

# Betriebliche Gesundheitsförderung - ein Auftrag an Unternehmen!

## Qualitative Untersuchung in Unternehmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung am Beispiel der EKAS-Box



© 3R-Gesundheits-Management

Barbara Rutishauser  
Marina Schmid-Padovan

Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

August 2014

Bachelor-Arbeit  
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**  
Kurs **VZ 2011 – 2014 & BB/TZ 2010 - 2014**

**Barbara Rutishauser & Marina Schmid-Padovan**

**Betriebliche Gesundheitsförderung - ein Auftrag an Unternehmen!**

**Qualitative Untersuchung in Unternehmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung am  
Beispiel der EKAS-Box**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2014 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

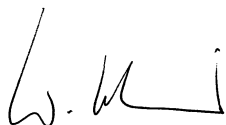
Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.

**Die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

**empfiehlt diese Bachelor-Arbeit**

**besonders zur Lektüre!**

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/Innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2014

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

**Abstract**

Arbeit als sinnstiftende und existenzsichernde Tätigkeit aber auch als potentiell krankmachender Faktor führt zu einem grossen Spannungsfeld im Leben von Menschen. Mit verschiedenen Gesundheitskampagnen wird versucht, gesundheitlichen Risikofaktoren wirkungsvoll zu begegnen. Die zunehmende Bedeutung von Gesundheitsförderung stellt für Unternehmen eine Motivation und gleichzeitig eine Herausforderung dar. Gesunde Mitarbeitende sind motivierter, zufriedener und dadurch leistungsfähiger, womit die Ausgaben für Erwerbsausfälle und Gesundheitskosten reduziert werden und somit ein Gewinn für alle beteiligten Akteure erzielt wird.

Die Studie beinhaltet eine qualitative Untersuchung zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Erforscht wurde, welche Motivation und Gründe für Unternehmen ausschlaggebend waren, Gesundheitsförderung umzusetzen. Anhand der EKAS-Box (Online-Präventionsinstrument der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit, EKAS) soll dessen Nutzung und Wirkung für die beteiligten Unternehmen aufgezeigt werden.

Fünf Unternehmen im Dienstleistungssektor aus dem Bereich der Privatwirtschaft und der öffentlichen Verwaltung, alle mit mehr als 250 Mitarbeitenden, welche die EKAS-Box bereits implementiert hatten, wurden von der Auftraggeberin ausgesucht und zur Teilnahme an der vorliegenden Forschung angefragt.

Befragt wurden mittels Leitfadeninterviews insgesamt fünfzehn ausgewählte Mitarbeitende. Die Ergebnisse wurden anhand der theoretischen Auseinandersetzung mit den Themen Arbeit, Prävention/Behandlung, Krankheit/Gesundheit diskutiert und mit einem Blick auf die Soziale Arbeit ergänzt.

### Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei unseren Familienangehörigen, Freunden und Freundinnen und all jenen Personen, die in irgendeiner Form zum Gelingen der Bachelor-Arbeit beigetragen haben und uns unterstützend zur Seite standen.

Ein herzlicher Dank gilt der Firma *advocacy*, insbesondere Frau Goetschel, die uns die Kontakte zu den beteiligten Unternehmen organisierte und hilfreiche Informationen lieferte. Ein solcher gilt auch den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen für ihre Bereitschaft und Zeit, die sie für unsere Arbeit aufbrachten.

Ebenso gebührt Ruth Zemp-Twerenbold, Karin Anwander und Anna Fliedner ein grosses Dankeschön für das kritische Gegenlesen und die wertvollen Rückmeldungen.

Unser Dank gilt ausserdem den Dozierenden der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Insbesondere Prof. Marius Metzger, Prof. Martin Hafen und Monica Basler haben uns mit konstruktiven Feedbacks unterstützt.

**Inhaltsverzeichnis**

Abstract	I
Danksagung	II
Inhaltsverzeichnis	III
Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis	VI
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1. Ausgangslage	1
1.2. Ziele und Fragestellungen	3
1.3. Motivation und Berufsrelevanz	4
1.4. Aufbau der Arbeit	7
<b>2. Arbeit und Gesundheit</b>	<b>8</b>
2.1. Arbeit und ihre Bedeutung	8
2.2. Gesundheit und Krankheit	9
2.3. Salutogenese versus Pathogenese	11
2.4. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit	13
<b>3. Prävention und Behandlung</b>	<b>14</b>
3.1. Begriffe zur Prävention	15
3.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention	17
3.3. Ressourcenansatz	19
3.4. Empowerment	19
3.5. Kommunikation von Präventionsmassnahmen	21
3.6. Wirkung der Prävention	23
3.7. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit	24
<b>4. Gesundheit und Unternehmen</b>	<b>25</b>
4.1. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	25
4.2. Gesundheitsförderung	27
4.2.1. Definitionen der Gesundheitsförderung	27
4.2.2. Geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung	30
4.2.3. Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz	34
4.2.4. Gesetzliche Rahmenbedingungen	35



4.3. Rolle der Sozialen Arbeit in der BGF	37
4.3.1. Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung	37
4.3.2. Betriebliche Sozialarbeit und betriebliche Gesundheitsförderung	40
4.4. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit	42
<b>5. Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung</b>	<b>43</b>
5.1. Das Unternehmen und seine Führung	43
5.2. Die Mitarbeitenden in den Unternehmen	46
5.3. Kundschaft der Unternehmen	47
5.4. Die Gesellschaft mit ihren Forderungen an die Unternehmen	47
5.5. Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag	48
5.6. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit	50
5.7. Fazit aus der theoretischen Auseinandersetzung	50
<b>6. Methodisches Vorgehen</b>	<b>52</b>
6.1. Gegenstand und Ziele der Untersuchung	52
6.2. Forschungsmethode: qualitative Untersuchung	53
6.3. Stichprobe	53
6.4. Kurzportrait der beteiligten Unternehmen	55
6.5. Datenerhebung mittels Leitfadenterview	57
6.6. Entwicklung des Interviewleitfadens	57
6.7. Datenerhebung und Datenaufbereitung	58
6.8. Datenauswertung	59
<b>7. Forschungsergebnisse</b>	<b>61</b>
7.1. Arbeit und Gesundheit	61
7.1.1. Haltung der Betriebe zur Gesundheit der Mitarbeitenden	61
7.1.2. Haltung der Mitarbeitenden zu ihrer Gesundheit	62
7.1.3. Zwischenfazit	63
7.2. Prävention und Behandlung	63
7.2.1. Präventionsmassnahmen von Unternehmen	63
7.2.2. Gründe zur Einführung des Präventionsinstruments EKAS-Box	64
7.2.3. Einführung und Kommunikation zur EKAS-Box	64
7.2.4. Akzeptanz und Bewertung der EKAS-Box	66
7.2.5. Wirkung des Präventionsinstruments	68
7.2.6. Zwischenfazit	68

7.3. Gesundheit und Unternehmen	69
7.3.1. Verantwortung der Unternehmen	69
7.3.2. Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben	70
7.3.3. Monetäre Überlegungen	70
7.3.4. Imagefrage	71
7.3.5. Zwischenfazit	71
7.4. Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung	71
7.4.1. Unternehmen, Führung und Gesundheitsförderung	71
7.4.2. Mitarbeitende und ihre Ansprüche	72
7.4.3. Ansprüche der Mitarbeitenden an die EKAS-Box	73
7.4.4. Zwischenfazit	73
<b>8. Diskussion</b>	<b>74</b>
8.1. Arbeit und Gesundheit	74
8.2. Prävention und Behandlung	76
8.2.1. Methodische Ansätze der Prävention	77
8.2.2. Kommunikation	77
8.2.3. Wirkung der Prävention	79
8.3. Gesundheit und Unternehmen	81
8.3.1. Geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung	81
8.3.2. Betriebliche Sozialarbeit und betriebliche Gesundheitsförderung	82
8.4. Akteure der betriebliche Gesundheitsförderung	83
8.4.1. Das Unternehmen und seine Führung	84
8.4.2. Die Mitarbeitenden in den Unternehmen	85
<b>9. Schlussfolgerungen</b>	<b>86</b>
9.1. Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen	86
9.2. Ausblick	90
9.3. Reflexion der vorliegenden Arbeit	91
<b>10. Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	<b>93</b>
<b>11. Anhang</b>	<b>99</b>
A Informationsschreiben an Organisationen	99
B Leitfaden	100
C Eingabe des Auftrages	105
D Schlussbericht Auftraggeberin	107

Alle Kapitel der vorliegenden Bachelor-Arbeit wurden von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

**Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: EKAS-Box	4
Abb. 2: Organigramm der EKAS	5
Abb. 3: Determinanten von Gesundheit	10
Abb. 4: Einfluss des Kohärenzgefühls	12
Abb. 5: Die Form der Behandlung	14
Abb. 6: Zentrale Faktoren professioneller Prävention	15
Abb. 7: Die Begrifflichkeit der Prävention	17
Abb. 8: Zielbereiche und Problemstellungen	18
Abb. 9: Gesundheitsbezogene Massnahmen, Prävention und Gesundheitsförderung	20
Abb. 10: Kampagnenstruktur	22
Abb. 11: Integratives betriebliches Gesundheits-Managementsystem	26
Abb. 12: Zielsetzung der Gesundheitsförderung	34
Abb. 13: Gesundheitsbezogene Aufgaben der Führung in Unternehmen	45
Abb. 14: Vier Seiten der Nachricht – ein Modellstück der zwischenmenschlichen Kommunikation	79

**Tabellenverzeichnis**

Tab. 1: Begriffe im Kontext Arbeit und Gesundheit	30
Tab. 2: Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag	48
Tab. 3: Themenkomplexe und Fragen der Leitfadeninterviews	58
Tab. 4: Auswertungsverfahren nach Mühlfeld et al.	60

## **1. Einleitung**

### **1.1. Ausgangslage**

„Erst in Zeiten, wo die Arbeit uns wieder verlassen hat, zeigt es sich deutlicher, warum man, wenn irgend es geht, überhaupt arbeitet; es ist das einzige, was uns am Morgen, wenn man jäh und wehrlos erwacht, vor dem Schrecken bewahrt“ (Max Frisch, 1991, S. 49).

Einen grossen Teil seiner Zeit, nämlich ca. 45 Jahre seines Lebens, verbringt der Mensch am Arbeitsplatz. Die Erwerbsarbeit mit den dazugehörenden Rahmenbedingungen hat einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft und ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheit der Menschen; hängt doch Gesundheit von den Verhältnissen ab, in denen sie leben und von ihrer persönlichen Einschätzung dazu. Die vom Bundesamt für Statistik (BFS) im Jahre 2012 durchgeführte Gesundheitsbefragung bei der schweizerischen Gesamtbevölkerung ab dem 15. Altersjahr zeigt auf, dass die grosse Mehrheit der Einwohnerinnen und Einwohner ihre Gesundheit (83%) und ihre Lebensqualität (92%) als gut oder sehr gut einschätzt. Dies haben Marco Storni, Martine Kaeser und Renaud Lieberherr (2014) in ihrer Studie für das BFS festgehalten (S. 6ff.). Trotz dieser positiven Einschätzung der Bevölkerung belegt eine im März 2003 veröffentlichte Studie von Daniel Ramaciotti & Julien Perriard (2003) des Staatssekretariats für Wirtschaft (SECO), dass Arztkosten und Kosten infolge von Produktionsausfällen aufgrund von Stress-Leiden auf etwas mehr als 4 Milliarden Franken geschätzt werden, was etwa 1.2% des BIP entspricht (S. ii).

In einer Medienmitteilung vom April 2014 auf der Homepage [www.syna.ch](http://www.syna.ch) fordert die Gewerkschaft SYNA dringend die Aktualisierung der veralteten Stressstudie, stammen doch die Zahlen für die Stresskosten aus dem Jahr 2000 und die Studie selbst ist inzwischen über zehn Jahre alt. Erstaunlich ist, dass keine aktualisierte Studie vorliegt, denn schon damals waren die Kosten mit dem Vermerk „Tendenz steigend“ versehen worden.

Um diese immensen Gesundheitskosten zu reduzieren, hat der Bundesrat eine Botschaft für ein neues Gesetz über Prävention und Gesundheitsförderung erstellen lassen. Dieser Gesetzesentwurf wurde jedoch vom Parlament abgeschrieben. Das Ziel des neuen Bundespräventionsgesetzes (2009) war, die Steuerung von Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmassnahmen in der Schweiz zu verbessern und damit einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und

Förderung des Gesundheitszustandes der Schweizer Bevölkerung zu leisten (Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung im Kapitel 1.1, S. 7072). Die fehlende Präventionsgesetzeslage macht es nicht einfach, eine verbindliche Struktur von Gesundheitsförderung durchzusetzen.

Nach Markus Sulzberger (2004) hat Gesundheitsförderung, eingebettet im betrieblichen Gesundheitsmanagement in Industrie- und Dienstleistungsbetrieben, eine grosse Bedeutung (zit. in Eberhard Ulich & Marc Wülser, 2012, S. VI.). Nach Yolanda Kopp Viglino (2001) sind die Ziele der Weltgesundheitsorganisation WHO und deren Gesundheitsdefinition sowie die 1986 in Ottawa verabschiedete Charta zur Gesundheitsförderung, Grundlagen für betriebliche Gesundheitsförderung. 1996 wurde ein Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung gegründet mit dem Ziel, diese in Europa zu lancieren und zu fördern. In der „Luxemburger Deklaration“ legten die Mitglieder des Netzwerks die Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung für die EU und den EWR fest (S. 6).

Nach Brigitte Ruckstuhl (2011) erlebte die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz erst in den 1990er-Jahren einen Aufschwung. In den folgenden Jahren wurde auf den herausgebildeten Grundstrukturen aufgebaut. „Die (...) Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz hat Arbeit und Gesundheit 1993 zu einem Schwerpunktprogramm gemacht mit dem Ziel, die betriebliche Gesundheitsförderung zu etablieren“ (S. 219ff.). Seit 2002 besteht laut Ruckstuhl (2011) beim SECO eine Fachstelle BGF, die Strategien zur Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt. Ein 2003 gegründeter Verband (SVBGF) setzt sich für den Erfahrungsaustausch, die Qualität und die Verbreitung von BGF ein. Die Entwicklung im Bereich der Gesundheitsförderung in den letzten 20 Jahren ist jedoch im Vergleich zur medizinischen Behandlung und Therapie trotz aller Strukturentwicklungen noch sehr gering. Ablesbar ist dies an den Gesamtausgaben im Gesundheitswesen, wo für Prävention lediglich 2% ausgegeben werden (S. 221f.).

Gemäss R. Edward Freemann (1984) sind Unternehmen durch vielfältige Interessen gekennzeichnet. Für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung ist es notwendig die Akteure, also Eigentümer und Eigentümerinnen, Mitarbeitende, Kunden und Kundinnen sowie das Umfeld eines Betriebes, in Betracht zu ziehen.

Nebst betriebswirtschaftlichen Interessen spielen Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeitenden eine wichtige Rolle (Kerkau, 1997, S. 67). Laut Bernhard Badura und Thomas Hehlmann (2003) sind weitere Gründe zur Einführung betrieblicher Gesundheitsförderung die Verbesserung der Arbeitsmotivation, die Förderung von Eigeninitiative und die Identifikation mit Auftrag und Zielen des Unternehmens (S. 2). Erfolg wird der betrieblichen Gesundheitsförderung nach Kerkau (1997) jedoch nur dauerhaft gegönnt sein, wenn Aufwand und Ertrag in einem geeigneten Verhältnis zueinander stehen (S. 75).

### 1.2. Ziele und Fragestellungen

Diese Arbeit soll feststellen, ob Massnahmen zur Förderung von Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz am Beispiel der EKAS-Box als neuem Online-Gesundheitsförderungsinstrument effektiv umgesetzt werden und wirkungsvoll sind. Dies soll anhand einer Forschungsarbeit mittels Befragung von Unternehmen, welche die EKAS-Box einsetzen, geklärt werden. Weiter soll diese Arbeit versuchen, dem Vorhandensein der Sozialen Arbeit im Bereich der Gesundheitsförderung Gewicht zu verleihen und ihren möglichen Beitrag dazu aufzuzeigen.

Auf dieser Basis lautet die erste Fragestellung der Arbeit wie folgt (Makroebene):

**Was bringt die beteiligten Unternehmen dazu betriebliche Gesundheitsförderung einzurichten?**

Einen möglichen Aspekt zur Beantwortung der Frage liefert Karl Kuhn (2000) indem er erklärt, dass die Folgekosten von krankheitsbedingten Ausfällen der Mitarbeitenden einen erheblichen Kostenfaktor für Unternehmen darstellen (zit. in Ulich & Wülser, 2012, S. 4).

Weiter soll die konkrete Wirkung von Gesundheitsförderungsmassnahmen am Beispiel der EKAS-Box mit der folgenden zweiten Fragestellung geklärt werden (Mikroebene):

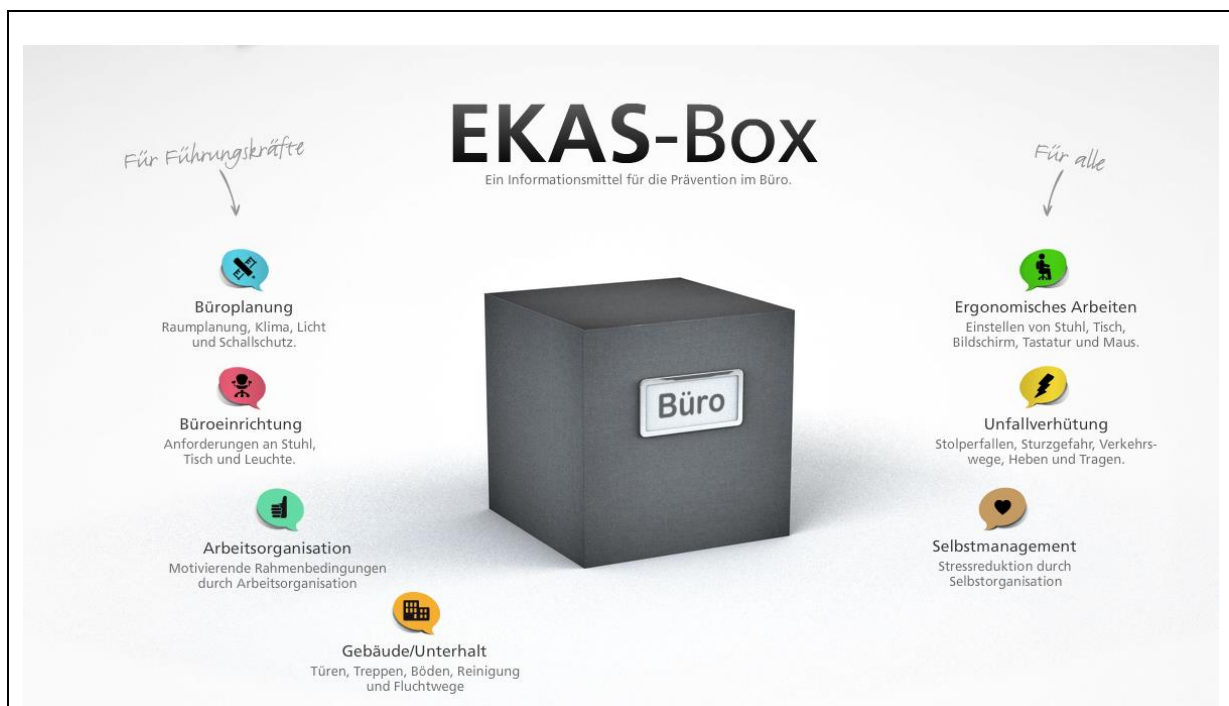
**Welchen Beitrag leistet die EKAS-Box den beteiligten Unternehmen als Gesundheitsförderungsinstrument?**

Anhand der letzten Fragestellung wollen die Autorinnen darlegen, ob und welchen Beitrag die Soziale Arbeit zum Thema Gesundheitsförderung leisten kann (Mikroebene):

**Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmenden leisten?**

**1.3. Motivation und Berufsrelevanz**

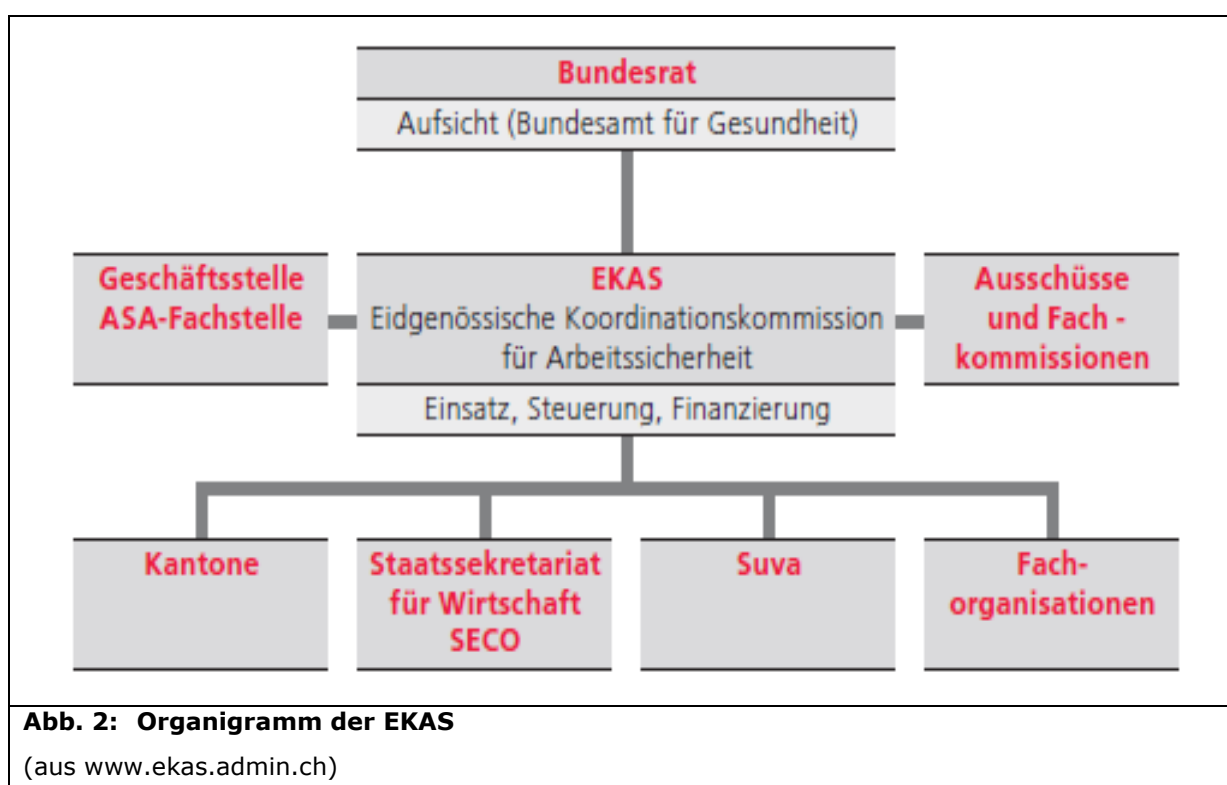
Die EKAS-Box [www.ekas-box.ch](http://www.ekas-box.ch) ist ein Online-Präventionsinstrument der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. Sie gibt mit unterhaltsamen Animationen praktische Tipps, wie sich mit wenig Aufwand Sicherheit und Gesundheit im Büro verbessern lassen. Mit den Themen „Ergonomisches Arbeiten“, „Unfallverhütung“, „Büroplanung“ und „Büroeinrichtung“ wurde die EKAS-Box 2012 erfolgreich lanciert. Im Herbst 2013 wurde sie um die Themen „Selbstmanagement“, „Arbeitsorganisation“ und „Gebäude / Unterhalt“ erweitert. Zahlreiche Organisationen (Unternehmen und öffentliche Verwaltungen) des Dienstleistungssektors setzen sie in der Prävention ein. Die EKAS-Box wurde von der Jury der Best of Swiss Web 2014 mit Silber ausgezeichnet. Nachfolgend ist die Startseite der EKAS-Box zur Ansicht abgebildet:



**Abb. 1: EKAS-Box**  
(aus [www.ekas-box.ch](http://www.ekas-box.ch))

Die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS ist als Auftraggeberin der EKAS-Box die zentrale Informations- und Koordinationsstelle für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Gemäss ihrer Homepage [www.ekas.ch](http://www.ekas.ch) fungiert sie als Drehscheibe und koordiniert die Aufgabenbereiche der Durchführungsorgane im Vollzug, die einheitliche Anwendung der Vorschriften in den Betrieben und die Präventionstätigkeit. Sie stellt die Finanzierung für Massnahmen zur Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten sicher und nimmt wichtige Aufgaben in der Ausbildung, der Prävention, der Information sowie der Erarbeitung von Richtlinien wahr.

Die EKAS setzt sich aus Vertretern und Vertreterinnen von Versicherern und den Durchführungsorganen, Delegierten der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden sowie einem Vertreter/einer Vertreterin des Bundesamtes für Gesundheit zusammen. Den Vorsitz hat ein Vertreter/eine Vertreterin der SUVA inne. Folgendes Organigramm verdeutlicht die Einbindung der EKAS in der Bundesverwaltung:



Die Geschäftsstelle der EKAS befindet sich in Luzern und deren Aktivitäten umfassen Filme, Tagungen, Medienmitteilungen sowie Kampagnen mit Partnerorganisationen wie zum Beispiel der SUVA.



Die Firma advocacy ag communication and consulting als Promoterin der EKAS-Box und direkte Auftraggeberin der Untersuchung beschreibt auf ihrer Homepage [www.advocacy.ch](http://www.advocacy.ch) ihre Aufgabengebiete im Bereich der Kommunikation und Projektführung zu Themen wie Gesundheit, Forschung und Bildung, Life Sciences, soziale Sicherheit, Gesellschaft und Politik sowie Umwelt und Raumplanung. Dabei ist advocacy auf Kommunikation, Öffentlichkeitsarbeit, Public Affairs und Politik sowie Kampagnenführung und Beratung spezialisiert.

Die Firma advocacy möchte evaluiert haben, ob die EKAS-Box den Bedürfnissen von Organisationen im Dienstleistungssektor entspricht. Zur Unterstützung der Evaluation hat sie sich ans Institut für Sozialmanagement, Sozialpolitik und Prävention der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit gewandt. Daraufhin wurde das Thema als Bachelor-Arbeit ausgeschrieben.

Das Auftragsthema EKAS-Box interessiert die Autorinnen, werden sie doch als Sozialarbeiterinnen auch in Organisationen tätig sein und damit von Massnahmen der Gesundheitsförderung profitieren, bzw. sich für die Einführung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsmassnahmen stark machen können. Die Autorinnen möchten mit dieser Arbeit einen Beitrag zur Profession der Sozialen Arbeit leisten indem aufgezeigt wird, inwiefern sich die Soziale Arbeit an der viel diskutierten Gesundheitsdebatte beteiligen kann. Eine zusätzliche Motivation sehen die Autorinnen darin, mit dieser Forschungsarbeit im Bereich der Gesundheitsförderung ein relevantes Berufsfeld der Sozialen Arbeit (wieder) zu erschliessen und eine wegweisende Verbesserung für die Praxis zu generieren.

Die vorliegende Arbeit richtet sich an alle von den Autorinnen im Rahmen der Untersuchung interviewten Personen der unterschiedlichen Unternehmen und weitere potenzielle Nutzer und Nutzerinnen von Präventionsinstrumenten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie an Professionelle der Sozialen Arbeit, die in der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig sind. Ebenso richtet sich die Arbeit an Interessierte aus Politik, Wirtschaft, Versicherungen oder aus dem allgemeinen Gesundheitsbereich.

#### **1.4. Aufbau der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in einen erklärungstheoretischen und einen empirischen Teil. Nach der kurzen Beschreibung der Ausgangslage und des konkreten Auftrags sowie einem kurzen Beschrieb der EKAS allgemein und der EKAS-Box speziell, werden zuerst die Ziele der Arbeit aufgezeigt sowie die Fragestellungen beschrieben. Das Unterkapitel 1.3. befasst sich auch mit der Frage inwieweit für die Soziale Arbeit ein Mandat besteht, in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv zu sein oder zu werden. In den theoretischen Kapiteln 2 bis 5 folgen die erklärungstheoretischen Definitionen von Arbeit, Gesundheit und Krankheit, die Unterscheidung verschiedener Konzepte von Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung sowie die methodischen Ansätze der Prävention und Behandlung. Dieser Teil endet mit einer Beschreibung der relevanten Akteure in den involvierten Systemen im Gesundheitsbereich und einer kurzen Zusammenfassung. Anschliessend folgt in Kapitel 6 die Erläuterung der methodischen Vorgehensweise der empirischen Forschung. Das Kapitel beinhaltet eine kurze Beschreibung der beteiligten Unternehmen, die Darstellung der Forschungsmethoden und das Vorgehen bei der Datenauswertung. Gegenstand des Kapitels 7 ist die Darstellung der Forschungsergebnisse welche in Unterkapitel gegliedert ist und keine Interpretationen beinhaltet. Dabei geht es um die Beantwortung der Forschungsfragen. In einer anschliessenden Diskussion in Kapitel 8 werden die Ergebnisse mit den Theorien verknüpft. Darauf aufbauend enthält das Kapitel 9 die zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen, die Schlussfolgerungen und die Ableitung für die Soziale Arbeit.

## **2. Arbeit und Gesundheit**

In diesem Kapitel setzen sich die Autorinnen mit den Definitionen und Beschreibungen zentraler Aspekte von Arbeit und Gesundheit auseinander.

### **2.1. Arbeit und ihre Bedeutung**

Laut Daniel Schaufelberger (2013) ist die Bedeutung der (Erwerbs-) Arbeit auch heute noch unverändert hoch, sichert sie doch das Einkommen und die wirtschaftliche Unabhängigkeit. Erwerbstätige sind gegenüber arbeitslosen Personen gesellschaftlich besser anerkannt, gilt doch das Verfügen über eine Arbeitsstelle als gesellschaftlicher Massstab und als eine Möglichkeit zur sozialen Teilhabe. Arbeit bietet einen Sinn und verschafft Identität als Quelle von persönlicher Befriedigung (S. 2). Erwerbsarbeit fördert nach Wilmar B. Schaufeli und Arnold B. Baker (2004) zudem Lern- und Erfolgserfahrungen, bietet eine Tagesstruktur und erzeugt positive Gefühle (zit. in Thomas Rigotti & Gisela Mohr, 2011, S. 70). Den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit versuchen Badura und Hehlmann (2003) wie folgt herzustellen: „Innovationskraft und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen hängen von Motivation und Leistungsfähigkeit ihrer Beschäftigten ab, deren Denken, Fühlen und Handeln massgeblich von ihrem Wohlbefinden und ihrer Gesundheit beeinflusst werden“, wobei das Arbeitsverhalten eines Menschen als vollumfänglicher Ausdruck seines physischen und psychischen Wohlergehens angesehen werden soll. Arbeit ist also mehr als nur der Einsatz von Fähigkeiten oder Wissen, sie ist ebenso geprägt von alltäglichen Erlebnissen während der Arbeit und der Freizeit eines jeden Menschen. Die Arbeit und der Mensch mit seinen Erlebnissen und dem daraus folgenden Handeln bedingen einander wechselseitig (S. 2). Auf der sozialen Ebene beinhaltet Arbeit laut Badura und Hehlmann (2003) nicht nur den Umgang mit Technik und Informationen sondern vor allem den Umgang mit Menschen, seien dies Arbeitskolleginnen und -kollegen, Kunden oder Klienten. Dabei entstehen immer Gefühle positiver oder negativer Art und mit diesen gilt es in passender Weise umzugehen. Weiter kommen organisationsstrukturelle Vorgaben sowie sozioorganisationstypische Verhaltensweisen auf Mitarbeitende zu. Alle diese Aspekte beeinflussen die Arbeitsleistung und die Gesundheit der Mitarbeitenden und stehen somit in einem Zusammenhang (S. 37).

Joachim Bauer (2013) fragt sich, warum unser Glück von der Arbeit abhängt und wie sie uns krank macht. Nicht alles woran die Menschen erkranken, hat mit der Arbeitssituation zu tun. Allerdings gilt der Arbeitsplatz als wichtiger Einflussfaktor für die Gesundheit der Arbeitnehmenden. Die hohe Beanspruchung, die Beschleunigung und geringe Gestaltungsmöglichkeiten sind nur einige wenige Aspekte, welche die Arbeitssituation in der heutigen Zeit kennzeichnen. Arbeitsbedingte Stressfaktoren mit Erkrankungsfolgen wie depressiven Verstimmungen, chronischen Rückenschmerzen oder Herz-Kreislaufproblemen zeugen von einem gewichtigen Einfluss der Arbeitssituation auf die Gesundheit (S. 81f.).

