrennbar zusammen und bilden eine dichotome Einheit von Management und Massnahmen zur Förderung der Gesundheit im Setting Betrieb. Am Betrieblichen Gesundheitsmanagement haftet zudem der Anspruch eines gesundheitsförderlichen Settings. Einzig im Zusammenhang mit Qualitäts- und Managementsystemen wird auch in Deutschland oder Österreich von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gesprochen.

Im Gegensatz zum 'Friendly Work Space®' hat das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) 2005 ein Qualitätssicherungssystem installiert, das über drei Stufen erfolgt. Unterstützung fand es vom Fonds Gesundes Österreich. In einem ersten Schritt bekennt sich eine Unternehmung zur BGF-Charta betreffend Gesundheit ihrer Beschäftigten, worauf in den zwei folgenden Jahren ein erstes BGF-Projekt umzusetzen ist und danach ein BGF-Gütesiegel vergeben wird. Zur Vergabe wurden früher 14 und seit kurzem 15 Qualitätskriterien angewendet (s. Anhang 3). In einem dritten und letzten Schritt werden nach Massgabe der 14 Kriterien hervorragende Projekte mit einem Preis ausgezeichnet. Bis 2015 hatten 721 Unternehmen die Charta unterzeichnet und 1'113 das Gütesiegel erhalten (Heigl, 2017, S. 469-473).

Anders als in der Schweiz und Österreich haben sich in Deutschland aus dem Deutschen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung unterschiedliche Foren entwickelt. Das Forum Grossunternehmen verfolgt die Verbreitung von BGF i.S. der 'Luxemburger Deklaration' und mit der Kooperation zur Psychischen Gesundheit in der Arbeitswelt (psyGA) legt sie den Schwerpunkt auf Stress, psychische Belastung und Burnout. Das Forum KMU beschäftigt sich vor allem mit der Frage, wie kleine und mittelständische Unternehmen betreffend Arbeit und Gesundheit zu erreichen sind. Aufgrund der rasch ändernden Arbeitsprozesse sucht das Forum Öffentlicher

Dienst insbesondere nach Wegen, den Wandel gesundheitsverträglich zu gestalten (Krauss-Hoffmann & Sochert, 2017, S. 451-453).

Im Vergleich zu Österreich und Deutschland hat sich die Schweiz weiter am ENWHP-Modell orientiert, wobei das ÖNBGF ihre eigenen Kriterien entwickelt hat und das DNBGF in Foren zersplitterte, was mit der 10-fachen Einwohnerzahl gegenüber Österreich und der Schweiz auch plausibel scheint. Anhand dieser Entwicklungssituation lassen sich die Länder der DACH-Region nicht am selben Massstab zur BGF-Entwicklung und damit verbundenen Potenzialen messen.

2.5.3 Forschungslücken und -felder

Von der Betriebsorganisation hin zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement hat sich die gute Praxis im Hinblick auf Qualität und gesunden Arbeitsbedingungen weiterentwickelt. In der Schweiz besteht eine Diskrepanz im KMU-Bereich, da zu Arbeit und Gesundheit vor allem Grossunternehmen und der tertiäre Sektor gut erforscht sind. Zudem steht für das Personalmanagement Betriebliche Gesundheitsförderung gegenüber dem Gesundheitsmanagement im Vordergrund. Betriebliches Gesundheitsmanagement wird nach wie vor unterschätzt und eher als unterstützende Zusatzmassnahme betrachtet (Bauer & Schmid, 2006, S. 48-49; 52).

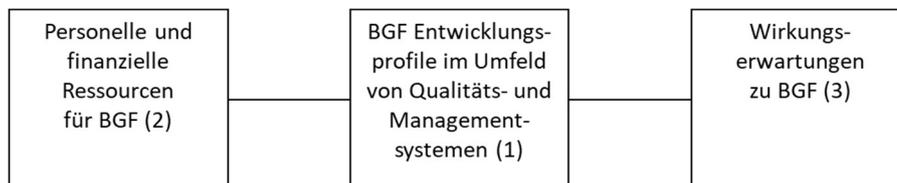


Abbildung 9: Forschungsfelder der Arbeit

Nur selten, aber auch immer öfter wird BGM als Wettbewerbsvorteil erkannt. Folgende Felder sollen mit der Arbeit untersucht werden (vgl. Abbildung 9):

- (1) Bei bisherigen Untersuchungen wurden Analysen zu Faktoren vorgenommen und mittels Wirkungsmodell in Bezug gebracht (Füllemann et al., 2017, S. 18). Eine zugängliche Analyse von (Entwicklungs-)Profilen mit der Systematik eines ENWHP-Modells oder zu den Qualitätskriterien zum FWS steht aus.
- (2) Im Weiteren richtet sich das Interesse auf die wenig erforschten KMU mit ihren knappen Ressourcen an Personal, Zeit und Finanzen.
- (3) Nebst der bereits untersuchten Wirkung von Betrieblicher Gesundheitsförderung auf Arbeitszufriedenheit und Produktivität, stellt sich die Frage nach den Erwartungen, die damit verbunden sind und eine Weiterentwicklung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements beeinflussen.

Ob eine Unternehmung noch Betriebliche Gesundheitsförderung (als Gesundheitsförderung im Setting) betreibt oder bereits zu den wenigen gehört, die systematisch ein Betriebliches Gesundheitsmanagement (ein gesundheitsförderliches Setting) führt, ist vom Entwicklungsstand der betroffenen Unternehmung abhängig. In Anlehnung an die GFCH (2017b, S. 35) zum FWS kann folgende Abstufung vorgenommen werden: 1.0 bis 1.9 Punkte bedeuten, dass keine spürbare Betriebliche Gesundheitsförderung vorhanden ist, 2.0 bis 2.9 Punkte bedeuten, dass ein Committed-Status und BGF vorhanden sind und ab 3.0 Punkten bedeutet eine Auszeichnung mit dem Qualitätslabel, dass die zugrunde liegenden BGM-Kriterien erfüllt werden (vgl. Anhang 6) und somit von Betrieblichem Gesundheitsmanagement gesprochen werden kann. Nachfolgend werden generell die Bezeichnungen BGF-Entwicklungsstand und -profile, BGF-Ressourcen, BGF-Planung, BGF-Massnahmen etc. verwendet, da der Entwicklungsstand vor einer Erhebung ungewiss ist. Diese Praxis wendet auch der ENWHP-Fragebogen zur Selbsteinschätzung an (vgl. Kapitel 2.2.3).

Diese Arbeit soll nicht nur einen Beitrag zu mehr Klarheit betreffend aufgeführter drei BGF-Themenfelder leisten, sondern zusätzlich eine bessere Einordnung von KMU gegenüber Grossunternehmen ermöglichen. Unternehmen aus Landwirtschaft, Gewerbe und Industrie sollen ebenfalls berücksichtigt werden.

2.6 Forschungsfragen, Hypothesen und Forschungsmodell

Gemäss eingangs festgehaltener Zielsetzungen, Fragestellungen und durchgeführter Literaturanalyse sollen im empirischen Teil folgende drei Forschungsfragen beantwortet werden:

F1:	Wie zeigt sich der aktuelle BGF-Entwicklungsstand* und die damit verbundenen BGF-Entwicklungsprofile** im Hinblick auf die Unternehmensgrösse bei Unternehmen in der Schweiz?
F2:	Wie stehen personelle, finanzielle Ressourcen (BGF-Budget) und der individuelle Entwicklungsstand von Unternehmen in Bezug?
F3:	Was wird von entwickelten Unternehmen bei Investition in BGF im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit und Produktivität erwartet?

/nachfolgend kurz mit Entwicklungsstand, resp. Profil bezeichnet.*

Zur ersten Fragestellung: Die geringe Datenlage zum BGF von KMU weist darauf hin, dass diese im Vergleich zu Grossunternehmen weniger entwickelt sind. Dies soll mit folgender Hypothese überprüft werden:

H ₁ (F ₁):	Je mehr Mitarbeitende eine Unternehmung beschäftigt, desto höher ist ihr gesamter Entwicklungsstand.
-----------------------------------	--

Grössere Unternehmen können sich eher spezialisieren als kleine und BGM-Fachpersonal beschäftigen. Damit verlagern sich Arbeiten vom Personalmanagement in die BGF-Planung und -Massnahmen, was mit folgender Hypothese überprüft werden soll (relativer Entwicklungsstand):

H₂ (F₁): Je mehr Mitarbeitende eine Unternehmung beschäftigt, desto überdurchschnittlicher ist ihr Entwicklungsstand in der BGF-Planung und -Massnahmen (Kriterium 3 und 5 in Relation zum gesamten Entwicklungsstand).

Auch wenn in KMU kein eigenes BGM-Fachpersonal beschäftigt wird, ist davon auszugehen, dass professionelles Fachpersonal im Personalmanagement arbeitet und sich dieses auch gesundheitlichen Themen widmet. Folgende Hypothese wird dazu aufgestellt (relativer Entwicklungsstand):

H₃ (F₁): Je weniger Mitarbeitende eine Unternehmung hat, desto überdurchschnittlicher ist ihr Entwicklungsstand im Personalwesen und der Arbeitsorganisation (Kriterium 2 in Relation zum gesamten Entwicklungsstand).

Zur zweiten Fragestellung: Im Gegensatz zu KMU wird davon ausgegangen, dass bei Grossunternehmen für die Entwicklung von BGF notwendige Personal- und Kapitalressourcen eher vorhanden sind. Mit folgender Hypothese soll dieser Sachverhalt hinsichtlich finanziellen Mitteln untersucht werden:

H₄ (F₂): Je höher die finanziellen Ressourcen (gemessen am BGF-Budget) einer Unternehmung sind, desto höher ist auch ihr Entwicklungsstand.

Es wird im Weiteren davon ausgegangen, dass benötigte BGF-Mittel auch mit dem Personalbestand zusammenhängen. Die folgende Hypothese dient zur Abklärung:

H₅ (F₂): Je mehr personelle Ressourcen bei einer Unternehmung vorhanden sind, desto grösser sind auch ihre finanziellen Ressourcen (gemessen am BGF-Budget).

Zur dritten Fragestellung: Es ist davon auszugehen, dass als Konsequenz von BGF eine höhere Arbeitszufriedenheit zu erwarten ist. Doch je mehr eine Unternehmung entwickelt ist, desto kleiner wird der Zuwachs an Arbeitszufriedenheit sein

(abnehmender Grenznutzen). Mit der folgenden Hypothese soll der Unterschied des Grenznutzens von BGF geklärt werden:

H₆ (F₃): Je höher der gesamte Entwicklungsstand einer Unternehmung ist, desto tiefer wird im Hinblick auf eine BGF-Weiterentwicklung der zusätzliche Anstieg der Arbeitszufriedenheit ihrer Mitarbeitenden erwartet.

Wer mit einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit rechnet, geht auch von einer Zunahme der Produktivität aus. Dieser Abklärung verschreibt sich die letzte Hypothese:

H₇ (F₃): Je höher der zusätzliche Anstieg der Arbeitszufriedenheit einer Unternehmung erwartet wird, desto höher wird auch der zusätzliche Anstieg der Produktivität erwartet.

Nach Meggeneder (2017, S. 358-359) ist nicht die Unternehmensgrösse, sondern die Branche in Abhängigkeit von exogenen Faktoren für die Belastung der Mitarbeitenden bestimmend. Damit wird die Branche, und als Aggregat der Sektor, zum relevanten Störfaktor. Die sieben formulierten Hypothesen (H₁₋₇) können inklusive Störfaktor, wie in Abbildung 10 dargestellt, in einem Forschungsdiagramm in Bezug gesetzt werden. Das Vorzeichen deutet auf den erwarteten positiven oder negativen Zusammenhang zwischen den Variablen hin.

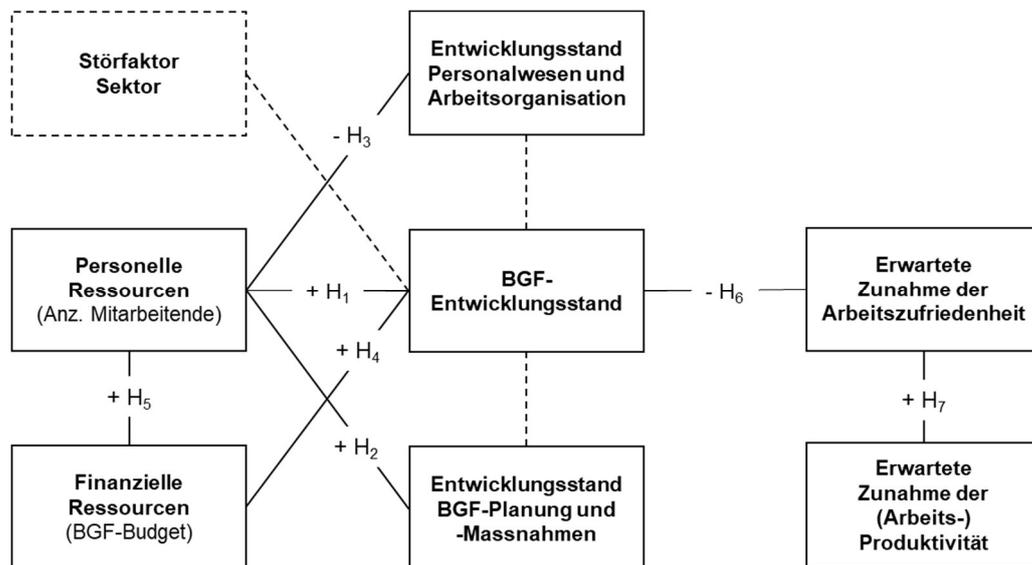


Abbildung 10: Forschungsdiagramm

3 Empirischer Teil

3.1 Planung der Stichprobe

Wie in Raab-Steiner und Benesch (2015, S. 47-49) beschrieben, wird eine standardisierte, schriftliche online-Befragung zur Erhebung des BGF-Entwicklungsstandes verwendet. Diese Methode der quantitativen Datenerhebung eignet sich für grosse, homogene Gruppen mit dem Nachteil, dass die Erhebungssituation schwer zu kontrollieren ist. Limitiert wird eine solche schriftliche Befragung insbesondere durch die Problematik der negativen Antworttendenzen (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S. 64-67), wie die absichtliche Verstellung, soziale Erwünschtheit, Akquieszenz, Tendenz zur Mitte oder Linkstendenz mit der Wahl der ersten passenden Kategorie, welche zur Verfälschung führen kann. In Kapitel 3.2 wird auf die Konstruktion des Fragebogens eingegangen.

Die Befragung richtet sich insbesondere an Fachstellen aus dem Betrieblichen Gesundheitswesen, dem Human-Resource-Management (HRM), respektive Personalwesen inklusive Arbeitsorganisation, Fachstellen für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Führungs- oder Kaderstellen mit Informationen aus der Geschäftsleitung (GL) und Mitglieder der GL. Im Fokus stehen KMU und Grossbetriebe/-unternehmen, welche nach einem Cutover von 100 Mitarbeiter/innen unterschieden werden, gemäss den Erfahrungen zum FWS (vgl. Kapitel 2.2.4). Vereinzelt werden auch Mikrounternehmen mit weniger als 10 Mitarbeiter/innen Eingang in die Umfrage finden. Aufgrund der angestrebten Unternehmensgrösse ist davon auszugehen, dass vor allem das Gewerbe, die Industrie und Dienstleistungen vertreten sein werden. Die Forst- und Landwirtschaft wird in der Probe aufgrund der Kleinstbetriebe, die in diesem Sektor tätig sind, kaum anzutreffen sein.

Der Stichprobenumfang wird für den Pretest mit 10 bis 15 Fragebogen und für den Haupttest mit 60 bis 100 veranschlagt. Für die Hypothesenüberprüfung werden mindestens 30 komplett ausgefüllte Fragebogen benötigt. Die Schätzung der Stichprobengrösse richtet sich nach einer mittleren bis grossen Effektgrösse mit einem p-Wert von .05 gemäss Cohen (1992, S. 158). Beim Verteiler ist darauf zu achten, dass die Anzahl Doubletten möglichst tief gehalten wird, indem die Adressbasis bei zwei oder mehreren Personen pro Unternehmung gekürzt wird. Die benötigte und bereinigte Adressbasis zur Umfrage wird auf maximal 700 E-Mail-adressen geschätzt, da ein Rücklauf von 15 Prozent erwartet wird.

