Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

HOCHSCHULE NEUBRANDENBURG
Fachbereich Gesundheit; Pflege; Management
Management im Sozial- und Gesundheitswesen

Erfolge im Betrieblichen Gesundheitsmanagement ermitteln und kommunizieren

Erstellung eines Berichtswesens
am Beispiel der gemeinnützigen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendhilfe des ASB mbH
in Rostock

M a s t e r a r b e i t

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Arts (M. A.)

URN: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2019-0112-3

Verfasserin: Anne Kathrin Heinsel

Prüferin: Frau Prof. Dr. rer. pol. Diplom-Kauffrau Ilsabe Sachs

Zweitprüferin: Frau Prof. Dr. Susanne Hartung

Tag der Einreichung: 10.12.2019

Band 1 von 2 - Masterthesis

Inhaltsverzeichnis – Band 1

Tabellenverzeichnis 5
Abbildungsverzeichnis 6
Abkürzungsverzeichnis 7
1. Einleitung 8
2. Hintergründe und Zielsetzung der Arbeit 9
3. Aufbau der Arbeit 11
4. Theoretische Grundlagen 12
4.1. Gesundheitsverständnis 12
4.1.1. Definition 12
4.1.2. Gesundheit im Unternehmen 12
4.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement 14
4.2.1. Definition 14
4.2.2. Strukturen und Prozesse 15
4.2.3. Ziele 17
4.2.4. Besonderheiten und Herausforderungen 18
4.2.5. Nachhaltigkeit im BGM 19
4.2.6. Nutzen und Wirksamkeit 19
4.3. Controlling 20
4.4. Gesundheitscontrolling 21
4.5. Kennzahlen 23
4.5.1. Allgemein 23
4.5.2. Kennzahlen im BGM 26
4.6. Erfolg 28
4.6.1. Allgemein 28
4.6.2. Unternehmenserfolg und Erfolgsfaktoren eines Unternehmens 29
4.6.3. Erfolge im BGM sichtbar machen 30
4.7. Berichtswesen 35

5. Empirische Erkenntnisse, Empfehlungen und Best-Practice 40
6. Methodisches Vorgehen 45
7. Vorstellung der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock 48
7.1. Unternehmensstruktur und -kultur 48
7.2. Geschichte BGM 49
7.3. Aufbau BGM 52
7.4. Datengrundlage 53
8. Das Berichtswesen für die ASB KJH in Rostock 55
8.1. individuelle Kennzahlenauswahl 55
8.2. Erstellung des Berichtswesens 90
8.3. das kommunizierbare Berichtswesen 128
8.4. weitere Analysemöglichkeiten 128
9. Kritische Reflexion der Ergebnisse und Diskussion in Bezug auf die Zielsetzung und Forschungsfragen 132
10. Fazit und Ausblick 141
Danksagung 143
Literaturverzeichnis 144
Eidesstattliche Erklärung 152

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kennzahlenblatt Mitarbeiter*innenzahl 59
Tabelle 2: Ausschnitt der Gesamttabelle Mitarbeiter*innenanzahl und Alter..... 60
Tabelle 3:Pivot-Tabelle Mitarbeiter*innenanzahl 60
Tabelle 4: Ausschnitt Ergebnistabelle Mitarbeiter*innenanzahl 2014-2018 61
Tabelle 5:Kennzahlenblatt Durchschnittsalter 62
Tabelle 6: Kennzahlenblatt Personalkosten 63
Tabelle 7: Kennzahlenblatt Krankheitsquote 64
Tabelle 8: Ausschnitt der Gesamttabelle Abwesenheiten..... 65
Tabelle 9: Kennzahlenblatt Gesundheitsquote..... 67
Tabelle 10: Kennzahlenblatt Krankheitskosten 68
Tabelle 11: Kennzahlenblatt Arbeitsunfallaufkommen..... 69
Tabelle 12: Pivot-Tabelle Arbeitsunfallaufkommen 70
Tabelle 13: Kennzahlenblatt Fluktuationsrate 72
Tabelle 14: Excel-Tabelle Fluktuation 72
Tabelle 15: Pivot-Tabelle Fluktuation, Fälle gesamt pro Jahr..... 73
Tabelle 16: Kennzahlenblatt Krank ohne Krankenschein Maßnahmenevaluation 74
Tabelle 17: Kennzahlenblatt BEM-Gespräche 76
Tabelle 18: BEM-Datentabelle 78
Tabelle 19: Ergebnistabelle BEM, Ausschnitt..... 78
Tabelle 20: Kennzahlenblatt Mitarbeiter*innenzufriedenheit..... 82
Tabelle 21: Bestandteile Mitarbeiter*innenzufriedenheit aus Befragung der BGW 83
Tabelle 22: Kennzahlenblatt Sinnhaftigkeit der Arbeit 84
Tabelle 23: Bestandteile Sinnhaftigkeit der Arbeit aus Befragung der BGW..... 84
Tabelle 24: Kennzahlenblatt Gesundheitsempfinden 85
Tabelle 25: Bestandteile Gesundheitsempfinden aus Befragung der BGW..... 85
Tabelle 26: Kennzahlenblatt Arbeitssituationsbefinden 86
Tabelle 27: Bestandteile Arbeitssituationsbefinden aus Befragung der BGW..... 87
Tabelle 28: Kennzahlenblatt Work-Life-Balance 87
Tabelle 29: Bestandteile Work-Life-Balance aus Befragung der BGW 88
Tabelle 30: Ergebnistabelle "weiche" Kennzahlen 88
Tabelle 31: Kennzahlenblatt BGM-Budgeteinsatz..... 89

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Haus des betrieblichen Gesundheitsmanagements 15
Abbildung 2: BGM Prozess 17
Abbildung 3: 3-Säulen-Modell eines professionellen Gesundheitscontrollings im BGM 23
Abbildung 4: Erfolgsfaktoren des BGM 31
Abbildung 5: BGF und Unternehmenserfolg 32
Abbildung 6: Informationsquellen für den betrieblichen Gesundheitsbericht 39
Abbildung 7: Prozess der Etablierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock 50
Abbildung 8: Organisationsstruktur der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock. 53
Abbildung 9: Befragung BGW, Ausschnitt Gesundheitszustand und Unfälle aus der Mitarbeiter*innenbefragung 80
Abbildung 10: Befragung BGW, Ausschnitt Zusatzmodul B aus der Mitarbeiter*innenbefragung 80
Abbildung 11: Skala der Mitarbeiter*innenbefragung sowie der "weichen" Kennzahlen 81
Abbildung 12: Modellvorlage zur übersichtlichen Darstellung von Kennzahlen 91
Abbildung 13: Darstellung Kennzahlen Berichtswesen ASB KJH, Stand November 2019 94

Abkürzungsverzeichnis

ASB	Arbeiter-Samariter-Bund
AU-Analysen	Arbeitsunfähigkeitsanalysen
BEM	Betriebliches Eingliederungsmanagement
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege
Bsp.	Beispiel
Bzw.	beziehungsweise
EBIT	earnings before interest and taxes
EFQM	European Foundation for Quality Management
EWA	Erweiterte Wirtschaftlichkeits-Analyse
HCVA	Human Capital Value Added
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KoK	Krank ohne Krankenschein
SAP	Systeme, Anwendungen und Produkte in der Datenverarbeitung

Geschlechterspezifische Anmerkung
Es wurde versucht, sowohl die weibliche als auch die männliche Form in der Ausarbeitung zu verwenden. Ist dies in einigen Fälle nicht der Fall, beispielsweise durch Verwendung direkter Zitate, so soll darauf hingewiesen werden, dass dies keineswegs den Ausschuss von Frauen bedeutet. Die männliche Form ist an jeder Stelle gleichwertig durch eine weibliche Form ersetzbar. .

1. Einleitung

Unsere heutige Arbeitswelt, eine Dienstleistungsgesellschaft (vgl. Badura, Schröder & Vetter, 2009, S. 101), ist durch sich wandelnde arbeitsbedingte Erkrankungsrisiken, wie beispielsweise ein längeres Arbeitsleben sowie alternde Beschäftigte (vgl. Baumanns, 2009, S. 14) oder auch ein gesteigertes Aufkommen von Stress durch das enorme Arbeitstempo, neue Technik oder große Verantwortungen aber auch Leistungs- und Erfolgsdruck geprägt. Diese Faktoren führen zu einem enormen Anstieg an psychischen und auch sozialen Belastungen (vgl. Schmidt, 2015, S. 12). Ursachen für gesundheitsbezogene Belastungen sind vielfältig und können nicht isoliert voneinander betrachtet werden, so haben private Belastungen immer Einflüsse auf das Arbeitsleben und umgekehrt. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 152)

Gesundheit, ebenso wie Krankheit, als nicht getrennt voneinander erfassbare immaterielle Güter (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 174, 175), spielen in jeder Lebenssituation eine Rolle, besonders auch im Berufsalltag. Arbeitsbedingungen haben einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit eines jeden Menschen und sollten daher möglichst sicher und angenehm aber auch anregend gestaltet sein. (vgl. Biewig, Kämmerer, Ribbe, Rubach & Wollny, 2016, S. 3)

Gesundheit ist demnach für alle Interessengruppen im Unternehmen wichtig: Die Einen haben das Ziel gesund zu bleiben, die Anderen brauchen gesunde leistungsfähige Mitarbeiter*innen um als Unternehmen bestehen zu können. (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 69)
Zur gezielten Förderung der Gesundheit in Unternehmen ist ein Betriebliches Gesundheitsmanagement, beschreibbar als fortwährender Verbesserungsprozess, der nur durch Kommunikation im Unternehmen ermöglicht wird (vgl. Wellmann, 2018, S. 9), bereits von vielen Unternehmen implementiert worden (vgl. Baumanns, 2009, S. 13). Häufig fehlt ihnen – vor allem mittelständigen Unternehmen, die nur ein begrenztes Budget zur Verfügung gestellt bekommen (vgl. Baumanns, 2009, S. 13) - der Legitimationsbeleg und ein Nachweis dafür, dass die anwachsende Zahl durchgeführter Maßnahmen und Aktionen (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 69) erfolgreich und wirtschaftlich sind (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 449, vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 224), auch wenn Studien eine durchschnittliche Rentabilität von 1:2,2 (ermittelt aus 2400 beachteten Studien) bezogen auf Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements belegen. (vgl. D. Kuhn et al., 2018, S. 51)

Sowohl verschiedene Führungsinstanzen, externe Geldgeber oder auch die Mitarbeiter*innen selbst, sind nicht vollumfänglich von dem Nutzen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements überzeugt. Doch wie kann daran etwas geändert werden? Welche Instrumente können eingesetzt werden, um Nachweise zu erbringen, die die Erfolge sichtbar machen und außerdem kommunizierbar?

.

2. Hintergründe und Zielsetzung der Arbeit

Bereits seit circa 40 Jahren beschäftigt man sich im Arbeitskontext mit Gesundheitsförderung und Belastungen denen Arbeitnehmer*innen ausgesetzt sind. Schon damals wurden in diesem Feld Gesundheitsberichte eingesetzt, um die gesundheitliche Situation Beschäftigter abzubilden und ihre subjektiven Empfindungen in Planungsprozesse einzubeziehen. (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 109). Ein aktuell beobachtbarer Trend ist die Analyse des Gesundheitszustandes der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Unternehmen. (vgl. Wellmann, 2018, S. 9) Die Unternehmen sind bereit (bis zu fünfstellige) Budgets sowie personelle Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um das Thema Gesundheit im Unternehmen zu leben (vgl. Lüerßen et al., 2015, S. 7–10), denn die Verantwortlichen wissen, dass nur gesunde Beschäftigte „mit ganzer Kraft für das „Gesunde“ Unternehmen“ wirken können (Baumanns, 2009, S. 25) und Mitarbeiter*innen durch ihre Erfahrungen, ihr Wissen und Know-how, als Schlüssel zum Erfolg anzusehen sind. (vgl. Daschmann, 1996, S. 210) Dies wiederum bedeutet, dass die Gesundheit der Beschäftigten mit dem Unternehmenserfolg zusammenhängt. (vgl. Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 371)

Dass die Mitarbeiter*innen nicht lediglich derivate Faktoren im Unternehmen sind, erkannte man bereits Mitte der 80er Jahre. Personal wurde nicht weiter als Kosten- sondern als Vermögensfaktor angesehen. Gesunde, leistungsfähige sowie motivierte Mitarbeiter*innen sind essenziell für ein Unternehmen. (vgl. Baumanns, 2009, S. 21, 22, 23, 25) Daher sind Unternehmer*innen gewillt die Gesundheit mittels eines betrieblichen Gesundheitsmanagements nachhaltig zu fördern und sich die nachgewiesene positive Wirkung zunutze zu machen. (vgl. Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 371) Doch werden offensichtlich vorhandene Potentiale nicht ausreichend genutzt. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 224) Für das Tun der Verantwortlichen fehlen verlässliche Fakten, Maßnahmen werden intuitiv oder gewohnheitsmäßig durchgeführt, ohne die spezifischen Gegebenheiten zu berücksichtigen und systematisch zu intervenieren. (vgl. Schlicht, 2018, S. VII)

Um Auffälligkeiten in dem Gesundheitszustand der Beschäftigten zu beobachten, werden häufig AU-Analysen von Krankenkassen genutzt. Diese sind preiswert und tragen zur Versachlichung der Krankheitsdiskussion im Betrieb bei. (vgl. Witzig-Goetz, 2015, S. 6, 8) Umfassend den Gesundheitszustand der Belegschaft abbilden und die Erfolge eines BGM aufzeigen, kann ein solcher Bericht allein aber nicht. Für eine differenzierte Analyse sind Werkzeuge notwendig, die Erfolge im betrieblichen Gesundheitsmanagement sichtbar machen und aufzeigen, dass Investitionen in die Gesundheit der Beschäftigten sich lohnen (vgl. Walter & Badura, 2018, S. 141) und dass sowohl zeitliche als auch finanzielle Ressourcen keine Verschwendung darstellen. (vgl. Bechmann, Jäckle, Lück & Herdegen, 2010, S. 18)

Als geeignete Werkzeuge dafür werden in der Literatur, unter anderen von Badura, Kennzahlen beschrieben. (vgl. Walter & Badura, 2018, S. 141) Deren Einsatz ist in vielen Unternehmensbereichen und auch zunehmend in dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement erwünscht. Die Bedeutung der Auswertung bekannter und extra erhobener Daten steigt an. (vgl. Gutmann, 2019, S. 57) Die Auswahl sowie die Erstellung von Kennzahlen ist dabei keinesfalls unkompliziert – insbesondere im BGM steht man vor Schwierigkeiten: denn häufig soll an „harten“, objektiven Zahlen der Erfolg abgebildet werden (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 211), da Unternehmen das Ziel haben die Krankheit bzw. die Gesundheit ihrer Mitarbeiter*innen zu beziffern (vgl. Badura, 2017, S. 136). Insbesondere im Themenfeld Gesundheit bietet es sich jedoch an, auch die „weichen“, subjektiven Werte in die Analyse der Wirksamkeit eines BGM einzubeziehen. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 211)

Die Herausforderung ist somit Folgende: Geeignete Kennzahlen müssen gefunden werden, die beispielsweise die psychische Verfassung, den körperlichen Gesundheitszustand, das Wohlbefinden oder das Selbstwertgefühl oder auch das Burnout-Risiko sowie Fehlzeiten, die Fluktuation und auch Arbeitsunfälle aufzeigen (vgl. Badura, 2017, S. 102), *mit angemessenem Aufwand erhebbar sind und dabei helfen, den Erfolg eines betrieblichen Gesundheitsmanagements abzubilden* bzw. „gesunde Arbeit als erwünschtes Ergebnis […] zu operationalisieren“ (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2018, S. 310)*, um dann mit Hilfe eines Berichtswesens, in dem aussagekräftige Kennzahlen zusammengetragen werden, gewünschte Nachweise abbilden und Empfehlungen geben zu können, wie das BGM effizient und nachhaltig gestaltet werden kann, um* somit alle Beteiligten – vorwiegend Interne aber auch Externe, beispielsweise Sozialversicherungsträger oder auch die Berufsgenossenschaften (vgl. Baumanns, 2009, S. 44) - *von*

der Notwendigkeit und positiven Wirkung durch Kommunikation des Berichtswesens zu überzeugen.

Dahingehend sollen die folgenden vier Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Welche Kennzahlen können anhand der Datenbasis der Kinder- und Jugendhilfe des ASB gebildet werden, um Erfolge im BGM messen zu können?
2. Sind die erarbeiteten Kennzahlen in der Lage die Erfolge eines betrieblichen Gesundheitsmanagements valide abzubilden?
3. Kann ein Berichtswesen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement einem Unternehmen einen Mehrwert verschaffen?
4. Wie kann ein Berichtswesen für das BGM effizient und nachhaltig gestaltet werden?

3. Aufbau der Arbeit

Zunächst gilt es, wichtige theoretische Grundlagen zu klären: Gesundheit und das Betriebliche Gesundheitsmanagement, ebenso wie Grundlagen zu Management und Controlling werden beschrieben. Auf die folgenden Aspekte wird einzeln eingegangen:

- Was sind Kennzahlen?
- Wie definiert man Unternehmenserfolg und welche wesentlichen Einflussgrößen gibt es?
- Wie kann Erfolg von BGM gemessen werden?
- Was ist ein Berichtswesen?
- Was gibt es bei der Erstellung eines solchen Berichtswesens für das BGM zu berücksichtigen?

Ausgewählte, in der Literatur vorhandene Empfehlungen und Tendenzen sowie Erfahrungen sollen kurz vorgestellt werden, um die Notwendigkeit und den Nutzen eines Berichtswesens für das BGM nochmals untermauern.

An dem Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes in Rostock, eine gemeinnützige Gesellschaft mit circa 380 Mitarbeiter*innen, die ihre Datenbasis zur Verfügung stellt und Einblicke in ihr BGM ermöglichte, werden individuell Kennzahlen und ein Berichtswesen erstellt.

Als wesentlicher Punkt folgt die kritische Reflexion des Vorgehens sowie der Ergebnisse sowie ein abschließendes Fazit.

4. Theoretische Grundlagen

4.1. Gesundheitsverständnis

4.1.1. Definition

Wer kennt nicht die 1948 von der WHO formulierte Definition von Gesundheit: „Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen." (World Health Organization, 1948, S. 1) Diese Definition ist weit verbreitet, doch ist sie nicht die allumfassende Antwort auf die Frage „Was ist Gesundheit?" und die, darüber herrscht in der Literatur Einigkeit, gibt es auch nicht. Circa 40 Jahre nach dieser Umschreibung lautet es in der Ottawa-Charta von 1986: „Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen". (Ulich & Wülser, 2018, S. 3; vgl. World Health Organization, 1986) Gesundheit ist kein objektiver Sachverhalt, sie ist subjektiv und das Empfinden für die eigene Gesundheit ist stets von äußeren Faktoren beeinflusst. Diese Ausführung deutet bereits darauf hin, dass Gesundheit keinesfalls einzeln aufzufassen ist, sie ist stets im Zusammenhang mit Krankheit zu betrachten, denn diese beiden Zustände bilden ein Kontinuum. (vgl. D. Kuhn et al., 2018, S. 10, 11) Ebenfalls zu beachten ist die zunehmende Diversität von Gesundheit mit steigendem Alter von Individuen. (vgl. D. Kuhn et al., 2018, S. 15) Zudem ist ein Paradigmenwechsel erfolgt: Wir sprechen heute von einer salutogenetischen Denkweise, das bedeutet, es wird nicht mehr danach gefragt, *was krank macht* (pathogenetische Sicht), sondern überwiegend nachgeforscht, *was gesund erhält*. (vgl. Emmermacher, 2008, S. 36, 37)

4.1.2. Gesundheit im Unternehmen

Durch die Multideterminiertheit von Gesundheit ist unbestreitbar, dass auch die Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit Einfluss nehmen. Dieser ist ambivalent, da Arbeit die Gesunderhaltung fördern kann aber die Gesundheit durch arbeitsbedingte Belastungen ebenfalls beeinträchtigt wird. (vgl. Schmidt, 2015, S. 21) Unternehmen sind an der Gesundheit ihrer Beschäftigten interessiert; dies zeigt auf, dass eine „volks- und betriebswirtschaftliche Dimension" von Gesundheit existiert: Gesundheit beeinflusst den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens. Bekannt ist, dass der langfristige Unternehmenserfolg von den Humanressourcen abhängt, die Pflege dieser wird somit zur Führungsaufgabe. (vgl. Schmidt, 2015, S. 11) Zusätzlich ist jedoch die Eigenverantwortung der Beschäftigten unbedingt notwendig um die Gesundheit dauerhaft erhalten zu können. (vgl. Kaminski, 2013, S. 31)

Der Zusammenhang von Gesundheit und Unternehmenserfolg kann wie folgt beschrieben werden: Die Gesundheit der Beschäftigten spiegelt sich in ihrer Leistungsfähigkeit wider. Ist diese exzellent, ist die Produktivität hoch und diese wiederum verschafft dem Unternehmen einen Erfolg. Ist der Anfang dieser Kausalkette beeinträchtigt, wirkt sich dies somit auf alle fortlaufenden Unternehmensprozesse aus und hat Kosten für das Unternehmen zur Folge. (vgl. Schmidt, 2015, S. 22) Es ist eindeutig: "[...]nur gesunde Mitarbeiter [sind] in einer menschengerecht gestalteten Arbeitswelt in der Lage [...], mit ganzer Kraft für das "gesunde" Unternehmen zu wirken." (Baumanns, 2009, S. 25)

Demnach kann ein Unternehmen nur gesund und nachhaltig bestehen, wenn auch die Mitarbeiter*innen (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 151), die immateriellen Vermögensgegenstände einer Unternehmung (vgl.Schmidt, 2015, S. 44), stabil und gesund sind.

Die Förderung der Gesundheit in Unternehmen soll durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung stattfinden. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 151) Dabei ist zu beachten, dass die bloße Anwesenheit am Arbeitsplatz nicht gleichzusetzen ist mit Gesundheit. (vgl. Neuner, 2016, S. 79) Es ist wichtig den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen verlässlich zu diagnostizieren und die Gesundheit systematisch und langfristig zu managen, was durch die Etablierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements erreicht werden kann. (vgl. Walter & Badura, 2018, S. 142) Dabei kommt eine weitere Schwierigkeit der Gesundheit zum Tragen: ihre immaterielle Eigenschaft. Denn sie ist materiell schwer greifbar, sodass passende Ausdrucksformen gefunden werden müssen, um Nutzern von Gesundheitsförderungsmaßnahmen den Wert der Gesundheit begreifen zu lassen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 171) Badura spricht von einer „Kultur der Achtsamkeit für Gesundheit“, die in einem Unternehmen dann existiert, wenn jegliche Hierarchieebenen Gesundheitsthemen aufmerksam nachgehen, eine Gesundheitskompetenz vorliegt, die gesundheitliche Situation im Mittelpunkt steht und regelmäßig überprüft wird, was durch ein BGM zusammengehalten wird und regelmäßig gewonnene Erkenntnisse kommuniziert werden können. (vgl. Badura, 2017, S. 55) Durch die positive Einflussnahme von gezielten Maßnahmen auf das Wohlbefinden und somit die Gesundheit der Beschäftigten (vgl. Badura, 2017, S. 71), wie beispielsweise Anerkennung oder Sinnstiftung aber auch Qualifikation (als salutogene Faktoren) (vgl. Kaminski, 2013, S. 31), kann die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitgeber von einem Imagevorteil profitieren und fördert die emotionale Bindung der Beschäftigten an das Unternehmen. (vgl. Badura, 2017, S. 71) Zahlen belegen zudem, dass eine enorme Notwendigkeit besteht die Gesundheit und auch die Sicherheit der Beschäftigten als Voraussetzung für die

Leistung und das Engagement aber auch für die Wertschöpfung im Unternehmen zu fördern (im Jahr 2005 durchschnittlich 12,2 Tage krankheitsbedingte Abwesenheit je Mitarbeiter*in). (vgl. Badura et al., 2009, S. 101)

4.2. Betriebliches Gesundheitsmanagement

4.2.1. Definition

Erstmals wurde sich zu Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung, als Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements, in der Luxemburger Erklärung im Jahr 1997 geäußert, die die BGF als alle „gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ definiert. (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, 1997, S. 2) Wenn wir von betrieblichem Gesundheitsmanagement, welches wir zum Human Capital Management dazuzählen (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173) sprechen, dann ist damit die „Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiter zum Ziel haben" (Badura & Steinke, 2009, S. 4) unter dem Einsatz von Managementprinzipien gemeint. (vgl. Schmidt, 2015, S. 29) Rationale Planung, ebenso wie Qualitätskontrolle und Integration in bereits bestehende Prozesse der Organisation, wozu beispielsweise die Personalplanung oder Kommunikation und selbstverständlich auch die Arbeitsplatzgestaltung zählen, sind Bestandteile des BGM. Experten sind gefragt, um Strategien und Konzepte zu entwickeln und das komplexe Gebilde zu steuern und zu koordinieren aber auch eine beratende Tätigkeit einzunehmen. (vgl. Neuner, 2016, S. 80)

BGM beruht auf den Prinzipien Prävention (Krankheitsvorbeugung/-verhütung) und Salutogenese („Gesundheitsentstehung“). (vgl. Neuner, 2016, S. 81) Die Einführung eines BGM bedeutet für ein Unternehmen, dass es Innovationsbereit sein muss und somit bereit für einen Wandel in der gesamten Kultur, in der Mitarbeiter*innen als „wichtigste Erfolgsfaktoren im Wettbewerb“ angesehen werden, deren Erfolgspotenziale ausgeschöpft werden sollen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173)

Das BGM wird in der Literatur häufig als Haus dargestellt, das ein Dach, ein Fundament und wichtige Stützen hat, die die Inhalte und Aktivitäten zusammenhalten:

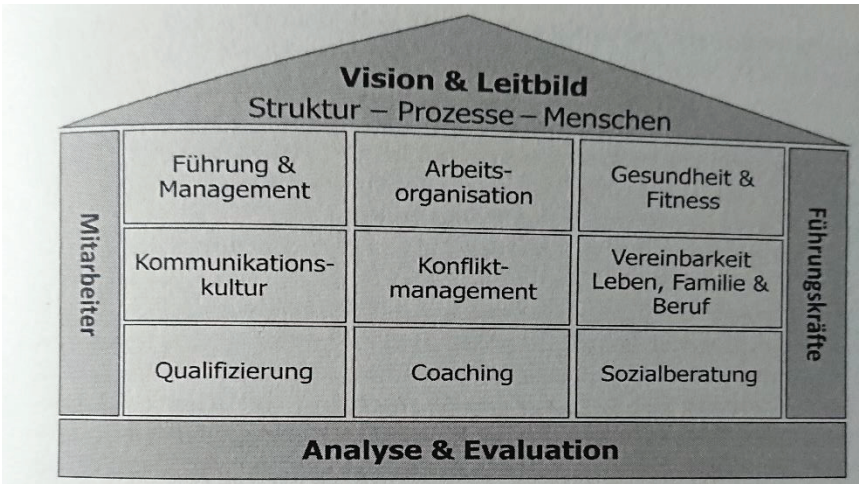


Abbildung 1: Haus des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Neuner, 2012, S. 109)

Die Ausführungen hinsichtlich der BGM-Definition sollen damit bereits abgeschlossen sein. Im Folgenden gilt es jedoch kurz weitere Charakteristiken des Gesamtkonstruktes BGM zu erläutern:

1. Welche Strukturen und Prozesse gibt es im BGM?
2. Welche Ziele werden im BGM verfolgt?
3. Welche Besonderheiten sowie Herausforderungen gibt es im BGM?
4. Wie kann ein BGM nachhaltig gestaltet werden?
5. Welchen Nutzen hat ein BGM für ein Unternehmen und wie wirksam ist es?

4.2.2. Strukturen und Prozesse

Eine Vorschrift, wie ein BGM zu etablieren ist. gibt es bisher nicht. Es existiert jedoch seit 2012 ein Zertifizierungsstandard: die DIN SPEC 91020, die durch die „Arbeitsgruppe Betriebliches Gesundheitsmanagement“ erstellt wurde und Anforderungen an ein BGM vorgibt. (vgl. Badura, 2017, S. 121) Als weitere Strukturgebende Norm wurde die DIN EN ISO 9001 entwickelt, die ebenfalls strukturelle Rahmenbedingungen eines BGM festlegt. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 271) Die Kosten für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann die Arbeitgeberin bzw. der Arbeitsgeber tragen. In einigen Fällen bestehen nach den §§ 20, 20a SGB V und den §§ 3 und 34 Einkommenssteuergesetz die Möglichkeiten finanzielle Unterstützung zu erhalten bzw. Steuerfreigrenzen auszunutzen. (vgl. Gutmann, 2019, S. 63, 64)

Das BGM besteht aus *drei Hauptsäulen, die teilweise Arbeitgeberpflichtleistungen sind, dazu zählen der Arbeitsschutz und das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) und teils freiwillig im Unternehmen angeboten werden können, dazu zählen Maßnahmen*

der betriebliche Gesundheitsförderung (BGF). Die BGF ist seit April 2007 in § 20a des fünften Sozialgesetzbuches als eine eigenständige Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherungen festgeschrieben, das bedeutet Krankenkassen können an BGF-Prozessen beteiligt werden. (vgl. Bonitz, Eberle & Lück, 2007, S. 7, 8) Seit 2013 ist die Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen eine Pflichtaufgabe (nach § 5 ArbSchG). (vgl. Bundesamt für Justiz; Walter & Badura, 2018, S. 141)

Um ein BGM nachhaltig und langfristig zu etablieren muss strukturiert vorgegangen werden. Zudem muss das BGM wie jeder andere Managementprozess angesehen werden und nachhaltig im Unternehmen verankert sein (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 214): Gesundheitsdaten und Fakten müssen bekannt sein, durchgeplante Projekte zu unternehmensindividuellen Schwerpunktthemen müssen entstehen ebenso wie soziale Netzwerke. (vgl. Badura, 2017, S. 103) Werden Maßnahmen im Unternehmen eingeführt ist irrelevant, wie viele Aktivitäten gestartet werden, wichtig ist nur wie gut die individuelle Eignung für das Unternehmen und die dort arbeitende Belegschaft ist. Maßnahmen sollten sich ergänzen und wirksam sein, ebenfalls leicht zugänglich, für verschiedene Interessengruppen sowie passend und zeitgemäß. (vgl. Gutmann, 2019, S. 63, 64) Es wird deutlich, dass nur der Vorsatz ein BGM im Unternehmen haben zu wollen nicht genügt um es beständig und funktional zu Errichten und zu steuern. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 451)

Das „Herzstück“ des BGM-Prozesses bildet eine fundierte **Analyse** der gesundheitlichen und motivationalen Gegebenheiten im Unternehmen, die die Mitarbeiter*innen als „Expert[inn]en ihrer Arbeit“ anhört und ist somit Grundlage einer gezielten Maßnahmenableitung, durch die gezielte Suche nach Ressourcen und Stressoren. (vgl. Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 341, 344–346, 348-350, 358) An die umfassende Analyse kann dann die **Maßnahmenplanung** anknüpfen. Es folgt die **Durchführung** der beschlossenen Maßnahmen bzw. Interventionen. (vgl. Badura, Litsch & Vetter, 2001, S. 147) Abschließend von enormer Bedeutung ist eine **Evaluation** im Zuge eines Gesundheitsmonitorings, welches das Managen, Steuern und Koordinieren der Maßnahmen vereint. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 259)

Stierle und Vera (2014) versuchen den BGM-Prozess mit Hilfe der folgenden Abbildung zu beschreiben:

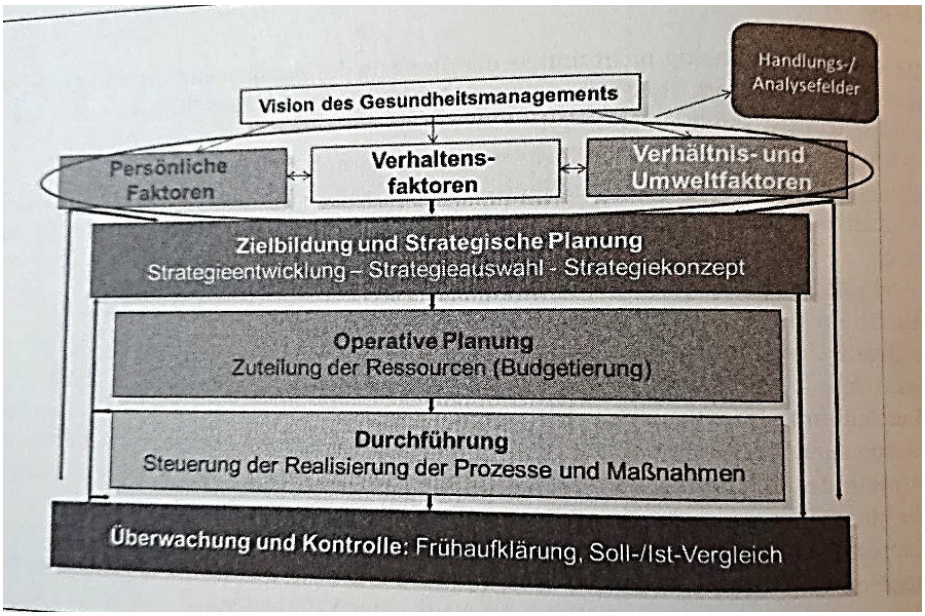


Abbildung 2: BGM Prozess (Stierle & Vera, 2014, S. 182)

4.2.3. Ziele

Gutmann bringt es auf den Punkt: "Oberstes Ziel des Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist gesunde Arbeit in gesunden Organisationen und in Folge davon der Erhalt und die Förderung von Arbeitsleistung und hoher Qualität." (Gutmann, 2019, S. 172) Kaminski beschreibt: „Oberstes Ziel eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements ist es, die bereits bekannte Win-win-Situation zu erreichen: gesunde Mitarbeiter und gleichzeitig eine Erhöhung der Profitabilität des Unternehmens.“ (Kaminski, 2013, S. 29)
Wesentliches Ziel ist die Erhaltung und die Förderung von Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter*innen im Unternehmen. (vgl. Neuner, 2016, S. 4) Gesundheit soll nicht länger ein alleinstehendes ungreifbares Sonderthema, sondern im Alltag des Unternehmens integriert sein. (vgl. Badura et al., 2001, S. 162, 163) Arbeitsbedingte Belastungen und Beanspruchungen sollen vermindert und Gesundheit und Leistungsfähigkeit nachhaltig gesteigert werden, unter Berücksichtigung von psychischen und physischen Belastungen. (vgl. Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 372) (Ziel des Unternehmens sollte es sein, das BGM als einen Managementansatz zu erkennen und stetig zu verbessern. (vgl. Wellmann, 2018, S. 8)) Die Gesundheit der Mitarbeiter*innen, ihre Leistungsfähigkeit und die Arbeit, die sie verrichten müssen besser aufeinander abgestimmt werden, sodass arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken voraussehbarer und kontrollierbarer werden. Ursache-Wirkungs-Beziehungen, die Aufgaben des BGM mit geeigneten Lösungsaktionen verbinden, sollen bewusst werden. Wichtig ist außerdem eine Klarheit in der Kommunikation zu erreichen und nachhaltig wirksam zu handeln. (vgl. Stierle & Vera, 2014,

S. 152) Eine emotionale Bindung der Mitarbeiter*innen an ihr Unternehmen soll geschaffen werden, gesundheitsförderliche Organisationsbedingungen entstehen (eine auf die Belegschaft ausgerichtete Unternehmenskultur und ein angenehmes Beziehungsklima), die Arbeitsaufgabe der Beschäftigten von Sinnhaftigkeit geprägt sein, die psychische Gesundheit stets im Fokus liegen, ebenso wie die Anwesenden (vorrangig vor den Abwesenden zu nennen, die natürlich auch Berücksichtigung finden). Zudem müssen Diagnosen erfolgen, die die Notwendigkeit von Maßnahmen klären. Eine vertrauensvolle Zusammenarbeit soll stets gewährleistet sein. (vgl. Badura, 2017, S. 92)

Eine abschließende Überprüfung des Erreichens der Ziele im BGM kann und sollte mit einer systematischen Evaluation erfolgen. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 205, 206)

4.2.4. Besonderheiten und Herausforderungen

Im BGM ist es wie auch in anderen Geschäftsfeldern: Die Etablierung erfordert Ressourcen (Zeit und Diskussion, ebenso wie Workshops und Reflexion). Es fallen Kosten an, direkte Wirkungen bleiben jedoch zunächst aus, denn sie treten meist zeitversetzt auf. Ebenfalls besonders ist die Schwierigkeit der Einschätzung der Voraussetzungen im Unternehmen, beispielsweise des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter*innen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 171, 172) Eine eindeutige Definition gibt es nicht, was eine Operationalisierung erschwert. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 451) Gesundheit, als immaterieller Wert kann nicht direkt gemessen werden, ist ein Resultat subjektiven Empfindens und die Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit: daraus resultiert die Besonderheit, dass der Nutzen von Maßnahmen im BGM kaum monetär bezifferbar ist, sondern sich eher in Loyalität, Motivation, Risikominimierung oder Wohlbefinden ausdrückt. Ein quantitativer Zusammenhang von Unternehmenswert und Gesundheit ist nicht eindeutig bestimmbar und auch das Schätzen ist schwierig sodass eine investitionsrechnerische Beurteilung nicht stattfinden kann und auch Risiken nicht abschätzbar sind. In Krisenzeiten sind BGM-Einsparungen häufig die erste Maßnahme, sodass eine Investitionskontinuität im BGM fehlt. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 171, 172) Zudem ist es essentiell, nicht nur nach monetären Fakten (Personalkosten, Materialkosten) Entscheidungen zu treffen, sondern auch nicht-monetäre Werte (Arbeitssicherheit, Mitarbeiter*innenmotivation) einfließen zu lassen. Die Beschaffung letzterer stellt dabei eine besondere Herausforderung dar und ist häufig zeit- und/oder kostenintensiv. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 229–231) Die mehrdimensionale Struktur des BGM macht eine eindeutige Effektzuordnung unmöglich. (vgl. Baumanns, 2009, S. 6) Die Wirksamkeit von Maßnahmen kann nicht problemlos abgelesen werden, eine Qualitätsüberprüfung ist notwendig. (vgl. Uhle &

Treier, 2019, S. 263) Wie in jedem Themenfeld gibt es auch im BGM kritische Stimmen die Unternehmen vorwerfen BGM nur aus Sozialhygiene einzuführen (was in einzelnen Fällen sicherlich möglich ist). (vgl. Baumanns, 2009, V)

Die Herausforderung ist es meist, gute Argumente zu finden, um BGM in einem Unternehmen einzuführen. Diese überzeugenden Argumente sind unbedingt durch Evaluationen, als „Voraussetzung für ein systematisches bzw. zielorientiertes Vorgehen im BGM“, zu gewinnen. (vgl. Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 371, 373) Die Schwierigkeit hierbei ist wiederum praktikable und wissenschaftlich tragbare Konzepte zu finden um möglichst nicht nur die einzelnen Programme und Maßnahmen, sondern auch das gesamte BGM-System zu bewerten. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 222)

4.2.5. Nachhaltigkeit im BGM

Ist die Etablierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements erfolgt muss eine Stetigkeit des Systems und eine Integration in das Gesamtgeschehen des Unternehmens erreicht werden. Die Nachhaltigkeit hängt dabei maßgeblich von der Unterstützung der Führung ab und auch die Unternehmenskultur muss BGM-präventiv gestaltet sein. (vgl. Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2017, S. 59; vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 183) Ohne eine klare Strategie, das Engagement des Managements und konkret formulierte und überprüfbare Ziele ist ein BGM nicht nachhaltig. (vgl. Wellmann, 2018, S. 8) Auf lange Sicht sind Angebote des BGM nur erfolgreich, wenn sie unternehmensindividuell sind. Wichtig ist zudem, dass neben dem vorhandenen Willen für ein BGM, die Führung Verantwortung übernimmt und mit der Arbeitnehmer*innen-Vertretung zusammenarbeitet, mit Informationen sorgsam umgegangen wird und die Umsetzung professionell begleitet wird. Ebenso sollen die Mitarbeiter*innen aktiv mitwirken können und die Dokumentation sollte einwandfrei angefertigt werden. Empfehlenswert ist die Entwicklung von Kennzahlen - die auch zur Durchführung von Soll-Ist-Vergleichen genutzt werden sollten - und die fachgerechte Schulung des Personals. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 185) „Ein nachhaltiges und effektives ganzheitliches BGM gestaltet sich in einem fortlaufenden Prozess und folgt dem Gedanken der lernenden Organisation als einem System, das sich in ständiger Bewegung befindet. Ergebnisse werden hier als Anregung für innovative Weiterentwicklung aufgefasst.“ (Struhs-Wehr, 2017, S. 216)

4.2.6. Nutzen und Wirksamkeit

Ist die Strategie des BGM eindeutig formuliert, kann es positiv zum Unternehmenswert beitragen. (vgl. Schmidt, 2015, S. 13) Wissenschaftlich belegt ist, dass BGM einem

Unternehmen ökonomische Vorteile liefert (vgl. Hahnzog, 2014, S. 107) und BGF einen positiven Einfluss auf ein Unternehmen hat: so kann die Einführung eines BGM eine Reduktion von Fehlzeiten und somit eine Kosteneinsparung bewirken, was bedeutet, dass BGM positiv zum Unternehmenserfolg beiträgt. (vgl. Hahnzog, 2014, S. 108) Auch eine Reduktion der Fluktuation (vgl. Esslinger, Emmert & Schöffski, 2010, S. 62) sowie der Arbeitsunfallzahlen sowie eine Steigerung der Produktivität können durch BGM erfolgen. (vgl. Kaminski, 2013, S. 29) Die Produkt- und Dienstleistungsqualität wird verbessert, die Kundenzufriedenheit steigt und auch die Kundenbindung wird stärker. Innerbetriebliche Kooperationen funktionieren problemloser, das Image des Unternehmens verbessert sich, ebenso die Arbeitgeberattraktivität. Flexibilität und Innovationskraft steigen an, was die Wettbewerbsfähigkeit unterstützt. (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 62) Ein Return on Investment lässt sich für das BGM berechnen, der in unterschiedlichen Quellen verschieden, jedoch überwiegend positiv ist. Der wirtschaftliche Erfolg einer Unternehmung ist somit aktiv durch das BGM beeinflussbar. (vgl. Hahnzog, 2014, S. 108) BGF-Prozesse können neben benannten „harten"- insbesondere „weiche", soziale Faktoren, wie die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen, verbessern. Das Management sieht das Potenzial in einer Produktivitäts- und Qualitätssteigerung, wodurch es zu Kosteneinsparungen und Erlössteigerungen kommt und die wirtschaftliche Lage verbessert wird. (vgl. Bonitz et al., 2007, S. 7, 8) Die Lebensqualität und auch die der Arbeit können durch das BGM dauerhaft verbessert werden sodass durch weniger Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden das Wohlbefinden und die Arbeitsfreude gesteigert werden können und sich das Betriebsklima und das Verhalten positiv verändert. (vgl. Witzig-Goetz, 2015, S. 1) Die Wirksamkeit von Interventionen kann durch „valide Erfassung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten" und Analyse der Arbeits- und Organisationsbedingungen, die diesen beeinflussen, gewährleistet werden. (Badura et al., 2001, S. 146, 147)

4.3. Controlling

Der Begriff und das Verständnis dafür haben ihren Ursprung im angelsächsischen Raum. Eine direkte Übersetzung des englischen Verbs „to control" ist nicht zielführend, da man unter Controlling im betriebswirtschaftlichen Kontext nicht nur Kontrolle versteht, sondern ebenso das zielgerichtete Steuern, die Messbarmachung von Zielen sowie die Evaluation von Maßnahmen. (vgl. Biewig et al., 2016, S. 8) Oberstes Ziel ist die Abbildung der Erfolgspotenziale eines Unternehmens (und zwar so umfassend wie möglich). Dafür sollen Informationen gewonnen werden. Solch ein strategisch

ausgerichtetes Management kann Probleme erkennen helfen und rechtzeitig gegensteuern, zudem wird das Geschehen im Unternehmen nachvollziehbar. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 456) Im Controlling ist die Nutzung von Instrumenten von enormer Bedeutung, um komplexe Sachverhalte zu erläutern und abzubilden. Solche Instrumente sind beispielsweise Kennzahlen, die einen internen Vergleich und auch einen Branchenvergleiche ermöglichen (weitere Ausführungen folgen). (vgl. Hoffmann, 2013, S. 2, 3) Controlling dient als Unterstützungssystem der Führung, daher kann auf eine Verknüpfung mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement nicht verzichtet werden. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 6, 7) Die handelnde Person wird als „Controller*in“ bezeichnet. Diese*r soll als Ermittler*in und Informant*in tätig werden und mit Hilfe eines systematischen zeitlich verlässlichen Daten-Informationstools alle für die Planung und Entscheidung wichtigen Daten präsentieren. Dieses beschriebene Tool muss außerdem dauerhaft auf Wirtschaftlichkeit geprüft werden, sodass Schwachstellen identifiziert, Handlungsbedarfe erkannt und Verbesserungen initiiert werden. Erst dadurch wird eine Berichterstattung sowie Informationsweitergabe sinnstiftend planbar. Ein solches Informationssystem soll dabei nicht nur Nutzenorientiert, sondern auch möglichst Nutzerorientiert ausgerichtet sein. (vgl. Schulte, 1989, S. 2)

4.4. Gesundheitscontrolling

Ein Gesundheitscontrolling, oder auch BGM-Controlling, ist die strategische Ausrichtung von Maßnahmen im BGM, die im Unternehmen als Gesamtkontext verankert sind. Es soll unterstützen, den langfristigen Erfolg der BGM-Aktivitäten zu bestimmen und zu erkennen (vgl. Lüerßen et al., 2015, S. 13–18), sortieren, aufbereiten und priorisieren sowie das BGM interne Handeln rationalisieren und legitimieren. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 258) Man spricht davon, Gesundheit zu „managen“. Wie bereits im vorangehenden Gliederungspunkt erläutert wurde, sind dafür Instrumente nötig: Kennzahlen (vgl. Neuner, 2016, S. 86) bzw. Indikatoren (vgl. Biewig et al., 2016, S. 9) , die Kriterien festlegen um Prozesse zu planen und zu steuern (vgl. Neuner, 2016, S. 86) aber eben auch um internen sowie externen Ansprüchen zu genügen. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 279) Neben der Erfolgsermittlung als Ziel, ist die Abstimmung der Aufgaben des BGM aufeinander notwendig, um die Ziele des BGM zu erreichen. Gesundheitsdaten sollen systematisch erfasst und fortlaufend analysiert werden. (vgl. Biewig et al., 2016, S. 9) Bestandteil ist ein Gesundheitsmonitoring (=Berichtswesen), welches im Themenfeld Gesundheit als Entscheidungsunterstützung dienen soll. Gesundheitsrisikoanalysen können wesentliche Entscheidungshilfen liefern, ebenso wie die Analysen von

Fehlzeiten oder Qualifikationsstruktur sowie Altersverteilung im Unternehmen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 6, 7) Im Zuge des Gesundheitscontollings können darauf aufbauend Frühwarnsysteme entwickelt werden, um zu scheitern drohende Maßnahmen so früh wie möglich erkennen zu können. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 283) Hinzu kommt als final gebotene Aufgabe, „ein Kennzahlensystem zu entwickeln, das unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Besonderheiten einer Organisation die Informationsbedürfnisse der Unternehmensleitung möglichst exakt befriedigt." (Stierle, Vera, 2014 S.7) Dies ermöglicht es, das BGM in die vorhandenen Systeme des Unternehmens einzubeziehen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, 6, 7) Unternehmen sind interessiert daran den Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter*innen monetär beziffern zu können, was das Thema Gesundheit voranbringt und zu einem zentralen Unternehmenswert werden lässt. Die Etablierung eines Gesundheitscontrollings, könnte Gesundheitsinvestitionen voranbringen, da der Nutzen betriebswirtschaftlich abbildbar wird. Der Managementaspekt des BGM wäre somit viel stärker ausgeprägt. (vgl. Badura, 2017, S. 136) Herr Prof. Zimolong, BGF-Forscher, fasst bereits im Jahr 2009 zusammen was wir im BGM heute brauchen: „[…] [G]elebte Gesundheitsförderung braucht wirksame und lebendige Managementstrukturen. Agiles BGM benötigt nicht nur die Anwaltschaft durch Rechtssysteme […], sondern auch ein unterstützendes und steuerndes Managementsystem". (Uhle & Treier, 2019, S. 271)

Emmermacher stellt ein ganzheitliches Modell vor, wie ein professionelles Gesundheitscontrolling gestaltet werden kann: Es besteht aus drei Säulen, integriert Elemente der Qualitätssicherung, Strategieentwicklung und Wirtschaftlichkeitsmessung und beinhaltet die Erstellung einer einfach händelbaren Leitlinie für ein zielorientiertes und nachhaltiges Handeln im betrieblichen Gesundheitsmanagement als Hauptaufgaben. (vgl. Emmermacher, 2008, S. 54)

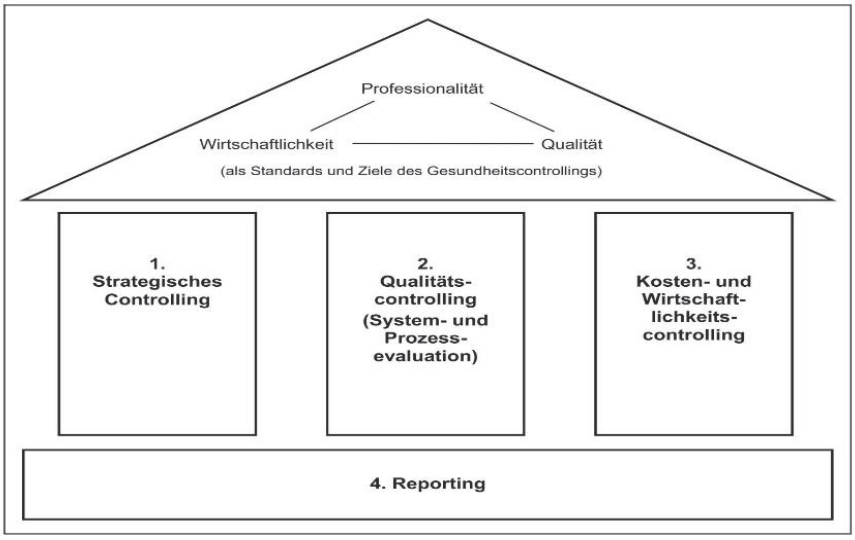


Abbildung 3: 3-Säulen-Modell eines professionellen Gesundheitscontrollings im BGM (Emmermacher, 2008, 47, 48)

An dieser Stelle sei erwähnt, dass nicht die gesamte Erstellung eines professionellen Gesundheitscontrollings Ziel dieser Ausarbeitung sind, sondern lediglich das Fundament des „Hauses“ von Emmermacher, das „Reporting“ synonym zu verwenden mit der Bezeichung „Berichtswesen“ (nachfolgend differenzierte Ausführungen dazu), für das BGM erstellt werden soll.