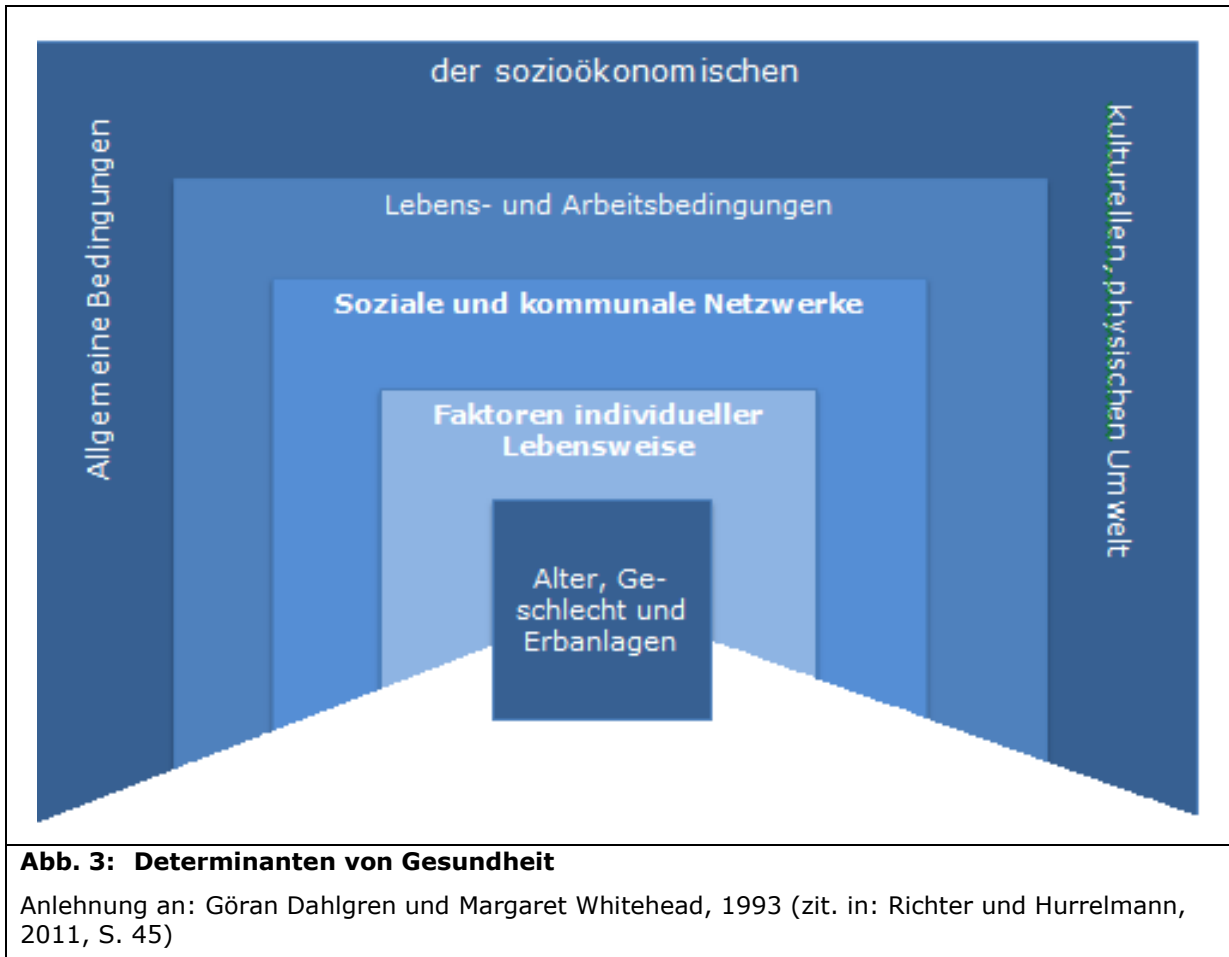
### 2.2. Gesundheit und Krankheit

Wenn man in der Bevölkerung fragt was Gesundheit sei, bekommt man oft die Antwort: „Gesund bin ich, wenn ich nicht krank bin.“ Diese Aussage ist immer mit der sehr persönlichen und individuellen Befindlichkeit verbunden, ausgehend von physischen, psychischen, umweltbezogenen und sozialen Bedingungen. Nach Klaus Hurrelmann und Peter Franzkowiak (2011) ist Gesundheit kein eindeutig definierbarer Begriff und sind Gesundheitsvorstellungen ein soziales Konstrukt (S. 100). Nach Martin Hafen (2009) sind Gesundheit und Krankheit nie isoliert zu betrachten. Es sind keine Zustände die in absoluter Form auftreten, sie sind vielmehr einer wechselseitigen Bedingtheit unterstellt welche auf einen laufenden Prozess hinweist (S. 38f.).

In der Literatur existieren zahlreiche Definitionen des Begriffs „Gesundheit“. Sie beschreiben das Wohlbefinden mittels körperlicher, geistiger und sozialer Eigenschaften, wie dies erstmals von der WHO (1948) in diesem Sinn wie folgt publiziert wurde: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (zit.in Hafen, 2013, S. 115). Weiter ist unter Gesundheit nach Hurrelmann und Franzowiak (1993) zu verstehen, dass das Gleichgewicht von Belastungsfaktoren und Schutzfaktoren hergestellt werden kann (zit.in Hafen, 2013, S. 116f.). Eine weitere Definition von Gesundheit lautet nach Hurrelmann (1988), dass mit den vorhandenen Möglichkeiten ein objektiv und subjektiv gutes Befinden erreicht werden kann (zit. in Hafen, 2013, S. 116).

Aus den Aussagen all dieser kurz gefassten Definitionen lässt sich ablesen, dass sie positiv geprägt sind und einen wünschenswerten Zustand des Menschen anstreben: dessen Gesundsein.

Die wichtigsten Aspekte von Gesundheit sehen Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (2011) in fünf übergeordneten Bereichen, welche in wechselseitiger Beziehung stehen und einen gegenseitigen Einfluss ausüben, wie folgende Grafik zu verdeutlichen sucht:



**Abb. 3: Determinanten von Gesundheit**

Anlehnung an: Göran Dahlgren und Margaret Whitehead, 1993 (zit. in: Richter und Hurrelmann, 2011, S. 45)

„Gesundheit wird so als Ergebnis eines Netzes verschiedener Einflüsse gesehen.“ (S. 45f.). Nach Rigotti und Mohr (2011) reicht es nicht aus, krankmachende Einflüsse zu vermeiden um positive Ergebnisse zu erzielen, sondern es müssen zusätzliche Faktoren vorhanden sein um Gesundheit positiv beeinflussen zu können (S. 70). Renate Rau (2011) sieht „Gesundheit und Krankheit als Resultat einer dynamischen Wechselwirkung von Beanspruchungs- und Erholungsprozessen“ (S. 83). Aaron Antonovsky (1997) fasst zusammen, dass neuere Gesundheitsdefinitionen Gesundheit als mehrdimensional beschreiben. Es wird nicht mehr zwischen zwei sich ausschliessenden Zuständen – Gesundsein / Kranksein – unterschieden. Es werden fortlaufende Größen angenommen, in denen Gesundheits- und Krankheitsaspekte gleichzeitig vorhanden sein können (zit. in Ulich & Wülser, 2012, S. 53). Kerkau (1997) führt aus, dass sich diese salutogenetische

Perspektive mit den Widerstandsressourcen zugunsten der Gesundheit auseinandersetzt und als Grundlage in der Gesundheitsförderung genutzt wird (S. 39).

### 2.3. Salutogenese versus Pathogenese

Nach Alexa Franke (2011) wurde der Begriff Salutogenese von Antonovsky (Medizinsoziologe) als Gegenbegriff zur Pathogenese geprägt. Pathogenese beschreibt die Entstehung und den Prozess einer Krankheit mit allen daran beteiligten Einflüssen. Im Gegensatz dazu wendet sich Salutogenese der Erforschung von Prozessen zu, die die Gesundheit erhalten und fördern. Pathogenese konzentriert sich demnach darauf, warum und woran Menschen krank werden, betrachtet Gesundheit als den Normalfall und Krankheit als davon abweichenden alternativen Zustand. „Salutogenese hingegen nimmt Gesundheit und Krankheit als Pole eines gemeinsamen multifaktoriellen Kontinuums an“. Pathogenetisch betrachtet ist ein Mensch also „entweder krank oder gesund“ und in der salutogenetischen Optik „eher krank oder eher gesund“, je nachdem ob man sich näher am einen oder anderen Begriff orientiert (S. 487).

Die zentralen Faktoren, um sich auf die positiven Pole des Kontinuums zuzubewegen, sind nach Franke (2011) die Widerstandsressourcen (Resilienz und Schutzfaktoren). Sind ausreichend Widerstandsressourcen vorhanden, können die allgegenwärtigen Stressoren nicht überhand nehmen.

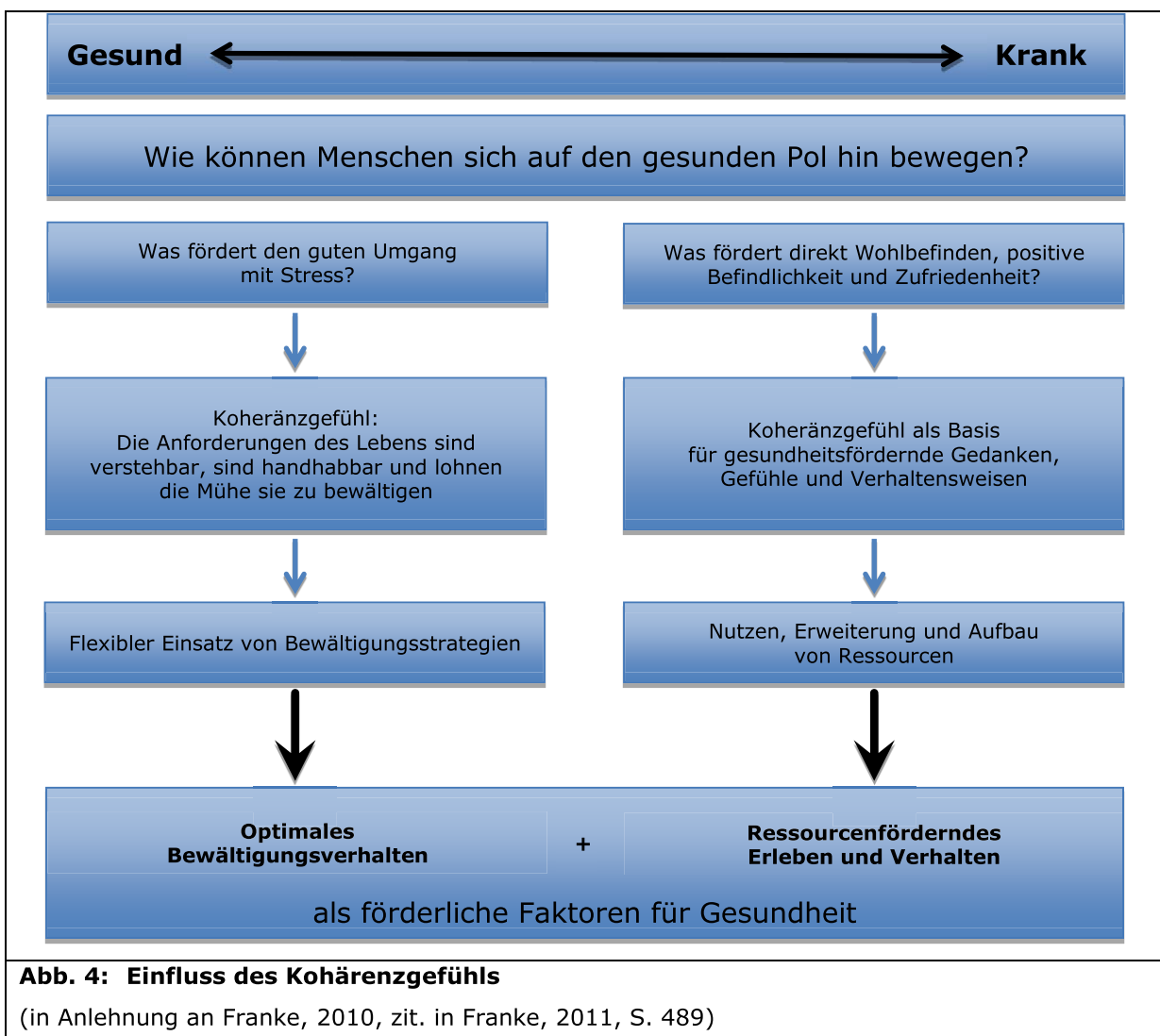
Generalisierte Widerstandsressourcen sind im Individuum selber, im sozialen und gesellschaftlichen Umfeld vorhanden. Im individuellen Bereich gehören dazu:

- Guter physischer Allgemeinzustand
- Kognitive Fähigkeiten
- Psychische Stabilität
- Soziale Einbettung
- Ökonomische Sicherheit

Zu den gesellschaftlichen Widerstandsressourcen gehören Frieden, gute Sozialversicherungsstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze (S. 488).

Franke (2011) beschreibt weiter, dass je mehr Widerstandsressourcen einer Person zur Verfügung stehen, desto grösser das nach Antonovsky so genannte Kohärenzgefühl ist. Dieses setzt sich aus drei Komponenten zusammen (Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Bedeutsamkeit) und meint grundsätzlich, eine sinnvolle oder positive Einstellung zum Leben zu haben und es meistern zu können, auch unter teils widrigen Umständen. Personen mit einem guten Kohärenz-

gefühl erleben Stressoren weniger belastend und wachsen an deren Bewältigung. Franke (2011) geht in einem erweiterten Modell davon aus, dass ein gutes Kohärenzgefühl Menschen nebst einer besseren Stressbewältigung befähigt, mehr gesundheitsfördernde Ressourcen zu erschliessen und zu nutzen. Variablen wie beispielsweise Humor, Optimismus und Genussfähigkeit sind nicht nur Puffer gegen Stress, sondern können aktiv zur Gesundheit beitragen. Demzufolge profitieren Menschen mit hohem Kohärenzgefühl laut diesem Modell von erfolgreicherer Stressbewältigung und sie nutzen ihre Ressourcen besser. Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung ist die Salutogenese eine Perspektive, welche auf die Potenziale der Bewältigung abzielt und die sozialökologischen Rahmenbedingungen unterstützt, damit Menschen ihre Gesundheit bewahren können. Die in der Ottawa-Charta der WHO formulierten Handlungsebenen stimmen gut mit dem nachfolgend dargestellten und nochmals verdeutlichenden salutogenetischen Modell überein (S. 488f.):



**Abb. 4: Einfluss des Kohärenzgefühls**

(in Anlehnung an Franke, 2010, zit. in Franke, 2011, S. 489)

Hafen (2007) bemerkt kritisch, dass auch ein salutogenetischer Zugang den Blick auf die Krankheit nicht unterlassen kann. Die Gesundheitsförderung muss also die Einflussfaktoren für die Verschlechterung der Gesundheit beachten und versuchen eben diese positiv zu beeinflussen. „Dieses Vorgehen – die Verhinderung eines künftigen Problems durch die Behandlung von ursächlich definierten gegenwärtigen Problemen – ist mit anderen Worten identisch mit dem Vorgehen der Prävention“ (S. 99).

Kopp Viglino (2001) meint, dass aus dem salutogenetischen Konzept, Ideen und Massnahmen abgeleitet werden können, welche die Gesundheit am Arbeitsplatz positiv beeinflussen. Angeordnete Ziele, welche die Kompetenzen und Qualifikationen der Arbeitnehmenden berücksichtigen tragen dazu bei, dass Arbeitsaufgaben als machbar und nicht als Überforderung empfunden werden. Der positive Umgang mit Fehlern und die Kompetenzerweiterung ermöglichen, neuen Herausforderungen konstruktiv gegenüberzustehen (S. 5).

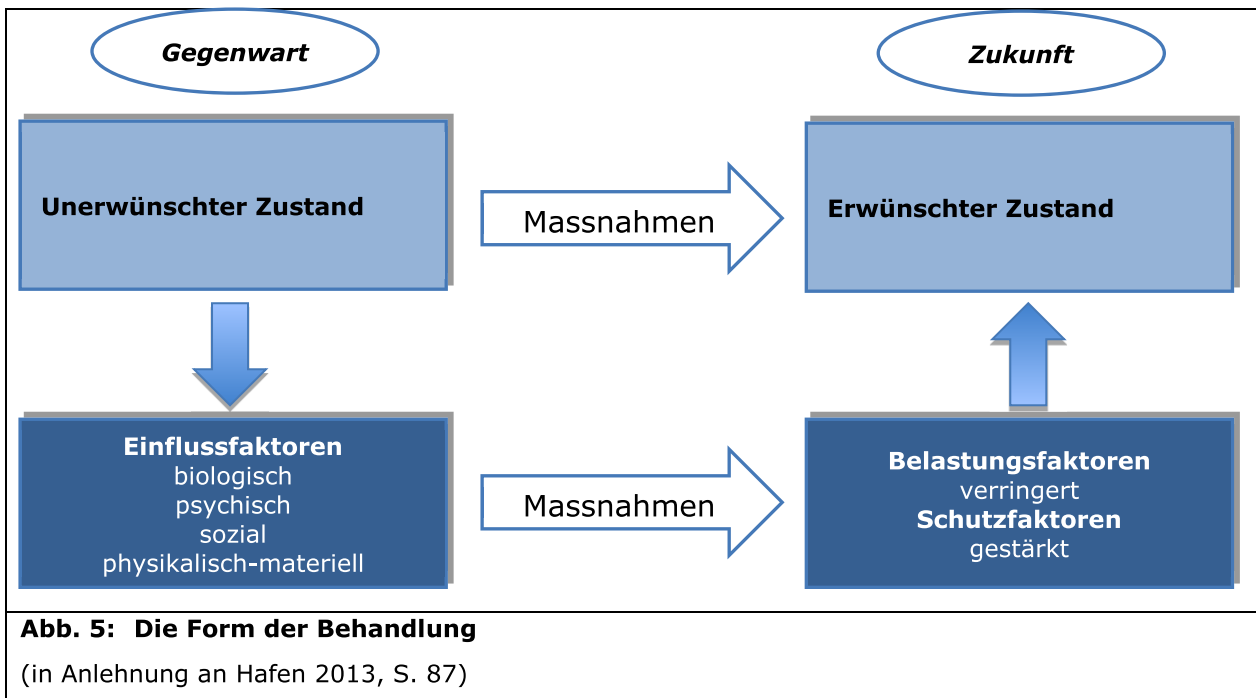
### **2.4. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit**

Die hohe Bedeutung der Arbeit für den Menschen und die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben können, stellen ein Dilemma dar. Die Arbeitssituation hat, nebst anderen zusätzlichen Aspekten, einen gewichtigen Einfluss auf die Gesundheit. Gesundheit und Krankheit werden nicht mehr als absolute Zustände betrachtet, sondern sie bedingen sich wechselseitig und weisen auf einen Prozess hin. Die Soziale Arbeit muss demnach versuchen, die krankmachenden Einflüsse zu mindern und die positiven Faktoren zu stärken. Der salutogenetische Ansatz hat den Prozess im Blick, Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Der Fokus der Sozialen Arbeit ist wie bei der salutogenetischen Perspektive darauf gerichtet, die Schutzfaktoren zu stärken und die Menschen mit Hilfe zur Selbsthilfe zu animieren.



### 3. Prävention und Behandlung

Nach Franzkowiak (2011) ist Prävention der allgemeine Überbegriff für gesundheitsfördernde Interventionen (S. 437). Die vielfältigen professionellen Massnahmen von Prävention haben das gemeinsame, fast paradoxe Ziel, auf unterschiedliche Art und Weise künftige Probleme zu vermeiden (Hafen, 2005, S. 233). Das gemäss Hafen (2005) entwickelte Verständnis von Prävention versteht sich als eine behandelnde Tätigkeit, die das Ziel hat, künftige Probleme zu vermeiden. Die Unterscheidung von Behandlung und Prävention ist nicht immer trennscharf zu vollziehen. Die beiden Begriffe sollen als gegenseitig bedingte Tätigkeiten und damit als Kontinuum verstanden werden, hat doch Behandlung immer präventive Aspekte und Prävention umgekehrt immer auch behandelnden Charakter (S. 244). Die Bemühungen der Prävention setzen nicht nur in der Gegenwart an, sondern sind auf Zukünftiges gerichtet um die Belastungsfaktoren zu verringern und Schutzfaktoren zu stärken, wie dies folgende Grafik verdeutlicht (ib. 2007, S. 198):



Da das Spektrum von Massnahmen in der Prävention sehr gross ist, hat sich eine Unterscheidung in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention als sinnvoll herausgestellt, wie sie in Kapitel 3.1. noch genauer beschrieben wird.

Laut weiteren Zielen von Prävention, die dem Bericht von Salome von Greyerz und Wally Achtermann (2007) des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) zu

entnehmen sind, soll die Gesundheit und die Lebensqualität des Einzelnen gefördert, die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft gestärkt, die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung und damit auch die Produktivität der Wirtschaft bewahrt werden (S. 5). Hafen (2007) geht mit seiner schematischen Darstellung der professionellen Prävention von vier Bereichen aus, die von einer Reihe externer Faktoren beeinflusst sind und zeigt die Komplexität auf, welche hinter den Forderungen der Präventionsziele des BAG stehen. Das Modell ist enorm vereinfacht dargestellt und die einzelnen Bereiche sind nicht, wie es scheinen könnte, einzeln voneinander zu betrachten sondern immer in Beziehung zueinander. Das Schema kann weiter genutzt werden, um neue Massnahmen zu planen oder bestehende zu analysieren (S. 172ff.).



### 3.1. Begriffe zur Prävention

Unter **Primärprävention** versteht Hafen (2005), dass ein Problem den Anlass für präventive Massnahmen bildet, welches gesellschaftlich bekannt aber bei der Zielgruppe noch nicht aufgetreten ist. Um eine Risikoverminderung vor dem Entstehen dieses Problems zu erreichen, werden Ursachen gesucht, die in der Folge behandelt werden, respektive denen entgegengewirkt wird. So hat

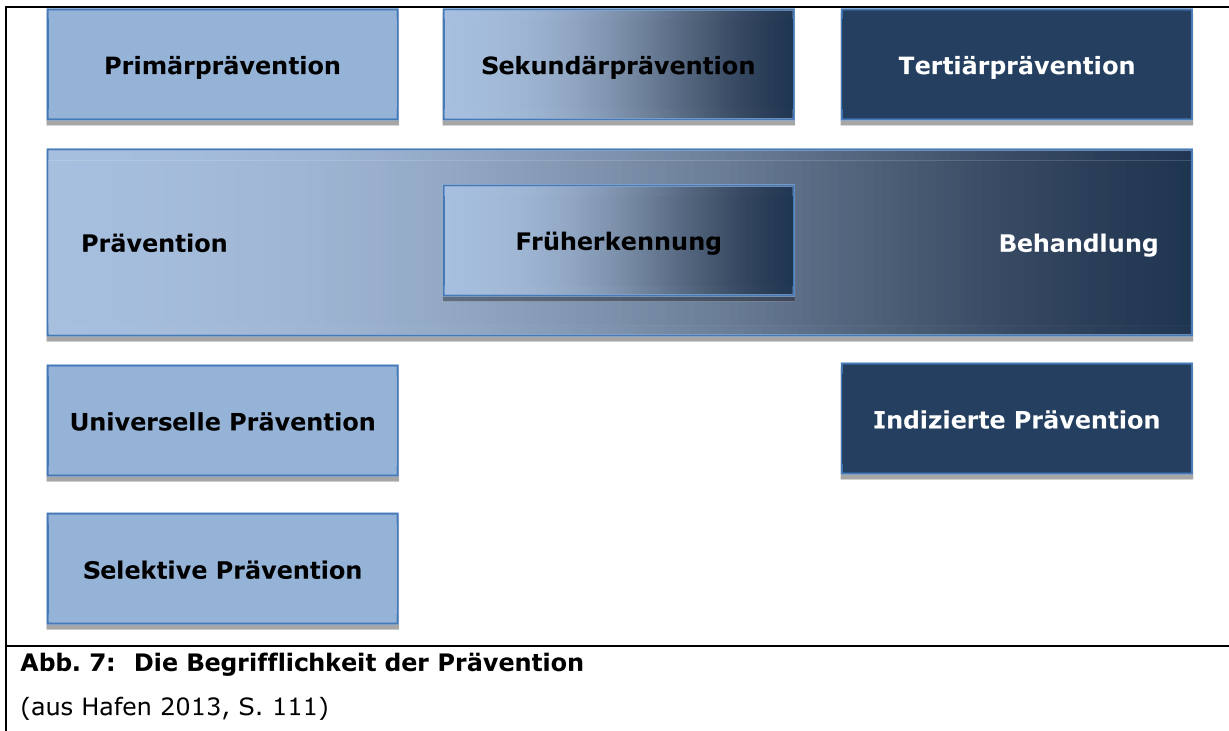
Primärprävention für die Betroffenen zum Ziel, die Schutzfaktoren zu begünstigen und die Risikofaktoren bestmöglich zu reduzieren (S. 262f.).

Mit dem Begriff **Sekundärprävention** spricht Hafén (2005) die Früherkennung an, bei der es darum geht, die Hinweise für das zu verhindernde Problem zu erkennen. Im medizinischen Bereich entspricht dies einer diagnostischen Massnahme. Setzt man die Früherkennung in Bezug zur Unterscheidung Prävention/Behandlung, ist sie dazwischen zu verorten (S. 265). Im Bericht des BAG von von Greyerz und Achtermann (2007) sind mit Früherkennung gezielte Massnahmen gemeint, die Krankheiten oder Störungen bei Personen und Gruppen mit bekannten Risikofaktoren und bereits erkennbaren Symptomen verhindern oder vermindern sollen.

Bei der **Tertiärprävention** geht es gemäss dem Bericht des BAG darum, gezielte Massnahmen zur Verhinderung von weiteren Schädigungen aufgrund eines bestehenden, bestimmten Problems zu treffen (S. 14). Hafén (2005) sieht hier eine klare Abgrenzung in der Unterscheidung Prävention/Behandlung. Tertiärprävention in ihrer behandelnden Funktion ist in die Zukunft gerichtet und hat zum Ziel, weitere Risiken zu verhindern. Die Adressaten sind klar definiert, nämlich Personen die ein bestimmtes, zu behandelndes Problem aufweisen (S. 269f.).

Da die Unterscheidung von Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention nicht immer klar zu erkennen ist und Prävention/Behandlung einander beeinflussen, hat Hafén (2013) einen Vorschlag zur Neudefinition gemacht:

Als Prävention wären demnach alle Massnahmen zu bezeichnen, die zum Ziel haben, ein noch nicht bestehendes Problem zu verhindern, während alle Massnahmen, die ein manifestes Problem als Anlass haben, der Behandlung zugerechnet werden. Als „Früherkennung“ würden Massnahmen bezeichnet, welche die Beobachtung von Problemen in einem frühen Stadium systematisieren, den Austausch dieser Beobachtung regeln und entsprechend behandelnde Massnahmen einleiten (...). (S. 110)



### 3.2. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Hafén (2013) empfiehlt weiter, eine Unterscheidung zwischen den Variationen der unterschiedlichen Massnahmen zu machen. Richtet sich eine präventive Aktivität an das Individuum oder die ausgewählte Massnahme an dessen Umfeld, wird zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden, was gleichbedeutend ist wie Individuums- und Settingansatz.

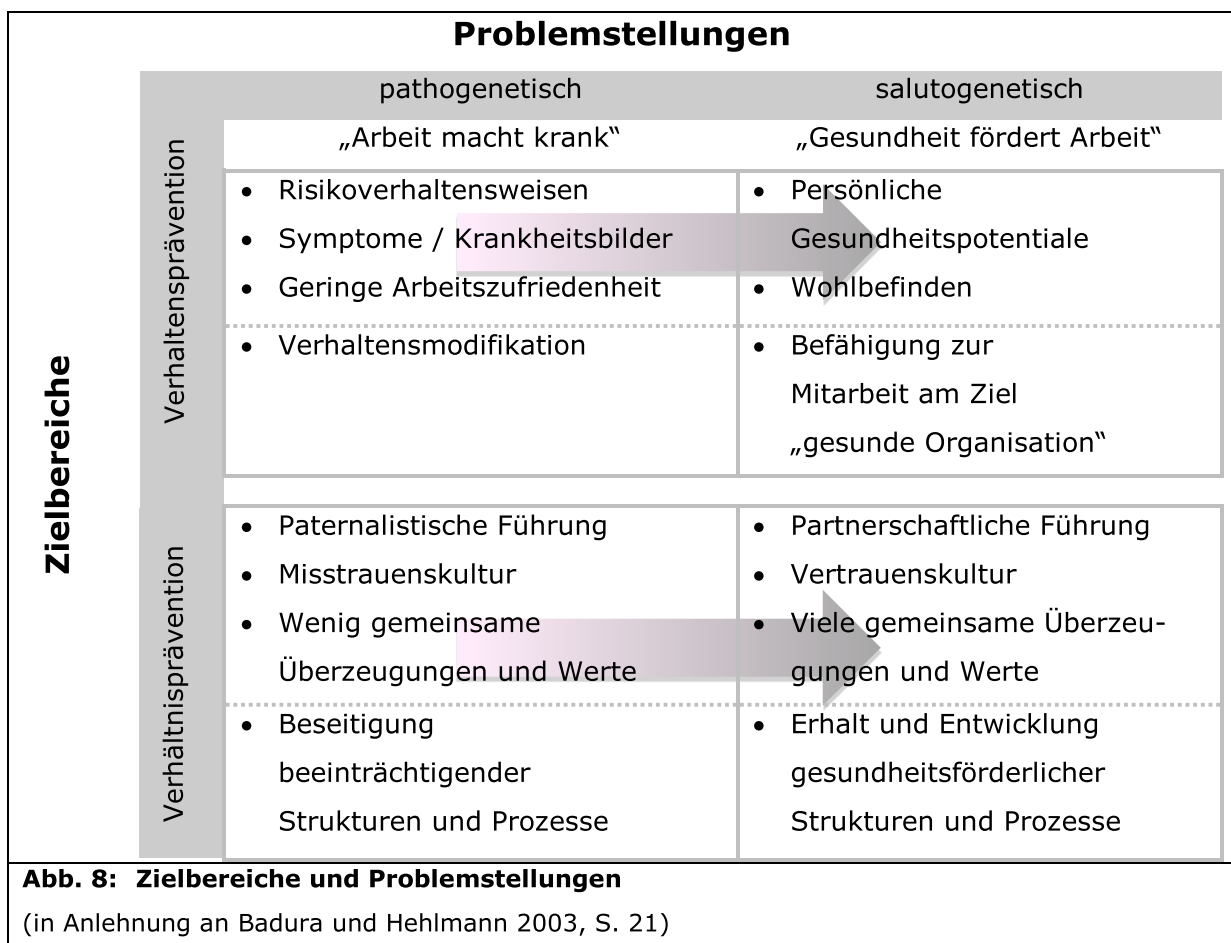
Die Verhaltensprävention setzt bei den Menschen an, bei denen ein Problem verhindert werden soll. Sie umfasst Massnahmen zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz wie zum Beispiel Informations- und Aufklärungskampagnen zu einem gesundheitsrelevanten Thema.

Verhältnisprävention oder strukturelle Prävention umfasst Massnahmen zur Beeinflussung der Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen der Menschen. In die gleiche Richtung fokussiert der Settingansatz, welcher die Lebenswelt von Menschen und die Rahmenbedingungen in denen sie leben, positiv zu beeinflussen versucht (S. 161ff.). Rolf Rosenbrock und Susanne Hartung (2011) bezeichnen ein Setting als „ein abgegrenztes soziales System, das zum Zwecke einer Intervention der Gesundheitsförderung definiert wird und in dem die für die konkreten Massnahmen der Gesundheitsförderung notwendigen Entscheidungen und fachlichen Massnahmen gesetzt werden“ (S. 497). Es wird laut Rosenbrock und Hartung (2011) anerkannt, dass Gesundheitsprobleme einer bestimmten Gruppe von Menschen das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen ökonomischen,

sozialen und organisatorischen Einflüssen sowie persönlicher Lebensweise sind. Viele von der WHO veranlasste Gesundheitsförderungsprogramme orientierten sich am Settingansatz und für die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung war diese Strategie richtungsweisend (S. 497).

Gemäss Hafen (2007) haben die betrieblichen Strukturen in Unternehmen einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheit der Arbeitnehmenden. Deswegen ist es entscheidend, ob in einem Unternehmen lediglich verhaltensorientierte Massnahmen durchgeführt werden oder ob zugunsten der psychischen und physischen Befindlichkeit der Arbeitnehmenden im Sinn von Verhältnisprävention auch eine Änderung der betrieblichen Strukturen notwendig ist (S. 212).

Mit der untenstehenden Grafik soll die pathogenetische und die salutogenetische Perspektive mit der Verhaltens- und Verhältnisprävention in Verbindung gebracht werden.



### 3.3. Ressourcenansatz

Als einer der methodischen Ansätze der Gesundheitsförderung und aus dem salutogenetischen Grundverständnis heraus hat sich laut Kerkau (1997) der Ressourcenansatz entwickelt. Ressourcen helfen Menschen bei der Bewältigung ihrer verschiedenen Lebenslagen (S. 56). Peter Bündler (2002) hat sich in einer intensiven Recherche mit dem Ressourcen-Konzept auseinandergesetzt und festgehalten, dass der Begriff erst nach den 80er-Jahren in der Fachliteratur der Sozialen Arbeit aufgetaucht und zu einem „Trendsetter“ geworden sei (zit. in Hafen, 2013, S. 194). Im Fokus stehen nach Kerkau (1997) die Bedingungen, welche die Gesundheit erhalten und fördern und die Entstehung von Krankheit verhindern. Unterschieden werden dabei die inneren und äusseren Ressourcen zur Bewältigung des Alltags. Mit inneren Ressourcen sind die individuellen Möglichkeiten einer Person gemeint, mit denen eine Lebenssituation gemeistert werden kann. Häufig genannte Ressourcen sind Optimismus, Humor und - gleich wie in der Salutogenese beschrieben - der Kohärenzsinn. Externe Ressourcen sind die Schutzfaktoren, welche einem Menschen zur Verfügung stehen, die jedoch ausserhalb seiner Person liegen. Der Ressourcenansatz bildet eine wichtige theoretische Grundlage in der Gesundheitsförderung und kann ebenfalls als Perspektivenwechsel vom Defizitmodell zu einem Potenzialmodell beschrieben werden (S. 56f.). Die Ressourcenorientierung kommt laut Hafen (2013) im Kontext von Massnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention oder bei behandelnden Tätigkeiten häufig zum Tragen (S. 194).