3.2 Ausgestaltung des Fragebogens als Erhebungsinstrument

Wie bereits in der Einleitung (vgl. Kapitel 1.4) und oben angesprochen, handelt es sich mit der online-Befragung um eine quantitative Methode, womit empirische Sachverhalte numerisch dargestellt werden (Raab-Seiner & Benesch, 2015, S. 47). Es wird die Form der standardisierten schriftlichen Befragung gewählt, ein weit verbreitetes Vorgehen in den Sozial- und Humanwissenschaften. Als Alternative bestehen nach Diekmann (2002, S. 373) das persönliche 'Face-to-face' oder Telefon-Interview oder weitere Methoden, wie das Zählen nach Kategorien, Urteilen mit Rangordnungen, Tests und die physiologische Messung von Biofeedbacks sowie Beobachtung (Bortz & Döring, 2013, S. 127-268), welche aus praktischen Gründen hier nicht angewendet werden.

Tabelle 10: Variablen, Parameter und Operationalisierung

Variablen	Parameter	Operationalisierung
Anzahl Mitarbeitende	Anzahl Köpfe (ohne Vollzeitäquivalente)	Frage zur Anzahl Mitarbeiter/innen
BGF-Budget	Geschätzter Betrag der letzten 2-3 Jahre plus Budget für Investitionen in BGF (Mittelwert p.a.)	Frage zu Frankenbetrag und Plausibilisierung mit BGF-Budget 2019
BGF-Entwicklungsstand	Mittelwert von 0 bis 100 BGF-Qualitätskriterien 1 bis 6 (ungewichtet)	Bestehender Fragebogen mit 6 Programmfragen und 27 Items, 4er Likert-Skala A bis D (gem. Breucker, 2003; vgl. Anhang 2 u. 6)
Entwicklungsstand Personalwesen und Arbeitsorganisation	Wert von 0 bis 100 BGF-Qualitätskriterium 2	Bestehender Fragebogen mit 1 Programmfrage und 7 Items, 4er Likert-Skala A bis D (ebd.)
Entwicklungsstand BGF-Planung und -Massnahmen	Wert von 0 bis 100 BGF-Qualitätskriterium 3 und 5	Bestehender Fragebogen mit 2 Programmfragen und 8 Items, 4er Likert-Skala A bis D (ebd.)
Erwartete Zunahme der Arbeitszufriedenheit	Mit einer weiteren Investition in BGF (vgl. BGF-Budget) erwartete Zunahme motivationaler und Hygiene-Faktoren	Entwicklung von 2 Programmfragen mit 10 Items ohne monetäre Aspekte (vgl. Tabelle 9), bipolare Ratingskala von 0 bis 4 (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S. 59)
Erwartete Zunahme der (Arbeits-)Produktivität	Mit einer weiteren Investition in BGF (vgl. BGF-Budget) erwartete Zunahme der (Arbeits-)Produktivität	Entwicklung von 1 Programmfrage mit 6 Items, bipolare Ratingskala von 0 bis 6 (ebd.)

Ausgehend vom Forschungsdiagramm und dem damit verbundenen Gesamtkonstrukt, sind, wie Raab-Steiner & Benesch (2015, S. 50) schreiben, die darin enthaltenen Variablen in einem ersten Schritt zu 'dimensionalisieren' und mit Parametern auszustatten. In der anschliessenden Operationalisierung werden die konkreten Fragen und ihre Skalen im Hinblick auf die Auswertung und Darstellung der Ergebnisse als Fragebogen instrumentalisiert. Die benötigten Variablen wurden in Tabelle 10 zusammengestellt. Auf eine Daten-, Untersucher-, Theorie- oder Methodentriangulation gemäss Flick (2016, S. 44), die ein Thema oder einen Sachverhalt von mehreren Seiten beleuchtet, wird aufgrund des vorgegebenen Arbeitsumfangs verzichtet.

3.2.1 Einleitung, Instruktionen und Erläuterungen zum Fragebogen

Per E-Mail wird der Link zur online-Umfrage mit ersten Informationen und einer Aufforderung zur Teilnahme an Personen der Zielgruppe verteilt. Auf der Einstiegsseite des Fragebogens wird auf das Thema, die Bedeutung der Teilnahme und Vertraulichkeit hingewiesen und eine Stichproben-Codierung erfasst. Auf der nächsten Seite wird der Begriff der Betrieblichen Gesundheitsförderung klargestellt, Einstiegsfragen zur Stellung der Befragten, Unternehmensgrösse und, ob sich die Antworten auf die Gesamtunternehmung oder einen Sparte beziehen, folgen. Vor den Programmfragen Nummer 1 bis 6 zu den BGF-Kriterien wird die Antwortskala nach Breucker (2003, S. 4) erläutert.

3.2.2 Beurteilung bestehender Fragebogen zu den BGF-Qualitätskriterien

Zur Auswahl der Fragen weisen Raab-Steiner und Benesch (2015, S. 52) darauf hin, dass vor Beginn der Konstruktion eines Fragebogens zu prüfen sei, ob nicht bereits bestehende Instrumente genutzt werden können. Dabei sollen Fragen hinsichtlich Objektivität, Reliabilität und Validität näher betrachtet werden.

Bortz und Döring (2013, S. 254-261) empfehlen Richtlinien zur Formulierung und für den formalen Rahmen einer schriftlichen Befragung. Unter anderem umfassen diese:

- a) Ein ansprechendes Layout, welches der Zielgruppe entspricht und ein aufgelockertes Bild vermittelt
- b) Die gesamte Länge des Fragebogens sollte überschaubar und die Zeit zur Beantwortung der Fragen zumutbar sein
- c) Die Items sind kurz und prägnant zu formulieren, aber nicht zu Lasten der Qualität
- d) Die Fragen sind in einer sinnvollen Reihenfolge einzuordnen, zu Beginn eigenen sich sogenannte 'Eisbrecher und Aufwärmfragen'

-
- e) Es ist auf die Bedeutung der Begriffe zu achten: suggestive, stereotype oder stigmatisierende Fragestellungen sind zu vermeiden
 - f) Wörter wie 'immer', 'alle', 'keiner', 'niemals' sind eher hinderlich; und 'fast' und 'kaum' zu ungenau
 - g) Das Erinnerungsvermögen der Befragten sollte nicht überbeansprucht werden, zudem sollen auch nicht mehrere Sachverhalte in einem Item erfragt werden (Eindeutigkeit der Antworten)
 - h) Generell sollen Antwortkategorien einer offenen Frage bevorzugt werden

Der Selbsteinschätzungsfragebogen von Breucker (2003, S. 5-11) wurde auf dem hohen Standard der EFQM und ENWHP entwickelt. Die Programmfragen werden jeweils mit einem Absatz eingeleitet, welcher den Kontext vom Kriterium wiedergibt und dem Befragten, der Befragten auch ohne entsprechendes Vorwissen einen Überblick verschafft. Die Items sind knapp, aber präzise formuliert und mit Hinweisen in Klammern versehen, so dass sich der Leser, die Leserin rasch zurechtfindet. Die Reihenfolge der Programmfragen richtet sich nach dem ENWHP-Modell und ist logisch angeordnet. Die Inhalte wurden positiv und frei von Wertungen formuliert, welche die befragten Personen beeinflussen könnten. Vereinzelt gibt es zweiteilige, aber auch verschachtelte Fragen. Die Antwortskala beinhaltet hinderliche und ungenaue Wörter wie 'vollständig' und 'gewisse', wobei es Erläuterungen zu den vier Kategorien dieser Likert-Skala gibt.

Fazit, der Fragebogen erfüllt die wesentlichen Anforderungen und ist europaweit erprobt und auch in englischer Sprache erhältlich. Für die Untersuchungen zum Entwicklungsstand werden die Programmfragen Nummer 1 bis 6 in ein online-Formular transferiert (vgl. Anhang 4).

3.2.3 Entwicklung Programmfragen betreffend Arbeitszufriedenheit und Produktivität

Die Programmfragen Nummer 7 und 8, zur erwarteten Arbeitszufriedenheit und Produktivität, werden auf folgender Grundlage entwickelt:

Wie in Kapitel 2.4.2 beschrieben wird die Arbeitszufriedenheit wesentlich durch Partizipation und die Leistungserbringung bestimmt. Nach Herzberg, Mausner und Snyderman (1959, S. 81) tragen motivationale und Hygiene-Faktoren zur Zufriedenheit, respektive Unzufriedenheit bei. Für die Entwicklung der Fragen wird davon ausgegangen, dass BGF-Massnahmen zu mehr Zufriedenheit führen.

Frey und Osterloh (2000, S. 75-76) merken an, dass nach der Prinzipal-Agent-Theorie (Vorgesetzten-Arbeitnehmenden Beziehung) der Lohn in der modernen

Wirtschaftstheorie möglichst eng mit der individuellen Leistung zur verknüpfen ist, obschon die Leistung ausser beim Stücklohn selten genau beurteilt werden kann. Menschen sind unterschiedlich extrinsisch-intrinsisch motiviert und «Gerade bei komplexeren Aufgaben innerhalb einer Unternehmung kann sich pay for performance deshalb als kontraproduktiv erweisen» (Frey, 2000, S. 87-88): Monetäre Anreize können leistungssteigernd oder -senkend wirken. Da das Entgelt und damit verbundene Sozialleistungen die Arbeitszufriedenheit und Leistung positiv und negativ beeinflussen können, werden im Fragebogen monetäre Aspekte ausser Acht gelassen. Damit sind folgende Items zu Programmfrage Nummer 7 und 8 verfügbar:

Tabelle 11: Erhebung Zufriedenheit
(in Anlehnung an Mayrhofer, 1996, S. 236)

Programmfrage Nr. 7: Hygienefaktoren	Programmfrage Nr. 8: motivationale Faktoren
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitsbedingungen • Kommunikation und Information • Zusammenarbeit • Vorgesetztenverhalten und die Beziehung zum Vorgesetzten • Unternehmen (als Arbeitswelt) 	<ul style="list-style-type: none"> • (Gestaltung der) Tätigkeit • Entscheidungsspielraum • Arbeitsorganisation • Möglichkeit zur Umsetzung der eigenen Leistungsfähigkeit und -bereitschaft • Weiterbildung und Entwicklungsmöglichkeiten

Zur Ausarbeitung der Programmfrage Nummer 9 wird eine weitere Vertiefung zur Produktivität benötigt:

Der Begriff Produktivität hat seinen Ursprung in der Volkswirtschaftslehre und ist nach Mankiw und Taylor (2011, S. 531-537) determiniert durch physisches und Humankapital sowie durch die verfügbaren natürlichen Ressourcen und technologisches Wissen. Aus der Produktionsfunktion geht hervor, dass die Produktivität pro Kopf bei zunehmendem Entwicklungsstand, gemessen am Humankapital, abnimmt. Das BFS (2017c) führt aus: «Die Arbeitsproduktivität misst ... die Effizienz, mit der die personellen Ressourcen im Produktionsprozess eingesetzt werden, und wird durch den technischen Fortschritt, das ökonomische Kapital, die natürlichen Ressourcen und das Humankapital bestimmt.» Betriebliche Gesundheitsförderung steigert das Humankapital anhand von gesunden Mitarbeiter/innen. Dubs (1998, S. 118) differenziert zusätzlich den relativen und absoluten Mehrwert, welcher durch den Einsatz von Arbeitsstunden geleistet wird. Der relative Mehrwert ist nicht der Arbeitskraft zu verdanken, sondern der Multiplikation mit zusätzlichen Produktionsfaktoren (technisches Wissen, Maschinen, Materialien etc.). Auf den Betrieb angewendet entspricht die Arbeitsproduktivität der pro Kopf oder Arbeitsstunde geschaffenen und durch

zusätzliche Produktionsfaktoren multiplizierten Wertschöpfung. Mit dieser Bestandesaufnahme zur Arbeitsproduktivität ist die Programmfrage Nummer 9 mit folgenden Items festzuhalten:

- Effizienter Einsatz personeller Ressourcen
- Bessere Nutzung der weiteren Produktionsfaktoren
- Optimierung der aufgewendeten Arbeitsstunden
- Steigerung der Wertschöpfung pro Kopf

3.2.4 Demographische Daten und BGF-Budget

Nach Höpflinger (2011, S. 10) werden die sozio-demographischen Angaben häufig erst am Schluss eines Fragebogens gestellt, da sie unproblematisch zu beantworten sind. Eine Ausnahme stellten Fragen nach monetären Angaben dar, falls die Befragten diese nicht kennen oder preisgeben möchten. Die Fragen zu vergangenen BGF-Investitionen und zum BGF-Budget werden deshalb erst zum Schluss gestellt, damit vorzeitige Abbrüche verringert werden. Folgende demographische und monetäre Daten werden erhoben:

- Anzahl Mitarbeitende
- Standort nach Kantonen
- Branche nach den Wirtschaftsabschnitten von A bis T gemäss BFS (2017d)
- BGF-Investitionen und -Budget in Franken p.a.

Mit dem Fragebogen wird die Stellung und Unternehmensgrösse jedoch bereits zum Einstieg geklärt. Dies zur Filterung der Zielgruppe und damit sich die Befragten mit der Funktionalität und Bedienung der Umfrage vertraut machen können.

3.3 Verfahren zur Datenerhebung und Analysestrategie

Zur Planung der Stichprobe und der Entwicklung des Fragebogens kommen die Befragung, Datenaufbereitung und -auswertung hinzu. Im Detail betrifft dies das folgende chronologisch aufgeführte Vorgehen:

- Die Umsetzung in einen Fragebogen per Umfrageonline.ch
- Die Durchführung und Auswertung des Pretests (Reliabilitätsprüfung) anhand SPSS
- Die Internet-Recherche zu E-Mailadressen via persönlichen Kontakten, KMU-Verbänden und aus dem Umfeld der Gesundheitsförderung

-
- Das Anschreiben und Verteilen der Fragbogen anhand der recherchierten Gelegenheitsstichproben
 - Die online-Datenbereitstellung mit Redaktionsschluss am 9.05.2018 (vor Aufahrt)
 - Die Bereinigung des EXCEL-Datensatzes:
 - Clustering der Stichproben und Filterung ungültiger Datensätze
 - Aufbereitung der Datenbeschriftung und Transformation der Ausgabedaten in Kategorien und numerische Werte inklusive Offsetkorrektur sowie Formatbereinigungen
 - Bildung der Summen und Mittelwerte bei den Programmfragen
 - Fehlende Daten aufgrund SPSS-Auswertung mit -9 erfassen
 - Extrahierung der qualitativen Kommentare und zu den gewünschten Rückmeldungen
 - Die Übernahme der aufbereiteten Daten in SPSS:
 - Beschriftung Datenreihen, Zuordnung der Skalen (nominal, ordinal und metrisch), Parametrisierung der Werte
 - Filterung der Mikrounternehmen und Ergänzung neuer Datenreihen (berechnete Reihen und Dummies zur Kategorienbildung u.a. betreffend Störfaktoren)
 - Die Beschreibung (deskriptive Statistik) der Stichprobe, Demographie und Ergebnisse
 - Die statistischen Tests mit Streupunktdiagrammen und Regressionsanalysen
 - Die Aufbereitung der Daten für das vorliegende Dokument

Zur Durchführung und bereits bei der Datenaufbereitung wird eine Analysestrategie benötigt, wobei die Reliabilität anhand eines Pretests überprüft wird und beim Rücklauf die gültigen Fälle zu bezeichnen sind, um mit der Beschreibung der Demographie und Variablen mittels Mittelwert, Standardabweichung, Minimum und Maximum und Median fortzufahren. Zum Abschluss sind die Hypothesen zu testen.

Da vor einer genügend umfangreichen Befragung die 'wahren' Werte nicht bekannt sind, ist die Konsistenz vom Messinstrument und der Programmfragen in sich zu überprüfen. Dies kann durch eine Korrelationsanalyse zwischen den Items oder mit dem Zuverlässigkeitskoeffizienten Cronbachs Alpha von mindestens .700 erfolgen und zur Feststellung der Sensitivität unter Ausschluss des jeweiligen Items (Janssen & Laatz, 2017, S. 608-609).

Je länger das Ausfüllen eines Fragebogens dauert, desto mehr Abbrüche finden voraussichtlich statt. Da die ersten Programmfragen bereits zur Verwertung beigezogen werden können, sollen auch teilweise ausgefüllte Bogen mit mindestens einer kompletten Programmfrage als gültig erklärt werden. Ausser den Identifikationen, demographischen Daten und Filterreihen sollen die Intervalle in ein metrisches Messniveau transformiert werden. Damit wird eine lineare Regression ermöglicht und das Problem der Mindesthäufigkeit von 5 Eingaben pro Zelle kommt im Gegensatz zu Kreuztabellen und damit verbundenem Chi-Quadrat Test nicht zur Anwendung (Janssen & Laatz, 2017, S. 263).