4.5. Kennzahlen

4.5.1. Allgemein

Kennzahlen, als Controllinginstrumente (vgl. Baumanns, 2009, S. 84–87) sowie Managementgrundlage (vgl. Kleindienst, 2017, S. 40), können den Ist-Zustand eines Unternehmens abbilden (vgl. Badura et al., 2001, S. 165, 166). Durch ihre Funktion als Prüfmittel kann das Einschätzen von Maßnahmen verschiedener Art hinsichtlich Kosten-Nutzen-Verhältnis und Wirksamkeit erfolgen. Als wertvolle Steuerungsgrößen im Unternehmen unterstützen sie die Maßnahmenplanung und -Realisierung. (vgl. Badura et al., 2001, S. 165, 166) Durch die Arbeit mit Kennzahlen, die stark an Bedeutung gewinnt, sind wichtige Informationen schneller verfügbar (vgl. Kleindienst, 2017, S. 3), komplexe Sachverhalte objektivierbar und darstellbar. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 450)

Eine einheitliche Kennzahlen-Definition gibt es zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Einige Definitionen sollen an dieser Stelle tabellarisch abgebildet werden:

Hopfenbeck 2002	„Kennzahlen sind für interne und externe Zwecke einsetzbare Messgrößen, die in konzentrierter, stark verdichteter Form auf eine relativ einfache Weise, schnell, als Ausdruck eines erfassbaren und quantifizierbaren Vorgangs über einen betrieblichen Tatbestand informieren." (Stangl & Ahrens, 2010, S. 451)
Reichmann 2006	*„Kennzahlen werden als jene Zahlen betrachtet, die quantitativ erfassbare Sachverhalte in konzentrierter Form erfassen.“ (Kleindienst, 2017, S. 41)*
Schäfer 2008	„Kennz*ahlen sind quantitative Daten, die als bewusste Verdichtung der komplexen Realität über zahlenmäßig erfassbare betriebswissenschaftliche Sachverhalte informieren sollen.“ (Kleindienst, 2017, S. 41)*
Gladen 2014	*„Kennzahlen im engeren Sinne sind Maßgrößen, die willentlich stark verdichtet werden zu absoluten oder relativen Zahlen, um mit ihnen in einer konzentrierten Form über einen zahlenmäßig erfassbaren Sachverhalt berichten zu können.“ (Kleindienst, 2017, S. 41)*
Struhs-Wehr 2017	**„Kennzahlen** – sind Daten, die relevante inhaltsbezogene Informationen in verdichteter Form als Zahl ausdrücken. Das heißt, **komplexe Sachverhalte werden in einer Zahl zusammengefasst.“** (Struhs-Wehr, 2017, S. 210)
Uhle, Treier 2019	„Kennzahlen ermöglichen, komplexe Sachverhalte bzw. deren Zustand numerisch abzubilden. Die Zahlenausdrücke sind hoch verdichtet und bilden eine vereinfachte Realität ab (Modell).“ (Uhle & Treier, 2019, S. 330)

Auch wenn dies nicht alle in der Literatur vorhandenen Kennzahlendefinitionen sind, zeigt sich doch, dass eine gewisse Verständnis-Übereinstimmung hinsichtlich der Vorstellung von „Kennzahlen“ existiert. Häufig wird in der Literatur auch von „Indikatoren“ oder „Anzeigern“ gesprochen, die Tatbestände abdecken, die „nicht direkt messbar“ sind. Indikatoren sind in ihrer Beschaffenheit gleichzusetzen mit den in der Literatur verwendeten „weichen“ Kennzahlen (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173, 174), was zur Folge hat, dass viele Autoren die beiden Begrifflichkeiten als Synonyme verwenden (vgl. Kleindienst, 2017, S. 41, 42) (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173, 174), was auch in dieser Ausarbeitung so gehandhabt wird. In verschiedenen Veröffentlichungen finden sich zudem die Begriffe „ Metriken, Kennziffern, Kontrollzahlen, Messzahlen, Messgrößen,

Leistungsgrößen, Schlüsselgrößen oder Steuerungsgrößen.“ Im angelsächsischen Bereich nutzen Autoren „measures, performance measures, performance indicators und key performance indicators“ (Kleindienst, 2017, S. 41)

Die folgenden drei Merkmale machen Kennzahlen aus:

1. Informationscharakter: Das bedeutet, dass mittels Kennzahlen wichtige Sachverhalte beurteilt werden und Zusammenhänge erschlossen werden können. (vgl. Badura, Greiner, Rixgens, Ueberle & Behr, 2013, S. 75)
2. Quantifizierbarkeit: Diese Eigenschaft gibt das Potenzial von Kennzahlen an „Sachverhalte und Zusammenhänge auf einem metrischen Skalenniveau [zu] messen“ (Badura et al., 2013, S. 75), wodurch Aussagen präzisiert werden können.
3. Spezifische Form: Dieser Terminus beschreibt die Fähigkeit komplexe Sachverhalte oder Prozesse in einfacher unkomplizierter Weise abzubilden und so schnell einen umfangreichen Blick zu erhalten. (vgl. Badura et al., 2013, S. 75)

In der Literatur werden verschiedene Arten von Kennzahlen unterschieden: nach Zahlenart (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 211) grenzt man absolute Zahlen von Verhältniszahlen ab. Zu Ersteren zählen Messwerte (Bestandzahlen), Summen (Lohnsummen, Bilanzsummen), Differenzen und Mittelwerte (Durchschnittszahlen), beschreibbar als Informationen, deren Grundlagen Werte oder Mengen darstellen. Zu Zweiteren zählen alle Werte, die einen betriebswirtschaftlichen Zusammenhang zweier Größen widerspiegeln. Diese wiederum werden unterteilt in Gliederungs-, Beziehungs- und Indexzahlen. (vgl. Bussiek, Fraling & Hesse, 1993, S. 33, 34) Außerdem unterschieden wird die Art der Erhebung in befragungsorientierte- und nicht-befragungsorientierte Kennzahlen. Eine weitere Clusterung kann nach Beschaffenheit stattfinden: So gibt es „harte“ bzw. auf direktem Weg zugängliche Kennzahlen, und „weiche“ bzw. nicht direkt zugängliche Kennzahlen, die mittels Befragung erhoben werden. Zudem können Kennzahlen auch nach ihrer zeitlichen Gültigkeit unterschieden werden. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 211) Als letzte soll die Differenzierung nach Uhle und Treier genannt werden: Sie unterteilen Kennzahlen in Früh- (direkt beeinflussbar) und Spätindikatoren (geben streng genommen zu spät Auskunft um noch rechtzeitig intervenieren zu können). (Uhle & Treier, 2019, S. 310)

Als geeignete Datenquellen zur Kennzahlenbildung stehen im Unternehmen beispielsweise vorhandene routinemäßig erhobene Zahlen zur Verfügung, die nur noch

kategorisiert und bearbeitet werden müssen, um Sachverhalte abbilden zu können. Weitere benötigte Daten können zusätzlich erhoben werden (vgl. Neuner, 2016, S. 42, 43)

Kennzahlen sind Unterstützer in Entscheidungsfragen, helfen bei der Kontrolle und erleichtern die Dokumentation, sie haben eine Prognose-, Vorgabe- sowie Koordinierungsfunktion und weisen durch die Vorgabe von Zielen, die es zu erreichen gilt, motivierende Eigenschaften auf. (vgl. Baumanns, 2009, S. 84–87) Eine Erfolgsmessung in standardisierter Form wird erreicht. (vgl. Badura et al., 2009, S. 60)

Bei der Nutzung bzw. dem Einsatz von Kennzahlen im Unternehmen ist einiges zu beachten. Die Anzahl der Kennzahlen sollte nicht zu hoch werden, dies birgt die Gefahr, dass ein Zahlenfriedhof entsteht. (vgl. Neuner, 2016, 42, 43) Erst wenn Kennzahlen in Verbindung mit dem Ziel des Unternehmens oder einer Unternehmenseinheit gesehen werden oder mit anderen Einheiten verglichen werden, gewinnen sie an Aussagekraft. (vgl. Bussiek et al., 1993, S. 31) Um Kennzahlen bestmöglich und aussagekräftig zu nutzen, ist eine Herstellung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen mittels eines Kennzahlensystems ratsam. (vgl. Baumanns, 2009, S. 84–87) Auch ratsam ist die Beobachtung der zeitlichen Entwicklungen und die Suche nach Vergleichsgruppen, um eine Benchmark zu haben. (vgl. Schmid-Gundram, 2014, S. 89) Vergleiche sind dabei nicht nur über die Betriebsgrenzen hinaus (dies setzt eine völlige Vergleichbarkeit der Betriebe, von Begriffen und Kennzahlenerhebung voraus) durchführbar, sondern können unkompliziert innerbetrieblich erfolgen. (vgl. Schulte, 1989, S. 4)

Kritisch benannt werden kann, dass Kennzahlen häufig rückwärtsgewandt sind und keine rechtzeitige Reaktion erfolgen kann (=Spätindikatoren). (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 211) Zwar wird durch die Verdichtung von Fakten eine enorme Fokussierung erreicht, jedoch können durch diese Komplexitätsreduktion wesentliche Informationen verloren gehen. (vgl. Badura et al., 2013, 74, 75) Wichtig ist daher, dass Kennzahlen nicht „unzugänglich, ziellos, träge, vergleichslos, übervereinfacht, kontextlos, unvollständig, benutzerunfreundlich, manipulationsgeneigt und veraltet“ sind. (Uhle & Treier, 2019, S. 300)

4.5.2. Kennzahlen im BGM

Wie auch in anderen Managementsystemen eines Unternehmens sind Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement die Grundlage einer Bestandsaufnahme (vgl. Neuner, 2012, S. 108) des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter*innen. (vgl. Badura, 2017, S. 100) Sie helfen Prioritäten zu setzen und die Planung rational anzugehen (vgl.

Neuner, 2012, S. 108), um bei Entscheidungen zu unterstützen, die Richtung vorzugeben und so passende Maßnahmen zu finden. (vgl. Kaminski, 2013, S. 131) Ein Vorteil der Erstellung und Kommunikation von Kennzahlen im BGM ist die Entwicklung einer vertrauensvollen und kooperativen Unternehmenskultur. (vgl. Badura, 2017, S. 207) Die häufige bereits erwähnte Vergangenheitsausrichtung von Kennzahlen ist jedoch ein Problem. Insbesondere für die BGF sind in die Zukunft gerichtete und interventionsbezogene Kennzahlen notwendig, die Ursache-Wirkungszusammenhänge darstellen, Interessen erfassen und Handlungsempfehlungen zulassen. Im BGM ist eine Kombination von harten und weichen Kennzahlen ratsam. Der ökonomische Erfolg wird so erfasst, ebenso aber auch die mittels Befragungen erhobenen Mitarbeitermeinungen. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 211)

Kennzahlen werden auch im BGM eingesetzt um Abläufe im Unternehmen, ebenso wie Sachverhalte, quantitativ zu erfassen. Eine Vielzahl an Informationen ist dabei zu Kennzahlen verarbeitbar. (vgl. Neuner, 2012, 113, 114) In der Literatur werden einige Gütekriterien beschrieben, die bei der Erstellung zu berücksichtigen sind: Demnach muss die „Vielgestaltigkeit“ von Gesundheit darstellbar sein. Eine wissenschaftliche Fundierung sollte vorliegen ebenso müssen sie als Grundlage für Entscheidungsprozesse einsetzbar sein. Sie sind stets zielorientiert zu gestalten und sollten eine hohe Sensitivität aufweisen. Aktualität und Zukunftsausgerichtetheit sind für die Verwendung im BGM wichtig, ebenso die Standardisierung durch unmissverständliche Beschreibung. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 210, 211)

Beispiele für Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement sind: die Ermittlung der Fort- und Weiterbildungsquote, Fluktuationsquote, Anzahl Qualifizierungstage Arbeits- und Gesundheitsschutz, Anzahl Arbeitsplatzbegehungen und Gefährdungsbeurteilungen, Budget für betriebliche Gesundheit. (vgl. Gutmann, 2019, S. 63, 64) Unkompliziert zu erheben sind ebenfalls Krankenstände, Produktivität (in der Industrie), Arbeitsunfallzahlen, das Alter der Belegschaft und die Anzahl Überstunden in einem gewissen Zeitraum. (vgl. Neuner, 2012, S. 113, 114) Etwas komplexer sind die folgenden Möglichkeiten: Durch die Gewichtung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung kann ein Gesundheitsindex als Kennzahl entstehen, zur Messung der Akzeptanz der Angebote kann die Kennzahl „Nutzung der BGF-Angebote“ entstehen, Vorschläge zur BGF können als Kennzahl ebenfalls festgehalten werden, ebenso deren Umsetzung. Viele Kennzahlen sind im BGM durch Befragung der Mitarbeiter*innen erstellbar. Sie lassen eine langfristige Erfolgsmessung zu, zeigen bei wiederholter Durchführung Veränderungen in Qualität und Gesundheitsempfinden auf und helfen die Wirksamkeit der

Aktivitäten zu kontrollieren. Somit sind standardisierte Befragungen als Instrument besonders im BGM sehr wertvoll und lassen ein umfangreiches Bild über die Gesundheit und Belastungen im Unternehmen zu. Die Arbeitsbedingungen, Einfluss auf den Gesundheitszustand, die Mitarbeiter*innenzufriedenheit und -Motivation können so ebenfalls in validen Kennzahlen ausgedrückt werden. (vgl. Gutmann, 2019, S. 63, 64) Kennzahlensysteme sind definierbar als „eine Zusammenstellung von harten und weichen Kriterien, die in einer sachlich sinnvollen Beziehung zueinanderstehen, einander ergänzen oder erklären und insgesamt auf ein übergeordnetes Ziel ausgerichtet sind. Dabei sind die Kennzahlen über Ursache-Wirkungsbeziehungen untereinander und auch mit monetären Unternehmenszielen verbunden." (Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 379)

Der Einsatz von Kennzahlen im betrieblichen Gesundheitsmanagement ist als notwendig zu beschreiben, um einer systematische Umsetzungsstrategie nachzugehen und deren Legitimation zu erreichen – Erfolge aufzuzeigen. Die strategische Ausrichtung im BGM, und damit die häufig außer Acht gelassene Einbeziehung in das Controlling (vgl. Biewig et al., 2016, S. 1), sollte oberste Maxime sein. Dies macht die Kennzahlennutzung unumgänglich. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 279)

4.6. Erfolg

4.6.1. Allgemein

Für das weitere Vorgehen ist es wichtig zu klären was unter Erfolg zu verstehen ist. Eine einheitliche Erfolgsdefinition gibt es nicht, jedoch eine Vielzahl von Beschreibungen und Erklärungsversuchen. (vgl. Degener, 2004, S. 14, 15) Seibert sagte 1987, Erfolg sei das „positive Ergebnis zweckvollen Handelns." (in Degener, 2004, S. 10) Für ein solches Handeln braucht es bestimmte Bedingungen, dazu zählen definierte Ziele, eine nachhaltige Strategieentwicklung, die Zielplanung, und die Initiierung eines Veränderungsprozesses sowie letztendlich die Überprüfung der Zielerreichung. Erfolg kann somit auch als „Grad des Erreichens von Zielen" definiert werden. (vgl. Degener, 2004, 13, 14) Nach dem heutigen Managementverständnis ist Erfolg stets zu quantifizieren. (vgl. Badura, 2017, S. 100) Erfolg errechnet sich aus der Differenz zwischen Leistungen und Kosten. Zur Messung von Erfolgen sind beispielsweise Gewinne einsetzbar. (vgl. Badura, 2008, S. 203, 204) Kennzahlen können für die Erfolgsermittlung erstellt werden, die bestmöglich Daten aus Routineprozessen nutzen und dabei externe Faktoren bei der Auswertung mit einbeziehen. (vgl. Badura et al., 2013, S. 141)

4.6.2. Unternehmenserfolg und Erfolgsfaktoren eines Unternehmens

Unternehmenserfolg drück den Grad der Erreichung von Unternehmenszielen aus. Zu beachten ist dabei, dass der Unternehmenserfolg stets eine durch den jeweiligen Betrachter geprägte Größe ist. Umso wichtiger für die Erfolgsbenennung ist die Formulierung von Erfolgszielen. Unternehmenserfolg ist somit abhängig von den individuellen Ansprüchen der verschiedenen Interessengruppen und dem Grad der Erfüllung ihrer Erwartungen. Unternehmenserfolg ist zudem zeitabhängig, das heißt verändern sich externe oder bzw. und interne Bedingungen kann sich dies auf den Erfolg positiv oder negativ auswirken. Erfolg ist letztlich für ein Unternehmen in der langfristigen Betrachtung die Notwendigkeit für das „Überleben“. (vgl. Degener, 2004, S. 13, 14)

Unternehmenserfolg wird von einer enormen Anzahl von Erfolgsfaktoren beeinflusst (vgl. Daschmann, 1996, S. 124). Als Erfolgsfaktoren werden alle Ressourcen angesehen, deren Anwendung zu einer Steigerung des Unternehmenserfolg führt. (vgl. Degener, 2004, S. 15, 16) Eine Unterscheidung in endogene kontrollierbare und exogene nicht-kontrollierbare oder Handlungsfaktoren und Einflussfaktoren ist möglich. (vgl. Degener, 2004, S. 17) In einer Studie aus dem Jahre 1995 ermittelte Pleitner wichtige Erfolgsfaktoren eines Unternehmens. Dazu zählen Unternehmern zufolge, die Strategie und die Kultur des Unternehmens sowie die Führungskompetenz. Als langfristige Erfolgsfaktoren identifizierte er: strategisch orientiertes Denken, die Eigenverantwortung der Beschäftigten fördern, ein kooperatives Führungsverhalten und die *stetige Steigerung des Leistungspotenzials der Mitarbeiter*innen*. (vgl. Degener, 2004, S. 31, 32)

In Unternehmen wird *für den betrieblichen Erfolg vorausgesetzt, dass die Mitarbeiter*innen gesund und motiviert* sind. (vgl. Bechmann et al., 2010, S. 7) Ein wichtiger Erfolgsfaktor eines Unternehmens sind demzufolge die dort tätigen *Beschäftigten*. Selbstverständlich gibt es eine Vielzahl an Faktoren, die den Erfolg beeinflussen können: dazu zählen McKinsey zu Folge außerdem beispielsweise die Nähe zu den Kunden, Freiraum für unternehmerisches Denken oder auch „Probieren über Studieren“, flache Hierarchien und einfache Kommunikation. Jedoch sehen auch sie ganz klar die *Produktivität der Beschäftigten* als Erfolgsfaktor an und plädieren für die *Motivation sowie Förderung und den Einsatz des Potenzials der Mitarbeiter*innen*. (vgl. Daschmann, 1996, S. 122–124) Die Erfolgsfaktoren sind unterteilbar in immaterielle Werte und materielle Werte. Eine Einschätzung immaterieller Unternehmensleistungspotenziale wurde mittels Skandia-Navigator durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass *Gewinne ausschließlich durch die Beschäftigten erwirtschaftet* werden. Somit sind die Menschen, die in einem

Unternehmen beschäftigt sind als *Ursprung der Vermögensbildung* anzusehen. (vgl. Badura, 2008, S. 203, 204) Unternehmenserfolg ist demzufolge entscheidend durch die Qualität der sozialen Systeme beeinflusst. Diese sind geprägt durch „weiche" Bedingungen, wozu die Unternehmensführung, die -kultur aber auch das im Unternehmen vorherrschende Klima und die wahrgenommene Sinnhaftigkeit der ausgeübten Tätigkeiten gehören. (vgl. Badura, 2017, S. 83) Durch ein gutes Zusammenspiel aus „harten" und „weichen" Erfolgsfaktoren kommt es letztlich zu unternehmerischem Erfolg. (vgl. Daschmann, 1996, S. 122–124)

Final festzuhalten ist, dass Erfolg das Ergebnis vieler verschiedener Einflussfaktoren ist, was die Bestimmung des Unternehmenserfolgs komplex gestaltet. Daher ist es wichtig Erfolgsfaktoren zu erkennen, gezielt zu steuern und zu fördern und die unerwünschten Misserfolgsfaktoren ebenfalls rechtzeitig zu erkennen sie dann möglichst zu vermeiden oder zu beseitigen. Der Erfolg eines Unternehmens ist nur durch die Betrachtung einer Vielzahl an Erfolgsfaktoren bestimmbar. (vgl. Degener, 2004, S. 14, 15) Ebenso ist es mit dem Erfolg einzelner Subsystemene eines Unternehmens.

4.6.3. Erfolge im BGM sichtbar machen

Geht es darum wie die Erfolge eines BGM aufgezeigt werden können, muss zunächst geklärt werden was ein erfolgreiches BGM braucht und ausmacht: unabdingbar ist eine klare Struktur, die dauerhaft überprüft sowie verbessert werden muss und an die Mitarbeiter*innen kommuniziert wird. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 210) „Erfolgreiches BGM erfordert […] Beharrlichkeit, Ausdauer und Geduld[…,] klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten[,] Teamarbeit[…,] Einbindung der Führungskräfte und Experten[,] Beteiligung der Beschäftigten[,] Daten[…sowie] Anknüpfungspunkte zu anderen Querschnittsthemen im Unternehmen." (Walter, 2013, Folie 29) Die genannten Voraussetzungen sind vielfältig und lassen erahnen wie vielseitig und komplex ein BGM aufgebaut ist.

Ist die *Gesundheitskompetenz* der Mitarbeiter*innen gut ausgeprägt werden zugleich die *Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit* erhalten und aufgebaut, was sich wiederum positiv auf den Unternehmenserfolg auswirkt. (vgl. Badura et al., 2017, S. 233)

Wesentlich für den Erfolg eines BGM sind dessen Entwicklungspotenziale. Der prozesshafte Charakter und damit die stetige Veränderung, sind wichtige Erfolgs-Garanten für ein BGM. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 261)

Im BGM gibt es gewisse Erfolgsfaktoren:

- die Leitlinien des Unternehmens sollten ein Gesundheitsbekenntnis darstellen,
- BGM sollte stabil im Unternehmen verankert sein,
- die Leiter*innen müssen Gesundheit als Vermögenswert akzeptieren,
- die Führung hat insgesamt eine Vorbildfunktion,
- Feedbacksysteme stärken die Authentizität,
- Abstimmung und Verantwortungsbewusstsein der handelnden Personen im BGM ist von enormer Bedeutung, ebenso
- die Schaffung optimaler Arbeits- und Umweltbedingungen.
- fortlaufende Evaluation,
- Empowerment und
- Partizipation zählen ebenfalls dazu. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 278, 279)

Die nachfolgende Abbildung zeigt auf, welche einzelnen Elemente ein konzentriertes, koordiniertes und möglicherweise auch erfolgreiches betriebliches Gesundheitsmanagement ausmachen:

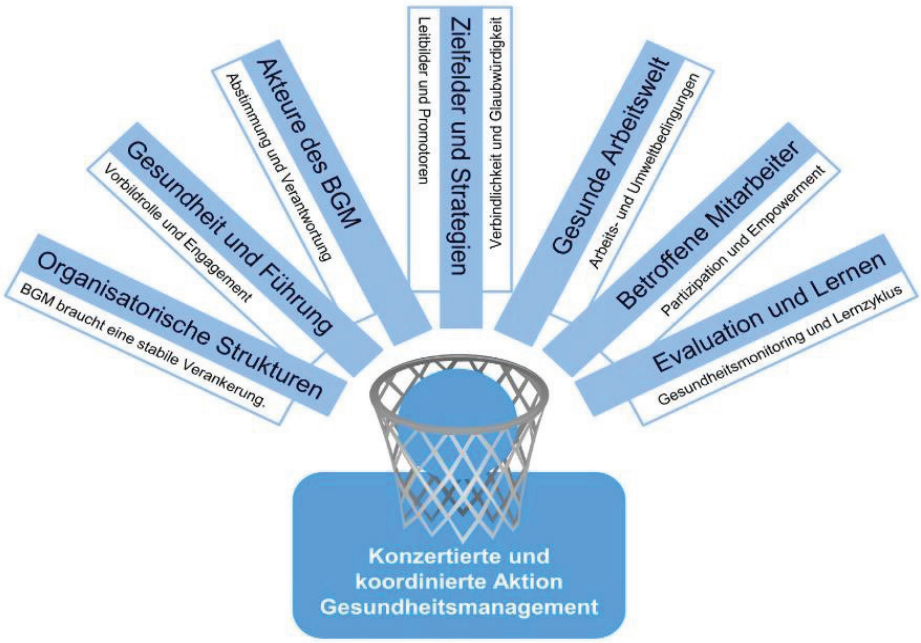


Abbildung 4: Erfolgsfaktoren des BGM (Uhle & Treier, 2019, S. 260)

Uhle und Treier definieren zudem Merkmale, die ein erfolgreiches BGM ausmachen: ein ganzheitliches Vorgehen, dass sich auf Risikoreduktion und Ressourcenaufbau bemüht, eine Kombination von Aktionen der Verhaltens- und Verhältnisprävention sowie die Etablierung von BGF in den beruflichen und persönlichen Alltag und darüber hinaus auch in das Management des Unternehmens. Somit erhält man ein systematisches

Maßnahmen-Controlling – es erfolgt eine bedarfsorientierte und qualitativ hochwertige Auswahl, Dokumentation sowie Wirksamkeits-Kontrolle. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 251)

Bereits 1980 erkannte Ouchi: "Engagierte Mitarbeiter sind der Schlüssel für Produktivität" (in Degener, 2004, S. 46) So wurden „weiche“ Faktoren im Unternehmen, wie das Human Ressourcen-Management bereits als bedeutende Erfolgsfaktoren angesehen. (vgl. Degener, 2004, S. 49) Nagel sagt 1997, dass die (zentrale) Grundlage unternehmerischen Erfolgs motivierte Mitarbeiter*innen sind. In empirischen Studien wurde belegt, dass professionell aufgebaute Managementsysteme zum Unternehmenserfolg beitragen. (vgl. Degener, 2004, S. 50) Eine ständig ansteigende Zahl an Studien sowie systematischen Reviews beschäftigt sich mit der Frage nach dem ökonomischen Nutzen des BGM. Dieser wird überwiegend als positiv eingeschätzt, es kann demnach von Unternehmensprofit durch BGM gesprochen werden. (vgl. Pfannstiel & Mehlich, 2016, S. 379) Den Einfluss betrieblicher Gesundheitsförderung zeigt auch Emmermacher auf (Abbildung 5) indem er verdeutlicht, dass BGF sowohl auf das Sozialkapital als auch auf das Human- und Sachkapital eines Unternehmens einwirkt und demzufolge definitiv einen Einfluss auf die Qualität, den Ertrag und die Produktivität eines Unternehmens hat.

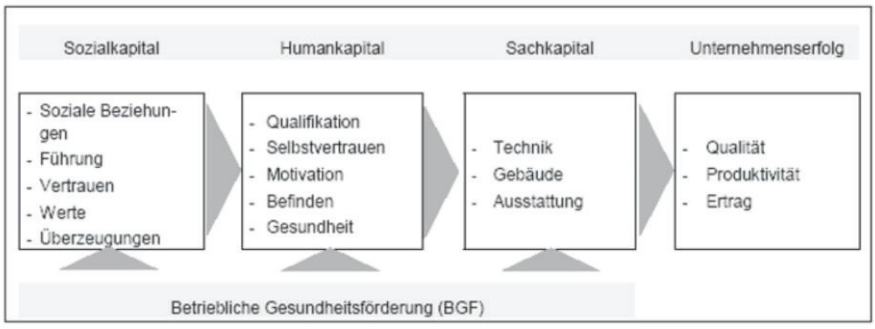


Abbildung 5: BGF und Unternehmenserfolg (Emmermacher, 2008, S. 43)

Uhle und Treier sehen ein prospektiv ausgerichtete BGM-Investitionen als sinnvoll an. Sie sind überzeugt, dass es einen Zusammenhang zwischen Unternehmenserfolg und BGM gibt, und dass man diesen auch, mit Hilfe eines Gesundheitscontrolling, welches Kennzahlen nutzt, bestimmen kann. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 341)

In einer Arbeit von Badura aus dem Jahr 2017 heißt es: "Unsere Daten belegen wieder und wieder einen mittleren bis starken statistischen Zusammenhang insbesondere zwischen Kultur, Gesundheit und Organisationserfolg." (Badura, 2017, S. 16)

Im Allgemeinen Teil dieses Abschnitts wurde bereits erwähnt, dass Erfolg quantifizierbar sein soll. Diese Tatsache weckt im Gesundheits- bzw. Krankheitsthemenkomplex eines Unternehmens die allgemeine Aufmerksamkeit: Die Krankheit der Mitarbeiter*innen monetär abbilden ist oft genau das, was Unternehmer*innen wollen. Expert*innen bemühen sich bereits viele Jahre: Sie wollen Gesundheitskennzahlen in vorhandene Kennzahlensysteme eingliedern damit „Gesundheit den „Status eines zentralen Unternehmenswertes“ erreicht. Durch die betriebswirtschaftliche Nutzen-Bestimmung wären konkrete Zahlen vorhanden, um Investitionen einfacher zu rechtfertigen. (vgl. Badura, 2017, S. 136)

Die Ausführungen sollten verdeutlichen, wie notwendig die Möglichkeit der Erfolgsmessung im BGM ist. Außerdem sollte der Einfluss des BGM (in unbestimmten Maßen) auf den Erfolg eines Unternehmens nachgewiesen werden. Wie kann dieser Erfolg aber nun veranschaulicht werden?

Die Struktur des BGM ähnelt der des Personalmanagements sehr. Bereits in den 80er Jahren begriff man, dass der Einsatz von Kennzahlen im PM sinnvoll ist. Besondere Relevanz wurde den qualitativen Kennzahlen mit ähnlichen Zielen, die auch mit der Kennzahlenerstellung im BGM verfolgt werden (Führungsinstrumente, Hinweise auf Defizite, Abbildung von Ursache-Wirkungszusammenhängen etc. pp.), zugesprochen. (vgl. Schulte, 1989, S. 1)

Darstellbar sind die BGM-Erfolge mittels ökonomischer Werte (vgl. Degener, 2004, S. 10) bzw. Leistungskennzahlen messen die Prozesse, die Amortisationsdauer getätigter Investitionen kann bestimmt werden (ROI) (vgl. Kaminski, 2013, S. 125) oder auch nicht-ökonomische Werte (vgl. Degener, 2004, S. 10) die als Frühindikatoren (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 214) dienen, wie die Mitarbeiter*innenzufriedenheit oder das Burn-out-Risiko (vgl. Degener, 2004, S. 10), ebenso wie Gesundheitszustandsverbesserungen der Beschäftigten, können den Erfolg den BGM als Gesamtsystem bzw. den Erfolg von Maßnahmen des BGM, sichtbar machen. Letztere sind kausalitätsbezogener, interessengruppenorientierter sowie maßnahmenorientierter (vgl. Uhle & Treier, 2019, 301, 302) aber besonders schwer messbar, da das Gesundheitsverständnis von Person zu Person unterschiedlich ist und so der Zustand schwer skalierbar ist. (vgl. Kaminski, 2013, S. 125) Ob die bewerteten Maßnahmen einen Einfluss auf den Unternehmenserfolg aufweisen kann erst beurteilt werden, wenn mehrere ineinandergreifende Aktionen zusammengefasst werden. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 214) Denn letztendlich soll der

positive Nutzen des gesamten BGM-Komplexes beurteilt bzw. evaluiert werden. (vgl. Baumanns, 2009, S. 225, 226)

In der gesamten Betrachtung sollte der Erfolg des BGM dann nicht ausschließlich an dessen Ergebnissen festgemacht werden: nach dem Vorbild des Qualitätsmanagements sind ebenso die Führungsqualität, die Struktur- und auch die Prozessqualität zu berücksichtigen. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 278, 279)

Zur Überprüfung erarbeiteter Ergebnisse können Kontrollgruppen zum Vergleich herangezogen werden, was allerdings in den meisten Fällen als recht aufwendig einzustufen ist. (vgl. Baumanns, 2009, S. 7) Um Erfolge zu verdeutlichen können Mitarbeiter*innenrückmeldungen in Form von Befragungen oder harte, leicht erhebbare Daten genutzt werden. (vgl. Lüerßen et al., 2015, S. 13–18) Weitere wichtige Instrumente sind beispielsweise Krankenkassendaten. (vgl. Witzig-Goetz, 2015, S. 1–2)

Bei der zu guter Letzt folgenden Interpretation der zusammengestellten Daten zur Ermittlung von Erfolgen im BGM, ist in jedem Fall die Beachtung potenzieller externer Störgrößen, die das Ergebnis positiv, oder zumeist negativ beeinflussen können und zu erheblichen Verzerrungen führen können zu berücksichtigen. (vgl. Baumanns, 2009, S. 7) Auch Umstände im Unternehmen, wie z.B. die Unternehmenskultur oder Teambeziehungen müssen in die Auswertung mit einbezogen werden. (vgl. Walter & Badura, 2018, S. 142, 143) Des Weiteren können natürlich auch private Belange Unternehmensumstände beeinflussen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S.152)

Es stellt sich die Frage nach der Bedeutung von BGM für den Erfolg eines Unternehmens. Zugleich ist unklar welche Ressourcen und wie viel Bedeutung dem BGM beigemessen werden sollte. Es herrscht Ungewissheit über die Bedarfsgerechtigkeit und zudem sind Effizienz und Wirtschaftlichkeit der geplanten Maßnahmen unbekannt. Häufig ist in den Köpfen der Verantwortlichen die Frage nach der Zweckmäßigkeit der Handlungen: „Ist das was wir tun das Richtige und wie richtig tun wir es?“ Die Kennzahlenerstellung und somit die aussagekräftige Diagnostik der Handlungen im BGM mittels Erfassung der Gesundheit der Beschäftigten ist somit für die BGM-Verantwortlichen und selbstverständlich auch für die Unternehmensleitung, von enormer Wichtigkeit. (vgl. Walter & Badura, 2018, S. 142)

Fest steht: Kennzahlen sind geeignet um BGM Erfolge abzubilden, doch ist die Herausforderung die vielen Daten, die zumeist einseitig, „hart“ und nicht systematisiert im Unternehmen vorliegend sind zu filtern. Genau diese Datenverarbeitung, der

Erstellungsprozess von Kennzahlen, ist mit enormen Aufwand verbunden. (vgl. Gutmann, 2019, S. 57)

Ein ganzheitliches BGM, das nicht nur harte Kennzahlen beachtet kann umfassende Ergebnisse generieren und Potenziale erkennen und nutzen, die sich positiv auf die Mitarbeiter*innenbindung, die Gesundheit, das Engagement und die Arbeitsleistung und Kreativität auswirkt und somit den Unternehmenserfolg positiv beeinflusst. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 217)

4.7. Berichtswesen

Unternehmen, die eine höhere Mitarbeiter*innenzahl beschäftigen können es sich in der heutigen Zeit nicht leisten mit ungenauen Angaben und Einzelmeinungen Entscheidungen zu fällen. Kennzahlen werden benötigt, um den Vorstand und andere Entscheidungsträger im Unternehmen verlässlich zu überzeugen. Ein Berichtswesen entsteht durch die Zusammenstellung wesentlicher Informationen – evidenzbasierter, steuerungsrelevanter Kennzahlen (vgl. Badura, 2017, S. 90) - zu einem „strukturierendem Informationselement“ zusammengetragen (Ulich & Wülser, 2018, S. 166). Proportional zur Unternehmenskomplexität und zum Hierarchieaufbau, steigt auch der Aufwand der Berichtserstellung an. Förderlich für die Erstellung sind daher eine dezentrale Steuerung und hohes wechselseitiges Vertrauen der Führung und ihrer Beschäftigten. (vgl. Badura, 2017, S. 100) Der Grad der Zielerreichung sollte in einem Bericht ersichtlich werden. (vgl. Schulte, 1989, 41, 42) Sind die enthaltenen Informationen aussagekräftig und passend, sind sie in der Lage, Investoren sowie Politik und Öffentlichkeit zu beeinflussen. (vgl. Badura, 2017, S. 90) Ganz nach dem bekannten Ausspruch: „Tue Gutes und sprich‘ darüber!“. (Stierle & Vera, 2014, S. 188)

Berichtswesen können für verschiedene Unternehmensbereiche bzw. -Abteilungen erstellt werden, selbstverständlich auch für das BGM bzw. die Gesundheitsthemen im Unternehmen. Badura et al. sehen es als Aufgabe des BGM an „die Qualität der Organisationsbedingungen systematisch zu erfassen und in eine kennzahlengestützte Gesundheitsberichterstattung einzubinden“. (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2014, S. 172) Es sind somit Kennzahlen zu erstellen, die über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen und über den Erfolg des Systems insgesamt verlässlich darlegen und integriert in ein Berichtswesen, kommuniziert werden können. (vgl. Badura, 2017, S. 90) "Der betriebliche Gesundheitsbericht in seinen verschiedenen und unterschiedlich umfangreichen Ausführungen bildet die Wissensbasis und Planungsgrundlage für eine langfristig angelegte Organisationsentwicklung.“

(Westermayer, Stein & Sonntag, 2006, S. 134) Der Gesundheitsbericht ist demzufolge präventiv angelegt: er sollte tatsächlich realisierbare, strategisch angelegte Veränderungspotenziale aufdecken, um Kosten einzusparen, indem Fehlinvestitionen gar nicht erst zustande kommen. Die Erstellung des Berichts und die genaue Analyse der Daten sind meist schon Anstoß für Veränderungen. (vgl. Westermayer et al., 2006, S. 138) Für die Gesundheit und das Unternehmensergebnis sind in der heutigen Betrachtung des BGM, dahingehend auch für den Bericht, neben der Erarbeitung „harter" Größen besonders „weiche" Kennzahlen bedeutungsvoll. (vgl. Badura, 2017, S. 100) In der Literatur sind verschiedene Termini auffindbar, die als Synonyme angesehen werden können: So weist Badura darauf hin, dass die „Betriebliche Gesundheitsberichterstattung" veraltet sei und die modernere Bezeichnung die „Organisationsdiagnose" wäre. (vgl. Badura et al., 2013, S. 171) Wellmann nutzt die Bezeichnung „Monitoring" (vgl. Wellmann, 2018, S. 13), Emmermacher hingegen, betitelt seine regelmäßigen Berichte zu Gesundheitsthemen als „Reporting" und weist darauf hin, dass der „Gesundheitsbericht" in einem konstanten Rhythmus - beispielsweise jährlich - erscheinen und Budgets, verschiedene Kosten, Maßnahmen-Teilnehmer*innenzahlen, Zufriedenheit und weitere für das jeweilige Unternehmen wichtigen Messgrößen beinhalten sollte. Die Kommunikation kann beispielsweise mittels Präsentationen vor verschiedenen Gremien oder durch einen internen Newsletter erfolgen. Vergleiche zu Vorjahren oder auch im Halbjahres-Abstand (vgl. Emmermacher, 2008, S. 52, 53) in Form von Längsschnittbetrachtungen (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 165, 166) sind wichtig, um auf die Qualität und Effizienz des Systems zu verweisen und aus den Ergebnissen neue Leitlinien und Ziele für das BGM zu entwickeln. (vgl. Emmermacher, 2008, S. 52, 53) Auch die auf Gesundheitsthemen bezogene Gesprächskultur im Unternehmen wird durch die Berichtsveröffentlichung gefördert. (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 109, 110) Als Kommunikationsinstrument decken sie Probleme auf und regen deren sachlichere Diskussion an, mit dem Ziel vereint Lösungen zu erarbeiten, Verbesserungen umzusetzen (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 109, 110) und diese darzustellen. (vgl. Westermayer et al., 2006, S. 134) Wichtig ist, immer die Beachtung der jeweils vorliegenden Unternehmensindividualitäten, wie beispielsweise die Ziele der Erstellung, nutzbare Datenquellen und Besonderheiten der Unternehmenskultur. (vgl. Westermayer et al., 2006, S. 135, 136)

Die Erstellung bedarf einer organisierten Planung und der rechtzeitigen Information der verschiedenen Interessengruppen des Unternehmens. Unklarheiten müssen beseitigt, ein Koordinator des Erstellungsverfahrens gefunden, der Fokus formuliert und die

verwendbaren Datenquellen identifiziert werden. Weitere Datenerhebungsmöglichkeiten (inklusive Datenschutzvorkehrungen) und die dafür nötigen Vertreter*innen gilt es zu ergründen. Notwendige Ressourcen (Zeit, finanzielle Mittel) und Berechtigungen, Kommunikationszeitpunkt und -art sowie zu beachtende betriebliche Stellen (=Stakeholder) müssen vorbereitend geklärt werden. Dann stellen sich noch die Fragen: Wer erstellt den Bericht? Welchen konkreten Inhalt hat der Bericht? Wer präsentiert ihn auf welche Art und Weise und wie sind die Interpretationen zu gestalten? Wer übernimmt die Planung von Maßnahmen, die aus den Berichtsergebnissen resultieren und erstellt Folgeberichte? (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 111, 112) Zusammengefasst sollte vorab feststehen: Wozu, wer, wem, wann, wie und wie oft, worüber berichten soll? (vgl. Daschmann, 1996, S. 228, 230, 231)

Ideal wäre die Entwicklung eines Berichtswesens, welches es ermöglicht das Sozial- und Humanvermögen, zusammen mit dem Beitrag zum Erfolg des Unternehmens sowie dem Prozess den ein bedarfsgerechtes BGM durchläuft, zu erfassen. (vgl. Badura, 2017, S. 15) Das Thema Gesundheit bleibt noch immer ein Sensibles. Insbesondere durch die erhöhte Ausrichtung auf den Erfolg und den Fokus auf dieses prekäre aber ebenso relevante Phänomen, als einen Erfolgsfaktor, sind steigende Belastungen Nebeneffekte, die es zu beachten gilt. (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, 109, 110) Ulich und Wülser schätzen insbesondere krankheitsbedingte Auffälligkeiten, die mit einer bestimmten Tätigkeit zusammenhängen, als relevant ein. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 165, 166) Kuhn und Ehrensperger-Reeh präferieren die Datenauswertung von für die BGF-Maßnahmen planungsrelevanten Daten. (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 112) Die Ergebnisse der Analysen können als Grundlagen für zukünftige Interventionen genutzt werden (vgl. Westermayer et al., 2006, S. 139), dabei spielt die Interpretation der Ergebnisse eine wichtige Rolle. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 165, 166) Die Ergebnisse können für die vielfälltigen Interessengruppen im Unternehmen individuell zusammengestellt werden. Damit Berichtszeitpunkt, Detailtiefe und Darstellungsart angemessen sind, sollten vorher die Ziele der jeweiligen Anspruchsgruppen geklärt sein. (vgl. Schulte, 1989, S. 41, 42) Eine Pyramide verdeutlicht die Anzahl der Informationen, die je Interessengruppe zu kommunizieren sind: Je dichter man demnach an die Unternehmensleitung herankommt, desto weiter sind die Daten zu Schlüsselkennzahlen zu verdichten. (vgl. Daschmann, 1996, S. 228, 230, 231)

Ergänzend zu den im Unternehmen vorliegenden Daten, wie beispielsweise befragungsbasierte Erhebungen und anonymisierte Arbeitsunfähigkeitsdaten (vgl. J. Kuhn &

Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 112), oder auch Arbeitsschutzdaten, Erkenntnisse von Gefährdungsbeurteilungen, Ergebnisse des Betriebsarztes oder auch der Schwerbehindertenvertretung (vgl. Witzig-Goetz, 2015, S. 5), können Analysen von Krankenkassen eingeholt werden und mit in den erstellten Gesundheitsbericht einbezogen werden. Vorteilhaft ist, dass somit Informationen ergänzt werden können, die im Unternehmen nicht erhoben werden können, wie beispielsweise das Vorkommen von Krankheitsarten (stehen der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht direkt zur Verfügung). Ein weiterer Vorteil ist, dass die Krankenkassen oft Branchenvergleichswerte zur Verfügung stellen können und somit direkt bewertbar ist wie das eigene Unternehmen dasteht. Häufig ist der unternehmensübergreifende Kennzahlenvergleich bei eigens erhobenen Kennwerten nicht möglich. Die Daten, die von Krankenkassen angefordert werden können, werden einzeln bereits als „Betrieblicher Gesundheitsbericht“ bezeichnet, wobei Ducki bereits 1998 auf die Irreführung hinweist, da lediglich Aussagen zu Arbeitsunfähigkeiten berichtet werden. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 165, 166) (bspw. Grobe, Steinmann, Gerr & aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, 2018) Zusätzlich kann der Erstellungsaufwand durch die Verlagerung an eine*n externe*n Unternehmensberater*in oder eine wissenschaftliche Institution reduziert werden, die Expert*innen auf dem Gebiet Gesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung sind. Für die Interpretation der zusammengestellten Daten ist die Einbeziehung Unternehmensangehöriger jedoch unabdingbar. Der Bericht sollte nicht verschlossen als eine Art vertrauliches Gutachten behandelt werden, sondern offen im Unternehmen kommuniziert werden, sodass eine allgemeinverständliche Datenaufbereitung anzustreben ist. (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 113, 114) „Ein "guter Gesundheitsbericht" wird daher zum Anstoß für eine partizipative Organisationsentwicklung." (J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 114) Die Erarbeitung einer Betriebsvereinbarung oder einer Organisationsanweisung sind empfehlenswert. (vgl. J. Kuhn & Ehrensperger-Reeh, 2009, S. 113, 114)

Die folgende Abbildung stellt übersichtlich potentielle verschiedene Informationsquellen eines umfangreichen Gesundheits-Berichtswesens dar:

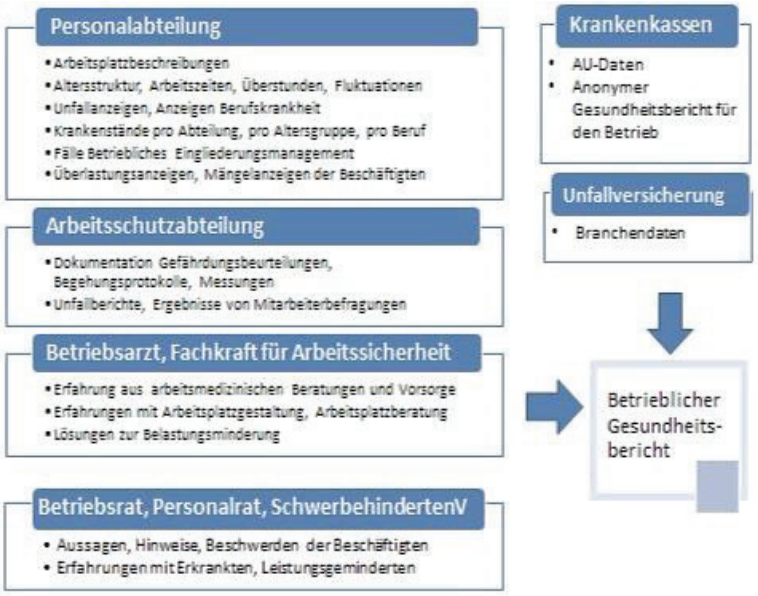


Abbildung 6: Informationsquellen für den betrieblichen Gesundheitsbericht (Witzig-Goetz, 2015, S. 6)

Ein gelungener Gesundheitsbericht bzw. Berichtswesen für das BGM ist geeignet die Erfolge oder auch Misserfolge des BGM an verschiedene Unternehmensinstanzen zu übermitteln und beinhaltet außerdem Einschätzungen und/oder Ertragswerte zur Maßnahmenwirksamkeit. Sind ausreichend viele Daten vorhanden ist eine Kosten-Nutzen-Relation des BGM ableitbar, die idealerweise jährlich kurz und prägnant formuliert und grafisch abgebildet wird (vgl. Wellmann, 2018, S. 13), sodass die Pflicht der Dokumentation und Rückmeldung wichtiger gesundheitsrelevanter Daten, nicht von einzelnen Interessengruppen im Unternehmen als „überflüssige Zumutung und Ursache vermeidbarer Belastungen“ empfunden wird. (Badura, 2017, S. 100)