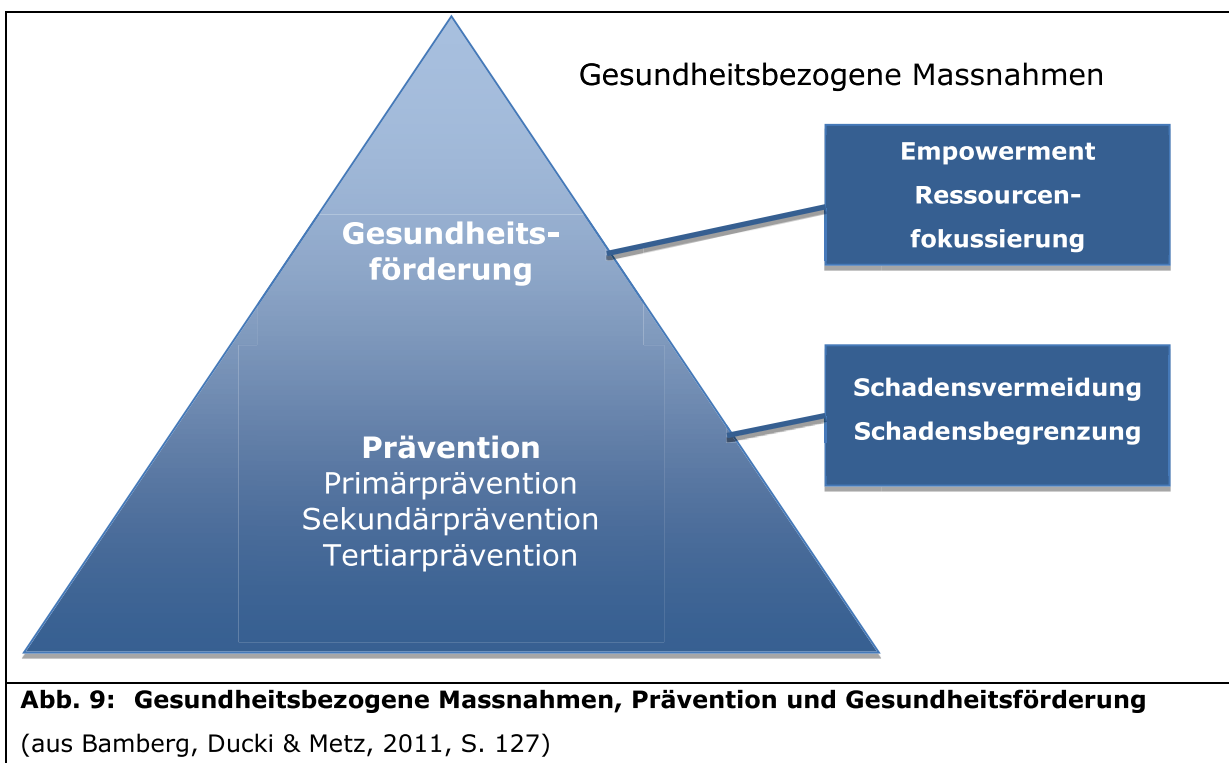
### 3.4. Empowerment

Ein weiterer methodischer Ansatz und ein Handlungsprinzip in der Prävention ist nach Kerkau (1997) das Empowerment. Bei diesem Ansatz wird der Mensch als kompetentes und eigenverantwortliches Wesen bezüglich seiner Gesundheit betrachtet (S. 61). Bereits die Ottawa-Charta (siehe Kapitel 4.2.1.) forderte, dass die Menschen durch die Gesundheitsförderung in ihren Kompetenzen und Fähigkeiten unterstützt werden, um ihre Lebensart bestmöglich gesundheitsfördernd zu gestalten. Als wesentliche Voraussetzung für das Empowerment wird laut Sven Brandes und Wolfgang Stark (2011) die Entwicklung einer gesundheitsbezogenen Handlungskompetenz angesehen. Das Individuum wird als Experte seiner selbst anerkannt. Weiter muss die Schaffung von Handlungsspielräumen und Einflussmöglichkeiten gewährleistet sein, damit überhaupt die Möglichkeit

besteht, individuelle Bedürfnisse anzumelden. Ein wichtiger Bestandteil des Empowerments ist die Förderung und Unterstützung von sozialen Netzwerken. Das soziale Wohlbefinden hängt stark davon ab, wie man in der Gesellschaft eingebettet ist (S. 57).

Auch die Gesundheitsförderung zielt nach Suitbert Cechura (2007) auf Selbstbefähigung und Selbstbestimmung hin (S. 203). Gemäss Eva Bamberg, Antje Ducki und Anna-Marie Metz (2011) fungiert die betriebliche Gesundheitsförderung als übergreifendes Konzept zur Erweiterung von Prävention und sie soll die Arbeitnehmenden befähigen, ihre Gesundheitspotenziale aktiv zu verwirklichen. Dies erfordert bei der betrieblichen Gesundheitsförderung die Mitbestimmung der Arbeitnehmenden (S. 126).

Cechura (2007) meint, dass die Gesundheitsförderung ein erhöhtes Mass an Selbstbestimmung zwecks Bedürfnisbefriedigung anstrebt und der Empowermentansatz Autonomie verwirklichen will (S. 203f.).



### **3.5. Kommunikation von Präventionsmassnahmen**

Dieses Kapitel geht auf kommunikationstheoretische Aspekte ein, die bei der Kommunikation von Präventionsmassnahmen berücksichtigt werden sollten.

Für die Gesundheitsförderung ist nach Annette C. Seibt (2011) bedeutsam, wie sich Informationsschritte verwirklichen und Entscheidungen für unterschiedliche Kampagnen beschreiben und evaluieren lassen (S. 381).

Guido Nöcker (2011) führt aus, dass die Gesundheitskommunikation besondere Aufmerksamkeit auf den Übertragungsprozess, d.h. auf die Interaktion zwischen Sender und Empfänger einer Nachricht richtet und nach Voraussetzungen gelingender, bzw. gestörter Kommunikation fragt. Dabei werden Kommunikationsebenen unterschieden: intrapersonale und interpersonelle Kommunikation, sowie Organisations- und Massenkommunikation.

Auf der intrapersonellen Ebene geht es um die innerpsychische Aufnahmebereitschaft und Verarbeitung von Informationen sowie die Bedeutung welche der Empfänger der Botschaft den Dimensionen Gesundheit und Krankheit generell und in Bezug auf die eigene Person zuschreibt.

Unter interpersoneller Kommunikation wird die Interaktion von mindestens zwei Personen oder einer Gruppe verstanden. Die Quantität und Qualität dieser Kommunikation soll unmittelbare Auswirkungen, d.h. gesundheitsfördernde Folgen haben.

Bezüglich Organisationskommunikation werden die Bedingungen von Institutionen in den Blick genommen und aufgezeigt, wie die Mitarbeitenden intern miteinander kommunizieren und wie sich dies auf deren Gesundheit auswirkt.

Ebenso wird das Verhältnis zwischen interner und externer Kommunikation beleuchtet (S. 291f.). Laut Seibt (2011) hat die Massenkommunikation die Aufgabe, Informationen bereitzustellen, Wissen zu vermitteln und Einstellungs- und Verhaltensempfehlungen an breite Bevölkerungsgruppen abzugeben (S. 383).

Gemäss Nöcker (2011) interessiert nicht nur die Wirkung der Inhalte von massenmedialen Kampagnen zur Verhaltensänderung sondern auch die Art und Weise der allgemeinen Wirkung, die von Massenmedien ausgeht (S. 292).

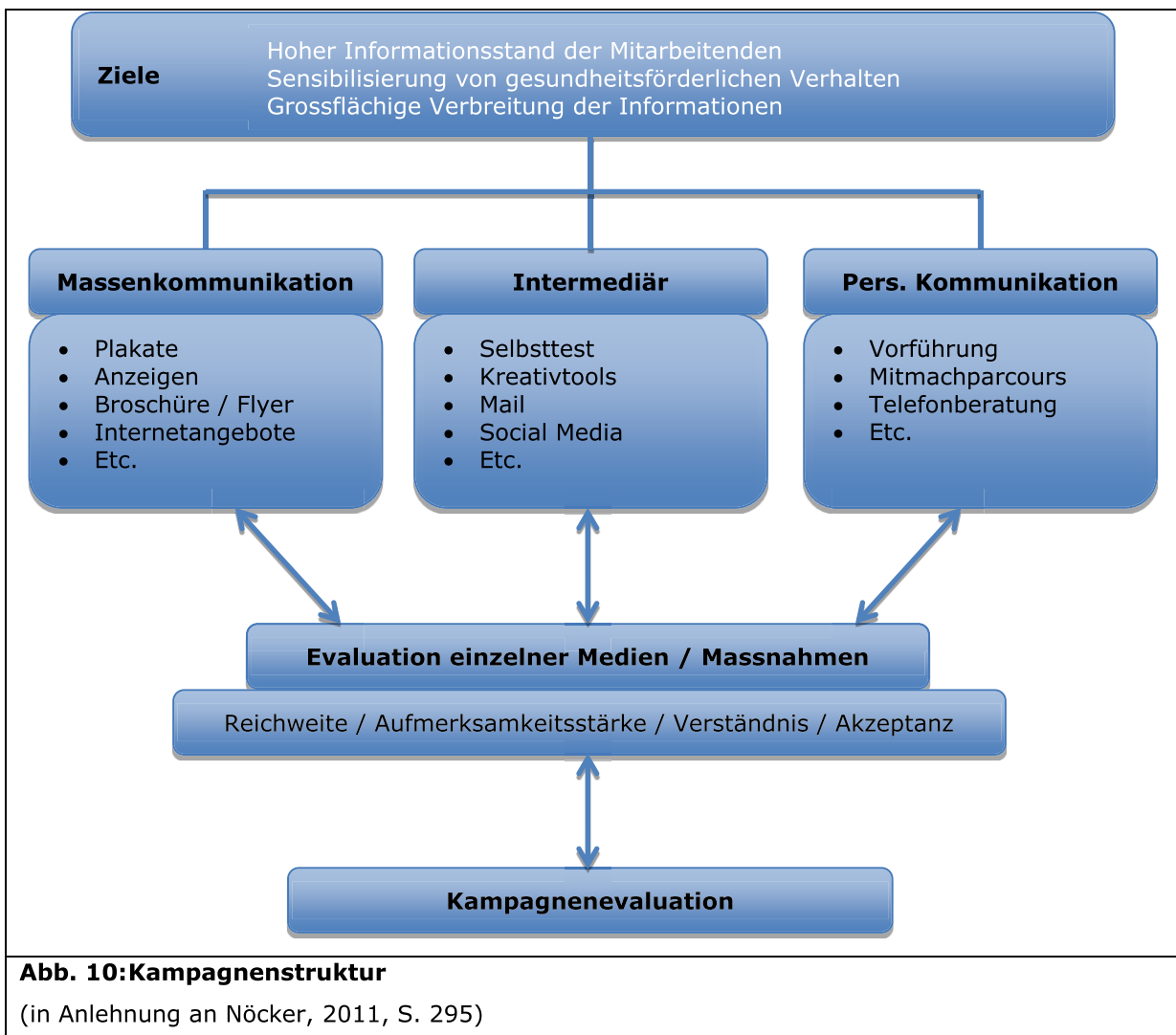
Nach Nöcker (2011) ist Kommunikation kein linearer Übertragungsprozess von Informationen sondern ein interpretativer Vorgang dessen Ergebnis der Empfangende selbst bestimmt. Kommunikation beginnt erst mit dem Verstehen und



nicht schon bereits mit der Verbreitung einer Nachricht. Für eine erfolgsversprechende Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens ist es zwingend, dass die Botschaft die Adressaten und Adressatinnen tatsächlich erreicht und dass diese verstanden und schliesslich akzeptiert wird (S. 293).

Bamberg, Ducki & Metz (2011) meinen, dass Ziele, Absichten und Ergebnisse von gesundheitsbezogenen Massnahmen in erster Linie durch das obere Management definiert sind (siehe Kapitel 5.1) und den Mitarbeitenden transparent kommuniziert werden müssen (S. 149).

Nachfolgende Grafik verdeutlicht den Kommunikationsprozess einer zielorientierten Gesundheitskampagne (Nöcker, 2011, S. 294):



### **3.6. Wirkung der Prävention**

Es liegt aus verschiedenen Gründen im Interesse aller Beteiligten, die Wirkung von Prävention erfassen zu können. Die Wirkungsmessung von Präventionsmassnahmen ist aber laut Hafén (2007) sehr komplex. Einerseits erfüllen nur wenige Programme die Voraussetzung für eine mögliche Bemessung ihrer Wirkung, unter anderem weil diese nur eine bestimmte Zielgruppe erreichen können. Andererseits wird es schwierig sein, Auftrag- und Geldgebende für Prävention zu finden, wenn die Beschränktheit der Wirkungsforschung zum vornherein gegeben ist (S. 158).

Kritisch fragen sich Jürgen Töppich und Susanne Linden (2011), wie die Anforderungen an Verfahren konzipiert sein müssten um eine Wirksamkeitsprüfung bestehen zu können (S. 474).

Bei der Evaluation einer präventiven Intervention findet laut Töppich und Linden (2011) eine laufende Wirksamkeitsprüfung statt, mit Blick auf beabsichtigte und unbeabsichtigte Effekte. Es ist nicht empfehlenswert, erst nach Abschluss einer Intervention die Gesamtwirkung zu untersuchen. Evaluation ist eingebunden in einen Kommunikationszusammenhang mit verschiedenen Interessengruppen wie Auftraggebende, Zielgruppen, Medien, Politik, Wissenschaft. Dementsprechend sind unterschiedliche Erwartungen an die Intervention vorhanden. Eine erfolgreiche Evaluation muss diese Erwartungen möglichst von Beginn an transparent kommunizieren und in ihrem Handeln berücksichtigen (S. 70).

Hafén (2013) fasst zur Wirkung von Prävention allgemein zusammen, dass eine nachhaltige professionalisierte Prävention von politischen Entscheidungen abhängig ist. Insbesondere sollte die Politik für eine gesetzliche Grundlage sorgen, damit Präventionsmassnahmen nicht zum Spielball politischer und wirtschaftlicher Entwicklungen werden und damit eine gewisse Konstanz beibehalten werden kann (S. 260). Ausserdem vermutet Hafén (2005) ohne empirische Belege, dass koordinierte und laufende verbindliche Präventionsmassnahmen auf unterschiedlichen Ebenen mehr Wirkung zeigen als eine bunte Vielzahl unabhängiger Präventionskampagnen (S. 591).

### 3.7. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit

Prävention hat bekanntlich das Ziel, in Zukunft liegende Probleme zu vermeiden. Die Unterscheidung von Prävention und Behandlung ist nicht immer trennscharf zu vollziehen. Die Soziale Arbeit ist meistens in der Behandlung tätig und präventive Aspekte werden leider zu wenig berücksichtigt, da präventive Massnahmen schwierig auf ihre Wirksamkeit zu prüfen sind. Die wichtigen methodischen Ansätze wie Ressourcenorientierung, Empowerment und Partizipation gehören schon seit längerer Zeit zum Repertoire der Sozialen Arbeit und sie appelliert nicht nur an Verhaltens- sondern auch an Verhältnisprävention.

Die Art und Weise der Kommunikation von gesundheitsförderlichen Massnahmen und deren Wichtigkeit beeinflussen ihren Erfolg. Die Soziale Arbeit ist sich bewusst, welchen Stellenwert die Kommunikation in zwischenmenschlichen Beziehungen einnimmt.

## **4. Gesundheit und Unternehmen**

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) als zentrales Gesundheitsmodell in Unternehmen, die darin enthaltene betriebliche Gesundheitsförderung und deren geschichtliche Entwicklung werden nachfolgend erläutert.

### **4.1. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)**

Bevor der Fokus auf Prävention und Gesundheitsförderung gelenkt wird, soll seine Definition des Begriffs des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) formuliert werden. Eine kurze Beschreibung des BGM dient dem besseren Verständnis der Abgrenzung zur Prävention/Gesundheitsförderung. Dabei wird jedoch keine umfassende Abhandlung über das BGM gemacht und auch auf innerbetriebliche Prozesse und Rahmenbedingungen wird nicht näher eingegangen.

Badura und Hehlmann (2003) verstehen unter betrieblichem Gesundheitsmanagement die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse, welche die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeit und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeitenden zum Ziel haben (S. 19). Indem ein professionelles Gesundheitsmanagement in den Unternehmen betrieben wird, können nach Badura und Hehlmann (2003) bisher unerschlossene Leistungspotenziale zum Wohle des Unternehmens und seiner Mitarbeitenden genutzt werden. Zusammengefasst halten diese Autoren fest, dass die Vision von betrieblicher Gesundheitspolitik - die gesunde Organisation und der Weg dorthin - das betriebliche Gesundheitsmanagement ausmacht (S. 3ff.).

Hafen (2007) sieht das betriebliche Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe. Er versteht dabei Management nicht nur als gute Koordination der einzelnen Massnahmen sondern vor allem auch als deren Integration in die Unternehmensstrategie. Dabei ist es wichtig, die Mitarbeitenden laufend und nachhaltig über die Ziele und Chancen des Gesundheitsmanagements zu informieren, damit präventive Massnahmen nicht in Vergessenheit geraten und entsprechende strukturelle Voraussetzungen auf allen Ebenen geschaffen werden (S. 222).

Bamberg, Ducki & Metz (2011) setzen sich dafür ein, den Begriff Gesundheitsmanagement als der Gesundheitsförderung übergeordnet zu verwenden, da es

beim Gesundheitsmanagement um die vollständige Organisation der gesundheitlichen Aspekte im betrieblichen Kontext geht. Sie verstehen betriebliche Gesundheitsförderung als Teil des betrieblichen Gesundheitsmanagements, umfasst doch dieses neben Interventionen ein breites Spektrum an Prozessen und Strukturen wie folgende Beschreibung eines integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagementsystems zeigt (S. 128):

*Politik, Ziele und Strategiewahl:* Ausrichtung des Unternehmens auf das Ziel Gesundheit; Einbettung in betriebliche Abläufe.

*Organisation:* Entwicklung von Strukturen und Prozessen, die Voraussetzungen für die Umsetzung der Strategie sind.

*Planung und Umsetzung:* Operatives Management von Risikokontrolle und von Gesundheitsförderung. Vorbereitung und Realisierung des Prozesses der gesundheitsbezogenen Interventionen.

*Leistungsmessung und -überprüfung:* Evaluation der betrieblichen Gesundheitsförderung

**Abb. 11: Integratives betriebliches Gesundheits-Managementsystem**

(aus Zimolong et al., 2006; zit. in Bamberg, Ducki & Metz, 2011, S. 129)

Eine weitere Präzisierung des Begriffs Gesundheitsmanagement im Gegensatz zur Gesundheitsförderung sehen Bamberg, Ducki & Metz (2011) darin, dass Gesundheitsmanagement in der Regel mehrere Zieldimensionen berücksichtigt. Wenn BGM sich schwerpunktmässig an markt- und gewinnorientierten Zielen ausrichtet, könnte dies zum Beschluss führen, dass bestimmte gesundheitsfördernde Interventionen herabgesetzt oder gar ganz auf sie verzichtet werden. Dies wäre dann zwar eine Entscheidung mit gesundheitsbezogener Relevanz, sie dürfte aber nicht als gesundheitsförderlich bezeichnet werden (S. 128). Die Abgrenzung zwischen Gesundheitsmanagement und Gesundheitsförderung versuchen Bamberg, Ducki & Metz (2011) vorzunehmen, indem sie Gesundheitsförderung als ein Handlungskonzept bezeichnen, das durch die Grundsätze Ressourcenfokussierung, Empowerment und Langfristigkeit den Zielen, Strategien und Vorgehensweisen des betrieblichen Gesundheitsmanagements eine Richtung gibt. Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass Gesundheitsförderung die Inhalte bestimmt während das betriebliche Gesundheitsmanagement das Vorgehen dazu festlegt (S. 152f.).

Mit Hilfe dieser Abgrenzung vom Gesundheitsmanagement kann nun detaillierter auf die Gesundheitsförderung als Schwerpunkt dieser Arbeit eingegangen werden.

### 4.2. Gesundheitsförderung

#### 4.2.1. Definitionen der Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta der WHO (1986) hält fest, dass die Gesundheitsförderung einen Prozess auslösen soll, der allen Menschen das grösstmögliche Mass an Selbstbestimmung und Stärkung ihrer Gesundheit zugesteht. Um körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen ist es notwendig, Bedürfnisse, Wünsche und Hoffnungen verwirklichen zu können. In diesem Sinn ist Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des täglichen Lebens zu verstehen und es gilt sorgsam mit ihr umzugehen. Deshalb liegt die Verantwortung für Gesundheitsförderung nicht nur im medizinischen Sektor, sondern auch in allen Bereichen der Politik (zit. in Bettina Schmidt & Petra Kolip, 2007, S. 9). Wie Schmidt und Kolip (2007) weiter ausführen, war und ist die Charta richtungsweisend, denn sie setzt das Verständnis von Gesundheitsförderung in einen gesellschaftlichen Kontext. Die WHO definiert nach Schmidt und Kolip (2007) Gesundheit als „Potenzial für vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden und nicht nur als frei sein von Krankheit und Gebrechen“. Im Nachsatz zu dieser Definition heisst es: „Gesundheit ist ein Menschenrecht für alle Menschen und die Regierungen sind verantwortlich für den Gesundheitszustand ihrer Völker“ (S. 9). Lotte Kaba-Schönstein (2011) erwähnt, dass an der WHO-Konferenz in Jakarta im Jahre 1997 diese Definition der WHO weiterentwickelt wurde und seither als ein Prozess verstanden wird, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen (S. 137).

Diesem Kredo folgend ist in der Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung vermerkt, dass sich das Wohlergehen und die Gesundheit der erwerbstätigen Menschen nicht auf die Biologie reduzieren lässt, sondern dass sie um weitere wichtige Dimensionen zu erweitern ist. Gesundheit soll von Menschen mit und ohne Behinderungen in ihrer täglichen Umwelt geschaffen und gelebt werden können. Ein guter Gesundheitszustand ist eine zentrale Voraussetzung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Leistungsfähigkeit und schlussendlich der Lebensqualität.

Basierend auf diesen Überlegungen wird heute anerkannt, dass Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung auch die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft stärken und die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung und damit die

Produktivität der Wirtschaft bewahren, wie die Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung im Kapitel 1.1., S. 7081f. erwähnt.

Hafen (2013) beschreibt „Prävention und Gesundheitsförderung“ als formal und funktional identische Versuche zur Erhaltung der Gesundheit und ordnet den vermeintlichen Unterschied der Semantik der Begriffe zu. Er erklärt dies wie folgt: „Während der Begriff ‚Prävention‘ auf eine zu verhindernde Krankheit verweist, orientiert sich ‚Gesundheitsförderung‘ an einem nicht klar definierten Verständnis von Gesundheit (...), da letztlich immer die Verhinderung von Krankheit angestrebt wird, (...)“ (S. 133). Nach dieser Beschreibung können die Begriffe weitgehend als identisch angesehen werden. Peter Franzkowiak und Peter Sabo (1993) unterscheiden Gesundheitsförderungsbegriffe und setzen sie in einen historischen Kontext. Sie stellen fest, dass mit der Entwicklung des WHO-Konzepts der Gesundheitsförderung für Bezeichnungen wie Gesundheitserziehung, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsförderung, welche noch vor einigen Jahren synonym verwendet wurden, eine begriffliche Differenzierung stattgefunden hat. Gesundheitsförderung wurde von den bisherigen Ansätzen abgegrenzt und ist zu einem eigenständigen Begriff geworden (zit. in Kerkau, 1997, S. 44f.). Die Entwicklung der Gesundheitsförderung soll im nächsten Unterkapitel detailliert aufgezeigt werden um daraus Erkenntnisse für die Diskussion der Forschungsarbeit im Kapitel 8. ableiten zu können.

„Als betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bezeichnet man systemische Interventionen in privaten und öffentlichen Betrieben, durch die gesundheitsrelevante Belastungen gesenkt und Ressourcen vermehrt werden sollen“ (Rosenbrock & Hartung, 2011, S. 231). Erreicht wird dies, indem primärpräventive und gesundheitsfördernde Aktionen durch parallele und aufeinander bezogene Veränderungen in den Bereichen Ergonomie, Organisation und Sozialklima unterstützt werden. Zudem müssen individuelle Verhaltensveränderungen der Mitarbeitenden angestrebt werden (S. 231), wie dies der bereits im Kapitel 3.2. beschriebene Settingansatz befolgt. Eine weitere Definition von BGF ist laut SECO ([www.seco.admin.ch](http://www.seco.admin.ch)) eine moderne Unternehmensstrategie die darauf abzielt, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschliesslich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Folgende Darstellung versucht die Unterschiede zwischen den beschriebenen Begriffen zu verdeutlichen:

	<b>Erläuterung</b>	<b>Vorteile</b>	<b>Nachteile</b>
<b>Betriebliche Prävention</b>	Identifizierung und Abbau von Schadensursachen für die Gesundheit bei der Arbeit. Ansatzpunkte sind Individuen / Verhalten und Kontext / Verhältnisse. Unterscheidung nach Zeitpunkt der Intervention möglich (primär, sekundär, tertiär).	Objektivierung und Messung von Schadenseinflüssen möglich. Zuordnung von Verantwortlichkeiten für Massnahmen möglich.	Multikausale Einflüsse auf Gesundheit sowie die subjektive Bewertung von Einflüssen werden nicht erfasst.
<b>Betriebliche Gesundheitsförderung (im Sinne der Ottawa-Charta)</b>	Befähigung zur aktiven Teilhabe von Betroffenen bei der Gestaltung der Lebenswelt Betrieb; Ressourcenorientierung.	Abbau sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheiten. Förderung von Fähigkeiten und Potenzialen. Subjektive Bewertungen gewinnen Bedeutung für Veränderungsprozesse.	Heterogene Begriffsverwendung im Hinblick auf den Bezugskontext bzw. die Interventionsebene (Individuum, Organisation, Gesellschaft). Widersprüche zur betrieblichen Logik und Verfahrensweisen.
<b>Betriebliches Gesundheitsmanagement</b>	Verankerung von Gesundheit als betriebliches Ziel unter Inanspruchnahme von Managementstrategien.	Zielorientierung, strategische Planung, Kennzahlenbasierung, Verantwortungsklä rung und Anschlussfähigkeit an andere betriebliche Managementsysteme	Gefahr eines Experten- und Top-down-Überhangs; Illusion der „Machbarkeit“ von Veränderungsprozessen. Vernachlässigung von Subgruppen, die nicht im Fokus betrieblicher Interessenslagen stehen. Paradoxe Effekte (Gesundheitsförderung als Ausbeutungsstrategie).



<b>Gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung</b>	Veränderung der Organisation durch Etablierung neuer Strukturen und Prozesse unter dem Leitbild von Gesundheit auf der Basis eines breiten Konsens und diskursiver Prozesse auf allen Ebenen (Verbindung von Top-down und Bottom-up).	Nachhaltigkeit durch hohen Rückhalt in allen betrieblichen Subgruppen (Entscheidungsträgerinnen und -träger, Expertinnen und Experten, Betroffene). Ausgewogenheit von Bedarfsorientierung, Beteiligung und Befähigung sowie Betriebsinteressen.	Zeit- und Ressourcenaufwand für Kommunikations- und Abstimmungsprozesse. Hohe Anforderungen an Allparteilichkeit und Moderationskompetenz.
<b>Arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung</b>	Konzentriertes Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Akteure, Sektoren und Ebenen zugunsten der Verwirklichung eines ausgewogenen Verhältnisses von Arbeit und Gesundheit.	Die Beschränkungen einer organisationsimmanenten Logik werden überschritten. Synergien durch die Zusammenarbeit von Betrieben und externen gesellschaftlichen Akteuren werden geschaffen. Soziale Benachteiligung im Sektor Arbeit wird verringert.	Verantwortungsklärung und Koordination aller beteiligten Institutionen und Organisationen im Sinne eines konzentrierten Netzwerkansatzes sind erforderlich.

**Tab. 1: Begriffe im Kontext Arbeit und Gesundheit**

(in Anlehnung an Faller, 2010, zit. in Rosenbrock und Hartung, 2011, S. 232-233)

Bezugnehmend auf diese Darstellung kann festgehalten werden, dass sich sämtliche Definitionen und Begriffe der Mikro-, Meso- und Makroebene bedienen und daher nur schwer zu differenzieren sind. Hafén (2013) behauptet wie oben bereits ausgeführt, dass Prävention und Gesundheitsförderung identisch zu gebrauchen sind (S. 133). Daher werden sie in dieser Arbeit synonym verwendet.

#### 4.2.2. Geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung

Der folgende Abschnitt soll zuerst einen kurzen Überblick über die Entwicklung von der Sozialhygiene zur Gesundheitserziehung bieten um darauf aufbauend das heute geltende Konzept der Gesundheitsförderung erklären zu können. Danach soll der Fokus auf die Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz ab den 1970er-Jahren gelegt werden um einen Blick auf die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung auf struktureller Ebene werfen zu können.

Gemäss Wilfried Karmaus (1982) entstand die Idee der Prävention im Zusammenhang mit den sozialhygienischen Problemen des 19. Jahrhunderts.

Die Einführung von Impfprogrammen stellte die erste spezifisch präventivmedizinische Massnahme dar. In den 40er-Jahren entwickelte sich die Medizin so rasant weiter, dass daraus die Vorstellung entstand, es gebe für fast alle Krankheiten eine Lösung. Grundlegende gesellschaftliche Veränderungen sowie die Zunahme von Arztbesuchen erforderten die Entwicklung von Früherkennungsmassnahmen. Dies führte dazu, dass individuelles Verhalten mit krankheitserregenden Aspekten in Zusammenhang gebracht wurde und auf diese Weise die Gesundheits-erziehung der Menschen an Bedeutung gewann. Es wurde erkannt, dass mittels Wissensvermittlung das Verhalten von einzelnen Menschen verändert werden kann, führten doch beispielsweise Informationen über das Lungenkrebsrisiko bei Rauchenden zu einer Veränderung ihres Konsumverhaltens. Die Ausrichtung der Prävention verlagerte sich in der Folge von der Sozialhygiene zur Gesundheits-erziehung (Kerkau, 1997, S. 17f.).

In den 70er- und 80er-Jahren wurde laut Kerkau (1997) das Konzept der Gesundheitserziehung immer mehr kritisiert weil festgestellt wurde, dass damit nur bei hochmotivierten und selbstsicheren Menschen eine dauerhafte Verhaltensänderung erreicht werden konnte. Auch die isolierte Betrachtung von Verhaltensweisen ohne Einbezug des sozio-kulturellen Kontexts der jeweiligen Menschen führte dazu, dass dieser Ansatz je länger je mehr hinterfragt und eine neue Strategie verlangt wurde. Aus dieser Diskussion heraus entwickelte sich das Konzept der Gesundheitsförderung. Zu dessen Entstehung waren drei Entwicklungsschritte bedeutsam und notwendig. Diese werden nachfolgend genauer ausgeführt (S. 42ff.).

Nach Franzkowiak und Sabo (1993) wurde 1978 anlässlich der Alma-Ata-Konferenz der WHO das Konzept der „Primary Health Care“ verabschiedet. Dieses Konzept definierte die wichtigsten Anforderungen an eine gesundheitliche Grundbetreuung und verlangte damit eine Verschiebung der gesundheitspolitischen Kernpunkte in den präventiven Bereich. Dazu sollten unter anderem Ressourcen für medizinische, aber auch nicht-medizinische Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt sowie Patienten und Patientinnen in gesundheitsbezogene Dienstleistungen einbezogen werden, damit diese auch daran teilhaben könnten. Die Deklaration dieses Konzepts wird als erster bedeutender Schritt zur Gesundheitsförderung bewertet (zit. in Kerkau, 1997, S. 46). Nach Kaba-Schönstein (2011) sollte die Strategie „Gesundheit für alle“ weiterverfolgt und explizit darauf

hingewiesen werden, dass auch die Beteiligung der Bevölkerung notwendig sei (S. 146).

Allerdings stand laut Kerkau (1997) die Vorbeugung und Behandlung von Krankheiten immer noch im Vordergrund und die Ansichten der Biomedizin überwogen nach wie vor. Als sich in den folgenden Jahren zeigte, dass chronische Krankheiten mit diesem Konzept immer noch nicht umfassend bekämpft werden konnten, erfolgte zu Beginn der 80er-Jahre ein zweiter Anstoss zur Gesundheitsförderung durch das Europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen mit dem Ziel, Ideen für eine neue Gesundheitspolitik in praxisnahen Teilzielen zu definieren. Damit sollte das „Primary Health Care“-Konzept einen konzeptionellen Unterbau erhalten (S. 46f.). 1984 verabschiedeten die europäischen WHO-Mitgliedstaaten 38 Einzelziele für „Gesundheit 2000“ zur Unterstützung der europäischen Gesundheitsstrategie. Der Fokus wurde auf das Vorfeld von Krankheiten und Therapie gelegt (Kaba-Schönstein, 2011, S. 147).

Ein weiterer wichtiger Meilenstein zur Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde laut Kaba-Schönstein (2011) an der bereits erwähnten ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung im November 1986 in Ottawa gelegt. Die dort verabschiedete Ottawa-Charta fand weltweit eine grosse Verbreitung und Akzeptanz und bildet heute in den einzelnen Ländern das zentrale Leitdokument und Fundament der Gesundheitsförderung (S. 149). Dieser Wendepunkt in der Entwicklung ist gemäss Kerkau (1997) darauf zurückzuführen, dass erstmals neben dem biomedizinischen Vorgehen eine neue und eigenständige Denkart zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit entstand. Die sozialen und individuellen Komponenten für Gesundheit wurden endlich verbindlich festgelegt und damit festgehalten, dass den Verhältnissen, in denen Menschen leben, eine zentrale Bedeutung zugeschrieben werden muss. Allerdings ist die Ottawa-Charta nicht gefeit gegen Widersprüche und Unklarheiten. Die Inhalte sind eher als ein normatives und politisches Konzept zu verstehen, das Grundideen enthält und zu Veränderung auffordert (S. 47ff.).

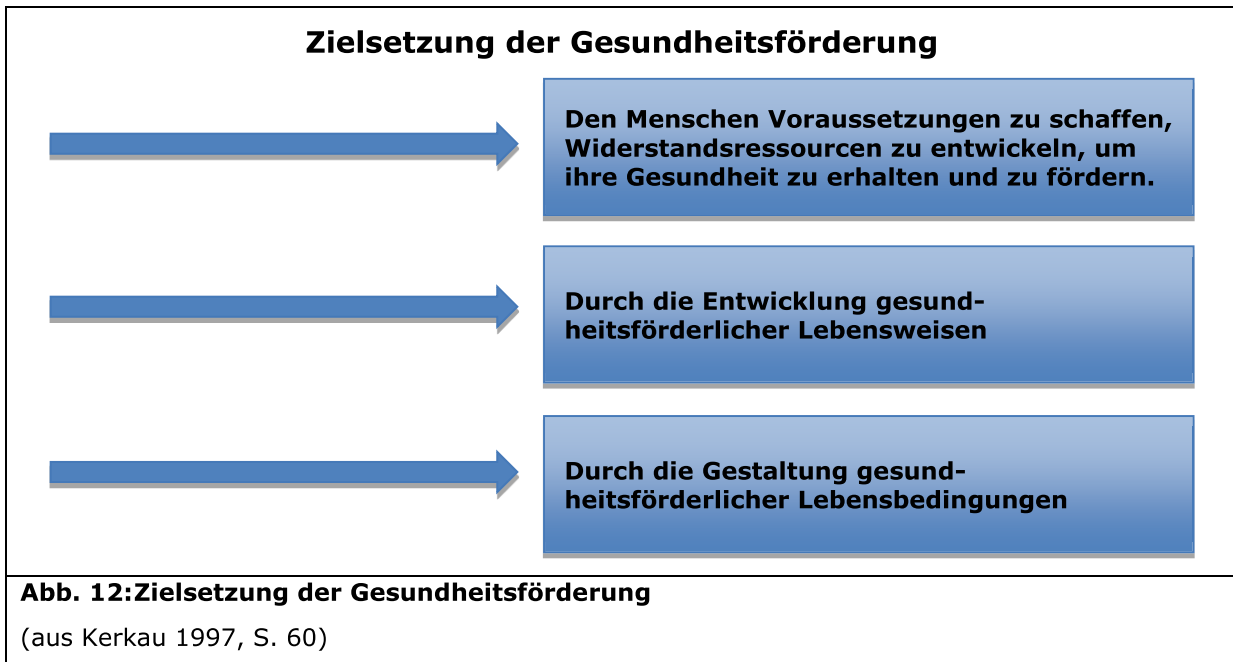
Die Wichtigkeit des systemischen Denkens für die Gesundheitsförderung hatte die Soziale Arbeit längst erkannt. Die Ottawa-Charta definiert laut Kaba-Schönstein (2011) folgende Handlungsstrategien, bei denen fassbare Massnahmen ansetzen sollten:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Grundsatzpolitik
- Gesundheitsförderliche Lebenswelten gestalten
- Gesundheitsbezogene öffentliche Aktionen unterstützen
- individuelle Kompetenz entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren (weg von der medizinisch-kurativen Leistung hin zu stärkerer Förderung der Gesundheit), (S. 139f.).