Die Erhebung des BGF-Grades wird gemäss Breucker (2003, S. 11-12) mit einer Ergebniszahl von 0 bis 100 berechnet. Die 'Thermometer' Werte zur Arbeitszufriedenheit und -produktivität werden gemäss Intervallskala mit 0 bis 4 übernommen. Die restlichen Angaben, Anzahl Mitarbeitende und Angaben zum BGF-Budget, werden bereits mittels Fragebogeingabe numerisch erfasst.

Da der Unternehmensgrösse und dem Sektor ein besonderes Augenmerk gilt, werden bei der deskriptiven Statistik die Lage- und Streumasse gemäss Janssen und Laatz (2017, S. 209) nach 'kleine' und 'grosse' mit einem Cutover von 100 Mitarbeiter/innen sowie 'sekundäre' und 'tertiäre' Wirtschaftsabschnitte differenziert. Dies erfolgt zur Aufrechterhaltung einer genügenden Zahl nicht über eine zweidimensionale Vierfelder-Matrix, sondern über eine eindimensionale Schichtung über Kreuz.

Die Hypothesentests erfolgen mit Streupunktdiagrammen und Regressionsanalysen. Das Streupunktdiagramm wird verwendet, um vorab zu sehen, ob eine allfällige Modellierung notwendig ist oder nicht (Raab-Steiner & Benesch, 2015, S. 99-100). Als Test der linearen Regression werden die Regressionskoeffizienten inklusive der Standardabweichungen und p-Werte zur Signifikanz ermittelt sowie die Unter- und Obergrenze eines Konfidenzintervalls von 95 Prozent. Zudem wird der R^2 -Wert des Modells als Bestimmtheitsmass angegeben und gemäss ANOVA-Test der p-Wert, die Signifikanz des Modells (Field, 2013, S. 293-356).

Die Hypothesen und dazugehörenden Variablen werden einzeln getestet. Die Systematik der Auswertung erfolgt nach Forschungsdiagramm von links nach rechts und von oben nach unten, wobei die linken oberen Variablen als Prädiktoren angenommen und entsprechend auf der Abszisse, der X-Achse dargestellt werden. Zur Integration von Störfaktoren werden Dummies (D-Variablen) für die entsprechenden Kategorien nach Janssen und Laatz (2017): «In einer linearen Regression kann man zusätzlich zu metrischen auch kategoriale Variablen zur Erklärung einer metrischen Variablen verwenden» (S. 439-440), eingesetzt.

3.4 Beschreibung Ergebnisse und Hypothesenüberprüfung

3.4.1 Beschreibung Pretest

Von 33 verteilten Pretests umfasst der Rücklauf mit 23 Fällen 69.7 Prozent, wobei fünf Fälle ohne Ausfüllen der Programmfragen abgebrochen haben. Unter den Verbleibenden 18 Fällen befanden sich ausschliesslich KMU und Grossunternehmen, wobei die ausgeschiedenen Mikrounternehmen nicht zur engeren Zielgruppe gehören. Mit diesen 18 Fällen konnte die Reliabilitätsprüfung zu Programmfrage Nummer 1 bis 9 anhand von Cronbachs Alpha, das ausnahmslos höher war als .700 (vgl. Tabelle 12), erfolgreich abgeschlossen und der Fragebogen freigegeben werden.

Tabelle 12: Reliabilitätsprüfung mit Cronbachs Alpha (N = 18)

Frage	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6	Nr. 7	Nr. 8	Nr. 9
Anz. Fälle	15	16	15	15	14	14	16	16	15
Anteil Fälle	83.3 %	88.9 %	83.3 %	83.3 %	77.8 %	77.8 %	88.9 %	88.9 %	83.3 %
Cronbachs Alpha	.910	.835	.815	.758	.909	.828	.878	.939	.927
Anz. Items	6	7	3	2	5	4	5	5	4
Item a	.886	.816	.636	n/a	.939	.815	.851	.917	.892
Item b	.888	.762	.801	n/a	.870	.740	.855	.915	.927
Item c	.902	.805	.739		.878	.798	.867	.942	.878
Item d	.878	.823			.875	.780	.826	.916	.919
Item e	.902	.846			.874		.860	.931	
Item f	.906	.830							
Item g		.795							

Item a-g: Chronbachs Alpha, wenn Item weggelassen wird; n/a: nicht anwendbar.

Aufgrund der qualitativen Rückmeldungen fällt es BGM-Spezialisten und Fachkräften aus dem Personalwesen leichter, den Fragebogen auszufüllen, was auch plausibel erscheint. Insgesamt reichen i.d.R. 15 Minuten für das Ausfüllen und die Umfrage verfügt über genügend Flexibilität, Antwortmöglichkeiten und hilfreiche Beschreibungen. Auch der Aufbau wird als logisch empfunden. Die Umfrage selbst stellt bereits eine Sensibilisierung zum Thema dar. Der Text zur Umfrage wird als sehr umfassend bezeichnet.

3.4.2 Stichprobenbeschreibung

Verglichen mit Adressen zu Grossunternehmen und Gesundheitsaffinen ist es grundsätzlich ohne persönlichen Kontakt aufwändiger, von KMU einen adäquaten Rücklauf zu erhalten. Die Quoten zur Gelegenheitsstichprobe sind in Tabelle 13 aufgeführt.

Tabelle 13: Stichprobe und Rücklauf

Stichprobe	Ver-teiler	Rücklauf absolut	Rücklauf relativ	ungültige Fälle	gültige Fälle	Fallver-teilung
Diverse Kontakte	145	52	36%	14	38	31%
Gesundheitsaffine	220	60	27%	12	48	39%
KMU-Umfeld	376	27	7%	11	16	13%
Pretest*	33	23	70%	1	22	18%
Gesamt	774	162	21%	38	124	100%

**nach Abschluss des Pretests wurden noch weitere Fragebogen ausgefüllt, da der Pretest erfolgreich war, wurden auch diese Fälle in den Haupttest übernommen*

Interessant ist in Bezug zur Stellung und Tätigkeit der befragten Personen, dass die Antworten zu rund 60 Prozent von der Geschäftsleitung und Führungspersonen ausgefüllt wurden sowie in 22 Fällen von Spezialisten aus dem BGM-Fachbereich (vgl. Abbildung 11). Mit dem hohen Anteil aus der Geschäftsleitung könnte eine 'negative Antworttendenz' betreffend der Sozialen Erwünschtheit und Norm hervorgehen.

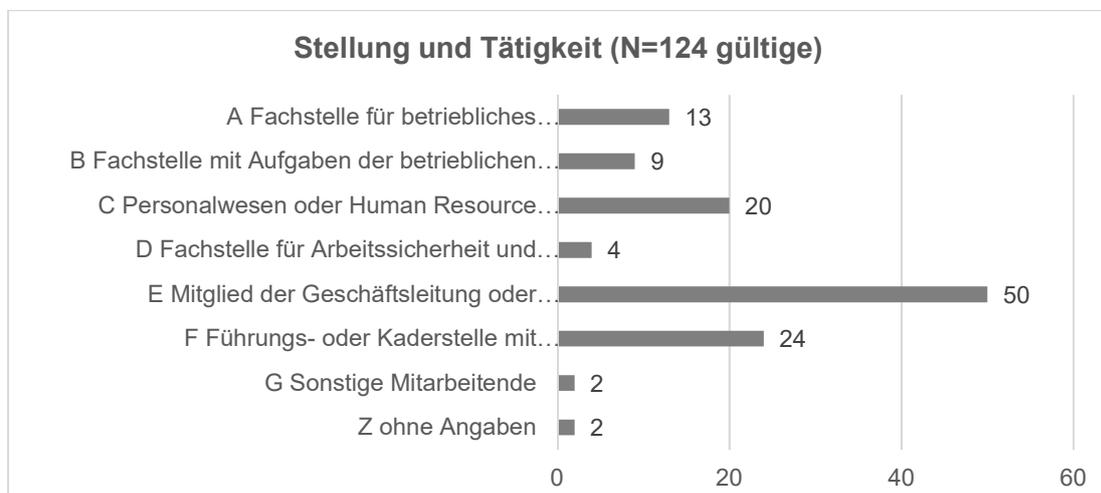


Abbildung 11: Demographie Stellung und Tätigkeit

Betrachtet man den Unternehmenstyp nach Grösse, stehen sich 59 Grossunternehmen und 56 KMU gegenüber. Diese Verteilung ist für den Verfasser sehr erfreulich, da somit auch genügend KMU in der Umfrage vertreten sind (vgl. Abbildung 12).

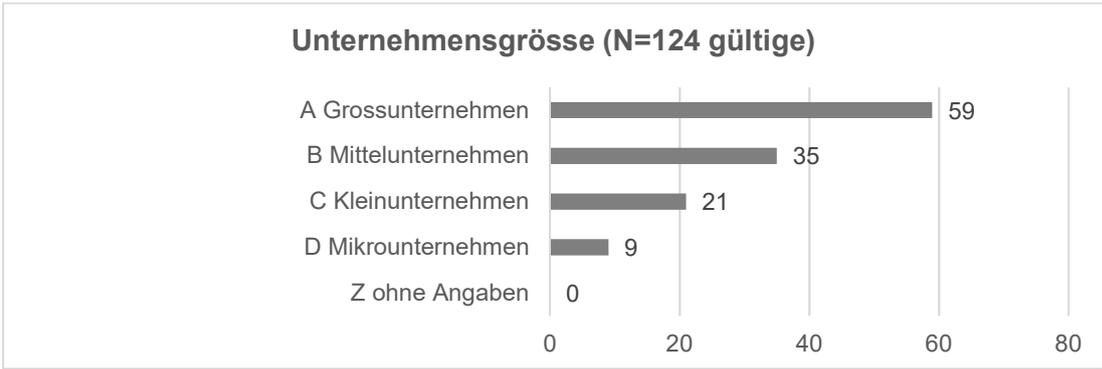


Abbildung 12: Demographie Unternehmensgrösse nach Beschäftigten

Ein grosser Teil des Rücklaufs stammt aus Unternehmen mit Sitz im Kanton Bern. Dies ist durch die Gelegenheitsstichprobe mit der nach Bern, Mittelland und Freiburg zentrierten Verteilerliste zu begründen (vgl. Abbildung 13).

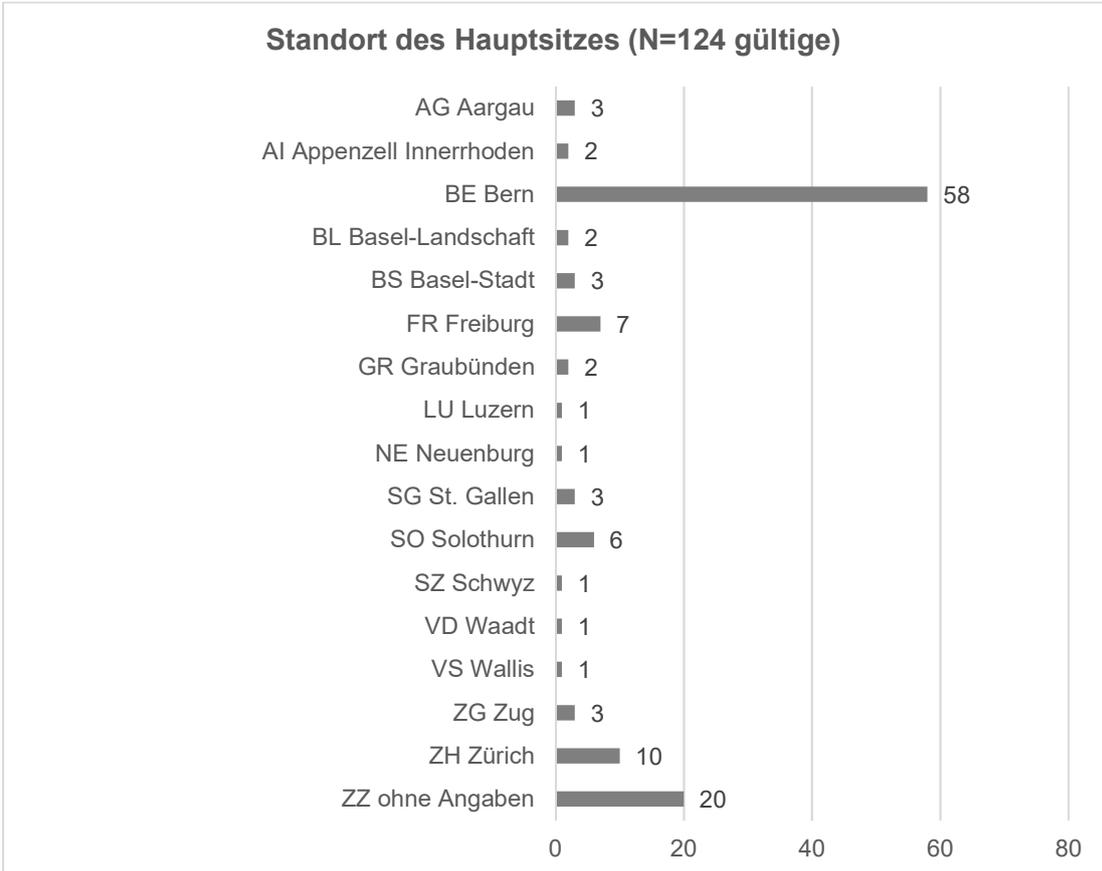


Abbildung 13: Demographie Standort des Hauptsitzes

Mit einem geringen Bezug der Verteilerliste zu Land- und Forstwirtschaft und da in diesem Sektor vorwiegend Kleinunternehmen anzutreffen sind, hat es kein Betrieb des primären Sektors in den Rücklauf geschafft. Ohne Fälle mit keinen Angaben zur Branche, stammen 27.6 Prozent aus dem sekundären und 73.4 Prozent aus dem tertiären Sektor (vgl. Abbildung 14). Insbesondere fällt die hohe Quote des

Wirtschaftsabschnitts 'Q Gesundheits- und Sozialwesen' auf, wobei dies auf den gesundheitsaffinen Verteiler zurückzuführen ist und die grössere Bereitschaft dieser Gruppe, an einer Befragung zum Thema teilzunehmen.

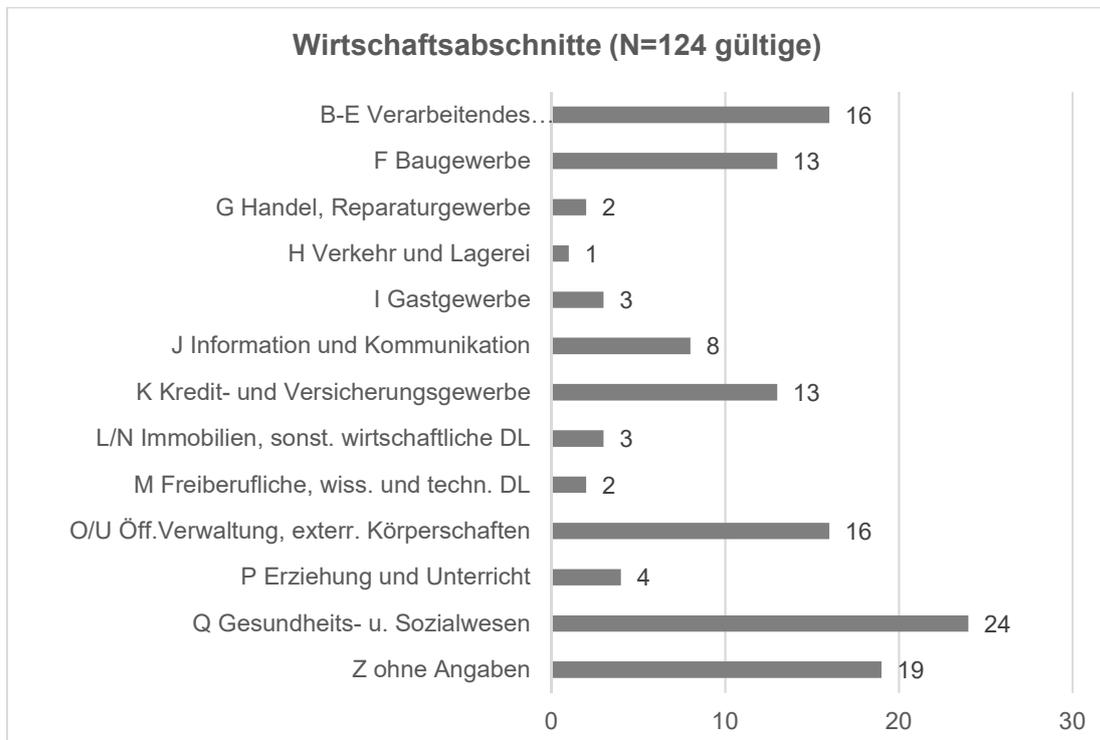


Abbildung 14: Demographie Wirtschaftsabschnitte

3.4.3 Beschreibung der Ergebnisse

Nach vorangegangener Beschreibung der Stichprobe wurden in Tabelle 14 die gängigen Lage- und Streumasse zu den BGF-Kriterien Nummer 1 bis 6 zusammengetragen, jeweils als Total für den Mittelwert, die Standardabweichung, das Minimum und Maximum und den Median. Zudem werden entsprechende Masse für 'kleine' und 'grosse' Unternehmen mit erwähntem Cutover von 100 Mitarbeiter/innen angegeben. Im Weiteren werden diese Masse auch für Unternehmen aus dem sekundären und tertiären Sektor, als Gruppierung der Wirtschaftsabschnitte, aufgeführt. Werden die Mittelwerte mit ihrem Median verglichen, zeigt sich eine gute symmetrische Verteilung der Probe. Eine Ausnahme stellt das Kriterium zur BGF-Planung (vgl. Kriterium Nr. 3) bei den Kleinen dar, welches eine Linksverschiebung von 33.333 (Median) zum Mittelwert 40.023 aufweist. Hinzu kommt bei den Kleinen, dass die BGF-Planung und -Massnahmen, Kriterium Nummer 3 und 5, unterdurchschnittlich sind (vgl. Hypothese H₂). Weiter fällt bei den Kleinen auf, dass das Personalwesen und die Arbeitsorganisation, Kriterium Nummer 2, überdurchschnittlich ausgeprägt sind (vgl. Hypothese

H₃). Im Gegensatz dazu scheint die soziale und Umwelt-Verantwortung bei den Grossen höher ausprägt zu sein (vgl. Kriterium Nr. 4).