5. Empirische Erkenntnisse, Empfehlungen und Best-Practice

Die Evidenz von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist durch eine riesige Anzahl Veröffentlichungen belegt. (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 12) Doch "die Studienlage auf den einzelnen Handlungsfeldern [ist] unterschiedlich stark fortgeschritten [...]. Für einige Bereiche liegen nur wenige qualitativ hochwertige Studien vor, und die Evidenzlage ist demzufolge weiterhin unzureichend." Für das BGM ist die Erforschung „alle[r] vorstellbaren Risikofaktoren, Interventionsformen und Endpunkte mithilfe von methodisch anspruchsvollen Studien" kaum erreichbar. (Bräuning et al., 2015, S. 12)

So sind die Zielparameter, die Populationen und Designs der Studien, durch die Alltagssituation und komplizierte Studienbedingungen heterogen, was die Vergleichbarkeit von Maßnahmen einschränkt. Zudem zeigen sich methodische Schwächen in Studien sowie Evaluationen, sodass eine Generalisierung von Ergebnissen nicht erfolgen kann und die Gefahr von Fehlinterpretationen vorliegt. Kriterien zur Wirksamkeits- und Nutzenvergleichsmöglichkeit von Maßnahmen versucht die Society for Prevention Research mittels ihres „Evidence Comittees“ zu reichen. (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 13) Die vorzufindende Heterogenität der Studienlage biete Kritikern Raum für Zweifel an einem eindeutigen BGM-Nutzen. Eine ökonomische Rechtfertigung für Gesundheitsinvestitionen in Form eines konkreten Nachweises ist gefordert. Eine einheitliche Möglichkeit den Nutzen zu belegen und zu kommunizieren, gibt es nicht und die Orientierung an beispielsweise medizinischen Prüfverfahren ist durch die Besonderheiten des BGM und dessen Maßnahmen, schwierig. (vgl. Wellmann, 2018, S. 48) Durch Unterschiede zwischen Unternehmen und ihren Beschäftigten können Evidenzbelege im eigenen Unternehmen nicht vollends greifen, sodass Testphasen sinnvoll sind, und die Intervention nicht direkt abgelehnt werden sollte, bevor nicht die individuellen Gegebenheiten im eigenen Unternehmen begutachtet wurden. (vgl. Bräuning et al., 2015)

Der ökonomischen Nutzen von BGM wird in Metaanalysen und Übersichtsartikeln, die vor allem aus den USA stammen, belegt. (vgl. Aldana, 2001; Chapman, 2005; Heaney & Goetzel, 1997; Pelletier, 2001; Sockoll, Kramer & Bödeker, 2008 in Ulich & Wülser, 2018, S. 223) Auch zu verhältnispräventiven Maßnahmen findet man eine Vielzahl an Literatur aus den USA. (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 12) Die Effektanalyse ist dabei stets auf das deutsche Gesundheitssystem zu übertragen, da in den USA die Kosten nicht wie in Deutschland von Krankenkassen übernommen werden, sondern von denjenigen, denen, die den finanziellen Nutzen erzielen: den Unternehmern selbst. Diese Tatsache

ist gleichzeitig eine Erklärung für die in den USA willkommenere Umsetzung von BGF-Maßnahmen. (vgl. Badura et al., 2014, S. 313)

Studien, die sich mit der Messbarkeit von Erfolgen im BGM beschäftigen, zeigen, dass dafür der Return on Investment ermittelt werden kann. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 296) Aus elf Studien der Jahre 2009 – 2012 geht ein insgesamt positiver Return on Investment hervor. Die Studien berücksichtigen bei der Berechnung verschiedene Kennzahlen und Erhebungsmethoden sowie Zielparameter. (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 66) Die Investitionsrendite eines professionell gestalteten Gesundheitsmanagements im Unternehmen wird durch das World Economic Forum auf 300 Prozent geschätzt (2007). (vgl. Badura et al., 2013, S. 45, 46) Piper und Schröer ermitteln aus 2400 Studien einen durchschnittlichen Return on Investment von Maßnahmen des BGM von 1:2,2. (vgl. D. Kuhn et al., 2018, S. 51)

Über 200 Unternehmen wurden schriftlich zu „Wirkweisen und Erfolgsfaktoren der Prozesse“ im BGM befragt. Dabei ist herausgekommen, dass der Erfolg eines BGM nicht ausschließlich in der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten gesehen wird, sondern auch Kosteneffizienzsteigerungen und eine verbesserte Wettbewerbsfähigkeit Ziele sind. Die befragten Unternehmen sehen Erfolge durch Kostensenkungen, gemessen an einer Reduktion der Krankenstände bzw. Unfällen und zusätzlich gesteigerter Produktivität. (vgl. Bonitz et al., 2007, S. 4, 5) In den USA (vgl. Kuhn, 1995; Beermann, 1998; Müller & Rosenbrock, 1998; Aldana. 2001) und auch in deutschen Unternehmen (vgl. Müller & Rosenbrock, 1998; Bertelsmann Stiftung & Hans Böckler Stiftung, 2001; Godek, 2006) sind Nachweise über den betriebswirtschaftlichen Nutzen von BGM erforscht worden. (in Baumanns, 2009, S. 2)

Positive Effekte von BGM-Maßnahmen werden meistens in einer Reduktion von Krankheitskosten sowie krankheitsbedingten Fehlzeiten (vgl. Kreis und Bödeker, 2003; Verbeek et al., 2009; Chapman, 2012). Eine deutliche Abwesenheitsreduktion durch das BGM belegen auch 14 Studien, die von Aldana zusammengefasst wurden. (in Uhle & Treier, 2019, S. 333, 334, 336) Das bedeutet, BGM-Erfolge werden an Veränderungen festgemacht. Es ist darauf hinzuweisen, dass auch der Präsentismus eine Rolle bei der BGM-Erfolgsbetrachtung spielen sollte. (vgl. Bräuning et al., 2015, S. 12) Weitere positive Veränderungen werden in Studien belegt: so sind Pelletier zufolge, gesteigerte Arbeitszufriedenheit und Produktivität, sowie ein verbessertes Betriebsklima die Ergebnisse von BGM. (vgl. Pelletier 2005, 2009, 2011 in Uhle & Treier, 2019, 333, 334, 336) Nachgewiesen ist ein Zusammenhang von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsleistung, wobei

insbesondere Selbstwirksamkeit und der eigene Gesundheitszustand die Arbeitsfähigkeit ausmachen. Ist die Arbeitsfähigkeit hoch sind Fehlzeiten und Fluktuation gering. (vgl. McGonagle et al. 2015 in Uhle & Treier, 2019, S. 500, 501)

Kennzahlen verwenden bereits in vielen Unternehmen für das betriebliches Gesundheitsmanagement gebildet. Einer Befragung des EuPD Researchs zufolge, waren es 2016 circa 84 Prozent der befragten Unternehmen. Sie fokussieren sich jedoch zumeist auf harte Kennzahlen, wobei eine systematische Auswertung nur in wenigen Fällen erfolgt. Tendenziell findet diese eher in Unternehmen mit mehr als 1000 Beschäftigten statt und auch häufiger im Produktions- als im Dienstleistungssektor. Auch wenn viele Unternehmen Kennzahlen entwickeln und diese auch systematisieren, sind nur 37% mit ihrem BGM-Kennzahlensystem zufrieden. Kritisch zu bemerken ist die Vernachlässigung der Erhebung weicher Kennzahlen. (vgl. Gutmann, 2019, S. 57) In der Gesamtheit werden zumeist Arbeitsunfälle und krankheitsbedingte Fehlzeiten erhoben, die Gesundheitsthematik bleibt jedoch weitestgehend außenvor. (vgl. Badura et al., 2013, S. 45)

Fritz bemängelt die unzureichende Effektdarstellung in Euro und damit die Vernachlässigung wichtiger ökonomischer Parameter, die gerade in Krisenzeiten sehr gute Argumentationsgrundlagen für die Fortsetzung des BGM liefert und für eine ganzheitliche Bewertung unbedingt notwendig ist. Den Vorteil konkreter Werte sieht er in der Messbarkeit von Veränderungen und in der daraus resultierenden schnelleren Handlungsbereitschaft. Weiche Kennzahlen beschreibt er als inhaltlich wesentlich, jedoch schwer erhebbar. (vgl. Fritz, 2008, 213, 214)

Neuner rät zur Erhebung folgender Kennzahlen, die mit wenig Aufwand zu erheben bzw. bereits im Unternehmen erhoben werden: Krankenstand, Produktivität, Arbeitsunfälle, Altersverteilung, Fluktuation, Weiterbildungsquote, Mitarbeiter*innenzufriedenheit und Kund*innenzufriedenheit. Er bezeichnet sie als stark aggregiert und sieht Potenziale für die zukünftige Planung durch Längsschnittanalysen. Als komplexere Kennzahlen, deren Erhebung er empfiehlt benennt er: die Arbeitsorganisation, Ergonomie, Führungssituation, (die sich dann aus verschiedenen Indikatoren zusammensetzen). (vgl. Neuner, 2016, S. 86)

Wird der Erfolg des BGM gemessen, empfehlen Ulich und Wülser, dies nach vorliegenden Kriterien des Qualitätsmanagements zu machen. Da die BGM-Maßnahmen jedoch sehr individuell und schwer verallgemeinerbar sind, steht man auch in diesem Punkt vor Herausforderungen. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 204–205)

Uhle und Treier empfehlen das Vorgehen nach dem indikatorenbasierten Ansatz zur wirksamen BGM-Steuerung mittels Kennzahlensystem. Es fokussiert auf Treibern und Indikatoren, die miteinander zusammenhängen. Indikatoren sind gemeinsam zu betrachten, wobei diese aus einer Kombination aus harten und weichen Kennzahlen bestehen sollten. Klassische Kennzahlen, beispielsweise krankheitsbedingte Fehlzeiten sollen kritisch reflektiert werden. Es entsteht eine „integrative und konstitutive Datenerhebung", die die Wirkung der BGM-Aktivitäten auf die Mitarbeiter*innen und den Erfolg des Unternehmens verdeutlichen kann. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 310) Die Nutzung des Treiber-Indikatoren-Models, für die Erfolgskontrolle im BGM, ist sinnvoll. (vgl. Wellmann, 2018, S. 7)

Werden Daten erfasst, findet dies meistens mit Hilfe von Excel oder SAP-Systemen statt. Ebenfalls wird mit diesen Programmen ausgewertet. Dazu muss jedoch gesagt werden, dass viele Unternehmen diese Auswertung nicht vornehmen, da sie kein entsprechendes Auswertungstool besitzen. (vgl. Biewig et al., 2016, S. 28)

Mitarbeiterrückmeldungen dienen am häufigsten zur Erfolgsmessung im BGM. Insgesamt fehlen Best-Practice Beispiele für die Messung von Erfolgen im BGM. (vgl. Lüerßen et al., 2015, S. 13–18) Für die Etablierung des BGM und die Maßnahmengestaltung und -Einführung existieren eine Vielzahl Best Practice Beispiele, insbesondere großer Unternehmen mit mehr als 1000 Mitarbeiter*innen. Das BGM dieser Unternehmen ist meist nachhaltiger ausgerichtet als das kleinerer Unternehmen und es existiert ein Gesundheitscontrolling. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 51) Es fehlt jedoch an Best Pracitice für die konkrete Berichtserstellung für das Betriebliche Gesundheitsmanagement und somit die nachhaltige Dokumentation von Gesundheitsdaten (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 190, 280), die nicht nur theoretisch sind, sondern gleichzeitig im Unternehmensalltag praktikabel. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 83) Auch Fachverbände und Netzwerke, wie das „Enterprise for Health"-Netzwerk liefern Best-Practice-Beispiele. Diese legen ebenfalls den Fokus auf die Etablierung des BGM und die Durchführung von BGF-Maßnahmen. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 52) Das Unternehmen SEMIKRON beschreibt den Sinn und Nutzen eines Gesundheitsberichts (beispielsweise entscheidungsunterstützend), die grobe Erstellung sowie Aktualisierungszeiträume (jährlich) und sieht den Bericht als „wichtiges Instrument zum Gesundheitscontrolling im Betrieb", benennt gleichzeitig jedoch Schwierigkeiten, die zu beachten sind (Gefahr des Akzeptanzverlusts der Belegschaft durch ungenügende Vorarbeiten, Komplexität der Erhebung, Nutzung des Berichts: hoher Erstellungsaufwand und am Ende nicht genutzt). Zudem werden die Inhalte

des Berichts bei SEMIKRON benannt: AOK-AU-Daten werden genutzt, interne Fehlzeitendaten, „weiche“ Befragungsdaten, Arbeitsplatzbegehungen, Gefährdungsanalysen des Arbeitsschutzes, Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen. (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 190)

Die Leibniz-Fachhochschule in Hannover bietet mit ihrem 2016 veröffentlichten „Arbeitspapier Nr. 16“ ein anschauliches Beispiel zur Nutzung von Kennzahlen im BGM und zur Erstellung eines Controllinginstruments mit Hilfe von Microsoft Excel. Grundlagen werden geklärt, auf die Möglichkeiten der Benchmark-Analyse wird eingegangen und die Entwicklung des Kennzahlentools mit den unterschiedlichen Funktionen und Potenzialen aber auch Herausforderungen werden umfangreich dargestellt. Es zeigt, dass der Prozess der Berichterstellung für das BGM keinesfalls eine „nebenbei“ zu erledigende Angelegenheit ist, sondern ein Prozess, der klar strukturiert und aktiv durchzuführen ist um eine nachhaltige Nutzung zu erreichen und den Aufwand der Erstellung rechtfertigen zu können. Die nachfolgenden Ausführungen profitieren von dem genannten Beispiel. (vgl. Biewig et al., 2016, S. 15–40)

6. Methodisches Vorgehen

Um Erfolge des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit Hilfe eines Berichtswesens sichtbar zu machen wird die Datengrundlage der ASB KJH genutzt. Die Gegebenheiten wurden zunächst, im Zuge der Durchführung eines vier monatigen Praktikums im BGM und der Verwaltung des Unternehmens, untersucht. Gemeinsam mit der BGM-Stabsstelle, der Controllerin, der Geschäftsführerin und der Personalmanagerin wurden vorab die Unternehmensbedürfnisse besprochen, die Erwartungen an ein Berichtswesen für das betriebliche Gesundheitsmanagement erläutert und während des Erstellungsprozess stetig Rücksprache gehalten. Die durchgeführten Mitarbeiter*innenbefragungen (Band 2, Materialien 3-7) sowie die Protokolle der Koordinierungskreissitzungen der ASB KJH (2013-2018) wurden durchgesehen und eine Chronologie erstellt (Band 2, Material 1). Zusätzlich stellt das Unternehmen die Personenbezogenen Daten der Mitarbeiter*innen sowie Finanzdaten zur Verfügung. Diese sind in dem Programm Sage HR Suite dokumentiert. Die Datengrundlagen sollen zu „weichen“ und „harten“ Kennzahlen sowie Frühindikatoren und Spätindikatoren, zusammengefasst werden. Statistiken, die in der Vergangenheit erstellt wurden können benutzt werden, allerdings ist die Erfassung von Daten in der Vergangenheit lückenhaft und nicht standardisiert erfolgt. Der BEM-Prozess und die BEM-Gesprächsprotokolle stehen für die Ausarbeitung ebenfalls zur Verfügung. Der Arbeitsschutz, als Teil des BGM wird in diesem Berichtswesen keine herausragende Rolle spielen, da hierzu keine weiteren Daten kommuniziert wurden – lediglich Arbeitsunfalldaten sind vorliegend. Um einen möglichst exakten Einblick in das betriebliche Gesundheitsmanagement der Kinder- und Jugendhilfe zu erhalten wurde ein Experteninterview (vgl. Dresing & Pehl, 2017, S. 21f.) mit der Stabstelle BGM geführt, das Informationen zu Umständen im Unternehmen zum Zeitpunkt der Mitarbeiter*innenbefragungen liefert und Besonderheiten des BGM-Entwicklungsprozesses, BGM-Budgets, sowie Veränderungsprozesse im Unternehmen aufzeigt (Interview mit Stabsstelle BGM, 09.07.2019, Band 2, Material 2).

Um aus den derzeit vorhandenen Daten Erfolge des BGM aufzuzeigen sollen Kennzahlen entstehen, die im Zeitverlauf betrachtet werden. So kann von 2014 an die Entwicklung der Mitarbeiter*innengesundheit dargestellt werden und die Entwicklung mit Hilfe von Beispielzielvorgaben bewertet werden. Es wird versucht das Treiber-Indikatoren-Modell nach Uhle und Treier in die Berichterstellung einfließen zu lassen. Sind die Daten analysiert, die Kennzahlen aus den Daten entwickelt, ist es Aufgabe die wichtigsten, relevanten Kennzahlen, die belastbar und nutzwertbezogen sind und die

Mehrdimensionalität von Gesundheit abbilden sowie als Entscheidungsgrundlagen herangezogen werden können (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 295), in einem Gesundheitsberichtswesen zusammenzustellen. Die Aufbereitung der Daten erfolgt mit Microsoft Excel. Das Programm ist Schmid-Gundram zufolge geeignet um „ein sehr umfangreiches – und für den überwiegenden Teil der mittelständigen Unternehmen völlig ausreichendes – Controllingsystem auf[zu]bauen." (Schmid-Gundram, 2014, S. 13) Harte und weiche Schlüsselkennzahlen ebenso Benchmarks und Best Practices sind Uhle und Treier zufolge für die Erfolgsmessung im BGM zu bilden. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 295) Dabei soll der im Zuge dieser Ausarbeitung erarbeitete Bericht, für die Kommunikation an die Koordinierungskreismitglieder und an nicht-BGM-Vertraute, demzufolge die gesamte Belegschaft des Unternehmens geeignet sein. Die Kennzahlen sollen in der Auswertung stets miteinander verknüpft werden. Unter Beachtung der analysierten äußeren Einflüsse kann dann die Interpretation der Kennzahlenergebnisse erfolgen, sodass Empfehlungen abgeleitet werden können. Ein wichtiger Punkt in diesem Prozess ist die ständige Absprache der Berichtsinhalte mit der Stabstelle BGM. Fehlende Daten oder unzureichende Ausführungen werden an gegebener Stelle benannt, um Verbesserungspotenziale aufzuzeigen. Das Vorgehen, beginnend mit der Erstellung der Kennzahlen bis hin zu der Berichtswesensbildung und der Kommunikation liegen im Fokus. Die Zusammenhänge werden durch ein Modell kenntlich gemacht, Interpretationen der Ergebnisse werden durch die Expert*innen im Unternehmen eigenständig erfolgen. Um eine noch genauere und umfassendere Erfolgsmessung im BGM zu gewähren, werden zudem Möglichkeiten bzw. erforderliche Maßnahmen aufgezeigt, die die Erfolge zukünftig noch differenzierter abbilden können (z.B. Selbstbewertung, Evaluation von Maßnahmen). Die kritische Beurteilung der Ergebnisse rundet die praktische Ausarbeitung ab, sodass die zu Beginn dieser Ausarbeitung aufgestellten Forschungsfragen danach beantwortet werden können.

Auf dem Weg der Erstellung des Berichtswesens sollen im praktischen Teil dieser Arbeit demnach die folgenden fünf Schritte der Reihe nach abgearbeitet werden:

1. Vorstellung der KJH des ASB in Rostock (mit den strukturellen Besonderheiten) und des BGM des Unternehmens, mit den bisherigen Errungenschaften, Zielen und Leitlinien des BGM und den im Unternehmen verfügbaren Datenquellen, vorhandenen Kennzahlen und Ausarbeitungen zur Erfolgsmessung im BGM. (vgl. Hoffmann, 2013, 3, 6)

2. Materialien strukturieren bzw. geeignete Daten herausfiltern und daraus relevante, belastbare Kennzahlen bilden, die für das BGM des Unternehmens nutzbar sind und Erfolge des BGM aufzeigen können und sich zudem an den BGM-Zielen bzw. Leitlinien orientieren (in der Vergangenheit existieren keine darauf ausgerichteten Leitlinien und Zielvorgaben, jedoch ist dies zukünftig bedeutsam). Um den Zielerreichungsgrad zu ermitteln bzw. den BGM-Erfolg abzubilden müssen klar definierte Zielvorstellungen aufgezeigt werden. (vgl. Badura et al., 2001, S. 150) Zur Beurteilung des Erfolges gilt es dann den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen messbar oder zumindest beurteilbar zu machen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173) Die dafür gebildeten Kennzahlen müssen klar und unmissverständlich mit Hilfe von Kennzahlenblättern definiert werden. (vgl. Hoffmann, 2013, S. 3, 6)
3. Berichtswesen formulieren, in welches die erarbeiteten Kennzahlen einfließen, diese miteinander verknüpft werden und zueinander in Bezug gesetzt werden (ein Modell schildert die Zusammenhänge wodurch die Interpretation der Ergebnisse im Unternehmen erleichtert wird). Auswertungszeiträume und Berichterstellungszeiträume sind festzulegen.
4. Anhand eines Beispiels wird eine Beispielzielvorgabe und die Interpretation erstellt. (ausführliche Interpretationen der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen, die sinnvoll erscheinen sind dann unternehmensintern anzufertigen.)
5. Darbietung des fertigen Berichtswesens für das BGM, mit Grafiken und Zahlenübersichten, das in dieser Form an den Koordinierungskreis „Gesundheit“ kommunizierbar sein soll, mit dem Ziel, zu zeigen, dass sich die stetige Beteiligung in das BGM lohnen und um zukünftige Entscheidungen zu unterstützen. (vgl. Hoffmann, 2013, S. 10)

Das eigentliche Berichtswesen ist damit erstellt. Ergänzend werden zuletzt noch die beiden folgenden Punkte, ausgeführt:

- Möglichkeiten des Ausbaus des Berichtswesens und der vertieften Erfolgsanalyse des BGM
- Kritische Beurteilung der einzelnen Schritte dieses Prozesses.

7. Vorstellung der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock

I. Vorstellung der KJH des ASB in Rostock (mit den strukturellen Besonderheiten) und des BGM des Unternehmens, mit den bisherigen Errungenschaften, Zielen und Leitlinien des BGM und den im Unternehmen verfügbaren Datenquellen, vorhandenen Kennzahlen und Ausarbeitungen zur Erfolgsmessung im BGM. (vgl. Hoffmann, 2013, 3, 6)

7.1. Unternehmensstruktur und -kultur

Die gemeinnützige Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe des ASB mbh in Rostock, Tochtergesellschaft des ASB Mecklenburg-Vorpommern e.V., unterstützt Kinder und Jugendliche und auch Familien, unabhängig ihrer religiösen, politischen oder nationalen Zugehörigkeit bzw. Herkunft, bei jeglicher Art von Alltagsproblemen unter dem Motto „Wir helfen hier und jetzt“. (vgl. Gemeinnützige Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe, 2019) Als Organisation, die soziale Dienstleistungen anbietet, ist die KJH anderen Praxisanforderungen ausgesetzt als Unternehmen, die Produkte oder andersartige Dienstleistungen anbieten. Ein solches Unternehmen steht bei der Sicherung der Ressourcen zwischen Staat, Markt und der allgemeinen Wirtschaft. Dienstleistungen werden dauerhaft erbracht wodurch eine ethische Komponente bei der Zieldefinition und den verwendeten Mitteln berücksichtigt werden muss. Die Dienstleistungsempfängerin bzw.der Dienstleistungsempfänger beeinflusst die Qualität der erbrachten Leistung wesentlich mit, was den Erfolg dieser zusätzlich schwer sichtbar macht. Verschiedene Anspruchsgruppen sind somit an dem Prozess der Leistungserbringung beteiligt. Es gilt vor der Leistungserbringung Ziele zu formulieren und eventuelle Zielkonflikte während des Prozesses zu beheben und herauszufinden, ob die verschiedenen Ziele nach Erbringung wirklich erreicht werden konnten. (vgl. Zech, 2014, S. 7, 8)

Das soziale Dienstleistungsunternehmen mit aktuell circa 380 Mitarbeiter*innen, das dem Institut für Mittelstandsforschung in Bonn zufolge zu den KMU’s, den kleinen und mittleren Unternehmen zu zählen ist, arbeitet seit bereits 25 Jahren im Auftrag der Sozialämter und des Jugendamtes. Die KJH unterscheidet sich von großen Unternehmen (mit mehr als 500 Mitarbeiter*innen): die Arbeitsweise weist weniger Schnittstellen auf, der Austausch ist direkter, die Hierarchien flacher und die Struktur weniger formal. Zudem sind Veränderungen in der Arbeitsorganisation flexibler möglich. Andererseits stehen kleineren Unternehmen weniger personelle Ressourcen zur Verfügung. Da die Kinder- und Jugendhilfe sehr strukturiert aufgebaut ist und viele professionelle

Managementstrukturen aufweist, ist sie als ein Betrieb einzuschätzen, der auch mit größeren Unternehmen vergleichbar wäre. (vgl. Baumanns, 2009, S. 60, 61, 63, 64)
Intern gliedert sich die KJH in fünf Funktionsbereiche mit völlig unterschiedlichen Aufgabengebieten: das Pädagogische Personal (größte Gruppe), das Technische Personal, die Verwaltung, die Leitung und die Geringverdiener. Die Arbeit der Kinder- und Jugendhilfe erstreckt sich über Rostock und die Umgebung bis nach Güstrow, Bad Doberan und Kröpelin sind ebenfalls mit Einrichtungen wie Kitas, Wohngruppen und Erziehungsstellen ausgestattet.
Zu den Unternehmenswerten zählen Respekt sowie Transparenz und Zuverlässigkeit, sodass der Umgang untereinander – zwischen den Mitarbeiter*innen und zu den Klient*innen - von Achtsamkeit, Wertschätzung und Partizipation geprägt ist. Menschen sollen auf Basis des systemischen Ansatzes durch Hilfe zur Selbsthilfe beraten, begleitet und unterstützt werden. Die Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock bezeichnet sich als lernende Organisation, die dezentral tätig ist und mit einem großen Netzwerk zusammenarbeitet. Ziel ist stets die Kinder, Jugendlichen und Familien in der Nutzung ihrer Potenziale zu unterstützen und ihre Eigenverantwortung zu stärken, sowie gemeinsam Ziele und Perspektiven zu entwickeln, um ihr Leben allein oder mit wenig Unterstützung leben zu können. (vgl. Gemeinnützige Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe, 2019)

7.2. Geschichte BGM

Das betriebliche Gesundheitsmanagement der Kinder- und Jugendhilfe wurde nachdem die Entscheidung dafür durch die Geschäftsführung im Jahr 2012 gefällt wurde, im Januar 2013 eingeführt. (Interview mit Stabsstelle BGM, 09.07.2019, Band 2, Material 2) (In anderen Unternehmen dieser Größenordnung ist Initiator für betriebliches Gesundheitsmanagement eher die Personalabteilung. (vgl. Bechmann et al., 2010, S. 13)) Ziel war es, das Thema „Gesundheit unserer Belegschaft“ langfristig im Unternehmen zu verankern und die Eigenverantwortung sowie das Bewusstsein für die Gesundheit der Mitarbeiter*innen zu verstärken, um die Leistungsfähigkeit zu erhöhen und dadurch die Dienstleistungen der GmbH zu verbessern. Dabei war dem Unternehmen die positive Imagewirkung auf potenzielle Mitarbeiter*innen sehr wohl bewusst. Ebenfalls bedeutsam waren Reduktionen der Kranken- und Fluktuationsquote, die durch das BGM erhofft wurden. Von vorn herein wurden das Qualitätsmanagement des Unternehmens und das Marketing in die Etablierung einbezogen und durch einen externen Experten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung begleitet. Das BGM wurde außerdem direkt partizipativ begonnen, eine Projektgruppe und ein Koordinierungskreis wurden

gebildet, Bildungschecks (ESF-Mittel) wurden zur finanziellen Unterstützung genutzt. (vgl. ASB KJH, interne unveröffentlichte Dokumente)

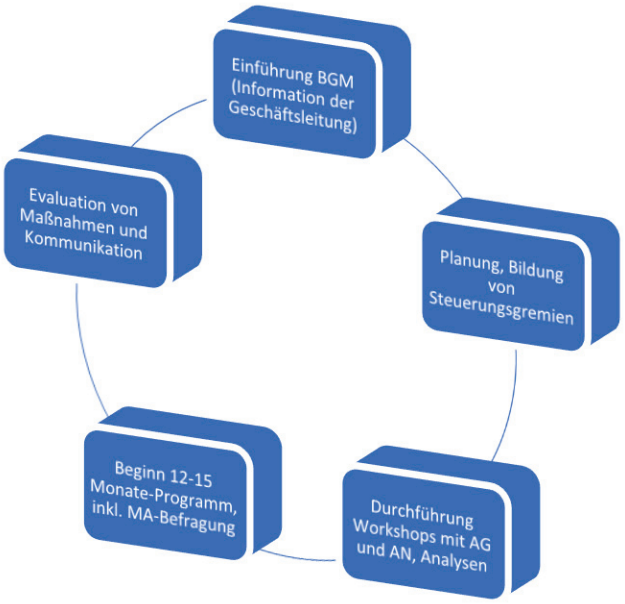


Abbildung 7: Prozess der Etablierung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock (ASB KJH, interne unveröffentlichte Dokumente)

Zu Beginn des Prozesses wurden vier Workshops initiiert, die zur Maßnahmenfindung wichtige Erkenntnisse hervorbringen sollten. Erste Leitlinien mit Zielen entstanden, die auch teilweise evaluiert wurden. Personelle und finanzielle Ressourcen wurden für die Etablierung und den Prozess BGM zur Verfügung gestellt. (vgl. ASB KJH, interne unveröffentlichte Dokumente (Erstellung einer Chronologie, Band 2, Material 1) Seit 2014 gibt es eine Stabsstelle für das Betriebliche Gesundheitsmanagement, die 20 Stunden wöchentlich mit den Aufgaben und Herausforderungen beschäftigt ist. Die ersten Leitlinien und Ziele entstanden durch die Recherche von Leitlinien anderer Unternehmen bereits im Jahr 2013 und sollten zunächst ein Jahr gültig sein. Das Konzept BGM wurde entwickelt, Statistiken sollten erstellt werden, ein „Wegweiser Gesundheit“ sollte entstehen. Es wurden Sportaktivitäten angeboten, Entspannungsmöglichkeiten, Gesundheits- und Aktivtage durchgeführt und weitere Maßnahmen getroffen. Die Einführung des betrieblichen Gesundheitsmanagement wurde durch Direktbefragungen evaluiert. 2014 wurden die Leitlinien beibehalten, die Ziele, nach erfolgter Evaluation wurden leicht abgeändert. Nach Einschätzung der Mitarbeitenden am BGM-Prozess ist das betriebliche Gesundheitsmanagement nach Abschluss der Arbeiten 2013 als Bestandteil der Unternehmensstrategie anzusehen gewesen und somit langfristig in der Organisation etabliert worden. Die Zielerreichung wird mit 80 Prozent beurteilt. (vgl. ASB KJH, interne unveröffentlichte

Dokumente, siehe Band 2, Material 1) Im Jahr 2014 fand die erste Mitarbeiter*innenbefragung statt. Zunächst war eine Befragung mit einer Krankenkasse geplant, die dann jedoch kurzfristig absagte, sodass die Berufsgenossenschaft für Gesundheits- und Wohlfahrtspflege zum neuen Befragungspartner wurde. Die Befragungsergebnisse sollen intern an alle Mitarbeiter*innen kommuniziert werden um Transparenz zu schaffen. 2017 wurde die gleiche Mitarbeiter*innenbefragung erneut durchgeführt und die Ergebnisse zum wiederholten Male kommuniziert. Die Evaluation der BGM-Ziele und -Maßnahmen findet in den Jahren seit der Einführung weitestgehend unsystematisiert statt und wird lediglich in Protokollen des Koordinierungskreises „Gesundheit“ festgehalten. Die Befragungsergebnisse fließen in die Planung der Maßnahmen ein. Bis zum Jahr 2018 bleiben die Leitlinien unverändert, die Ziele werden 2016 nochmals angepasst. 2019 sind die Leitlinien des BGM sowie die für dieses und das darauffolgende Jahr geplanten Ziele, vollkommen überarbeitet worden. Eine weitere Mitarbeiter*innenbefragung ist für das Jahr 2021 geplant. Die Mitarbeiter*innen arbeiten auch nach sechs Jahren noch partizipativ zusammen und die zu Beginn geschaffenen Strukturen, auf die im nachfolgenden Gliederungspunkt genauer eingegangen werden soll, wurden beibehalten. In der Geschichte des BGM der Kinder- und Jugendhilfe ist stets die Bemühung zu erkennen Daten auszuwerten und die Erfolge des BGM aufzuzeigen um überzeugend argumentieren zu können, jedoch wurde erst im Jahr 2019 ein konkretes Ziel dazu formuliert: Unter die Leitlinie „Wir erweitern und evaluieren unsere internen Analyseverfahren zum BGM.“ wurde das Ziel „. Ein Berichtswesen für das BGM ist bis Ende Juni 2019 erstellt und für eine Weiterverwendung für die Folgejahre geeignet“ formuliert. (vgl. ASB KJH, interne unveröffentlichte Dokumente, Band 2, Material 1)

Dem Unternehmen ist eine salutogene Ausrichtung wichtig. Zudem sind bedeutende Kennwerte: Fluktuation, Arbeitsunfälle, Teilnahmequoten sowie BEM-Gesprächswerte verschiedener Art bzw. Langzeiterkrankungen sowie die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen. Das Unternehmen hat bisher sporadisch Werte und Evaluationen erhoben bzw. durchgeführt. (vgl. ASB KJH, interne unveröffentlichte Dokumente) Die Akteure im Unternehmen wünschen sich vor allem eine einheitliche unkomplizierte Kommunikationshilfe für das betriebliche Gesundheitsmanagement, die unmissverständliche Werte beinhaltet. (ASB KJH, Absprache mit Geschäftsleitung, Controlling, Personalmanagement und BGM)

Im zweiten Band (Material 1) finden Sie eine umfassende chronologisch zusammengestellte Übersicht zu den Leitlinien, Schwerpunkten, Zielen und Maßnahmen und den

dazu durchgeführten Evaluationen des Unternehmens. Die Übersicht wurde aus den zur Verfügung gestellten Protokollen des Koordinierungskreises „Gesundheit“ zusammengestellt, da das Unternehmen selbst keine Übersicht dieser Art führt.

7.3. Aufbau BGM

Das betriebliche Gesundheitsmanagement der Kinder- und Jugendhilfe besteht aus den drei üblichen Säulen: dem gesetzliche Vorgeschriebenen Bereichen „Arbeitsschutz“ und dem „betrieblichen Eingliederungsmanagement“ und der arbeitgeberfreiwilligen Leistung, der „betrieblichen Gesundheitsförderung“. Das betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) war und ist dem Personalmanagement zugeordnet, Auswertungen und Prozessoptimierungen sind jedoch Themengebiete des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Grund für die Angliederung an das Personalmanagement sind fehlende zeitliche Ressourcen der Stabstelle BGM. Der Arbeitsschutz wurde bis Ende 2017 separat behandelt, ist seit 2018 jedoch in das BGM mit einbezogen worden, sodass der Arbeitsschutz auch durch die BGM-Stabstelle mit organisiert ist. Zur Erarbeitung von Leitlinien, Zielen und Maßnahmen im BGM, Auswertung von Analysen sowie zur Evaluation von Entscheidungen insbesondere von BGF-Maßnahmen, wurde das Gremium „Projektgruppe „Gesundheit““ als oberste Instanz gegründet. In diesem Gremium arbeiten vier ständige Mitglieder zusammen: die Geschäftsleitung, Mitarbeiter*innen aus dem Bereich Personal und Projektentwicklung und im Jahr 2013 wurde der externe Experte mit hinzugezogen. Ein weiteres Gremium ist der „Koordinierungskreis „Gesundheit““, dieser trifft sich circa viermal im Jahr und berät sich zu den Themen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Mitglieder werden im Abstand von zwei Jahren neu gewählt, einige Koordinierungskreisangehörige bleiben bestehen. Circa 12 Mitarbeiter*innen aus unterschiedlichen Bereichen und Hierarchieebenen sind vertreten: Geschäftsleitung, Betriebsrat, Einrichtungsleitung, Projektentwicklung, Personalbereich, Mitarbeiter*innen aus anderen Bereichen und 2013 zunächst ebenfalls der externe Berater. Mittlerweile trifft sich der Koordinierungskreis auch ohne die Geschäftsleitung. Partizipation der Mitarbeiter*innen soll durch die Rotation der Teilnehmer*innen gewährleistet werden. Zu Beginn des BGM-Prozesses wurden zudem drei Gesundheitslots*innen bestimmt, die jeweils für einen der drei Themenschwerpunkte Stress, Gesunde Ernährung und Bewegung als Ansprechpartner*in agieren sollten. Mittlerweile ist in jedem der circa 34 Teams der Kinder- und Jugendhilfe (seit 2017) ein*e Lots*in zu finden, die bzw. der sich um die Kommunikation von Gesundheitsthemen in ihrem/seinem Team und darüber hinaus bemüht.

Die folgende Abbildung, erstellt durch die Kinder- und Jugendhilfe, zeigt den Aufbau des BGM:

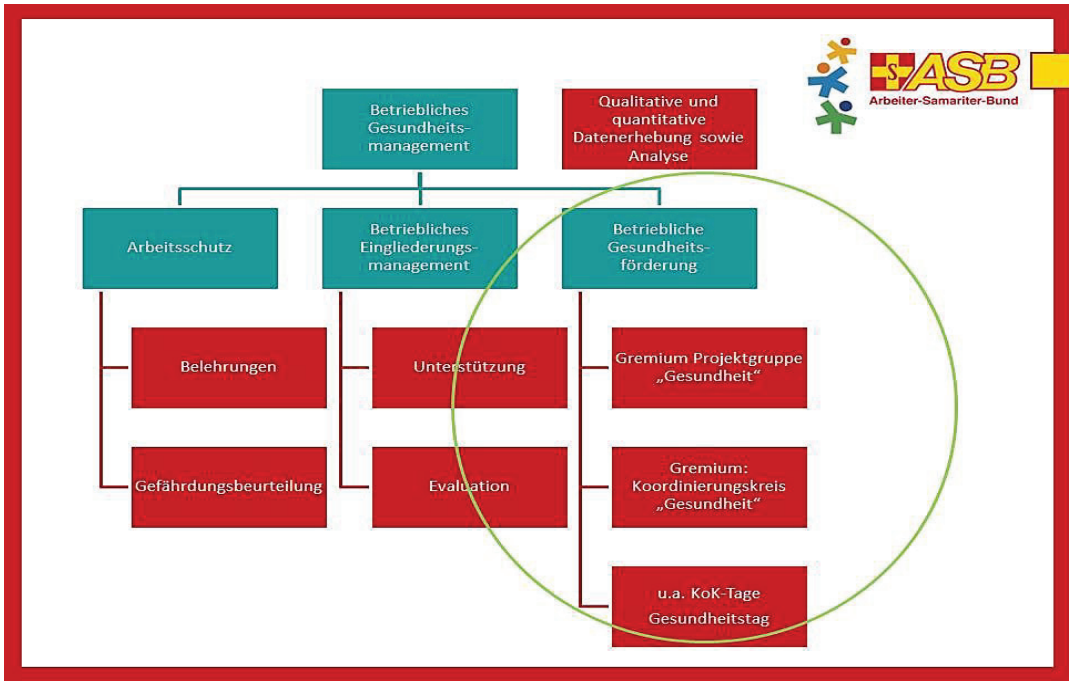


Abbildung 8: Organisationsstruktur der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock (ASB KJH, interne unveröffentlichtes Dokument)

7.4. Datengrundlage

Für die Erarbeitung von Kennzahlen und die Entwicklung des Berichtswesens für das BGM der KJH in Rostock stehen folgende Daten zur Verfügung:

- alle notwendigen Personenbezogenen Daten und einige Finanzdaten (Einkommen) der Jahre 2014-2018 in Sage HR Suite,
- im Unternehmen erstellte Statistiken vor der Einführung des BGM (2012),
- Ergebnisse der Mitarbeiter*innenbefragungen in Zusammenarbeit mit der BGW aus den Jahren 2014 und 2017 (Band 2, Materialien 4-7) und
- BEM-Gesprächsprotokolle.

Außerdem besteht die Möglichkeit der Durchführung eines Experteninterviews mit der Stabstelle BGM (im Juli 2019 durchgeführt). Der stetige Austausch mit dem Controlling und dem Personalmanagement ermöglichen die praxisnahe Erstellung des Berichtswesens.

Das Unternehmen hat bisher zwar vereinzelt Kennwerte genutzt und auch eine Tabelle erstellt, in der Personalzahlen und -Alter eingetragen wurden (für die Jahre 2015-2017),

jedoch sind diese Zahlen händisch eingegeben worden und die Erhebungsgrundlage ist nicht nachvollziehbar, sodass nicht auf bestehende Kennzahlen zurückgegriffen werden kann und die Daten zunächst alle systematisch analysiert werden müssen. Fehlende Daten werden im Berichtswesen als nicht vorhanden markiert und können durch das Unternehmen nachträglich ergänzt werden und in die Gesamtauswertung und Entscheidungsfindung mit einbezogen werden.

8. Das Berichtswesen für die ASB KJH in Rostock

8.1. individuelle Kennzahlenauswahl

*II. Materialien strukturieren bzw. geeignete Daten herausfiltern und daraus relevante, belastbare Kennzahlen bilden, die für das BGM des Unternehmens nutzbar sind und Erfolge des BGM aufzeigen können und sich zudem an den BGM-Zielen bzw. Leitlinien orientieren (in der Vergangenheit existieren keine darauf ausgerichteten Leitlinien und Zielvorgaben, jedoch ist dies zukünftig bedeutsam). Um den Zielerreichungsgrad zu ermitteln bzw. den BGM-Erfolg abzubilden müssen klar definierte Zielvorstellungen aufgezeigt werden. (vgl. Badura et al., 2001, S. 150) Zur Beurteilung des Erfolges gilt es dann den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen messbar oder zumindest beurteilbar zu machen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173) Die dafür gebildeten Kennzahlen müssen klar und unmissverständlich mit Hilfe von Kennzahlenblättern definiert werden. (vgl. BMWi, S. 3, 6)*

Es gibt in der Literatur verschiedene Möglichkeiten der Gliederung der Kennzahlen im BGM (siehe auch 4.5 Kennzahlen) , sie können nach „harten"- und „weichen" Kennzahlen (vgl. Pfannstiehl, Mehlich, 2016, S.188), krankheits- und gesundheitsbezogenen Kennzahlen (vgl. Stierle, Vera, 2007, S.7), absolute- lassen sich von relativen Kennzahlen und Indexzahlen abgrenzen (vgl. Havighorst, 2006, S. 16), oder wie Badura (vgl. Badura, 2007, F. 31) und später auch Uhle und Treier es handhaben, nach dem Schema des Treiber-Indikatoren-Modells gliedern. In diesem Modell werden Früh- von Spätindikatoren unterschieden. (vgl. Uhle & Treier, 2011, S. 187) Hinweise auf die Beschaffenheit der Kennzahl (weich oder hart) und auch hinsichtlich der Früh- oder Spätindikator-Beschaffenheit sollen in den jeweils erstellten Kennzahlenblättern ersichtlich werden.

Wichtig ist, die Kennzahlen an die individuellen Anforderungen des jeweiligen Unternehmens anzupassen und demnach, wie Schulte es treffend ausdrückt, ein „maßgeschneidertes" Kennzahlenrepertoire zu entwickeln. Dabei ist vor allem bedeutsam sich über die Ziele, die mit der Kennzahlenbildung in Verbindung stehen, bewusst zu werden und möglichst messbare Ziele zur Erfolgsmessung zu erarbeiten. Empfänger sollten geklärt, Vergleichsgrundlagen gefunden werden und personelle Ressourcen verfügbar sein. Festgelegte Erhebungszeitpunkte und -räume sind ebenfalls zu bestimmen ebenso wie Kommunikationswege und Darstellungsformen. (vgl. Schulte, 1989, S. 35) Eine

Bewertung der erhobenen Daten rückt letztlich wesentliche Handlungsfelder in den Fokus. (vgl. Neuner, 2016, S. 45) Für eine möglichst detaillierte Reflexion der Kennwerte ist eine gruppenspezifische Klassifikation beispielsweise nach Alter, Geschlecht oder verschiedenen Tätigkeitsfeldern im Unternehmen empfehlenswert. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 305)

Zunächst werden die „harten" Daten zur Bildung der objektiven Kennzahlen analysiert. Es wird geprüft welche Kennzahlen aus den zur Verfügung stehenden Materialien gebildet werden können und mit den verschiedenen Interessengruppen die gewünschten Kennzahlen ausgewählt.

Alle die Kennzahlen betreffenden Arbeiten werden mit Hilfe von Microsoft Excel, aufgrund der Verfügbarkeit des Programms im Unternehmen und der in der Literatur beschriebenen Eignung, durchgeführt. (vgl. Schmid-Gundram, 2014, S. 9) Pivot-Tabellen helfen bei der Analyse der umfassenden Datenmengen. Sie können sehr gut genutzt werden, um gruppenweise Auswertungen durchzuführen. (vgl. Neuner, 2016, S. 45)

Die Personenbezogenen Daten und die Finanzdaten (2014-2018) (=Routinedaten) (vgl. Badura, 2017, S. 105) des Unternehmens können zu folgenden Kennzahlen zusammengefasst werden:

- 1. Mitarbeiter*innenzahl
- 2. Durchschnittsalter
- 3. Personalkosten

Diese drei Kennzahlen sind notwendig um beispielsweise Quoten zu errechnen und sind als allgemeine Kennzahlen somit zuerst zu bilden. Außerdem entstehen für das BGM aus diesen Daten die Kennzahlen:

- 4. Krankheitsquote
- 5. Gesundheitsquote
- 6. Krankheitskosten
- 7. Arbeitsunfallaufkommen
    - 7.1. Arbeitsunfallquote
    - 7.2. durchschnittliche Ausfalldauer je Arbeitsunfall
    - 7.3. Arbeitsunfälle je 1000 Vollbeschäftigte *(Benchmarking möglich)*
- 8. Fluktuationsrate
    - 8.1. Fluktuationsrate gesamt
    - 8.2. Fluktuationsrate Aufhebungen und Kündigungen

Zudem kann aus den Routinedaten die (9.)BGM-Maßnahme 9.1.„KoK-Tage“ mit Kennwerten unterlegt werden, um die Akzeptanz und die Nutzung zu analysieren.

Aus den statistischen Erhebungen des Unternehmens für das Jahr 2012 können bei den folgenden „harten“ Kennzahlen Daten ergänzt werden: Mitarbeiter*innenzahl, Durchschnittsalter, Personalkosten, Krankheitskosten, Gesundheitsquote und Krankheitsquote. Für das Jahr 2013 liegt ausschließlich eine Mitarbeiter*innenzahl vor.

Durch die Bearbeitung der Ergebnisse der Mitarbeiter*innenbefragungen aus den Jahren 2014 und 2017 (Fragebogen, Band 2, Material 3) entstehen durch Zusammenfassung der einzelnen Fragenkategorien und Gewichtung dieser, „weiche“ Kennzahlen. Dafür werden die Fragenkategorien in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle BGM zusammengefasst und gewichtet, sodass folgende Kennzahlen entstehen:

- 11. Mitarbeiter*innenzufriedenheit
- 12. Sinnhaftigkeit der Arbeit
- 13. Gesundheitsempfinden
- 14. Arbeitssituationsbefinden
- 15. Work-Life-Balance

Bei den „weichen“ Kennzahlen kann ein Benchmarking erfolgen (Ausnahme: Work-Life-Balance), da in der Befragung eine externe Vergleichsgruppe angegeben ist.

Die BEM-Gesprächsprotokolle lassen die Evaluation des (10.) BEM-Prozesses mit Hilfe weniger Kennzahlen zu.

Das Experteninterview klärt nicht nur wesentliche Entwicklungsschritte und Einflüsse auf das BGM auf, es werden zudem wichtige Einflüsse im Unternehmen zum Zeitpunkt der Mitarbeiter*innenbefragungen erläutert, so gab es 2017 durch die Einführung eines neuen Dienstplansystems bei den Pädagogen zum Zeitpunkt der Befragung Unzufriedenheiten, die sich in den Ergebnissen der Befragung niederschlagen. Dies muss bei der Interpretation beachtet werden.

Kennzahlen, die anhand der zur Verfügung stehenden Daten nicht erhoben werden können, deren Erhebung aber als wichtig angesehen wird, finden sich im Gliederungspunkt „weitere Analysemöglichkeiten“ wieder. Beispielsweise wurde im vorherigen Gliederungspunkt das BGM-Budget als Kennzahl bereits vorgestellt. Eine Budgetgröße wurde im Interview zwar benannt doch wäre es sinnvoll das Budget ins Verhältnis zur Anzahl der Maßnahmen oder zur Anzahl der geleisteten Arbeitsstunden im Bereich BGM zu

setzen und Zahlen zu mehreren Jahren zu erheben, die für den ausgewählten Berichtszeitraum (2014-2018) nicht vorliegen.