Eine andere wichtige Konferenz fand laut Kaba-Schönstein (2011) 1997 in Jakarta statt. Dort wurde eine Erklärung verabschiedet, die sich als Handlungsrahmen für Gesundheitsförderung versteht und die Voraussetzungen für Gesundheit benennt. Armut wird als grösste Bedrohung der Gesundheit hervorgehoben und die Anpassung an gesellschaftliche Veränderungen als Herausforderung genannt (S. 141f.).

Im späteren Verlauf fanden laut Kerkau (1997) diverse andere internationale Konferenzen zur Gesundheitsförderung statt, in denen die Forderung nach der Rückkehr des Themas auf die politische Bühne unterstützt wurde, damit gesundheitsfördernde Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen verwirklicht würden. Die Wichtigkeit von gesundheitsförderlichen Verhältnissen wurde betont sowie die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auf lokaler Ebene gefordert (S. 49f.).

Nach Kerkau (1997) hat die Änderung des Blickwinkels, weg von Krankheiten und deren Vorbeugung hin zur Gesundheit als Mittelpunkt der Gesundheitsförderung, zur Entstehung eines neuen Konzepts geführt. Diese Entwicklung hat auch die Zielsetzung der Gesundheitsförderung verändert, steht doch heute der Mensch und seine Einflussmöglichkeiten zur Selbstbestimmung bezüglich seiner Gesundheit im Zentrum. Die nachfolgende Grafik veranschaulicht die neue, auf der Basis eines sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit entstandene Zielebene des neuen Konzepts zur Gesundheitsförderung (S. 59f.):



#### 4.2.3. Entwicklung der Gesundheitsförderung in der Schweiz

Nachdem der Weg der Gesundheitsförderung auf internationaler Ebene aufgezeigt wurde, soll der Fokus nun auf die Entwicklung in der Schweiz gelegt werden, welche Ruckstuhl (2011) als beschwerlich beschreibt. In der Schweiz fand erst in den 1990er-Jahren, bedingt durch die zunehmende Problematik des Drogenkonsums und den Ausbruch von Aids, ein Entwicklungsschub in diesem Bereich statt. Nachdem in den 1970er-Jahren sämtliche politischen Vorstösse abgelehnt wurden, entwickelte die damalige Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin (heute Public Health Schweiz) ein „Konzept 86“ um einen ausserpolitischen Weg zum Aufbau wesentlicher Strukturen im Bereich Gesundheitsförderung zu finden. Diese Bemühungen führten zur Schaffung eines Präventivfonds zur Förderung von nationalen Kampagnen und kantonalen Beauftragten für Prävention und Gesundheitsförderung sowie thematischen Fach- und Dokumentationsstellen. Mit der Annahme der Revision des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) im Jahr 1994 wurde ein weiterer wichtiger Meilenstein für die Entwicklung der Gesundheitsförderung auf nationaler Ebene gesetzt, lag doch damit erstmals eine rechtliche Grundlagen für Gesundheitsförderung vor. Denn laut Artikel 19 und 20 des KVG musste eine von den Kantonen und den Krankenkassen getragene nationale Stiftung (die heutige Stiftung „Gesundheitsförderung Schweiz“) gegründet werden. Seit einiger Zeit vergibt die Stiftung eine Auszeichnung „Friendly Work Space“ an Unternehmen, die sechs gesundheitsrelevante Kriterien mehrheitlich erfüllen. Zudem besteht seit 2002 die Fachstelle BGF beim

Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO), die Strategien zur Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt. Unter ihrem Vorsitz wurde 2003 der Schweizerische Verband für Betriebliche Gesundheitsförderung (SVBGF) gegründet mit dem Ziel, eine Plattform für Erfahrungsaustausch anzubieten und die Qualität und Popularität von betrieblicher Gesundheitsförderung zu heben. Im Jahre 2005 setzte der Bundesrat eine Fachkommission „Prävention und Gesundheitsförderung“ ein. Diese kam zum Schluss, dass mit Hilfe einer entsprechenden gesetzlichen Grundlage die Koordination in diesem Bereich verbessert werden könnte (S. 219ff.). In der Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung ist festgehalten, dass der Bundesrat den Empfehlungen der Fachkommission und einem zentralen Vorschlag der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) sowie der WHO gefolgt ist. Er erteilte dem eidgenössischen Departement des Innern den Auftrag, daraus eine gesetzliche Grundlage zu schaffen. Der Bundesrat hat also erkannt, dass Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung in der Schweiz konzeptionell, organisatorisch, politisch und rechtlich nicht ausreichend verankert ist (Kapitel Übersicht, S. 7072). Den Sitzungsprotokollen des National- und Ständerates (2012) ist zu entnehmen, dass sich die beiden Parlamentskammern in gewissen Punkten nicht einigen konnten. Trotz einer einberufenen Einigungskonferenz konnte das Gesetz nicht verabschiedet werden und der vom Bundesrat erstellte Erlassentwurf wurde fallengelassen. Die Schweiz verfügt also nach wie vor über kein nationales Gesetz zur Gesundheitsförderung. Deshalb beschäftigt sich der folgende Abschnitt mit den bisher vorhandenen gesetzlichen Rahmenbedingungen zum Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz.

#### 4.2.4. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Der Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz ist im Art. 328 Abs. 2 des Obligationenrechts (OR) sowie im Art. 6 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel (ArG) vom 13. März 1964, SR 822.11 geregelt. Diese besagen, dass Arbeitgebende alle notwendigen Vorkehrungen zum Schutz von Leben, Gesundheit und persönlicher Integrität der Arbeitnehmenden treffen müssen. Damit sind Massnahmen gemeint, die den Verhältnissen des Unternehmens angepasst sind, dem Betrieb zugemutet werden können und dem aktuellen Stand der Technik entsprechen. Zudem haben Arbeitgebende Arbeitsabläufe und Einrichtungen am Arbeitsplatz so zu gestalten, dass Gefährdungen der Gesundheit

durch Überforderung und Überbeanspruchung der Arbeitnehmenden wenn möglich verhindert werden. Weiter besteht zusätzlich für industrielle Betriebe nach Art. 37 Abs. 1 ArG eine Pflicht zur Erstellung einer Betriebsordnung, die nach Art. 38 Abs. 1 ArG Bestimmungen über den Gesundheitsschutz und die Unfallverhütung enthalten muss. Art. 59 ArG legt fest, dass der Arbeitgebende sich strafbar macht, wenn er gegen diese Vorschriften verstösst. Auch die Arbeitnehmenden werden vom Gesetzgeber in die Pflicht genommen, indem in Art. 6 Abs. 3 ArG steht, dass diese den Arbeitgebenden bei der Umsetzung der Vorschriften über den Gesundheitsschutz unterstützen und mitwirken müssen.

Auf der Verordnungsebene konkretisiert die Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz (ArGV 3) vom 18. März 1993, SR 822.113, die Umsetzung dieser Bestimmungen und regelt die Pflichten der Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden im Bereich des Gesundheitsschutzes. Sie werden in Art. 2 der Verordnung genauer umschrieben. Sogar auf die Pflicht des Arbeitgebers, die physische und die psychische Gesundheit von Arbeitnehmenden zu gewährleisten, wird hier explizit eingegangen. Der Gesetzgeber ging davon aus, dass die verordneten Vorgaben genügten und nahm keine weitere Detaillierung vor. Ungenaue Definitionen führten aber dazu, dass die Umsetzung dieser Pflichten in der Praxis kaum überprüft und deshalb die Arbeitgebenden nicht wirklich zu deren Einhaltung angehalten werden können.

Es muss festgestellt werden, dass keine ausdrücklichen gesetzlichen Massnahmen zur Sicherstellung des psychosozialen Wohlbefindens der Arbeitnehmenden vorhanden sind und manche Arbeitgebende sich nicht verpflichtet fühlen, in diesem Bereich explizit tätig zu werden.

Anders sieht die Situation im Bereich der Arbeitssicherheit aus. Hier findet sich auf gesetzlicher Ebene, in Art. 82 des Bundesgesetzes der Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981, SR 832.20, eine allgemein gehaltene Verpflichtung der Arbeitgebenden in Bezug auf die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten. Die Verordnung über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (VUV) vom 19. Dezember 1983, SR 832.30, definiert die Umsetzung detaillierter. Kapitel 2 dieser Verordnung bestimmt die Pflichten der Arbeitgebenden bezüglich der Einhaltung der Vorschriften zu Schutzmassnahmen und Schutzeinrichtungen (Art. 3), persönlicher Schutzausrüstung (Art. 5),

Information und Anleitung der Arbeitnehmenden (Art. 6), Mitspracherechte der Arbeitnehmenden (Art. 6a), Übertragung von Aufgaben an Arbeitnehmende (Art. 7), Vorkehrungen bei Arbeiten mit besonderen Gefahren (Art. 8) sowie Pflichten für Arbeitnehmende (Art. 11).

Auf der Homepage der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit [EKAS] ist unter „EKAS Richtlinien“ ([www.ekas.admin.ch](http://www.ekas.admin.ch)) zu lesen, dass der Gesetzgeber der EKAS die Möglichkeit eingeräumt hat, neben den bereits oben erwähnten Bestimmungen, Richtlinien zur einheitlichen und sachgerechten Anwendung der Vorschriften über die Arbeitssicherheit zu erlassen. Diese müssen dem internationalen Recht entsprechen (siehe Art. 85 UVG i.V.m. Art. 11 b sowie 52a VUV). Davon hat die EKAS Gebrauch gemacht und diverse Richtlinien erlassen zu Themen wie: zu verwendende Materialien und deren Lagerung, Beizug von Arbeitsärzten und anderen Spezialisten der Arbeitssicherheit, Ausführung von anspruchsvollen und gefährlichen Arbeiten. Laut Art. 55 und 41 OR hat die Nichtbefolgung der gesetzlich verankerten Pflichten für die Arbeitgebenden strafrechtliche und haftungsrechtliche Konsequenzen.

### **4.3. Rolle der Sozialen Arbeit in der BGF**

In diesem Abschnitt soll die Rolle der Sozialen Arbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung genauer beleuchtet werden. Dazu wird in einem ersten Schritt das Verständnis von Gesundheitsförderung mit dem von Sozialer Arbeit verglichen und in Verbindung gebracht. Der zweite Teil setzt sich zuerst mit der Entstehung der betrieblichen Sozialarbeit auseinander um darauf aufbauend die Rolle der betrieblichen Sozialarbeit im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung aufzeigen zu können.

#### **4.3.1. Soziale Arbeit und Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung versteht sich wie bereits dargelegt als Prozess, der daraufhin angelegt ist allen Menschen das grösstmögliche Mass an Autonomie und Stärkung ihrer Gesundheit zuzugestehen. Auf der individuellen Ebene können Belastungen am Arbeitsplatz wie Stress, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, zunehmender Leistungsdruck, Forderung nach ständiger Erreichbarkeit etc. dazu führen, dass die Gesundheit von Arbeitnehmenden leidet. Darum ist wichtig zu klären, ob auf der strukturellen Ebene die nötigen Bedingungen vorhanden sind,



damit der erwähnte Prozess der Selbstbestimmung und Stärkung überhaupt in Gang kommen kann. Um diese Frage beantworten zu können, soll ein Blick auf vorhandene normative Bedingungen geworfen werden. In Art. 7 der Bundesverfassung (BV) ist geregelt, dass die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist. Dieses zentrale Grundrecht findet sich wieder im Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz, Kapitel 8.1. das fordert, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit menschenwürdig handeln und die daraus folgenden Rechte begründen (S. 8). Weiter sind laut Berufskodex unter dem Aspekt der Menschenwürde und der Menschenrechte die Grundsätze der Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, Partizipation, Integration und Ermächtigung zentrale Grundwerte der Sozialen Arbeit (S. 8f.). Auch die Definition Sozialer Arbeit (2001) nach International Federation of Social Workers [IFSW] hält fest, dass die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit für die Profession grundlegend sind. In der betrieblichen Gesundheitspolitik wurde nun ebenfalls festgestellt, dass Menschenwürde und der Einbezug der erwähnten Grundsätze im Kontext der betrieblichen Gesundheitsförderung wichtig sind. Denn auch Unternehmen können auf die erwähnten Aspekte eingehen, indem sie nach Uta Walter (2003) das Wohlergehen und die Gesundheit der Mitarbeitenden prioritär behandeln; hängen doch Themen wie Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungspotenzial massgeblich davon ab. Werden diese Aspekte tatsächlich primär behandelt, kann sich dies positiv auf den Betriebserfolg und die Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens auswirken (S. 75).

Nach Hans Günther Homfeldt und Stephan Sting (2006) ist die Beschäftigung mit Aspekten der Gesundheit seit je her ein Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit und historisch hergeleitet. Bereits Ende des 18. Jahrhunderts wurde laut Georg Hörmann (1997) der Gesundheitszustand als Indikator für soziale Probleme und Diskriminierungen genutzt. Die Erkenntnis, dass soziale Benachteiligung in vielen Fällen auch eine gesundheitliche Beeinträchtigung mit sich bringt, ist heute wissenschaftlich belegt (zit. in Homfeldt & Sting, 2006, S. 10). Jene „sozialen Bestandteile der Medizin“ hat die Soziale Arbeit gemäss Georg Hey (1997) damals übernommen und sich damit in die Entstehung des Krankenhauswesens eingebracht (zit.in Homfeldt & Sting, 2006, S. 10). Diese Zuständigkeit führte laut Florian Tennstedt (1998) dazu, dass die Gesundheitsfürsorge soweit ausgebaut

wurde, dass sie in den 20er-Jahren des 20. Jahrhunderts als innovativstes Feld des Fürsorgewesens galt (zit. in Homfeldt & Sting, 2006, S. 10f.).

Peter Reinicke (2003) zeigt die Entwicklung von Sozialer Arbeit und Gesundheit auf indem er beschreibt, dass um 1900 anfänglich meistens ehrenamtlich tätige Personen, vor allem Frauen, in Handlungsfeldern wie Krankenhaus-, Säuglings- und Trinkerfürsorge tätig waren. Bald jedoch entstand der Anspruch, dass „soziale Hilfsarbeit“ oder „christliche Liebestätigkeit“ nur noch von dafür ausgebildeten Personen ausgeführt werden sollten. Der Vorteil daraus sei nach Reinicke, dass ausgebildete Sozialarbeitende über grössere Sozial- und Sachkompetenz verfügten und dadurch ihre Arbeit kompetenter ausführen könnten. Diese Forderung führte dazu, dass vermehrt Sozialarbeitende in diesen Bereichen beschäftigt wurden und somit eine stetige Professionalisierung stattfand.

Gesellschaftliche und politische Veränderungen, hervorgerufen z.B. durch die beiden Weltkriege oder den Nationalsozialismus in Deutschland, führen bis zum heutigen Tag dazu, dass sich bestehende Strukturen und traditionelle Arbeitsfelder neuen An- und Herausforderungen stellen mussten und müssen (S. 14ff.).

Nach Horst Oppel (1983) führt die Kenntnis historischer Aspekte über die Entwicklung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen dazu, dass Soziale Arbeit meistens erst dann einsetzt, wenn die Gesellschaft nicht mehr bereit ist, soziale Abweichungen zu tolerieren. Es bleibt fraglich, ob Soziale Arbeit tatsächlich nicht im Stand ist, wirksame Prävention zu leisten oder ob sie nur nicht dazu fähig ist, Resultate hinreichend zu belegen um die dafür nötigen finanziellen Mittel zu erhalten. Denn mit schwer quantifizierbaren Präventionserfolgen ist die Erschließung von Geldquellen schwierig (zit. in Reinicke, 2003, S. 21).

Homfeldt und Sting (2006) bestätigen, dass zwar gesundheitliche Aufgabenfelder aus der Profession Soziale Arbeit kaum wegzudenken sind, die Gesundheit aber weder im Mittelpunkt disziplinärer Sozialer Arbeit steht, noch planmässig von ihr in den Blick genommen wird (zit. in Homfeldt & Steigleder, 2007, S. 158). Dies ist laut Karlheinz Ortmann und Heiko Waller (2005) insofern schade, als doch „Sozialarbeit als Gesundheitsarbeit grundlegend in allen Einrichtungen des Sozialwesens möglich sein könnte“ (zit. in Homfeldt & Steigleder, 2007, S. 160). Denn die Soziale Arbeit hat gemäss ihrer Definition den Auftrag, den sozialen Wandel zu fördern und Lösungen für menschliche Konflikte in Beziehungen zu erreichen,

indem sie Menschen dazu ermächtigt. Genau diese Orientierung an den Fähigkeiten der Menschen zur Problemlösung und die Förderung ihrer Teilhabe gehört gemäss Homfeldt und Steigleder (2007) zu den charakteristischen professionsbezogenen Strategien der Sozialen Arbeit und qualifiziert sie, sich im Handlungsfeld Gesundheit mehr zu betätigen (S. 160).

Damit ergibt sich für die Soziale Arbeit ein Handlungsauftrag, sich in diesem Kontext mittels psychosozialer Beratung am Prozess der Selbstbestimmung und Stärkung der Menschen und ihrer Gesundheit zu beteiligen. Denn Soziale Arbeit sieht nach Homfeldt und Steigleder (2007) den Menschen als Akteur in seinen Lebenshandlungen und anerkennt neben der aktiven Teilnahme auch das bereits im Kapitel 3.4. näher beschriebene Empowermentkonzept als notwendige Voraussetzung zur Gesundheitsbildung (S. 162).

### 4.3.2. Betriebliche Sozialarbeit und betriebliche Gesundheitsförderung

Der Ursprung der betrieblichen Sozialarbeit ist laut Wilhelm Stölten (1933) anfangs des 20. Jahrhunderts zu finden. In den Textilfabriken wurden angestellte Krankenschwestern als Fabrikpflegerinnen bezeichnet. Sie hatten anfangs die Aufgabe, Arbeiterinnen aus Heimen in die Arbeit einzuführen und zu beaufsichtigen (zit. in Reinicke, 2003, S. 171). Für diesen neuen Aufgabenbereich wurde die Anzahl der Fabrikpflegerinnen gemäss Bettina Stoll (2001) während des ersten Weltkrieges bis auf 800 erweitert (S. 26f.). Charlotte von Caemmerer (1919) unterstreicht die Bedeutung der Fabrikpflegerinnen indem sie aufführt, dass diese direkt dem Management unterstellt wurden und damit eine gewisse Objektivität sichergestellt werden konnte (zit. in Reinicke, 2003, S. 173f.). Gemäss Reinicke (2003) geriet das Tätigkeitsfeld der Fabrikpflegerinnen nach dem ersten Weltkrieg etwas in Vergessenheit. Einen erneuten Aufschwung erreichte dieses nach dem Ende des zweiten Weltkrieges (S. 175ff.).

Seither wurden die Aufgabengebiete der Fabrikpflegerinnen laut Stoll (2001) ständig erweitert (z.B. Bereich Suchtberatung) und schliesslich in die heutige betriebliche Sozialarbeit überführt (S. 31ff.).

Nach Raphael Laubscher (2006) gehören zu den Beratungsschwerpunkten der heutigen betrieblichen Sozialarbeit unter anderem:

- **Beratungsfeld „Persönliches und Familiäres“:** Trennung, Scheidung, Wohnen, Kinderbetreuung, Einsamkeit und Orientierungslosigkeit etc.
- **Beratungsfeld „Finanzen“:** Budget- und Schuldenberatung, Fragen zu Sozialversicherungen, Triage an andere Stellen etc.
- **Beratungsfeld „Gesundheit“:** Unfall, Sucht, Burnout, Prävention etc.
- **Beratungsfeld „Arbeitswelt“:** Entlassung, Mobbing, Belästigung, Diskriminierung, Pensionierung, Behinderungen etc. (S. 21).

Zu ihren Aufgaben zählen laut Stoll (2001) nebst den Kernkompetenzen der psychosozialen Beratung bei persönlichen und wirtschaftlichen Problemen auch Massnahmen der Gesundheitsförderung (S. 32). Zum Beispiel kann nach Holger Gehlenborg (1995) in Einzelberatungen nach den vorhandenen Führungsqualitäten, dem Arbeitsklima und der empfundenen Personalverantwortung einzelner interner Stellen gefragt werden (zit. in Stoll, 2001, S. 60). Diese Erkenntnisse können bei der Umsetzung von gesundheitsförderlichen Massnahmen einfließen und somit die Art und Weise der Interventionen beeinflussen. Die betriebliche Sozialarbeit kann dabei mittels ihres breiten Wissens einen Beitrag zur Problemlösung anbieten.

Seit den 90er-Jahren verlagern sich Interventionen in der betrieblichen Sozialarbeit nach Doris Lau-Villiger (1994) vom Ansatz der Einzelberatungen hin zu gruppen-, system- und organisationsbezogenen Massnahmen um vermehrt präventiv wirken zu können (zit. in Stoll, 2011, S. 32f.). Mittels Implementierung von Selbsthilfegruppen, Informations- und Aufklärungsveranstaltungen oder Leitung von Gruppengesprächen können in den Unternehmen laut Stoll (2011) Kommunikation, Kooperation und Beziehungen authentischer und transparenter gestaltet werden (S. 66ff.). Diese Interventionen können Auswirkungen auf das Arbeitsklima und auf das Wohlbefinden der Mitarbeitenden haben. Zudem kann die Zielerreichung der betrieblichen Gesundheitsförderung, Gesundheitspotenziale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern (Definition des SECO über BGF in Kapitel 4.2.), unterstützt werden.

### 4.4. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit

Aufgrund der geschichtlichen Entwicklung kann festgehalten werden, dass im Bereich Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz weitgehende Regelungen bestehen, Massnahmen zur Sicherstellung des psychosozialen Wohlbefindens von Arbeitnehmenden jedoch nicht gesetzlich verankert sind. Demnach existiert keine gesetzlich verordnete betriebliche Gesundheitsförderung in der Schweiz und der Gesetzgeber setzt auf die Freiwilligkeit in den Schweizer Unternehmen.

Für eine bessere Gewährleistung einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung in Unternehmen ist die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und darin enthaltener betrieblicher Sozialarbeit angezeigt. Denn die Soziale Arbeit versteht sich ebenso wie die Gesundheitsförderung für den Prozess der Selbstbestimmung und Stärkung der Gesundheit als zuständig. Mit den Aufgabengebieten wie psychosozialer Beratung und gruppenbezogener Interventionen kann betriebliche Sozialarbeit einen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Betrieben leisten.

### 5. Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Gesundheitsförderung betrifft verschiedene Akteure und Akteurinnen, welche eigenen Anliegen nachgehen und unterschiedliche Ziele verfolgen. Im nachfolgenden Abschnitt werden die einzelnen Akteure in Anspruchsgruppen eingeteilt und kurz vorgestellt. Aufgrund der Spezifizierung dieser Forschungsarbeit auf die EKAS-Box, soll zusätzlich ein Blick auf die Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag geworfen werden.

#### 5.1. Das Unternehmen und seine Führung

Unternehmen stehen heute nach Badura und Hehlmann (2003) unter einem immensen Druck, müssen sie sich doch infolge der immer weiter fortschreitenden Globalisierung neuen Situationen anpassen und gleichzeitig effizienter, qualitativ besser und günstiger produzieren. Dieser Druck führt die Unternehmen dazu, ihre Gesundheitspolitik zu überdenken und neue Wege zu suchen, um die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden zu schützen und ihre Investitionen in das Humankapital, d.h. in die sogenannten „weichen Faktoren“ zu erhöhen. Gleichzeitig überwiegt in den Unternehmen zurzeit das Ziel, Gesundheitsförderung zur Kostensenkung zu verwenden; entgehen doch den Unternehmen durch das verbreitete Auftreten von innerer Kündigung, Burnout oder Mobbing Beträge in Millionenhöhe, wie dies im Kapitel 1.1. mit entsprechenden Zahlen dargelegt ist. Zudem sinken bei unterlassener Gesundheitsförderung die Erträge infolge entgangener Wertschöpfung und erhöhen sich die Kosten wegen steigender Beiträge an Kranken- und Rentenversicherungen (S. 1ff.).

Kerkau (1997) verortet die Interessen der Unternehmen vorrangig in betriebswirtschaftlichen Zielen und fasst diese wie folgt zusammen:

1. Verfügbarkeit von qualifiziertem Personal sicherzustellen, verursachen doch hohe Personalfluktuationen auch hohe Kosten für das Unternehmen
2. Senkung der durch Fehlbeanspruchungen, beeinträchtigt Wohlbefinden und Krankheit verursachten Kosten
3. Mitarbeitende zufrieden zu stellen sowie das Betriebsklima zu fördern, damit die Leistungsfähigkeit erhöht werden kann
4. das Image des Unternehmens nach aussen zu fördern

Betriebliche Gesundheitsförderung ist also geeignet, sowohl Produktivitäts- und Qualitätsverbesserungen zu unterstützen als auch den Unternehmensgewinn

nicht nur durch Absatz sondern auch durch Senkung von Kosten zu steigern (S. 68f.).

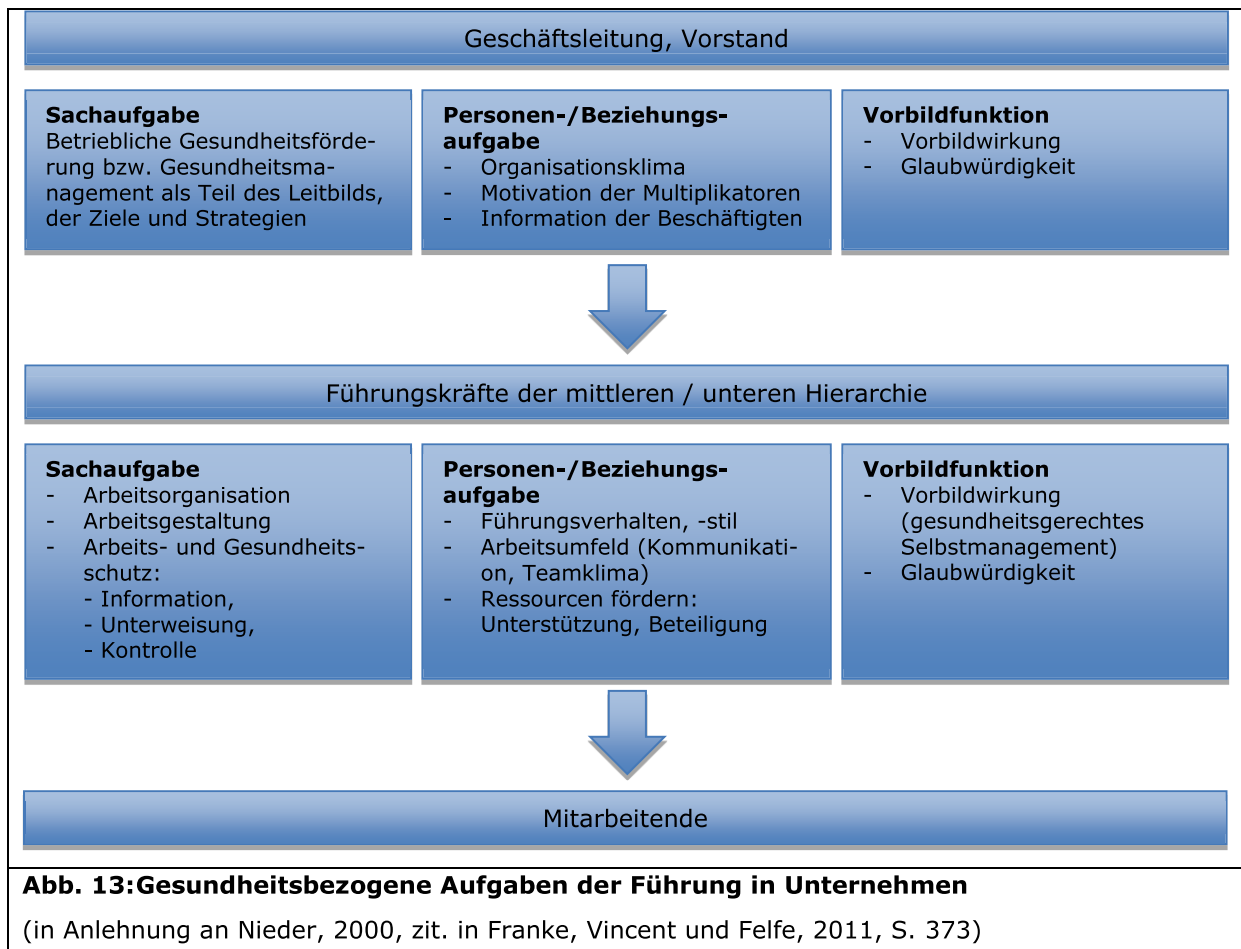
Diese Fixierung der Unternehmen auf die Kosten-Nutzen-Frage im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung wird laut Peter Richter, Gabriele Buruck, Claudia Nebel und Sandra Wolf (2011) seitens der Wissenschaft zu wenig berücksichtigt. Sie fordern daher die Disziplin Psychologie auf, die Effekte von psychologischen Interventionen in ökonomische Faktoren zu übersetzen um die Erkenntnisse den Entscheidungsträgern in den Unternehmen verständlich zu machen, da die Sprache der Wirtschaft die des Geldes ist (S. 54f.).

Nebst diesen Aspekten darf die Rolle von Führungskräften in Unternehmen nicht unterschätzt werden. Gemäss Brigitte Steinmetz (2011) übernehmen Führungskräfte verschiedene Funktionen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Zum einen haben sie eine Vorbildfunktion in Bezug auf ihr Kommunikations-, Kooperations-, Bewältigungs- und Gesundheitsverhalten, welches sich auf das Umfeld, die Organisationskultur und auch auf die Mitarbeitenden auswirkt. Zum anderen gestalten Führungskräfte die Arbeitsbedingungen, indem sie Einfluss auf die Arbeitsabläufe ihrer Mitarbeitenden ausüben. Zudem können sie die Motivation und die Leistungsbereitschaft ihrer Mitarbeitenden stark beeinflussen, was sich wiederum auf deren Gesundheit auswirkt (S. 537).

Nach Franziska Franke, Sylvie Vincent und Jörg Felfe (2011) lassen sich drei zentrale Einflussebenen der Führung unterscheiden:

1. Wertschätzung und Unterstützung durch direkte Kommunikation und Interaktion gegenüber den Mitarbeitenden
2. Gestaltung der Arbeit und des Arbeitsumfeldes unter Berücksichtigung ihrer Fürsorgepflicht den Mitarbeitenden gegenüber
3. Motivation durch Vorbildfunktion als Multiplikator, indem gesundheitsfördernde Massnahmen glaubwürdig vermittelt und deshalb von den Mitarbeitenden wahr- und ernst genommen werden (S. 371f.)

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass nach Edgar H. Schein (2004) die Mitarbeitenden und ihr Wohlbefinden vorrangig von Führungskräften der mittleren und niedrigeren Hierarchiestufen beeinflusst werden, wie folgende Abbildung in zusammenfassender Form aufzeigt (zit. in Franke, Vincent und Felfe, 2011, S. 373):



Peter Stadler, Gudrun Strobel und Carl Graf Hoyos (2000) betonen, dass sich Führungskräfte oftmals nicht bewusst sind, welchen Einfluss sie haben und ausüben können. Führungskräfte, die sich nicht oder nur wenig für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden verantwortlich fühlen, werden eher weniger bereit sein, gesundheitsförderliche Massnahmen voranzutreiben bzw. als Multiplikator dafür aktiv zu werden (zit. in Franke, Vincent und Felfe, 2011, S. 388).

Nach diesen Ausführungen zur Rolle der Unternehmen und ihrer Führungskräfte in der betrieblichen Gesundheitsförderung soll im nächsten Abschnitt ein Blick auf die Mitarbeitenden und ihre Interessen in den Unternehmen geworfen werden.



### 5.2. Die Mitarbeitenden in den Unternehmen

Nach Rolf Wunderer und Thomas Kuhn (1992) dient die Arbeit den Mitarbeitenden heute nicht mehr nur zur Existenzsicherung sondern sie soll ihnen Selbstständigkeit, Eigenverantwortung und Selbstverwirklichung ermöglichen. Zudem hat das Gesundheitsbewusstsein, bedingt durch einen spürbaren Wertewandel, bei den Mitarbeitenden deutlich zugenommen und so gewinnen das persönliche Wohlbefinden und die Gesundheit am Arbeitsplatz eine immer grössere Bedeutung (zit. in Kerkau, 1997, S. 70). Kerkau nennt vier spezifische Anliegen, welche Mitarbeitende an die betriebliche Gesundheitsförderung haben:

1. Verbesserung der Verhältnisse am Arbeitsplatz durch Entwicklung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen
2. Mitbestimmung und Mitwirkung bei der Ausgestaltung von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen
3. Veränderung des Arbeitsklimas hin zu einem Verständnis für gesundheitliche Probleme und Entwicklung eines offenen Gesprächsklimas
4. Rückkehr zu selbstbestimmten Handlungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden für ein an ihren persönlichen Bedürfnissen orientiertes Gesundheitsverhalten (S. 70f.)