Tabelle 14: Beschreibung Entwicklungsprofile

Statistik	Nr. 1	Nr. 2	Nr. 3	Nr. 4	Nr. 5	Nr. 6
N fehlend		8	12	15	20	18
N gültig	124	116	112	109	104	106
...kleine	37	37	37	37	35	35
...grosse	66	66	66	63	64	66
...sekundäre	29	29	29	27	29	29
...tertiäre	76	76	76	75	72	74
Mittelwert	51.721	60.337	48.313	53.225	40.034	37.004
...kleine	45.408	63.685	40.023	43.270	29.310	26.850
...grosse	57.764	60.930	52.462	61.381	46.530	42.631
...sekundäre	56.784	59.552	51.770	59.241	43.614	37.241
...tertiäre	52.212	62.199	46.461	52.247	39.335	36.800
Standard- abweichung	23.919	19.998	27.961	29.544	28.321	28.265
...kleine	23.868	18.869	27.140	24.832	26.214	24.245
...grosse	22.592	19.241	27.937	30.304	27.924	29.156
...sekundäre	23.450	21.991	26.068	30.523	28.425	28.010
...tertiäre	23.708	18.875	28.829	29.538	28.355	28.524
Minimum	.000	.000	.000	.000	.000	.000
...kleine	.000	14.143	.000	.000	.000	.000
...grosse	5.500	14.143	.000	.000	.000	.000
...sekundäre	5.500	4.714	.000	.000	.000	.000
...tertiäre	.000	14.143	.000	.000	.000	.000
Maximum	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
...kleine	94.500	100.000	100.000	83.500	86.800	83.500
...grosse	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
...sekundäre	100.000	100.000	100.000	100.000	93.400	91.750
...tertiäre	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
Median	50.000	59.643	52.667	50.000	39.800	33.000
...kleine	46.800	66.714	33.333	50.000	26.400	24.750
...grosse	55.500	59.571	55.667	67.000	39.900	41.500
...sekundäre	55.667	62.000	55.667	50.000	39.800	33.000
...tertiäre	50.000	61.929	44.333	50.000	39.800	33.000

Die Nummern 1 bis 6 entsprechen den sechs BGM-Kriterien; Skala mit drei Intervallen von 0 = 'Massnahmen nicht begonnen' bis 100 = 'vollständig erreicht'

Zu den Hygienefaktoren, motivationalen Faktoren und der Produktivität fällt auf, dass die Werte nahe an der Skalenmitte von 2.000 \pm 1.000 liegen. Hier könnte eine negative

Antworttendenz vorhanden sein. Aus den minimalen und maximalen Werten geht bei der Mitarbeitenden-Zahl eine enorme Breite von durchschnittlich 90 bis 4'500 zu maximal 48'000 Mitarbeiter/innen hervor. Das BGF-Budget reicht von Null bis zu 5'000'000 Franken p.a. (vgl. Tabelle 15).

Tabelle 15: Beschreibung Wirkungserwartung, Anz. Mitarbeitende und Budget

Statistik	Hygiene- faktoren	Motivationale Faktoren	Produkti- vität	Anzahl MA	BGF-Budget
N fehlend	16	16	19	21	65.00
N gültig	108	108	105	103	59.00
...kleine	37	37	37	37	21.00
...grosse	66	66	66	66	36.00
...sekundäre	29	29	29	28	21.00
...tertiäre	76	76	76	75	38.00
Mittelwert	2.200	2.096	2.088	1'562	144'991.36
...kleine	2.130	2.151	2.041	38	16'040.00
...grosse	2.261	2.076	2.106	2'417	230'763.89
...sekundäre	2.152	1.959	2.121	659	64'849.52
...tertiäre	2.250	2.171	2.076	1'899	189'280.26
Standard- abweichung	.891	.911	.888	5'913	649'725.42
...kleine	.877	.924	.908	27	24'100.80
...grosse	.901	.903	.881	7'267	824'801.92
...sekundäre	.907	.877	.970	1'015	97'914.05
...tertiäre	.888	.923	.861	6'884	806'781.12
Minimum	.000	.000	.000	1	.00
...kleine	.000	.000	.000	1	.00
...grosse	.000	.000	.000	100	1'500.00
...sekundäre	.000	.000	.000	3	.00
...tertiäre	.000	.000	.000	1	.00
Maximum	4.000	4.000	4.000	48'000	5'000'000.00
...kleine	3.600	4.000	4.000	90	105'000.00
...grosse	4.000	3.800	4.000	48'000	5'000'000.00
...sekundäre	4.000	3.400	3.750	4'500	350'000.00
...tertiäre	3.800	4.000	4.000	48'000	5'000'000.00
Median	2.400	2.200	2.000	190	20'000.00
...kleine	2.200	2.400	2.000	35	6'000.00
...grosse	2.400	2.200	2.125	530	55'000.00
...sekundäre	2.000	1.800	2.250	270	15'000.00
...tertiäre	2.400	2.400	2.000	180	20'000.00

Anzahl Mitarbeitende und Budget in Franken, ansonsten Skala mit vier Intervallen von 0 = 'keine weitere Verbesserung' bis 4 = 'starke weitere Verbesserung'

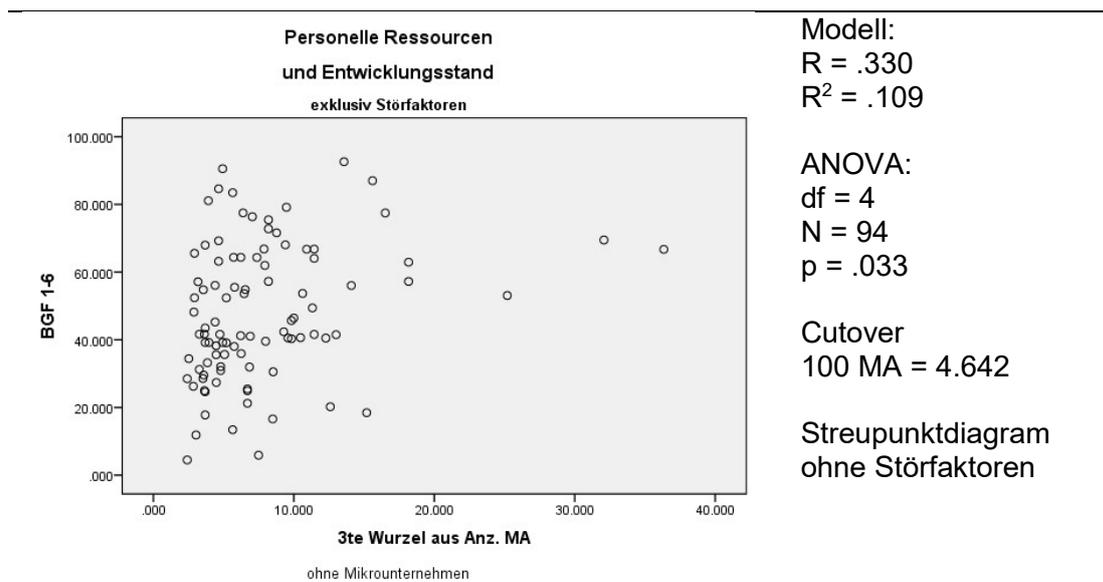
3.4.4 Hypothesenüberprüfung

Bereits am Anfang des Hypothesentests stellt sich per Streupunktogramm heraus, dass der BGF-Entwicklungsstand in Abhängigkeit von der Anzahl Mitarbeiter/innen in eine Sättigung gerät und eine logarithmische Skala, respektive exponentielle Funktion vorliegt. Um diesen Sachverhalt mit einer linearen Regression zu berechnen, wird eine Modellierung notwendig, von der Anzahl Mitarbeiter/innen wird die Kubikwurzel (nahe der natürlichen Wachstumskonstante von $e = 2.718$) gezogen. Dieselbe Problematik stellt sich mit dem BGF-Budget auch bei den finanziellen Mitteln.

Die Kleinstunternehmen stellen mit einer sehr breit gestreuten Selbstbewertung eine weitere Herausforderung dar. Mit einer entsprechenden Modellierung fallen auch sie ins Gewicht. Da sich die Arbeit vorwiegend auf KMU und Grossunternehmen bezieht, werden die Mikrounternehmen somit vom Hypothesen-Test ausgeschlossen.

Das angestrebte Signifikanzniveau beträgt $p < .05$ ($p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$).

Tabelle 16: Hypothesentest (H_1) inkl. Störfaktoren

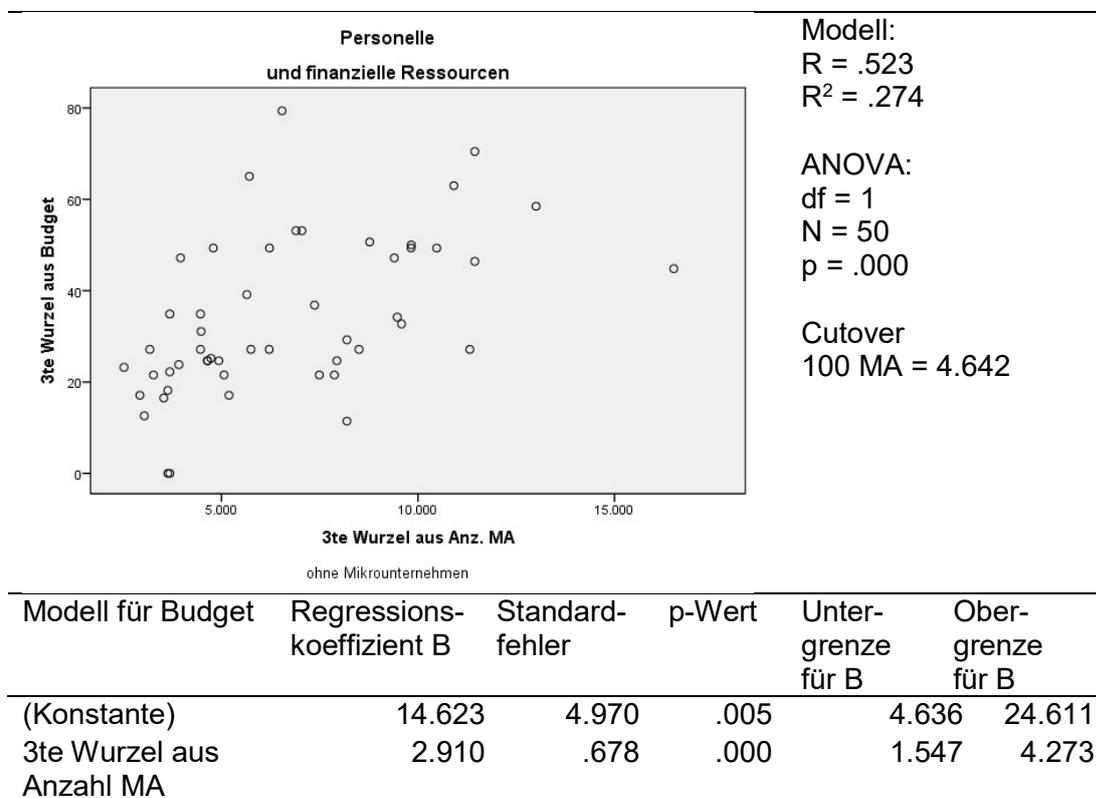


Modell 1 für Entwicklungsstand	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	p-Wert	Untergrenze für B	Obergrenze für B
(Konstante)	42.925	4.632	.000	33.722	52.128
3te Wurzel aus Anzahl MA	.903	.365	.015	.179	1.628
D-Sektor	-3.326	4.785	.489	-12.831	6.180
D-Gesundheit und Soziales	-3.144	5.035	.534	-13.146	6.859
D-Fachstelle für BGM	7.001	5.391	.197	-3.710	17.712

Nicht standardisierte Koeffizienten, Konfidenzintervall = 95 % für Grenzen.

Das Modell 1 für den BGF-Entwicklungsstand (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Anzahl Mitarbeitende) kubisch modelliert, damit die logarithmische Verteilung linearisiert wird: $\hat{y} = 42.925 + .903(x_i)^*$ ist signifikant; die Störfaktoren (D) nicht. Der Bezug zur Branche (D: tertiärer Sektor, Gesundheit u. Soziales) wirkt tendenziell negativ auf den Entwicklungsstand, wobei der Bezug zur Stelle (D: Fachstelle BGM) tendenziell positiv entgegenwirkt und interferiert, respektive die Störung verringert. Mit einem $R^2 = .109^*$ besteht ein schwacher Zusammenhang des Modells mit 4 Freiheitsgraden und $N = 94$ gemäss ANOVA-Test. Die Nullhypothese kann falsifiziert werden, die Alternativhypothese H_1 kann angenommen werden (vgl. Tabelle 16).

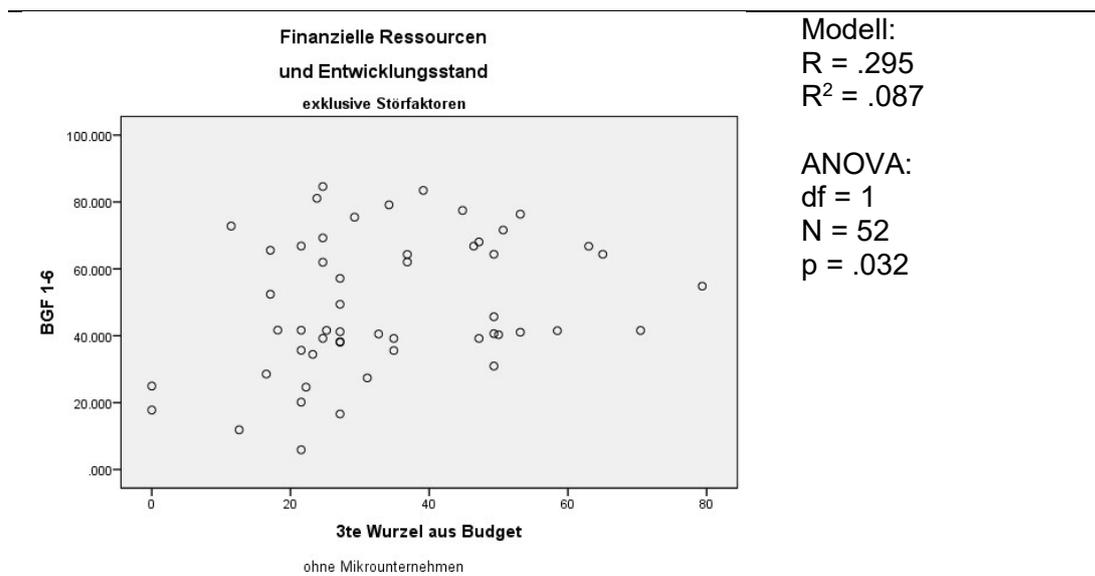
Tabelle 17: Hypothesentest (H_5)



Nicht standardisierte Koeffizienten, Konfidenzintervall = 95 % für Grenzen.