Nach eingehender Datenanalyse und Absprache mit den verschiedenen Unternehmensbereichen sind für das BGM somit vorerst 15 Kennzahlen vorgesehen, die mit Hilfe des Berichtswesens kommuniziert werden können. Um Kennzahlen unternehmensintern vergleichen zu können wurden bereits einige Untersuchungsgruppen gebildet, die bei Bedarf ergänzt werden können. (vgl. Badura et al., 2013, S. 140) Für jede der genannten Kennzahlen soll zunächst eine Definitionsgrundlage erstellt werden, auf die zurückgegriffen werden kann, um die Aussage der Kennzahl richtig zu deuten. Diese sogenannten „Kennzahlenblätter“ sind einheitlich aufgebaut und nach dem Vorbild Christof Schultes (1989, S.53-113) gestaltet, welcher diese für Kennzahlen im Personalmanagement erstellte.

Zu jeder der 15 Kennzahlen sollen nun das Kennzahlenblatt, das Vorgehen bei der Erstellung der Kennzahl und der Nutzen für das BGM beschrieben werden.

1. Mitarbeiter*innenzahl

Kennzahlenbezeichnung: Mitarbeiter*innenzahl [Jahresdurchschnitt]	**Kennzahlen-Nr.: 1**
Beschreibung/Formel	Anzahl Mitarbeiter*innen im Unternehmen
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Geschlechter - Funktionsbereiche - Alterskohorten
Frequenz/Erhebungszeit-punkt/Erhebungszeitraum	Monatlich, Zusammenfassung zu Jahresdurchschnitt
Anwendungsbereich	Statistik, Grundlage für die Erstellung von Kennzahlen
Kennzahlenzweck	Beobachtung der Entwicklung des Unternehmens insgesamt (Wachstumsentwicklung)
Basisdaten	Sage HR Suite Controlling Stammdaten
Vergleichsgrundlagen	Zeitvergleich
Interpretation	Die Kennzahl gibt ein differenziertes Gesamtbild über die Mitarbeiter*innenzahl der ASB KJH. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen kann aufgezeigt werden, ebenso Entwicklungen einzelner Funktionsbereiche und Alterskohorten. Diese Kennzahl wird als Grundlage für die Berechnung verschiedener folgender Kennzahlen benötigt, zählt somit zu den Statistik-Kennzahlen.
Darstellung	Excel-Tabelle, Balkendiagramm, Kreisdiagramm

*Tabelle 1: Kennzahlenblatt Mitarbeiter*innenzahl (nach Schulte, 1989)*

Die Mitarbeiter*innenzahl dient als Grundlage um beispielsweise Krankheitsquoten oder BEM-Quoten bestimmen zu können. Die Daten stammen aus Sage HR Suite. Monatlich können Tabellen in Excel exportiert werden, die die aktiven Arbeitnehmer*innen, das Geschlecht, das Geburtsdatum und den Funktionsbereich beinhalten. Das Geburtsdatum wird für die Berechnung des Alters benötigt, um die Gliederung in Alterskohorten vornehmen zu können. Die monatlichen Tabellen können nach Beseitigung von Dopplungen zu einer Gesamttabelle zusammengefügt werden. Die Abbildung zeigt einen Ausschnitt der Tabelle, persönliche Daten sind nicht enthalten.

H2 =DATEDIF(F2;A2;"Y")

	A	B	C	D	E	G	H	I
1	Datum	Monat	Jahr	ID	Geschlecht (Person)	Funktionsbereich	Alter	
2	31.01.2014	Januar	2014	12817	w	Pädag. Personal	73	F=Geburtsdatum
3	31.01.2014	Januar	2014	9931	w	Pädag. Personal	33	
4	31.01.2014	Januar	2014	10437	m	Pädag. Personal	31	
5	31.01.2014	Januar	2014	8127	w	Pädag. Personal	52	
6	31.01.2014	Januar	2014	10425	w	Pädag. Personal	32	
7	31.01.2014	Januar	2014	20360	w	Pädag. Personal	32	
8	31.01.2014	Januar	2014	8703	w	Pädag. Personal	45	
9	31.01.2014	Januar	2014	12825	w	Pädag. Personal	57	
10	31.01.2014	Januar	2014	20290	w	Pädag. Personal	70	
11	31.01.2014	Januar	2014	32588	w	Leitung	35	
12	31.01.2014	Januar	2014	9254	w	Leitung	44	
13	31.01.2014	Januar	2014	32719	m	Pädag. Personal	33	
14	31.01.2014	Januar	2014	20323	w	Pädag. Personal	50	
15	31.01.2014	Januar	2014	10241	m	Pädag. Personal	36	
16	31.01.2014	Januar	2014	10617	m	Verwaltung	24	
17	31.01.2014	Januar	2014	12837	w	Pädag. Personal	37	
18	31.01.2014	Januar	2014	8621	w	Techn. Personal	54	
19	31.01.2014	Januar	2014	12421	m	Pädag. Personal	40	
20	31.01.2014	Januar	2014	8084	w	Pädag. Personal	59	

*Tabelle 2: Ausschnitt der Gesamttabelle Mitarbeiter*innenanzahl und Alter (eigene Darstellung)*

Die Spalten Datum, Jahr und Monat werden separat erstellt. Das Alter wird mit der Formel „Datedife“ für alle Zeilen der Tabelle berechnet. Die Zusammenfassung der Monate der Jahre 2014-2018 bildet die Grundlage für eine Pivot-Tabelle aus der die „Diskrete Anzahl“ der Mitarbeiter*innen, geordnet nach Jahren, monatsweise gegliedert, die benötigten Werte abbildet.

	B	C	D
	Geschlecht	(Alle)	
	Funktionsbereich	(Alle)	
	Alterskohorten	(Alle)	
	Zeilenbeschriftungen	Anzahl von Pers-Nr	
	⊟2014		
	Januar	302	
	Februar	306	
	März	307	
	April	308	
	Mai	309	
	Juni	313	
	Juli	318	
	August	322	
	September	318	
	Oktober	315	
	November	311	
	Dezember	315	
	⊞2015		
	⊞2016		
	⊞2017		
	⊞2018		

*Tabelle 3:Pivot-Tabelle Mitarbeiter*innenanzahl (eigene Darstellung)*

Diese können dann, aus Übersichtlichkeitsgründen, in eine Ergebnistabelle übertragen bzw. kopiert werden. Die Monatswerte können dann zu einem Jahresdurchschnitt zusammengefasst werden. Die Mitarbeiter*innenzahl wird für die Jahre 2014-2018 erhoben. Für das Jahr 2012 liegen vom Unternehmen erhobene Zahlen vor (Erhebungsart unbekannt) Auch für das Jahr 2013 liegt ein Wert vor. Mitarbeiter*innenzahlen gegliedert in Männer, Frauen und Diverse (ab 2019) (=Geschlechter), Geringverdiener (ab 2016), Leitung, Pädagogisches Personal, Technisches Personal, Therapeutisches Personal und Verwaltung sowie nach Unter 30 Jährigen, 30-39 Jährigen, 40-49 Jährigen, 50-59 Jährigen und über 60-Jährigen (=Alterskohorten) können mit Hilfe der Filtersetzung in der Pivot-Tabelle ermittelt werden.

	A	B	C	D	F	G	H	I	J	K	L
4	Monat	Jahr	Zeitraum	Mitarbeiter gesamt	Anzahl <30 Jährige	Anzahl 30-39 Jährige	Anzahl 40-49 Jährige	Anzahl 50-59 Jährige	Anzahl 60+ Jährige	Männer Gesamt	Frauen Gesamt
17		2014	2014	312	63	80	77	73	19	79	233
30		2015	2015	327	75	80	80	71	22	83	245
43		2016	2016	335	76	83	83	72	21	89	246
56		2017	2017	336	74	86	79	76	21	95	241
69		2018	2018	377	82	95	81	88	30	99	277
82		2019									
83											
84											
85											

*Tabelle 4: Ausschnitt Ergebnistabelle Mitarbeiter*innenanzahl 2014-2018 (eigene Datstellung)*

2. Durchschnittsalter

Kennzahlenbezeichnung: Durchschnittsalter [Jahresdurchschnitt]	**Kennzahlen-Nr.: 2**
Beschreibung/Formel	$\frac{Summe\ Lebensjahre\ MitarbeiterInnen}{Anzahl\ MitarbeiterInnen}$ [Jahre]
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Geschlechter - Funktionsbereiche
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Monatliche Erfassung, Zusammenfassung zu Jahresdurchschnitt
Anwendungsbereich	Statistik, Personalmanagement, BGM
Kennzahlenzweck	Analyse der Altersstruktur zur rechtzeitigen Intervention bei Veränderung Beispielzielvorgabe: Sicherstellung eines ausgewogenen Altersverhältnisses im Unternehmen, Planung altersgerechte Maßnahmen
Basisdaten	Sage HR Suite Controlling Alter, Nutzung Kennzahl Nr.1

Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, Vergleich der Gruppen untereinander
Interpretation	Gibt Auskunft über die aktuelle Altersstruktur, lässt Zukunftsprognosen zu und kann somit potenzielle Lücken hinsichtlich Kompetenzen, Erfahrung und Wissen aufzeigen. Risiken werden frühzeitig sichtbar und können in zukünftige Planungen einfließen.
Darstellung	Excel-Tabelle, Säulendiagramm

Tabelle 5: Kennzahlenblatt Durchschnittsalter (nach Schulte, 1989)

Das Alter der Mitarbeiter*innen ist in der Tabelle der Mitarbeiter*innenanzahl bereits ausgewertet. Die Berechnung des Alters ist bereits erfolgt. Es ist lediglich eine neue Pivot-Tabelle zu erstellen, in der die Mittelwerte des Alters monatlich angezeigt werden. Gliederungen sind durch Filtersetzung möglich. Die Werte können in der Ergebnistabelle ergänzt werden.

3. Personalkosten

Kennzahlenbezeichnung: Personalkosten [€]	**Kennzahlen-Nr.: 3**
Beschreibung/Formel	3.1. $\frac{Gesamtbrutto + Arbeitgeber*innenanteil}{365\ Tage \times Anzahl\ Mitarbeiter*innen}$ [je Mitarbeiter*in am Tag] 3.2. $\frac{Gesamtbrutto + Arbeitgeber*innenanteil}{Anzahl\ MitarbeiterInnen}$ [je Mitarbeiter*in im Jahr] (nicht berücksichtig werden Abgaben an die Berufsgenossenschaft (einmal jährliche Abführung) und Zuschläge in einzelnen Funktionsbereichen (insbesondere bei dem Pädagogischen Personal vorhanden))
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Funktionsbereiche
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Jährliche Erfassung
Anwendungsbereich	Statistik, Geschäftsführung, BGM: Berechnung Krankheitskosten
Kennzahlenzweck	Die Kosten für den Personaleinsatz sind für ein Unternehmen von Bedeutung. Im Rahmen des BGM sind sie Grundlage für die Berechnung der Krankheitskosten.
Basisdaten	Sage HR Suite Controlling „Gesamtbrutto“, Arbeitgeberanteil
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich
Interpretation	Klarheit über die Personalkosten, die definitiv abzudecken sind. Steigt die Mitarbeiter*innenzahl steigen auch die Kosten. Im Zeitverlauf erfolgen möglicherweise

	Gehaltserhöhungen. In dieser Kennzahl sind keine Zuschläge enthalten und auch BG-Abgaben fehlen.
Darstellung	Excel-Tabelle

Tabelle 6: Kennzahlenblatt Personalkosten (nach Schulte, 1989)

Die Erhebung der Personalkosten ist für die später erfolgende Berechnung der Krankheitskosten wichtig. In Sage Sage HR Suite kann eine Pivot-Tabelle erstellt werden (für die Jahre 2014-2018) in denen die Bruttogehälter sowie der Arbeitgeberanteil der Mitarbeiter*innen und die Funktionsbereiche ersichtlich werden. Diese Tabelle kann dann in Microsoft Excel übertragen werden. Dort können die Kosten aufaddiert werden, Dopplungen herausgelöscht werden und eine Gesamtsumme ermittelt werden, die dann „je Mitarbeiter*in“ und „je Mitarbeiter*in am Tag“ für die weitere Analyse genutzt werden kann. Nicht berücksichtigt sind hier Zuschläge, die insbesondere bei den Pädagogen von hohem Ausmaß sind. Daher ist der Wert, der sich am Ende ergibt, weitaus niedriger als er real wäre(lediglich reguläre Personalkosten erfasst).

4. Krankheitsquote

Kennzahlenbezeichnung: Krankheitsquote [%]	**Kennzahlen-Nr.: 4**
Beschreibung/Formel	$\frac{Tage\ der\ Abwesenheit\ durch\ Krankheit}{MitarbeiterInnenzahl * 365\ Tage} * 100$
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Geschlechter - Funktionsbereiche - Alterskohorten
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Monatliche Erfassung, Zusammenfassung zu Jahresdurchschnitten
Anwendungsbereich	BGM: Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen analysieren Personalmanagement: Personalplanung, Personalbelastung
Kennzahlenzweck	Diese *harte Kennzahl* ist dem Human Ressourcen Management zuzuordnen und dient zum Erkennen von Trends und zur Beobachtung der Entwicklung des Krankenstands im Unternehmen. Sie weist als *Spätindikator* auf den Erfolg bzw. den Misserfolg vergangener Maßnahmen hin und bewirkt im zweiten Fall die Einleitung von Gegenmaßnahmen. (vgl. Gutmann, 2019, 83, 84) Dabei sollen nur Krankheitsarten berücksichtigt werden, die die Gesundheit der Mitarbeiter*in selbst betreffen. Beispielsweise zählt „Krank mit Kind“ nicht dazu, Langzeiterkrankungen hingegen schon, auch

	wenn sie der Arbeitsgeberin bzw. dem Arbeitgeber keine Lohnkosten verursachen, Produktivitätsausfallkosten entstehen ihr/ihm trotzdem. Es gilt zu identifizieren womit die Krankheit der Mitarbeiter*innen in Verbindung gebracht werden kann und wo die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber unterstützen kann. Beispielzielvorgabe: Mitarbeiter*innengesundheit stärken, indem geeignete Interventionen zur Erhaltung und Förderung im BGM entwickelt und durchgeführt werden. Die Krankheitsquote auf 5% oder niedriger halten bzw. senken. (Explizite Maßnahmen, die im BGM durchgeführt werden können an dieser Stelle benannt werden)
Basisdaten	Sage Controlling: Fehlzeiten: Arbeitsunfall, Krank, Krank mit Bezug ab 1. Tag (=Langzeiterkrankungen), Krank ohne Krankenschein, Kur
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, interner Vergleich Geschlechter, Funktionsbereiche, Alterskohorten
Interpretation	Die Krankheitsquote gibt Aufschluss über den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen und quantifiziert den Leistungsausfall bzw. die Leistungssteigerung den der Arbeitgeber aufgrund von Krankheit zu erwarten hat. Erfasst werden die Zeitarten: „Krank“, „Arbeitsunfall“, „Krank ohne Krankenschein“, „Kur“ und auch Langzeiterkrankungen („Krank mit Bezug ab 1. Tag“) werden miterfasst. Diese Kennzahl steht in einer Wechselbeziehung zur Arbeitszufriedenheit und zum Betriebsklima. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 307) Die Zu- oder Abnahme der Krankentage kann durch vielerlei Einflussfaktoren bedingt sein, was der Berücksichtigung der jeweils im Unternehmen durchgeführten Maßnahmen und Veränderungen bedarf. Auch externe, arbeitsplatzfremde Einflüsse wirken sich auf den Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen aus. Ziel sollte nicht die Senkung des Krankenstandes auf ein Minimum sein, da dadurch die Gefahr besteht, dass Präsentismus zunimmt.
Darstellung	Excel-Tabelle, Liniendiagramm

Tabelle 7: Kennzahlenblatt Krankheitsquote (nach Schulte, 1989)

Die Krankheitsquote ist die am meisten verwendete Kennzahl für die Beurteilung des Arbeitsunfähigkeitsgeschehens. Esslinger sieht in dieser Kennzahl den Ausdruck von Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen insgesamt und ihrer Einstellung zur Arbeitssituation. Durch Fehlzeiten werden insbesondere anwesende Mitarbeiter*innen zunehmend

belastet. Zu beachten ist, dass die Krankheitsquote niemals gleich null sein kann. (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 58) Sie ist die erste spezielle BGM-Kennzahl in dieser Ausarbeitung, leicht erfassbar und quantifizierbar. Sie zählt zu den Spätindikatoren und dient dazu eine negative Entwicklung durch geeignete Maßnahmeninitiierung zu stoppen und einen positiven Trend weiter zu fördern. (vgl. Gutmann, 2019, 83, 84)

Die Daten sind wiederum aus Sage HR Suite entnommen. Eine Pivot-Tabelle wird erstellt in der die Krankentage bzw. „Zeitarten", für den gesamten Auswertungszeitraum (2014-2018) in Monate unterteilt angezeigt werden können. Um später aus der entstehenden Excel-Tabelle noch andere Kennzahlen ableiten zu können werden „Zeitart" und „Art der Fehlzeit" in Sage noch nicht gefiltert. Die Pivot-Tabelle kann in Microsoft Excel exportiert werden und Monat für Monat kann zu einer Gesamttabelle umgewandelt werden. Hierbei gilt es wiederum Dopplungen zu beachten und zu entfernen. Es entsteht eine Tabelle in der Form, in der bereits die Mitarbeiter*innenzahl und das Durchschnittsalter erfasst sind, lediglich mit andren Daten:

	A	B	C	D	E	G	H	I	J
1	Datum	Monat	Jahr	ID	Geschlecht	Kostenträger (Person)	Art der Fehlzeit	Zeitart	Fehltage (Summe)
2	30.11.2014	11	2014	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	4
3	31.05.2015	05	2015	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	3
4	30.06.2015	06	2015	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Resturlaub Vorjahr	5
5	31.08.2015	08	2015	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	1
6	30.09.2015	09	2015	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Resturlaub Vorjahr	2
7	30.09.2015	09	2015	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	8
8	30.11.2015	11	2015	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	7
9	31.12.2015	12	2015	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	4
10	31.01.2016	01	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	1
11	29.02.2016	02	2016	10756	m	Pädag. Personal	Sonstige	Weiterbildung	1
12	31.03.2016	03	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	6
13	31.05.2016	05	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	1
14	31.05.2016	05	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Resturlaub Vorjahr	4
15	30.06.2016	06	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	4
16	30.06.2016	06	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Resturlaub Vorjahr	3
17	30.06.2016	06	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	1
18	31.07.2016	07	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	1
19	31.07.2016	07	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	3
20	31.08.2016	08	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	3
21	31.08.2016	08	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	2
22	30.09.2016	09	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	5
23	31.10.2016	10	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank	4
24	31.10.2016	10	2016	10756	m	Pädag. Personal	Krankheit	Krank ohne KS	1
25	30.11.2016	11	2016	10756	m	Pädag. Personal	Urlaub	Urlaub bezahlt	7

Tabelle 8: Ausschnitt der Gesamttabelle Abwesenheiten (eigene Darstellung)

Der weitere Ablauf ist wie bereits zuvor beschrieben: Bildung einer Pivot-Tabelle in Microsoft Excel und Erfassung der Ergebnisse in der Ergebnistabelle.

5. Gesundheitsquote

Kennzahlenbezeichnung: Gesundheitsquote [%]	**Kennzahlen-Nr.: 5**
Beschreibung/Formel	$\frac{\text{Tage der Anwesenheit}}{365\ \text{Tage} \times \text{Anzahl Mitarbeiter*innen}} \times 100$

	oder 100% - Krankheitsquote [%]
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Geschlechter - Funktionsbereiche - Alterskohorten
Frequenz/Erhebungszeit-punkt/Erhebungszeitraum	Monatliche Erfassung, Zusammenfassung zu Jahres-durchschnitten
Anwendungsbereich	BGM: Gesundheitszustand der Mitarbeiter*innen auf positive Weise im erheben und kommunizieren
Kennzahlenzweck	Ebenfalls dem Human-Ressourcen-Management zuzu-ordnen (= Gegenstück zur Krankheitsquote und somit ebenfalls ein *Spätindikator*) als salutogenetische und somit modernere Herangehensweise. Die Frage, die diese *harte Kennzahl* beantwortet ist: Wie viele Tage sind die Mitarbeiter*innen des Unter-nehmens anwesend. Es gilt wiederum Trends zu erken-nen und die Entwicklung der Gesundheit der Mitarbei-ter*innen im Unternehmen zu beobachten was auf Er-folge bzw. Misserfolge durchgeführter Maßnahmen ver-weist. (vgl. Gutmann, 2019, S. 84–99) Wirken sich die getroffenen BGM-Maßnahmen positiv auf die Gesundheit im Unternehmen aus? (Einführung BGM 2013) Beispielzielvorgabe: Mitarbeiter*innengesundheit wert-schätzen und beobachten. Die Gesundheitsquote auf 95% oder höher halten bzw. steigern.
Basisdaten	Sage Controlling Abrechnungsdaten, Sage Fehlzeiten: Arbeitsunfall, Krank, Krank ohne Krankenschein, Krank mit Bezug ab 1. Tag (=Langzeiterkrankungen), Kur wer-den von den Gesamten Anwesenheitstagen subtrahiert
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, interner Vergleich Geschlechter, Funkti-onsbereiche, Alterskohorten
Interpretation	Die Gesundheitsquote ist das Gegenstück zur Krank-heitsquote und gibt Aufschluss über den Gesundheits-zustand der Mitarbeiter*innen und quantifiziert den Leistungseinsatz, den die Arbeitgeberin/der Arbeitgeber erwarten kann, wenn alle Krankentag (inklusive Lang-zeiterkrankungen) abgezogen sind. Diese Kennzahl kann neben der Gesundheitsstruktur der Mitarbeiter*in-nen auch eingeschränkt Aufschlüsse über die Arbeits-zufriedenheit und das Arbeitsklima aufzeigen. Die Ge-sundheitsquote wird durch vielerlei Faktoren beein-flusst, was der Berücksichtigung der jeweils im Unter-nehmen stattgefundenen Maßnahmen bzw.

	Veränderungen bedarf. Ein Sinken kann aber auch durch einen nicht beeinflussbaren Vorfall, beispielsweise eine Grippewelle bedingt sein. (vgl. Havighorst, 2006, S. 45–46) Zu beachten ist außerdem, dass anwesende Mitarbeiter*innen nicht immer auch gesund sind (Präsentismus). (vgl. Gutmann, 2019, S. 84–99)
Darstellung	Excel-Tabelle, Liniendiagramm

Tabelle 9: Kennzahlenblatt Gesundheitsquote (nach Schulte, 1989)

Die Gesundheitsquote, als Gegenstück der Krankheitsquote ist die modernere Art über Krankheitsaufkommen zu reden und vor allem auch die wertschätzende Herangehensweise. Je höher die Gesundheitsquote umso besser. (vgl. Gutmann, 2019, S. 84–99) Jedoch ist auch hier die Zielsetzung, die Gesundheitsquote auf 100 Prozent zu steigern, nicht umsetzbar. Ziel sollte es ab einer gewissen Höhe eher sein die Gesundheitsquote stabil zu halten, bei abrupter Reduktion die Ursache zu ergründen und geeignet zu intervenieren.

Die Gesundheitsquote soll im Unternehmen als Kommunikationsgrundlage genutzt werden und kann einfach ermittelt werden, indem von einhundert Prozent die Krankheitsquote des jeweiligen Monats bzw. Jahres abgezogen wird. Die Werte können dann in die Ergebnistabelle eingetragen werden.

6. Krankheitskosten

Kennzahlenbezeichnung: Krankheitskosten [€]	**Kennzahlen-Nr.: 6**
Beschreibung/Formel	6.1. $Personalkosten\ je\ MitarbeiterIn\ pro\ Tag \times \times Krankheitsquote \times 365\ Tage$ [je Mitarbeiter*in im Jahr] 6.2. $Personalkosten\ je\ MitarbeiterIn\ im\ Jahr \times Anzahl\ MitarbeiterInnen \times Krankheitsquote$ [im Jahr] (die Personalkosten berücksichtigen keine Abgaben an die Berufsgenossenschaft (einmal jährliche Abführung) und Zuschläge (insbesondere bei dem Pädagogischen Personal))
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Funktionsbereiche
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Jährliche Erfassung
Anwendungsbereich	Geschäftsführung, BGM

Kennzahlenzweck	Die Kosten, die ein Unternehmen durch Erkrankungen der Mitarbeiter*innen ausgibt sind wichtige statistische Werte, die im Fokus der Aufmerksamkeit liegen sollten Beispielzielvorgabe: Fehlzeiten auf 5% oder niedriger halten bzw. senken, was zu einer gesteigerten Produktivität führt und zu sinkenden Personaleinsatzkosten. (vgl. Artmann, 2019, S. 55)
Basisdaten	Sage HR-Suite Controlling: Gesamtbrutto, Arbeitgeberanteil, Mitarbeiter*innenzahl, Krankheitsquote
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, interner Vergleich, Gesamtunternehmen, Funktionsbereiche
Interpretation	Diese Kennzahl gibt Auskunft über die Höhe der Ausgaben bei Abwesenheit der Mitarbeiter*innen. Im Zeitverlauf erfolgen möglicherweise Gehaltserhöhungen, die die Kosten ansteigen lassen, auch wenn die Krankheitsquote eventuell gar nicht angestiegen ist. (Berücksichtigung der Kennzahlen Nr. 3 und Nr. 4) Sinken die Fehlzeiten, sinken auch die Krankheitskosten in der Regel. Allerdings werden mit dieser Kennzahl lediglich Gehaltsbeträge erfasst und keine Produktivitätsverluste. Artmann geht davon aus, dass ein*e *Mitarbeiter*in einem Unternehmen mehr einbringt als sie bzw. er diesem kostet. Aufwendungen, die durch den Einsatz zusätzlicher Mitarbeiter*innen entstehen sind ebenfalls nicht erfasst, ebenso wie die langsamen Verschleißerscheinungen der eigentlich Gesunden, die für die Kranken einspringen. (vgl. Artmann, 2019, S. 55)
Darstellung	Excel-Tabelle, Balkendiagramm

Tabelle 10: Kennzahlenblatt Krankheitskosten (nach Schulte, 1989)

Die Krankheitskosten sollen im Zuge des BGM erhoben werden und können ins Verhältnis zu den Personalkosten gesetzt werden. Eine extra-Erhebung ist nicht notwendig, da die bereits erstellten Kennzahlen: Mitarbeiter*innenzahl, Personalkosten und Krankheitsquoten Grundlage für die Erstellung der Kennzahl sind. Die Werte sind durch einfache Berechnung mit Microsoft Excel in der Ergebnistabelle zu ergänzen.

7. Arbeitsunfallaufkommen

Kennzahlenbezeichnung: Arbeitsunfallaufkommen [%; Tage]	**Kennzahlen-Nr.: 7**
Beschreibung/Formel	7.1. Arbeitsunfallquote: $\frac{Arbeitsunfälle\ im\ Jahr}{Anzahl\ MitarbeiterInnen} \times 100$ [%]

	7.2. durchschnittliche Ausfalldauer je Arbeitsunfall: $\frac{Arbeitsunfalltage\ im\ Jahr}{Arbeitsunfälle\ im\ Jahr}$ [Tage] 7.3. Arbeitsunfälle je 1000 Vollbeschäftigte: $\frac{Arbeitsunfälle\ im\ Jahr \times 1000}{(MitarbeiterInnenzahl\ gesamt - Geringverdiener)}$
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Jährlich
Anwendungsbereich	Statistik, Unternehmensleitung, BGM: Maß für die Arbeitssicherheit
Kennzahlenzweck	Die Arbeitsunfallquote als objektive bzw. „*harte" Kennzahl*, kann als *Spätindikator* Information über die ausreichende Information der Beschäftigten bezüglich Arbeitsschutzmaßnahmen geben. (vgl. Esslinger et al., 2010, 58, 59) Sie sagt etwas über den körperlichen Gesundheitszustand aus. (vgl. Badura, 2017, S. 102) Verunfallte Mitarbeiter*innen müssen durch gesunde Mitarbeiter*innen vertreten werden. Die durchschnittliche Ausfalldauer wegen eines Arbeitsunfalls zeigt die Schwere der Arbeitsunfälle an und die Dauer des Ausfalls, für die ein*e andere*r Mitarbeiter*in einsatzbereit sein muss. Die „1000-Mann-Quote" ermöglicht externe Vergleiche. Ziel: Arbeitsunfällen vorbeugen durch optimale Arbeitsschutzmaßnahmen. Arbeitsunfallrate auf 2% senken bzw. unter 2 % halten.
Basisdaten	Sage HR Suite Controlling: Fehlzeiten: Arbeitsunfälle
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, externes Benchmarking zu Daten der gesetzlichen Unfallversicherung (Branchenvergleichszahlen und Gesamtzahlen)
Interpretation	Arbeitsunfälle sind für Mitarbeiter*innen eine arge Belastung, sowohl für die Mitarbeiter*innen, die einen solchen erleiden, als auch für die Vertreter*innen. Arbeitsschutzschulungen können helfen Arbeitsunfälle zu verhindern, vollkommen vermeidbar sind sie jedoch nicht. Sehr niedrige Unfallzahlen weisen auf eine hohe Sicherheit am Arbeitsplatz hin, zumal bei der Erfassung nicht zwischen Wegeunfall und Arbeitsunfall differenziert wird und genauere Aussagen somit nicht möglich sind.
Darstellung	Excel-Tabelle, Balkendiagramm

Tabelle 11: Kennzahlenblatt Arbeitsunfallaufkommen (nach Schulte, 1989)

Die Zahl der Arbeitsunfälle in einem Unternehmen kann als Ausmaß für die Sicherheitsbedingungen am Arbeitsplatz angesehen werden. Ist die Zahl jedoch sehr gering, ist die Aussagekraft dieser Kennzahl eingeschränkt. (vgl. Badura et al., 2013, S. 58)

Durch die vorherige Entwicklung einer Auswertungstabelle für die Abwesenheiten insgesamt (Krankheitsquote) ist eine separate Tabellenbildung nicht notwendig. Aus der bereits erstellten Excel-Tabelle für Kennzahl Nr.4 kann direkt eine Pivot-Tabelle gebildet werden, die die „Diskrete Anzahl“ der Mitarbeiter*innen anzeigt, die in einem Jahr einen Arbeitsunfall hatten.

	A	B	C
1	Zeitart	Arbeitsunfall	
2			
3	**Zeilenbeschriftungen**	**Anzahl Mitarbeiter*innen**	**Summe Fehltage**
4	2014	8	96
5	2015	13	127
6	2016	12	181
7	2017	7	149
8	2018	9	226
9	**Gesamtergebnis**	**45**	**779**
10			

Tabelle 12: Pivot-Tabelle Arbeitsunfallaufkommen (eigene Darstellung)

Auch die Summe der Tage, die auf Arbeitsunfälle zurückzuführen sind, können direkt mit angezeigt werden. Durch Errechnung der Arbeitsunfälle je 1000 Vollbeschäftigte (Abzug der Geringverdiener muss erfolgen), kann ein externes Benchmarking erfolgen.

Die Werte können dann in die Formeln eingesetzt und in die Ergebnistabelle eingetragen werden.

8. Fluktuationsrate

Kennzahlenbezeichnung: Fluktuationsrate [%]	**Kennzahlen-Nr.: 8**
Beschreibung/Formel	8.1. Fluktuationsrate gesamt: beinhaltet alle Mitarbeiter*innen, die das Unternehmen verlassen $\frac{Anzahl\ MitarbeiterInnen,\ die\ Unternehmen\ verlassen}{Anzahl\ MitarbeiterInnen\ gesamt}$ 8.2. Fluktuationsrate Aufhebungen und Kündigungen: beinhaltet lediglich die Fluktuationsarten Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbedingte Kündigung und Vertragsaufhebung $\frac{Anzahl\ MitarbeiterInnen, die\ das\ Unternehmen\ auf grund\ von\ Kündigung\ oder\ Aufhebung\ verlassen}{Anzahl\ MitarbeiterInnen\ gesamt}$
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen, (weitere Gliederung möglich)

Frequenz/Erhebungszeit-punkt/Erhebungszeitraum	Jährlich (monatliche Erhebung möglich)
Anwendungsbereich	Geschäftsführung, Personalmanagement, BGM: kann Aufschluss über die Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz insgesamt geben
Kennzahlenzweck	Dieser *harte Spätindikator* zeigt Ressourcenverlusten in Form von Mitarbeiter*innen sowie die damit verbundenen Wissens- und Leistungsausfälle auf. Durch externe Vergleiche sind Einschätzungen hinsichtlich der Fluktuationshöhe im Unternehmen erst möglich. (vgl. Gutmann, 2019, S. 84–99) Beispielzielvorgabe: Bindung der Mitarbeiter*innen an das Unternehmen durch geeignete Maßnahmen. Reduktion der Fluktuationsrate um 1% im Jahr (bis zur Erreichung des Branchendurchschnittswertes).
Basisdaten	Sage HR Suite Controlling: Grund Austritt, Zeitpunkt Austritt
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleiche über mehrere Jahre, Externe Vergleiche (Deutschland, Branchenvergleich)
Interpretation	Diese Raten zeigen an, wie hoch der Anteil der Beschäftigten ist, der das Unternehmen aus verschiedenen Gründen verlässt. Eine steigende Fluktuationsrate ist häufig die Folge einer Unzufriedenheit der Mitarbeiter*innen, die aus einer mangelhaften Mitarbeiter*innenführung resultiert (beispielweise fehlende Einarbeitung neuer Mitarbeiter*innen). (vgl. Esslinger et al., 2010, 59, 60) Auch Arbeitsmarktentwicklungen wie Fachkräfteengpässe sowie ein steigender Wettbewerb um Fachkräfte können die Fluktuation erhöhen. Ob die Fluktuation im eigenen Unternehmen hoch oder niedrig ist, ist ohne externen Vergleich kaum einschätzbar, daher sollten die eigenen Fluktuationswerte mit Externen verglichen werden. Wie auch die Krankheitsquote, ist auch diese Rate nicht vollkommen vermeidbar. Die Fluktuation sinkt, wenn die Mitarbeiter*innenzufriedenheit hoch ist, da die affektive Bindung stärker ausgeprägt ist. Fluktuation ist nicht immer negativ sondern bietet auch Chanchen: so können leistungsfähigere Mitarbeiter*innen im Idealfall gefunden und eingestellt werden, die eine neue Sicht auf die Dinge und somit eine Fülle an Ideen mitbringen und der Überalterung kann entgegengewirkt werden. Natürlich ist die Suche nach

	geeignetem Ersatz jedoch immer mit Kosten verbunden. (vgl. Esslinger et al., 2010, 59, 60)
Darstellung	Exceltabelle, Balkendiagramm

Tabelle 13: Kennzahlenblatt Fluktuationsrate (nach Schulte, 1989)

Die Fluktuationsrate kann als Maß für die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen mit Ihrer Tätigkeit gesehen werden. Ein*e Mitarbeiter*in, die/der ihre/seine Arbeit vollkommen zufriedenstellt wird ihren/seinen Beruf kaum aufgeben. Bei dieser Kennzahl ist der Externe Vergleich besonders wichtig, da die Höhe der Fluktuationsrate separat betrachtet nicht viel Aussagekraft hat. (vgl. Gutmann, 2019, S. 84–99)

Die Erhebung erfolgt mit Hilfe einer in Sage HR-Suite erstellten Tabelle, die für den gesamten Zeitraum 2014-2018 ausgegeben werden kann. Die Mitarbeiter*innen, die das Unternehmen verlassen haben (ein Datum ist in der Spalte Austritt vermerkt) können ausgewählt werden, die leeren Felder können bereits herausgefiltert werden. Dann kann die Tabelle in Excel übertragen werden. Nach der Übertragung erfolgt durch die Option „Text in Spalten“ die Aufteilung der Spalte „Austritt“ in der das Datum steht: relevant ist das Jahr des Austritts, das in eine extra Spalte konvertiert werden kann. (Ist zukünftig eine monatliche Auswertung erwünscht so ist ebenfalls der Monat zu Separieren.)

	A	B	D	E	F	G	H
1	ID	Geschlecht (Person)	Kostenträger (Person)	Monat Aus	Jahr Austr	Grund Austritt	Grund Austritt (
2	12817	w	Geringverdiener	05	2019	Ende Besch.	Kündigung AN
3	10756	m	Pädag. Personal				
4	11254	w	Pädag. Personal	02	2018	Ende Besch.	Aufhebung AN
5	11103	w	Pädag. Personal				
6	24429	w	Pädag. Personal	07	2020	Ende Besch.	Befristung
7	11127	m	Techn. Personal	07	2018		Kündigung AN
8	32735	w	Pädag. Personal	02	2017	Ende Besch.	Kündigung AN
9	29127	w	Pädag. Personal				
10	12866	w	Geringverdiener	12	2017	Ende Besch.	Aufhebung AG
11	9931	w	Pädag. Personal	09	2018	Ende Besch.	Aufhebung AN
12	20441	w	Pädag. Personal	07	2019	Ende Besch.	Befristung
13	10821	w	Verwaltung				
14	10633	w	Geringverdiener	07	2019	Ende Besch.	Sachgrund
15	29139	w	Pädag. Personal	07	2018	Ende Besch.	Kündigung AG
16	10437	m	Pädag. Personal	06	2014	Ende Besch.	Befristung
17	11250	m	Pädag. Personal				
18	10792	w	Pädag. Personal	05	2016	Ende Besch.	Befristung

Tabelle 14: Excel-Tabelle Fluktuation (eigene Darstellung)

Anschließend kann in einer Pivot-Tabelle die „Diskrete Anzahl“ der Mitarbeiter*innen, die das Unternehmen in einem bestimmten Jahr verlassen haben angezeigt werden. Der Grund für den Austritt kann als Filter eingefügt werden, sodass beide

Fluktuationsraten mit dieser Pivot-Tabelle und durch Einsetzen der Anzahlen in die Fluktuationsraten-Formeln ermittelt werden und in der Ergebnistabelle ergänzt werden können.

Grund Austritt (Ben. def.)	(Mehrere Elemente)
Datum	Anzahl Mitarbeiter*innen, die das Unternehmen verlassen
2014	65
2015	38
2016	40
2017	24
2018	49
Gesamtergebnis	191

Tabelle 15: Pivot-Tabelle Fluktuation, Fälle gesamt pro Jahr (eigene Darstellung)

9. BGM-Maßnahmen-Evaluation

Auch für die einzelnen Maßnahmen des BGM können Kennzahlen entwickelt werden, um die Maßnahme zu bewerten. Zu jeder Maßnahme können wesentliche Werte zusammengestellt werden, die die Bewertung ermöglichen und schlussendlich Entscheidungen über zukünftige Aktivitäten unterstützen können.

9.1. Krank ohne Krankenschein-Tage (KoK-Tage) Maßnahmenevaluation

Unkompliziert erhebbar sind Werte der „Krank ohne Krankenschein-Tage“, eine BGM-Maßnahme, die in der ASB KJH im Januar 2016 eingeführt wurde. Die Daten liegen im Sage HR Suite Controlling vor und sind mit Hilfe der Pivot-Tabelle, die bereit für Kennzahl Nr. 4 erstellt wurde, auswertbar. Die Übertragung wesentlicher Werte (festgelegt im Kennzahlenblatt) kann in die Ergebnistabelle erfolgen.

Kennzahlenbezeichnung: Krank ohne Krankenschein Maßnahmenevaluation [%], [Tage]	**Kennzahlen-Nr.: 9.1.**
Beschreibung/Formel	9.1.1. KoK-Tage-Quote $\frac{KoK-Tage\ MitarbeiterInnen\ gesamt}{Anzahl\ MitarbeiterInnen \times 365}$ [%] 9.1.2. KoK-Tage Nuter*innen [Anzahl] 9.1.3. KoK-Tage [Anzahl] 9.1.4. KoK-Tage-Quote je KoK-Tage nutzende*n Mitarbeiter*in $\frac{KoK-Tage\ MitarbeiterInnen\ gesamt}{Anzahl\ MitarbeiterInnen,\ die\ KoK-Tage\ nutzen \times 365}$ [%]

	9.1.5. KoK-Tage nutzende Mitarbeiter*innen an Mitarbeiter*inneen gesamt $\frac{Anzahl\ MitarbeiterInnen,die\ Kok-Tage\ nutzen}{Anzahl\ MitarbeiterInnen\ gesamt}$ [%] 9.1.6. KoK-Tage an Krankentagen gesamt $\frac{KoK-Tage\ MitarbeiterInnen\ gesamt}{Krankentage\ MitarbeiterInnen\ gesamt}$ [%]
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen
Frequenz/Erhebungszeit-punkt/Erhebungszeitraum	Monatlich, Jährlich
Anwendungsbereich	Unternehmensleitung, BGM
Kennzahlenzweck	Die Evaluation der KoK-Tage gibt Informationen über die Bekanntheit, die Annahme, die ordnungsgemäße Anwendung, die Entwicklung und die Weiterführung der Maßnahme im Unternehmen preis. Diese harte *BGF-Kennzahl* soll die Evaluation dieser Maßnahme unterstützen und zukünftig gemeinsam mit anderen BGF-Kennzahlen die Einschätzung des gesamten BGM-Prozesses ermöglichen. Die Maßnahmen-Evaluationen sind Einzelteile des BGM-Konstrukts, Schwachstellen lassen sich durch regelmäßige Überprüfung früh aufdecken. Diese Kennzahl beruht auf objektiv erfassten Daten. Durch Befragungen der Mitarbeiter*innen zu der Bedeutung der Maßnahme für sie können „weiche“ bzw. subjektive Einschätzungen zur umfassenden Beurteilung ergänzt werden. Beispielzielvorgabe: Effiziente Nutzung der KoK-Tage überwachen und Maßnahmeneffizienz und -nutzen beurteilen um die Notwendigkeit der Weiterverwendung in der Zukunft zu beurteilen.
Basisdaten	Sage HR Suite Controlling: Fehlzeiten: KoK-Tage
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich
Interpretation	„Krank ohne Krankenschein“-Tage gibt es bereits in einigen Unternehmen. Die ASB KJH gibt den Mitarbeiter*innen dadurch die Möglichkeit sich bei Unwohlsein ohne Krankenschein auszukurieren, denn eine Krankschreibung ist erst ab dem dritten Abwesenheitstag in Folge nötig. Je Mitarbeiter*in können 5 KoK-Tage pro Kalenderjahr genutzt werden. Die Einhaltung der Vorgaben soll überprüft und die Entwicklung der KoK-Tage mit der Zeit (auch im Verhältnis zu anderen Krankheitsarten) beobachtet werden.
Darstellung	Excel-Tabelle

Tabelle 16: Kennzahlenblatt Krank ohne Krankenschein Maßnahmenevaluation (nach Schulte, 1989)

Weitere BGM-Maßnahmen-Evaluationen können mit Kennwerten hinterlegt werden. Bei dieser Maßnahme ist die Besonderheit, dass einfach messbare Werte bereits vorliegen und die Auswertung somit regelmäßig unkompliziert erfolgen kann. Jedoch sind auch bei anderen Maßnahmen beispielsweise Teilnehmer*innenzahlen oder der zeitliche Aufwand ohne viel Aufwand dokumentierbar und mit Zielstellungen zu hinterlegen, sodass die Notwendigkeit der Weiterführung gerechtfertigt werden kann bzw. ein Maßnahmenstopp rechtzeitig erfolgen kann.

10. BEM-Gespräche

Um die BEM-Gespräche, als Teil des BGM im Unternehmen ausreichend zu analysieren, können anhand verschiedener Datenquellen mehrere Kennwerte gebildet werden.

Kennzahlenbezeichnung: BEM-Gespräche [Verhältnis]	**Kennzahlen-Nr.: 10**
Beschreibung/Formel	10.1. BEM-Quote $\frac{Anzahl\ BEM-Fälle}{Anzahl\ MitarbeiterInnen} \times 100$ 10.2. BEM-Teilnahme-Quote $\frac{Anzahl\ BEM-Zusagen}{Anzahl\ BEM-Einladungen}$ 10.3. Einladungsquote $\frac{Anzahl\ BEM-Einladungen}{Anzahl\ BEM-Fälle}$ 10.4. geführte BEM-Gespräche [Anzahl] 10.5. Krankheit beeinflusst durch Arbeitgeber*in [Anzahl] 10.6. Einflussrate Arbeitgeber*in $\frac{Anzahl\ Einflussnahmen\ ArbeitgeberIn}{Anzahl\ geführtzer\ BEM-Gespräche}$
Gliederungsmöglichkeiten	- Gesamtunternehmen - Geschlechter - Funktionsbereiche - Alterskohorten
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Halbjährliche Erhebung ab Juli 2016
Anwendungsbereich	Unternehmensleitung, Personalmanagement, BGM: Aufschluss über Langzeiterkrankungen, Einflussmöglichkeiten de*r Arbeitgeber*in, Sicherheit im Unternehmen, Funktionieren des BEM-Prozesses
Kennzahlenzweck	Dieser *Spätindikator* entsteht durch die Auswertung *harter und weicher Daten* und kann Auskunft darüber geben wie das BEM von den Mitarbeiter*innen akzeptiert wird.

	Sind die Langzeiterkrankungszahlen niedriger sind auch die BEM Gespräche geringer, daher ist eine Verhältnisbetrachtung ratsam. Beispielzielvorgaben: Die Mitarbeiter*innen vom positiven Nutzen der BEM-Gespräche überzeugen und die Teilnahmequote auf 85% oder höher halten bzw. steigern. Einhaltung der gesetzlichen Regelungen überprüfen und Einladungsquote über 90% halten bzw. steigern.
Basisdaten	Sage Controlling: Summe Krankentage innerhalb von 12 Monaten muss gebildet werden je Mitarbeiter*in, BEM-Akte: Daten zu Einladung, Arbeitgeberbeeinflussung, Zu- & Absagen
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich
Interpretation	Die BEM Gespräche sind eine Leistung, zu der die Arbeitgeber*innen in Deutschland gesetzlich (§ 167 Abs. 9) verpflichtet sind. Sie sollen für Mitarbeiter*innen, die innerhalb eines Jahres länger als 42 Tage krankheitsbedingt abwesend waren eine Möglichkeit sein, sich mitzuteilen und eine Hilfestellung bieten sich nach langer Zeit der Krankheit wieder ins Unternehmen zu integrieren. Gemeinsam mit den Einrichtungsleiter*innen ist der Einfluss auf die Krankheit durch die/den Arbeitgeber*in zu bestimmen und Maßnahmen für die bestmögliche Wiederaufnahme der Arbeit festzulegen. Die gemeinsamen Gespräche können den Umgang von Mitarbeiter*innen und ihren Vorgesetzen positiv beeinflussen. Die Teilnahme an BEM-Gesprächen ist freiwillig, jedoch sind Mitarbeiter*innen häufig in der Zwickmühle wodurch ein Zwangsgefühl entsteht. Einige Mitarbeiter*innen gehen sogar ängstlich in solch ein Gespräch hinein. Diese Angst ist jedoch unbegründet. Der Einfluss eines BEM-Gesprächs auf die Gesundheit ist nicht eindeutig belegt. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, 167, 170 -172) Auf der einen Seite verspricht man sich eine gesteigerte Leistungsfähigkeit, auf der anderen Seite ist die Gesprächsvorbereitung und -führung mit Aufwand verbunden. (vgl. Esslinger et al., 2010, 144, 145) Hier zeigt sich, die Multideterminiertheit der Gesundheit, da nicht nur die/der Arbeitgeber*in im Krankheitsfall Abhilfe schaffen kann bzw. Krankheiten der Mitarbeiter*innen nicht ausschließlich arbeitsbedingt sind.
Darstellung	Excel-Tabelle, Balkendiagramm

Tabelle 17: Kennzahlenblatt BEM-Gespräche (nach Schulte, 1989)

Die Erhebung der BEM-Kennwerte ist vom Aufwand her höher als der der vorherigen Kennzahlen, da zwei Datenquellen als Grundlage herangezogen werden müssen, um aussagekräftige Werte zu erhalten. Zudem werden Mitarbeiter*innen, die einen Berufsfreiwilligendienst absolvieren nicht berücksichtig. Mitarbeiter*innenzahlen sind somit zu erheben, die diese nicht beinhalten. Die Datenanalyse mit Sage HR-Suite findet durch die Erstellung einer Pivot-Tabelle für jeden 12-Monats-Rhythmus statt. Mitarbeiter*innen die länger als 42 Tage innerhalb von 12 Monaten krankheitsbedingt abwesend sind werden zu einem „BEM-Fall“. Die Sage-Tabelle, die für jeden 12 Monatsrhythmus separat erstellt wird und in Excel übertragen werden kann, gibt die Mitarbeiter*innen vor, die zu einem BEM-Gespräch eingeladen werden sollten. Die BEM-Auswertung findet halbjährlich statt (von der ASB KJH gewünscht) und beginnt mit dem zweiten Halbjahr 2016. Zum Halbjahr 2016 zählen die folgenden sechs Zeiträume.

- August 2015 – Juli 2016
- September 2015 – August 2016
- Oktober 2015 – September 2016
- November 2015 – Oktober 2016
- Dezember 2015 – November 2016
- Januar 2015 – Dezember 2016

Demzufolge sind alle Mitarbeiter*innen, die zwischen Juli 2016 und Dezember 2016 42 Krankentage oder mehr erreicht haben (zwölf Monate rückwirkend betrachtet), in diesem Halbjahr dokumentiert.