Aufgrund dieser Ausführungen soll kurz auf die Wechselwirkung von Arbeit, Beanspruchung und Erholung von Mitarbeitenden eingegangen werden. Rau (2011) beschreibt Gesundheit und Krankheit als das Resultat der Wechselwirkung von Beanspruchungs- und Erholungsprozessen, denn auf Dauer muss jede Anstrengung durch Erholung kompensiert werden, damit die Work-Life-Balance ausgeglichen ist. Dieser Anspruch kann im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung berücksichtigt werden, indem während der Arbeit regelmässig Ruhepausen eingehalten werden. Weiter soll nach Rau genügend Anforderungsvielfalt und Handlungsspielraum für die Mitarbeitenden vorhanden sein, damit sie ihre Bedürfnisse nach Erholung selber steuern können. Eine hohe Arbeitsintensität und Arbeitsdichte kann zu psychischen Fehlbeanspruchungen führen, welche die Qualität und Dauer der Erholung beeinträchtigen. Auch die zeitliche Struktur wie Ansetzung und Dauer der Arbeitszeit darf bei der Beurteilung der Beanspruchungssituation nicht vergessen werden (S. 83ff.).

### 5.3. Kundschaft der Unternehmen

Die Zufriedenheit der Kundschaft steht laut Kerkau (1997) für die Unternehmen ebenfalls an zentraler Stelle. Auch wenn diese keine Ansprüche an gesundheitsförderliches Verhalten stellt, bestehen trotzdem Erwartungen an das Unternehmen in Bezug auf den Umgang mit dieser Thematik. Folgende zwei Aspekte stehen hierbei im Vordergrund:

1. Kunden möchten gute und qualitativ hochwertige Produkte erwerben und auf deren Entwicklung Einfluss nehmen können. Dabei spielen die Arbeitenden eine wesentliche Rolle, denn ihr Engagement und ihre Kompetenz beeinflussen die Qualität der Produkte.
2. Die Kunden dürfen von den Unternehmen verlangen, dass sie ihren sozialen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachkommen und ein Bewusstsein für die Gesundheit ihrer Mitarbeitenden entwickeln (S. 71f.).

### 5.4. Die Gesellschaft mit ihren Forderungen an die Unternehmen

Gemäss Kerkau (1997) richten sich Gesundheitsinteressen aus dem gesellschaftlichen Umfeld an die Unternehmen, weil sich die Arbeitswelt mit ihren Mitarbeitenden und deren jeweilige Lebenswelt gegenseitig beeinflussen, wie dies im vorhergehenden Abschnitt bereits beschrieben wurde. Konkrete Anliegen an betriebliche Gesundheitsförderung werden zum Beispiel von Gewerkschaften, Sozialversicherungen wie der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (SUVA), den Krankenkassen, der Weltgesundheitsorganisation sowie von nationalen und internationalen Stiftungen aus dem Bereich Gesundheitsförderung geäussert.

Folgende Begründungen und Interessen stehen hinter diesen Forderungen:

1. Die Arbeitswelt soll in eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik einbezogen werden. Da Gesundheitsvorsorge in allen Lebensbereichen, also auch in der Arbeit, Gesundheit und Krankheit der Menschen beeinflusst, muss sie vertreten sein bzw. muss ihr Einfluss verstärkt werden.
2. Gesundheit und Krankheit haben eine wichtige volkswirtschaftliche Bedeutung; verursachen doch Krankheitstage, wie in dieser Arbeit schon mehrmals erwähnt, hohe Kosten.
3. Unternehmen werden aufgrund ihrer strukturierten Einheit sowie ihres relativ konstanten Personenkreises als geeignete Orte für Gesundheitsförderung betrachtet (S. 72ff.).

Die in den vorhergehenden Unterkapiteln aufgezeigten verschiedenen Interessen führen nach Kerkau (1997) unweigerlich zu Diskrepanzen. Diese müssen zwingend ausgeglichen werden, damit Gesundheitsförderung erfolgreich sein kann. Gesundheitsförderung muss einerseits einen Erfolgsnachweis für die Unternehmen liefern und andererseits zu spürbaren Verbesserungen für die Mitarbeitenden führen, damit insgesamt eine Win-win-Situation entstehen kann (S. 76).

Der nachfolgende Abschnitt wirft einen kurzen Blick auf die Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag die, wie das Beispiel EKAS-Box beweist, auch einen wichtigen Teil im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung übernehmen.

### 5.5. Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag

Gemäss Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung sind in der Schweiz folgende Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag, welche für diese Arbeit relevant sind, im Bereich der Gesundheitsförderung tätig (S. 7086f.):

<b>Institution</b>	<b>Rechtsgrundlagen</b>	<b>Rechtsform</b>	<b>Themen</b>
Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit	UVG. Art. 85	Ausserparlamentarische Verwaltungskommission	Arbeitssicherheit (Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten)
Krankenkassen	KVG Art. 19 und 26	Verein, Stiftung, AG, Genossenschaft oder öffentliche Kasse	Gesundheitsförderung (Träger der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz), Finanzierung von Leistungen der medizinischen Prävention
Schweizerische Unfallversicherungsanstalt Suva	UVG Art. 61	Öffentlich-rechtliche Anstalt	Arbeitssicherheit, betriebliche Gesundheitsförderung, Verhütung von Freizeitunfällen
Staatssekretariat für Wirtschaft	OV-EVD Arbeitsgesetz, STEG	Einheit der Zentralverwaltung	Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, betriebliche Gesundheitsförderung
Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz	KVG Art. 19	Privatrechtliche Stiftung	Gesundes Körpergewicht, betriebliche Gesundheitsförderung

**Tab. 2: Akteure mit bundesgesetzlichem Auftrag**

Angelehnt an Tab. 3 aus 09.076 Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG) vom 30.09.2009

Diese Akteure werden einzeln kurz vorgestellt, wobei auf die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) nicht mehr eingegangen wird, da sie bereits im Kapitel 1.3. vorgestellt wurde.

### **Krankenkassen**

Gemäss Art. 19 KVG sind die Krankenkassen in der Schweiz für die Verhütung von Krankheiten, d.h. mit anderen Worten für die Förderung von Gesundheit zuständig. Zu diesem Zweck haben sie sich verpflichtet, gemeinsam mit den Kantonen die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz zu betreiben und zu finanzieren, welche für die Umsetzung von Massnahmen zuständig ist. Zudem müssen sie nach Art. 26 KVG die Kosten für medizinische Prävention und bestimmte Untersuchungen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten tragen. Die Krankenkassen sind daran interessiert, Produkte und Dienstleistungen zur nachhaltigen Gesundheitsförderung anzubieten und krankheitsbedingte Ausfälle von Arbeitnehmenden zu verhindern.

### **Schweizerische Unfallversicherungsanstalt SUVA**

Gemäss ihrem Geschäftsbericht 2012 ist die SUVA Trägerin der obligatorischen Unfallversicherung UVG. Sie vernetzt Prävention, Versicherung, Schadenmanagement und Rehabilitation und bietet so ihren Versicherten ganzheitlichen Gesundheitsschutz. Neben ihrem Hauptsitz in Luzern berät sie schweizweit in 18 Agenturen ihre Kunden und führt zwei Rehabilitationskliniken in Bellikon und Sion (S. 4). Die SUVA ist ebenso wie die Krankenkassen daran interessiert, Produkte und Dienstleistungen wie Kurse, Informationsmaterial etc. im Bereich Gesundheitsförderung anzubieten und krankheitsbedingte Ausfälle von Mitarbeitenden zu verhindern - auch wegen der Folgekosten. Sie konzentriert sich hauptsächlich auf die Bereiche Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit an Arbeitsstellen.

### **Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO)**

Gemäss Botschaft des Bundesamtes für Gesundheit über Prävention und Gesundheitsförderung (2009) bearbeitet das Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) Themen im Bereich Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Es fördert insbesondere das Monitoring Arbeit und Gesundheit und entwickelt Grundsätze für den betrieblichen Gesundheitsschutz. Ziel dieser Grundsätze ist die Erhaltung der physischen und psychischen Gesundheit der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, wobei auch die Verhütung arbeitsassoziierter Krankheiten wie Rücken- und Gelenkbeschwerden oder stressverursachte Beschwerden eingeschlossen sind. Zudem engagiert sich das SECO (wie auch die SUVA) im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung (S. 7090). Seit 2002 besteht laut

www.seco.admin.ch eine Fachstelle BGF, die Strategien zur Förderung der betrieblichen Gesundheitsförderung unterstützt.

### **Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz**

Wie im Abschnitt zu den Krankenkassen schon erwähnt besteht die Hauptaufgabe der Stiftung darin, gesundheitsfördernde Massnahmen zu koordinieren, umzusetzen und zu evaluieren. Gemäss Botschaft des Bundesamtes für Gesundheit über Prävention und Gesundheitsförderung (2009) hat der Stiftungsrat im Jahre 2006 eine neue Strategie festgelegt und definiert die Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention als übergeordnetes Ziel (S. 7088f.). Gemäss Art. 19 Abs. 3 KVG setzt sich das leitende Organ der Stiftung aus Vertretern von Versicherern, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände zusammen.

### **5.6. Zwischenerkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit**

Die individuelle positive Einstellung von Führungskräften der Gesundheitsförderung gegenüber und die gesundheitsförderlichen Voraussetzungen der strukturellen Rahmenbedingungen sind für das physische und psychische Wohl aller Beteiligten zentral. Die unterschiedlichen Akteure in den Unternehmen mit ihren verschiedenen Interessen und Zielen müssen im Blickfeld der Sozialen Arbeit stehen.

### **5.7. Fazit aus der theoretischen Auseinandersetzung**

Zusammenfassend stellen die Autorinnen fest, dass Arbeit die Gesundheit beeinflusst und die Gesundheit zudem von zahlreichen Einflussfaktoren aus dem ganzen gesellschaftlichen System abhängig ist. Gesundheitliche Ungleichheit beruht auf sozialer Ungleichheit und die Beseitigung dieser Tatsache kann nur schwer erreicht werden. Die persönliche Wahrnehmung von Gesundheit bleibt immer dem Individuum überlassen. Dabei steht Gesundheit immer in Bezug zur Krankheit, es gibt in der Wahrnehmung also keine Gesundheit ohne Krankheit und keine Krankheit ohne Gesundheit. Der gesellschaftliche Blick ist trotz salutogener Perspektive nach wie vor auf den kurativen Teil der Medizin gerichtet, die sogenannten „weichen Faktoren“ stehen erst an zweiter Stelle. Aus dem Spektrum von Massnahmen in der Prävention hat sich die Unterscheidung in Primär-,

Sekundär und Tertiärprävention als sinnvoll erwiesen, obwohl sich eine klare Abgrenzung der Begriffe in der Praxis als schwierig herausstellt. Aus den zahlreichen methodischen Ansätzen gehen Verhaltensprävention, Empowerment und der Ressourcenansatz hervor, welche auf das Individuum fokussieren. Menschen sind jedoch bekanntlich nur bedingt beeinflussbar. Verhältnisprävention hingegen konzentriert sich auf strukturelle Veränderungen in einer Organisation und diese erfordert einen noch grösseren Effort zur Umsetzung als Prävention auf der individuellen Ebene. Somit wird Verhältnisprävention wahrscheinlich in einem geringeren Mass stattfinden. Schlussendlich geht es bei all diesen unterschiedlichen Konzepten immer um die Verminderung der Risikofaktoren und die Förderung der Schutzfaktoren für die Mitarbeitenden.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist ein Bestandteil des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) und die verschiedenen Interessen der relevanten Akteure stellen für die betriebliche Gesundheitsförderung eine grosse Herausforderung dar. Denn Mitarbeitende sind vorwiegend an ihrem Wohlbefinden am Arbeitsplatz interessiert, während sich das Unternehmen nebst diesem Aspekt an Gewinn- und Produktivitätssteigerung orientiert und immer eine Kosten-Nutzen-Berechnung für ihre gesundheitsförderliche Strategie durchführt. Eine zentrale Stellung in der betrieblichen Gesundheitsförderung nehmen die Führungskräfte eines Unternehmens ein, prägen sie doch mit ihrer Haltung und der damit verbundenen Vorbildfunktion die Umsetzung von Massnahmen entscheidend mit.

Im Bereich Arbeitsschutz sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichend. In der betrieblichen Gesundheitsförderung bezüglich des psychischen Wohlbefindens der Mitarbeitenden erscheinen sie jedoch sehr undifferenziert und weisen zu wenig Verbindlichkeit auf. Dies führt dazu, dass die Politik Unternehmen nur schwerlich verpflichten kann, Massnahmen durchzuführen.

Eine Erkenntnis aus der Auseinandersetzung mit den beschriebenen Theorien ist, dass die Auswirkungen von präventiven Massnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung nur schwer messbar sind, setzen doch die Bemühungen der Prävention nicht in der Gegenwart sondern in der Zukunft an. Dies bedeutet, dass es viel Überzeugungsarbeit braucht um für diese ausserordentlich wichtige Aufgabe genügend finanzielle Ressourcen zu erhalten.

## **6. Methodisches Vorgehen**

In diesem Kapitel soll die Leserschaft einen Einblick in die methodischen Überlegungen für den Forschungsteil erhalten. Es werden die Wahl der Stichprobe begründet und die Erhebung und Aufbereitung der Daten erläutert.

### **6.1. Gegenstand und Ziele der Untersuchung**

Wie in der Einleitung im Kapitel 1.3. erwähnt, hat die Auftraggeberin advocacy einen Forschungsauftrag an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit eingereicht um die EKAS-Box als relativ neu lanciertes Online-Präventionsinstrument zu evaluieren. Das Hauptinteresse der Auftraggeberin ist auf die Fragen fokussiert, ob die EKAS-Box den Bedürfnissen von Organisationen im Dienstleistungssektor entspricht und welche Akzeptanz die EKAS-Box bei Führungsverantwortlichen und Mitarbeitenden erhält (siehe Auftragseingabe, Anhang C). Weiter soll gemäss advocacy untersucht werden, zu welchen Konsequenzen die Integration der EKAS-Box in einer Organisation geführt hat (z.B. Diskussionen, neues Einrichten des Arbeitsplatzes, Bestellung von Büromaterial und weitere). Zudem soll die Art und Weise, wie die Auftraggeberin mit den Zielgruppen kommunizieren könnte, untersucht werden. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen in die Weiterentwicklung der EKAS-Box einfließen. Dazu wird der Auftraggeberin ein Schlussbericht der Untersuchung zugestellt (siehe Anhang D).

Nach gemeinsamen Besprechungen mit advocacy entstand eine inhaltliche Präzisierung des Auftrages. Anhand einer Literaturrecherche konnte festgestellt werden, dass die Weiterentwicklung und Kommunikation der EKAS-Box nicht ausschliesslich im Feld der Sozialen Arbeit zu verorten ist. Somit waren die Autorinnen gefordert, den eingereichten Auftrag entsprechend anzupassen. Ein erster Schritt führte den Blick weg vom konkreten Präventionsinstrument EKAS-Box hin zu einer allgemeineren Sicht von Gesundheitsförderung. Darauf aufbauend ergab sich für die Autorinnen die Frage, warum Unternehmen Gesundheitsförderung betreiben: Machen sie dies zur Gewissensberuhigung oder aus echtem Interesse am Wohlergehen der Mitarbeitenden? Diese Frage führte zu intensiven Diskussionen und informativen Gesprächen mit verschiedenen Dozierenden, woraus die Fragestellungen, welche im Kapitel 1.2. aufgeführt sind, entstanden. Mittels qualitativer Forschungsmethode soll versucht werden diese zu beantworten.

### 6.2. Forschungsmethode: qualitative Untersuchung

Das bei der vorliegenden empirischen Studie benutzte Verfahren wird der qualitativen Forschung zugeordnet. Nach Philipp Mayring (1999) sollen Menschen als Ausgangspunkt und Ziel der qualitativen Forschung verstanden werden. Dabei sollen sie in ihrer natürlichen, alltäglichen Umgebung untersucht werden um ihre subjektive Sichtweise abbilden zu können. Eine Interpretation des Untersuchungsgegenstandes lässt sich nicht vermeiden, da die an der Forschung beteiligten Personen je eigene Vorstellungen der Realität haben.

Die Ergebnisse aus der empirischen Studie sind nicht einfach in verallgemeinernder Form darstellbar, sondern müssen im Einzelfall begründet werden; dies im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung, welche mittels standardisierter Fragebögen die Wirklichkeit der Betroffenen misst und damit generalisierbare Aussagen für eine Grundgesamtheit erhält (S. 9ff.). Ähnlich betont Horst Otto Meyer (2013), dass die qualitative Forschung die Aufgabe habe, die Entwicklung der Theorien aus den empirischen Untersuchungen heraus abzuleiten. Der offene Zugang der qualitativen Forschung gewährleistet die bestmögliche Sammlung von Informationen und Sichtweisen der Betroffenen in ihrer Lebenswelt, welche bei quantitativen Methoden oft verloren gehen (S. 24f.).

In der vorliegenden qualitativen Forschungsarbeit werden die Resultate der Befragungen zur Gesundheitsförderung und zur EKAS-Box wiedergegeben und damit Ergebnisse erzielt, die durch standardisierte quantitative Fragebögen nicht möglich gewesen wären, auch weil die Einführung der EKAS-Box in den Unternehmen zu unterschiedlichen Zeiten und in unterschiedlicher Form erfolgt ist. Ausserdem galt es, die zu befragenden Unternehmen mit ihren Mitarbeitenden in ihrer Alltagsumgebung wahrzunehmen und ihre Realitätsvorstellungen erleben zu können.

### 6.3. Stichprobe

Meyer (2013) meint, dass es bei empirischen Untersuchungen nicht möglich sei, immer alle Elemente einer Gesamtheit zu erfassen. Deswegen sei man auf die Ergebnisse von Stichproben angewiesen (S. 38). Nach Barbara Friebertshäuser (1997) sollen die gewonnenen Erkenntnisse auch auf andere Fälle übertragbar und in diesem Sinne generalisierbar sein (zit. in Mayer, 2013, S. 39). Gemäss Michael Patton (1990) geht es in der qualitativen Sozialforschung darum,



differenzierte Einblicke in soziale Phänomene zu erhalten. Deshalb sollten Stichproben möglichst vielfältig sein um eine möglichst grosse Auswahl an Meinungen generieren zu können (Varianzmaximierung).

Er unterscheidet zwischen folgenden Möglichkeiten der Stichprobenziehung:

- die deduktive Auswahl, es werden vorab bestimmte Kriterien festgehalten
- die induktive Auswahl, es werden keine bestimmten Vorabkriterien festgelegt, sondern während der Untersuchung laufend ergänzt (zit. in Marius Metzger, 2012, S. 1).

Für diese Arbeit wurde für die Stichprobe das deduktive Verfahren gewählt. Die Vorabkriterien wurden zusammen mit der Auftraggeberin besprochen und festgelegt. advocacy hatte vorgängig im Rahmen der Aktion „Prävention im Büro“ insgesamt rund 16'000 Unternehmen im Dienstleistungssektor angeschrieben.

Für die Entwicklung eines Zusammenarbeitsprojekts, das die Integration der EKAS-Box beabsichtigte, wurden speziell 25 Unternehmen sowie 5 Verwaltungen kontaktiert. Die Kriterien für die Auswahl für das Zusammenarbeitsprojekt waren folgende:

- Unternehmen im Dienstleistungssektor oder eine Verwaltung
- Ausgewählte NogaCodes, das heisst Branchen mit vorwiegendem Bürobetrieb (z.B. Banken, Versicherungen, Anwaltskanzleien, Reisebüros, IT-Firmen)
- Mitarbeiterzahl grösser als 250

Für die vorliegende Arbeit wurden nun diejenigen Unternehmen angefragt, welche im Rahmen des vorgängigen Zusammenarbeitsprojekts die EKAS-Box in ihrer Organisation integriert hatten. advocacy organisierte den Autorinnen die Kontakte zu einer Schweizer Grossbank, einer eidgenössischen und einer kantonalen Verwaltung, einem Privatunternehmen und einer Stadtverwaltung. Ein weiteres Privatunternehmen hat wegen betrieblichen Umstrukturierungen und Auslagerung der Belegschaft die Teilnahme leider wieder abgesagt. Die öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Organisationen werden in dieser Arbeit als beteiligte Unternehmen bezeichnet.

Der von advocacy hergestellte Erstkontakt erfolgte über die jeweilige sicherheitsbeauftragte Person der beteiligten Unternehmen, welche in der Folge als sogenannter Gatekeeper (Türöffner) fungierte und den Zugang zu weiteren Mitarbeitenden und Führungskräften ermöglichte. Gemäss Marco Petrucci (2007) wird bei der Stichprobenziehung via Gatekeeper das Expertenwissen von Personen

genutzt, welche im zu untersuchenden Feld tätig sind. Somit wird der Zugang für Forschende erleichtert (zit. in Metzger, 2012, S. 2). Die Absicht der Forscherinnen, Experteninterviews mit Mitarbeitenden, Personalverantwortlichen und Führungskräften durchführen zu können, wurde durch die zeitlich beschränkte Verfügbarkeit der angefragten Personen beeinflusst und beeinträchtigt. Dies führte dazu, dass nicht überall Mitarbeitende der identischen Hierarchiestufen befragt werden konnten. Nach Michael Meuser und Ulrike Nagel (1997) ist es sinnvoll, interviewte Personen als Experten und Expertinnen aus unterschiedlichen Hierarchieebenen zu befragen. Dazu bedarf es der Kenntnis der Organisationsstruktur und der Kompetenzverteilung, welche zuerst durch Einbezug anderer Untersuchungen sowie eventuell eigener Felderkundungen und anschließender Wissenserweiterung durch die Forschungsprozesse erworben werden kann (zit. in Mayer, 2013, S. 42). Aufgrund des durch die Auftraggeberin vorgegebenen Samplings erfolgte dieser Kenntnisk Gewinn erst vor Ort anlässlich der durchzuführenden Interviews.

In der qualitativen Forschung müssen die Ergebnisse laut Mayring (1999) argumentativ und spezifisch begründet werden, damit sie generalisierbar sind und einer Verallgemeinerung dienen können (S. 23). Die vorliegende Forschungsarbeit kann diesem Aspekt nicht gerecht werden, da aufgrund mangelnder Zeit- und Kapazitätsressourcen zu wenig Unternehmen und innerhalb dieser zu wenig Mitarbeitende befragt werden konnten. Somit kann festgehalten werden, dass diese Arbeit nicht als repräsentativ gelten kann.

### **6.4. Kurzportrait der beteiligten Unternehmen**

Aus Datenschutzgründen und infolge der Zusicherung von Anonymität für die beteiligten Unternehmen werden die Quellen in diesem Kapitel nicht explizit angegeben. Sämtliche Informationen und Beschreibungen sind den jeweiligen Homepages entnommen.

### **Unternehmen 1:**

Dieses Bundesdepartement ist breit gefächert, befasst es sich doch mit diversen gesellschaftspolitischen Themen. Nebst einem Generalsekretariat sind Bundesämter, Kommissionen sowie Institute unterschiedlichster Ausrichtung integriert. Es beschäftigt rund 3100 Mitarbeitende an verschiedenen Standorten in der Schweiz.

### **Unternehmen 2:**

Das Unternehmen 2 ist eine im Bau-, Telekommunikations- und Dienstleistungsbereich erfolgreich tätige Unternehmensgruppe, welche im Jahre 1923 gegründet wurde. Sie ist auf bautechnische Bereiche wie Bausanierungen, Rohrleitungsbau und Telekommunikationsinfrastruktur spezialisiert. Kernkompetenzen sind die Beratung, Entwicklung und Umsetzung umfassender Lösungen. Die Geschäftstätigkeit erfolgt in der Schweiz und im Ausland. Gesamthaft sind rund 500 Mitarbeitende beschäftigt.

### **Unternehmen 3:**

Als eine der weltweit führenden Banken bietet dieses Unternehmen seine Erfahrung und Fachkompetenz national und international institutionellen Investoren und staatlichen Körperschaften wie auch vermögenden Personen an. Das vor ca. 150 Jahren gegründete Unternehmen ist in über 50 Ländern präsent und beschäftigt 45'600 Mitarbeitende aus rund 150 verschiedenen Nationen.

### **Unternehmen 4:**

Diese dezentral organisierte Stadtverwaltung beschäftigt etwa 4000 Mitarbeitende und umfasst fünf Departemente und ein Staatssekretariat.

### **Unternehmen 5:**

In dieser dezentral organisierten kantonalen Verwaltung sind nebst einer Staatskanzlei fünf Departemente mit den jeweiligen Aufgabenfeldern betraut und rund 3900 Mitarbeitende beschäftigt.

### **6.5. Datenerhebung mittels Leitfadeninterview**

Als Erhebungsinstrument für diese qualitative Forschung wurde das Leitfaden-Interview verwendet, wie die Auftraggeberin gefordert hatte. Nach Uwe Flick (1999) werden verbale Daten in der qualitativen Forschung mittels Leitfadeninterviews auf ökonomischem Weg gewonnen, besonders wenn konkrete Aussagen über einen bestimmten Gegenstand zu erfragen sind (zit. in Mayer, 2013, S. 37). Mit Interviews oder themenbezogenen teilstrukturierten Gesprächen können Informationen gewonnen werden, die in schriftlichen Befragungen nur schwer zu eruieren sind. Mit Interviewgesprächspartnern/Innen besteht die Möglichkeit zu Rückfragen und weiterführenden vertiefenden Fragen (Joachim Merchel, 2010, S. 89). Nach Mayer (2013) sind offen formulierte Fragen kennzeichnend für Leitfrageninterviews. Mittels Leitfaden soll der Gesprächsverlauf strukturiert werden ohne den Erzählfluss zu sehr einzuschränken. Die Daten erhalten zudem eine höhere Vergleichbarkeit (S. 37f.).

### **6.6. Entwicklung des Interviewleitfadens**

Aufgrund von theoretischen und praktischen Überlegungen sowie der Berücksichtigung der Anliegen und Zielvorgaben seitens der Auftraggeberin wurde ein Konzept nach Mayer (2013) als Grundlage für die Entwicklung des Interviewleitfadens verwendet. Die zu behandelnden Realitätsausschnitte sollen dabei möglichst umfassend berücksichtigt und weitere relevante Aspekte beachtet werden (S. 43).

Zielvorstellungen und Wünsche seitens der Auftraggeberin sowie die erarbeiteten Forschungsfragen der Autorinnen, aufgeführt in Kapitel 1.2., erzeugten ein Spannungsfeld, welches die Entwicklung des Leitfadens beeinflusste und eine grosse Herausforderung darstellte. Das Resultat dieser Auseinandersetzung zeigt sich in einem zweigeteilten Leitfaden, welcher nach folgenden Themenbereichen konzipiert wurde:

<b>Themenbereiche</b>		<b>Exemplarische Leitfragen</b>
<b>Autorinnen</b>	Motivation des Unternehmens zu Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum betreibt Ihr Unternehmen Gesundheitsförderung?</li> <li>• Welche Motivation steht dahinter?</li> </ul>
	Persönliche Einstellung zu Gesundheitsförderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Was bedeutet für Sie Gesundheitsförderung an Ihrem Arbeitsplatz?</li> </ul>
Schnittstelle Auftraggeberin / Autorinnen „Einführung EKAS-Box“		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Warum haben Sie die EKAS-Box als Präventionsinstrument gewählt?</li> </ul>
<b>Auftraggeberin</b>	EKAS-Box als Präventionsinstrument	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wie hat die Kommunikation der EKAS-Box stattgefunden?</li> <li>• Wann hat die Kommunikation der EKAS-Box stattgefunden?</li> <li>• Zeigt sich ein persönlicher Nutzen der EKAS-Box?</li> <li>• Wünsche an die EKAS-Box?</li> </ul>
<p><b>Tab. 3: Themenkomplexe und Fragen der Leitfadeninterviews</b> (eigene Darstellung)</p>		

Die Herausforderung für die Interviewpartner/Innen bestand darin, dass sie sich zur Beantwortung der Fragen in die verschiedenen Hierarchiestufen (Unternehmen / persönliche Meinung) hineinversetzen mussten, wie die exemplarischen Leitfragen im ersten Teil der Tabelle verdeutlichen.

Mayer (2013) hebt die Wichtigkeit der Offenheit der Fragestellungen im Leitfaden hervor. Er schlägt vor, den Leitfaden in einem Probeinterview (Pretest) zu testen, das frühzeitige Anpassungen erlauben würde (S. 45). Die Autorinnen mussten aus Gründen der Verfügbarkeit der Interviewpartner und -partnerinnen auf einen Pretest verzichten. Stattdessen befürwortete die Auftraggeberin den Inhalt des Leitfadens.

### **6.7. Datenerhebung und Datenaufbereitung**

Die Leitfadeninterviews fanden in den jeweiligen Betrieben an verschiedenen Orten in der Schweiz statt, wobei pro Betrieb immer mindestens zwei Personen einzeln interviewt wurden. Die befragte Grossbank ermöglichte uns, zwei zusätzliche Interviews in einer anderen Filiale durchzuführen. Gesamthaft fanden fünfzehn Interviews statt, wobei die Anzahl der befragten Personen pro Betrieb variierte. Auf diese Situation hatten die Interviewerinnen keinen Einfluss, da sie

aufgrund von zeitlichen und strukturellen Ressourcen der einzelnen Betriebe entstanden war. Vor der Befragung wurden die Rahmenbedingungen erläutert und auf die Gewährung der Anonymisierung von Namen und Ort hingewiesen, damit daraus keine eindeutige Identifikation erfolgen kann. Durch die Anonymisierung kann laut Mayer (2013) eine ungezwungene Interviewatmosphäre hergestellt werden (S. 46). Zudem ersuchten die Forscherinnen um Erlaubnis, die Interviews auf Tonband aufnehmen zu dürfen. Friebertshäuser (1997) empfiehlt dies, damit sich der Interviewer oder die Interviewerin ganz auf die Situation konzentrieren kann und eine sorgfältige Aufbereitung der Daten möglich ist und damit das

Interview nicht zu einem Frage-Antwort-Dialog verkommt (zit. in Mayer, 2013, S. 47). Es waren bei allen Interviews immer beide Autorinnen anwesend. Eine der beiden Interviewerinnen notierte sich die wichtigsten Stichworte und klärte laufend allfällige sich daraus ergebende Nachfragen. Die Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde.

Die Datenaufbereitung erfolgte laufend unmittelbar nach einer erfolgten Interviewsequenz mittels wörtlicher Transkription. Die schweizerdeutschen Formulierungen wurden in Standarddeutsch übersetzt. Nach Mayring (1999) ist der Grundgedanke einer wörtlichen Transkription, eine vollständige Textfassung der verbal erhobenen Daten herzustellen, welche die Basis für eine ausführliche interpretative Weiterverarbeitung bietet (S. 69).

### **6.8. Datenauswertung**

Die verbalen Daten wurden mittels der pragmatischen Inhaltsanalyse nach Claus Mühlfeld, Heidi Krüger, Norbert Lampert und Paul Windolf (1981) ausgewertet. Laut Meuser und Nagel (1991) ist das Ziel einer Auswertung, das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten (zit. in Mayer, 2013, S. 47).

Mühlfeld et al. (1981) schlagen ein sechsstufiges Auswertungsverfahren vor, welches zeitlich und ökonomisch weniger aufwendig ist als ein hermeneutischer Vorgang. Die sechs Stufen werden wie folgt beschrieben:

Stufe 1	<b>Antworten markieren</b>
	Markieren von Antworten, welche sich auf die Leitfadenfragen beziehen und diese unvermittelt beantworten.
Stufe 2	<b>In Kategorienschema einordnen</b>
	Aufgrund des Leitfadens wird ein Kategorienschema erstellt und die transkribierten und markierten Textstellen je nach Inhalt dem passenden Kategorienschema zugeteilt.
Stufe 3	<b>Innere Logik herstellen</b>
	Nach der Zergliederung des Interviews werden die Einzelinformationen miteinander in Verbindung gebracht um eine innere Logik herzustellen. Es sollen bedeutungsgleiche Stellen aber auch sich widersprechende Informationen beachtet werden.
Stufe 4	<b>Konstruktion eines Textes</b>
	Die wichtigsten Passagen werden nochmals präzisiert und die innere Logik verschriftlicht.
Stufe 5	<b>Text mit Interviewausschnitten</b>
	Die prägnantesten Zitate aus den jeweiligen Kategorien werden ausgewählt, um die Aussagen zu bekräftigen.
Stufe 6	<b>Bericht</b>
	Abschliessend wird ein Bericht verfasst um die Auswertung ohne weitere Interpretationen darzustellen.

**Tab. 4: Auswertungsverfahren nach Mühlfeld et al.**

(eigene Darstellung in Anlehnung in Mayer, 2013, S. 48ff.)

## 7. Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden sämtliche Ergebnisse der Untersuchung mittels Leitfadenfragen (siehe Anhang B) aller befragten, im Kapitel 6.4. aufgeführten Unternehmen ohne Interpretationen oder Wertungen der Autorinnen vorgestellt. Zur besseren Verständlichkeit der Forschungsergebnisse wurde die Struktur der theoretischen Kapitel 2-5 übernommen. Die Untertitel sind anhand der inhaltlichen Ergebnisse gesetzt worden. Diese Struktur weicht von üblichen Darstellungsformen ab, hat die Vorgehensweise der Forschungsarbeit aber in keiner Weise beeinflusst. Die Autorinnen beschränken sich auf einzelne ausgewählte Passagen, die sich aus ihrer Sicht für die Darstellung eignen und die auch repräsentativ für andere, ähnliche Aussagen gelten. Sämtliche Zitate wurden der transkribierten Verschriftlichung der fünfzehn Interviews entnommen.

### 7.1. Arbeit und Gesundheit

Die Einstellung der Unternehmen bezüglich der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden hat nicht nur individuellen Charakter sondern geht über die unternehmerische Ebene hinaus in einen gesellschaftlichen Kontext über.

#### 7.1.1. Haltung der Betriebe zur Gesundheit der Mitarbeitenden

Alle befragten Unternehmen sind bemüht, ihrer Vorbildfunktion als bewusste und gesundheitsfördernde Arbeitgeber gerecht zu werden. Sie bestätigen, **„dass gesunde Mitarbeitende zufriedener, produktiver und motivierter arbeiten“**. Die Unternehmen sind sich einig, dass ein guter Arbeitsplatz das eventuelle Entstehen von gesundheitlichen Problemen auffangen kann. Es soll aus ihrer Sicht im gegenseitigen Interesse liegen, gute Arbeitsleistung generieren zu können und gleichzeitig die Gesundheit der Mitarbeitenden zu garantieren. Das Ziel soll sein, **„dass Mitarbeitende weniger krank sind und mehr Arbeitsleistungen erbringen und dass längere Absenzen vermieden werden können“**. Ein weiteres Zitat hebt nochmals hervor, dass **„Gesundheit eine Voraussetzung ist, damit Mitarbeitende überhaupt vernünftig und leistungsfähig arbeiten können“**. Zudem hofft ein befragtes Unternehmen durch den Einsatz von gesundheitsfördernden Massnahmen eine Verbesserung der Arbeitsatmosphäre im Betrieb zu erreichen, was wiederum zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit beitragen soll. Der Mitarbeitende soll im Mittelpunkt stehen und das wichtigste Gut des Betriebes sein, **„denn der Mitarbeiter sei auch ein Kunde“**. Arbeit-



gebende sind laut einzelnen Interviewten daran interessiert, **„physisches und psychisches Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu garantieren“**, und bekennen sich zu einer Fürsorgepflicht.