Das Modell für das BGF-Budget (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Anzahl MA) und Ordinate (Budget) kubisch modelliert, damit die logarithmischen Verteilungen linearisiert werden: $\hat{y} = 14.623 + 2.910(x_i)^{***}$ ist signifikant. Mit einem $R^2 = .274^{***}$ besteht ein mittlerer Zusammenhang des Modells mit 1 Freiheitsgrad und $N = 50$ gemäss ANOVA-Test. Die Nullhypothese kann falsifiziert werden, die Alternativhypothese H_5 kann angenommen werden (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 18: Hypothesentest (H₄)



Modell:
R = .295
R² = .087

ANOVA:
df = 1
N = 52
p = .032

Modell 2 für Entwicklungsstand	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	p-Wert	Untergrenze für B	Obergrenze für B
(Konstante)	37.239	6.002	.000	25.189	49.288
3te Wurzel aus Budget	.350	.159	.032	.031	.669

Nicht standardisierte Koeffizienten, Konfidenzintervall = 95 % für Grenzen.

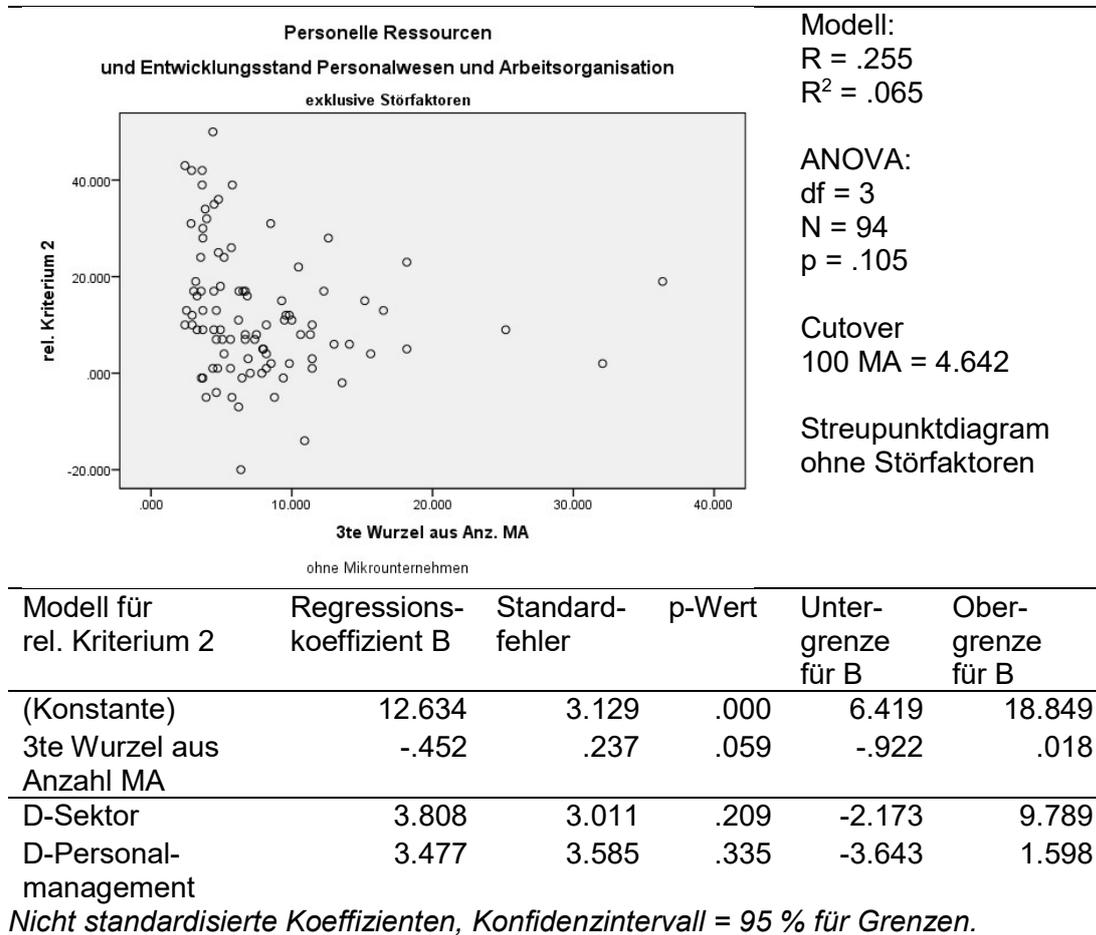
Das Modell 2 für den BGF-Entwicklungsstand (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Anzahl MA) kubisch modelliert, damit die logarithmische Verteilung linearisiert wird: $\hat{y} = 37.239 + .350(x_i)^*$ ist signifikant. Mit einem $R^2 = .087^*$ besteht ein schwacher Zusammenhang des Modells mit 1 Freiheitsgrad und $N = 52$ gemäss ANOVA-Test. Die Nullhypothese kann falsifiziert werden, die Alternativhypothese H₄ kann angenommen werden. Aufgrund der Erkenntnisse aus Modell 1 wurden die Störfaktoren nicht ins Modell 2 integriert (vgl. Tabelle 18).

Mit den bis hier dargestellten Testergebnissen wird der BGF-Entwicklungsstand als Gesamtkonstrukt beschrieben. Ziel der Arbeit ist es unter anderem, spezifische Merkmale zu Entwicklungsprofilen nach Unternehmensgrösse herauszuarbeiten. Wie aus der deskriptiven Statistik zu lesen ist (vgl. Kapitel 3.4.3):

- Der mittlere Entwicklungsstand im Personalwesen und der Arbeitsorganisation stellt sich in kleinen Unternehmen mit weniger als 100 Mitarbeiter/innen übermässig dar (vgl. Kriterium Nr. 2).
- Der Entwicklungsstand von BGF-Planung und -Massnahmen scheint bei grossen Unternehmen eher ausgeprägt, als bei kleinen (vgl. Kriterium Nr. 3 u. 5).

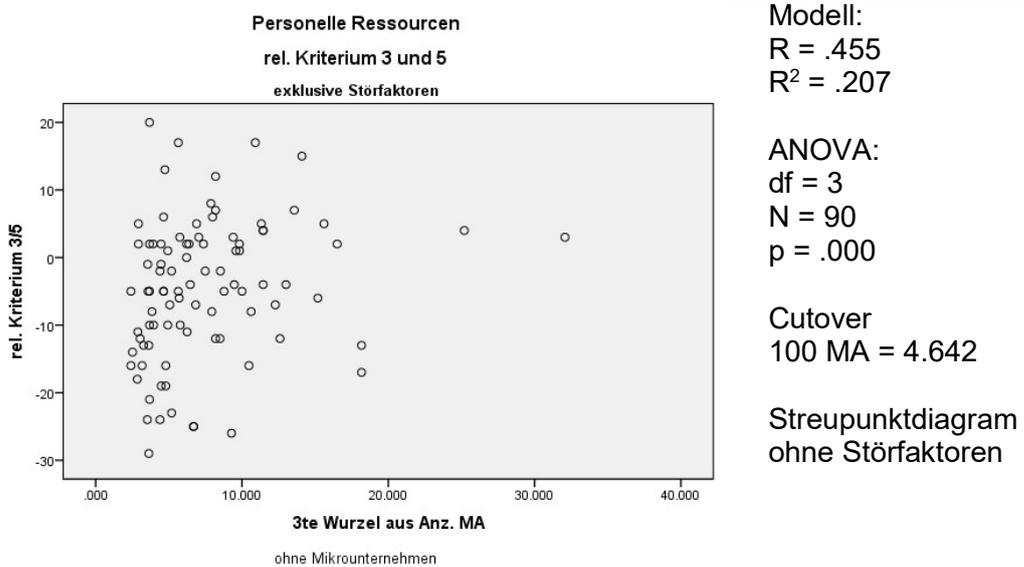
Hinzu kommt, dass grosse Unternehmen im Mittel auch eine höhere Entwicklung bei der sozialen und Umwelt-Verantwortung zeigen. Dieser Sachverhalt wurde aus der Literaturanalyse nicht erkannt und auch keine entsprechende Hypothese formuliert.

Tabelle 19: Hypothesentest (H_3).



Das Modell für den relativen BGF-Entwicklungsstand Kriterium 2 (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Anzahl MA) kubisch modelliert, damit die logarithmische Verteilung linearisiert wird: $\hat{y} = 12.634 - .452(x_i)$ ist nicht signifikant; die Störfaktoren (D) sind auch nicht signifikant, verbessern aber das Modell leicht. Der Bezug zur Branche (D: tertiärer Sektor) wirkt tendenziell positiv auf das in Bezug zum gesamten Entwicklungsstand relative Kriterium Nummer 2, wobei auch der Bezug zur Stelle (D: Personalmanagement) tendenziell positiv mitwirkt und interferiert, respektive allenfalls die Störung vergrössert. Mit einem $R^2 = .065$ besteht ein schwacher, aber nicht signifikanter Zusammenhang des Modells mit 3 Freiheitsgraden und $N = 94$ gemäss ANOVA-Test. Obschon der erwartet negativen Regression von $B = -.452$ kann die Nullhypothese nicht falsifiziert werden, die Alternativhypothese H_3 ist zu verwerfen (vgl. Tabelle 19).

Tabelle 20: Hypothesentest (H₂)



Modell:
R = .455
R² = .207

ANOVA:
df = 3
N = 90
p = .000

Cutover
100 MA = 4.642

Streupunktdiagramm
ohne Störfaktoren

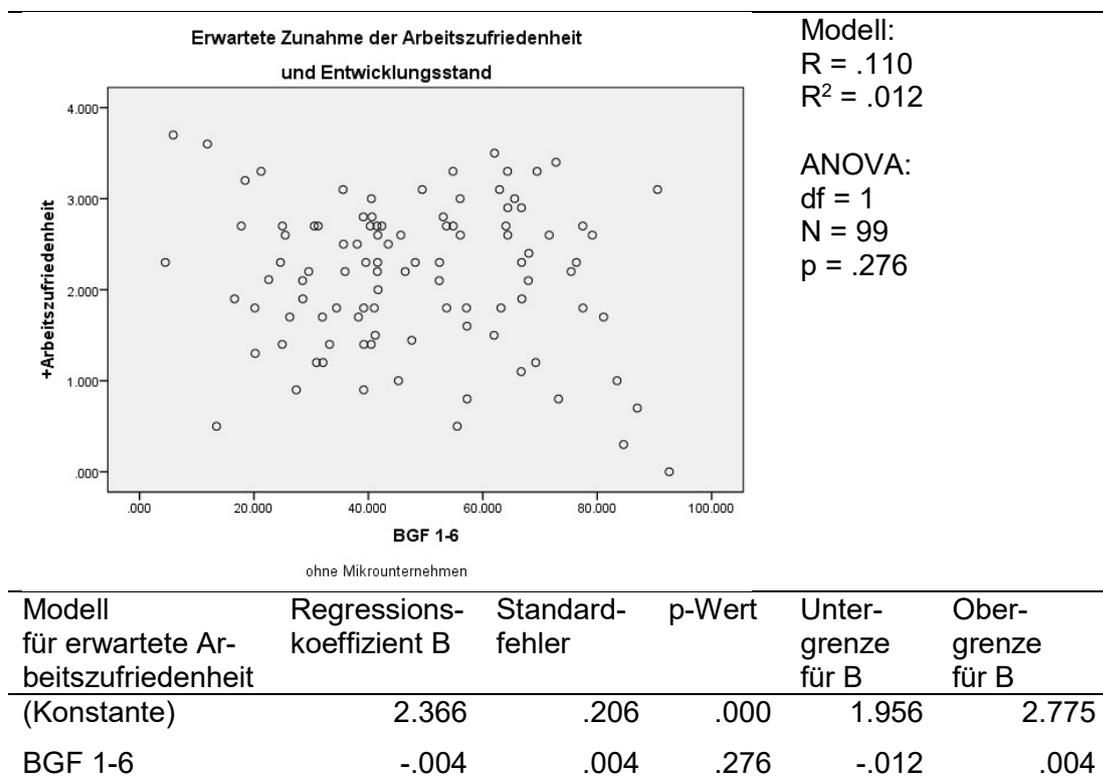
Modell für rel. Kriterium 3 und 5	Regressions- koeffizient B	Standard- fehler	p-Wert	Unter- grenze für B	Ober- grenze für B
(Konstante)	-6.159	2.397	.012	-1.923	-1.396
3te Wurzel aus Anz. MA	.253	.212	.236	-.168	.674
D-Sektor	-3.269	2.212	.143	-7.666	1.127
D-Fachstelle für BGM	1.129	2.674	.000	4.814	15.444

Nicht standardisierte Koeffizienten, Konfidenzintervall = 95 % für Grenzen.

Das Modell für den relativen BGF-Entwicklungsstand Kriterium 3 und 5 (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Anzahl Mitarbeitende) kubisch modelliert, damit die logarithmische Verteilung linearisiert wird: $\hat{y} = -6.159 + .253(x_i)$ ist nicht signifikant; der Sektor als Störfaktoren (D: tertiärer Sektor) ist auch nicht signifikant. Der Bezug zur Branche (D: tertiärer Sektor) wirkt tendenziell negativ auf den Entwicklungsstand. Die Fachstelle für BGM als Störfaktor (D: Fachstelle für BGM) hat jedoch einen relevanten ($B = 1.129^{***}$) Einfluss und eine signifikante Wirkung auf die in Bezug zum gesamten Entwicklungsstand relativen Kriterien Nummer 3 und 5. Mit einem $R^2 = .207^{***}$ besteht ein mittlerer Zusammenhang des Modells mit 3 Freiheitsgraden und $N = 90$ gemäss ANOVA-Test. Die Nullhypothese kann nicht falsifiziert werden, die Alternativhypothese H₂ ist zu verwerfen (vgl. Tabelle 20).

Nachdem die Ergebnisse zu den spezifischen Merkmalen der Entwicklungsprofile und Unternehmensgrösse herausgearbeitet sind, sind auch die Resultate zu den Wirkungserwartungen zu betrachten. Dabei sollen nur direkte Regressionen zu den verbleibenden Hypothesen anhand ihrer Variablen analysiert werden. Eine Betrachtung über mehrere Variablen, die als Mediatoren dazwischenstehen, wird nicht durchgeführt. Ob bei einer Investition in BGF und einem vorherrschenden Entwicklungsstand eine entsprechende Wirkung erwartet wird oder eine entsprechende Erwartung auf den Entwicklungsstand wirkt, kann und soll an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

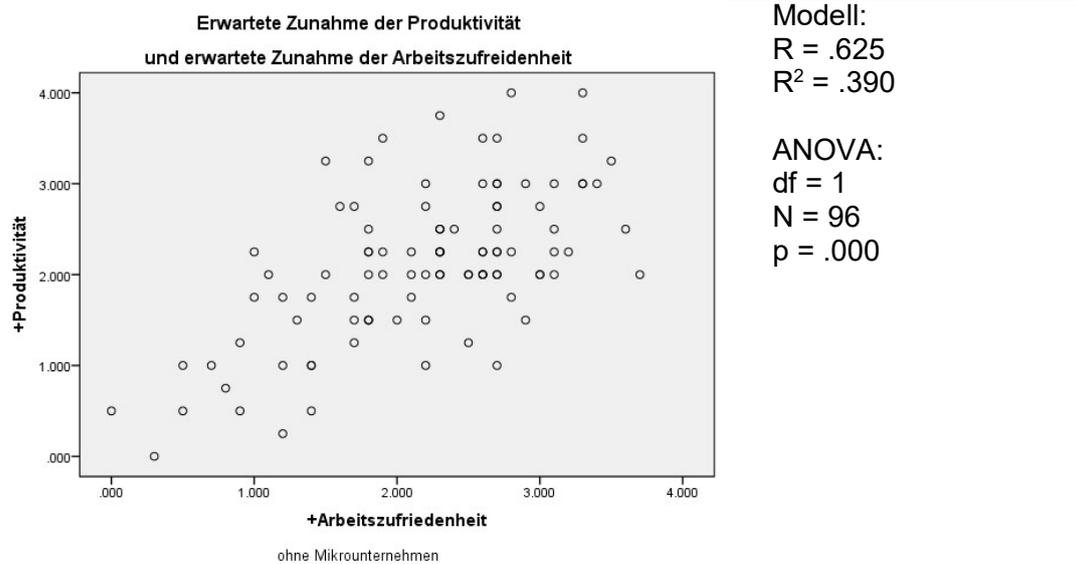
Tabelle 21: Hypothesentest (H_6)



Nicht standardisierte Koeffizienten, Konfidenzintervall = 95 % für Grenzen.

Das Modell für die erwartete Zunahme der Arbeitszufriedenheit (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Entwicklungsstand) nicht modelliert: $\hat{y} = 2.366 - .004(x_i)$ ist nicht signifikant. Mit einem $R^2 = .012$ besteht ein sehr schwacher, nicht signifikanter Zusammenhang des Modells mit 1 Freiheitsgrad und $N = 99$ gemäss ANOVA-Test. Die Nullhypothese kann nicht falsifiziert werden, die Alternativhypothese H_6 ist zu verwerfen (vgl. Tabelle 21).