Die nachfolgende Analysearbeit erfolgt durch Einzelbegutachtung der BEM-Akten der Mitarbeiter*innen: Dort wird nach einer Einladung oder einem BEM-Gesprächsprotokoll Ausschau gehalten, um zu schauen ob eine Einladung erfolgte, ein Gespräch stattfand und eine Beeinflussung der Krankheit durch die Arbeitgeberin bzw. den Arbeitgeber vorhanden ist. Die Auswertung kann in eine Excel-Tabelle eingetragen werden, in der bereits alle BEM-Fälle mit Alter, Geschlecht und Funktionsbereich und dem jeweiligen Halbjahr, in dem die 42 Krankentage erreicht wurden, vermerkt sind.

	D	F	L	P	Q	V	W	X	Y	Z	AA
1	Geschlecht	Al	Kostenträge	42 Krankentage erstmals aufgetaucht	Halbj	Einladung erfol	Bewusst nicht eingeladen	Angenommen	Abgel	Beeinflussbar durch AG	Nicht beeinflussbar durch AG
2	w	56	Pädag. P	Jul 16	2/16	ja		x		x	
3	w	56	Pädag. P	Jul 16	2/16	ja			x		
7	w	51	Pädag. P	Aug 16	2/16	ja		x		x	
9	m	64	Techn. P	Sep 16	2/16	ja		x		x	
10	w	51	Techn. P	Sep 16	2/16	ja		x			x
11	w	43	Techn. P	Okt 16	2/16	ja		x			x
12	w	25	Pädag. P	Nov 16	2/16	ja		x			x
13	w	43	Leitung	Nov 16	2/16	ja		x			x
15	w	54	Techn. P	Nov 16	2/16	ja		x			x
16	w	58	Leitung	Nov 16	2/16	ja			x		
18	w	46	Techn. P	Dez 16	2/16	ja		x		x	
21	w	34	Pädag. P	Dez 16	2/16	nein	x				
22	w	57	Pädag. P	Dez 17	2/17	ja			x		
23	w	64	Pädag. P	Feb 17	1/17	nein	x				
25	w	52	Techn. P	Aug 17	2/17	ja		x			x
26	w	55	Techn. P	Sep 17	2/17	ja		x			x
27	w	46	Verwaltur	Feb 17	1/17	ja		x			x
28	w	54	Leitung	Feb 17	1/17	ja		x		x	
29	w	61	Techn. P	Mrz 17	1/17	ja		x			x
30	w	62	Techn. P	Dez 17	2/17	ja		x			x
31	w	63	Pädag. P	Mrz 17	1/17	nein	x				
33	w	54	Pädag. P	Apr 17	1/17	ja		x			x
34	w	49	Pädag. P	Apr 17	1/17	ja		x			x
35	w	59	Pädag. P	Jun 17	1/17	ja		x			x

Tabelle 18: BEM-Datentabelle (eigene Darstellung)

Nun können die Ergebnisse der einzelnen Spalten in eine separate für das BEM erstelle Ergebnistabelle übertragen werden.

7	Gliederung	MA gesamt (ohne BFDle	BEM Fälle MA Gesamt	BEM-Fälle an MA Gesamt	Einladungen	Einladungsqu	keine Angabe ob Einladung erfolgt ist	bewusst nicht eingeladen	Ablehnung	Annahme	Teilnahmequote BEM	Beeinflussbar durch AG	Einflussquote
8	2. Halbjahr 2016	326	20	6,1%	12	60,00%	7	1	2	10	83,3%	4	40,00%
10	1. Halbjahr 2017	321	26	8,1%	16	61,54%	7	3	3	13	81,3%	1	7,69%
11	2. Halbjahr 2017	328	32	9,8%	19	59,38%	5	8	4	15	78,9%	2	13,33%
14	1.Halbjahr 2018	367	34	9,3%	23	67,65%	9	2	7	19	82,6%	2	10,53%
15	2. Halbjahr 2018	376	21	5,6%	11	52,38%	7	3	1	10	90,9%	3	30,00%

Tabelle 19: Ergebnistabelle BEM, Ausschnitt (eigene Darstellung)

Die nachfolgenden Kennzahlen sind in Ihrem Erstellungsprozess identisch. Sie wurden durch Zusammenfügung der verschiedenen Elemente der Mitarbeiter*innebefragungen (Band 2, Material 3), die in der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock in den Jahren 2014 und 2017 durchgeführt wurden individuell erstellt und können im Jahr 2021 wiederum nach diesem Vorbild herausgearbeitet werden, um übersichtlich und verdichtet in wenigen Kennzahlen Veränderungen ersichtlich zu machen.

Um diese, durch die Hinterfragung der subjektiven Meinung der Mitarbeiter*innen erstellten Kennzahlen richtig auszuwerten, sind die unternehmensinternen Umstände zu den Befragungszeitpunkten unbedingt zu berücksichtigen, die durch das Interview mit der Stabsstelle BGM (Band 2, Material 2) erfragt werden konnten. Demzufolge sind 2014 keine Besonderheiten im Unternehmen zu verzeichnen gewesen (bis auf die Neuheit einer Befragung). Im Jahr 2017 jedoch wurde zum Zeitpunkt der Befragung ein neues Dienstplansystem eingeführt, welches von den Mitarbeiter*innen nicht gewollt war und die Ergebnisse definitiv beeinflusst hat. Weitere Einflüsse wurden nicht benannt.

Der Fragebogen ist einfach aufgebaut: Eine fünfstufige Skala zur Einschätzung verschiedener Sachverhalte wird verwendet. Die Fragen sind in verschiedenen Kategorien zusammengefasst. Bei einigen Fragenkategorien ist der beste Antwortwert fünf, zum Beispiel bei den Fragen zu den Vorgesetzten oder der Arbeitszufriedenheit. Bei anderen ist die bestmögliche Einschätzung eins, dies ist beispielsweise bei allen Fragen der Arbeitssituation (C.2) der Fall. Das bedeutet die Skalen, deren beste Antwortmöglichkeit, eins ist, müssen umgekehrt werden. Einige Kategorien weisen zudem Prozentwerte auf. Dies ist der Fall bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes (H.2), den Fragen zu den Unfällen (H.3) und den Fragen zu Arbeiten und Leben im Gleichgewicht (Zusatzmodul B). In diesen Fällen sind die Prozentwerte mit den Skalenwerten (eins bis fünf) zu multiplizieren, sodass auch hier ein Durchschnittswert auf Basis der vorgestellten Skala entsteht:

H.2		Gesundheitszustand
		Gemeinnützige Gesellschaft für Kinder-und Jugendhilfe des ASB mbH
H.2	Glauben Sie, dass Sie ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten zwei Jahren ausüben können?	in %
	ziemlich sicher	87,4 %
	nicht sicher	11,5 %
	unwahrscheinlich	1,0 %
	keine Angabe	1,0 %

H.3		Unfälle
		Gemeinnützige Gesellschaft für Kinder-und Jugendhilfe des ASB mbH
H.3-1	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Unfall im Zusammenhang mit der Arbeit?	in %
	Unfall auf dem Weg zur / von der Arbeit	2,9 %
	Unfall auf dem Dienstweg / der Dienstfahrt	1,1 %
	Unfall bei der Arbeit	12,8 %
	keinen Unfall im Zusammenhang mit der Arbeit	83,3 %
	Keine Angabe	9,8 %
H.3-2	Ja, ich war wegen dieses Unfalls krank geschrieben.	11,2 %

*Abbildung 9: Befragung BGW, Ausschnitt Gesundheitszustand und Unfälle aus der Mitarbeiter*innenbefragung (ASB KJH, interne unveröffentlichtes Dokument)*

Im Falle des Gesundheitszustandes wird „ziemlich sicher“ mit dem Wert fünf bewertet, „nicht sicher“ mit Wert drei und „unwahrscheinlich“ mit dem Wert eins. Es ergibt sich folgende Berechnung: 87,4% * 5 + 11,5% *3 + 1,0% *1 = 4,7

Für die Unfälle sieht die Berechnung wie folgt aus: (2,9% + 1,1% + 12,8%) * 1 + 83,3% *5 = 4,3

und für die Krankschreibung wegen eines Unfalls: 11,2% * 1 + 88,8% *5 = 4,6

Zusatzmodul B: Arbeiten und Leben im Gleichgewicht						
	Wie treffend sind die folgenden Aussagen in Bezug auf Ihre persönliche und berufliche Situation?					
		trifft gar nicht zu	trifft wenig zu	teils, teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1	Die Anforderungen meiner Arbeit behindern mein Privat- / Familienleben.	20,3 %	27,3 %	30,5 %	18,2 %	3,7 %
2	Die Zeit, die meine Arbeit einnimmt, macht es schwer, meinen Familienpflichten nachzukommen.	25,1 %	33,7 %	23,5 %	15,5 %	2,1 %
3	Dinge, die ich zu Hause tun möchte, schaffe ich nicht, weil mich meine Arbeit so fordert.	23,0 %	32,1 %	28,9 %	13,4 %	2,7 %

*Abbildung 10: Befragung BGW, Ausschnitt Zusatzmodul B aus der Mitarbeiter*innenbefragung (ASB KJH, interne unveröffentlichtes Dokument)*

Für die einzelnen Fragen des Zusatzmoduls B erfolgt die Ermittlung auf die gleiche Weise. Beispiel: (1) 20,3% * 5 + 27,3% *4 + 30,5% * 3 + 18,2% * 2 + 3,7% * 1 = 3,4

Sind diese formalen Vereinheitlichungen abgeschlossen, kann die Bildung eines Mittelwertes aus den Werten der Fragen einer Kategorie erfolgen. Dieser fließt durch Multiplikation mit einem vorab festgelegten Gewicht, in Form eines Prozentsatzes (alle Bestandteile einer Kennzahl ergeben gemeinsam 100 Prozent), je nach Stellenwert der Komponente für das Unternehmen, in den Gesamtwert der Kennzahl ein. (vgl. Badura et al., 2009, S. 108) Durch Addition der gewichteten Werte und Division der dadurch entstehenden Summe durch 100, entsteht letztlich der besagte Gesamtkennzahlenwert, der wiederum ein Wert zwischen eins und fünf ist. Den Werten, werden die in der folgenden Skala dargestellten Bedeutungen zugeteilt:

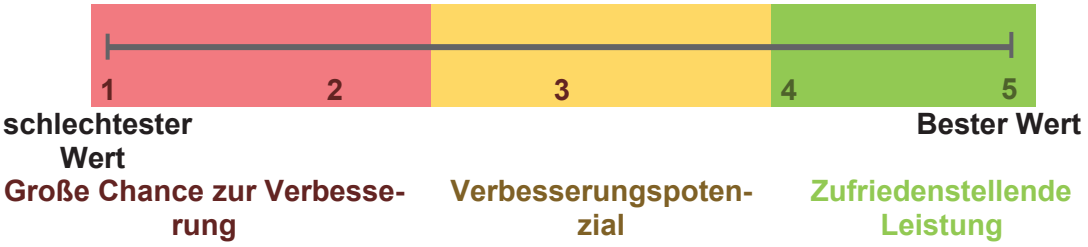


*Abbildung 11: Skala der Mitarbeiter*innenbefragung sowie der "weichen" Kennzahlen (eigene Abbildung nach* Baumanns, 2009, 165, 167)

Im Folgenden werden die gebildeten „weichen“ Kennzahlen anhand der jeweiligen Kennzahlenblätter und den Excel-Datenblätter-Ausschnitten, die die Bestandteile und Einzelwerte zeigen, im Einzelnen vorgestellt.

11. Mitarbeiter*innenzufriedenheit

Kennzahlenbezeichnung: Mitarbeiter*innenzufriedenheit	**Kennzahlen-Nr.: 11**
Beschreibung/Formel	Mitarbeiter*innenzufriedenheit auf Basis der Ergebnisse der Mitarbeiter*innenbefragungen (2014, 2017) Diese Kennzahl setzt sich aus folgenden Bestandteilen der Mitarbeiter*innenbefragung der BGW zusammen: Arbeitszeit(B.6) 23,33%, Arbeitssituation(C.2) 23,33%, Kolleg*innen(D.2) 13,33%, Vorgesetzte (D.3) 10%, Unternehmen und Betrieb (E) 20%, Ausstattung (F.1) 6,67% und Arbeitsschutz (F.2) 3,33%.
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen, Pädagogen
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Im Abstand von 3-4 Jahren

Anwendungsbereich	BGM, Geschäftsleitung
Kennzahlenzweck	Dieser *Frühindikator* (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 210), der aus der Mitarbeiter*innenbefragung gewonnen werden kann hilft dabei, das Wohlbefinden der Mitarbeiter*innen zu scannen und Defizite zu erkennen. Beispielzielvorgabe: Mitarbeiter*innenzufriedenheit auf einen Wert von vier oder höher halten bzw. steigern durch individuelle Maßnahmengestaltung.
Basisdaten	Mitarbeiter*innenbefragungen der BGW 2014, 2017 (Fragenblöcke siehe Beschreibung/Formel)
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, Benchmarking: Mittelwert Vergleichsgruppe
Interpretation	Auf die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen eines Unternehmens wirken sich viele verschiedene Bereiche aus: - „Arbeitsplatzsicherheit - Arbeitsbedingungen (z.B. physische und psychische Stressfaktoren, Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitszeit, Arbeitsorganisation, Arbeitsklima) - Einkommen und Sozialleistungen - Arbeitsinhalte - Weiterbildungs-, Aufstiegsmöglichkeiten - Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz - Mitwirkung, Information, Kommunikation.“ (Havighorst, 2006, S. 35) Die Befragungsbereiche, die zu dieser Kennzahl vereint werden, sollten aufeinander abgestimmt sein und gewichtet werden (entsprechend der Bedeutung für das Unternehmen). Durch einen hohen Wert der Mitarbeiter*innenzufriedenheit können sich andere Kennwerte, beispielsweise die Krankheitsquote positiv verändern. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 210) Die Komplexität der Zufriedenheit ist durch die folgenden Einflüsse gegeben: Zunächst ist sie aus einer Vielzahl von Einzelelementen zusammengesetzt und durch individuell verschiedene Wertvorstellungen geprägt. Einflüsse der jeweiligen Situation beeinflussen die Zufriedenheit. Sie ist letztlich das Ergebnis einer subjektiven Erwartung an die Bedingungen eines Unternehmens. (vgl. Havighorst, 2006, S. 34)
Darstellung	Excel-Tabelle, Balkendiagramm

*Tabelle 20: Kennzahlenblatt Mitarbeiter*innenzufriedenheit (nach Schulte, 1989)*

	Bereich	Bereichswerte (1-5)								Bereichserge
2		1	2	3	4	5	6	7	8	
3	B.6 Zufriedenheit Arbeitszeit									
4	2014	4,4								4,40
5	2017	3,3								3,30
9	C.2 Beurteilung Arbeitssituation	Zeitdruck mit negativen Auswirkungen auf die Arbeit	Informationsmangel	Tätigkeitsübernahme ohne ausreichende Erfahrung	Bewertung Zuständigkeiten	Arbeitsunterbrechungen	Pauseneinhaltung	Überstunden	Krankheitsvertretung	
10	2014	1,8	2,3	2,3	2,5	1,8	2	2,2	2,3	2,23
11	2017	1,9	2,2	2,8	2,3	1,8	1,8	2,1	2	2,11
15	D.2 Verhältnis Kolleg*innen	Unterstützung durch Kolleg*innen	Informationsweitergabe	Vertrauen						
16	2014	4,4	4,2	4,2						4,27
17	2017	4,3	4,1	4,1						4,17
18	D.3 Verhältnis Vorgesetzte	Gesprächsklima	Zuverlässigkeit	Umgang mit Problemen und Konflikten	Lob und Anerkennung					
19	2014	4,1	4,2	4	3,9					4,05
20	2017	3,9	4,1	3,7	3,8					3,88
21	E Unternehmenskultur (beinhaltet Fortbildungen, Beschwerdemanagement, Mitteilungsrechte/-pflichten, Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit)	Förderung Fort	Beschwerdenbe	Informationswei	Verbesserungsv	Attraktivität des	Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit			
22	2014	4,3	3,5	3,8	3,7	3,8	3,5			3,77
23	2017	4,1	3,1	3,4	3,4	3,5	3,4			3,48
24	F.1 Betriebliche Ausstattung	Pausenraum	Ausstattung Räume	Arbeitsmittelausstattung	haft Arbeitsmittel					
25	2014	2,1	2,7	2,7	3,2					2,68
26	2017	1,5	2,6	2,9	3,2					2,55
27	F.2 Arbeitsschutz	Unterweisung Arbeitssicherheit	Möglichkeit vorgeschriebene Sicherheitsvorschriften einzuhalten	Umsetzung Vorschläge Arbeitssicherheit	Stellenwert Arbeitsschutz	Bekanntheit Ansprechpartner Arbeitsschutz				
28	2014	3,8	3,7	3,6	3,8	3,5				3,68
29	2017	3,7	3,7	3,6	3,8	3,5				3,66

*Tabelle 21: Bestandteile Mitarbeiter*innenzufriedenheit aus Befragung der BGW (eigene Darstellung)*

12. Sinnhaftigkeit der Arbeit

Kennzahlenbezeichnung: Sinnhaftigkeit der Arbeit	**Kennzahlen-Nr.: 12**
Beschreibung/Formel	Sinnhaftigkeit der Arbeit auf Basis der Ergebnisse der Mitarbeiter*innenbefragungen (2014, 2017) Zusammengesetzt aus der Arbeitsaufgabe (C.1) 30%, dem Arbeitsbereich (D.1) 30%, der Arbeitszufriedenheit (G.1) 20% und den Arbeitsbezogenen Gedanken (G.2 & G.3) 20% der Mitarbeiter*innenbefragung der BGW
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen, Pädagogen
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Im Abstand von 3-4 Jahren
Anwendungsbereich	BGM
Kennzahlenzweck	Die Erhebung der Sinnhaftigkeit der Arbeit soll *frühzeitig* anhand *weicher* subjektiver Befragungsdaten aufzeigen wie gut sich die Mitarbeiter*innen mit ihrer Arbeit identifizieren und wie wohl sie sich in ihrer Rolle fühlen. Beispielzielvorgabe: Die Identifikation mit der jeweiligen Rolle durch geeignete Maßnahmen wahren oder verbessern und den Wert auf vier oder höher steigern bzw. halten.
Basisdaten	Mitarbeiter*innenbefragungen der BGW 2014, 2017 (Fragenblöcke siehe Beschreibung/Formel)
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, Benchmarking: Mittelwert Vergleichsgruppe

Interpretation	Erachten die Mitarbeiter*innen ihre Tätigkeit als wichtig und sind sie motiviert diese auszuüben? Je mehr sich ein*e Mitarbeiter*in mit ihrer bzw. seiner Arbeit identifiziert umso höher ist auch die Zufriedenheit und umso geringer die Fluktuationsneigung. (vgl. Badura, 2017, S. 92)

Tabelle 22: Kennzahlenblatt Sinnhaftigkeit der Arbeit (nach Schulte, 1989)

1	Bereich	Bereichswerte (1-5)								Bereichsergeb
2		1	2	3	4	5	6	7	8	
6	C.1 Zufriedenheit Arbeitsaufgabe	Einflussnahme	Mitbestimmungsmöglichkeiten	Anwendung Fertigkeiten und Kenntnisse	Entscheidungs-/Planungsspielraum	Abwechslungsreichtum und Bewertung Tätigkeit insgesamt	Lernchancen und Entwicklungsmöglichkeiten			
7	2014	3,4	4	4,2	3,8	4,3	4,1			3,97
8	2017	3,3	3,8	4	3,6	4,2	3,3			3,80
12	D.1 Organisation Arbeitsbereich	Organisation Arbeitsabläufe	Teambesprechungsanzahl	Nutzen Teambesprechungen	Fluktuation	Einarbeitung Mitarbeiter				
13	2014	3	3,4	3,3	3	3				3,14
14	2017	3	3,3	3,2	2,8	2,7				3,00
30	G.1 Arbeitszufriedenheit (Sinnhaftigkeit der Arbeit)	Sinnhaftigkeit der Arbeit	Arbeitsbefriedung gemessen an Belastungen	Zufriedenheit Arbeit						
31	2014	4,4	4,1	4,2						4,23
32	2017	4,3	3,3	4						4,07
33	G.2+3 Arbeitsplatzunsicherheit/Sorge	Arbeitsplatzwechsel geplant/ungeplant	Arbeitsplatzsuche/ Suchen einer neuen Tätigkeit aus Arbeitslosigkeit							
34	2014	2,8	3,3	3	3					3,03
35	2017	2,5	3,2	3,3	3,3					3,08

Tabelle 23: Bestandteile Sinnhaftigkeit der Arbeit aus Befragung der BGW (eigene Darstellung)

13. Gesundheitsempfinden

Kennzahlenbezeichnung: Gesundheitsempfinden	**Kennzahlen-Nr.: 13**
Beschreibung/Formel	Das Gesundheitsempfinden der Mitarbeiter*innen ist zusammengesetzt aus der subjektiven Beurteilung der Gesundheit (H.1) 50%, des Gesundheitszustands (H.2) 30% und der Unfälle (H.3) 20% aus der Mitarbeiter*innenbefragung der BGW.
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen, Pädagogen
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Im Abstand von 3-4 Jahren
Anwendungsbereich	BGM
Kennzahlenzweck	Das Gesundheitsempfinden der Mitarbeiter*innen spielt für ein Unternehmen eine wesentliche Rolle: Die Mitarbeiter*innen teilen ihr subjektives Empfinden mit auf das daraufhin Einfluss genommen werden kann. Das Gesundheitsempfinden ist ein *Frühindikator*, gebildet aus *weichen Daten* und hängt mit vielen anderen Kennzahlen zusammen. Beispielzielvorgabe: Das Empfinden bezüglich der Gesundheit der Mitarbeiter*innen ernst nehmen und gezielt Maßnahmen planen um das

	Gesundheitsempfinden zu auf vier oder höher zu verbessern oder womöglich beizubehalten
Basisdaten	Mitarbeiter*innenbefragungen der BGW 2014, 2017 (Fragenblöcke siehe Beschreibung/Formel)
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, Benchmarking: Mittelwert Vergleichsgruppe
Interpretation	Das Gesundheitsempfinden zeigt auf, wie die Mitarbeiter*innen ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzen. Für diese Einschätzung stellt die BGW Mitarbeiter*innenbefragung drei Kategorien zur Verfügung, die sich zusammenfassen lassen. Je weniger Gesundheitsbelastungen auf die Mitarbeiter*innen einwirken umso höher auch das Gesundheitsempfinden. Allerdings gilt stets zu beachten, dass nicht nur die arbeitsbedingten Belastungen auf die Gesundheit einwirken, sondern auch private Bedingungen, die nicht oder kaum beeinflusst werden können.

Tabelle 24: Kennzahlenblatt Gesundheitsempfinden (nach Schulte, 1989)

Bereich	Bereichswerte (1-5)								Bereichsergeb
	1	2	3	4	5	6	7	8	
H.1 Gesundheit (Krankheitssympthome)	Herzklopfen, -jagen	Magenbeschwerden	Sodbrennen, Reflux	Rücken	Nacken, Schulter	Schlafstörungen	Mattigkeit	Kopfschmerzen	
2014	3,3	3,3	3,5	2,4	2,3	2,7	2,6	2,8	**3,05**
2017	3,3	3,2	3,5	2,3	2,2	2,5	2,5	2,8	**3,02**
H.2 Gesundheitszustand	Ausübung Tätigkeit Zukunft								
2014	4,7								**4,70**
2017	4,6								**4,60**
H.3 Unfälle	Unfallhäufigkeit gegengerechnet gegen Unfallfreiheit								
2014	4,7	4,6							**4,65**
2017	4,5	4,3							**4,40**

Tabelle 25: Bestandteile Gesundheitsempfinden aus Befragung der BGW (eigene Darstellung)

14. Arbeitssituationsbefinden

Kennzahlenbezeichnung: Arbeitssituationsbefinden	**Kennzahlen-Nr.: 14**
Beschreibung/Formel	Gebildet aus den Positiven und negativen Merkmale der Arbeitssituation, diese wiederum wurden aus den einzelnen Fragen der Mitarbeiter*innenbefragung der BGW zusammengestellt.
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen, Pädagogen
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Im Abstand von 3-4 Jahren
Anwendungsbereich	BGM
Kennzahlenzweck	Diese Kennzahl spiegelt die meisten Bereiche der Mitarbeiter*innenbefragung wider und ist somit sehr umfassend und von enormer Bedeutung. Sie ist ein Frühindikator, der mit der in der Literatur vorhandenen

	Kennzahl „Arbeitszufriedenheit“ in Verbindung gebracht werden kann. Diese Kennzahl hängt daher mit den Fehlzeiten und auch mit der Arbeitsleistung von Mitarbeiter*innen zusammen. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 307) Beispielzielvorgabe: Das Befinden der Mitarbeiter*innen bezogen auf die Arbeitssituation auf vier oder höher halten bzw. steigern, sodass eine angenehme Arbeitssituation geschaffen wird, in der die Mitarbeiter*innen sich wohlfühlen und optimale Leistungen erbringen können.
Basisdaten	BGW Mitarbeiter*innenbefragung 2014, 2017
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich, Benchmarking: Mittelwert Vergleichsgruppe
Interpretation	Das Arbeitssituationsbefinden vereint eine Vielzahl von Bedingungen am Arbeitsplatz. So geht es um positive Bedingungen, wozu die BGW den Entscheidungsspielraum (C.1-1 & C.1-2, C.1-4) 10,70% und die Aufgabenvielfalt (C.1-3, C.1-5 & C.1-6) 3,60% sowie die kollegiale Unterstützung (D.2-1 bis D.2-3) 10,70%. Auch das Führungsverhalten (D.3-1 bis D.3-4) 7,10%, die Fort- und Weiterbildungen (E.1-1 & E.1-5) 3,60% sowie Partizipation (E.1-2, E.1-3 & E.1-4) 10,70% und Sicherheit (F.2-1 bis F.2-5) 3,60% fließen in diese Kennzahl mit ein. Dazu kommt die Arbeitszufriedenheit (G.1-1 bis G.1-3) 7,10%. Ebenfalls sollen die belastenden Faktoren berücksichtigt werden. Dazu zählen: Zeitdruck und Überlastung (C.2-1, C.2-6, C.2-7) 10,70%, Überforderung (C.2.3) 10,70%, Defizite der Arbeitslogistik (C.2.4, D.1-1 bis D.1-5) 10,70%, Ausstattungsmängel (F.1-1 bis F.1-4) 3,60%, Fluktuationsneigung (G.2-1 & G.2-2) 3,60% und Arbeitsplatzunsicherheit (G.3-1 & G.3-2) 3,60%. Diese Zusammenfassung erfolgte durch die BGW. Durch Zusammenfassung der einzelnen Faktoren zu einem Wert, nach erfolgter Gewichtung nach Relevanz der einzelnen Elemente für die KJH, entsteht die Kennzahl.

Tabelle 26: Kennzahlenblatt Arbeitssituationsbefinden (nach Schulte, 1989)

Bereich	Bereichswerte (1-5)							
	1	2	3	4	5	6	7	8
1.Positive Merkmale der Arbeitssituation	Entscheidungsspielraum	Aufgabenvielfalt	kollegiale Unterstützung	Führungsverhalten	Fort- und Weiterbildungen	Partizipation	Sicherheit	Arbeitszufriedenheit
2014	3,7	4,2	4,3	4	4	3,7	3,7	4,2
2017	3,6	4	4,2	3,9	3,8	3,3	3,7	4,1
2. Negative Merkmale der Arbeitssituation	Zeitdruck und Überlastung	Überforderung	Defizite der Arbeitslogistik	Ausstattungsmängel	Fluktuationsneigung	Arbeitsplatzunsicherheit		
2014	2	2,3	3	2,7	3,1	3		
2017	1,9	2,7	2,9	2,6	2,3	3,3		

Tabelle 27: Bestandteile Arbeitssituationsbefinden aus Befragung der BGW (eigene Darstellung)

15. Work-Life-Balance

Kennzahlenbezeichnung: Work-Life-Balance	**Kennzahlen-Nr.: 15**
Beschreibung/Formel	Das Zusatzmodul B der Befragung enthält zehn Fragen, die zusammengefasst und gewichtet diese Kennzahl bilden. Gewichtung der Einzelfragen: Frage eins bis vier: 14,30%, Frage fünf bis zehn 7,14%
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamtunternehmen, Pädagogen
Frequenz/Erhebungszeitpunkt/Erhebungszeitraum	Im Abstand von 3-4 Jahren
Anwendungsbereich	BGM
Kennzahlenzweck	Die Work-Life-Balance soll die Vereinbarkeit von Familie bzw. Privatleben und Beruf wiederspiegeln. Ist diese gegeben, wirkt sie sich positiv auf die Leistung und die Motivation der Mitarbeiter*innen aus, was zu einer Steigerung der Produktivität führen kann. (vgl. Baumanns, 2009, S. 3) Beispielzielvorgabe: Einen Skalenwert von vier oder höher halten bzw. erreichen, um eine optimale Waage zwischen Arbeit und Privatleben zu schaffen.
Basisdaten	BGW Mitarbeiter*innenbefragung 2014, 2017
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich
Interpretation	Für eine ausgeglichene, zufriedene Lebensweise ist auch die Ausgeglichenheit zwischen Beruf und Freizeit wichtig und wird in der heutigen Zeit zunehmend bedeutsamer. Die Mitarbeiter*innenbefragung thematisiert im vom Unternehmen ausgewählten Zusatzmodul genau dieses Verhältnis. Dieser Wert gibt Auskunft darüber wie sehr die Arbeit im Privatleben der Mitarbeiter*innen eine Rolle spielt und umgekehrt das Privatleben die Arbeitsleistung beeinflusst.

Tabelle 28: Kennzahlenblatt Work-Life-Balance (nach Schulte, 1989)

Bereich	Bereichswerte (1-5)										Bereichsergebnis
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Zusatzmodul B: Arbeiten und Leben im Gleichgewicht	Auswirkungen Arbeitsanforderungen auf Privatleben	Arbeitszeit vs Familienpflichten	Überforderung durch Arbeit	Überlastung durch Arbeit	Unvereinbarkeit Privataktivitäten mit Arbeitsaufgaben	Beginderung von Arbeitsaufgaben durch Familienprobleme	zeitliche Überanspruchung zu Hause	Arbeitsaufgaben verhindert durch Familienprobleme	Privatleben	Familienleben	
2014	3,4	3,6	3,6	4,2	3,6	4,6	4,7	4,8	4,7	4,7	**4,19**
2017	3,1	3,3	3,4	3,9	3,2	4,5	4,7	4,8	4,7	4,7	**4,03**

Tabelle 29: Bestandteile Work-Life-Balance aus Befragung der BGW (eigene Darstellung)

Insgesamt ergibt sich die folgende Übersicht:

	Wert aus Befragung (1-5)		Die Gewichtung der Kennzahlenbestandteile erfolgte durch Absprache	Gewichteter Skalenwert (Ergebnis)	
Relevante Kennzahlen für das BGM	**MA Gesamt 2014**	**MA Gesamt 2017**	**Gewichtung [%]**	**MA Gesamt 2014**	**MA Gesamt 2017**
Mitarbeiter*innenzufriedenheit			**100,00**	**3,50**	**3,33**
B.6 Arbeitszeit	4,10	3,90	**23,33**	95,65	90,99
C.2 Arbeitssituation	2,23	2,11	**23,33**	51,92	49,29
D.2 Kolleg*innen	4,27	4,17	**13,33**	56,89	55,56
D.3 Vorgesetzte	4,05	3,88	**10,00**	40,50	38,75
E. Unternehmenskultur	3,77	3,48	**20,00**	75,33	69,67
F.1 betriebliche Ausstattung	2,55	2,55	**6,67**	17,00	17,00
F.2 Arbeitsschutz	3,68	3,66	**3,33**	12,27	12,20
Sinnhaftigkeit- bzw. Bestimmbarkeit der Arbeit			**100,00**	**3,58**	**3,47**
C.1 Arbeitsaufgabe	3,97	3,80	**30,00**	119,00	114,00
D.1 Arbeitsbereich	3,14	3,00	**30,00**	94,20	90,00
G.1 Arbeitszufriedenheit	4,23	4,07	**20,00**	84,67	81,33
G.2 + 3 Arbeitsbezogene Gedanken	3,03	3,08	**20,00**	60,50	61,50
Gesundheitsempfinden			**100,00**	**3,83**	**3,83**
H.1 Gesundheit (Krankheitssymptomvorkommen)	3,05	3,02	**50,00**	152,69	152,69
H.2 Gesundheitszustand	4,70	4,60	**30,00**	141,00	141,00
H.3 Unfallvorkommen	4,45	4,30	**20,00**	89,00	89,00
Arbeitssituationsbefinden			**100,00**	**3,42**	**3,30**
Positive Merkmale (Entscheidungsspielraum, Aufgabenvielfalt, Kollegiale Unterstützung, Führungsverhalten, Fort- und Weiterbildungen, Partizipation,					
Entscheidungsspielraum C.1-1 & C.1-2, C.1-4	3,70	3,60	**10,70**	39,59	38,52
Aufgabenvielfalt C.1-3, C.1-5 & C.1-6	4,20	4,00	**3,60**	15,12	14,40
kollegiale Unterstützung D.2-1 bis D.2-3	4,30	4,20	**10,70**	46,01	44,94
Führungsverhalten D.3-1 bis D.3-4	4,00	3,90	**7,10**	28,40	27,69
Fort- und Weiterbildungen E.1-1 & E.1-5	4,00	3,80	**3,60**	14,40	13,68
Partizipation E.1-2, E.1-3 & E.1-4	3,70	3,30	**10,70**	39,59	35,31
Sicherheit F.2-1 bis F.2-5	3,70	3,70	**3,60**	13,32	13,32
Arbeitszufriedenheit G.1-1 bis G.1-3	4,20	4,10	**7,10**	29,82	29,11
Negative Merkmale (Zeitdruck und Überlastung, Überforderung, Defizite Arbeitslogistik, Ausstattungsmängel, Fluktuationsneigung, Arbeitsplatzunsicherheit)					
Zeitdruck und Überlastung C.2-1, C.2-6, C.2-7	2,00	1,90	**10,70**	21,40	20,33
Überforderung C.2.3	2,90	2,80	**10,70**	31,03	29,96
Defizite der Arbeitslogistik C.2.4, D.1-1 bis D.1-5	3,00	2,90	**10,70**	32,10	31,03
Ausstattungsmängel F.1-1 bis F.1-4	2,70	2,60	**3,60**	9,72	9,36
Fluktuationsneigung G.2-1 & G.2-2	3,10	2,90	**3,60**	11,16	10,44
Arbeitsplatzunsicherheit G.3-1 & G.3-2	3,00	3,30	**3,60**	10,80	11,88
Work-Life-Balance (Zusatzmodul B)			**100,04**	**4,05**	**3,86**
Auswirkungen Arbeitsanforderungen auf Privatleben	3,40	3,10	**14,30**	48,62	44,33
Arbeitszeit vs Familienpflichten	3,60	3,30	**14,30**	51,48	47,19
Überforderung durch Arbeit	3,60	3,40	**14,30**	51,48	48,62
Überlastung durch Arbeit	4,20	3,90	**14,30**	60,06	55,77
Unvereinbarkeit Privataktivitäten mit Arbeitsaufgaben	3,60	3,20	**7,14**	25,70	22,85
Behinderung von Arbeitsaufgaben durch Familienprobleme	4,60	4,50	**7,14**	32,84	32,13
zeitliche Überanspruchung zu Hause	4,70	4,70	**7,14**	33,56	33,56
Arbeitsaufgaben verhindert durch Familienprobleme	4,80	4,80	**7,14**	34,27	34,27
Privatleben	4,70	4,70	**7,14**	33,56	33,56
Familienleben	4,70	4,70	**7,14**	33,56	33,56

Tabelle 30: Ergebnistabelle "weiche" Kennzahlen (eigene Darstellung)

16. BGM-Budgeteinsatz

Diese Kennzahl gibt das Budget an, das im Jahr für das BGM kalkuliert wird und zur Verfügung steht. Jedoch gibt es aktuell nur einen Wert für 2016, sodass das Budget in zukünftige Berichte einfließen sollte, aufgrund Mangel an Daten in diesem jedoch keine Rolle spielen wird. Das Kennzahlenblatt klärt über die Relevanz dieser Zahl auf.

Kennzahlenbezeichnung: BGM-Budgeteinsatz	**Kennzahlen-Nr.: 16**
Beschreibung/Formel	Das Budget wird durch die Stabsstelle BGM für ein Jahr kalkuliert
Gliederungsmöglichkeiten	Gesamt, Budget je Maßnahme
Frequenz/Erhebungszeit-punkt/Erhebungszeitraum	Jährlich
Anwendungsbereich	BGM, Geschäftsleitung
Kennzahlenzweck	Das Budget spiegelt die Möglichkeiten durchführbarer Aktivitäten im BGM wider, die innerhalb eines Jahres finanziell machbar sind. Durch exakte Dokumentation des Finanzmitteleinsatzes kann das Einhalten des geplanten Budgets überprüft werden und für die Folgejahre ein neues Budget kalkuliert werden.
Basisdaten	Lediglich ein Wert für das Jahr 2016 durch Experteninterview mit Stabsstelle BGM, für nachfolgende Berichte kann das Unternehmen Werte eigenständig ergänzen
Vergleichsgrundlage	Zeitvergleich
Interpretation	Wie jeder andere Prozess eines Unternehmens, kostet auch die Durchführung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements Geld und benötigt stetige Investitionen. Wie viel Geld, wofür aufgewendet wird kann diese Kennzahl verdeutlichen. Durch übersichtliche Dokumentation des Mitteleinsatz (inklusive personeller Ressourcen) kann zukünftig eine Erfolgsquote oder prinzipiell sogar ein Return on Investment bestimmt werden. (vgl. Biewig et al., 2016, S. 31, 39)

Tabelle 31: Kennzahlenblatt BGM-Budgeteinsatz (nach Schulte, 1989)

8.2. Erstellung des Berichtswesens

III. Berichtswesen formulieren, in welches die erarbeiteten Kennzahlen einfließen, diese miteinander verknüpft werden und zueinander in Bezug gesetzt werden (ein Modell schildert die Zusammenhänge wodurch die Interpretation der Ergebnisse im Unternehmen erleichtert wird). Auswertungszeiträume und Berichter-stellungszeiträume sind festzulegen.

IV. Anhand eines Beispiels wird eine Beispielzielvorgabe und die Interpretation er-stellt. (ausführliche Interpretationen der Ergebnisse und Ableitung von Handlungsempfehlungen, die sinnvoll erscheinen sind dann unternehmensintern anzufertigen.)

V. Darbietung des fertigen Berichtswesens für das BGM, mit Grafiken und Zahlenübersichten, das in dieser Form an den Koordinierungskreis „Gesundheit" kommunizierbar sein soll, mit dem Ziel, zu zeigen, dass sich die stetige Beteiligung in das BGM lohnen und um zukünftige Entscheidungen zu unterstützen. (vgl. BMWi, S. 10)

Nun da die Grundlagen für das Berichtswesen erarbeitet sind kann der Bericht erstellt werden. Es kann ein Jahresbericht, der lediglich ein Auswertungsjahr berücksichtigt, erstellt werden oder aber die gesamten Auswertungszeiträume können in einem Bericht zusammengetragen dargestellt werden. In diesem Fall wird die letztere Variante gewählt. Zukünftig ist die Darstellung eines Auswertungsjahres mit Bezugnahme auf die vorherigen Jahre sinnvoll für die zielgerichtete Planung des weiteren Vorgehens.

Der Bericht sollte enthalten:

- ein Deckblatt,
- ein Vorwort für Leser*innen (individuell angepasst) und eine grobe Gliederung,
- eine Übersicht über die Kennzahlen (grafische Darstellung), die die Beziehungen der Kennzahlen untereinander verdeutlicht,
- die Kennzahlen übersichtlich zusammengetragen mit grafischen Gestaltungen und
- im Anhang: die Kennzahlenblätter, die Grundlagendaten und die Gewichtungen und Bestandteile der einzelnen „weichen" Kennzahlen (Nr.11-15).

Wie der Bericht für das BGM der Kinder- und Jugendhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes in Rostock für die Jahre 2014-2018 aussehen kann, sehen Sie auf den nächsten Seiten.

Eine Übersicht der Kennzahlen wurde nach dem „Treiber-Ergebnis-Modell“ nach Badura bzw. nach dem „Treiber-Indikatoren-Modell“ von Uhle und Treier erstellt.

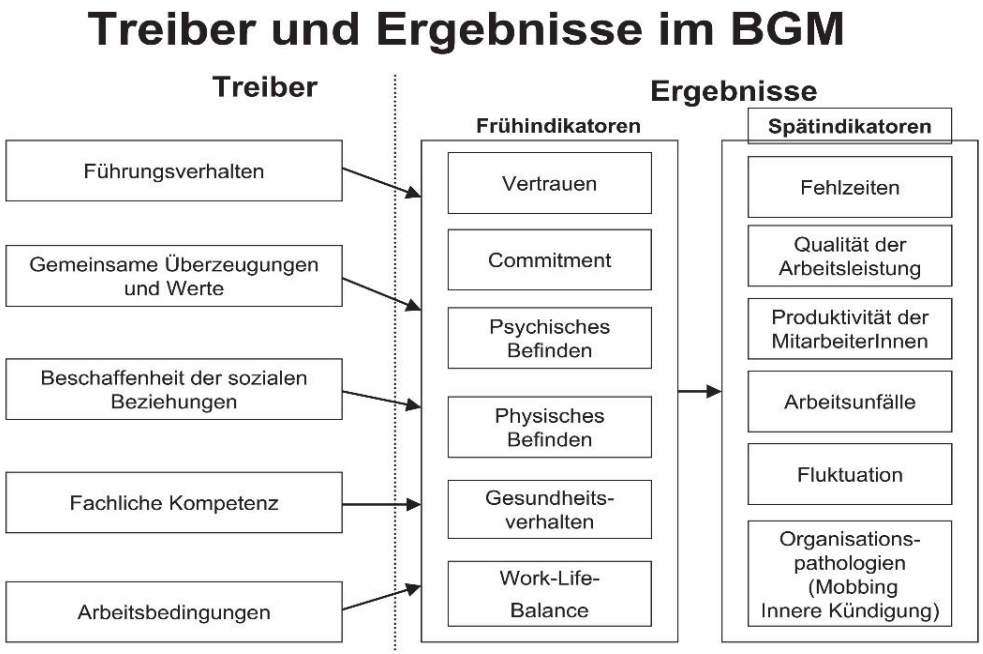


Abbildung 12: Modellvorlage zur übersichtlichen Darstellung von Kennzahlen (Badura, 2007, S. 31)

Die Unternehmensindividuelle Darstellung ist im Berichtswesen enthalten.

Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Gemeinnützige Gesellschaft für
Kinder- und Jugendhilfe des ASB

ASB Arbeiter-Samariter-Bund

Bericht

für das Betriebliche Gesundheitsmanagement der gemeinnützigen Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe mbH in Rostock

Erstellt im November 2019

Berichtszeitraum 2014-2018

Der Bericht enthält Kennzahlen, die anhand der zur Verfügung gestellten Datenquellen entwickelt wurden. Die Gesundheitsdaten der Mitarbeiter*innen sind auf den folgenden Seiten zusammenfassend dargestellt. Der Bericht soll dazu dienen Entwicklungstrends zu erkennen und Maßnahmen gezielt auf die Kennzahlenergebnissen abzustimmen.

Eine jährliche Erhebung der Daten ist von Zeit-Nutzen-Faktor her ratsam. Die Auswertungen sollten nach dem Vorbild erfolgen, sodass Zeitvergleiche möglich sind. Umso kürzer die Auswertungszeiträume, desto schneller können Erkenntnisse für geeignete Interventionen genutzt werden.

- ➔ Empfehlung: Im ersten Quartal eines Jahres die harten Kennzahlen für das vergangene Jahr erheben, geschätzter zeitlicher Aufwand mit Berichtserstellung: 40 Stunden
- ➔ Empfehlung: Die weichen Kennzahlen sollten direkt nach Ergebnisbekanntgabe der Mitarbeiter*innenbefragung gebildet werden (geschätzter zeitlicher Aufwand: 15 Stunden

Zunächst sollen allgemeine Unternehmenskennzahlen: die Mitarbeiter*innenzahl und das Durchschnittsalter aufgeführt werden. Die Personalkosten, die für die spätere Berechnung der Krankenkosten relevant sind, sind ebenfalls Bestandteil des (I) Allgemeinen Teils.

Es folgt der spezielle (II) Gesundheitsteil in dem (II.I) harte und (II.II) weiche BGM-Kennzahlen, das bedeutet auf eindeutigen objektiven Zahlen beruhende und aus der subjektiven Meinung der Mitarbeiter*innen (befragungsbasiert) geprägte Kennzahlen vorgestellt werden.