Die Arbeit leistet einen Beitrag zu Gesundheit und Gesellschaft. Einige Unternehmen bezeichnen explizit **„den Beitrag an die Gesellschaft als wichtig“**, und bekräftigen, **„den gesellschaftlichen Aspekt mit einzubeziehen und den Mitarbeiter nicht nur einfach anzustellen, damit dieser arbeite“**.

#### 7.1.2. Haltung der Mitarbeitenden zu ihrer Gesundheit

Damit Gesundheit gefördert oder erhalten werden kann, ist nicht nur der Einsatz seitens der Arbeitgebenden gefordert, sondern es ist bei der Mehrheit der Arbeitnehmenden durchaus der Wille vorhanden, dazu mit **„Eigeninitiative und Eigenverantwortung“** beizutragen. Ein Interviewter ist der Meinung, sein persönliches Stressmanagement mittels Sport im Griff zu haben und behauptet: **„Wenn das persönliche Stressmanagement nicht vorhanden ist, dann schlagen alle Präventionsinstrumente nicht an.“** In weiteren Aussagen wird festgehalten, dass **„eine gute Work-Life-Balance und Stressmanagement wichtig“** seien. Oder es wird präzisiert: **„Gesundheitsförderung bedeutet mir sehr viel, ich bin sowieso schon ein sehr gesundheitsbewusster Mensch.“**

Ein Interviewpartner auf Mitarbeitenebene sprach von seiner zu Beginn kritischen Haltung gegenüber Gesundheitsförderung: **„Am Anfang hatte ich Zweifel, jetzt finde ich Gesundheitsförderung sehr wichtig.“**

Der Gesundheitsbeauftragte eines Betriebes ist überzeugt, dass **„Gesundheitsvorschriften nicht auswendig gelernt werden sollen, sondern dass danach gelebt werden soll“**. So verhält sich ein weiterer Interviewter, der meint: **„Ich schaue, dass es gar nicht so weit kommt.“**

Entgegen dieser positiven individuellen Vorsätze gibt es kritische Stimmen, die finden, **„Gesundheitsförderung sei in letzter Zeit nicht mehr so aktuell“**. Obwohl Forderungen bestehen, dass Arbeitgebende die Gesundheit am Arbeitsplatz unterstützen sollen, wird das Angebot dafür nicht immer gleich genutzt, wie folgende Aussage belegt: **„Ich habe trotz Rückenschmerzen keinen neuen Stuhl bestellt, obwohl ich das hätte tun können.“**

### 7.1.3. Zwischenfazit

Zusammenfassend beschrieben sehen die befragten Personen eine soziale Verantwortung der Unternehmen bezüglich der Gesundheit der Mitarbeitenden. Die Mitarbeitenden sind für die Unternehmen ein wichtiges Gut und Gesundheit eine Voraussetzung damit sie leistungsfähig sind und bleiben. Persönliche Motivation und Eigeninitiative seitens der Mitarbeitenden sind jedoch eine zusätzliche Voraussetzung für eine umfassende betriebliche Gesundheitsförderung.

## 7.2. Prävention und Behandlung

Im folgenden Abschnitt werden zuerst tabellarisch die von den Unternehmen aufgezählten betrieblichen Massnahmen aufgeführt, welche teilweise schon vor der Einführung der EKAS-Box umgesetzt wurden. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die in den Klammern aufgeführten Ziffern geben die Anzahl der Unternehmen an, die diese Massnahme aufgezählt haben. Im weiteren werden zuerst die Gründe genannt, welche zur Einführung der EKAS-Box geführt haben, danach die Kommunikation beleuchtet und am Schluss die Akzeptanz und die Wirkung der EKAS-Box aufgezeigt.

### 7.2.1. Präventionsmassnahmen von Unternehmen

#### **Ergonomisches Arbeiten (Einstellen von Tisch, Stuhl, Maus und Tastatur)**

- Büromobiliar: ergonomische Tische, Tastaturen und verstellbare Stühle sind vorhanden oder können angefordert werden (4x)
- Individuelle Arbeitsplatzwünsche werden berücksichtigt (1x)
- Führen einer speziellen Ergonomie-Abteilung (2x)
- Arbeitsplätze werden von Ergonomiefachpersonen individuell angepasst (4x)
- Lichtverhältnisse sind berücksichtigt (1x)

#### **Unfallverhütung (Stolperfallen, Sturzgefahr, Heben und Tragen)**

- Durchführung von Kursen, Aktionen und Kampagnen zum Thema Unfallverhütung (5x)
- Demonstrationen und Einbau von Defibrillatoren, Nothilfekästen plus Notfallnummer (3x)
- Sicherheitsrevisionen zur Arbeitssicherheit durchgeführt (1x)

### **Selbstmanagement (Stressreduktion durch Selbstorganisation)**

- Zeitmanagement angepasst („normale“ Feierabendzeit) (1x)
- Mitarbeitende ernähren sich gesund und trinken genügend (1x)
- Ausgleich in der Freizeit gesucht (3x)
- aktiv auf Menschen zugehen (1x)

### **Gebäude und Unterhalt (Türen, Treppen, Reinigung und Fluchtwege)**

- Bauten für Behinderte erstellt bzw. zugänglich gemacht (1x)
- Feuerschutzübungen durchgeführt (5x)

### **Arbeitsorganisation (motivierende Rahmenbedingungen)**

- Diverse Kurse, Aktionen und Kampagnen zur Förderung des Teamgeistes und der Gesundheit durchgeführt (5x)
- Unterlagen zum Thema verteilt oder öffentlich zugänglich gemacht (3x)
- Interne Richtlinien herausgegeben, umgesetzt und eingehalten (3x)
- Absenzen- und Gesundheitsmanagement eingeführt inkl. betriebliche Sozialarbeit (2x)
- Vorbildfunktion ausgeübt sowie Wissensvermittlung angeboten (2x)
- Kurse für Sicherheitsbeauftragte durchgeführt (3x)

#### 7.2.2. Gründe zur Einführung des Präventionsinstruments EKAS-Box

Die Gründe, welche zur Einführung der EKAS-Box genannt wurden, sind mehrheitlich von pragmatischer und praktischer Natur. Dies zeigen folgende Darlegungen von befragten Personen:

- **„Mit der EKAS-Box kann man alle Mitarbeitenden einfach, knackig, schnell und günstig erreichen.“**
- **„Die EKAS-Box kann effizient und ganzheitlich eingesetzt werden.“**
- **„Die EKAS-Box ist sehr praktisch, übersichtlich und klar.“**

#### 7.2.3. Einführung und Kommunikation zur EKAS-Box

In den beteiligten Unternehmen wurde die Information zur Einführung der EKAS-Box mehrheitlich per E-Mail kommuniziert. Im Intranet wurde gleichzeitig die EKAS-Box direkt oder per Linkverweis auf [www.ekas-box.ch](http://www.ekas-box.ch) aufgeschaltet. Ein Betrieb teilte die Einführung zusätzlich mittels eines Beitrages im firmeninternen Kunden- und/oder Mitarbeitermagazin mit. In vier befragten Unternehmen sind

Sicherheitsassistenten bzw. Sicherheitsassistentinnen oder Gesundheitskoordinatoren bzw. Gesundheitskoordinatorinnen für den Bereich Sicherheit und Gesundheit zuständig und erste Anlaufstelle für Fragen und allfällige Massnahmen zur Gesundheitsförderung, die sich aufgrund der EKAS-Box ergeben. Diese Personen wurden vor der Lancierung der EKAS-Box durch die internen Sicherheitsverantwortlichen instruiert. Mehrere Unternehmen informieren neue Mitarbeitende am Einführungstag über die EKAS-Box. Ein Unternehmen bestätigt, **„dass sie periodisch immer wieder Anfragen zur EKAS-Box oder Bemerkungen von diversen Mitarbeitenden erhalten“**.

Aber nicht in allen Betrieben ist die EKAS-Box vollumfänglich einsehbar. Ein Unternehmen erwähnt dazu: **„Wir haben uns im Moment für zwei Bereiche entschieden, die wir gestaffelt gebracht haben. Der erste war ‚Unfälle am Arbeitsplatz‘, der zweite ‚Ergonomie‘.**“ Als Begründung für dieses Vorgehen nannte das Unternehmen: **„Und dann hat es halt viele Themen drin, auch soziale, bei denen der Mitarbeiter etwas hilflos ist.“** Gleichzeitig unterstrich dasselbe Unternehmen, dass es ihnen wichtig sei, dass **„der Mitarbeiter aktiv etwas machen müsse“**; oder noch anders ausgedrückt, **„dass der Mitarbeiter die Angebote selber umsetzen und beeinflussen könne“**. Die Möglichkeit, den Zugang und die Darstellung der EKAS-Box individuell gestalten zu können, bewertete das Unternehmen folgendermassen: **„Für uns war von Vorteil, dass wir das Tool für uns personalisieren konnten.“** Ein anderes Unternehmen hat seinen Angestellten auf der Intranetseite nur den Bereich „Für alle“ zugänglich gemacht und meint dazu ohne Begründung den Interviewerinnen gegenüber: **„Dies haben wir absichtlich so gemacht.“** In zwei befragten Unternehmen haben sämtliche Mitarbeitende auf alle Informationen der EKAS-Box Zugriff und ein Betrieb äusserte sich nicht explizit dazu.

Nach der erfolgreichen Kommunikation zur EKAS-Box innerhalb der Unternehmen fielen direkt geäusserte Reaktionen der Mitarbeitenden gegenüber den von uns interviewten Personen relativ bescheiden aber eher positiv aus, wie folgende Kommentare bestätigen:

- **„Wir haben wirklich nur positive Rückmeldungen erhalten.“**
- **„Wir haben 5 Rückmeldungen erhalten, davon 3 positive.“**
- **„Es gab Rückmeldungen von Mitarbeitenden, die die EKAS-Box sehr gut gefunden haben.“**

Ganz andere Erfahrungen mit Reaktionen zeigen diese Beispiele: **„Direkt auf die Veröffentlichung habe ich keine Rückmeldungen erhalten.“** Solche Aussagen erscheinen in den Ergebnissen mehrmals. Trotz des betriebenen Aufwandes um Rückmeldungen zu erhalten, konnte nicht mehr erreicht werden: **„Ich bin auf Leute zugegangen. Die wenigsten haben Feedbacks gegeben. Auch sonst habe ich keine Gespräche gehört.“** Eine interviewte Person sagte sogar: **„Ich weiss nicht mal, wann ich das Mail bezüglich der ersten Kommunikation bekommen habe.“** Klar aufgezeigt wurde, dass es mehrmalige Anläufe braucht, damit Gesundheitsförderung nachhaltig und wirksam wird. Zwei Unternehmen sagen dazu: **„Die brauchen viele Anläufe, damit es wirkt. Eine nur einmalige Kommunikation genügt nicht, auch keine zweimalige.“**

Bei einer Vorführung der EKAS-Box wäre gemäss einer Meinung die Akzeptanz wahrscheinlich grösser, der grosse Leistungsdruck hindere die Mitarbeitenden jedoch an einer Teilnahme. Eine weitere Problematik besteht in der Kommunikation. So meinte eine Mitarbeiterin: **„Ich habe von der EKAS-Box nur von ferne etwas gehört; ich weiss nicht, wann diese eingeführt wurde.“** Eine weitere Rückmeldung lautet: **„Ich habe ehrlich gesagt erst jetzt zum ersten Mal von ihr etwas gehört.“** Eine zusätzliche Einschätzung beinhaltet die Aussage: **„Vermutlich habe ich die EKAS-Box wieder verdrängt und vergessen, weil diese ja schon vor längerer Zeit eingeführt worden ist.“**

Alle Unternehmen bestätigen, dass die EKAS-Box als Online-Tool im Bereich der Gesundheitsförderung zweckmässig und nützlich ist, um viele Mitarbeitende gleichzeitig in kurzer Zeit erreichen zu können. Papierversionen wären weniger attraktiv, wie dies ein Grossunternehmen verdeutlicht: **„Gerade für unsere Grösse ist es sinnvoll, viele Informationen vermitteln zu können (...), ohne dass ich jemandem dazu 20 Faltprospekte schicken muss.“**

#### 7.2.4. Akzeptanz und Bewertung der EKAS-Box

Die Akzeptanz der EKAS-Box bei den Mitarbeitenden wird von den sicherheits- und gesundheitsbeauftragten Personen wie folgt beschrieben: **„Ohne meine Unterstützung würde die EKAS-Box sicher nicht umgesetzt oder wenn, dann nur sehr schwach.“** Diese Aussage wird anderweitig präzisiert: **„Es hat**

**sehr viel mit der zuständigen Person zu tun und mit dem Wissen dieser Person zum Thema.**" Die Aussagen der interviewten Personen zur Akzeptanz der EKAS-Box bei den Mitarbeitenden sind eher hypothetischer Natur und vage, weil die befragten Mitarbeitenden sich manchmal unbestimmt äusserten und nicht alle im Betrieb befragt wurden: **„Die Mitarbeitenden finden es grundsätzlich gut.**" Etwas skeptischer tönt es hier: **„Ich denke dass sie bei den Mitarbeitern akzeptiert ist, ich weiss es aber nicht, ich würde sagen, 50 zu 50%.**" Auch nicht ganz so optimistisch lautet diese Rückmeldung: **„Ich kann mir gut vorstellen, dass gewisse Mitarbeitende dies schnell angeschaut haben und das war's."**

Die kritischeren Haltungen beinhalten oft eine zeitliche Begründung und auch Desinteresse am Thema. Die zeitliche Komponente zeigt folgende Aussage: **„Ich selber als Mitarbeiter finde es gut, man müsste sich einfach die Zeit dazu nehmen."** Desinteresse tönt aus folgender Rückmeldung: **„Ich wäre da einfach darüber gestolpert, da es mich nicht so interessiert, weil ich die EKAS-Box nicht genau kenne."**

Eine erste konkrete positive Meinungen war: **„Ich finde es gut, dass hier mal ein Effort gemacht wurde."** Eine weitere Aussage bestätigt: **„Ich habe es für eine gute Sache befunden."**

Inhaltlich überzeugt die EKAS-Box, da sie viele Informationen gut verständlich, ohne Vorkenntnisse zu verlangen, visualisiert. Es werden viele Themen bearbeitet, die **„auf den Bürobereich adaptiert werden können"**. Zudem scheint zu gefallen, **„dass es Hinweise sind, welche die Mitarbeitenden auch umsetzen können"**. Im Grossen und Ganzen wird die EKAS-Box sehr positiv bewertet. Eine entsprechende Bemerkung zeigt dies: **„Die EKAS-Box an sich ist für mich so ein abgeschlossenes gutes Paket."** Es wurden aber auch einzelne widersprüchliche Bemerkungen geäussert: **„Vielleicht waren dies auch zu viele Infos. So gab es Rückmeldungen seitens der Assistenten wie sie dies alles anwenden sollten?"** Im Gegensatz dazu steht folgende Aussage: **„Es hat nicht zu viele Informationen."**

Auch der Faktor Zeit spielt in den Betrieben eine wichtige Rolle: **„Die Sequenzen sind kurz und prägnant, man braucht nicht viel Zeit."** Eine weitere Bemerkung bestätigt nochmals, dass **„einzelne Sequenzen einen guten zeitlichen Rahmen haben"**.

Die Unternehmen äussern sich zum inhaltlichen Auftritt der EKAS-Box wie folgt:

- **„Vom Grafischen und der Animation her ist sie modern und ansprechend.“**
- **„Vom Design und Aufbau her ist sie gut gemacht.“**
- **„Optisch gefällt sie mir sehr, sie ist visuell sehr gelungen, sie ist gut, einfach und schnell verständlich.“**
- **„Sie ist wirklich sehr gut inszeniert.“**
- **„Sie ist visuell sehr kundenorientiert, freundlich anzuschauen, verständlich aufgebaut.“**
- **„Die Animation ist sehr lustig und amüsant.“**

### 7.2.5. Wirkung des Präventionsinstruments

Die Wirkung der EKAS-Box kann an folgenden Resultaten aufgezeigt werden.

Zwei der befragten Unternehmen haben aufgrund der EKAS-Box neues Mobiliar angeschafft. Eine häufig durchgeführte Massnahme war die richtige Einstellung des vorhandenen Arbeitsplatzes durch Fachpersonen der Ergonomie. Zusätzlich wurde in einem Betrieb zugunsten der Arbeitssicherheit die Verlegung von Kabeln in allen Büroräumlichkeiten umgesetzt. Ein Unternehmen packte die Chance und setzte die EKAS-Box bereits bei der Planungsphase für die optimale Einrichtung der neu zu beziehenden Büroräumlichkeiten ein. Nebst diesen konkreten Massnahmen hat sich gezeigt, dass die Lancierung bei allen beteiligten Personen zu einer Sensibilisierung und Bestätigung für das richtige Verhalten bezüglich Gesundheitsförderung geführt hat. Es wurde sogar ein Augenmerk auf die Strukturen der Organisation geworfen wie diese Aussage verdeutlicht: **„Es ist interessant, ich habe mehr auf die Aspekte der Arbeitsorganisation geschaut d.h. darauf, dass es nicht nur auf die richtige Einstellung des Tisches ankommt, sondern auch die Organisation eine Rolle spielt.“** Durch die Einführung der EKAS-Box fand innerhalb der diversen Abteilungen der Unternehmen eine bessere Kommunikation und Vernetzung statt. Ein abschliessender Satz veranschaulicht das Wunschdenken: **„Es wäre ja super, wenn alles was darin steht umgesetzt würde!“**

### 7.2.6. Zwischenfazit

Im Bereich Arbeitssicherheit bestehen unzählige Massnahmen, welche bereits vorhanden und umgesetzt sind. Die EKAS-Box wurde als zweckmässiges,

nützliches und effizientes Präventionsinstrument eingesetzt. Der inhaltliche Auftritt der EKAS-Box hat alle Unternehmen überzeugt. Die Reaktionen der Mitarbeitenden fielen zwar mehrheitlich positiv aber nur sehr bescheiden aus. In Bezug auf die Akzeptanz der EKAS-Box sieht ein erstes Fazit der befragten Unternehmen wie folgt aus: **„Die Akzeptanz von allen bringen sie nicht hin und sie ist zurzeit noch nicht wirklich gegeben.“** Eine Beurteilung zur Wirkung lautet: **„Eine Riesenwelle hat die Sache sicher nicht geworfen“.**

### 7.3. Gesundheit und Unternehmen

Viele Überlegungen auf ganz unterschiedlichen Ebenen sind für Unternehmen von Wichtigkeit, wenn sie sich mit dem Thema der Gesundheitsförderung auseinandersetzen.

#### 7.3.1. Verantwortung der Unternehmen

Die Unternehmen haben grundsätzlich eine Verantwortung der Gesundheit ihrer Mitarbeitenden gegenüber. Ein Unternehmen hält die soziale Verantwortung bezüglich Förderung und Erhaltung eines gesundheitsförderlichen und sicheren Arbeitsplatzes sogar in seinem Leitbild fest und ein anderes äussert sich: **„Wir haben eine offene Haltung dem Thema Gesundheitsförderung gegenüber.“** Die Unternehmen sind bemüht, Ressourcen zur Verbesserung und Erhaltung der Lebensqualität ihrer Mitarbeitenden zur Verfügung zu stellen. Ebenso sind sie gewillt, dafür ihren konkreten Beitrag zu leisten. Ein Zitat verdeutlicht dies folgendermassen: **„Wir beachten den sozialen Aspekt, wir möchten ein guter Arbeitgeber sein. Wenn wir als Firma präventiv handeln, belasten wir zudem die Krankenkassen weniger, weil wir verhindern, dass Mitarbeitende wegen falscher Haltung oder unpassenden Arbeitssituationen früher gesundheitlich eingeschränkt werden. Dies würde sonst wieder das Sozialsystem mehr belasten.“** Ein anderer Interviewter meint: **„Das ist auch ein Statement der Geschäftsleitung, wir wollen ein sicheres und gesundes Umfeld anbieten.“**

Alle beteiligten Unternehmen nennen als weiteren Grund zur Einführung der Gesundheitsförderung ihre **„echte Verantwortung gegenüber Mitarbeitenden in Bezug auf Unfallverhütung und Arbeitssicherheit“.** Folgendes Zitat



illustriert dies nochmals anders: **„Der Mitarbeiter steht im Vordergrund. Er soll nicht nur leisten, sondern es soll ihm auch gut gehen.“**

### 7.3.2. Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben

Als ein Grund für die Umsetzung von Gesundheitsförderung nannte die Hälfte der befragten Unternehmen die gesetzlichen Grundlagen. Ein Interviewpartner äusserte sich dazu wie folgt: **„Unser Betrieb macht dies aus dem gleichen Grund wie alle anderen Betriebe auch: weil es eine gesetzliche Vorgabe ist.“**

### 7.3.3. Monetäre Überlegungen

Betriebliche Gesundheitsförderung in Unternehmen ist durch vielfältige Interessen gekennzeichnet. Ein wesentlicher Aspekt darin wird von den interviewten Personen wie folgt benannt: **„Es ist auch ein Kostenpunkt, Arbeitsausfälle und Abwesenheiten kosten Geld.“** Konkretere Angaben macht diese Aussage: **„Es sind Milliarden, die eingesetzt werden müssen, weil die Mitarbeiter krank sind oder krank werden.“** Damit ist die Tatsache gemeint, dass krankheits- oder unfallbedingte Arbeitsausfälle für die Unternehmen hohe Kosten verursachen. Ein Ziel ist, **„Krankheitsfälle (...) früher aufzufangen“**, damit weniger Kosten entstehen.

Präventionsmassnahmen können also auch zu einem Spareffekt führen. Dies wird folgendermassen beschrieben: **„Es ist nicht nur ein Kostenfaktor, Gesundheitsförderung zu implementieren, sondern es kann auch ein Spargrund sein.“**

Auch kritische Anmerkungen zum Investieren in Prävention werden geäussert: **„Man spricht von indirekten Kosten, die dann für eine Geschäftsleitung zu wenig konkret sind.“** Oder es wird festgehalten: **„Es ist eine regulatorische Sache, weil ein Unternehmen in der heutigen Zeit ohne den Zwang des Kostendrucks nichts mehr machen wird.“**

Aufwand und Ertrag werden heute in Unternehmen genau kalkuliert. Ob die Wirkung von präventiven Massnahmen zur Gesundheitsförderung überhaupt monetär belegt werden kann ist schwierig zu beurteilen, wie folgende Aussage

verdeutlicht: **„Es ist relativ schwierig, Präventivmassnahmen in Zahlen benennen zu können.“**

### 7.3.4. Imagefrage

Unternehmen sind ebenso interessiert, in betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren, weil sie ihnen auch zur Imagepflege dient. Dazu passt folgendes Zitat: **„ Die Firma hat eine Verantwortung gegenüber den Mitarbeitenden; es ist aber auch eine Reputationssache bzw. ein Reputationsgrund. Man will ja die besten Mitarbeiter einstellen und dazu gehört nicht nur, einen guten Lohn zu bezahlen. Sehr wichtig sind scheinbar auch die Fringe-Benefits, dass wir also dem Mitarbeiter sagen können, dass wir ein moderner und attraktiver Arbeitgeber sind.“** Eine weitere Aussage hebt hervor: **„Ich denke, (...) dass unsere Leute leistungsfähig sind und dass dieses Bild nach aussen spiegelt, also unser Image nach aussen beeinflusst.“**

### 7.3.5. Zwischenfazit

Zusammenfassend betrachtet sind Unternehmen in erster Linie an betriebswirtschaftlichen Faktoren orientiert, die aber durch die Leistungsfähigkeit der Mitarbeitenden beeinflusst sind. Aktive Gesundheitsförderung dient der Imagepflege, der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Verantwortung und der Verpflichtung den Mitarbeitenden gegenüber.

## 7.4. Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die verschiedenen Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung sind von unterschiedlichsten Erwartungen und Zielen geleitet. Die Einführung und Umsetzung von gesundheitsfördernden Massnahmen stellen eine hohe Komplexität dar und erfordern von den Verantwortlichen viel Feingefühl.

### 7.4.1. Unternehmen, Führung und Gesundheitsförderung

Eine zentrale Aussage eines Interviewpartners zur Rolle und Einstellung der Unternehmensführung lautet: **„Der Verwaltungsrat findet Gesundheitsförderung eine globale Sache.“** Konkreter lautet eine andere Äusserung: **„Gesundheitsförderung wird von der Führung her unterstützt, sie ist von oben her strukturell so eingerichtet.“** Eine etwas konträre Bemerkung aus

demselben Unternehmen lautet: **„Ich kann nicht sagen, welche Akzeptanz die EKAS-Box bei den Führungsverantwortlichen hat, weil ich keine Rückmeldungen erhalten habe. Ich denke schon, dass diese geschätzt wird.“** Weiter ist von Bedeutung, wie die persönliche Einstellung der Führung zur Gesundheitsförderung aussieht. Folgendes Zitat wiedergibt die zentrale Thematik: **„Das ist halt auch eine sehr persönliche Sache. Es kommt sehr darauf an wie Führungskräfte interpretieren, was Gesundheitsschutz oder Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz sei. Bei einigen Führungskräften haben diese einen sehr hohen Stellenwert und entsprechend viel wird dort auch gemacht. Dann gibt es aber auch Vorgesetzte die sagen, dass sie das machen was Standard sei also das, was sie tun müssten. Von der Haltung hängt halt schon viel ab.“**

Als weitere Anhaltspunkte gelten der finanzielle und der zeitliche Faktor: **„Im ersten Moment kommt das Ganze für die Führungsverantwortlichen als Aufwand und Kosten daher, d.h. eher negativ belastet.“** Folgende Aussage ergänzt diese Einschätzung: **„Wenn die Betrachtung der EKAS-Box 2 Stunden dauern würde, wäre die Akzeptanz bei der Führung gleich null.“**

Eine noch andere Realität zeigt diese Äusserung: **„Der Unterschied zwischen Führung und Mitarbeitenden wird ziemlich sicher der sein, dass die Führungskräfte ganz andere Themen im Fokus haben und von der Arbeitsbelastung her dieses Thema auf die Seite legen. Sie haben dafür schlicht und einfach keine Zeit.“**

#### 7.4.2. Mitarbeitende und ihre Ansprüche

Prävention ist aus Sicht der Mitarbeitenden mehrheitlich sinnvoll und sie erwarten vom Arbeitgeber gesundheitsfördernde Unterstützung am Arbeitsplatz. Einige der befragten Mitarbeitenden sind der Meinung: **„Es ist wichtig und nötig, dass Gesundheitsförderung betrieben wird, denn wenn Arbeitnehmer ihr Pensum, ihre Arbeitsleistung nicht mehr bringen, dann ist der Arbeitgeber angehalten, etwas dagegen zu tun.“** Einen weiteren Aspekt zeigt diese Aussage: **„Mir ist wichtig, dass ich in einem Umfeld arbeiten kann, in dem ich nicht in ein gesundheitliches Risiko hineingerate und mein Gesundheitszustand sich nicht verschlechtert.“**

Gesundheitsförderung soll sich laut diversen Aussagen mit physischen und psychischen Aspekten beschäftigen, wie folgendes Zitat zeigt: **„Es ist nötig, auf**

**die Gesundheit der Personen innerhalb des Betriebes zu achten, um das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu garantieren, sowohl physisch als auch psychisch.**" Einen etwas kritischeren Standpunkt verdeutlicht folgende Anmerkung: **„Es ist gut und wichtig, dass Vorgesetzte auf die gesundheitlichen, bzw. physischen Aspekte der Mitarbeitenden schauen, jedoch nicht auf psychische, das ist Privatsache.“** In die ähnliche Richtung zielt die Äusserung: **„Es geht zu weit, wenn ein Arbeitgeber sich in persönliche Belange einmischt.“** Aus Sicht der Arbeitnehmenden ist das Interesse an ihrem Wohlbefinden grundsätzlich erwünscht, weil dieses für die Zufriedenheit der Arbeitnehmenden als wichtig erachtet wird.

### 7.4.3. Ansprüche der Mitarbeitenden an die EKAS-Box

Von den interviewten Personen haben sich folgende Wünsche oder Verbesserungsvorschläge zur EKAS-Box ergeben, welche zusammengefasst und paraphrasiert aufgeführt werden:

- Weitere Themenideen: Ernährung, Lockerungsübungen im Büro und Zwischenverpflegung beim Arbeiten, psychischen Bereich ausführlicher, privaten Bereich einbeziehen
- Fragenkatalog oder virtuelle Checkliste
- Bild mit einem positiven und einem negativen Beispiel
- Namensänderung erwünscht: poppig, knackig und mit einem guten „Entry-Point“
- Mehr generische und saisonal abgestimmte Tools
- SECO und EKAS müssten gemeinsame Module finanzieren und lancieren
- Link auf rechtliche Grundlagen
- Audio und evtl. spielerische Videosequenzen einbauen
- bessere Struktur und schnellere Reaktion der Klicks

### 7.4.4. Zwischenfazit

Prävention ist aus Sicht der Mitarbeitenden sinnvoll und sie erwarten vom Arbeitgeber gesundheitsfördernde Unterstützung am Arbeitsplatz. Die Haltung von Vorgesetzten gegenüber der Gesundheitsförderung ist für die Umsetzung von Massnahmen, wie die durch die EKAS-Box angeregten, zentral. Die Mitarbeitenden formulieren aber auch Verbesserungsvorschläge oder Wünsche zur möglichen Erweiterung der EKAS-Box.

## 8. Diskussion

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse anhand der Forschungsfragen diskutiert und mit den in Kapiteln 2-5 ausgewählten Theorien und Grundlagen in Zusammenhang gebracht. Die Forschungsergebnisse können so in einem Gesamtkontext erläutert werden.

### 8.1. Arbeit und Gesundheit

Die Erhaltung und Sicherstellung von Arbeitsplätzen mittels Gesundheitsförderung sehen einige Unternehmen als einen ihrer Beiträge an die Gesellschaft. Wie in Kapitel 2.1. dargelegt, genießt die Erwerbsarbeit in der heutigen Zeit immer noch einen hohen Stellenwert und die soziale Teilhabe, welche ebenfalls zum individuellen Wohlbefinden beiträgt, ist mit einer Arbeitsstelle eher gewährleistet.

Bereits vor der Einführung der EKAS-Box wurden auf der Unternehmensebene verschiedene Schritte im Bereich Büroergonomie eingeleitet und von Ergonomen oder Ergonominnen vor Ort auf die individuellen Bedürfnisse angepasst. Sämtliche befragten Unternehmen haben für ihre Mitarbeitenden grundsätzlich oder bei Bedarf (z.B. gegen Rückenschmerzen) ergonomisches Büromobiliar organisiert. Diese Massnahme der Früherkennung/Frühbehandlung nach Hafén (siehe Abb. 7) liefert eine erste Grundlage für das physische Wohlbefinden der Mitarbeitenden und unterstützt laut Franke (2011) ein salutogenetisches Verständnis für die Stärkung der Schutzfaktoren. Allfälligen Stressoren wie körperlichen Beeinträchtigungen (z. B. Rückenschmerzen) wird damit bestmöglich vorgebeugt. Ein guter physischer Allgemeinzustand gehört zum individuellen Befinden von Mitarbeitenden und ist ein wichtiger Schutzfaktor (S. 487ff.). Nicht jede Intervention ist für jede Person gleich bedeutend wie aus einem Interviewzitat herauszulesen ist: „Ich habe trotz Rückenschmerzen keinen neuen Stuhl bestellt, obwohl ich das hätte tun können.“ Das Empfinden von Gesundheit oder Krankheit ist, wie in Kapitel 2.2. ausführlich beschrieben, sehr vielfältig. So meinten zwei interviewte Personen, Gesundheit im physischen Sinn sei für den Arbeitgeber relevant, die psychische Befindlichkeit hingegen sei Privatsache. Wenn man sich die Determinanten der Gesundheit in Abb. 3 vor Augen führt, ist es relativ schwierig, die Psyche für eine umfassende Gesundheitsförderung ausser Acht zu lassen, weil mehrniveaunale Faktoren eine zentrale Rolle spielen. Für die Unternehmen wäre es demnach wichtig, den Blickwinkel auf die Einflussfaktoren zu erweitern um

das Wohlergehen der Mitarbeitenden zu unterstützen und die Gesundheit in einen systemischen Kontext zu stellen.

Anhand der Interviewergebnisse und von den Autorinnen zwischen den Zeilen gelesen wird vermutet, dass Arbeitnehmende sich zu wenig bewusst sind, dass ihr Wohlbefinden auch von biopsychosozialen und ökonomischen Einflussfaktoren abhängt. Dieses Bewusstsein bei Mitarbeitenden zu fördern gehört zum Aufgabenfeld der betrieblichen Sozialarbeit, da sie nach dem Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“ operiert und über eine systemische Arbeitsweise verfügt.

Der zunehmende Leistungsdruck ist laut Aussagen der Beschäftigten ebenfalls ein zentraler Grund, weshalb sie sich theoretisch für gesundheitsförderliche Massnahmen interessieren, im Arbeitsalltag jedoch wenig damit beschäftigen. Mit Leistungsdruck sind nach Bauer (2013) die häufigsten belastenden Gegebenheiten am Arbeitsplatz wie Multitasking, Monotonie, Störungen und Unterbrechungen der Arbeit sowie schnelles Arbeitstempo gemeint (S. 78f.). Die aufgeführten Belastungen können zu Stress führen, welcher laut der Studie des SECO „Stress bei Schweizer Erwerbstätigen“ (2011) in den letzten Jahren zugenommen hat. Sie bestätigt, dass sich im Jahre 2010 ca. ein Drittel der Schweizer Erwerbstätigen häufig oder sehr häufig bei der Arbeit gestresst fühlte. Im Vergleich zur SECO-Studie des Jahres 2000 kann damit ein deutlicher Anstieg beobachtet werden (S. 22). Der von den interviewten Personen empfundene erhöhte Leistungsdruck kann demnach als Begründung herangezogen werden, weshalb nur eine marginale Zahl von Rückmeldungen zur EKAS-Box erfolgte.