Tabelle 22: Hypothesentest (H₇)



Modell für erwartete Produktivität	Regressionskoeffizient B	Standardfehler	p-Wert	Untergrenze für B	Obergrenze für B
(Konstante)	.676	.195	.001	.288	1.064
+Arbeitszufriedenheit	.657	.084	.000	.49	.824

Nicht standardisierte Koeffizienten, Konfidenzintervall = 95 % für Grenzen.

Das Modell für die erwartete Zunahme der Produktivität (ohne Mikrounternehmen) wird betreffend Abszisse (Erwartete Zunahme der Arbeitszufriedenheit) nicht modelliert: $\hat{y} = .676 + .657(x_i)^{***}$ ist signifikant. Mit einem $R^2 = .390^{***}$ besteht ein starker Zusammenhang des Modells mit 1 Freiheitsgrad und $N = 96$ gemäss ANOVA-Test. Die Nullhypothese kann falsifiziert werden, die Alternativhypothese H₇ kann angenommen werden (vgl. Tabelle 22).

3.4.5 Qualitative Rückmeldungen

Zum Abschluss der Umfrage hatten die Teilnehmer die Möglichkeit, Feedbacks, Kommentare und Anmerkungen festzuhalten. Von dieser Gelegenheit wurde in 18 Fällen Gebrauch gemacht. Abgesehen von den allgemeinen Rückmeldungen über die gute Auswahl der Fragen oder ihre umständliche Formulierung, Rechtfertigungen über fehlende Angaben, Hinweise zur Organisation, Bezug der Antworten auf ein Team oder der eigene Bezug zum Thema und Instruktionen, Gedanken zu Unfallschutz und Arbeitsklima, Feststellungen über die Skalenausprägung oder, dass detaillierte Fragen erwartet wurden und Glückwünsche zur Arbeit, wurden in sieben Fällen interessante Aussagen über den Begriff und Umfang von BGF gemacht:

-
- Der Begriff BGF wird in der Unternehmung in dem Sinne nicht verwendet und ist als System nicht implementiert. Im Managementsystem ist die Arbeitssicherheit und der Gesundheitsschutz integriert, welche mit Massnahmen und Aktivitäten aus dem Umweltstandard ISO 14001 ergänzt werden.
 - Der Fragebogen geht von einem gesamtheitlichen BGF-Programm aus. Es gibt aber – wie bei uns in der Firma auch – einzelne Themen, an denen intensiv gearbeitet wird, die aber nicht unter dem Titel der BGF laufen. Dies konnte bei der Beantwortung m.E. nicht genügend berücksichtigt werden.
 - ... Für uns als kleiner Betrieb ist dies relativ schwierig. Ich denke bzw. bin überzeugt, dass wir viel in dieser Hinsicht machen. Es ist jedoch vom Aufwand her nicht möglich, für alles Papiere und Strategien zu machen ...
 - BGF muss niederschwellig in Unternehmen integriert werden. Keine komplexen Systeme!
 - Was wir auch noch machen:
 - Bike to work
 - Früchte für die Mitarbeiter
 - Massagestuhl
 - Walking über den Mittag
 - Die Firma hat schon viel in Gesundheitsförderung getan, aber noch kein formalisiertes BGW [Betriebliches Gesundheitswesen] eingeführt. Es ist in Planung und wird in Kürze umgesetzt.
 - Bezüglich Budget: bei uns sind mehrere Abteilungen aktiv in der BGF, z. Bsp. die Physiotherapie mit persönlichen Beratungen, Fitnesskursen, Bike to Work, etc., aber auch die Ernährungsberatung und das HR. Deshalb ist hier keine Angabe möglich.

(aus der online-Umfrage)

4 Diskussion der Arbeit

4.1 Zusammenfassung der Resultate

Mit der vorliegenden Arbeit wird der Zusammenhang von personellen und finanziellen Ressourcen auf den BGF-Entwicklungsstand einer Unternehmung anhand von Hypothesen untersucht und auch Störvariablen betrachtet. Zudem wird auch der Zusammenhang vom BGF-Entwicklungsstand mit den Erwartungen hinsichtlich einer Zunahme der Arbeitszufriedenheit und Produktivität im Kontext von Investitionen in BGF analysiert.

Tabelle 23: Übersicht Hypothesentest

Hypo- these	Lineare Regression	p-Wert	Falsifizierung Null- hypothese (H_0)
H ₁	$\hat{y} = 42.925 + .903(x_i)$ <i>\hat{y}: Entwicklungsstand gesamt; x_i: Anzahl Mitarbeitende^{1/3}</i>	.015	Ja, es besteht ein schwacher Zusammenhang
H ₂	$\hat{y} = -6.159 + .253(x_i)$ <i>\hat{y}: Entwicklungsstand BGF-Planung und -Massnahmen; x_i: Anzahl Mitarbeitende^{1/3}</i>	.236	Nein, es besteht kein signifikanter Zusammenhang
H ₃	$\hat{y} = 12.634 - .452(x_i)$ <i>\hat{y}: Entwicklungsstand Personalwesen und Arbeitsorg.; x_i: Anzahl Mitarbeitende^{1/3}</i>	.059	Nein, es besteht kein signifikanter Zusammenhang
H ₄	$\hat{y} = 37.239 + .350(x_i)$ <i>\hat{y}: Entwicklungsstand gesamt; x_i: BGF-Budget^{1/3}</i>	.032	Ja, es besteht ein schwacher Zusammenhang
H ₅	$\hat{y} = 14.623 + 2.910(x_i)$ <i>\hat{y}: BGF-Budget^{1/3}; x_i: Anzahl Mitarbeitende^{1/3}</i>	< .001	Ja, es besteht ein mittlerer Zusammenhang
H ₆	$\hat{y} = 2.366 + -.004(x_i)$ <i>\hat{y}: Erwartete Zunahme Arbeitszufriedenheit; x_i: Entwicklungsstand gesamt</i>	.276	Nein, es besteht kein signifikanter Zusammenhang
H ₇	$\hat{y} = .676 + .657(x_i)$ <i>\hat{y}: Erwartete Zunahme Produktivität; x_i: Erwartete Zunahme Arbeitszufriedenheit</i>	< .001	Ja, es besteht ein starker Zusammenhang

Wie in Tabelle 23 dargestellt, können die vier Nullhypothesen zu H₁, H₄, H₅ und H₇ falsifiziert werden und signifikante Zusammenhänge anhand von linearen Regressionen betreffend Ressourcen und Entwicklungsstand sowie 'erwarteter' Zunahme von Arbeitszufriedenheit und Produktivität aufgezeigt werden.

Der Zusammenhang betreffend Unternehmensgrösse (nach der Anzahl Mitarbeitenden) und Entwicklungsstand Personalwesen und Arbeitsorganisation (Kriterium Nr. 2) ist knapp ausserhalb des Konfidenzintervalls von 95 Prozent, wobei die Mittelwerte nach wie vor auf einen entsprechenden Sachverhalt zu Unternehmen mit unter 100 Mitarbeiter/innen hinweisen (vgl. H₃).

Zu H₂ kann festgehalten werden, dass die BGF-Planung und -Massnahmen zwar nicht unmittelbar von der Unternehmensgrösse abhängen, sondern vielmehr, ob eine BGM-Fachstelle vorhanden ist oder nicht.

Eine weitere Erkenntnis ist, ohne dass dazu eine Hypothese formuliert wurde, dass die soziale und Umwelt-Verantwortung von grossen Unternehmen im Mittel höher ausgeprägt ist, als bei kleinen. Zudem können Unterschiede zum Entwicklungsstand eher durch die Unternehmensgrösse, als durch die im Sektor kumulierten Wirtschaftsabschnitte begründet werden.

4.2 Interpretation

4.2.1 Bezug zur Literaturanalyse

Generell wird in der Umfrage der Begriff BGF verwendet, da erst nach der Erhebung klar wird, ob eine Unternehmung überhaupt BGF betreibt oder bereits über die Reife eines systematischen BGM verfügt. Wie aus den qualitativen Rückmeldungen hervorgeht, bewegen sich die meisten Unternehmen auf dem Stand von Aktionen der Gesundheitsförderung, respektive BGF.

Der Fragebogen zur Selbsteinschätzung von Breucker (2003, S. 6-11) konnte bei der Erhebung der Entwicklungsprofile erfolgreich angewendet werden. Die Herkunft des zugrunde liegenden ENWHP-Modells reichen bis zum TQM-Ansatz des Qualitätsmanagements zurück. Über alle sechs Kriterien werden auf einer Skala von 0 bis 100 mit einem arithmetischen Mittelwert von 46.448 bei einer Standardabweichung von 20.184 eher gewisse, als beträchtliche Fortschritte erreicht (N = 124) und aus einer quantitativen Perspektive betrachtet wiederum BGF i.S. von Gesundheitsförderungsaktionen betrieben. Nach Quartilen aufgeteilt erreichen 25 Prozent der Befragten einen Wert von bis zu 31.989, 50 Prozent bis zu 42.741 und 75 Prozent bis zu 63.115, womit erst im letzten Viertel ein Stand beträchtlicher Fortschritte, vergleichbar mit BGM, resultiert. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den 23 Prozent, welche gemäss dem eingangs aufgezeigten Monitoring 2016 (Füllemann et al., 2017, S. 7) BGM 'vollumfänglich' umsetzen, wobei noch Potenzial nach oben besteht.

Das bisher gezeichnete Bild deckt sich auch zum Teil mit den Feststellungen von Bauer und Schmid (2006, S. 48-49), dass BGF mehrheitlich auf individuelles Verhalten ausgerichtet ist, als auf verhältnisorientierte Massnahmen, und gesundheitsförderliche Personalmanagement-Massnahmen gegenüber expliziten BGF-Massnahmen dominieren. Zudem erstaunt es nach Meggeneder (2017, S. 358-359), dass die von Branche zu Branche unterschiedlichen Belastungs-Beanspruchungsspektren sich nicht in den Kriterien zu den Sektoren aggregierter Wirtschaftsabschnitte

spiegeln. Als Effekt ist dies durch die Aggregation und damit zusammenhängender Glättung in sich selbst bedingt. Demgegenüber kann festgestellt werden, dass heutzutage die Unternehmensgrösse einen signifikanten Einfluss auf den Stand der Entwicklung und die unterschiedliche Ausprägung der sechs Kriterien hat. Zudem steht der Entwicklungsstand in Zusammenhang mit den personellen und finanziellen Ressourcen.

Auf der anderen Seite, der Wirkungserwartungen betreffend Arbeitszufriedenheit und Produktivität, konnte höchstens festgestellt werden, dass beides einen starken Zusammenhang aufweist, aber durch andere Faktoren bestimmt wird, als durch den Entwicklungsstand einer Unternehmung und der darin enthaltenen oder nicht enthaltenen partizipativen Führung (vgl. Kapitel 2.4.2.).

Mit der vorliegenden Arbeit haben die bisher wenig zum Betrieblichen Gesundheitswesen erforschten Bereiche, die Welt der KMU und des Wirtschaftssektors II, an Transparenz gewonnen. Unternehmen unter 100 Mitarbeitende weisen im Mittel ein höheres Entwicklungspotenzial auf als grössere (vgl. Tabelle 24), wie bereits aufgrund der Ressourcenfrage zu erwarten war.

Tabelle 24: Gegenüberstellung Unternehmensgrösse und Sektor

Kleine Unternehmen* (N = 37) Mittelwert = 42.350 Standardabw. = 18.113	Grosse Unternehmen (N = 66) Mittelwert = 52.017 Standardabweichung = 20.283
Unternehmen sek. Sektor* (N = 29) Mittelwert = 50.054 Standardabweichung = 21.458	Unternehmen tert. Sektor* (N = 76) Mittelwert = 47.772 Standardabweichung = 19.579

**inklusive Mikrounternehmen*

4.2.2 Vergleich zur Standortbestimmung vom FWS

Eine Selbsteinschätzung kann natürlich nie die Standortbestimmung anhand eines Assessments nach den klar definierten Qualitätskriterien von Friendly Work Space® (FWS) ersetzen, zumal auch beim Fragebogen von Breucker (2003, S. 5) eine andere Skala als bei der BGM-Bewertungsmatrix eingesetzt wird. Die Items des ENWHP-Fragebogens (27 Items) liegen nahe an denen der BGM-Bewertungsmatrix zu FWS (25 Items), wobei einzelne weggelassen, ersetzt oder anderen Kriterien zugeordnet wurden (vgl. Anhang 2). Hinzu kommt, dass die BGM-Kriterien vom FWS gewichtet sind, was beim ENWHP-Modell nicht der Fall ist. Durch einen Vergleich beider Skalen zeigt sich, dass sich beide zu einem gewissen Grad adaptieren lassen, aber die Skala vom ENWHP-Modell ohne 'organisationales Lernen' nach Probst (1992, S. 471-473) ausgestattet ist (vgl. Tabelle 25).

Tabelle 25: Skalenvergleich Instrumente

Instrument	Skala				
ENWHP-Fragebogen (Selbsteinschätzung)	D) Massnahmen nicht begonnen	C) gewisse Fortschritte	B) beträchtliche Fortschritte	A) vollständig erreicht	n/a
BGM-Bewertungsmatrix (Assessment)	1) Keine oder nur anekdotische Nachweise	2) Bewusstsein und punktuelle Umsetzung	3) Integrierte und systematische Umsetzung	4) System. Umsetzung mit Bewertung und Überprüfung	5) Umsetzung nach Bewertung und Überprüfung optimiert

Eine detaillierte Beschreibung und Gegenüberstellung ist in Anhang 6

Unter Berücksichtigung all dieser Unterschiede und durch automatisierte Anpassungen lässt sich eine Schätzung zur Standortbestimmung nach FWS per Excel im Einzelfall vornehmen. Die vorhandene Datenbasis reicht für eine Annäherung aus, womit sich die Umfrageergebnisse auch in den Kontext vom FWS einordnen lassen. Mit der Abbildung 15 wird ein exemplarischer Fall entsprechend dargestellt. Der Fall illustriert eine KMU mit 50 Mitarbeiter/innen aus dem sekundären Sektor, wobei die Selbsteinschätzung beim vorliegenden Fall eher bescheiden ausgefallen ist. Zu beachten ist, dass insbesondere zwischen den Kriterien 3 und 5 eine modellbedingte Verschiebung besteht. Die Lücke zur Erreichung von BGM (- - -) beträgt im Fallbeispiel in Zahlen knapp 49, respektive 1.5 Punkte.

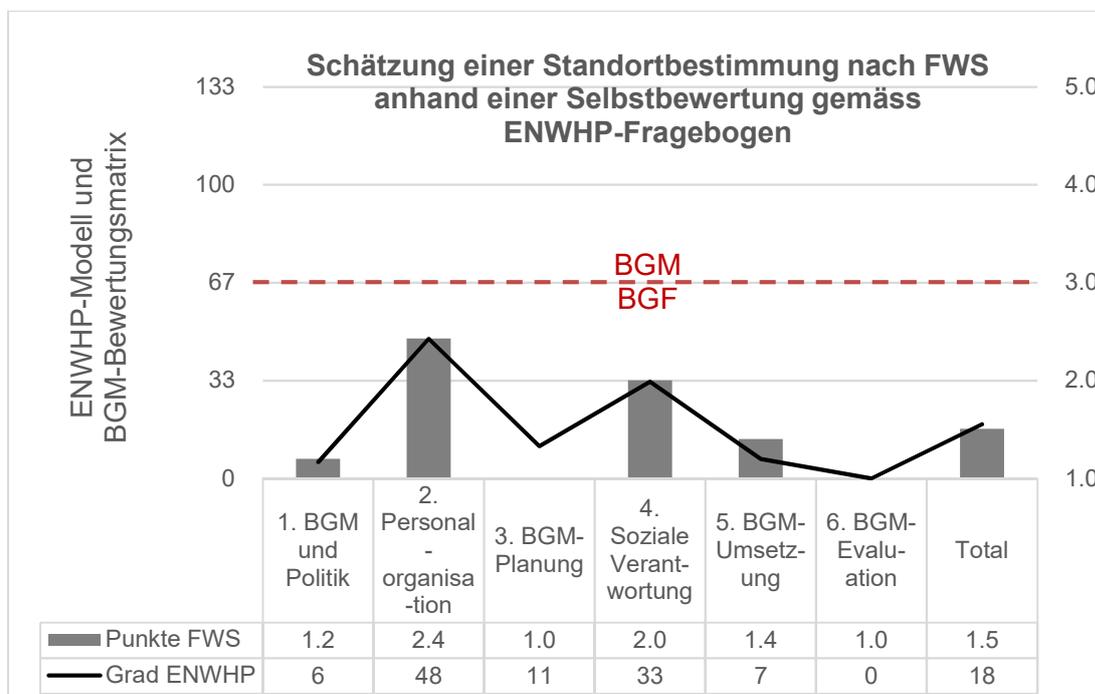


Abbildung 15: Bsp. Schätzung FWS-Standortbestimmung

4.2.3 Entwicklungsprofile von Unternehmen im Vergleich

Lücken sind nicht nur in Zahlen auszudrücken, sie können auch anhand von Entwicklungsprofilen aufgezeigt werden. Gegenüber Grossunternehmen lassen sich KMU analog kleinen Unternehmen wie folgt charakterisieren (vgl. Tabelle 26).