Im Anhang dieses Berichts finden Sie zu jeder Kennzahl ein sogenanntes Kennzahlenblatt, welches eine differenzierte Beschreibung, Informationen zu Berechnungsformeln sowie den Kennzahlenzweck und weiteren informative Ausführungen übersichtlich und einheitlich beinhaltet. Informationen zu den Stichproben der Befragungen sind ebenfalls dort tabellarisch einzusehen, sowie die Fragebögen, die ausgewertet wurden. (*Anhang fehlt aufgrund Aufführung an anderer Stelle dieser Ausarbeitung)*

Überblick der in diesem Bericht enthaltenen Kennzahlen:

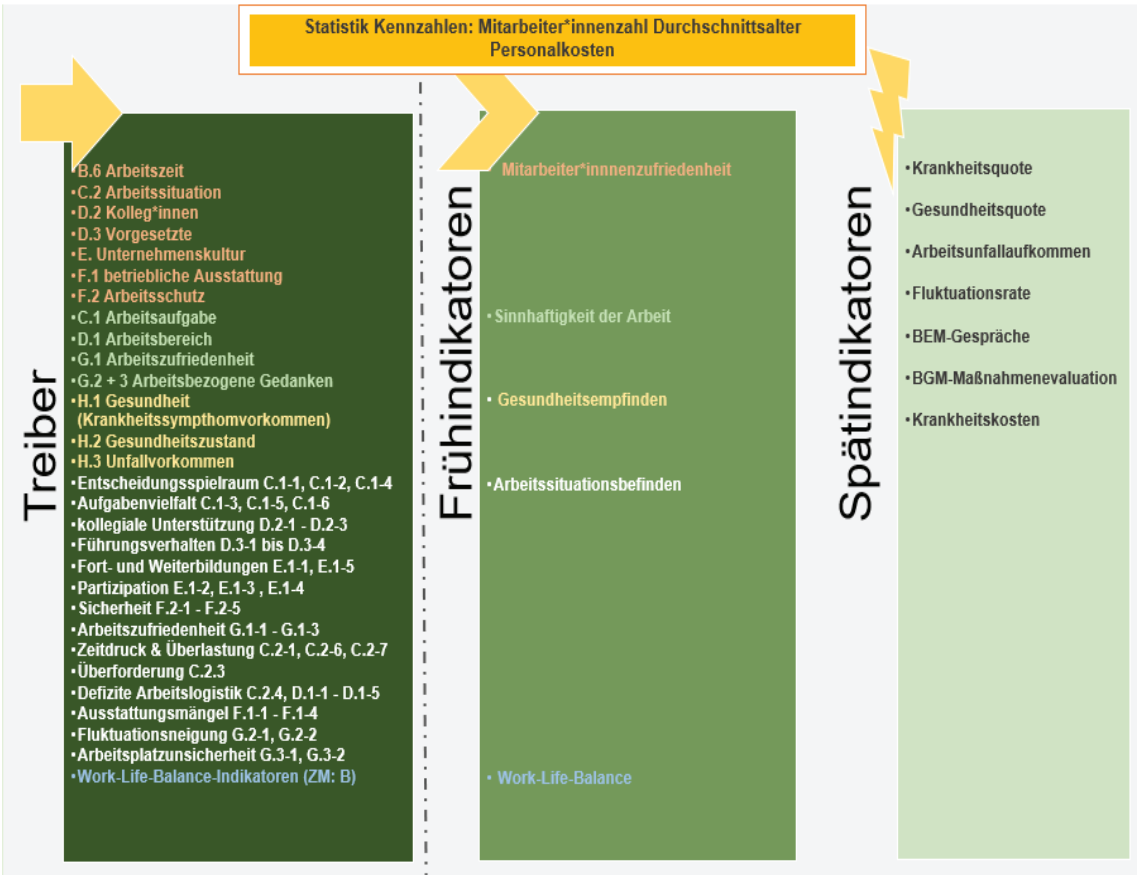
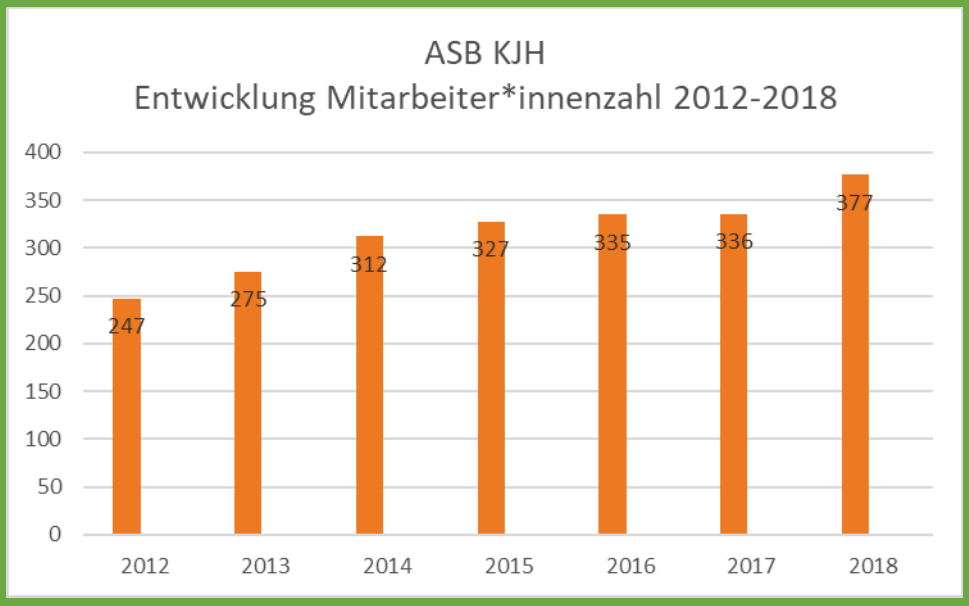


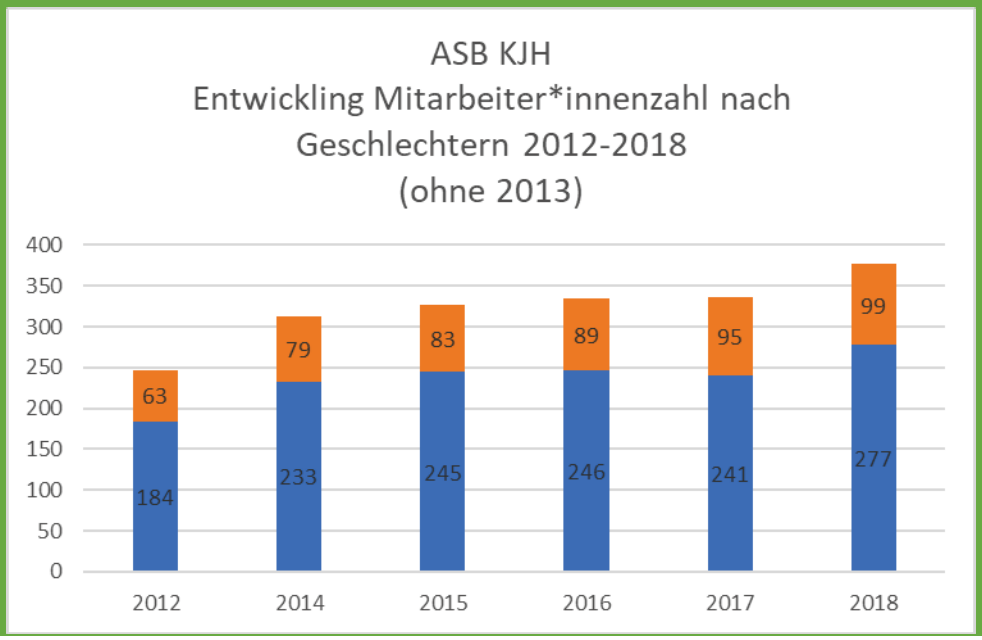
Abbildung 13: Darstellung Kennzahlen Berichtswesen ASB KJH, Stand November 2019 (nach dem Vorbild von Badura, 2007, F. 31)

I. Allgemeiner Teil

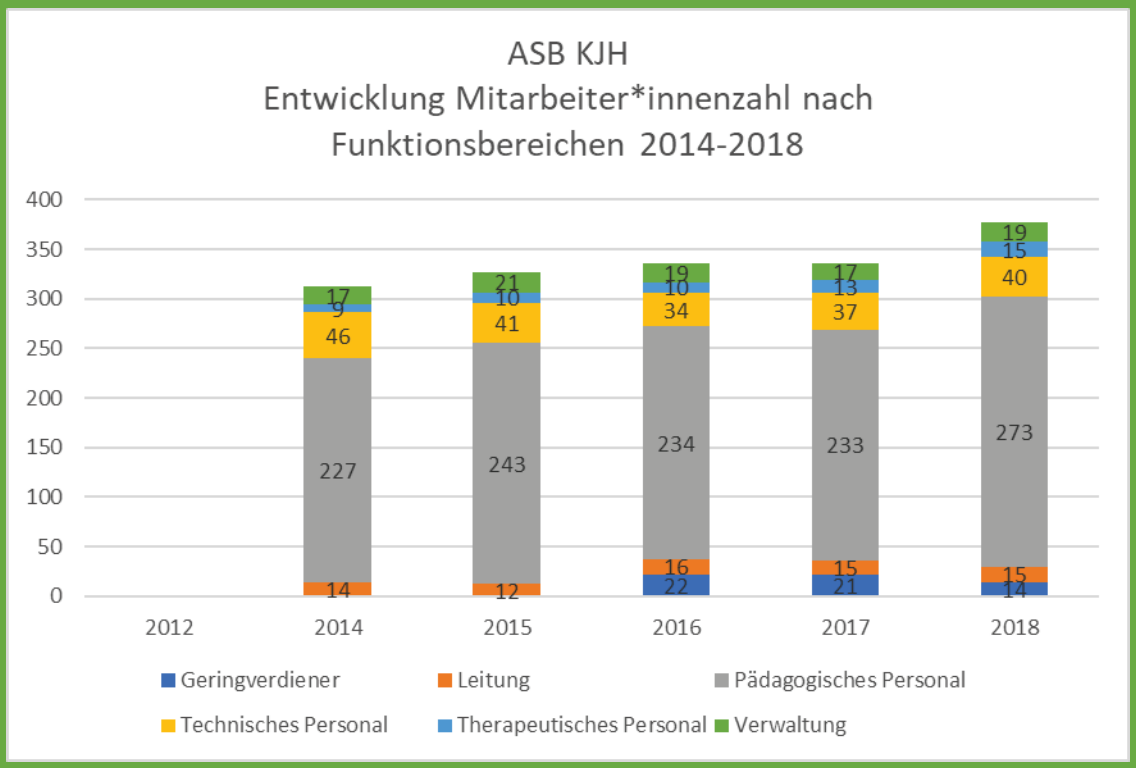
1.Mitarbeiter*in-nenzahl		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
gesamt		247	275	312	327	335	336	377



Geschlecht								
	weiblich	183		233	245	246	241	277
	männlich	64		79	83	89	95	99
	divers							

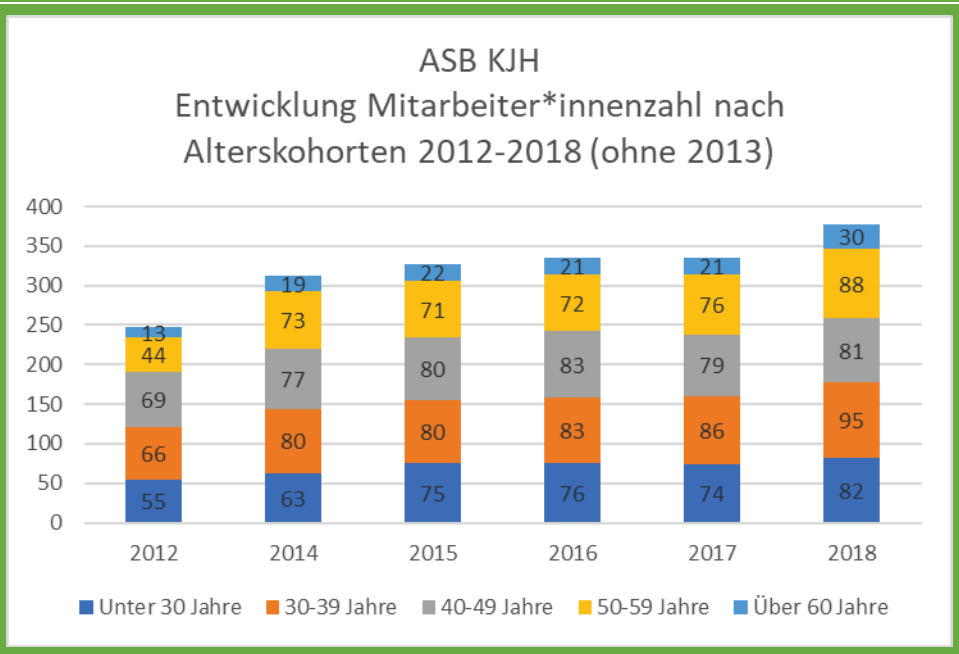


1.Mitarbeiter*in-nenzahl		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Funktionsbe-reich								
	Geringverdiener					22	21	14
	Leitung			14	12	16	15	15
	Pädagogisches Personal			227	243	234	233	273
	Technisches Personal			46	41	34	37	40
	Therapeutisches Personal			9	10	10	13	15
	Verwaltung			17	21	19	17	19

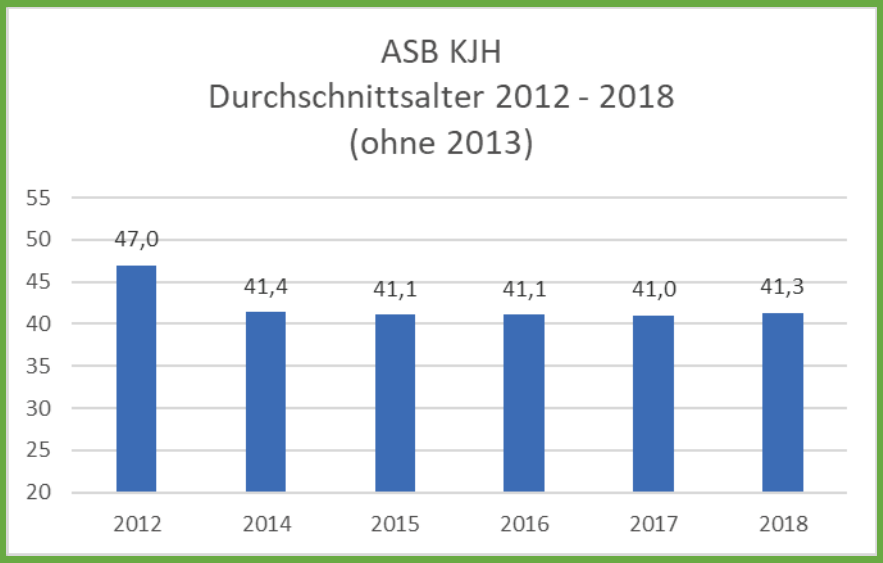


Alterskohorte								
	Unter 30 Jahre	55		63	75	76	74	82
	30-39 Jahre	66		80	80	83	86	95
	40-49 Jahre	69		77	80	83	79	81
	50-59 Jahre	44		73	71	72	76	88
	Über 60 Jahre	13		19	22	21	21	30

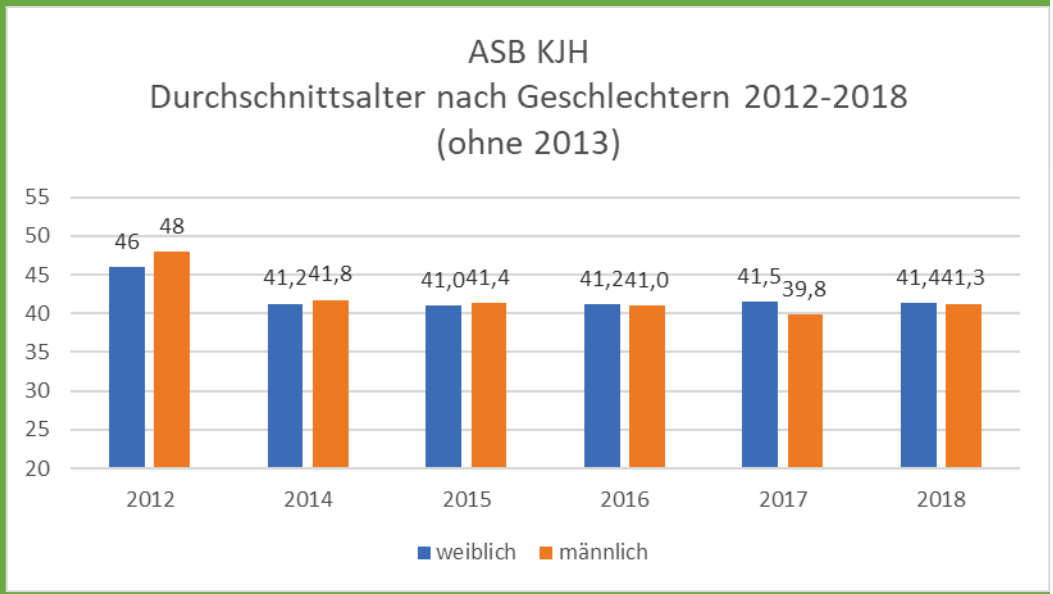
1.Mitarbeiter*in-nenzahl	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018



2. Durchschnittsalter in Jahren		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
gesamt		47		41,4	41,1	41,1	41,0	41,3

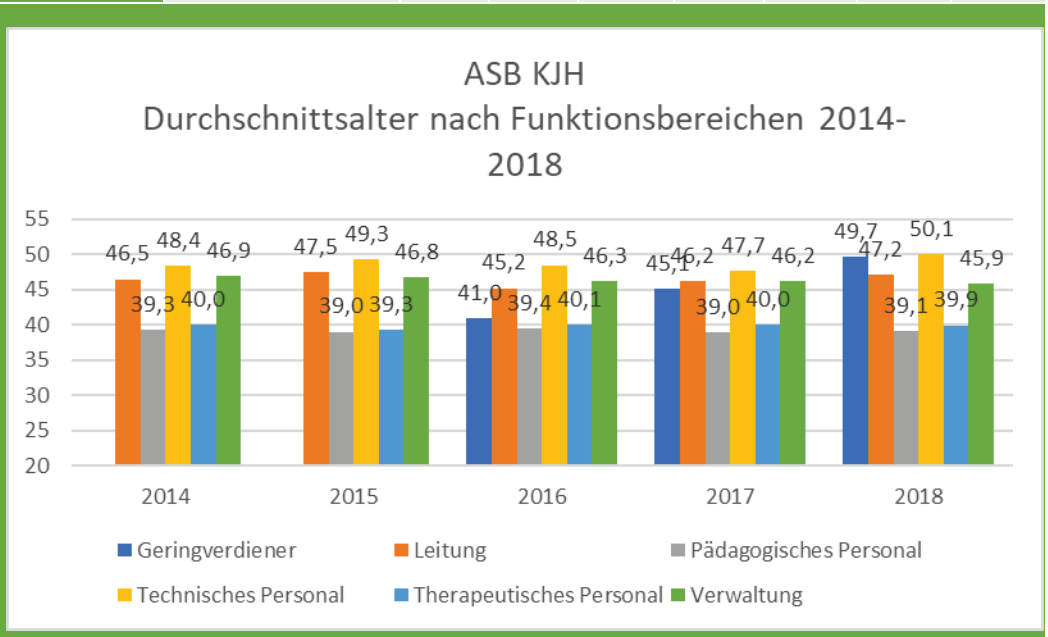


Geschlecht								
	weiblich	46		41,2	41,0	41,2	41,5	41,4
	männlich	48		41,8	41,4	41,0	39,8	41,3
	divers							



Funktionsbereich								
	Geringverdiener					41,0	45,1	49,7
	Leitung			46,5	47,5	45,2	46,2	47,2

2. Durch-schnittsalter in Jahren		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	Pädagogisches Personal			39,3	39,0	39,4	39,0	39,1
	Technisches Personal			48,4	49,3	48,5	47,7	50,1
	Therapeutisches Personal			40,0	39,3	40,1	40,0	39,9
	Verwaltung			46,9	46,8	46,3	46,2	45,9

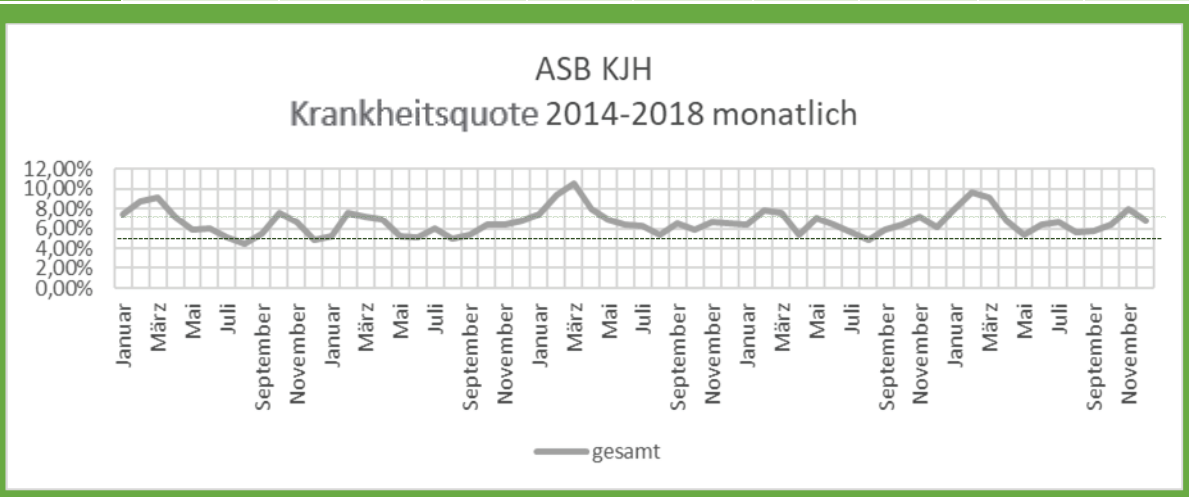


3.**Personalkosten in Euro**	(ohne BG-Abgaben und Zuschläge)		**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Personalkosten je Mitarbeiter*in im Jahr	gesamt		24.788,08	25.232,39	24.977,48	25.375,86	26.388,00
Personalkosten je Mitarbeiter*in pro Tag	gesamt		67,91	69,13	68,43	69,52	72,30
	Funktionsbereiche						
		Geringverdiener			6,99	8,47	7,42
		Leitung	133,15	148,56	135,06	129,48	133,49
		Pädagogisches Personal	67,59	70,50	71,25	72,62	73,72
		Technisches Personal	43,22	49,57	54,06	57,69	51,31
		Therapeutisches Personal	91,81	48,80	98,63	50,77	81,22
		Verwaltung	82,60	68,48	92,15	103,62	100,39

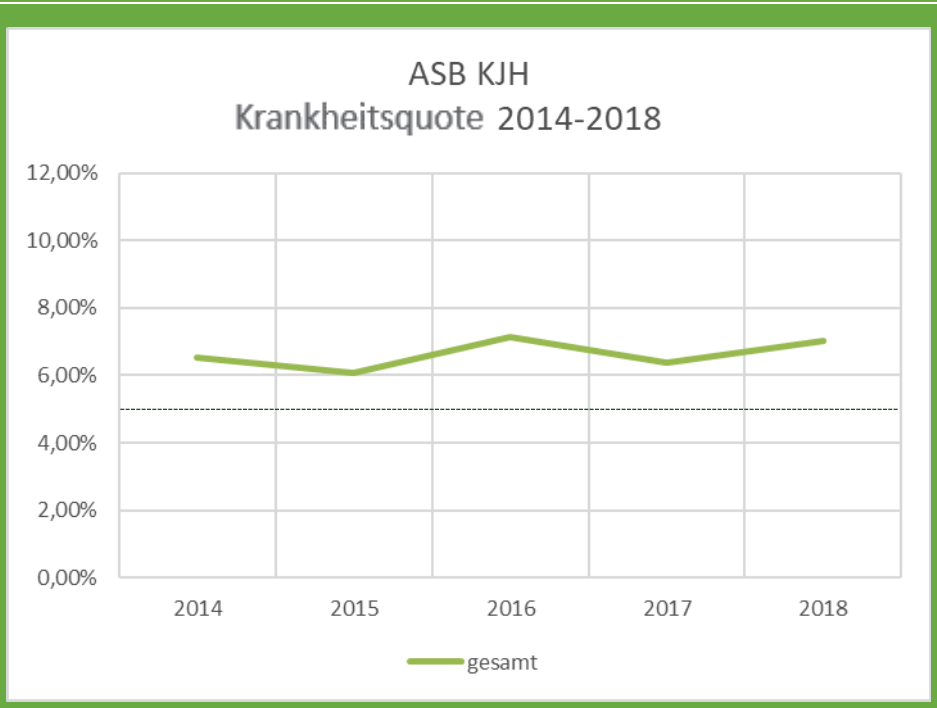
II. Kennzahlen für das betriebliche Gesundheitsmanagement

II.I. harte Kennzahlen

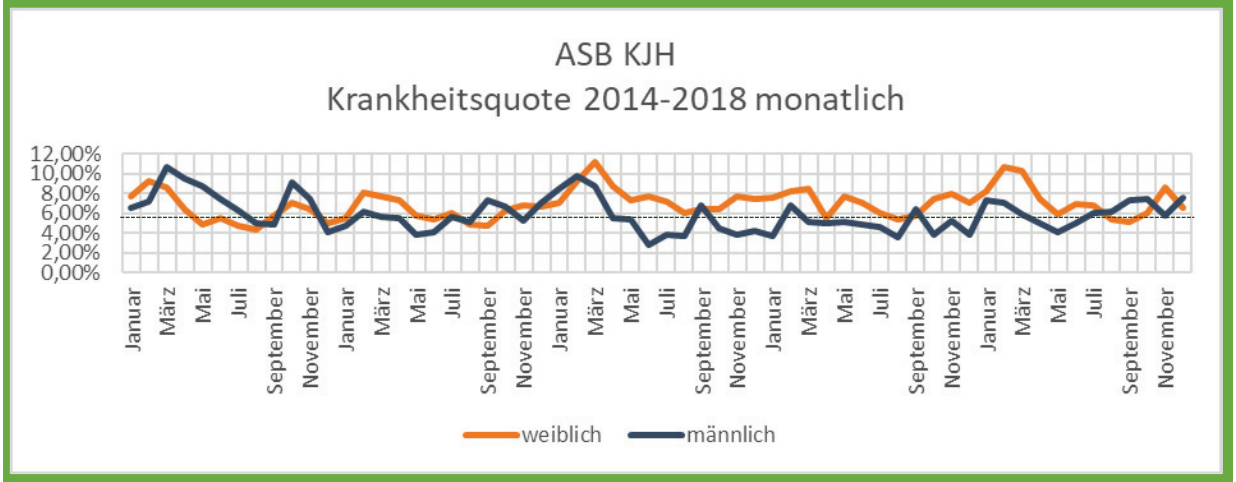
4. **Krankheits-quote in %**	**erfasste Fehlzeiten: Arbeitsunfall, krank, krank mit Bezug ab 1. Tag (Langzeit-krank), krank ohne Krankenschein, Kur)**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Beispielzielvorgabe: Mitarbeiter*innengesundheit stärken, indem geeignete Interventionen zur Erhaltung und Förderung im BGM entwickelt und durchgeführt werden. Die Krankheitsquote auf 5%(dies entspricht einer krankheitsbedingten Abwesenheit von 18 Tagen im Jahr je Mitarbeiter*in) oder niedriger halten bzw. senken.								
	gesamt	6,26		6,53	6,08	7,14	6,40	7,02



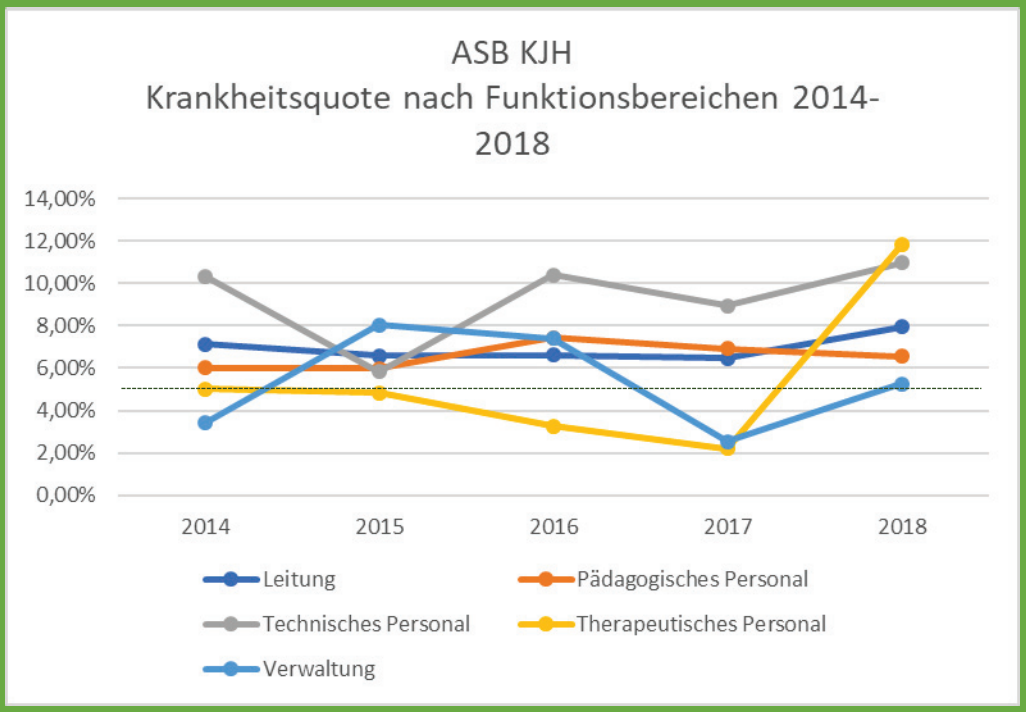
4. **Krank-heits-quote in %**	**erfasste Fehlzeiten: Arbeitsunfall, krank, krank mit Bezug ab 1. Tag (Langzeit-krank), krank ohne Krankenschein, Kur)**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**



	Ge-schlecht								
		weiblich	5,63		6,30	6,25	7,70	7,02	7,33
		männlich	8,09		7,23	5,58	5,62	4,83	6,23
		divers							

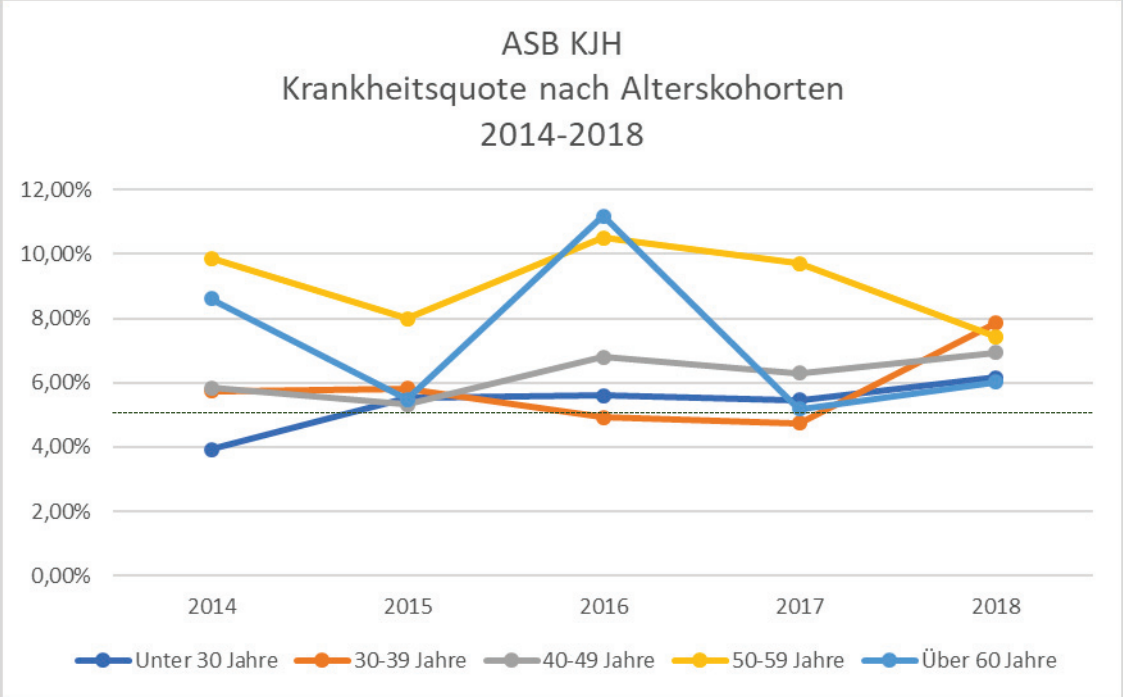


4. **Krank-heits-quote in %**	**erfasste Fehlzeiten: Arbeitsunfall, krank, krank mit Bezug ab 1. Tag (Langzeit-krank), krank ohne Krankenschein, Kur)**		**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
	Funktions-bereich								
		Gering-verdiener					0,82	1,41	0,51
		Leitung			7,14	6,58	6,60	6,48	7,95
		Pädago-gisches Personal			6,02	5,97	7,44	6,91	6,55
		Techni-sches Personal			10,34	5,83	10,39	8,95	10,97
		Thera-peuti-sches Personal			5,00	4,84	3,27	2,22	11,81
		Verwal-tung			3,42	8,03	7,41	2,54	5,26



	Altersko-horte								
		Unter 30 Jahre			3,92	5,52	5,60	5,46	6,15

4. **Krank-heits-quote in %**	**erfasste Fehlzeiten: Arbeitsunfall, krank, krank mit Bezug ab 1. Tag (Langzeit-krank), krank ohne Krankenschein, Kur)**		**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
		30-39 Jahre			5,74	5,82	4,92	4,74	7,85
		40-49 Jahre			5,84	5,33	6,79	6,30	6,94
		50-59 Jahre			9,86	7,99	10,51	9,71	7,43
		Über 60 Jahre			8,60	5,49	11,17	5,18	6,02



- ➔ **2016 war die Krankheitsquote mit 6,08% am geringsten. D.h. ein*e Mitarbeiter*in ist circa 22 von 365 Tagen im Jahr krankheitsbedingt abwesend gewesen. Die Krankheitsquote hat die Form einer Sinuskurve, sie steigt regelmäßig leicht an und fällt im folgenden Jahr wieder ab.**
- ➔ **2018 fällt ein*e Mitarbeiter*in circa 26 Tage wegen Krankheit aus: Ziel ist die Senkung auf 18 Tage pro Jahr. (8 Tage zu viel aktuell)** → *Zielvorgabe eventuell anpassen: bis Ende 2020 soll die Krankheitsquote um 1% gesenkt werden (auf rund 6%)*
- ➔ **Seit 2015 ist die Krankheitsquote der Frauen stets höher als die der Männer. Ziel wurde 2017 für die Männer erreicht, leider 2018 ein Plus von 1,4%, sodass eine erneute Senkung anzustreben ist. (2017 waren Männer durchschnittlich 18 Tage krank)**
- ➔ **Besonderheit technisches Personal? Warum schwankt die Krankheitsquote bei diesem Funktionsbereicht so sehr bzw. ist so hoch? Warum ist die des therapeutischen Personals**

4. **Krankheits-quote in %**	**erfasste Fehlzeiten: Arbeitsunfall, krank, krank mit Bezug ab 1. Tag (Langzeit-krank), krank ohne Krankenschein, Kur)**	**2012**	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**

von 2014-2017 so niedrig und steigt 2018 abrupt an? therapeutisches – und technisches Personal 2018 höchster Wert seit 2014 → Ursache?

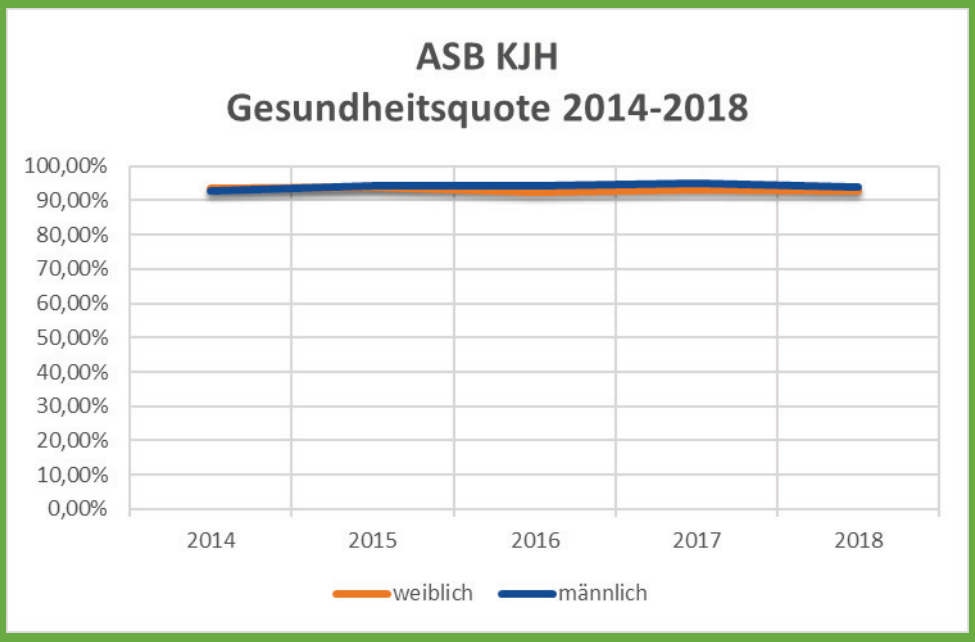
➔ **Waren die Krankheitsquoten der verschiedenen Alterskohorten in den Jahren 2014-2017 recht unterschiedlich, nähern sie sich in 2018 allmählig an. Geringverdiener sind in den Kohorten mit enthalten (kann die niedrige Krankheitsquote in 2018 erklären)** → *zukünftig eventuell Geringverdiener bei Auswertungen komplett außenvor lassen?*

2018 abrupter Anstieg der Krankheitsquote der 30-39 Jährigen, die in den Jahen 2016 und 2017 das gestellte Ziel erreicht hatten → *Ursache?*

➔ **sprechen die BGM-Maßnahmen die 16-49 Jährigen an? Sind sie eher auf die Ü50 Jährigen ausgerichtet?** → *Prüfen*

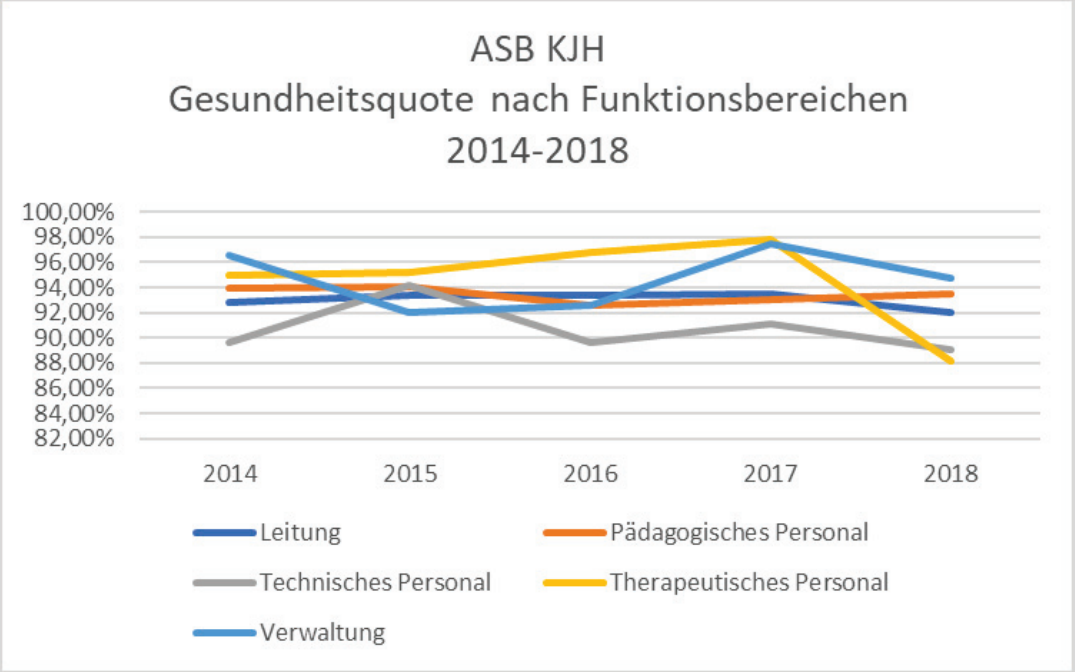
5.**Gesund-heitsquote in %**			**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
Beispielzielvorgabe:							
	gesamt		93,47	93,92	92,86	93,60	92,98

	Ge-schlecht						
		weiblich	93,70	93,75	92,30	92,98	92,67
		männlich	92,77	94,42	94,38	95,17	93,77



		divers					

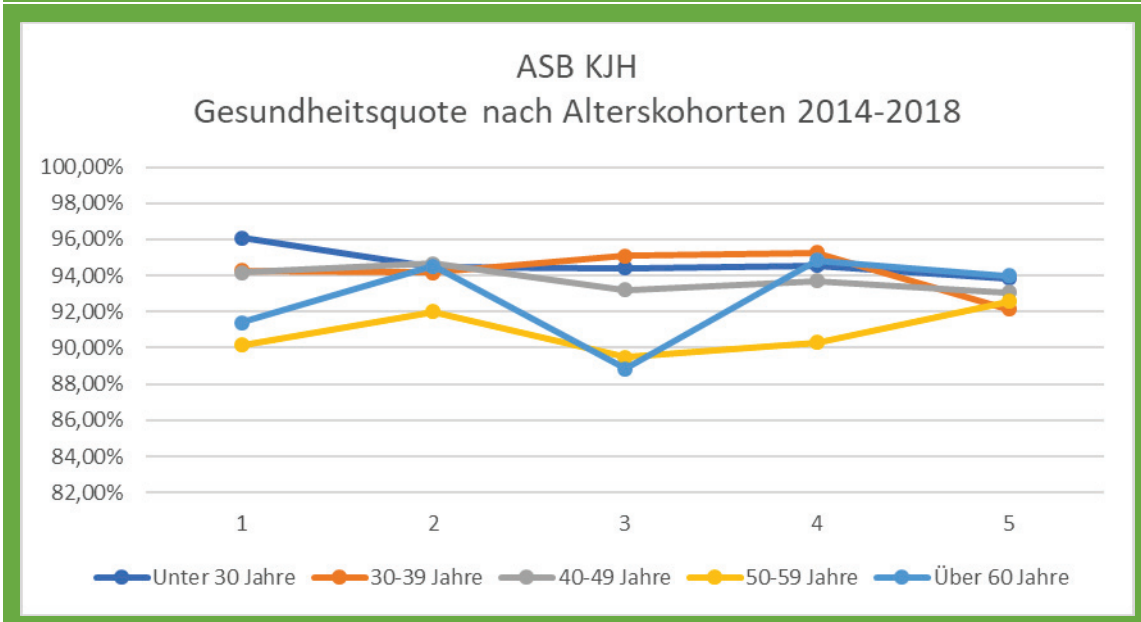
5.**Gesundheitsquote in %**			**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
	Funktionsbereich						
		Geringverdiener			99,18	98,59	99,49
		Leitung	92,86	93,42	93,40	93,52	92,05
		Pädagogisches Personal	93,98	94,03	92,56	93,09	93,45
		Technisches Personal	89,66	94,17	89,61	91,05	89,03
		Therapeutisches Personal	95,00	95,16	96,73	97,78	88,19
		Verwaltung	96,58	91,97	92,59	97,46	94,74



(minimale Unterschiede, Skalenausschnitt)

	Altershorte						
		Unter 30 Jahre	96,08	94,48	94,40	94,54	93,85
		30-39 Jahre	94,26	94,18	95,08	95,26	92,15
		40-49 Jahre	94,16	94,67	93,21	93,70	93,06
		50-59 Jahre	90,14	92,01	89,49	90,29	92,57
		Über 60 Jahre	91,40	94,51	88,83	94,82	93,98

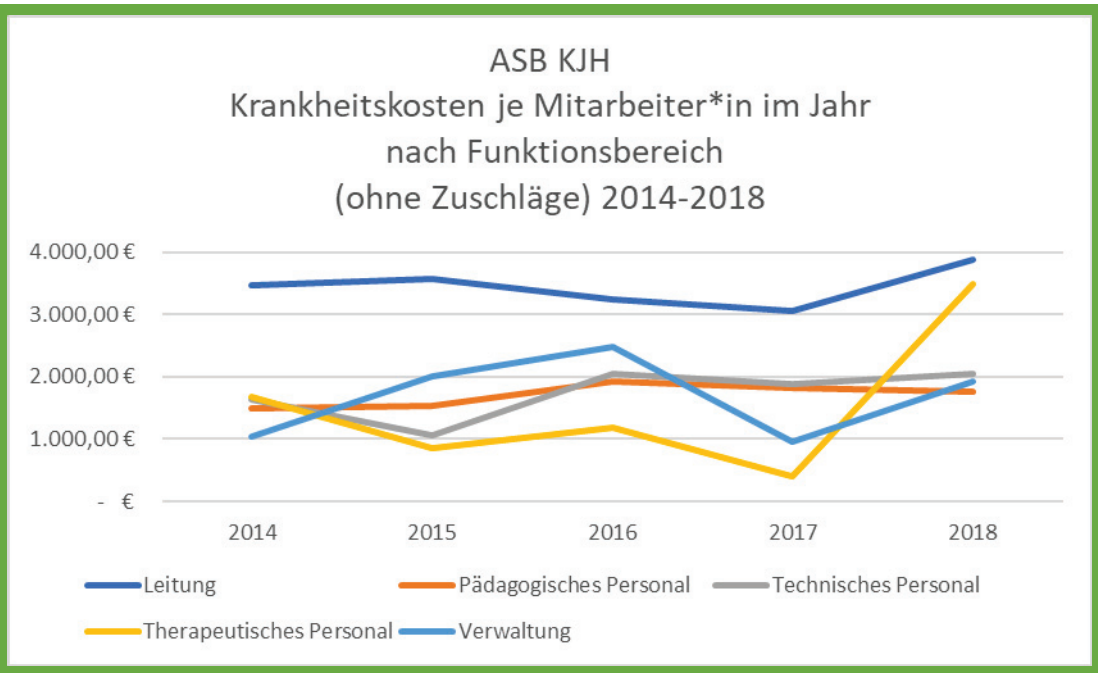
5.**Gesund-heitsquote in %**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**



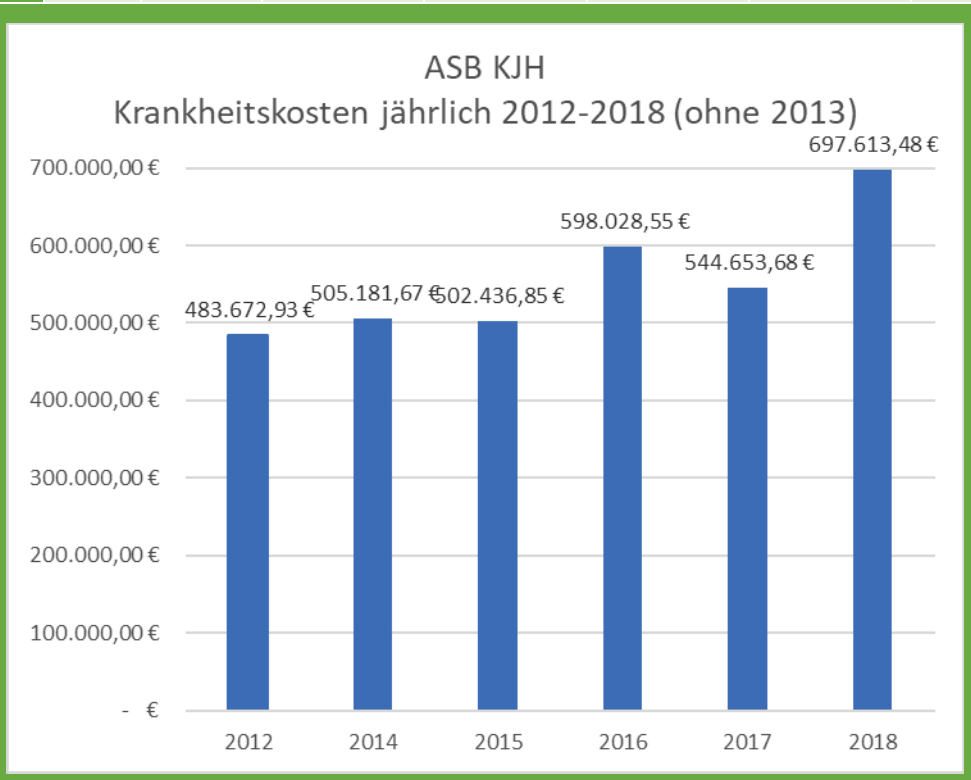
(Skalenausschnitt)

➔

6.Krankheitskosten in Euro			2014	2015	2016	2017	2018
Beispielzielvorgabe:							
Krankheitskosten je MA im Jahr	gesamt		1.619,17	1.534,94	1.783,83	1.623,41	1.852,89
	Funktionsbereich						
		Leitung	3.471,88	3.565,35	3.253,93	3.061,14	3.874,06
		Pädagogisches Personal	1.484,15	1.536,25	1.933,92	1.832,44	1.762,15
		Technisches Personal	1.630,38	1.054,83	2.050,98	1.884,04	2.054,69
		Therapeutisches Personal	1.676,83	862,17	1.175,85	411,13	3.499,87
		Verwaltung	1.030,62	2.008,38	2.491,90	960,52	1.929,13

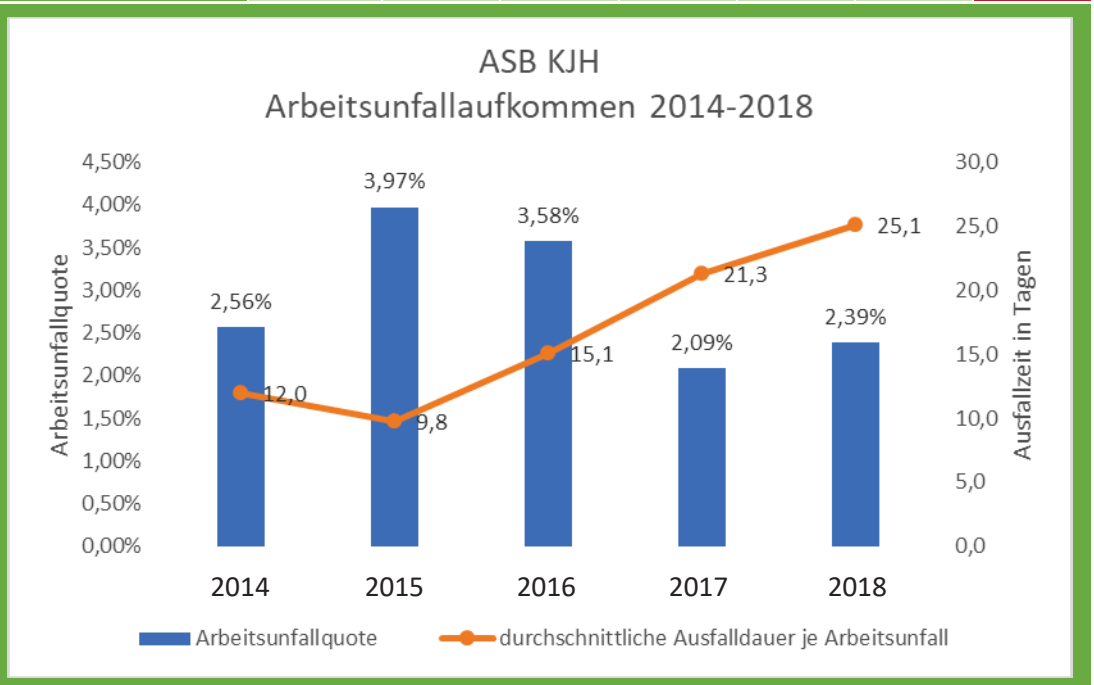


Krank-heits-kosten im Jahr	ge-samt		505.181,67	502.436,85	598.028,55	544.653,68	697.613,48



➔

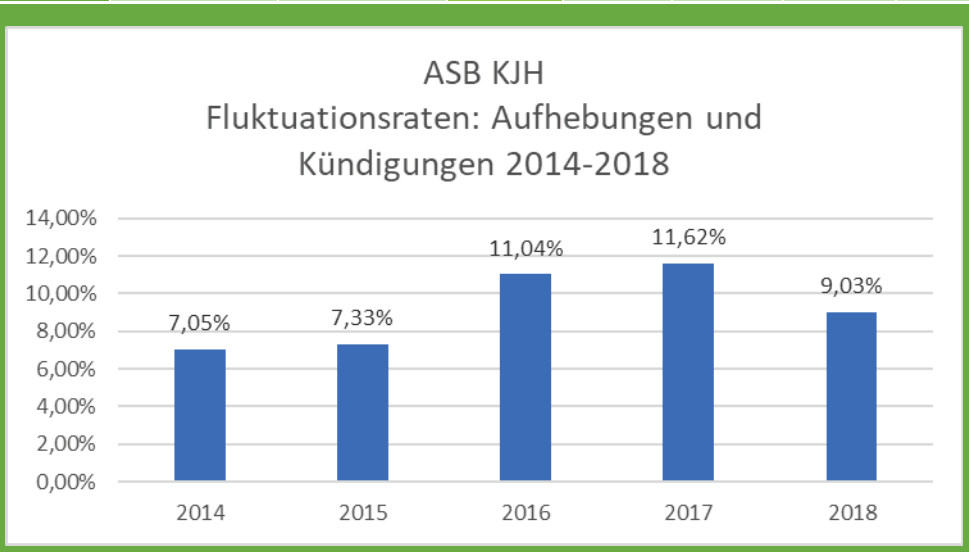
7.Arbeitsunfallauf-kommen			2014	2015	2016	2017	2018
Beispielzielvorgabe:							
Arbeitsunfallrate [%]		gesamt	2,56	3,97	3,58	2,09	2,39
durchschnittliche Ausfalldauer je Arbeitsunfall [Tage]		gesamt	12,0	9,8	15,1	21,3	25,1