Einige Interviewte waren der Meinung, dass Mitarbeitende nicht nur leisten sollen, sondern dass es ihnen dabei auch gut gehen soll. Es müsste jedoch genauer definiert werden, was mit „gut gehen“ gemeint ist. Die Autorinnen gehen davon aus, dass mit dieser Aussage nicht nur gesundheitliche sondern auch psychische Aspekte wie Motivation, Zufriedenheit und Sinnhaftigkeit gemeint sind. Wie Badura und Hehlmann (2003) im Zusammenhang mit Arbeit und Gesundheit feststellen, hängen Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten massgeblich von ihrem Wohlbefinden und ihrer Gesundheit ab (S. 2). Die befragten Personen hielten fest, dass sie sich als Mitarbeitende als wichtiges Gut betrachten und dementsprechende Wertschätzung erhalten möchten. Dies wäre eine Voraussetzung für gelingende betriebliche Gesundheitsförderung, da jeder

Mensch einzigartig ist und es gilt, dem Aspekt der Wertschätzung jedem gegenüber gerecht zu werden.

Ein Interviewter erwähnte den aktuell viel gebrauchten Begriff der „Work-Life-Balance“ und meinte damit die Ausgeglichenheit von Arbeitsbelastung und Freizeiterholung. Hurrelmann/Franzowiak (1993, zit. in Hafen, 2013, S. 117) verstehen darunter, das Gleichgewicht von Belastungsfaktoren und Schutzfaktoren herzustellen. Um dieses Gleichgewicht erreichen zu können, ist ein gutes Stressmanagement (Bewältigungsstrategie, Coping) erforderlich. Ebenso haben die Arbeitnehmenden erkannt, dass sie durch Eigeninitiative und Eigenverantwortung zur eigenen Gesundheit am Arbeitsplatz wie in der Freizeit beitragen können. Eine befragte Person meinte sogar, dass ohne privates Stressmanagement alle Präventionsinstrumente nichts nützten. Interessanterweise ist für die gleiche Person Stressmanagement zwar bedeutend, die Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung bezeichnete sie jedoch als wenig aktuell. Wahrscheinlich bestehen in diesem Unternehmen zu wenig sichtbare und wirkungsvolle Präventionsinstrumente.

Der Ressourcenansatz in der Gesundheitsförderung dient, wie im Kapitel 3.3. ausgeführt, dem Stressmanagement. Vermutlich sind sich viele Arbeitende nicht bewusst, wie viele und welche Ressourcen sie womöglich zur Verfügung hätten um ihre „Work-Life-Balance“ zu finden.

Zusammenfassend kann Folgendes festgehalten werden. Die Arbeit hat immer noch einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft. Die Unternehmen handeln gewinnorientiert und Mitarbeitende sollen leistungsfähig bleiben. Auf der ergonomischen Ebene wurden markante Fortschritte erzielt, die psychische Ebene wird jedoch nach wie vor vernachlässigt. Die Mitarbeitenden selbst unterschätzen, dass ihr Wohlbefinden am Arbeitsplatz und im Alltag von biopsychosozialen und ökonomischen Faktoren beeinflusst wird. Um ein Gleichgewicht anstreben zu können, bedarf es der Berücksichtigung aller Aspekte.

### **8.2. Prävention und Behandlung**

Die Gesundheitsförderung in Unternehmen sollte in allen drei Feldern der Prävention verortet sein (Primär-, Sekundär-, Tertiärprävention). Die Antworten aus den Interviews bestätigen, dass Gesundheitsförderung im Betrieb als sinnvolle

Investition angesehen, jedoch nicht in allen drei Bereichen der Prävention systematisch durchgeführt wird.

### 8.2.1. Methodische Ansätze der Prävention

Es hat sich laut den Ergebnissen herausgestellt, dass die Mitarbeitenden bei keinem der beteiligten Unternehmen über ein Mitspracherecht bei der Einführung von Präventionsmassnahmen verfügten. Nach Hafén (2013) wird der Partizipation in der Verhältnisprävention grosse Bedeutung beigemessen, wenn die Lebenswelt der Mitarbeitenden in gesundheitsförderlicher Weise verändert werden soll (S. 199). Toni Sachs-Pfeiffer (1989) beschreibt die „Teilnahme-Strategie“ als „top-down“ organisiert mit wenig bis gar keiner Mitgestaltungsmöglichkeit für die Betroffenen. Im Gegensatz dazu steht die „Teilhabe-Strategie“ welche „bottom-up“ entsteht und den Einbezug der Mitarbeitenden viel besser ermöglicht (zit. in Hafén, 2013, S. 200). Vermutlich wird wegen der mangelnden Partizipation das Angebot von Präventionsinstrumenten sehr unterschiedlich wahrgenommen und dementsprechend unterschiedlich genutzt. Die mangelnde Partizipation erachten die Autorinnen als Einschränkung der Entscheidungsfreiheit, denn gemäss Berufskodex der Sozialen Arbeit verpflichtet der Grundsatz der Partizipation die Unternehmen, die Mitarbeitenden an gesundheitsrelevanten Themen sowie Entscheidungs- und Handlungsspielräumen teilhaben zu lassen (Kapitel 8.6.). Eine partizipative Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung ist nach Kerkau (1997, S. 62) eng verbunden mit Empowerment, demgemäss sich die Beschäftigten selber aktiv für die Förderung ihrer Gesundheit einsetzen sollen (vgl. Kapitel 3.4.). Die Interviewergebnisse zeigen, dass den Unternehmen durchaus zugestanden wird, sich für das Wohl der Mitarbeitenden verantwortlich zu fühlen. Dem Anspruch, die Mitarbeitenden als Experten ihrer eigenen Gesundheit ernst zu nehmen, wird jedoch zu wenig Beachtung geschenkt. Hier wäre wiederum partizipatives Verhalten gefragt, um einen Prozess zu fördern wie er von der Ottawa-Charta der WHO (1986) gefordert wird (vgl. Kapitel 4.2.1.).

### 8.2.2. Kommunikation

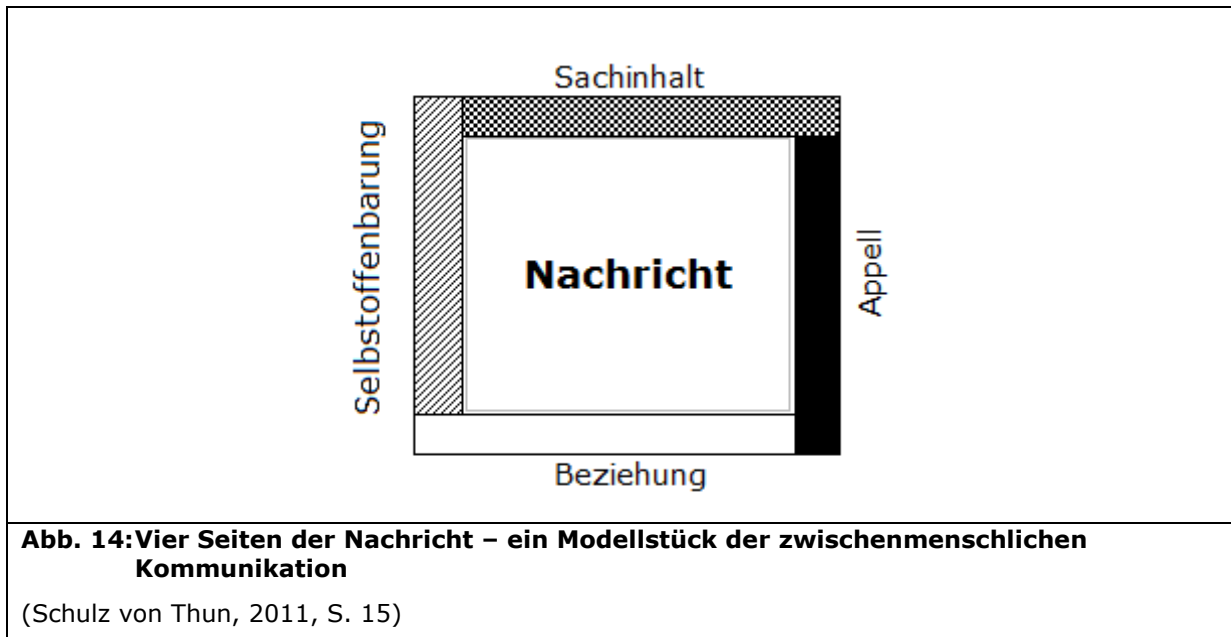
Alle befragten Unternehmen bieten oder boten eine Vielzahl von Kursen, Aktionen oder Kampagnen zum Beispiel zur Förderung des Teamgeistes und der Gesundheit an. Bei einer grossen Fülle von Angeboten an Präventionsmassnahmen



ist es anspruchsvoll, die für den Betrieb relevanten Kampagnen auszuwählen, welche dem Sinn und Zweck des eigenen Gesundheitsförderungskonzepts entsprechen. Auf welcher Basis Entscheidungen für die gewählten Massnahmen getroffen wurden, ist aus den Ergebnissen nicht erkennbar. Seibt (2011) unterstreicht, dass Menschen nur eine beschränkte Fülle von Informationen aufnehmen und im Gedächtnis verarbeiten können (S. 381). Umso wichtiger wäre es demnach, eine gut überlegte Auswahl der umzusetzenden Massnahmen zu treffen. In den für diese Studie befragten Unternehmen wurde die EKAS-Box als Online-Präventionsinstrument gewählt. Sie wurde durchwegs von allen Befragten als grafisch ansehnlich, visuell verständlich und gelungen sowie als gut inszeniert befunden. Laut Schätzung der Verantwortlichen wurde die EKAS-Box von 50% der Mitarbeitenden akzeptiert. Aus den Ergebnissen der Befragung zur Einführung der EKAS-Box hat sich gezeigt, dass es für die Unternehmen relevant ist, wie lange die einzelnen Sequenzen dauern. Für die Mitarbeitenden entscheidet dasselbe Kriterium darüber, ob sie verweilen oder das Tool beenden.

Je ansprechender die Kommunikation einer Massnahme ist, desto eher besteht die Chance, dass diese beachtet und genutzt wird. Trotz dichter inhaltlicher Informationsfülle der EKAS-Box wurden keine negativen Rückmeldungen gegeben. Einzig die zuständigen Sicherheitsbeauftragten in den Unternehmen verspürten teilweise eine leichte Überforderung der Mitarbeitenden bei der Umsetzung der Inhalte aus den zahlreichen Rubriken. Etwas widersprüchlich spiegeln sich die Sorgen der Sicherheitsbeauftragten: Da die illustrierten Inputs und Anweisungen der EKAS-Box im ergonomischen und arbeitssicherheitstechnischen Bereich einer Mehrzahl von Mitarbeitenden bereits bekannt war, ist es fraglich, ob die anderen Rubriken trotzdem auf Interesse stossen und genutzt werden.

Trotz ansprechender Visualisierung besteht aufgrund der 4 Aspekte einer Nachricht (siehe Abb. 14) nach Friedemann Schulz von Thun (2011) keine Sicherheit, dass der Inhalt einer Botschaft nicht falsch verstanden wird. Denn der Empfänger der Nachricht entscheidet, wie er sie aufnimmt (S. 27).



Die Übermittlung von Nachrichten über digitale Medien wie E-Mail oder Intranet stellt in der heutigen Zeit die Normalität dar. Als Vorteil dieser Kommunikationsverbreitung wird von vielen die einfache Erreichbarkeit der Mitarbeitenden gesehen. Dabei stellt die Flut von anderweitigen Mails für die nachhaltige Kommunikation eine grosse Herausforderung dar. Um dem entgegenzuwirken bedarf es eines optisch auffälligen Auftritts.

Die Autorinnen erachten es als problematisch, dass einige Unternehmen den Zugang zu einzelnen Rubriken der EKAS-Box beschränken. Dies kommt einer Bevormundung der Mitarbeitenden gleich und es besteht keine Mitsprache bei der Entscheidung (Partizipation). Es besteht die Vermutung, dass die Spalte „Für Führungskräfte“ für Mitarbeitende mehrheitlich gesperrt ist, damit keine Vergleichsmöglichkeit mit den Handlungen ihrer eigenen Führungskräfte entsteht. Weiter kann aufgrund der zensierten Rubriken, vor allem der „weichen Faktoren“, abgeleitet werden, dass der Fokus auf Ergonomie und Sicherheit liegt und auf das psychosoziale Wohlbefinden der Beschäftigten weitaus weniger Wert gelegt wird als auf physische Determinanten.

### 8.2.3. Wirkung der Prävention

Ein Diskussionspunkt in den befragten Unternehmen war, dass der Nutzen von präventiven Massnahmen schwer errechenbar ist, weil die Kosten der Investition und die Ergebnisse nicht in linearem Kausalzusammenhang stehen. Erwähnt wurde, dass die indirekten Kosten für die Geschäftsleitung zu wenig konkret

seien. Töppich und Linden (2011) untermauern diese Aussagen auf der theoretischen Ebene indem sie ausführen, dass wenige Verfahren zur Bemessung der Wirkung bestehen (S. 474). Zudem meint Hafén (2007, S. 158) dass es schwierig sei, Geldgebende für Prävention zu finden, wenn die Wirkung nicht konkret belegt werden kann. Abschliessend hält Hafén (2013, S. 260) fest, dass die Prävention von politischen Entscheidungen abhängig ist und eine gesetzliche Grundlage dafür sorgen soll, dass Präventionsmassnahmen nicht zum Spielball von politischen und wirtschaftlichen Überlegungen verkommen.

Eine direkte Wirkung der Implementierung der EKAS-Box wurde nur insofern festgestellt, als die Mitarbeitenden wieder für die Themen Ergonomie und Arbeitssicherheit sensibilisiert wurden. Ein Unternehmen hatte zudem bei der Planung von neuen Büroräumlichkeiten die Empfehlungen der EKAS-Box umgesetzt. Die Mitarbeitenden mit Vorwissen und Interesse am Thema Gesundheit wurden in ihrem Verhalten bestätigt. Damit erzielte die EKAS-Box eine indirekte Wirkung. Abschliessend meinte ein Interviewpartner „Es wäre ja super, wenn alles was darin steht umgesetzt würde!“

Wie weiter festgestellt wurde, besteht bei den Angeboten von präventiven Massnahmen eine Unterscheidung von freiwilliger und zwingender Teilnahme. Die zwingende Teilnahme an gesundheitsförderlichen Massnahmen ist vorwiegend im Bereich von Arbeitsschutz/Arbeitssicherheit zu finden (z.B. Feuerschutzübungen). In diesem Bereich macht die zwingende Teilnahme durchaus Sinn. „Bike-to-work“ als Beispiel freiwilliger Teilnahme, wird laut Aussagen einzelner Interviewter sehr individuell genutzt und zwar hauptsächlich von denjenigen, die sich im Privatbereich schon sportlich betätigen. Die Wirksamkeit solcher Aktionen lässt sich nur schwer evaluieren. Gut gemeinte Präventionskampagnen wie die EKAS-Box und Bike-to-work erfordern von den Unternehmen wenig Aufwand und erweisen sich als kostengünstig. Gesundheitsförderung sollte nach Kerkau (1997) im Unternehmen als Win-win-Strategie verankert werden, von deren Umsetzung alle Beteiligten profitieren sollen (S. 76). Ungewiss ist, ob diese beiden Massnahmen wirklich eine Win-win-Situation darstellen. Aus Sicht der Unternehmen sind sie einfach, schnell und ohne grossen strategischen Aufwand umsetzbar. Im Sinn eines betrieblichen Gesundheitsmanagements zeigen sie jedoch wenig Innovation und Nachhaltigkeit (vgl. Kapitel 4.1.).

Zusammenfassend betrachten die Autorinnen die eingesetzten Präventionsinstrumente nicht als völlig wirkungslos. Sie sind jedoch der Ansicht, dass es persönliches Interesse, Kognition und die nötigen Ressourcen der Unternehmen und ihrer Mitarbeitenden braucht, um erfolgreiche Gesundheitsförderung zu betreiben. Die EKAS-Box ist mehrheitlich akzeptiert, wird jedoch zu wenig genutzt. Die Einführung erfolgte nicht im Rahmen eines Konzepts im Sinne des BGM. Entscheidend ist ebenfalls die Art und Weise der Kommunikation von Präventionsmassnahmen. Die mangelnde Partizipationsmöglichkeit der Mitarbeitenden bei Entscheiden zu Präventionsmassnahmen ist als negativ zu bewerten.

### **8.3. Gesundheit und Unternehmen**

#### 8.3.1. Geschichtliche Entwicklung der Gesundheitsförderung

Wie aus den Interviews hervorging, ist die Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung ein langwieriger und komplexer Prozess. Diese Aussage könnte als ein möglicher Grund zur nur zögerlichen Einführung von Gesundheitsförderung gesehen werden. Wenn man die geschichtliche und speziell die schweizerische Entwicklung von Gesundheitsförderung anschaut, wundert der harzige Weg zur Umsetzung nicht sonderlich.

Seit 1964 besteht ein Gesetzesbeschluss für die Arbeitssicherheit, ein Entwurf für ein Gesundheitsförderungsgesetz wurde hingegen im Jahre 2012 vom Parlament abgeschrieben. Diese Tatsache wurde von keinem Unternehmen erwähnt und ebenso wenig wurde ein Gesundheitsförderungsgesetz als notwendig befunden. Die Autorinnen vermuten, dass die Massnahmen zum Arbeitsschutz als Gesundheitsförderung betrachtet werden.

Im Bereich der Arbeitssicherheit werden, wie im Kapitel 2 der Verordnung über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten (VUV) vom 19. Dezember 1983, SR 832.30 beschrieben, die Pflichten der Arbeitgebenden in Bezug auf die Einhaltung von Massnahmen genau geregelt. Anzunehmen ist, dass mit dem in den Interviews genannten Grund für Gesundheitsförderung, nämlich die gesetzlichen Grundlagen, die gesetzlich gestützte Arbeitssicherheit aus dem VUV gemeint ist. In Art. 2 der Verordnung 3 zum Arbeitsgesetz (ArGV 3) vom 18. März 1993, SR 822.113 ist die Gewährleistung der physischen und psychischen Gesundheit von Mitarbeitenden umschrieben. Aufgrund der klar geregelten gesetzlichen Arbeitssicherheitsbestimmungen und der Kontrolle durch die SUVA

ist dieses Thema bei den beteiligten Unternehmen klarer und präsenter vorhanden als der Bereich der Gesundheitsförderung, welcher schwerer regel- und kontrollierbar ist. Zudem zählten die beteiligten Unternehmen bei der Frage nach der Motivation, Gesundheitsförderung umzusetzen, mehrheitlich Interessen im Bereich Arbeitssicherheit/Arbeitsschutz auf. Die Autorinnen finden es bedenklich, dass die gesetzliche Grundlage als Motivation genannt wird und nicht primär der Mensch und seine Gesundheit im Vordergrund stehen. Mit dieser Haltung ist Gesundheitsförderung nicht ganzheitlich als Strategie im Unternehmen integriert. Nebst den bereits erwähnten unbefriedigenden normativen Rahmenbedingungen wie fehlendes Präventionsgesetz und fehlende verbindliche Gesetzesgrundlagen wäre es Aufgabe der Politik, auch strukturelle und finanzielle Mittel zur Verfügung zu stellen.

### 8.3.2. Betriebliche Sozialarbeit und betriebliche Gesundheitsförderung

Die WHO definiert nach Schmidt und Kolip (2007, S. 9) Gesundheit als „Potenzial für vollständiges körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden und nicht nur als frei sein von Krankheit und Gebrechen“ (siehe Kapitel 4.2.1.). Die Autorinnen empfanden während den Interviews vor Ort bei der Frage „Warum betreiben Sie Gesundheitsförderung?“, dass die psychischen Komponenten der Arbeitnehmenden mehrheitlich ausgeblendet werden und lediglich somatische Aspekte als relevant für die Bestimmung des persönlichen Wohlbefindens betrachtet werden. Die Interviewten nahmen vorwiegend Bezug auf arbeitsschutztechnische Faktoren. Dazu ergaben sich widersprüchliche Aussagen innerhalb der Antworten zu den psychischen Aspekten am Arbeitsplatz, je nachdem ob diese als von privater oder von öffentlicher Relevanz empfunden werden. Diese Ergebnisse stehen somit nicht ganz im Einklang mit den in der Ottawa-Charta der WHO (1986) festgehaltenen Zielen von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden. Information und Beratung zur psychischen Befindlichkeit von Arbeitnehmenden sind klassische Arbeitsfelder der betrieblichen Sozialarbeit, welche nur in einem der beteiligten Unternehmen vorhanden ist. In allen an der Studie beteiligten Unternehmen wäre Potenzial für eine betriebliche Sozialarbeit vorhanden und mit den von Laubscher (2006) beschriebenen Beratungsfeldern (vgl. Kapitel 4.3.2.) könnte das Wohlbefinden der Mitarbeitenden zusätzlich unterstützt werden. Die Auseinandersetzung mit Integritätsthemen stellt für viele Menschen eine Überforderung dar und der Umgang damit bleibt unklar. Ein Unternehmen rechtfertigte

seine Zensurierung der EKAS-Box-Rubrik „Selbstmanagement“ damit, dass deren Inhalt die Mitarbeitenden überfordern würde. Die Autorinnen schätzen, dass dieses Vorgehen als Überforderung im psychischen Kontext seitens der Verantwortlichen anzusehen ist. Beispielsweise stellte eine befragte Person klar, dass in ihrem Unternehmen das Thema Mobbing nicht existiert.

Es könnte hilfreich sein, die betriebliche Sozialarbeit im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements einzuführen. Nach Badura und Hehlmann (2003, S. 19) hat BGM zum Ziel, betriebliche Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse für Gesundheitsförderung zu entwickeln und nach Hafén (2007, S. 222) in die Unternehmensstrategie zu integrieren (vgl. Kapitel 4.1.). Die Frage stellt sich, warum einige der befragten Unternehmen wohl Gesundheitsförderung betreiben, diese aber nicht in einem Konzept wie dem BGM eingebettet haben. Eine mögliche Antwort darauf könnte sein, dass die Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements einen sehr komplexen Vorgang (vgl. Abb. 11) darstellt, der für die Unternehmen einen zu grossen Aufwand bedeuten könnte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Entwicklung der Gesundheitsförderung harzig voranging, ersichtlich an der momentan unbefriedigenden Gesetzeslage der Prävention im Gegensatz zur Arbeitssicherheit/Arbeitsschutz. Da die Gesundheitsförderung auf Bundesebene zu wenig Lobbying betreibt, wendet sich die Politik anderen Prioritäten zu (vgl. Abb. 6). Die meisten Unternehmen befürworten in irgendeiner Form Gesundheitsförderung und haben sie in ihrem Betrieb auf verschiedene Art und Weise mehr oder weniger umgesetzt. Physische Aspekte werden nach wie vor prioritär behandelt und die psychischen Faktoren vernachlässigt. Somit bestünde für die Soziale Arbeit ein wieder zu erschliessendes Arbeitsfeld in Unternehmen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

#### **8.4. Akteure der betriebliche Gesundheitsförderung**

Die EKAS als Akteurin mit bundesgesetzlichem Auftrag hat die EKAS-Box im Jahre 2012 entwickelt und 2013 mit zwei Rubriken erweitert. Die EKAS hat bisher keine eigene repräsentative Evaluation über die EKAS-Box durchgeführt. Einige der befragten Personen kannten die EKAS und deren Aufgabengebiet nicht. Dies deutet daraufhin, dass die EKAS in der Öffentlichkeit zu wenig bekannt ist.

#### 8.4.1. Das Unternehmen und seine Führung

Die Ergebnisse zeigen, dass die Imagefrage den Unternehmen wichtig ist. Kerkau (1997) bestätige diese Aussage und fügt hinzu, dass die Interessen der Unternehmen vorrangig von betriebswirtschaftlichen Zielen geleitet sind (S. 68f.). Unter anderem ist die Kostenfrage für die Akzeptanz eines Präventionsinstruments von zentraler Bedeutung. Peter Richter et al. (2011) fordern gesundheitsfördernde Interventionen in Unternehmen mit ökonomischen Faktoren zu erklären, da für die Unternehmen die Kosten-Nutzen-Frage immer im Zentrum steht (S. 54f.). Die Unternehmen möchten laut Aussagen zudem über leistungs- und produktionsfähige Mitarbeitende verfügen. Kerkau (1997) bekräftigt dies in dem sie ausführt, dass Mitarbeitende zufrieden zu stellen sind sowie das Betriebsklima zu fördern ist, damit die Leistungsfähigkeit erhöht werden kann (S. 69).

Wie die Stresstudie in Kapitel 1.1. belegt, können immense Kosten als Folge von Krankheits- und Produktionsausfällen entstehen. Die Meinung einer interviewten Person war, dass Unternehmen voraus denken müssen um Krankheitsfälle zu verhindern, Krankenkassen zu entlasten und schlussendlich das Sozialsystem nicht noch mehr zu strapazieren. Gesundheitsförderung in Unternehmen wird auch von den im Kapitel 5.4. erwähnten Akteuren des Sozialsystems unterstützt, unter anderem aus finanziellem Eigeninteresse.

Gesundheitsförderung als globale Sache anzusehen war eine zentrale Aussage eines Unternehmens mit weltweitem Tätigkeitsfeld. Die Bemühungen dazu beginnen vorerst im kleinen Rahmen mit der Implementierung der EKAS-Box, welche unterschiedliche Akzeptanz bei den zuständigen Geschäftsleitungen genießt. Aus den Ergebnissen war herauszuhören, dass die allgemeine Haltung der Führungskräfte zur EKAS-Box positiv ist. Da keine direkte Befragung der Führungskräfte möglich war, sind Angaben zur Akzeptanz der EKAS-Box nur auf indirektem Weg erfragt worden und sehr allgemein gehalten. Zudem betonen weitere indirekte Aussagen, dass die Geschäftsleitung nur Standardvorschriften einhalten würde und diese sind gemäss Gesetzeslage relativ undefiniert (vgl. Kapitel 4.2.4.). So kommt der Verdacht auf, dass faktisch lieber nichts getan wird. Franke, Vincent und Felfe (2011) erläutern, dass die persönliche Ansicht von Führungskräften zur Prävention eine grosse Rolle im Hinblick auf die Wirkung von Massnahmen spielt, da sie über eine Vorbildfunktion verfügen (S. 371f.).

Die zeitliche Beanspruchung von Vorgesetzten für die Betriebsführung führt dazu,

dass gesundheitsförderliche Massnahmen nicht prioritär behandelt werden. Investitionen für nicht konkret evaluierbare Präventionsprojekte zu tätigen bedingt eine optimistische Haltung von Führungskräften sowie ein Interesse an Gesundheit allgemein und am Wohl der Mitarbeitenden.

#### 8.4.2. Die Mitarbeitenden in den Unternehmen

Nach Wunderer und Kuhn (1992) hat das Gesundheitsbewusstsein bei den Mitarbeitenden deutlich zugenommen und die Erwartungen an den Arbeitgeber sind diesbezüglich stetig gestiegen (zit. in Kerkau, 1997, S. 70). Das bestätigen auch die empirischen Ergebnisse, denn die befragten Mitarbeitenden sehen Präventionsmassnahmen mehrheitlich als sinnvoll an und erwarten vom Arbeitgeber gesundheitsfördernde Unterstützung am Arbeitsplatz. Zur Verbesserung der Arbeitsatmosphäre wird laut einer interviewten Person der Einsatz von gesundheitsfördernden Massnahmen gesehen. Bekanntlich fördert gute Arbeitsatmosphäre den Teamgeist, dieser trägt zum individuellen Wohlbefinden bei, was wiederum zu erhöhter Arbeitsleistung führt, wodurch die Interessen des Unternehmens befriedigt werden. Durch den „top-down-Ansatz“ in den beteiligten Unternehmen werden jedoch die spezifischen Ansprüche, welche Mitarbeitende an die betriebliche Gesundheitsförderung haben, sehr beschränkt oder teils gar nicht wahrgenommen. Diese Zusammenhänge haben ebenfalls Auswirkungen auf die Kunden der Unternehmen, obwohl diese nach Kerkau (1997, S. 71f.) kein direktes Interesse an der Gesundheit der Mitarbeitenden haben (vgl. Kapitel 5.3.). Eine von den Autorinnen befragte Person hat nach dem Interview zusätzlich zwölf weitere Abklärungen zur EKAS-Box unter ihren Mitarbeitenden getätigt. Von diesen Personen kannte niemand die EKAS-Box, was eine ernüchternde Bilanz darstellt.

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass für die Unternehmen immer die Kosten-Nutzen-Frage zur Umsetzung von präventiven Massnahmen im Vordergrund steht. Zudem trägt die Vorbildfunktion der Führung zur Akzeptanz und dadurch zur besseren Wirksamkeit von Massnahmen bei. Auf der Ebene der Mitarbeitenden herrscht ein besseres Gesundheitsbewusstsein und sie stellen deshalb höhere Anforderungen an ihre Arbeitgebenden. Nach Ansicht der Autorinnen hat die EKAS-Box bei sorgfältiger Einführung gute Chancen akzeptiert zu werden, da sie als Onlinetool fungiert, gut verständlich aufgebaut ist und keine grösseren organisatorischen Massnahmen benötigt.



## 9. Schlussfolgerungen

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht die Befragung von fünf verschiedenen Unternehmen zu ihrer Motivation, Massnahmen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz umzusetzen. Als theoretische Grundlage für diese Arbeit wurden verschiedene Theoriebezüge erstellt, die mit der betrieblichen Gesundheitsförderung in Zusammenhang stehen. Die Ergebnisse aus den Leitfadeninterviews wurden mit der theoretischen Grundlage verknüpft und diskutiert. Im nachfolgenden Kapitel werden die erarbeiteten Erkenntnisse nochmals zusammenfassend aufgeführt. Dazu werden die in der Einleitung formulierten Fragestellungen (vgl. Kapitel 1.2.) beigezogen und zu beantworten versucht. Eine Ableitung für die Soziale Arbeit und der Ausblick auf weitere Forschungsansätze in der betrieblichen Gesundheitsförderung, speziell auf die EKAS-Box bezogen, bilden zusammen mit der Reflexion der vorliegenden Arbeit den Abschluss.

### 9.1. Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen

Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie werden die Hauptfragen der Forschung wie folgt beantwortet.

<b>Was bringt die beteiligten Unternehmen dazu betriebliche Gesundheitsförderung einzurichten?</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------

Die Arbeit hat im Leben der meisten Menschen eine hohe Bedeutung und nimmt einen grossen zeitlichen Raum ein. Zudem ist sie eine ungeheure Ressource. Die Arbeitssituation hat, nebst anderen zusätzlichen Aspekten, einen gewichtigen Einfluss auf die Gesundheit. Um in der Arbeitswelt gesund zu bleiben bedarf es präventiver Interventionen, hat doch Prävention bekanntlich das Ziel, in der Zukunft liegende Probleme zu vermeiden. Um dies zu ermöglichen sind Unternehmen gefordert, im Betrieb Gesundheitsförderung umzusetzen. Unternehmen befürworten Gesundheitsförderung in irgendeiner Form und haben sie auf verschiedene Art und Weise mehr oder weniger umgesetzt. Sie haben eine soziale Verantwortung bezüglich Förderung und Erhaltung von gesunden und sicheren Arbeitsplätzen. Die Mitarbeitenden sind für Unternehmen ein wichtiges Gut und Gesundheit ist eine Voraussetzung damit sie motiviert, zufrieden und dadurch leistungsfähig sind. Seitens der Mitarbeitenden sind Eigeninitiative und Eigenverantwortung für das individuelle Wohlbefinden eine zusätzliche Voraussetzung für

eine umfassende betriebliche Gesundheitsförderung. Damit diese Voraussetzungen erfüllt werden können braucht es unter anderem entsprechende normative und strukturelle Rahmenbedingungen.

Unternehmen sind zusätzlich an Gewinn- und Produktivitätssteigerung interessiert und führen immer eine Kosten-Nutzen-Berechnung für ihre gesundheitsförderliche Strategie durch. Die Ausgaben für Erwerbsausfälle und Gesundheitskosten werden bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Massnahmen reduziert und stellen einen Gewinn für alle beteiligten Akteure sowie einen gesundheitspolitischen Beitrag an die Gesellschaft dar.

Einen zentralen Platz in der betrieblichen Gesundheitsförderung nehmen Führungskräfte in Unternehmen ein. Sie prägen mit ihrer Rolle und Vorbildfunktion sowie der Art und Weise ihrer Kommunikation die Umsetzung von Massnahmen entscheidend mit. Zudem ist persönliches Interesse, die Kognition und die nötigen Ressourcen aller beteiligten Personen erforderlich, um erfolgreiche Gesundheitsförderung betreiben zu können und eine Win-win-Strategie zu verfolgen. Heutige Unternehmen sind bestrebt, für Mitarbeitende und ihre Kunden als gesundheitsbewusste Arbeitgebende dazustehen.

Monetäre Anreize, Reputationsgründe sowie das Wohl der Mitarbeitenden sind die hauptsächlichen Motivationen, die Unternehmen dazu bringen, betriebliche Gesundheitsförderung einzurichten.

<p><b>Welchen Beitrag leistet die EKAS-Box den beteiligten Unternehmen als Gesundheitsförderungsinstrument?</b></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Die EKAS-Box ist ein Online-Präventionsinstrument und gibt mit unterhaltsamen Animationen praktische Tipps, wie sich mit wenig Aufwand Sicherheit und Gesundheit im Büro verbessern lassen. Mit den Themen „Ergonomisches Arbeiten“, „Unfallverhütung“, „Büroplanung“ und „Büroeinrichtung“ wurde die EKAS-Box 2012 erfolgreich lanciert. Im Herbst 2013 wurde sie um die Themen „Selbstmanagement“, „Arbeitsorganisation“ und „Gebäude/Unterhalt“ erweitert.

Die EKAS-Box ist ein nützliches und visuell gut dargestelltes Tool mit viel Informationsgehalt. Der Auftritt ermöglicht, in kompakter Weise wertvolle Hinweise für das Zielpublikum zur Verfügung zu stellen. Die verschiedenen Rubriken der EKAS-Box decken physische und psychische Bereiche ab die für eine betriebliche Gesundheitsförderung zentral sind. Die Hinweise der EKAS-Box sind leicht verständlich und speziell für den Bürobereich konzipiert. Die dargestellten Informationen bestätigen den bereits gesundheitsbewussten Mitarbeitenden ihr richtiges Verhalten, tragen zu einer weiteren Sensibilisierung bei oder generieren ein neues Bewusstsein dafür.