Tabelle 26: Differenzierung Klein- und Grossunternehmungen

Kriterium	Differenzierung
1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik	Ob klein oder gross, der Bezug der Unternehmenspolitik zur Gesundheit gibt einen ersten, leicht überschätzten, Anhaltspunkt zum Entwicklungsstand einer Unternehmung.
2. Personalwesen und Arbeitsorganisation	Kleinere Unternehmen weisen einen verhältnismässig hohen Stand in gesundheitsförderlichem Personalmanagement auf.
3. Planung Betrieblicher Gesundheitsförderung	Die Planung und Massnahmen von BGF ist nicht direkt von der Unternehmensgrösse abhängig, sondern vielmehr, ob eine explizite BGM-Fachstelle besetzt ist oder nicht.
5. Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung	
4. Soziale Verantwortung	Grossunternehmen haben, ggf. aufgrund ihrer Exposition, eine höher ausgeprägte soziale und Umwelt-Verantwortung, als kleinere.
6. Ergebnisse Betrieblicher Gesundheitsförderung	Ob klein oder gross, die Wirkungsüberprüfung anhand von Kennzahlen zu gesundheitlichen und wirtschaftlichen Dimensionen ist das am wenigsten entwickelte Kriterium.

Nach Regionen ausgewertet, zeigt sich in Abbildung 16 ein Nordsüd-Gefälle wobei das Tessin in der Erhebung nicht vertreten ist und die Westschweiz aufgrund der deutschsprachigen Befragung wenig repräsentiert ist.

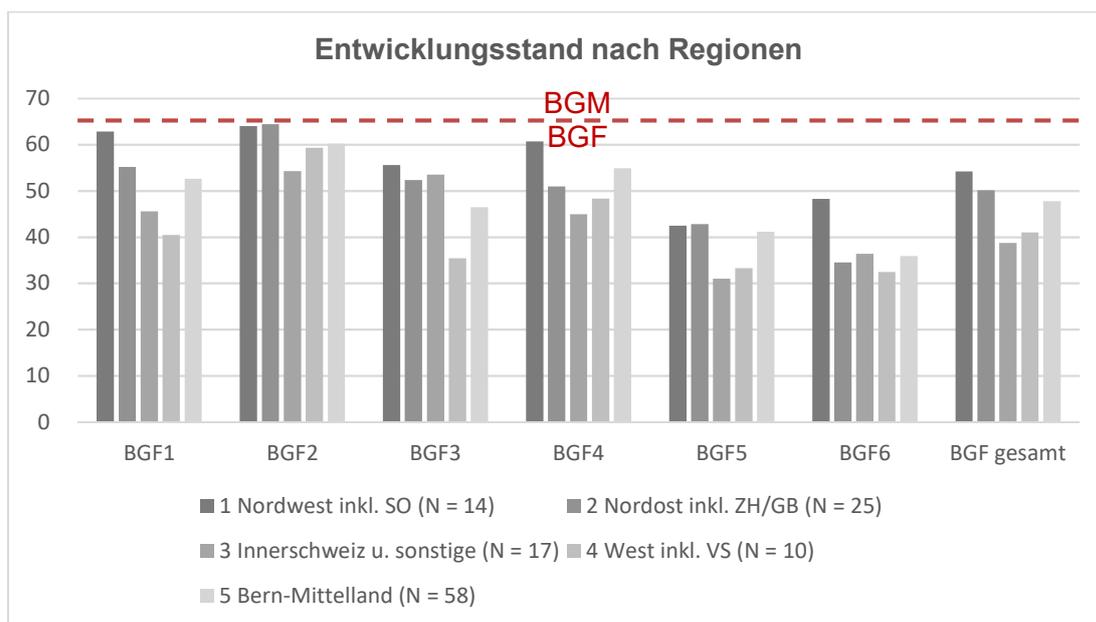


Abbildung 16: Entwicklungsstand nach Regionen

Nach Grösse der Unternehmung ausgewertet, zeigt sich in Abbildung 17 das bereits diskutierte Bild und, dass die Mikrounternehmen nicht in das Schema passen. Allenfalls ist dies bei diesen Kleinunternehmen auf eine Überschätzung zurückzuführen.

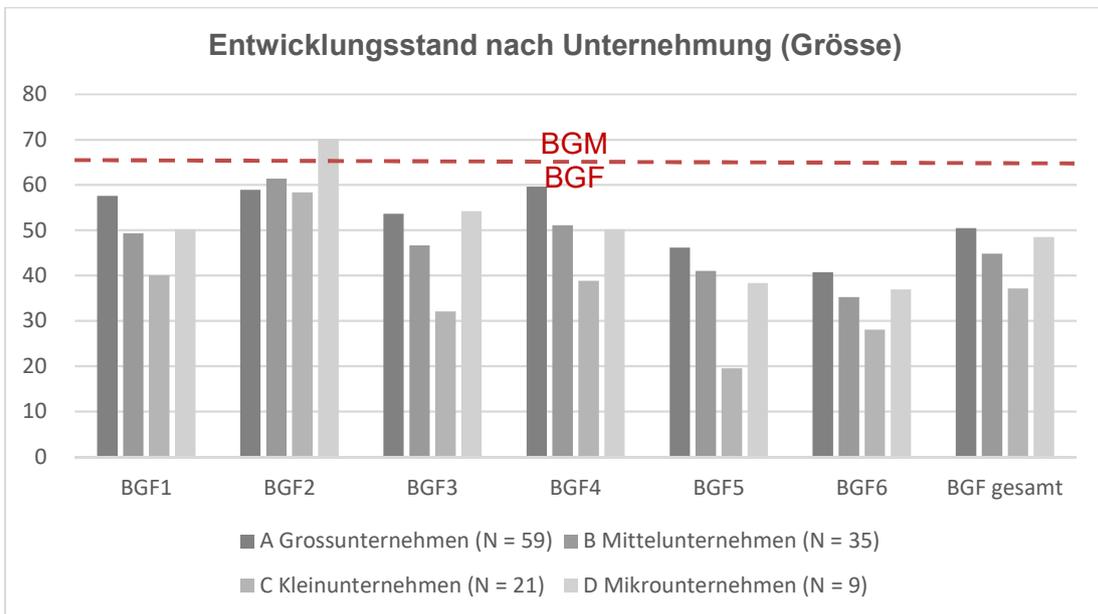


Abbildung 17: Entwicklungsstand nach Unternehmungsgrösse

Nach Wirtschaftsabschnitten der Unternehmung ausgewertet, zeichnet sich in Abbildung 18 keine Regelmässigkeit ab. Die Abschnitte O/U/P beinhalten öffentliche Institutionen, die aufgrund ihrer Grösse tendenziell über einen höheren Entwicklungsstand verfügen, wie auch das Baugewerbe (Abschnitt F) mit 806 Mitarbeiter/innen im Durchschnitt. Der Schlüssel zu den Wirtschaftsabteilungen ist in Anhang 5.

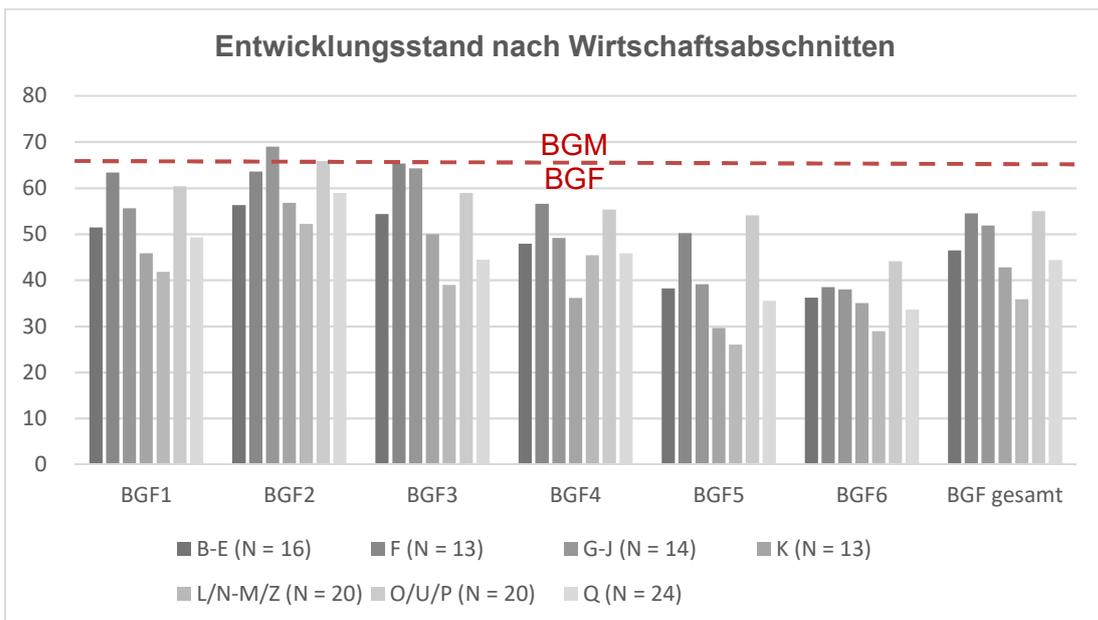


Abbildung 18: Entwicklungsstand nach Wirtschaftsabschnitten

4.2.4 Potenzial im Betrieblichen Gesundheitswesen

Ein Potenzial ist immer von einer Zielsetzung abhängig, insofern es sich an dem misst, was erreicht werden soll. Wird als Ziel das Erreichen eines systematischen und nachhaltigen BGM nach FWS definiert, lässt sich die Diskrepanz graphisch darstellen (vgl. Abbildung 15, Abbildung 16, Abbildung 17 und Abbildung 18). Rechnerisch ist die Regressionsgleichung aus dem Test zu H_4 wenig geeignet, um das Potenzial im Einzelfall zu bestimmen, da mit einem R^2 von .087 nur ein schwacher Zusammenhang des Modells besteht. Anstelle einer exakten Berechnung ist in Tabelle 27 ein Überblick der Budgets im Betrieblichen Gesundheitswesen zusammengestellt. Mit einer Gesamtsumme von 3'692'000 ergibt dies pro Kopf ein Betrag von 131.85 Franken und hochgerechnet für die gesamte Schweiz aktuell 645 Mio. Dies entspricht gegenüber den aktuellen Gesundheitskosten der Schweiz .829 Prozent (vgl. Kapitel 1.2), umgerechnet auf die erwerbstätige Bevölkerung etwa 1-2 Prozent.

Tabelle 27: Budgets Betriebliches Gesundheitswesen

BGM-Niveau	Statistik	Gross- unternehmen	Mittel- unternehmen	Klein- unternehmen
> 3.000 Pkt.	Anzahl	N = 6	N = 5	n/a
Betriebliches Gesundheits- management	Mittelwert	90'000	21'000	n/a
	Minimum	25'000	1'500	n/a
	Maximum	150'000	60'000	n/a
	Summe	540'000	105'000	n/a
2.000-2.999	Anzahl	N = 15	N = 12	N = 5
Betriebliche Gesundheits- förderung	Mittelwert	139'667	57'583	10'700
	Minimum	10'000	5'000	5'000
	Maximum	500'000	275'000	20'000
	Summe	2'095'000	691'000	53'500
1.000-1.999	Anzahl	N = 2	N = 3	N = 3
Keine Mass- nahmen	Mittelwert	15'000	53'333	5'833
	Minimum	10'000	10'000	2'000
	Maximum	20'000	120'000	11'000
	Summe	30'000	160'000	17'500
Gesamt- summe 1-3		2'665'000	956'000	71'000 = 3'692'000

N = 52 Unternehmen; bei einer Anzahl von knapp 28'000 Mitarbeiter/innen

4.3 Würdigung der Arbeit und Ausblick

Der Anspruch und die Wirklichkeit von BGF in Unternehmen ist, wie Bauer und Jenny (2017, S. 97-107) schreiben, vielschichtig. Auf der Arbeitgeberseite stehen in der

Schweiz unter anderem die Erfüllung gesetzlicher Auflagen, Mitarbeiterzufriedenheit, das Geschäftsergebnis und die gesellschaftliche Verantwortung an vorderster Stelle und für Arbeitnehmende in Deutschland sind Gesundheitsuntersuchungen, die Arbeitsplatzgestaltung, Hilfe bei Mobbing und Konflikten, Rückenschulen, Mitarbeiterbefragungen und die Ermittlung psychosozialer Belastungen wichtig. Dieses konservative BGF-Verständnis ist durch Unkenntnis und mangelnde BGF-Erfahrung geprägt. Gesellschaftspolitische und wirtschaftsethische Standpunkte kommen dazu. Unterschiedliche Disziplinen wie Arbeits- und Organisationspsychologie, Public-Health-Wissenschaften, Wirtschaftssoziologie, Gesundheits- und Betriebsökonomie betrachten BGF aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

All diese Aspekte können nicht im Rahmen einer solchen Arbeit behandelt werden. Nach dem Stand der ENWHP, basierend auf Excellence Modellen, sind entlang der sechs BGM-Kriterien die Profile von kleinen und grossen Unternehmungen ermittelt worden. Erfolgreich können die relevanten Unterschiede aufgezeigt werden, wobei diese nicht auf Kleinstunternehmungen mit bis zu 10 Mitarbeiter/innen zutreffen. Im Hinblick auf die Wirtschaftsabschnitte und -sektoren, können die von Branche zu Branche variierenden, belastungsbedingten und erwarteten Muster nicht erkannt werden. Festgestellt wird anhand der Regionen und dem jeweiligen BGF-Entwicklungsstand ein Nordsüd-Gefälle. Nebst Profilen entlang der BGM-Kriterien, wurden mit einer Studie von Gentil und Meier-Magistretti (2014, S. 7) im Gegensatz dazu vier Profile: Patron, Risikomanager, Förderer und Gesundheitsmanager i.S. einer Typologie eruiert.

Eine hohe Reliabilität konnte anhand des Pretests aufgezeigt werden, mit einem Rücklauf von rund 21 Prozent wurde auch eine hohe Responsivität erreicht, was auch auf die Praktikabilität und Zumutbarkeit der Umfrage hinweist. Aufgrund der qualitativen Rückmeldungen zeigt sich, dass die Thematik zudem Relevanz besitzt – aber auch noch einiges Potenzial an Sensibilisierung und Aufklärung vorhanden ist. Mit den Grundlagen der ENWHP wird die Erhebung im Kern durch eine europaweite Normierung getragen. Eine mittlere Zunahme der Arbeitszufriedenheit und Produktivität wird bei Investitionen in BGF erwartet, ein Zusammenhang zum Entwicklungsstand kann nicht festgestellt werden. Um die effektive Wirkung vom Entwicklungsstand auf die Arbeitszufriedenheit und Produktivität zu überprüfen ist ein anderes Studiendesign erforderlich, die Momentaufnahme mit einer Querschnittuntersuchung reicht nicht aus, wobei es bereits zahlreiche Studien dazu gibt (vgl. Wirkungsmodell GFCH). Die Validität entspricht den Testresultaten zu den Hypothesen und anstelle von Objektivität ist eher von Intersubjektivität zu sprechen, solange kein allgemeines Verständnis zu BGF etabliert ist.

Mit rund 100 kompletten Datensätzen ist eine Grundlage geschaffen worden, welche die bisher vernachlässigten KMU, das Gewerbe und die Industrie ebenso wie die Gross- und Dienstleistungsunternehmen umfasst. Zu beachten ist, dass die Ressourcenlage und Verbreitung betreffend BGF mit der Unternehmensgrösse zunimmt und aus der Literaturanalyse auch auf ein unterschiedliches Entscheidungsverhalten geschlossen werden kann. Damit BGM erfolgreich in einer Organisation implementiert und verankert werden kann, sind Rahmenbedingungen zu schaffen. Als Konsequenz sind Qualitäts- und Umweltmanagementsysteme angemessen einzubeziehen.