Arbeitsunfälle je 1000 Vollbeschäftigten [Quote]		gesamt	25,64	39,71	38,33	22,27	24,85
	Bench-mark (DGUV)[1]	gesamt		25,76	25,74	25,02	26,74
		BGW		20,15	20,81	20,25	19,43
➔							

1 (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2017, 17, 22, 26)

8.Fluktuations-rate in %			2014	2015	2016	2017	2018
Beispielzielvorgabe:							
Fluktuations-rate gesamt [%]		gesamt	28,21	19,55	22,97	19,08	22,05
	Bench-mark[2]	Deutsch-land			31,6	32,8	
		Sozialwe-sen				13,4	
Fluktuations-rate Aufhebun-gen und Kündi-gungen [%]		gesamt	7,05	7,33	11,04	11,62	9,03

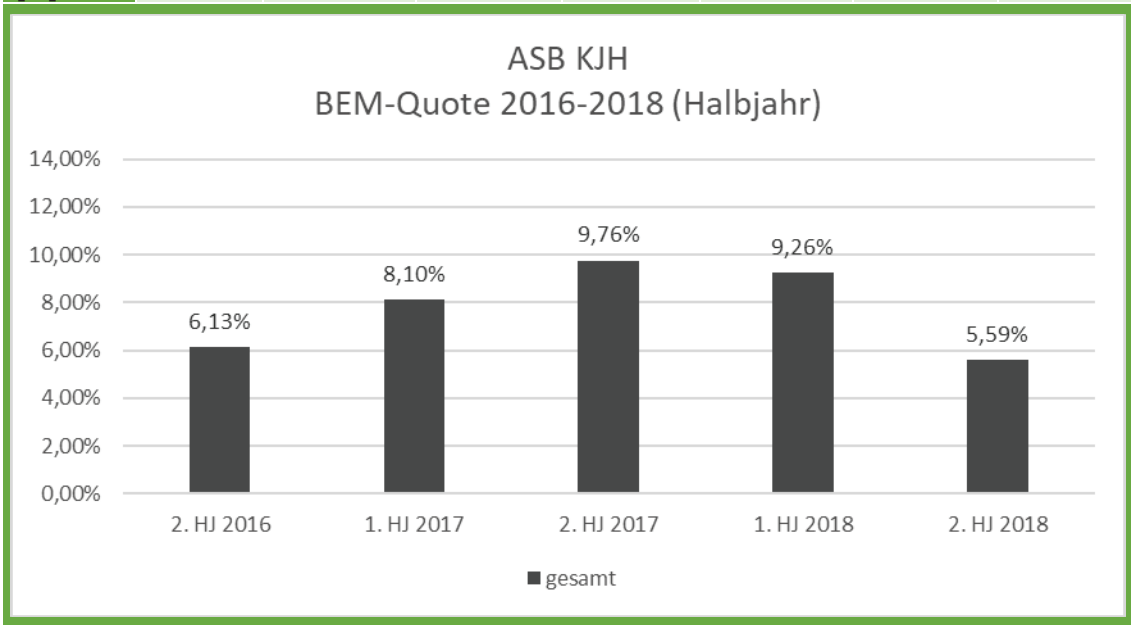


➔

2 (Roesch-Schlanderer, Sauter & Meininger, 2019)

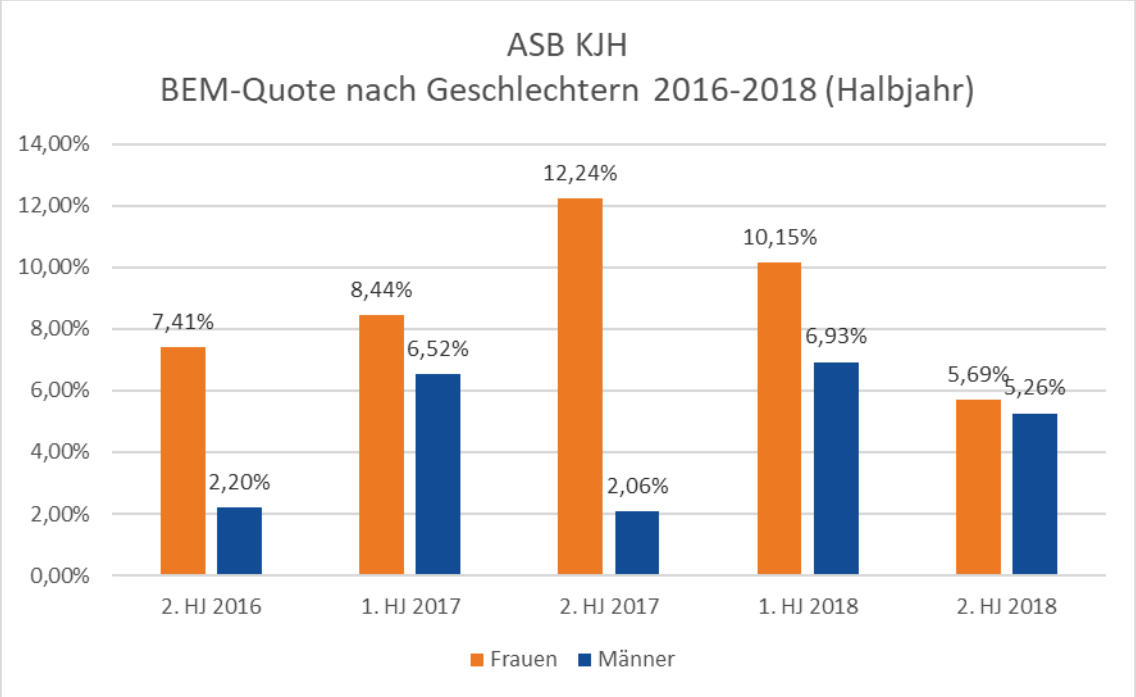
9.BGM-Maßnahmenak-zeptanz/-Nutzung 9.1 KoK-Tage		2014	2015	2016	2017	2018
Beispielzielvorgabe:						
KoK-Tage-Quote [%]				0,17	0,23	0,29
KoK-Tage Nuter*innen [Anzahl]	gesamt			119	147	199
KoK-Tage [Anzahl]	gesamt			206	286	398
KoK-Tage-Aufkommen je KoK-Tage nutzenden MA [Quote]	gesamt			1,7	1,9	2,0
KoK-Tage nutzende MA an MA gesamt [%]	gesamt			35,50	43,82	52,86
KoK-Tage an Krankenta-gen gesamt [%]	gesamt			2,35	3,65	4,14
➔						

10.BEM-Gespräche			2.HJ 2016	1.HJ 2016	2.HJ 2017	1.HJ 2018	2.HJ 2018
Beispielzielvorgabe:							
BEM-Quote [%]	gesamt		6,13	8,10	9,76	9,26	5,59



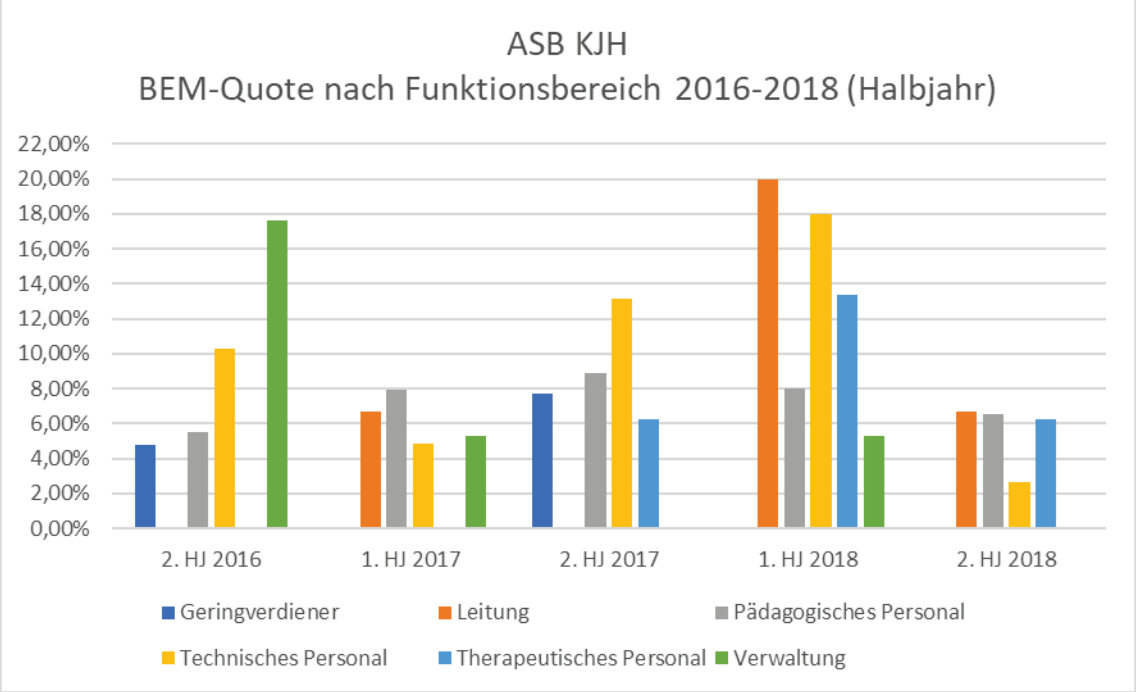
	Geschlecht						
		Frauen	7,41	8,44	12,24	10,15	5,69
		Männer	2,20	6,52	2,06	6,93	5,26

10.BEM-Gespräche	2.HJ 2016	1.HJ 2016	2.HJ 2017	1.HJ 2018	2.HJ 2018



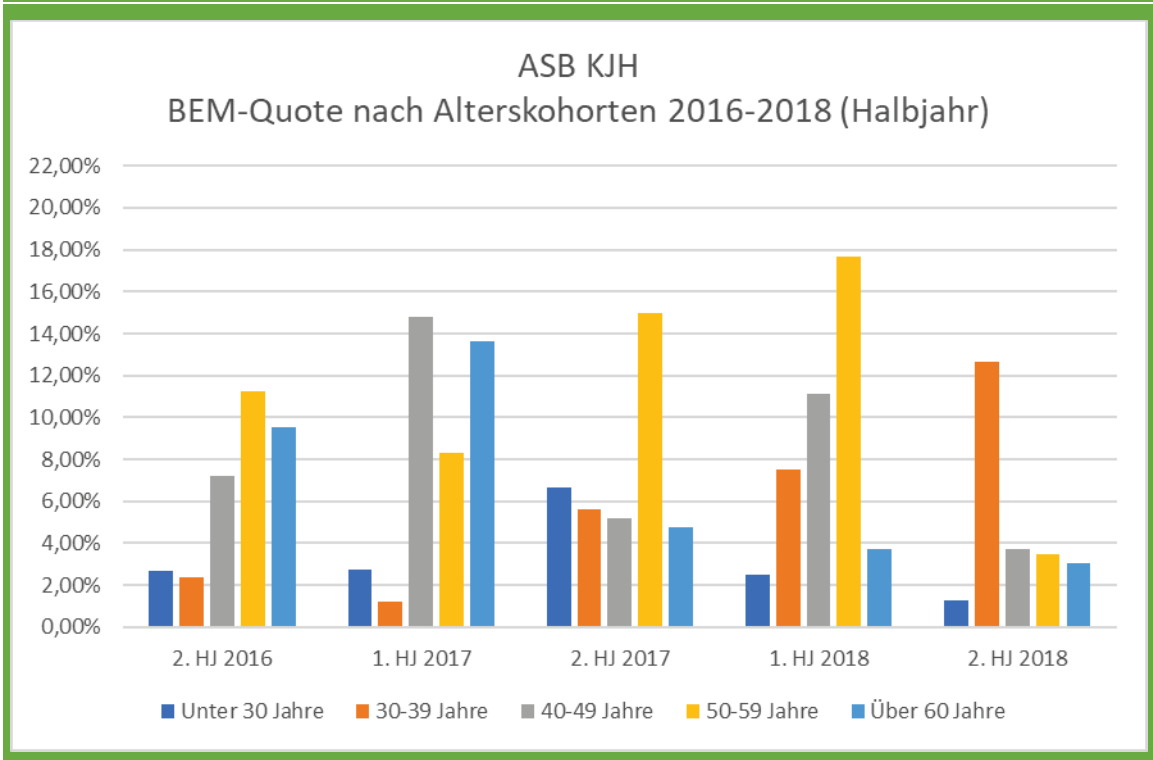
	Funktionsbereich						
		Geringverdiener	4,76	0,00	7,69	0,00	0,00
		Leitung	0,00	6,67	0,00	20,00	6,67
		Pädagogisches Personal	5,53	7,92	8,90	7,98	6,55
		Technisches Personal	10,26	4,88	13,16	17,95	2,63
		Therapeutisches Personal	0,00	0,00	6,25	13,33	6,25
		Verwaltung	17,65	5,26	0,00	5,26	0,00

10.BEM-Gesprä-che	2.HJ 2016	1.HJ 2016	2.HJ 2017	1.HJ 2018	2.HJ 2018



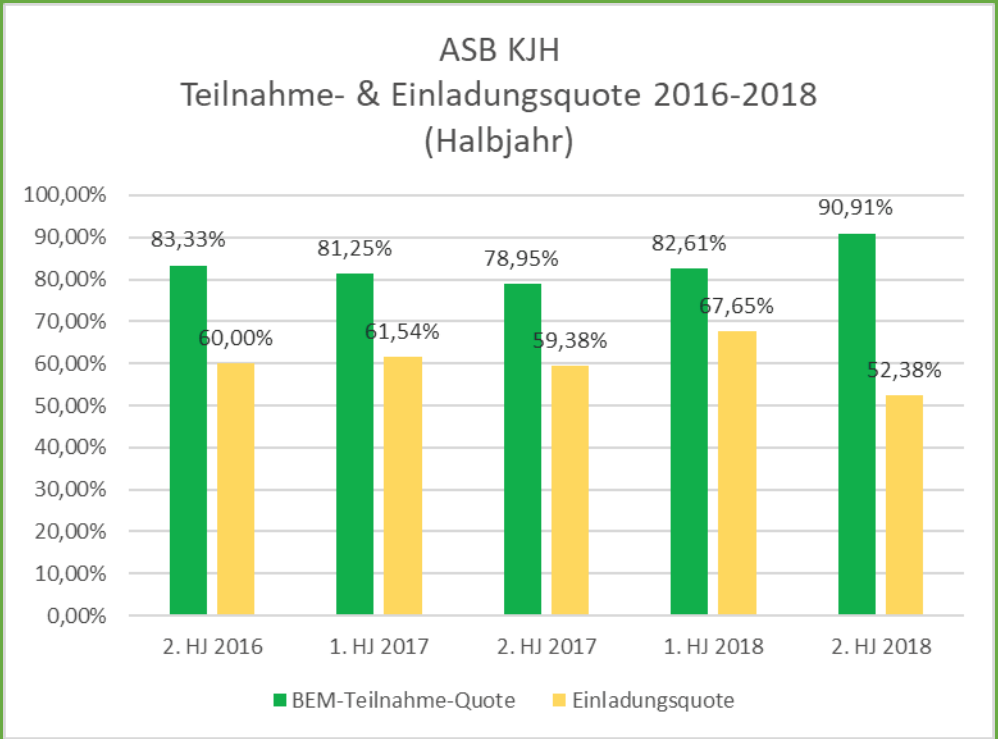
	Al-tersko-horte						
		Unter 30 Jahre	2,67	2,74	6,67	2,47	1,25
		30-39 Jahre	2,35	1,20	5,62	7,53	12,63
		40-49 Jahre	7,23	14,81	5,19	11,11	3,70
		50-59 Jahre	11,27	8,33	15,00	17,65	3,45
		Über 60 Jahre	9,52	13,64	4,76	3,70	3,03

10.BEM-Gespräche	2.HJ 2016	1.HJ 2016	2.HJ 2017	1.HJ 2018	2.HJ 2018



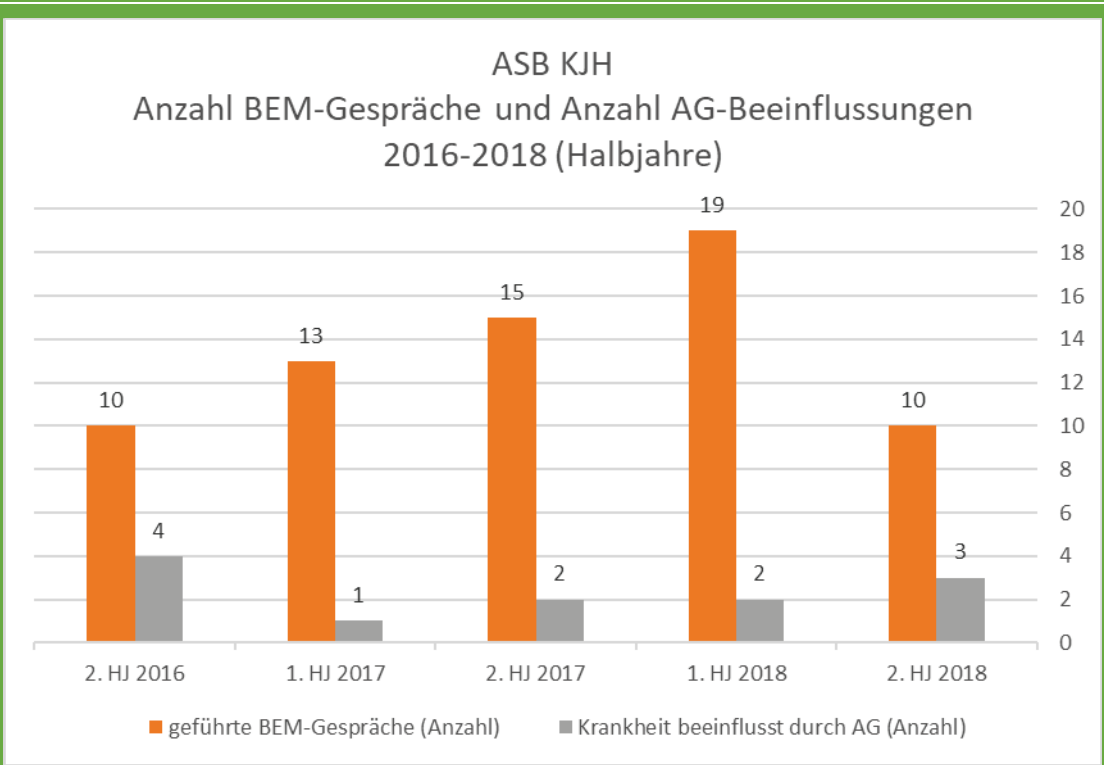
BEM-Teil-nahme-Quote [%]	gesamt		83,33	81,25	78,95	82,61	90,91
Einla-dungs-quote [%]	gesamt		60,00	61,54	59,38	67,65	52,38

10.BEM-Gespräche			2.HJ 2016	1.HJ 2016	2.HJ 2017	1.HJ 2018	2.HJ 2018

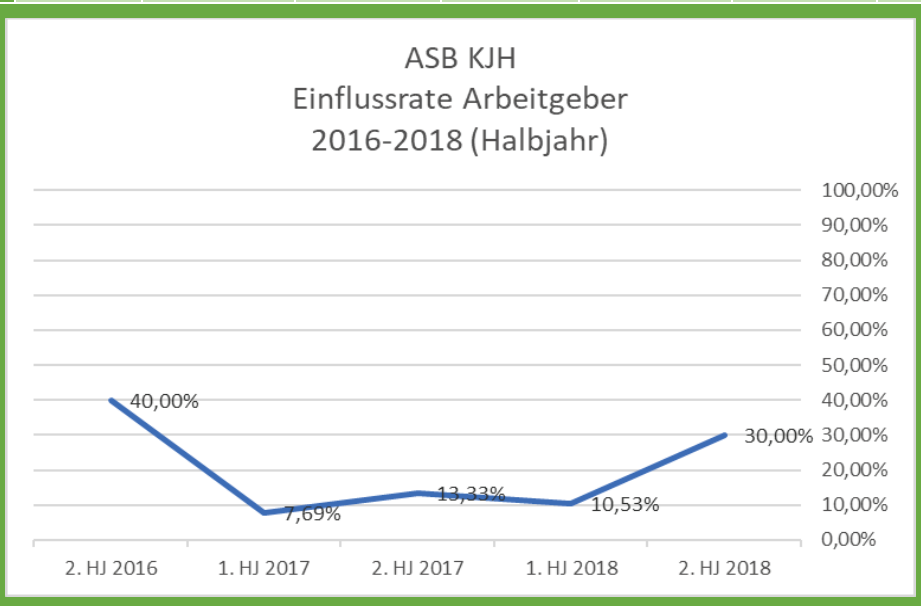


geführte BEM-Gespräche (Anzahl)			10	13	15	19	10
Krankheit beeinflusst durch AG (Anzahl)			4	1	2	2	3

10.BEM-Gespräche	2.HJ 2016	1.HJ 2016	2.HJ 2017	1.HJ 2018	2.HJ 2018



Einfluss-rate Arbeitgeber [%]			40,00	7,69	13,33	10,53	30,00



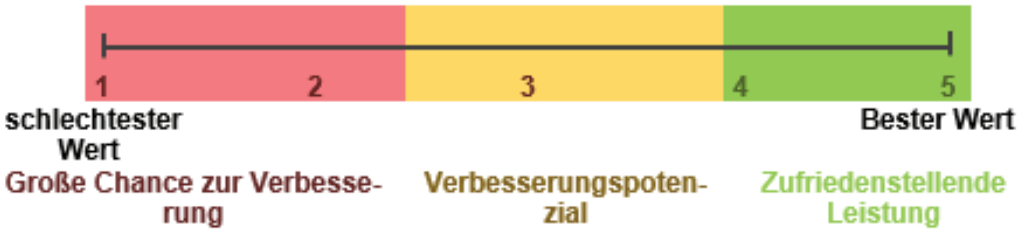
➔

II.II weiche Kennzahlen

Die folgenden weichen Kennzahlen sind auf Basis der Mitarbeiter*innenbefragungen aus den Jahren 2014 und 2017 entstanden.

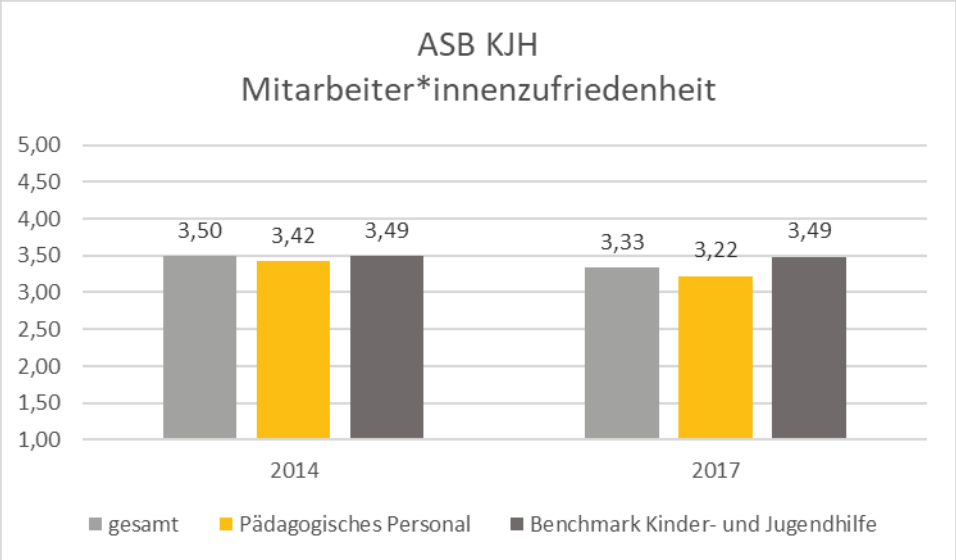
Unter Beachtung unternehmensinterner Veränderungsprozesse und dem Hinweis darauf, dass diese Kennzahlen den subjektiven Einschätzungen der Mitarbeiter*innen entsprechen, ist die Erstellung und Nutzung dieser Werte, trotz des höheren Erhebungsaufwands, empfehlenswert.

Im Jahr 2014 soll es betrieblich keine bekannten Einflussfaktoren auf die Befragung gegeben haben. Die Folgeerhebung hingegen ist durch die Umstellung des Schichtarbeitssystems geprägt. (Angaben aus geführtem Interview mit der Stabsstelle BGM im Juli 2019) Sie werden feststellen, dass die Werte sich trotz stetiger Bemühungen des BGM leicht verschlechtert haben. Trotzdem ist der Handlungsbedarf keiner Kennzahl nach der Einschätzungsskala als hoch einzustufen.



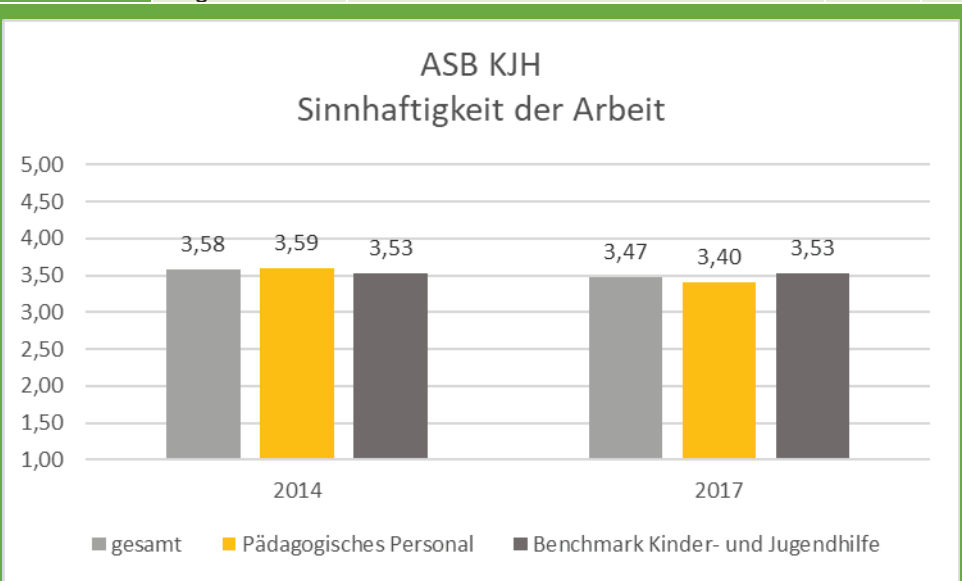
Informationen zu den Teilnehmer*innen der Mitarbeiter*innenbefragungen (2014, 2017) sind im Anhang zu finden, ebenso wie die Mitarbeiter*innenbefragungsbögen. *(In dieser Ausfertigung nicht enthalten.)*

11.Mitarbeiter*in-nenzufriedenheit			2014	2017
Beispielzielvorgabe:				
	gesamt		3,50	3,33
	Funktionsbe-reich	Pädagogisches Personal	3,42	3,22
	Benchmark Kinder- und Jugendhilfe		3,49	3,49



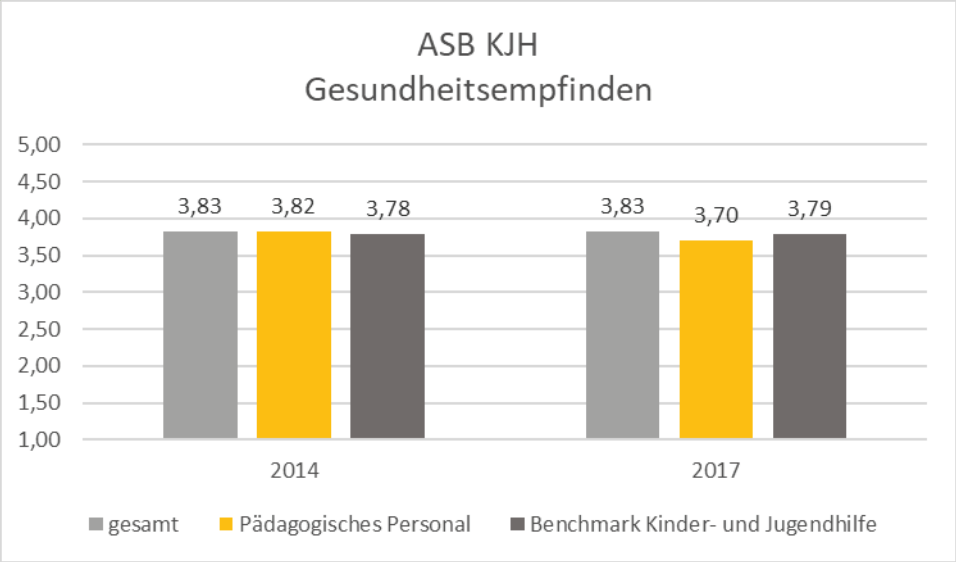
➔

12.Sinnhaftigkeit der Arbeit			2014	2017
Beispielzielvorgabe:				
	gesamt		3,58	3,47
	Funktionsbe-reich	Pädagogisches Personal	3,59	3,40
	Benchmark Kinder- und Jugendhilfe		3,53	3,53



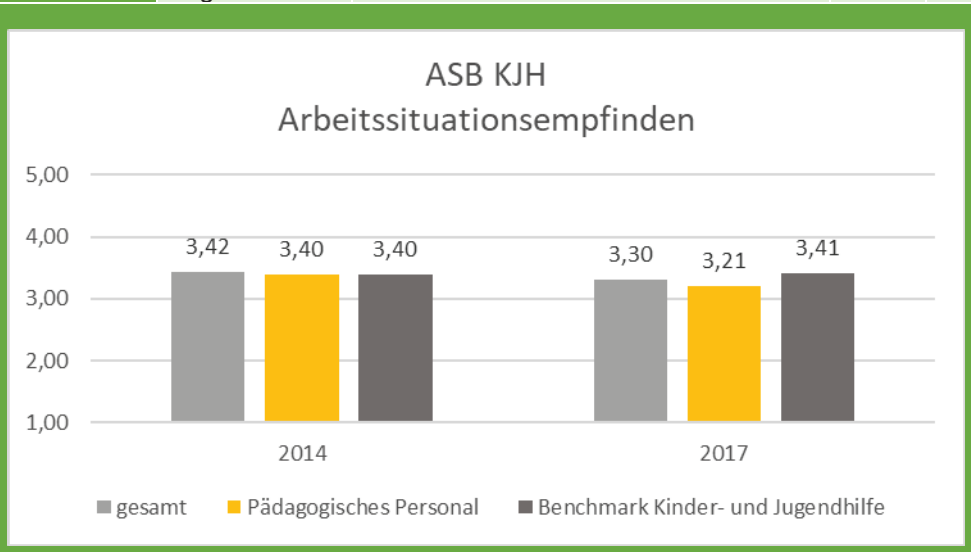
➔

13.Gesundheits-empfinden			2014	2017
Beispielzielvorgabe:				
	gesamt		3,83	3,83
	Funktionsbe-reich	Pädagogisches Personal	3,82	3,70
	Benchmark Kinder- und Jugendhilfe		3,78	3,79



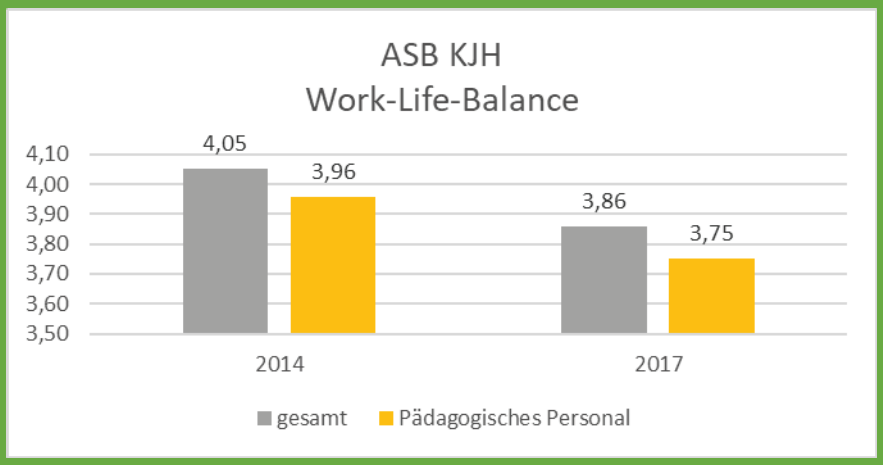
➔

14.Arbeitssituati-onsbefinden			2014	2017
Beispielzielvorgabe:				
	gesamt		3,42	3,30
	Funktionsbe-reich	Pädagogisches Personal	3,40	3,21
	Benchmark Kinder- und Jugendhilfe		3,40	3,41



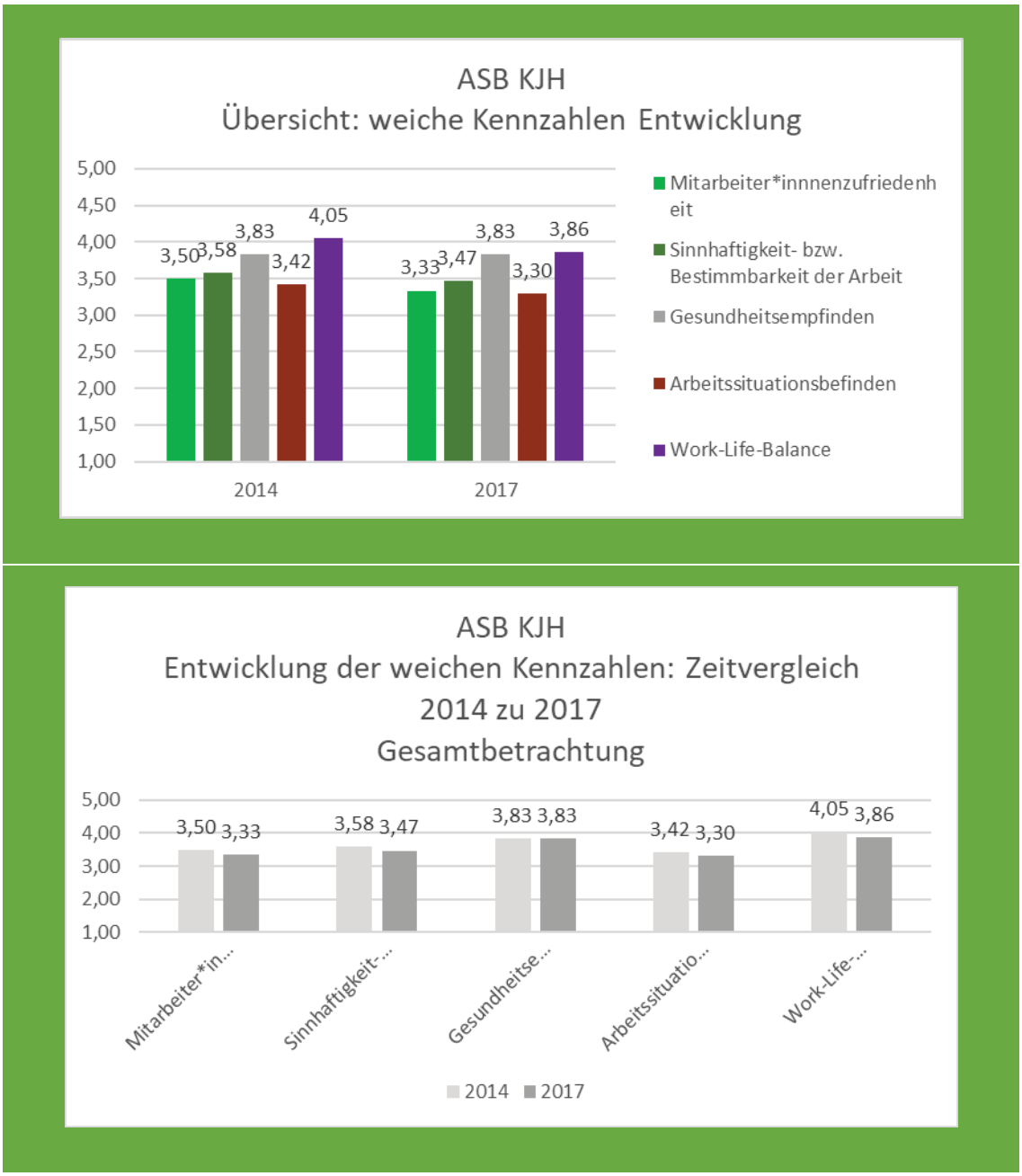
➔

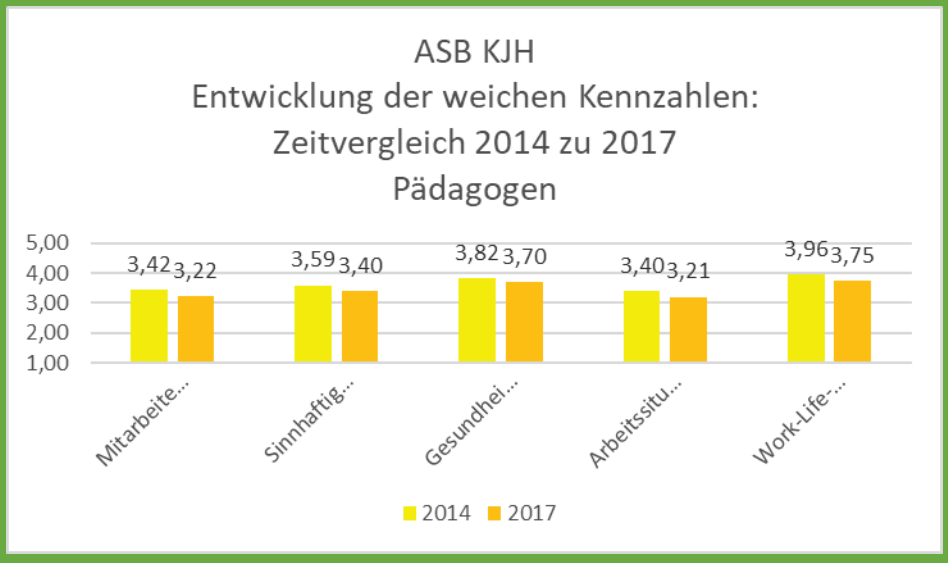
15.Work-Life-Balance			2014	2017
Beispielzielvorgabe:				
	gesamt		4,05	3,86
	Funktionsbereich	Pädagogisches Personal	3,96	3,75



➔

Zusammenfassende Darstellung der „weichen“ Kennzahlen





- ➔ In der Gesamtschau sind alle Kennzahlen in einem Bereich angesiedelt, in dem ein geringes Verbesserungspotenzial besteht
- ➔ am besten schätzen die Mitarbeiter*innen ihre Work-Life-Balance ein und auch ihre Gesundheit sehen sie als sehr hoch an
- ➔ die allgemeine Mitarbeiter*innenzufriedenheit und die Arbeitssituation sind am ehesten Punkte, die angegangen werden können → ASITA wurde beispielsweise initiiert
- ➔ Mitarbeiter*innenzufriedenheit kann gesteigert werden, indem: an der Arbeitssituation, dem Verhältnis unter den Kolleg*innen und dem Vorgesetztenverhältnis gearbeitet wird, die Unternehmenskultur sowie betriebliche Ausstattung und auch der Arbeitsschutz im Fokus der Aufmerksamkeit liegen und geeignete Maßnahmen (bspw. ASITA, Teambuildingmaßnahmen) sinnstiftend eingesetzt werden
- ➔ Arbeitssituationsbefinden kann durch die stetige Berücksichtigung der Einzelkomponenten ebenfalls verbessert werden: besonders im Fokus liegen sollten demnach Überforderung, Zeitdruck und Überlastungen, Mängel in der Ausstattung und Arbeitszufriedenheit, die die Fluktuationsneigung und Arbeitsplatzunsicherheit positiv beeinflussen kann.
- ➔ 2021, nach der nächsten Befragungn, können aus diesen Frühindikatoren direkt neue Maßnahmen abgeleitet werden (Beachtung eines günstigeren Befragungszeitpunktes)

Abschließend können die Ergebnisse kurz zusammengefasst werden und in einem Text zusammengestellt werden.

Der Anhang beinhaltet letztlich die wesentlichen Daten, die das Verständnis und die Nachvollziehbarkeit der Kennzahlen unterstützen. *(folgt an dieser Stelle nicht)*

8.3. das kommunizierbare Berichtswesen

Das Berichtswesen ist nun erstellt (Interpretationsergänzungen sind durch das Unternehmen selbstständig vorzunehmen und Ziele müssen ebenfalls individuell nach eigenen Vorstellungen festgelegt werden) und kann über verschiedene Kommunikationskanäle im Unternehmen an unterschiedliche Statusgruppen kommuniziert werden. Ziele, die verfolgt werden, sind direkt ersichtlich, ebenfalls erfolgt eine Einschätzung, die zusammengefasst werden sollte, sodass schnell ein umfassender Überblick geschaffen wird. Für die verschiedenen Statusgruppen, die den Bericht lesen, sollte die Möglichkeit bestehen, Ideen und Vorschläge einzureichen. Hinweise zu Einreichungswegen sollten im Bericht direkt ersichtlich werden.

Die einzelnen Kennzahlen mit den jeweiligen Kategorien (beispielsweise Alterskohorten, Geschlechter) können für die jeweiligen Informationsempfänger*innen individuell angepasst werden. Auch weiter Clusterungen können auf Grundlage der erstellten Excel-Tabellen und mit Hilfe der Pivot-Tabellen erfolgen, um Ursachen noch differenzierter zu erforschen. Zum Beispiel könnten die einzelnen Tätigkeitsbereiche des Unternehmens differenziert betrachtet werden. Wichtig ist dabei stets die Wahrung der Anonymität, somit eine ausreichende Gruppengröße (bspw. mindestens 10 Personen), die keine Rückschlüsse auf einzelne Mitarbeiter*innen zulässt.

Die Kommunikation kann über den Server des Unternehmens, über den E-Mail-Verteiler, über Präsentationen in Besprechungen, als Ausdruck oder auf anderen in der Kinder- und Jugendhilfe des ASB bewehrten Wegen, die es ermöglichen möglichst viele der betreffenden Mitarbeiter*innen zu erreichen, erfolgen.

8.4. weitere Analysemöglichkeiten

Die vorgestellten BGM-Kennzahlen und Evaluationsmöglichkeiten können durch den Einsatz weiterer Analysetools und die weitere Aufbereitung der unternehmensinternen Daten oder aber Nutzung Externer Datenquellen selbstverständlich weiter ergänzt werden.

Die Wirksamkeit sowie Wirtschaftlichkeit einzelner Maßnahmen, als „kleinste“ Handlungseinheiten der betrieblichen Gesundheitsförderung, die einen Effekt hervorbringen können (vgl. Neuner, 2016, S. 90) (wie es bereits mit den KoK-Tagen, mit Hilfe der harten Daten erfolgt ist), können ebenfalls überprüft werden, auch wenn dies eine gewisse Komplexität aufweist. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 456) Wichtig dabei ist stets das Erstellen von Zielvorgaben, die Fokussierung auf die wirklich relevanten Daten sowie

die Definition der Kennzahlen für ein standardisiertes Vorgehen (mittels der vorgestellten Kennzahlenblätter) und die ausreichende Planung der Effektüberprüfungsmöglichkeiten sowie der Messergebnisinterpretation. (vgl. Kaminski, 2013, S. 127) Beispielsweise können Teilnehmerquoten einfach erhoben werden, um Maßnahmenakzeptanz zu zeigen. (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 60) In der Kinder- und Jugendhilfe kann beispielsweise die Maßnahme „Gesundheitsnewsletter“ evaluiert werden, indem nicht nur der Erfüllungsgrad der festgelegten Newsletteranzahl im Jahr bewertet wird, sondern auch die Mitarbeiter*innen, die über die Maßnahme Bescheid wissen, die die ihn lesen etc. pp. In Ansätzen wurde dies bereits gemacht, jedoch ist eine systematische, für alle Maßnahmen einheitliche Herangehensweise empfehlenswert.

Werden die Effekte aller Maßnahmen, sowie die dafür eingesetzten Mittel dokumentiert und somit erreicht, das Kosten-Nutzen-Verhältnis darzustellen und fassbar zu machen, kann auch für das Gesundheitsmanagement ein Return on Investment (vgl. Kaminski, 2013, S. V), für dessen Berechnung Fritz eine Formel angibt (vgl. Fritz, 2008, S. 220, 221), ermittelt werden. Allerdings sind dafür genaue Mittel-Analysen sowie Ertragslagen-Veränderungen nötig, die beispielsweise mithilfe des Krankenstandes oder der Produktivität abbildbar sind. Es wird so ermöglicht zu ermitteln wie hoch der finanzielle Nutzen je investierten Euro in Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist. Die Bezifferung des Aufwands im BGM-Prozess und die genaue Quantifizierung der Effekte ist aufgrund der Multideterminiertheit jedoch problematisch. (vgl. Bonitz et al., 2007, S. 48–50)

Uhle und Treier befürworten die Erhebung weiterer Finanzkennzahlen, wie die des HCVA (gibt Auskunft über die Humankapitalwertschöpfung) und die der EBIT-Marge (Verhältnis der Einnahmen vor Abzug von Steuern und Zinsen zu den Umsatzerlösen). Den Finanzkennzahlen wird jedoch eine eingeschränkte Aussagekraft nachgesagt, (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 352) zudem ist für den speziellen Fall der gemeinnützigen Gesellschaft die Erhebung (zumindest der letzten beiden Werte) wenig zielführend. Eine weitere Möglichkeit der Wirtschaftlichkeitsmessung im BGM, bei der nicht monetäre indirekte Folgen eines Investments berücksichtigt werden, ist die „erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse“, kurz EWA, die einer bestimmten Maßnahme durch Ressourcenberücksichtigung, einen eindeutigen Nutzwert, zusammengesetzt aus indirekt monetären Kosten, direkt monetäre Kosten und nicht monetären Bestandteilen, zuweist. Diese Analyse nutzt Gewichtungen und ermittelt anhand einer Nutzwertanalyse aus nicht quantifizierbaren Effekten für ein Unternehmen individuelle Zielerfüllungsgrade.

Dies erfolgt mittels Rechenverfahren, ist jedoch ein Thema für sich. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 229–231)

Die Integration der Gesundheit in eine Balanced Scorecard ist ein in der Literatur viel diskutiertes Themenfeld. Als komplexes Managementsystem kann diese eine Unterstützung in der strategischen Führung sein. Würzl (2005), Baust (2008) und weitere Autoren sind von der Anwendbarkeit des Konstrukts überzeugt (in Stangl & Ahrens, 2010, S. 452), allerdings sind die unternehmensindividuellen Anforderungen an ein solches System genauestens zu analysieren. Der Erstellungsprozess erfordert die Zusammenarbeit mehrerer interner Akteure und ist mit hohem zeitlichen Aufwand verbunden, kann sich jedoch lohnen. (vgl. Gutmann, 2019, S. 126–128) Hinzu kommt die höhere Argumentationskraft durch die Auswertung qualitativer Daten und Übertragung in Zahlen, die dann wiederum in monetäre Einheiten überführt werden können. (vgl. Badura et al., 2009, S. 111, 112)

Es besteht außerdem die Möglichkeit der Durchführung von Selbsttests (diese werden vor allem im Qualitätsmanagement bevorzugt eingesetzt (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 263)), wie beispielsweise eines Reifetests nach Treier, der einen Daten-, -Organisations-, Funktions- und Kommunikations-Reifecheck bietet. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 265, 266) Außerdem können Selbsttests Auskünfte über Stärken auf der einen Seite sowie Verbesserungspotenziale auf der anderen Seite, liefern. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 263) Auch der „Wuppertaler Gesundheitsindex für Unternehmen“, aus dem Jahr 2009 von Hammes, kann helfen das Gesundheitspotenzial einzelner Bereiche im Unternehmen mittels eines Kennwert-Modells nach Vorbild des EFQM-Modells, zu identifizieren. (vgl. Uhle & Treier, 2019, 407, 408) Ein weiterer nach EFQM-Vorbild entwickelter Fragebogen ist mit 27 Fragen in sechs verschiedenen Bereichen schnell beantwortet und ebenfalls einfach, durch Gleichgewichtung der einzelnen Fragen, auszuwerten. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 211-215) Da der BGM-Reifegrad für die zielgerichtete Planung im BGM von enormer Bedeutung ist (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 278, 279), wurde dieser Test in der Kinder- und Jugendhilfe für das Jahr 2019 exemplarisch durchgeführt (Ergebnisse siehe Band 2, Material 9). Die Ergebnisse können verwendet werden, um zukünftige Maßnahmen und Ziele abzuleiten. Durch Wiederholung des Tests können Veränderungen ersichtlich werden.

Die Arbeitsunfall-Schwere je 1000 geleistete Arbeitsstunden, welche gute Vergleichsmöglichkeiten bietet, sollte zukünftig weiterhin erhoben werden (vgl. Havighorst, 2006, S. 46), zusätzlich ist eine Unterscheidung der Arbeitsunfälle in Wege- und

Arbeitsunfälle empfehlenswert. (vgl. Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), 2017) Die Erhebung von Präsentismus als Kennzahl ist in der heutigen Zeit ebenfalls weit verbreitet und für ein Unternehmen von hoher Relevanz. (vgl. Badura, 2017, S. 78) Die Erhebung von Burn-out kann ebenfalls mittels Fragebogen erfolgen, wenn dies für notwendig erachtet wird. Auch die Erhebung der BGM-Bekanntheit kann durch eine Befragung erfolgen, die Zufriedenheitsabfrage mit dem BGM-Angebot kann sowohl bei den Mitarbeiter*innen als auch bei der Arbeitgeberin bzw. dem Arbeitgeber erfolgen und dann verglichen werden. Ebenso können AU-Daten von Krankenkassen angefordert werden um schnell, vergleichbare Daten parat zu haben, die dann durch unternehmensinterne Daten, wie beispielsweise denen aus der Arbeitssituationsanalyse, ergänzt werden. (vgl. Wellmann, 2018, S. 45–47)

Es ist immer zu berücksichtigen ob die Erhebung einer Kennzahl wirklich notwendig ist. Einige Autoren benennen beispielsweise die „Anzahl der Sitzungen der Gesundheitsgremien im Jahr“ als Kennzahl. (vgl. Kaminski, 2013, S. 126) Fraglich ist jedoch, ob die Anzahl der Treffen etwas über die Qualität Selbiger aussagt, denn können nicht auch wenige Sitzungen zu einem sehr guten Ergebnis führen? Bei der Erhebung von Kennzahlen kann man nicht davon ausgehen, dass viel auch viel hilft, sondern hier ist eher weniger mehr. (vgl. Gutmann, 2019, S. 59)

Zukünftig ist unternehmensintern die Entscheidung zu treffen ob eine Auswertung mit Microsoft Excel ausreichend ist oder es sinnvoller bzw. effizienter ist eine BGM-Software zu beschaffen, welche es leisten kann Vorschläge zu unterbreiten und innerhalb kürzester Zeit Daten und Szenarien zu verarbeiten und auszugeben. (vgl. Gutmann, 2019, S. 101–103) Beispiele für solche Software-Alternativen sind: iManSys, medo.check, mooce oder BGM Suite Plus, über deren Anschaffung in der Kinder- und Jugendhilfe durchaus nachgedacht werden kann. (vgl. Gutmann, 2019, S.105-107).

9. Kritische Reflexion der Ergebnisse und Diskussion in Bezug auf die Zielsetzung und Forschungsfragen

Durch umfangreiche Auswertung und Analyse der Daten der ASB KJH, Einbeziehung unterschiedlicher Anspruchsgruppen und stetige Zusammenarbeit, ist es gelungen für das betriebliche Gesundheitsmanagement des Unternehmens Kennzahlen zu entwickeln, die in einem Berichtswesen an verschiedenen Anspruchsgruppen im Unternehmen kommuniziert werden können.

Zugegebenermaßen ist der Aufwand einer solchen Kennzahlenbildung zu Beginn sehr hoch und schwierig in den Alltag eines Unternehmens zu integrieren. (vgl. Gutmann, 2019, S. 57, vgl. Emmermacher, 2008, S. 38) Es fallen Kosten an um Kennzahlen als Instrument in das BGM zu integrieren. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 296) Die Datenauswertung muss ernst genommen werden und darf nicht als Selbstzeck angesehen werden. (vgl. Badura, 2017, S. 100) Doch ist die Ersterstellung geschafft und eine Grundstruktur erstellt, können Folgeauswertungen mit geringeren Zeitressourcenerfordernissen und mit weniger Gesamtaufwand gelingen.

Zur Erfolgsmessung in dieser Arbeit werden Kennzahlen genutzt. Kennzahlen fungieren als Entscheidungs- und Planungsgrundlage und stellen Informationen stark verdichtet dar (vgl. Schulte, 1989, S. 49) doch sind sie nicht für jeden Sachverhalt im Unternehmen sinnstiftend und sollten immer als Teil eines Ganzen gesehen werden, das heißt erst die Kombination mit weiteren Informationen lässt flexibles Handeln im Unternehmen zu. (vgl. Bussiek et al., 1993, S. 31) Badura et al. warnen vor der „Zuordnung von inhaltlichen Eigenschaften und Folgerungen zu Zahlen“: „Zahlen machen nicht die Gesundheit messbar, sondern dienen als mögliche Indikatoren für Sachverhalte, die Gesundheit beeinflussen.“ (Badura et al., 2018, S. 545) Kennzahlen sind häufig Durchschnitts- bzw. Mittelwerte, die komplexe Sachverhalte nur unzureichend darstellen können. Somit ist zwar eine gewisse Einfachheit gegeben, das Aufschlussreichtum ist aber ebenfalls komprimiert. Extremwerte können sich ausmitteln, Durchschnitte können das tatsächliche Bild verfälschen und Einzelfälle, denen besondere Aufmerksamkeit entgegengebracht werden müsste, fallen nicht auf. Insbesondere für solche Personen sind individuell erstellte BGF-Maßnahmen notwendig. Stets bedeutsam im BGM bleibt somit ein sensibler Blick auf die Gegebenheiten im Unternehmen. (vgl. Neuner, 2016, S. 42)

Die Erhebung der Kennzahlen muss stets in einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis erfolgen und Fehler sind unbedingt zu vermeiden. Die richtige Verwendung und

In-Bezug-Setzung der Kennzahlen ist unbedingt notwendig, um Fehlentscheidungen zu verhindern. (vgl. Schulte, 1989, S. 49) Werden die Kennzahlen untergliedert (Alterskohorten, Funktionsbereiche, Geschlecht) muss stets eine gruppenbezogene Reflexion der Kennwerte erfolgen. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 305)

Einzelne Kennzahlen bilden das Krankheitsvorkommen bzw. die Gesundheit der Mitarbeiter*innen ab. (Krankheits- und Gesundheitsquote). Doch ist die Krankheitsquote keineswegs ausreichend um die Gesundheit der Mitarbeiter*innen vollkommen abzubilden. Zum einen kann eine Krankheitsquote ab einem gewissen Punkt nicht gesenkt werden, man spricht von einem Sockeleffekt, zum anderen schlagen sich unterschiedliche Faktoren, wie Krankheitswellen oder Krankschreibungen aufgrund einer ausstehenden Kündigung (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 451, 452), benennbar als multifaktorielles Geschehen (vgl. Badura et al., 2018, S. 310), in dieser Quote nieder, die mit Hilfe eines BGM nicht beeinflussbar sind und zur Nichterreichung von Zielen führen können, dabei jedoch keine Aussagekraft zum Erfolgsbeitrag des BGM liefern. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 451, 452) Es werden Durchschnittswerte gebildet, die Extreme verblassen lassen oder aber die Krankheitsquote steigt enorm an, jedoch wird dies durch jenen Einzelfall bedingt und geht ohne Gesundheitsverschlechterungen der übrigen Mitarbeiter*innen einher. (vgl. Badura et al., 2001, S. 192) Die Kennzahl bildet die inhaltliche Vielfalt des BGM nicht ausreichend ab, ist somit für sich allein nicht für die Erfolgsbeurteilung geeignet (vgl. Fritz, 2008, S. 212) sondern muss stets in den gesamten Unternehmenskontext eingebunden betrachtet werden. (vgl. Badura, 2017, S. 74) Vergleiche sind zudem häufig nur betriebsintern möglich, da eine Vielzahl unterschiedlicher Berechnungsalternativen existieren. Hinzu kommt, dass diese Kennzahlen Spätindikatoren sind. Die Ursachen einer sinkenden Krankheitsquote liegen meist weit zurück und können erst viel zu spät beeinflusst werden. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 451, 452) Ganz ähnlich sieht es mit der Gesundheitsquote aus: denn als Kehrwert gibt es selbstverständlich auch hier einen Sockeleffekt. Zusätzlich gilt zu berücksichtigen, dass nur weil die Mitarbeiter*innen nicht krankgeschrieben sind, dies nicht gleichzeitig heißt, dass sie auch wirklich leistungsfähig und gesund sind. Präsentismus ist mittels dieser Kennzahl nicht erfassbar und so wird von Kritikern behauptet, dass die Quote nicht die Gesundheit der Mitarbeiter*innen sondern vielmehr die Anwesenheit abbildet. In der Zukunft sollten Präsentismuserhebungen demnach unbedingt in Betracht gezogen werden. (vgl. Emmermacher, 2008, S. 53) Denn durch eine Studie mit 12.000 Vollzeitmitarbeiter*innen ist bekannt, dass gesundheitlich eingeschränkt arbeitende Menschen enorme Produktivitätsverluste verursachen können, sodass die Kosten durch Präsentismus, die des Absentismus

(dieser Untersuchung zufolge) sogar weit überschreiten. (vgl. Badura et al., 2013, S. 45, 46) Kennzahlen wie diese messen lediglich den direkten betrieblichen Nutzen. Um eine umfassende Erfolgsermittlung des BGM zu erreichen sind zusätzlich der intangible- sowie indirekte Nutzen zu bestimmen. (vgl. Baumanns, 2009, S. 5)

Krankheitsbedingte Ausfallkosten sind abschätzbar. Jedoch erfasst diese Kennzahl keine Produktivitätsverluste, die durch das Einkommen nicht abgedeckt werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein*e Mitarbeiter*in einem Unternehmen mehr einbringt als Dieses für sie bzw. ihn ausgibt. Nicht abgebildet werden zudem Kosten für benötigtes Zusatzpersonal und ein schleichender Verschleiß der arbeitsfähigen Mitarbeiter*innen, der durch die zusätzliche Arbeitsbelastung durch den Ausfall der krankheitsbedingt abwesenden Mitarbeiter*innen entsteht. Es darf nicht davon gesprochen werden, dass das BGM durch Reduktion von Ausfallzeiten für Kosteneinsparungen sorgen kann, sondern die Formulierung müsste lauten, dass durch eine angestrebte Reduktion der Ausfallzeiten die Produktivität der Mitarbeiter*innen ansteigt und so die Personaleinsatzkosten sinken. (vgl. Artmann, 2019, S. 55) Bereits 1997 kritisierten Kaplan und Norton, die Begründer der Balanced Scorecard, die geringe Aussagekraft Kennzahlen wie dieser und finanzieller Kennzahlen insgesamt. Sie sind vergangenheitsorientiert und wenig aussagekräftig. Eine einseitige Betrachtung ist daher nicht ratsam, als ergänzende Kennzahlen sind sie jedoch geeignet. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 227)

Das Arbeitsunfallaufkommen ist durch die Arbeitsunfallquote und die -Schwere abgebildet worden, wodurch das Funktionieren des Arbeitsschutzes und damit die Sicherheit der Beschäftigten im Fokus liegt. Durch Erhebung der „Arbeitsunfälle je 1000 Vollbeschäftigte“ ist neben einem Zeitvergleich das Benchmarking möglich. Sind in einem Unternehmen jedoch wenige Arbeitsunfälle zu verzeichnen, wie es in der Kinder- und Jugendhilfe der Fall ist, ist die Varianz gering und die Aussagekraft ist schwach was zu einer Einschränkng der Interpretierbarkeit führt. (vgl. Badura et al., 2013, S. 86)

Die Fluktuationsrate soll Auskunft zu Mitarbeiter*innenabgängen geben, die das Unternehmen durch geeignete BGM-Maßnahmen eventuell reduzieren kann. Ein Vergleich zur Branche und zu den Durchschnittswerten in Deutschland ist möglich und notwendig, da die Fluktuationsrate für sich allein wenig aussagt und erst im Verhältnis betrachtet werden kann, ob die eigene Rate eher hoch oder niedrig ist. (vgl. Esslinger et al., 2010, 59, 60) Zudem muss die Fluktuationsrate, die wiederum ein Spätindikator ist, immer (vor allem) im Zusammenhang mit dem Betriebsklima (vgl. Baumanns, 2009, S. 88, 89) sowie den Arbeitsbedingungen (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 454) betrachtet werden. Die

Fluktuation an sich ist also indirekt beeinflussbar über bestimmte Treiber, die im Fokus der Betrachtung liegen müssen, um die Rate zu senken. (vgl. Stangl & Ahrens, 2010, S. 454) Einzelne Effekte auf die Reduktion der Raten durch gezielte Beeinflussung der die Fluktuation determinierenden Sachverhalte, können dem BGM zugestanden werden, jedoch nicht das exakte Ausmaß. (vgl. Baumanns, 2009, S. 223–225) Die vielen Einflüsse, die auf die Faktoren Einfluss nehmen ist stets präsent, was den eindeutigen Effektzuspruch, nicht nur in diesem Falle, unmöglich macht.

Die BGM-Maßnahme (KoK-Tage), die seit 2016 im Unternehmen durchgeführt wird, konnte mit harten Kennzahlen hinterlegt werden, sodass die Entwicklung der Maßnahme im Zeitverlauf einschätzbar ist und mit Hilfe der konkreten Zahlen über die zukünftige Durchführung der Maßnahme oder potenzielle Veränderungen beratschlagt werden kann. Wichtig bei der Maßnahmen-Evaluation ist, den Nutzen einer Maßnahme bei nichteintreten des Erfolges nicht direkt anzuzweifeln. Auch Prozesse, beispielsweise Kommunikationsprozesse können gescheitert sein oder Durchführungszeiten unpassend gewählt werden. Das bedeutet: Auch eine Maßnahme muss immer als Teil des Ganzen betrachtet werden und alle Umweltbedingungen sind bei der Entscheidungsfindung aufgrund gewonnener Erkenntnisse zu berücksichtigen. (vgl. Struhs-Wehr, 2017, S. 207) Das Unternehmen muss selbst entscheiden, durch Festsetzung von Zielvorhaben, wann eine Maßnahme gescheitert und wann sie erfolgreich ist. (Die Kosten-Wirksamkeits-Relation kann überprüft werden.) (vgl. Fritz, 2006, 27, 28, 31)

Die BEM-Gespräche wurden aufwändig ausgewertet, sodass verschiedene Kennwerte zur Verfügung stehen, um diese Säule des BGM eingehend zu bewerten und für die Zukunft erfüllbare Ziele zu setzen. Der Erhebungsaufwand dieser Kennzahl ist, durch unzureichende, unstetige Dokumentation vergleichsweise hoch. Ein solcher Aufwand ist jedoch durch bessere Kommunikation und dauerhafte Fortführung der Tabelle deutlich reduzierbar, sodass dringend eine Person für die ordnungsgemäße Bestandsaufnahme der BEM-Fälle gefunden werden sollte. Auch in diesem Fall ist eine vollkommene Reduktion auf null Fälle nicht denkbar bzw. umsetzbar. Ebenfalls kann eine sinkende Anzahl teilweise zufällig passieren, da auch private Problemstellungen zu längeren Ausfällen führen können, die ein*e Arbeitgeber*in nicht beeinflussen kann und die außerdem nichts über den Erfolg oder Misserfolg des BGM aussagen. Erkrankungsursachen sind stets zu berücksichtigen (vgl. Kaminski, 2013, S. 126) Ob die positiven Effekte des BEM (zugesprochen wird den Gesprächen die Senkung von Fehlzeiten, Produktivitätssteigerung oder auch eine sinkende Fluktuation) höher sind als die Kosten, die für den

Begleitungsprozess (Gesprächsorganisation und -Durchführung, Entwicklung geeigneter Protokolle usw.) ausgegeben werden, ist fraglich und kann untersucht werden. (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 144, 145) Esslinger spricht einem integrierten BEM, als Säule des BGM, das Potenzial zu, einen positiven Einfluss auf den Unternehmenserfolg zu haben. (vgl. Esslinger et al., 2010, S. 154) Andere Autoren sprechen von einem verbesserten Verhältnis zwischen Mitarbeiter*innen und ihren Vorgesetzen aber auch von einem negativen zwanghaften Charakter der Gespräche und die befürchtete Verletzung des Persönlichkeitsrechtes. Die KUGA-Studie aus dem Jahre 2002 bringt hervor, dass die Gespräche keine positiven Ergebnisse bewirken und können die BEM-Wirksamkeit somit nicht eindeutig beweisen, vermuten daher ein lediglich politisches Interesse der Gespräche. (vgl. Ulich & Wülser, 2018, S. 170 -172) Durch die gesetzliche Durchführungspflicht ist ein Unternehmen zum BEM verpflichtet, das so effizient wie möglich gestaltet werden muss. Die herausgearbeiteten Werte für das BEM sind demnach definitiv wichtig für ein Unternehmen. Ob die BEM-Gespräche jedoch wirklich die Arbeitszufriedenheit erhöhen, oder die Gesundheits- bzw. Krankheitsquote positiv beeinflussen und somit die Krankheits- oder auch Fluktuationsausgaben senken, kann nicht eindeutig bejaht werden.

Durch Erarbeitung „weicher“ Kennzahlen, die die subjektive Sicht der Mitarbeiter*innen verdeutlichen, zeigen sich positive Entwicklungen oder auch Entwicklungsdefizite frühzeitig auf. Aufgabe des BGM sollte es zukünftig sein, diese Zahlen zu nutzen um schnell geeignete, abgestimmte Maßnahmen zu finden um die Zufriedenheit der Mitarbeiter*innen, die Sinnhaftigkeit der jeweiligen Arbeitsaufgaben sowie die Gesundheit zu erhalten, durch ideale Arbeitssituationen für eine Wohlfühlatmosphäre zu sorgen und eine ausgeglichene Work-Life-Balance zu erreichen und somit den intangiblen Nutzen des BGM zu berücksichtigen. (Baumanns, 2009, S. 5) Die subjektive Einschätzung des Einzelnen wird berücksichtigt, was die klassischen, „harten“ Kennzahlen ergänzt. Positiv zu bewerten ist, dass sie die „Treiber“ bzw. Einflüsse im Unternehmen beinhalten, indem sie aus ihnen zusammengefasst zu Frühindikatoren werden (vgl. Walter & Badura, 2018, S. 142), die zukünftige Entwicklungen vorhersagen können, denen wiederum rechtzeitig vorgebeugt werden kann. (vgl. Gutmann, 2019, S. 62, 63) Allerdings ist die Befragungsvorbereitung, -durchführung und -auswertung zeitintensiv und stellt auch einen gewissen Kostenfaktor dar. Je mehr Budget dem BGM zur Verfügung steht umso mehr Prozesse können in die Hand externer Unterstützer gegeben werden. Die Inanspruchnahme dieser Möglichkeit ist stets individuell abzuschätzen. Die Folge dieser Bedingungen ist eine seltenere Erhebung, wodurch Entwicklungen jeglicher Art erst sehr spät aufgezeigt

werden. (vgl. Havighorst, 2006, S. 36) Die Messbarkeit dieser Kennzahlen ist insgesamt nur indirekt gegeben und die Komplexität der Kennzahl ist sehr hoch. Sie sind exogen leicht beeinflussbar. (vgl. Baumanns, 2009, S. 90–92) Zudem sind sie nicht vergleichbar (außer im internen Zeitvergleich), da sie nach unternehmensindividuellen Einschätzungen erstellt wurden. Zusätzlich sind Erhebung und Erstellung aufwendiger und kostenintensiver als die der harten Kennzahlen. Abzuwägen ist auch hier stets ob die theoretische Aussagekraft mit dem damit verbundenen Aufwand zusammenpasst. (vgl. Havighorst, 2006, S. 16) Insbesondere „weiche“ Kennzahlen sind als indirekt zugängliche Phänomene nicht alleinstehend bewertbar, sondern erst nach erfolgter Verknüpfung mit quantifizierbaren Elementen. (vgl. Uhle & Treier, 2019, S. 298) Die Gewichtung der einzelnen Parameter der „weichen“ Kennzahlen ist nach subjektiver Einschätzung erfolgt, ebenso wie die Kennzahlen selbst beschaffen sind. Es besteht die Gefahr der Verzerrung durch aktuell im Privat- oder beruflichen Kontext vorliegende Diskrepanzen, die jedoch langfristig keine gravierenden Zufriedenheitsdeterminanten darstellen. (vgl. Havighorst, 2006, S. 36) Letzteres war im Jahr 2017 der Fall durch die Einführung eines neuen Dienstplansystems, welches bei den Mitarbeiter*innen zunächst sehr viel Unwillen verlauten ließ. Dies erklärt die insgesamt sinkenden Werte zur Ersterhebung und zeigt auf, dass nicht nur das BGM die Mitarbeiter*innenzufriedenheit und andere „weichen“ Kennzahlen beeinflusst, was eben genau die Schwierigkeit der Erfolgsermittlung mittels dieser Werte kundtut. Hinzu kommen nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Befragung oder Verständnisprobleme, die jedoch bei jeder Befragung auftreten können. Mit dem Gedanken daran, dass die Antworten auf sie zurückzuführen sind, könnten Mitarbeiter*innen beispielsweise „erwartete“ Antworten angeben haben, die das tatsächliche Geschehen nicht abbilden. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 173) Subjektive Einschätzungen dieser Art sind immer durch individuelle Wertevorstellungen und Ansprüche geprägt und unterliegen sehr stark situationsabhängigen Einflüssen. (vgl. Havighorst, 2006, S. 34) Letztlich gibt man den Mitarbeiter*innen des Unternehmens die Möglichkeit gehört zu werden und versucht die positive Entwicklung zu fördern um Spätindikatoren positiv zu beeinflussen. Es ist davon auszugehen, dass die „weichen“ Kennzahlen durch das BGM beeinflussbar sind, beispielsweise kann eine Arbeitssituationsanalyse, wie sie im Unternehmen 2018 durchgeführt wurde positive Effekte erzielen, die jedoch wiederum nicht eindeutig messbar sind.

Diese aktuell 15 Kennzahlen sind in ein Berichtswesen integriert worden, in dem die angestrebten Ziele ersichtlich werden und Aussagen getroffen werden können und direkt mit den Kennzahlen gearbeitet wird, sodass diese Berichtswesen nicht nur als

Information an die Belegschaft einzusetzen ist, sondern auch als Arbeitspapier zur Verbesserung der in Kennzahlen ausgedrückten Faktoren. Problematisch ist, dass die meisten Kennzahlen Spätindikatoren sind, die jedoch einfacher erhebbar und auch quantifizierbar sind als Frühindikatoren. So muss die Ursachensuche in länger zurückliegenden Zeiträumen erfolgen. (vgl. Gutmann, 2019, S. 83, 84) Eine strukturierte Erhebung der Ausgaben einzelner Aktionen im BGM und der Evaluationsergebnisse ist in der Zukunft sinnvoll um genauere Aussagen zu den Erfolgen des BGM mittels einer Gesamtbetrachtung der Maßnahmen treffen zu können (vgl. Baumanns, 2009, S. 225, 226), eventuell eine Erfolgsquote oder einen Return on Investment zu bestimmen und das Berichtswesen weiter auszubauen.

Um den Erfolg abbilden zu können müssen stets Ziele gesetzt sein, die erreichbar sind. Werden diese Ziele nicht erreicht ist stets zuerst zu hinterfragen ob die Zielvorgaben eventuell zu hoch waren. Ist dies nicht der Fall so kann hinterfragt werden was zur Nichterreichung beigetragen hat und wie (durch welche Maßnahmen bzw. Interventionen) die Ziele erreicht werden können. Anhand dieser Einschätzungen kann die Notwendigkeit des BGM, die dann im Idealfall durch positive Veränderungen der Kennzahlen belegt wird, belegt werden. Sinnvoll ist stets die Suche nach einer Benchmark neben der Durchführung eines Zeitvergleichs, wie dies bereits bei einigen Kennzahlen erfolgen konnte (siehe Fluktuation, Arbeitsunfälle, „weiche“ Kennzahlen). (vgl. Havighorst, 2006, S. 17)

Wesentlich ist: Das gesamte BGM muss ein funktionierender Prozess sein, dessen Umsetzung stetig ausdauernd begleitet ist, in dem Ziele gesetzt werden und der Sinn und Zweck des Gesamten stets allen Beteiligten vor Augen ist, sodass die Mitarbeiter*innen einen Eigennutzen erkennen und sich gleichzeitig nicht von ihrem Arbeitgeber kontrolliert fühlen. (vgl. Stierle & Vera, 2014, S. 186, 187) Die Einflüsse auf das BGM sind so vielfältig, dass die reine Wirkung der Intervention nicht eindeutig erfassbar ist. (vgl. Schlicht, 2018, S. 27)

Eine Ausarbeitung in dieser Form ist maßgeblich auf die Zuarbeit der verantwortlichen Akteure im Unternehmen angewiesen und ebenso auf die Datengrundlagen. Es ist darauf hinzuweisen, dass das Unternehmen selbst selbstverständlich Daten erhebt und kommuniziert, dies jedoch überwiegend spontan durchgeführt wird, da Zeitmangel eine große Rolle spielen und das Alltagsgeschäft Vorrang hat - insbesondere in solch einem Unternehmen, das sich um das Wohlergehen von Menschen sorgt. Ob eine solche Auswertung in der Zukunft im Unternehmen nachhaltig stattfinden kann ist nicht mit vollkommener Sicherheit einschätzbar, da gewisse Vorkenntnisse zur Datenaufarbeitung

notwendig sind. (vgl. Gutmann, 2019, S. 58) Die Akzeptanz und die Bemühungen sind da. Eine Person, die mit der Fortführung betraut wird, ist jedoch zum jetzigen Zeitpunkt nicht benannt.

Die Forschungsfragen können nun, aus den vorangegangenen Reflexionen und der umfassenden Diskussion, zusammenfassend beantwortet werden.

1. Welche Kennzahlen können anhand der Datenbasis der Kinder- und Jugendhilfe des ASB gebildet werden, um Erfolge im BGM messen zu können?

- Aktuell sind 15 Kennzahlen, davon 12 explizit für das BGM, vorhanden (genaue Kennzahlenbezeichnung in vorangegangenen Abschnitten) mit denen zeitliche Entwicklungen ab 2014 einheitlich abgebildet werden können. (Die Zahlen, welche von dem Unternehmen zur Verfügung gestellt wurden, sind mit in die Betrachtung eingeflossen, die Erhebungsgrundlage ist jedoch eine andere, deren Vorgehen unbekannt ist, daher muss die Einbeziehung mit Vorsicht erfolgen (keine direkte einheitliche Vergleichbarkeit!).

2. Sind die erarbeiteten Kennzahlen in der Lage die Erfolge eines betrieblichen Gesundheitsmanagements valide abzubilden?

- diese Frage ist differenziert zu beantworten:
    - auf der einen Seite können die Erfolge abgebildet werden: es zeigen sich klare Veränderungen im Zeitverlauf und auch anhand der Vergleiche zu Externen Benchmarks wird ersichtlich was das BGM leistet. Stets zu beachten ist, dass die Kennzahlen nicht für sich alleine, sondern immer im Zusammenhang zu betrachten sind.
    - auf der anderen Seite sind die Erfolge jedoch nicht explizit aufzuzeigen, da die Kennzahlen nicht ausschließlich durch das betriebliche Gesundheitsmanagement beeinfluss werden, sondern externe Einflüsse stets eine große Rolle spielen (Krankheitswellen, Einzelfälle, subjektive Belange und Einschätzungen)
- Monetäre Erfolge sind zum jetzigen Zeitpunkt nicht abbildbar.

3. Kann ein Berichtswesen für das Betriebliche Gesundheitsmanagement einem Unternehmen einen Mehrwert verschaffen?

- Ja, denn es stellt einheitlich und übersichtlich Daten dar, die vor allem zur unternehmensinternen Kommunikation genutzt werden können. Dadurch wird auch

die Bekanntheit des BGM und das Verständnis dafür gesteigert und die Mitarbeiter*innen werden für das Thema sensibilisiert.

- Ja, denn die Expert*innen im Unternehmen können diesen Bericht als Arbeitspapier nutzen, um auf dieser Grundlage Entscheidungen zu treffen oder getroffene Entscheidungen zu überprüfen.

4. Wie kann ein Berichtswesen für das BGM effizient und nachhaltig gestaltet werden?

- Das Berichtswesen ist bereits in den Zielen der Kinder- und Jugendhilfe verankert und sollte auch in Zukunft ein Teil dieser bleiben.
- Die Art der Weiterführung, eine personelle Zuständigkeit mit zeitlichen Kapazitäten sowie ausreichendem Know-how sind notwendig, um die Fortführung des Berichts gewährleisten zu können.
- Das Verständnis für den Erstellungsprozess muss zunächst erfolgen, sodass ein*e Mitarbeiter*in selbstständig für das Unternehmen den Bericht fortführt, bzw. für das Jahr 2019 einen eigenständigen Bericht erstellen kann.
- Nach Beendigung eines Planungszyklus können beispielsweise die Zielvorgaben im Zeitvergleich betrachtet werden, während die Jahre dazwischen einzeln für sich ausgewertet werden.
- Die gleiche Mitarbeiter*innenbefragung sollte wiederholt werden und Überlegungen hinsichtlich eines kürzeren Wiederholungszyklus (von zwei Jahren) sollten angestellt werden.
- Ein Kennzahlensystem, das die Beziehungen zwischen den Kennzahlen, die Bedeutung der einzelnen Kennzahl für das Unternehmen und die Erhebungsgrundlagen beinhaltet kann die Effizienz erhöhen. Wichtig ist, die wichtigsten Kennzahlen auszuwählen und die Kosten, den Erhebungsaufwand und den betrieblichen Nutzen stets im Blick zu behalten.

10. Fazit und Ausblick

Betriebliches Gesundheitsmanagement nachhaltig und effizient nutzen, das ist es, was Arbeitgeber*innen wollen. Erwünscht ist, den Nutzen der Durchführung von Maßnahmen und des Einsatzes finanzieller und personeller Ressourcen abzubilden und für die Rechtfertigung und Sinnhaftigkeit der Durchführung betrieblichen Gesundheitsmanagements klare Erfolge nachzuweisen.

Das Eingangs festgelegte Ziel dieser Arbeit, am Beispiel der Kinder- und Jugendhilfe des Arbeiter-Samariter-Bundes in Rostock Kennzahlen zur Abbildung des Gesundheitszustandes der Belegschaft zu erstellen, die nicht zu aufwendig in der Erhebung sind und den Erfolg eines BGM mit Hilfe eines Berichtswesens an verschiedene Akteure innerhalb des Unternehmens oder auch darüber hinaus kommunizierbar machen, das Nachweise über die positive Wirkung des BGM enthalten und Empfehlungen entwickeln lassen sollte, konnte im Zuge dieser Ausarbeitung durch die Erarbeitung der 15 vorgestellten Kennzahlen, von denen 12 Kennzahlen als dem BGM eindeutig zugehörig eingeschätzt werden können, bereits in einem zufriedenstellenden Maße erreicht werden.

Durch die Analyse der im Unternehmen vorliegenden Daten konnten die erarbeiteten Kennzahlen erstellt werden und somit die Krankheitsquote, die Kosten für Krankheiten, die Fluktuationsrate, eine BGM-Maßnahme (KoK-Tage), das Arbeitsunfallaufkommen und die BEM-Gesprächsdaten übersichtlich in den Bericht integriert werden. Diese, vor allem harten Kennzahlen, sind in ihrem Erhebungsaufwand angemessen und können in nachfolgenden Erhebungszyklen auf die gleiche Art und Weise weitergeführt werden, in einem separaten Bericht kommuniziert oder in den bestehenden Bericht integriert werden. Die fünf Kennzahlen mit „weichem“ Charakter, die aus den im Unternehmen durchgeführten Mitarbeiter*innenbefragungen erstellt wurden, sind zunächst vorsichtig zu behandeln. Empfehlenswert ist es, auf Ergebnisse der nächsten Mitarbeiter*innenbefragung zu warten bis die Werte im Zeitvergleich kommuniziert werden. Dies ist der Situation im Unternehmen, zum Zeitpunkt der zweiten Befragung geschuldet, auf deren bessere Wahl bereits an anderer Stelle hingewiesen wurde. Nichts desto trotz können die Werte, unter Betrachtung der erstellten Skala keinesfalls als bedenklich angesehen werden, sodass die Werte sehr wohl auf eine gesunde Unternehmensstruktur hinweisen.

Werden in Zukunft Dokumentationen einzelner Aktivitäten des BGM gewissenhaft und einheitlich geführt, ist eine umfangreiche Darstellung der BGM-Maßnahmen-Erfolge möglich, die stets die vorherige Festsetzung von Zielvorgaben voraussetzt.

Dementsprechend können die Erfolge des BGM noch differenzierter aufgezeigt werden als dies zum jetzigen Zeitpunkt der Fall ist. Dies erklärt die anfangs benannte Einschätzung des Berichtswesens als „zufriedenstellend“. Dem Unternehmen liegt folglich eine Grundlage vor, auf die es aufbauen kann.

Inwiefern das „Gesamtsystem“ BGM den Unternehmenserfolg positiv beeinflusst - zu wie viel Prozent beispielsweise oder die Angabe einer konkreten Zahl bzw. eine gewisse Aussage dazu - ist aktuell, mit den dokumentierten Daten, nicht abschätzbar.

Im Hinblick auf die Möglichkeit der Entscheidungsunterstützung des Berichtswesens ist darauf hinzuweisen, dass ein individueller Blick auf ausgewählte Einzelelemente sich immer lohnt, da Kennzahlen wie bereits mehrfach erwähnt Gegebenheiten verzerren können. Trotzdem bleibt letztlich zu sagen, dass die Greifbarkeit eines BGM für die Einzelne bzw. den Einzelnen durch ein Berichtswesen erhöht wird insbesondere auch, durch die Einbeziehung nicht nur „harter“ Spätindikatoren, sondern eben auch der Verwendung „weicher“ Frühindikatoren. Der positive Effekt, von welchem Ausmaß er insgesamt auch sein mag, wird kommunizierbar, sodass BGM immer mehr zu einem festen, nicht wegdenkbaren Bestandteil der Unternehmenskultur wird, der nicht zuerst abgeschafft wird, wenn es zu Komplikationen kommt, sondern der dazu beiträgt Unannehmlichkeiten im Unternehmen zu beseitigen.

Um eine umfassende Aussage über den Erfolgsbeitrag des BGM treffen zu können sind in der Kinder- und Jugendhilfe des ASB in Rostock letztlich noch folgende Fragen zu beantworten:

- Wie kann der Aufwand einzelner Maßnahmen des BGM im besten Falle vollständig dokumentiert werden?
- Können die Kosten der Einzelmaßnahmen abgeschätzt und ebenfalls dokumentiert werden?
- Sind weitere Befragungen im Unternehmen denkbar, um beispielsweise den Präsentismus zu dokumentieren?
- Ist das Berichtswesen in der Praxis gut einsetzbar und nutzbar um verschiedene Interessengruppen von der Bedeutung eines BGM für die KJH zu überzeugen und die positive Wirkung aufzuzeigen?

Die erarbeiteten Tabellen stehen dem Unternehmen zur Verfügung, Ausschnitte der einzelnen Tabellen sind in Band 2 zur finden (Material 8).

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich gerne bedanken, für die Unterstützung, die ich von allen Seiten erfahren durfte.

Ein großer Dank geht an meinen Mentor, der mir das Praktikum bei der Kinder- und Jugendhilfe in Rostock überhaupt erst vermittelt hat.

Außerdem danke ich den Damen der ASB KJH ganz herzlich für die tolle, problemlose und angenehme Zusammenarbeit und die Zurverfügungstellung der Daten, den Einblick in das BGM des Unternehmens und in andere Bereiche.

Außerdem danke ich meiner Betreuerin für die Unterstützung bei der Entstehung der Arbeit und die gute und schnelle Erreichbarkeit.

Zuletzt geht ein Dank an alle Mitglieder meiner Familie, die mich ertragen haben, mich unterstützt haben und mir viele alltägliche Aufgaben abgenommen haben.

Literaturverzeichnis

Aldana, S. (2001). Financial impact of health promotion programs: A comprehensive review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, (15 (5)), 296–320.

Artmann, T. (2019). *Betriebliches Gesundheitsmanagement - neue Erfolgsstrategien für Unternehmen* (1. Auflage). Freiburg: Haufe Group.

Badura, B. (2007). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Ziele, Grundlagen, Vorgehensweise*, Universität Bielefeld. Zugriff am 23.11.2019. Verfügbar unter http://www.skolamed.de/hot/hot2007/badura.pdf

Badura, B. (2008). Messung des Sozialkapitals und seine Auswirkungen auf Gesundheit und Betriebsergebnis. In I. Spicker & G. Sprengseis (Hrsg.), *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze* (1. Aufl., S. 203–211). Wien: facultas wuv universitätsverlag.

Badura, B. (2017). *Arbeit und Gesundheit im 21. Jahrhundert*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-53200-3

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (Hrsg.). (2014). *Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten. Mit 139 Abbildungen und 222 Tabellen* (Fehlzeiten-Report, Bd. 2014). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-43531-1

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2017). *Fehlzeiten-Report 2017*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-54632-1

Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose, J. & Meyer, M. (2018). *Fehlzeiten-Report 2018*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-57388-4

Badura, B., Greiner, W., Rixgens, P., Ueberle, M. & Behr, M. (2013). *Sozialkapital*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-36913-1

Badura, B., Litsch, M. & Vetter, C. (2001). *Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement* (Fehlzeiten-Report, Bd. 2000). Berlin: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-56835-0

Badura, B., Schröder, H. & Vetter, C. (Hrsg.). (2009). *Betriebliches Gesundheitsmanagement: Kosten und Nutzen* (Fehlzeiten-Report, Bd. 2008). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-540-69213-3

Badura, B. & Steinke, M. (2009). *Betriebliche Gesundheitspolitik in der Kernverwaltung von Kommunen. Eine explorative Fallstudie zur aktuellen Situation*. Abschlussbericht. Bielefeld: Hans-Böckler-Stiftung.

Baumanns, R. (2009). *Unternehmenserfolg durch betriebliches Gesundheitsmanagement. Nutzen für Unternehmen und Mitarbeiter ; eine Evaluation* (Gesundheitspolitik, Bd. 4). Zugl.: Bielefeld, Univ., Diss, 2009 u.d.T.: Baumanns, Rolf: Kennzahlengestützte Nutzenanalyse und -bewertung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Stuttgart: ibidem-Verl.

Bechmann, S., Jäckle, R., Lück, P. & Herdegen, R. (2010). *iga.Report 20. Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)* (1. Aufl.) (AOK Bundesverband, BKK Bundesverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) & Verband der Ersartkassen e.V. (vdek), Hrsg.). Initiative Gesundheit und Arbeit. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter https://www.ukbw.de/fileadmin/media/dokumente/Sicherheit___Gesundheit/bgm/literatur/iga_report_20_2010.pdf

Biewig, L., Kämmerer, F., Ribbe, S., Rubach, C. & Wollny, L. (2016). *Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Wie ein optimales Gesundheitscontrolling gelingen kann*. Arbeitspapier Nr. 16 (1 Aufl.) (Leibniz-Fachhochschule, Hrsg.). Hannover. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter www.leibniz-fh.de/fileadmin/Redaktion/pdf/FH/Arbeitspapiere/16._Arbeitspapier_Kennzahlen_im_betrieblichen_Gesundheitsmanagement.pdf

Bonitz, D., Eberle, G. & Lück, P. (2007). *Wirtschaftlicher Nutzen von Betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht von Unternehmen* (AOK-Bundesverband, Hrsg.). Bonn. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter https://docplayer.org/7690512-Wirtschaftlicher-nutzen-von-betrieblicher-gesundheitsfoerderung-aus-der-sicht-von-unternehmen.html

Bräuning, D., Haupt, J., Kohstall, T., Kramer, I., Pieper, C. & Schröer, S. (2015). *iga.Report 28. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention* (1 Aufl.) (AOK-Bundesverband, BKK Dachverband e.V., Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung & Verband der Ersatzkassen e.V., Hrsg.). Initiative Gesundheit und Arbeit. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter https://www.iga-info.de/fileadmin/redakteur/Veroeffentlichungen/iga_Reporte/Dokumente/iga-Report_28_Wirksamkeit_Nutzen_betrieblicher_Praevention.pdf

Bundesamt für Justiz. Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit (Arbeitsschutzgesetz - ArbSchG), 1–11. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.gesetze-im-internet.de/arbschg/ArbSchG.pdf

Bussiek, J., Fraling, R. & Hesse, K. (1993). *Unternehmensanalyse mit Kennzahlen. Informationsbeschaffung Potential-Analyse Jahresabschluß Arten von Kennzahlen Kennzahlensysteme Ergänzende Darstellungsformen Bilanzkritische und erfolgskritische Kennzahlen* (Praxis der Unternehmensführung). Wiesbaden: Gabler Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-322-82558-2

Chapman, L. S. (2005). Meta-evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies. *The Art of Health Promotion*, *19.* Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/0890-1171-19.4.TAHP-1

Daschmann, H.-A. (1996). *Erfolge planen. Strategische Managementansätze und Instrumente für die Praxis* (dtv Beck-Wirtschaftsberater im dtv, Bd. 5895, Orig.-Ausg). München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.

Degener, M. (2004). *Unternehmenserfolg und soziale Verantwortung. Unternehmenskultur und Human Resource Management und deren Einfluss auf den ökonomischen Erfolg und das subjektive Erleben dder Beschäftigten*. Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV). (2017). *DGUV-Statistiken für die Praxis 2017. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung* (Deutsche gesetzliche Unfallversicherung e.V. (DGUV), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3510

Dresing, T. & Pehl, T. (Hrsg.). (2017). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (7. Auflage). Marburg: Eigenverlag.

Emmermacher, A. (2008). *Gesundheitsmanagement und Weiterbildung. Eine praxisorientierte Methodik zur Steuerung, Qualitätssicherung und Nutzenbestimmung* (Gabler Edition Wissenschaft, 1. Aufl.). Dissertation Technische Universität Berlin, 2008. Wiesbaden: Gabler Verlag / GWV Fachverlage GmbH Wiesbaden.

Esslinger, A. S., Emmert, M. & Schöffski, O. (2010). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg*. Wiesbaden: Gabler Verlag / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-8349-8835-5

Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.). (1997) *Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union* (1. Aufl.). Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/load?contentid=10008.571220&version=1391192956

Fritz, S. (2006). *Ökonomischer Nutzen "weicher" Kennzahlen. (Geld-)Wert von Arbeitszufriedenheit und Gesundheit* (Mensch, Technik, Organisation, Bd. 38, 2., korrigierte Aufl.). Zürich: vdf Hochsch.-Verl. an der ETH.

Fritz, S. (2008). Ökonomischer Nutzen "weicher" Kennzahlen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. In I. Spicker & G. Sprengseis (Hrsg.), *Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze* (1. Aufl., S. 212–222). Wien: facultas wuv universitätsverlag.

Gemeinnützige Gesellschaft für Kinder- und Jugendhilfe. (2019). *Das Leitbild der ASB Kinder- und Jugendhilfe.* Zugriff am 30.10.2019. Verfügbar unter https://www.asb-kjh.de/ueber-uns/leitbild.html

Grobe, T., Steinmann, S., Gerr, J. & aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. (2018). *Gesundheitsreport 2018. Arbeitsunfähigkeiten*. Göttingen. Zugriff am 21.11.2019. Verfügbar unter https://www.tk.de/resource/blob/2034000/60cd049c105d066650f9867da5b4d7c1/gesundheitsreport-au-2018-data.pdf

Gutmann, J. (2019). *Controlling im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Instrumente, Kennzahlen und Best Practices* (Haufe Fachbuch, 1. Auflage).

Hahnzog, S. (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02962-3

Havighorst, F. (2006). *Personalkennzahlen* (Edition der Hans-Böckler-Stiftung, Bd. 167). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Verfügbar unter http://hdl.handle.net/10419/116412

Heaney, C. A. & Goetzel, R. Z. (1997). A review of health-related outcomes of multicomponent worksite health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, *11,* 290–307. Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://journals.sagepub.com/doi/10.4278/0890-1171-11.4.290

Hoffmann, T. (2013). *Situation analysieren. Personalkennzahlen* (Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie (BMWi), Hrsg.). Berlin. Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Ausbildung-und-Beruf/situation-analysieren-personalkennzahlen.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Kaminski, M. (2013). *Betriebliches Gesundheitsmanagement für die Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-01274-8

Kleindienst, B. (2017). *Performance Measurement und Management*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-19449-9

Kuhn, D., Naumann, F., Patzwald, P., Volkhammer, A., Weißleder, U.-M. & Will, H. (2018). *Das gesunde Unternehmen. Betriebliches Gesundheitsmanagement aus der Praxis für die Praxis*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH.

Kuhn, J. & Ehrensperger-Reeh, P. (2009). Gesundheitsberichterstattung als Beteiligungsinstrument. In M. Giesert (Hrsg.), *… ohne Gesundheit ist alles nichts! : Beteiligung von Beschäftigten an der betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 108–115). Hamburg: VSA-Verlag.

Lüerßen, H., Stickling, E., Grundermann, N., Toska, M., Coppik, R., Denker, P. et al. (2015). BGM im Mittelstand 2015. Ziele, Instrumente und Erfolgsfaktoren für das Betriebliche Gesundheitsmanagement. Eine Studie der Zeitschrift Personalwirtschaft. Zugriff am 30.11.2019. Verfügbar unter https://www.ias-gruppe.de/fileadmin/user_upload/Presse_und_Publikationen/Presseberichte_und_Studien/PW_Studie_10_2015_web.pdf

Neuner, R. (2012). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Konzepte, Kennzahlen und Qualitätssicherung zur Verringerung psychosozialer Belastungen bei der Arbeit*. Lage: Jacobs Verlag.

Neuner, R. (2016). *Psychische Gesundheit bei der Arbeit*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10617-1

Pelletier, K. R. (2001). A review and analysis of the clinical- and costeffectiveness studies of comprehensive health promotion and disease management programs at the worksite: 1998-2000 update. *American Journal of Health Promotion*, *16*(2), 107–116. Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.4278/0890-1171-16.2.107

Pfannstiel, M. A. & Mehlich, H. (2016). *Betriebliches Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-11581-4

Roesch-Schlanderer, P., Sauter, F. & Meininger, P. (2019). *Die Fluktuationsrate im Branchenvergleich.* qualitrain GmbH. Zugriff am 23.11.2019. Verfügbar unter https://qualitrain.net/blog/fluktuationsrate-branchenvergleich/

Schlicht, W. (2018). *Gesundheit systematisch fördern*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-20961-2

Schmid-Gundram, R. (2014). *Controlling-Praxis im Mittelstand*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-02597-7

Schmidt, A. (2015). *Strategisches betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Balanced-Scorecard-Ansatz*. Stuttgart: ibidem-Verl.

Schulte, C. (1989). *Personal-Controlling mit Kennzahlen*. München: Vahlen.

Sockoll, I., Kramer, I. & Bödeker, W. (2008). *iga.Report 13. Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention*. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006 (1. Aufl.) (BKK Bundesverband, BGAG - Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, AOK-Bundesverband & Verband der Ersatzkassen e.V., Hrsg.). Initiative Gesundheit und Arbeit. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter https://www.von-herzen-gesund.de/wp-content/uploads/iga-Report_13_Wirksamkeit_Gesundheitsfoerderung_Praevention_Betrieb.pdf

Stabsstelle BGM (2019). *betriebliches Gesundheitsmanagement in der ASB KJH*. Interview durch Anne Kathrin Heinsel.

Stangl, M. & Ahrens, D. (2010). Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. *Soziale Sicherheit: Zeitschrift für die Österreichische Sozialversicherung*, (9), 449–457.

Stierle, J. & Vera, A. (2014). *Handbuch Betriebliches Gesundheitsmanagement. Unternehmenserfolg durch Gesundheits- und Leistungscontrolling* (1. Aufl.). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag. Verfügbar unter http://gbv.eblib.com/patron/FullRecord.aspx?p=1863974

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

Uhle, T. & Treier, M. (2011). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (1. Aufl.). Berlin: Springer Berlin.

Uhle, T. & Treier, M. (2019). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt - Mitarbeiter einbinden, Prozesse gestalten, Erfolge messen* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Ulich, E. & Wülser, M. (2018). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (7. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-18435-3

Walter, U. (2013). *Workshop 3: Standards und Erfolgsfaktoren im BGM. Fachtag "Bournout in kirchlichen Arbeitsfeldern"*, Schwerte. Zugriff am 19.11.2019. Verfügbar unter https://www.amd-westfalen.de/fileadmin/dateien/dateien_amd/Fachtagung_Burnout/Workshop_3-_Standards_und_Erfolgskriterien_im_BGM_Uta_Walter.pdf

Walter, U. & Badura, B. (2018). Betriebliches Gesundheitsmanagement mit Kennzahlen. Occupational health management with key performance indicators. *Public-Health-Forum : Forschung, Lehre, Praxis*, *26*(2), 141–143. Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0017

Wellmann, H. (2018). *Monitoring im betrieblichen Gesundheitsmanagement* (Mitbestimmungsförderung, Nr. 389). Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Zugriff am 22.11.2019. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_mbf_bvd_389.pdf

Westermayer, G., Stein, B. & Sonntag, M. (2006). *Produktivitätsfaktor betriebliche Gesundheit* (Organisation und Medizin). Göttingen: Hogrefe. Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter http://deposit.dnb.de/cgi-bin/dokserv?id=2760538&prov=M&dok_var=1&dok_ext=htm

Witzig-Goetz, U. (2015). *Materialien zum praktischen Vorgehen im Betrieb* (Teil des Internetangebotes "Praxisblatt: Die Organisation des Arbeitsschutzes im Betrieb). Zugriff am 12.11.2019. Verfügbar unter https://www.boeckler.de/pdf/mbf_pb_as_mat_bgf2.pdf

World Health Organization. (1948). *Verfassung der Weltgesundheitsorganisation* (Stand: 8.5.2014). Zugriff am 05.12.2019. Verfügbar unter https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf

Zech, R. (2014). *Kundenorientierte Qualitätstestierung für Soziale Dienstleistungsorganisationen. Leitfaden für die Praxis* (Modellversion 2) (ArtSet Forschung Bildung Beratung GmbH, Hrsg.). Hannover. Zugriff am 12.11.2019. Verfügbar unter https://www.qualitaets-portal.de/wp-content/uploads/KQS-Leitfaden-201411.pdf

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, Anne Kathrin Heinsel, dass ich die Masterthesis selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen, die anderen Schriften wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung war.

Unterschrift der Verfasserin	Ort, Datum