Mit der Arbeit können Zusammenhänge zwischen den personellen und finanziellen Ressourcen aufgezeigt werden. Und im Weiteren aus dem Daten- und Informationsbestand auch eine Schätzung zum Niveau gemäss Friendly Work Space® abgeleitet werden. Mit den aktuellen Budgetzahlen aus 52 Unternehmen, konsolidiert nach kleinen, mittleren und grossen Unternehmen und ihrem FWS-Niveau zeigt sich, dass Unternehmen auf Stufe BGF (62 %) mehr für das Betriebliche Gesundheitswesen aufwenden, als Unternehmen auf Stufe BGM (21 %). Insgesamt deckt sich, Mikrounternehmen ausgeschlossen, auch die BGF/BGM-Prävalenz (N = 115) von 19 bis 52 Prozent mit den 24 bis 65 Prozent der europaweit durchgeführten ESENER-Studie der European Agency for Safety and Health at Work 2010 (Bauer & Jenny, 2017, S. 103).

Zum Schluss der Arbeit stellt sich in Bezug auf das Thema BGF-Entwicklungsstand und -Potenzial der Schweiz die Frage nach weiterem Bedarf an wissenschaftlicher Forschung. Dazu einige Anknüpfungspunkte:

- Unternehmen mit einzelnen BGF-Massnahmen verfügen nicht über die Systematik, wie dies bei Betrieblichem Gesundheitsmanagement der Fall ist. Es wird davon ausgegangen, dass damit auch die Kostenzuordnung nicht eindeutig ist. Hier ist eine vertiefte Abklärung und die Untersuchung zum Return on Investment (ROI) von weiterem Interesse.
- Die Arbeit erfasst die personelle und finanzielle Ressourcenlage und ihren Effekt auf den Entwicklungsstand. Inwiefern unterschiedliche, branchenabhängige Belastungssituationen Einfluss auf den Entwicklungsstand nehmen, ist nicht geklärt. Deshalb ist auch eine Untersuchung zur Belastungssituation, insbesondere der psychischen Belastung, von weiterem Interesse.
- Nebst einer vertieften Abklärung zur finanziellen Ressourcenlage und Belastungssituation ist anzunehmen, dass auch überbetriebliche Faktoren den Entwicklungsstand determinieren, welche von weiterem Interesse sind.

Literaturverzeichnis

- Altgeld, T. & Kolip, P. (2014). Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Aufl., S. 45-56). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18. Abgerufen am 2. März 2018 von <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press. Abgerufen am 3. März 2018 von http://www.asecib.ase.ro/mps/Bandura_Social LearningTheory.pdf
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. Abgerufen am 9. März 2018 von <http://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>
- Bauer, G. F. & Jenny, J. (2017). Anspruch und Wirklichkeit: Zum aktuellen Stand der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 97-107). Bern: Hogrefe Verlag.
- Bauer, G. & Schmid, M. (2006). Betriebliches Gesundheitsmanagement als salutogene Intervention – Entwicklungsstand und Potenzial im Schweizer Dienstleistungssektor. *Wirtschaftspsychologie Heft 2(3)*, 47-55. Abgerufen am 11. März 2018 von <https://www.bgm-ag.ch/files/bgm-ag/wissen/bgm/fachbeitraege-und-artikel/betriebliches-gesundheitsmanagement-als-salutogene-intervention.pdf>
- Bortz, J. & Döring, N. (2013). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Breucker, G. (2003). *Fragebogen zur Selbsteinschätzung*. Zürich: Staatssekretariat für Wirtschaft (seco). Abgerufen am 6. März 2018 von <http://www.bgm-experts.ch/ordner/pdf/pdf/bgm-experts-fragebogen.pdf>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017). *Altersaufbau der Bevölkerung*. Abgerufen am 20. November 2017 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung.assetdetail.3302624.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017a). *Synthesestatistik Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens. Revision 2017: Perspektiven, Konzepte und Methoden zur Förderung einer modular-dynamisierten Weiterentwicklung der Statistik*. Abgerufen am 20. November 2017 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/kosten-finanzierung.assetdetail.3644715.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017b). *Erwerbstätige Total (Inlandkonzept). Durchschnittliche Jahreswerte*. Abgerufen am 20. November 2017 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/arbeit-erwerb/erwerbstaetigkeit-arbeitszeit/erwerbstaetige/entwicklung-erwerbstaetigenzahlen.assetdetail.3843160.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017c). *Arbeitsproduktivität*. Abgerufen am 19. März 2018 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/aktivitaeten/oekonomische-produktion/arbeitsproduktivitaet.assetdetail.4022104.html>
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017d). *Durchschnittliches Alter der Erwerbsbevölkerung, 2016*. Abgerufen am 30. März 2018 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/static/dam/assets/2646394/master>

-
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018). *Wirtschaftsstruktur: Unternehmen*. Abgerufen am 11. März 2018 von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/industrie-dienstleistungen/unternehmen-beschaeftigte/wirtschaftsstruktur-unternehmen.html>
- Buri-Moser, R. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Stand der Entwicklungsmöglichkeiten in Schweizer Unternehmen*. München, Merigen: Reiner Hampp Verlag.
- Cohen, J. (1992). Quantitative Methods in Psychology. A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. Abgerufen am 30. März 2018 von <http://classes.deonandan.com/hss4303/2010/cohen%201992%20sample%20size.pdf>
- Diekmann, A. (2002). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (8. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Diekmann, A. (2010). *Spieltheorie. Einführung, Beispiele, Experimente* (2. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Domsch, M. E. & Ladwig, D. (2013). Mitarbeiterbefragungen – Stand und Entwicklung. In M. E. Domsch & D. Ladwig (Hrsg.), *Handbuch Mitarbeiterbefragung* (3. Aufl., S. 11-56). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Dubs, R. (1998). *Volkswirtschaftslehre. Eine Wirtschaftsbürgerkunde für höhere Schulen, Erwachsenenbildung und zum Selbststudium* (7. Aufl.). Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Paul Haupt.
- European Network for Work Health Promotion [ENWHP]. (2007). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Abgerufen am 4. März 2018 von http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf
- European Network for Work Health Promotion [ENWHP]. (2018). *Workplace Health Promotion. Quality Criteria*. Abgerufen am 6. März 2018 von <http://www.enwhp.org/good-whp-practice/methods-tools-mogp/quality-criteria.html>
- Faller, G. (2017). *Was ist eigentlich Betriebliche Gesundheitsförderung?* In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 25-38). Bern: Hogrefe Verlag.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics. And Sex and Drugs and Rock'n'Roll* (4. Aufl.). London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore: SAGE Publications.
- Flick, U. (2016). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (7. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Franke, A. (2017). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (3. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.
- Frech, M. (1996). *Arbeiten in und mit Gruppen*. In H. Kasper & W. Mayrhofer (Hrsg.), *Personalmangement, Führung und Organisation* (2. Aufl., S. 293-336). Wien: Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter.
- Frey, B. S. (2000). Managing Motivation. Wie Sie die neue Motivationsforschung für Ihr Unternehmen nutzen können. In B. S. Frey & M. Osterloh (Hrsg.), *Wie beeinflusst Lohn die Motivation?* (S. 71-104). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GmbH.
- Fülleemann, D., Inauen, A., Jenny, G., Moser, P. & Bauer, G. (2017). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben, Monitoring-Ergebnisse 2016*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 40.

-
- Gentil, G. C. & Meier-Magistretti, C. (2014). Betriebliches Gesundheitsmanagement ist Chefsache!? – Management in der Unsicherheitszone. Eine qualitative Untersuchung der Perspektive von Top-Führungskräften aus der deutschsprachigen Schweiz. *Journal Psychologie des Alltagshandelns*, 7(2), 4-19. Abgerufen am 18. Mai 2018 von https://www.researchgate.net/profile/Gian-Claudio_Gentile/publication/273118766_Betriebliches_Gesundheitsmanagement_ist_Chefsache_-_Management_in_der_Unsicherheitszone/links/54f70a8f0cf210398e90c87e.pdf
- Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH]. (2013). *Friendly Work Space. Die Labelträger*. Abgerufen am 7. März 2018 von <http://www.friendlyworkspace.ch/>
- Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH]. (2017). *Wie verbreitet ist betriebliches Gesundheitsmanagement in Schweizer Betrieben? Monitoring-Ergebnisse 2016*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz Faktenblatt 22.
- Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH]. (2017a). *BGM Bewertungsmatrix*. Abgerufen am 3. März 2018 von https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/de/3-bgm/instrumente/fws-label/Friendly_Work_Space_-_Bewertungsmatrix_Self-Assessment.pdf
- Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH]. (2017b). *Weiterbildung Friendly Work Space*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz (unveröffentlichte Kursunterlagen).
- Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH]. (2018). *Qualitätskriterien. Friendly Work Space definiert Qualitätsstandards für BGM*. Abgerufen am 7. März 2018 von <https://gesundheitsfoerderung.ch/betriebliches-gesundheitsmanagement/instrumente-und-dienstleistungen/label-friendly-work-space/qualitaetskriterien.html>
- Gesundheitsförderung Schweiz [GFCH] & Arbeitsgruppe BGM-Kriterien (2017). *Wegleitung Qualitätskriterien für das betriebliche Gesundheitsmanagement. Friendly Work Space*. Bern und Lausanne. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Grutsch, M. & Bürki, E. (2015). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Friendly Work Space als Ergänzung zu ISO und EFQM*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Faktenblatt 12.
- Heigl, C. (2017). Das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung [ÖNBGF]. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 465-474). Bern: Hogrefe Verlag.
- Herzberg, F., Mausner, B. & Bloch-Snyderman, B (1959). *The Motivation to Work. With a New Introduction by Frederick Herzberg*. New Brunswick (USA) und London (UK): Transaktion Publishers.
- Höpflinger, F. (2011). *Standardisierte Erhebungen – methodische Hinweise zu Umfragen*. Abgerufen am 30. März 2018 von <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Umfragemethodik.pdf>
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2014). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In K. Hurrelmann, T. Klotz & J. Haisch (Hrsg.), *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung* (4. Aufl., S. 13-24). Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG.
- Jakrlin, L. (2017). Technology rules the world: Kondratjews «Lange Wellen», oder warum der Sozialismus immer scheitert. *Hayek-Feder*, 9, 18-20. Abgerufen am 17. Mai 2018 von https://issuu.com/fruitcake_worb/docs/hayek

-
- Janssen, J. & Laatz, W. (2017). *Statistische Datenanalyse mit SPSS. Eine anwendungsorientierte Einführung in das Basissystem und das Modul Exakte Tests* (9. Aufl.). Berlin: Springer-Verlag GmbH Deutschland.
- Kamiske, G. F. & Hahne, B. (2000). Auf dem Weg zur Qualitätskultur. In B. Held & S. Russ-Mohl (Hrsg.), *Qualität durch Kommunikation sichern. Vom Qualitätsmanagement zur Qualitätskultur. Erfahrungsberichte aus Industrie, Dienstleistung und Medienwirtschaft* (S. 41-62). Frankfurt a.M.: Frankfurter Allgemeine Buch.
- Kellerhals, M. & Hirt, T. (2015). *Geschäftsprozessmanagement. Umweltmanagement und Arbeitssicherheit 1/1. Nachhaltige Entwicklung, Umwelt und Arbeitssicherheit* (2. Aufl.). Zürich: Compendio Bildungsmedien AG.
- Kentener, M. (2003). Arbeitsmedizin im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. In B. Badura & T. Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik* (S. 261-266). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Klemperer, D. (2015). *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (3. Aufl.). Bern: Hogrefe Verlag.
- Krause, K., Basler, M. & Bürki, E. (2016). *BGM voranbringen mit Wirkungsüberprüfungen – ein Leitfaden für Betriebe*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 38.
- Krauss-Hoffmann, P. & Sochert, R. (2017). Verbreitung guter Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung durch Vernetzung: Das Beispiel psyGA und das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 445-456). Bern: Hogrefe Verlag.
- Kuhn, K. (2017). Der Betrieb als gesundheitsförderndes Setting: Historische Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 39-56). Bern: Hogrefe Verlag.
- Laaser, U. & Hurrelmann, K. (1998). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 395-424). Weinheim: Juventa Verlag.
- Mankiw, N. G. & Taylor, M. P. (2011). *Economics* (2. Aufl.). Hampshire U.K.: Cengage Learning EMEA.
- Mayrhofer, W. (1996). Motivation und Arbeitsverhalten. In H. Kasper und W. Mayrhofer (Hrsg.), *Personalmanagement, Führung und Organisation* (2. Aufl., S. 225-255). Wien: Wirtschaftsverlag Carl Ueberreuter.
- Meggeneder, O. (2017). «...zu teuer und zu aufwendig?» – Herausforderungen für die Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinen und Mittleren Unternehmen. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 355-367). Bern: Hogrefe Verlag.
- Meyer, J. A. & Tirpitz, A. (2008). *Betriebliches Gesundheitsmanagement in KMU. Widerstände und deren Überwindung*. Lohmar: Josef Eul Verlag.
- Moen, R. & Norman, C. (2009). *Evolution of the PDCA Cycle*. Abgerufen am 5. März 2018 von http://www.uoc.cw/financesite/images/stories/NA01_Moen_Norman_fullpaper.pdf
- Nash, J. F. (1950). Equilibrium Points in n-Person Games. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 36(1), 48-49. Abgerufen am 9. März 2018 von <https://www.calpoly.edu/~aamendes/GTweb/Nash.pdf>

-
- Nefiodow, L. A. (2006). *Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung in Zeitalter der Information* (6. Aufl.). St. Augustin: Rhien-Sieg Verlag.
- Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung [ÖNBGF]. (2018). *BGF-Fakten No 2: Die 15 Qualitätskriterien des Netzwerks BGF*. Abgerufen am 11. März 2018 von <http://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.618251&version=1428999723>
- Peter, R. (2017). Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: Die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen. In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 111-122). Bern: Hogrefe Verlag.
- Probst, J. B. (1992). *Organisation: Strukturen, Lenkungsinstrumente und Entwicklungsperspektiven*. Landsberg, Lech: Verlag Moderne Industrie.
- Raab-Steiner, E. & Benesch, M. (2015). *Der Fragebogen. Von der Forschungsidee zur SPSS-Auswertung* (4. Aufl.). Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.
- Radtke, P. & Wilmes, D. (2002). Nr. 010: European Quality Award. Praktische Tipps zur Anwendung des EFQM-Modells. In G. F. Kamiske (Hrsg.), *Pocket Power* (3. Aufl.). München, Wien: Carl Hanser Verlag.
- Rantanen, J. (2001). Impact of globalization on occupational health. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 36(4), 153-161. Abgerufen am 3. März 2018 von https://www.researchgate.net/publication/296319755_Impact_of_globalization_on_occupational_health.
- Schneider, G. & Scheuring, J. (2008). *Geschäftsprozess-Management. Prozess- und Qualitätsmanagement 3/4. Qualität sichern und erhöhen* (1. Aufl.). Zürich: Compendio Bildungsmedien AG.
- Seghezzi, H. D., Fahrni, F. & Friedli, T. (2013). *Integriertes Qualitätsmanagement. Der St. Galler Ansatz* (4. Aufl.). München: Carl Hanser Verlag.
- Thul, M. J. (2017). Qualitäts- und Betriebliches Gesundheitsmanagement: Integration, Ergänzung oder Gegensatz? In G. Faller (Hrsg.), *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (3. Aufl., S. 295-308). Bern: Hogrefe Verlag.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2015). Elemente einer Positionsbestimmung. In M. Sulzberger (Hrsg.), *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (6. Aufl., S. 3-24). Wiesbaden: Springer Gabler.
- von Neumann, J. & Morgenstern, O. (1947). *Theory of Games and Economic Behavior*. Princeton: Princeton University Press.
- Wagner, W. & Käfer, R. (2017). *PQM – Prozessorientiertes Qualitätsmanagement. Leitfaden zur Umsetzung der ISO 9001* (7. Aufl.). München: Carl Hanser Verlag.
- World Health Organization [WHO]. (1946). *Constitution of WHO: principles*. Abgerufen am 4. März 2018 von <http://www.who.int/about/mission/en/>

Selbständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Master-Thesis mit dem Titel

«BGF-Entwicklungsstand und Potenzial Schweiz 2018»

selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen worden sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Des Weiteren versichere ich, dass ich bisher noch keine wissenschaftliche Arbeit mit gleichem oder ähnlichem Inhalt an der Fernfachhochschule Schweiz oder an einer anderen Hochschule eingereicht habe.

Mir ist bekannt, dass die Fernfachhochschule Schweiz andernfalls auch nachträglich berechtigt ist, mir den auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titel zu entziehen.



Ried, 8.06.2018