Der digitale Zugang zur EKAS-Box ermöglicht den Unternehmen, einer grossen Anzahl Personen ein Präventionsinstrument zur Verfügung zu stellen. Dieses Vorgehen ist kostengünstig und es vermeidet eine unnötige Papierflut, was ökologisch sinnvoll ist. Grössere strukturelle Anpassungen sind bei Online-Instrumenten ebenfalls nicht nötig, was den Unternehmen entgegenkommt.

Mitarbeitende können sich individuell und nach Bedarf gesundheits- und sicherheitsrelevante Informationen beschaffen. Bei allfälligen Missständen am Arbeitsplatz, wie Stolperfallen oder falscher Beleuchtung, kann die EKAS-Box Aufklärung bieten. Mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen kann einer Zunahme der eventuellen Missstände entgegengewirkt werden.

Die EKAS-Box leistet ihren Beitrag als zweckmässiges, visuell ansprechendes und effizientes Präventionsinstrument. Ausserdem hat der gelungene inhaltliche Auftritt der EKAS-Box die Unternehmen bewogen, das Instrument einzuführen.

<b>Welchen Beitrag kann die Soziale Arbeit zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmenden leisten?</b>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Die Autorinnen stellen fest, dass Arbeit die Gesundheit beeinflusst und die Gesundheit unter anderem von zahlreichen Einflussfaktoren des ganzen gesellschaftlichen Systems abhängig ist. Gesundheitliche Ungleichheit beruht auf sozialer Ungleichheit und die Beseitigung dieser Tatsache kann nur schwer erreicht werden. Die Soziale Arbeit soll versuchen, die krankmachenden Einflüsse zu mindern und die positiven Faktoren zu stärken, fördert sie doch gemäss ihrer

Definition nach IFSW/IASSW (2001) den sozialen Wandel sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, ihr Wohlbefinden zu heben. Zudem animiert sie die Menschen mit Hilfe zur Selbsthilfe dazu, die Schutzfaktoren zu stärken. Der salutogenetische Ansatz hat den gleichen Prozess im Blick: Gesundheit zu erhalten und zu fördern (vgl. Kapitel 2.3.).

Die Soziale Arbeit könnte, wie historisch bereits hergeleitet (vgl. Kapitel 4.3.1.), als Disziplin in der betrieblichen Gesundheitsförderung agieren und sie würde darin eine wichtige Position einnehmen. Für eine bessere Gewährleistung einer wirkungsvollen Gesundheitsförderung in Unternehmen ist die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements und darin enthaltener interner oder externer betrieblicher Sozialarbeit angezeigt. Aufgrund ihrer finanziellen Ressourcen haben Grossunternehmen gute Voraussetzungen, eine Sozialarbeit zu implementieren. Somit bestünde für die Soziale Arbeit ein wieder zu erschließendes Arbeitsfeld in Unternehmen im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements.

Nachfolgend sollen mögliche Methoden und Kompetenzen der Sozialen Arbeit aufgezeigt werden, welche sich mit den methodischen Ansätzen der Prävention decken. Laut Esther Weber (2012) stellt die Aktivierung von internen Ressourcen eine wichtige sozialarbeiterische Methode dar, um Kooperation herzustellen und die Veränderungsbereitschaft zu erhöhen. Dies wird mittels Wertschätzung und Bedürfnisorientierung erreicht (S. 31). Diese Vorgehensweise basiert auf dem salutogenetischen Ansatz nach Antonovsky, der die positiven Faktoren und die vorhandenen Potenziale einer Person ins Zentrum stellt. Weiter wird in der Sozialen Arbeit nach Jürgen Hargens (2004) mit dem Konzept der Kundigkeit gearbeitet welches davon ausgeht, dass die Klientel selbst Experte/Expertin ist im Wissen, wie sich ihre Probleme bewältigen lassen (zit. in Weber, 2012, S. 35). In der betrieblichen Gesundheitsförderung müsste demnach das Postulat „Hilfe zur Selbsthilfe“ ernst genommen und die Mitarbeitenden als Experten/Expertinnen für die eigene Gesundheit betrachtet werden. Die Soziale Arbeit versteht sich ebenso wie die Gesundheitsförderung für den Prozess der Selbstbestimmung und Stärkung der Gesundheit als zuständig. Mit Aufgabengebieten wie der psychosozialen Beratung und der gruppenbezogenen Interventionen kann betriebliche Sozialarbeit einen Beitrag zur Gesundheitsförderung in Betrieben leisten. Zudem

könnte sie bei Konfliktsituationen für mediative Aufgaben beigezogen werden um Führungspersonen zu entlasten. Die psychosozialen Rubriken der EKAS-Box würden der betrieblichen Sozialarbeit für ihre methodischen Interventionen ebenfalls Unterstützung bieten. Die EKAS-Box fungierte somit an der Schnittstelle von betrieblicher Gesundheitsförderung und Sozialer Arbeit und wäre ein nützliches Instrument für beide Bereiche.

Diese Ausführungen legen dar, dass die Soziale Arbeit mit ihren Methoden und ihrem verfügbaren Wissen einen Beitrag für die betriebliche Gesundheitsförderung und damit zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Arbeitnehmenden leisten kann.

### 9.2. Ausblick

Die Resultate der vorliegenden Forschungsarbeit haben den Autorinnen folgende Aspekte gezeigt, die zu einer Veränderung oder Weiterentwicklung führen würden:

- ✓ Die EKAS-Box könnte mit dem expliziten Fokus auf kommunikationspsychologische oder inhaltliche Faktoren evaluiert werden.
- ✓ Es könnten ausschliesslich Führungskräfte zur Spalte „Für Führungskräfte“ befragt werden.
- ✓ Für eine nächste Bachelor-Arbeit wäre die Rubrik "Selbstmanagement" der EKAS-Box bezüglich ihrer Anwendung und Umsetzung zu untersuchen.

Für die Umsetzung von betrieblichen Präventionsmassnahmen wäre wichtig, dass die Mitarbeitenden in den Prozess einbezogen werden und partizipieren können. Bezogen auf die EKAS-Box sollte eine Zugangsbeschränkung zu einzelnen Rubriken möglichst vermieden werden. Den Mitarbeitenden nur ein ansprechendes Tool zur Verfügung zu stellen, reicht für eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitsbewusstseins nicht aus. Nebst der digitalen Einführung müssten auf verschiedenen Kanälen weitere Aktionen wie beispielsweise Austauschmöglichkeiten, aktive Vorführungen, Kurse zu einzelnen Themen etc. durchgeführt werden. Aus lernpsychologischen Erkenntnissen ist bekannt, dass mehrmalige Inputs zur Generierung von neuem Wissen nötig sind. Zudem müsste eine aktive Betreuung und Prozessbegleitung der Mitarbeitenden durch eine verantwortliche Person gewährleistet sein, damit sie mit der Einführung und den dargestellten

Hinweisen der EKAS-Box nicht allein gelassen werden. Die EKAS-Box müsste auch systematisch in ein BGM integriert sein.

Die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) ist der Öffentlichkeit zu wenig bekannt und präsent. Die EKAS-Box mit dem fast identischen Namen ist dementsprechend ebenso wenig geläufig. Zugunsten von mehr Aufmerksamkeit für die EKAS-Box bräuchte es eine attraktive Namensänderung. Eine eigene Evaluation der EKAS-Box ist der EKAS vorzuschlagen.

### **9.3. Reflexion der vorliegenden Arbeit**

Mit der folgenden Reflexion soll ein kritischer Rückblick auf die vorliegende Arbeit geworfen werden.

Sie beinhaltet im Vergleich zu einer klassischen Forschungsarbeit einen grösseren Theorieteil. Die bestehende Forschungslücke über die EKAS-Box zu schliessen, erweist sich als schwierig, da einerseits der Stand vor dem Start des Tools (2012) nicht bekannt ist, andererseits die EKAS selber ihr Präventionsinstrument noch nicht evaluiert hat und deshalb den Autorinnen eine Vergleichsmöglichkeit fehlt.

Die Auftraggeberin advocacy erwartete mehr kommunikationstechnische Resultate zur EKAS-Box, welche nicht in den Kontext der Sozialen Arbeit fallen. Deshalb entstand das im Kapitel 6.6. beschriebene Spannungsfeld. Da die Autorinnen für die vorliegende Arbeit nicht nur kommunikationstheoretische Leitfadenfragen stellten, fielen die Ergebnisse über die EKAS-Box eher bescheiden aus.

Die Autorinnen konnten leider nicht auf jeder Hierarchiestufe Interviewpartner und -partnerinnen erreichen. Diese Tatsache führte dazu, dass für die Auswertung teilweise nur indirekte Aussagen zur Verfügung standen und diese die Resultate beeinflusst haben könnten. Für eine nächste Forschungsarbeit müsste die Beteiligung von Führungskräften gewährleistet werden.

Bei den Interviews wurden die befragten Personen jeweils bei den ersten beiden Leitfragen darauf aufmerksam gemacht, dass sie zwischen der Ebene Unternehmen und ihrer eigenen Einstellung unterscheiden sollen. Dieses Vorgehen erwies sich bei der Auswertung der Ergebnisse als komplex. Ausserdem hätten Begriffe

wie Akzeptanz und Wirkung vor Beginn der Interviews genauer hinterlegt werden sollen, um konkretere Aussagen dazu zu erhalten.

Zudem hätte bei der Durchführung der Leitfadeninterviews mit den Fragen über die betriebliche Gesundheitsförderung expliziter und konkreter nach gesundheitsförderlichen Massnahmen gefragt werden sollen um herauszufinden, ob die psychosozialen Komponenten der Mitarbeitenden dem Unternehmen ein Anliegen sind. Deswegen fielen die Antworten eher im Bereich Arbeitssicherheit und Arbeitsschutz aus.

Das vorbestimmte Sampling und die wenigen Zeitressourcen aller beteiligten Personen reichten nicht aus, um genügend Aussagen zu generieren, damit die Forschungsarbeit als repräsentativ angesehen werden kann.

Den Autorinnen ist bewusst, dass die häufig verwendete Literatur von Katja Kerkau aus dem Jahre 1997 als Quelle nicht aktuell ist. Für die Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung stellt sie jedoch eine fundierte Basis dar, welche an Aktualität nichts eingebüsst hat. Zudem sind aus Sicht der Autorinnen kaum zeitgemässe Publikationen zu dieser Thematik von vergleichbarer Komplexität in einem Buch vorhanden.

### 10. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Avenir Social (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [Broschüre]. Bern: Autor.
- Badura, Bernhard & Hehlmann, Thomas (Hrsg.). (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*. Berlin: Springer.
- Bamberg, Eva; Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (2011). Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement: Konzeptuelle Klärung. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. (S. 123 - 134). Göttingen: Hogrefe.
- Bamberg, Eva; Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (2011). Prozessmerkmale von Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. (S. 144 - 153). Göttingen: Hogrefe.
- Bauer, Joachim (2013). *Arbeit. Warum unser Glück von ihr abhängt und wie sie uns krank macht* (1. Aufl.). München: Blessing.
- Brandes, Sven & Stark, Wolfgang (2011). Empowerment / Befähigung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA].(Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 57 – 60). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2007). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz*. Bern: Autor.
- Bundesgesetz betreffend die Ergänzung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches (Fünfter Teil: Obligationenrecht) vom 30. März 1911 (SR 220).
- Bundesgesetz über die Arbeit in Industrie, Gewerbe und Handel vom 13. März 1964 (SR 822.11).
- Bundesgesetz über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (SR 832.10).
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft vom 18. April 1999 (SR 101).
- Bundesverordnung über die Verhütung von Berufsunfällen und Berufskrankheiten vom 19. Dezember 1983, (SR 832.30).
- Bundesverordnung zum Arbeitsgesetz 3 vom 18. August 1993 (SR 822.113).
- Cechura, Suitbert (2003). Empowerment und Gesundheitsförderung. In Bettina Schmidt & Petra Kolip (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit* (S. 203 – 214). Weinheim: Juventa.



- Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit [EKAS]. (2011). *EKAS Selbstporträt. Prävention von Berufsunfällen und Berufskrankheiten im Zentrum* [Broschüre]. Luzern: Autor.
- Franke, Alexa (2011) Salutogenetische Perspektive. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA].(Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 487 – 490). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Franke, Franziska; Vincent, Sylvie & Felfe, Jörg (2011). Gesundheitsbezogene Führung. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. (S. 371 - 391). Göttingen: Hogrefe.
- Franzkowiak, Peter (2011). Prävention und Krankheitsprävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA].(Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 437 – 447). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Frisch, Max (1991). *Tagebuch 1946-1949*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Hafen, Martin (2005). *Systemische Prävention. Grundlagen für eine Theorie präventiver Massnahmen*. (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (1. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2009). *Mythologie der Gesundheit. Zur Integration von Salutogenese und Pathogenese* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Hafen, Martin (2013). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.
- Homfeldt, Hans Günther & Steigleder, Sandra (2007). Gesundheitspotenziale fördern – Gestaltungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zwischen aktivierendem Sozialstaat und zivilgesellschaftlicher Entwicklung. In Bettina Schmidt & Petra Kolip (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit* (S. 155 – 165). Weinheim: Juventa.
- Homfeldt, Hans Güther & Sting, Stephan(2006). *Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung*. München: Ernst Reinhardt.
- Hurrelmann, Klaus & Franzkowiak, Peter (2011). Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 100 – 105). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kaba-Schönstein, Lotte (2011). Gesundheitsförderung I: Definition, Ziele, Prinzipien, Handlungsebenen und –strategien. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 137 - 144). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Kerkau, Katja (1997). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen*. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Kopp Viglino, Yolanda (2001, 15. Oktober). *Die betriebliche Gesundheitsförderung hat Zukunft. Grundlagen und Grundsätze*. Beitrag für die Tagung "Erfolgsfaktor Gesundheit" des nationalen Netzwerkes Liechtenstein-Schweiz der betrieblichen Gesundheitsförderung.
- International Federation of Social Workers [IFSW]. (2001). *Definition Sozialer Arbeit* [Broschüre]. Montreal: Autor.
- Laubscher, Raphael (2006). *Betriebliche Sozialarbeit. Unterstützung in sozialen Fragen*. Zürich: Spektramedia.
- Mayer, Horst Otto (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung* (6. Aufl.). München: Oldenbourg Verlag.
- Mayring, Philipp (1999). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Merchel, Joachim (2010). *Evaluation in der Sozialen Arbeit*. München: Ernst Reinhardt.
- Metzger, Marius (2012). *Sampling: Wie kommt man zur Stichprobe?* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern, Soziale Arbeit.
- Nöcker, Guido (2011). Gesundheitskommunikation und Kampagnen. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 291 – 297). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ramaciotti, Daniel & Perriard, Julien (2003). *Die Kosten des Stresses in der Schweiz*. (Bundesamt für Statistik). Neuchâtel: BFS.
- Rau, Renate (2011). Zur Wechselwirkung von Arbeit, Beanspruchung und Erholung. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. (S. 83 – 106). Göttingen: Hogrefe.
- Reinicke, Peter (2003). *Sozialarbeit als Aufgabe bei Gesundheit und Krankheit. Rückblick und Ausblick*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Richter, Matthias & Hurrelmann, Klaus (2011). Determinanten von Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 45 – 48). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Richter, Peter; Buruck, Gabriele; Nebel, Claudia & Wolf, Sandra (2011). Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch.* (S. 25 – 59). Göttingen: Hogrefe.
- Rigotti, Thomas & Mohr, Gisela (2011). Gesundheit und Krankheit in der neuen Arbeitswelt. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch.* (S. 61 - 82). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenbrock, Rolf & Hartung, Susanne (2011). Gesundheitsförderung und Betrieb. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 231 – 235). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Rosenbrock, Rolf & Hartung, Susanne (2011). Settingansatz/Lebensweltansatz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 497 – 500). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ruckstuhl, Brigitte (2011). Gesundheitsförderung in der Schweiz. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 219 – 222). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Schaukelberger, Daniel (2013). *Einführung Arbeitsintegration.* Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern Soziale Arbeit.
- Schmidt, Bettina & Kolip, Petra (Hrsg.). (2007). *Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit.* Weinheim: Juventa.
- Schulz von Thun, Friedemann (2011). *Miteinander reden: 1. Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation.* (49. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [SUVA]. (2013). *Geschäftsbericht 2012* [Broschüre]. Luzern: Autor.
- Seibt Annette C. (2011). Modell der überzeugenden Kommunikation. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 381 - 383). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Staatssekretariat für Wirtschaft [SECO]. (2011). *Kurzfassung der Stressstudie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit.* Bern: Autor.

- Steinmetz, Brigitte (2011). Gesundheitsförderung für Führungskräfte. In Eva Bamberg; Antje Ducki & Anna-Marie Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch.* (S. 537 - 557). Göttingen: Hogrefe.
- Stoll, Bettina (2001). *Betriebliche Sozialarbeit. Aufgaben, Bedeutung, praktische Umsetzung.* Regensburg: Walhalla-Fachverlag.
- Storni, Marco; Kaeser, Martine & Lieberherr, Renaud (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Übersicht.* Neuchâtel: Bundesamt für Statistik [BFS].
- Töppich, Jürgen & Linden, Susanne (2011). Evaluation. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 69 - 72). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Töppich, Jürgen & Linden, Susanne (2011). Qualitätssicherung, Qualitätsentwicklung, Qualitätsmanagement. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung [BZgA]. (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden* (S. 472 - 475). Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Ulich, Eberhard & Wülser, Marc (2012). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven* (5. Aufl.) Wiesbaden: Gabler.
- Walter, Uta (2003). Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren. In Bernhard Badura, & Thomas Hehlmann (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation* (S. 73 - 109). Berlin: Springer.
- Weber, Esther (2012). *Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit. Das Unterrichtskonzept der Beratungsmethodik an der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit* (3. Aufl.). Luzern: Interact.

### Elektronische Quellen:

Betriebliche Gesundheitsförderung (ohne Datum). *Homepage des Staatssekretariates für Wirtschaft* [SECO]. Gefunden am 21.03.2014 unter <http://www.SECO.admin.ch/themen/00385/01908/01927/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (30.09.2009). *Botschaft zum Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung (Präventionsgesetz, PräVG)*. Gefunden am 05.04.2014 unter <http://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2009/7071.pdf>

EKAS – Box (ohne Datum). *Homepage der EKAS-Box*. Gefunden am 17.01.2014 unter [http://www.ekas-box.ch/de/#/home/000\\_intro](http://www.ekas-box.ch/de/#/home/000_intro)

EKAS News (09.04.2014). *Homepage der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit* [EKAS]. Gefunden am 08.05.2014 unter <http://www.ekas.admin.ch/index-de.php?frameset=119>

EKAS Richtlinien (ohne Datum). *Homepage der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit* [EKAS]. Gefunden am 18.05.2014 unter <http://www.ekas.admin.ch/index-de.php?frameset=200>

National- und Ständerat - Herbstsession 2012. *Präventionsgesetz - Loi sur la prévention*. Gefunden am 29.05.2014 unter [http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4905/391380/d\\_s\\_4905\\_391380\\_391647.htm](http://www.parlament.ch/ab/frameset/d/s/4905/391380/d_s_4905_391380_391647.htm)

SECO (ohne Datum). *Homepage der SECO*. Gefunden am 15.05.2014 unter <http://www.SECO.admin.ch/index.html?lang=de>

Syna Aktuell (28.04.2014). Gefunden am 21.06.2014 unter <http://www.syna.ch/aktuell/newsmeldung/article/418/eine-milliar.html>

## **11. Anhang**

### **A Informationsschreiben an Organisationen**

#### **EKAS-Box evaluieren**

##### **Ausgangslage:**

Die Wirkung der EKAS-Box soll evaluiert werden. Die Studierenden werden im Rahmen ihrer Bachelor-Arbeit eine Evaluationsforschung zur EKAS-Box durchführen. Dabei sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Entspricht die EKAS-Box den Bedürfnissen von Organisationen im Dienstleistungssektor?
- Welche Akzeptanz erhält die EKAS-Box bei Führungsverantwortlichen und Mitarbeitenden?
- Welche Handlungen/Konsequenzen hat die Integration der EKAS-Box in einer Organisation ausgelöst (bspw. Diskussion, neues Einrichten des Arbeitsplatzes, Bestellung von Büromaterial, andere)?
- Welche Erfolgsfaktoren waren für ein Handeln entscheidend?

Die Evaluation findet im Rahmen der Bachelor-Arbeit statt, welche Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit beinhaltet. Mit der erfolgreichen Bachelor-Arbeit führen die Studierenden, den Nachweis, dass sie in der Lage sind, nach dem erfolgreichen Studium eine wissenschaftliche Arbeit unter Betreuung eines Dozenten selbstständig zu verfassen.

##### **Durchführung:**

Die oben aufgeführten Fragen sollen mittels Leitfadeninterviews von ca. 1 Stunde ermittelt werden. Mit Einwilligung der Interviewten werden die Gespräche zur weiteren Datenverarbeitung auf Band aufgenommen und anschliessend gelöscht.

##### **Beteiligte Personen**

Auftraggeberin: advocacy ag, Corinne Götschel, goetschel@advocacy.ch,  
Tel. 044 269 69 83

Projektteam: Barbara Rutishauser, barbara.rutishauser@stud.hslu.ch,  
Tel. 079 585 01 89  
Marina Schmid-Padovan, marina.schmid@stud.hslu.ch,  
Tel. 079 563 26 14

Begleitdozent: Prof. Dr. Marius Metzger, marius.metzger@hslu.ch,  
Tel. 041 367 48 03

##### **Urheberrechtliche Hinweise:**

Sämtliche Namen von beteiligten Unternehmen und deren Mitarbeitenden werden in anonymisierter Form verwendet. Rechtsinhaber einer Bachelor-Arbeit ist in der Regel die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Die Bachelor-Arbeit ist auf dem Internet öffentlich zugänglich.

Besten Dank für Ihre Unterstützung.

## B Leitfaden

### Leitfaden

---

Organisation: \_\_\_\_\_

zu interviewende Person: \_\_\_\_\_

Funktion: \_\_\_\_\_

Datum des Interviews: \_\_\_\_\_

Zu erwähnen Punkte:

- Vorstellung von uns und unserem Auftrag sowie Danksagung
- Darlegung der Ziele der Befragung
- Angaben über Unternehmen anfordern (Tätigkeitsfelder, Organigramm etc.)
- Abgrenzung zur EKAS und keine Kontrollfunktion
- Um eine Tonaufnahme ersuchen
- Auf die Anonymität der Befragung und der Auswertung verweisen
- Auf die Anonymität der gemachten Aussagen auch innerhalb des Unternehmens verweisen





Fragen für Advocacy:

1. Wann (und wie oft) hat eine Kommunikation der EKAS-Box bei Ihnen in der Organisation stattgefunden?

Datum: \_\_\_\_\_

2. Wie hat die Kommunikation der EKAS-Box bei Ihnen in der Organisation stattgefunden?

- via Intranet mit Linkverweis
- via Mail mit Linkverweis
- Broschüre verteilt
- Informationsveranstaltung organisiert
- Beitrag in Newsletter oder Mitarbeitermagazin
- Reminder aufgehängt (Plakat oder Sehtest)

anderes: \_\_\_\_\_

3. Welche anderen Präventionsinstrumente der EKAS wurden auch noch von Ihrem Unternehmen beigezogen?

- Broschüren (Unfall – Kein Zufall, Gefährdungsermittlung)
- 10 häufigste Fragen
- Publikationsliste
- Online-Lernmodule

anderes: \_\_\_\_\_

- 
4. Welche Rückmeldungen zur EKAS-Box haben Sie erhalten / haben Sie abgegeben?

---

Gab es speziell Rückmeldungen zu einzelnen Kapiteln?

---

5. Welche Akzeptanz hat die EKAS-Box bei Führungsverantwortlichen?

---

---

6. Welche bei Mitarbeitenden?

---

---

7. Wie hat eine allfällige Veränderung nach der Einführung der EKAS-Box für das Unternehmen ausgesehen? (Bsp.: strukturelle Veränderungen, Bestellung von Büromaterial, Einrichten des Arbeitsplatzes)

---

---

8. Was zeigt sich für einen persönlichen Nutzen der EKAS-Box für Sie? (Bsp.: Ergonomisches Arbeiten, Unfallverhütung, Stress,, gesundheitlich psychisch, physisch)

---

---

9. Haben Sie konkrete Vorschläge oder Wünsche an die EKAS-Box?

---

---

## C Eingabe des Auftrages

Lucerne University of  
Applied Sciences and Arts

**HOCHSCHULE  
LUZERN**

Soziale Arbeit

### Themenvorschlag für eine Bachelor-Arbeit

#### Auftraggeber/in

Firma/ Organisation	Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS		
Kontaktperson	Prof. Dr. Martin Hafen		
Adresse	HSLU, Werftstrasse 1	PLZ/Ort	6002 Luzern
Telefon	+41 41 367 48 81	Mobiltelefon	
E-Mail	martin.hafen@hslu.ch		

#### Ausgangslage

Wie stellt sich die aktuelle Situation dar?

Die EKAS-Box ([www.ekas-box.ch](http://www.ekas-box.ch)) ist ein Online-Präventionsinstrument der Eidgenössischen Koordinationskommission für Arbeitssicherheit EKAS. Sie gibt mit unterhaltsamen Animationen praktische Tipps, wie sich mit wenig Aufwand Sicherheit und Gesundheit im Büro verbessern lassen. Mit den Themen «Ergonomisches Arbeiten», «Unfallverhütung», «Büroeinrichtung» und «Büroplanung» wurde die EKAS-Box im 2012 erfolgreich lanciert. Im Herbst 2013 wurde sie um die Themen «Arbeitsorganisation» und «Selbstmanagement» sowie «Gebäude/Unterhalt» erweitert. Zahlreiche Organisationen (Unternehmen und öffentliche Verwaltungen) des Dienstleistungssektors setzen sie in der Prävention ein. Untersucht werden soll, wie sich die Integration der EKAS-Box in ausgewählten Organisationen auswirkt. Die EKAS kann Kontakte zu Unternehmen herstellen, in denen die EKAS-Box den Mitarbeitenden empfohlen

#### Fragestellung

Was sind die Hauptfragen?

Hauptfrage: Entspricht die EKAS-Box den Bedürfnissen von Organisationen im Dienstleistungssektor?

Präzisierende Fragen:

- Welche Akzeptanz erhält die EKAS-Box bei Führungsverantwortlichen und Mitarbeitenden?
- Welche Handlungen/Konsequenzen hat die Integration der EKAS-Box in einer Organisation ausgelöst (bspw. Diskussion, neues Einrichten des Arbeitsplatzes, Bestellung von Büromaterial, andere)?
- Welche Erfolgsfaktoren waren für ein Handeln entscheidend?

---

### Wichtige Ziele und Termine

Eckdaten, Meilensteine, erhoffte Fertigstellung bis, Endprodukt usw.

Die Ergebnisse sollen in die Weiterentwicklung der EKAS-Box fließen können.

Es ist kein Endtermin für die Ergebnisse vorgegeben.

---

### Informationsquellen

Einführende Internetquellen, Bücher, Artikel usw.

[www.ekas-box.ch](http://www.ekas-box.ch)

[www.praevention-im-buero.ch](http://www.praevention-im-buero.ch)

Informations- und Präventionsmittel der EKAS (<http://www.ekas.admin.ch/index-de.php?frameset=81&page=645>)

advocacy ag wurde von der EKAS beauftragt, die Forschungsarbeit zu begleiten und steht für ausführliche Informationen zur Verfügung (Kontaktperson Corinne Goetschel, Tel. 044 269 69 89, [goetschel@advocacy.ch](mailto:goetschel@advocacy.ch)).

---

### Vermutlicher Typ der Bachelor-Arbeit

- Forschungsarbeit  
 Fachliteraturarbeit

---

Ort, Datum

Unterschrift

Bemerkungen:

Bitte senden Sie den Themenvorschlag als pdf-Dokument an den Modulverantwortlichen Gregor Husl: [gregor.husl@hslu.ch](mailto:gregor.husl@hslu.ch)

## D Schlussbericht Auftraggeberin

# Schlussbericht zur EKAS-Box



© EKAS

Studentinnen Hochschule Luzern - Soziale Arbeit

Barbara Rutishauser  
Marina Schmid-Padovan

August 2014

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>109</b>
<b>2. Gründe zur Einführung der EKAS-Box</b>	<b>109</b>
2.1. Visuelle Gründe	109
2.2. Inhaltliche Gründe	110
<b>3. Kommunikation der EKAS-Box</b>	<b>110</b>
3.1. Zeitpunkt und Häufigkeit der Kommunikation der EKAS-Box	110
3.2. Reaktionen zur Kommunikation	112
<b>4. Akzeptanz der EKAS-Box</b>	<b>113</b>
<b>5. Wirkung nach Einführung der EKAS-Box</b>	<b>114</b>
<b>6. Wünsche an die EKAS-Box</b>	<b>114</b>
<b>7. Fazit</b>	<b>115</b>
<b>8. Ausblick</b>	<b>116</b>

## 1. Einleitung

Als Auftrag der Firma advocacy ag untersuchten zwei Studentinnen der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit im Monat April 2014 fünf Grossunternehmen im Bereich Unternehmen und öffentliche Verwaltungen zur Einführung und Wirkung der EKAS-Box. Fünfzehn Personen haben sich für ein Interview zur Verfügung gestellt. Die Resultate wurden im Rahmen der Bachelorarbeit **„Betriebliche Gesundheitsförderung – Ein Auftrag an Unternehmen!“** weiterverarbeitet und sind als Gesamtdokument auf dem Link der HSLU – <http://www.hslu.ch/sozialarbeit/s-dienstleistungen/s-mediothek/s-bachelorarbeiten.htm> einsehbar.

Ein herzlicher Dank gilt der Firma advocacy, insbesondere Frau Goetschel, die uns die Kontakte zu den beteiligten Unternehmen organisierte und hilfreiche Informationen lieferte. Ein solcher gilt auch den Interviewpartnern und Interviewpartnerinnen für ihre Bereitschaft und Zeit, die sie für unsere Arbeit aufbrachten.

Sämtliche Zitate wurden der transkribierten Verschriftlichung der fünfzehn Interviews entnommen und sind in fettgedruckter Schrift wörtlich wiedergegeben.

## 2. Gründe zur Einführung der EKAS-Box

### 2.1. Visuelle Gründe

Zusammenfassend zum grafischen Auftritt der EKAS-Box äussern sich die Unternehmen wie folgt:

- **„Vom Grafischen und der Animation her ist sie modern und ansprechend.“**
- **„Vom Design und Aufbau her ist sie gut gemacht.“**
- **„Optisch gefällt sie mir sehr, sie ist visuell sehr gelungen, sie ist gut, einfach und schnell verständlich.“**
- **„Sie ist wirklich sehr gut inszeniert.“**
- **„Sie ist visuell sehr kundenorientiert, freundlich anzuschauen, verständlich aufgebaut.“**
- **„Die Animation ist sehr lustig und amüsant.“**



Auch der Faktor Zeit spielt in den Betrieben eine wichtige Rolle: **„Die Sequenzen sind kurz und prägnant, man braucht nicht viel Zeit.“** Eine weitere Bemerkung bestätigt nochmals, dass **„einzelne Sequenzen einen guten zeitlichen Rahmen haben“**.

### 2.2. Inhaltliche Gründe

Die Gründe, welche zur Einführung der EKAS-Box genannt wurden, sind mehrheitlich von pragmatischer und praktischer Natur. Dies zeigen folgende Darlegungen von befragten Personen:

- **„Mit der EKAS-Box kann man alle Mitarbeitenden einfach, knackig, schnell und günstig erreichen.“**
- **„Die EKAS-Box kann effizient und ganzheitlich eingesetzt werden.“**
- **„Die EKAS-Box ist sehr praktisch, übersichtlich und klar.“**

Alle Unternehmen bestätigen, dass die EKAS-Box als Online-Tool im Bereich der Gesundheitsförderung zweckmässig und nützlich ist, um viele Mitarbeitende gleichzeitig in kurzer Zeit erreichen zu können. Papierversionen wären weniger attraktiv, wie dies ein Grossunternehmen verdeutlicht: **„Gerade für unsere Grösse ist es sinnvoll, viele Informationen vermitteln zu können (...), ohne dass ich jemandem dazu 20 Faltprospekte schicken muss.“**

Inhaltlich überzeugt die EKAS-Box, da sie viele Informationen gut verständlich, ohne Vorkenntnisse zu verlangen, visualisiert.

## 3. Kommunikation der EKAS-Box

### 3.1. Zeitpunkt und Häufigkeit der Kommunikation der EKAS-Box

	Datum der Erstkommunikation
<b>Unternehmen 1</b>	Herbst 2012
<b>Unternehmen 2</b>	Ende 2013
<b>Unternehmen 3</b>	Herbst 2013
<b>Unternehmen 4</b>	Ende 2012
<b>Unternehmen 5</b>	Ende 2012

Aber nicht in allen Betrieben ist die EKAS-Box vollumfänglich einsehbar. Ein Unternehmen erwähnt dazu: **„Wir haben uns im Moment für zwei Bereiche**

**entschieden, die wir gestaffelt gebracht haben. Der erste war ‚Unfälle am Arbeitsplatz‘, der zweite ‚Ergonomie‘.**“ Als Begründung für dieses Vorgehen nannte das Unternehmen: **„Und dann hat es halt viele Themen drin, auch soziale, bei denen der Mitarbeiter etwas hilflos ist.“** Gleichzeitig unterstrich dasselbe Unternehmen, dass es ihnen wichtig sei, dass **„der Mitarbeiter aktiv etwas machen müsse“**; oder noch anders ausgedrückt, **„dass der Mitarbeiter die Angebote selber umsetzen und beeinflussen könne“**. Die Möglichkeit, den Zugang und die Darstellung der EKAS-Box individuell gestalten zu können, bewertete das Unternehmen folgendermassen: **„Für uns war von Vorteil, dass wir das Tool für uns personalisieren konnten.“**

Ein anderes Unternehmen hat seinen Angestellten auf der Intranetseite nur den Bereich „Für alle“ zugänglich gemacht und meint dazu ohne Begründung den Interviewerinnen gegenüber: **„Dies haben wir absichtlich so gemacht.“**

In zwei befragten Unternehmen haben sämtliche Mitarbeitenden auf alle Informationen der EKAS-Box Zugriff und ein Betrieb äusserte sich nicht explizit dazu.

Tabellarische Zusammenfassung der genannten Zugangsberechtigungen:

	<b>Zugangsberechtigung für Mitarbeitenden</b>
<b>Unternehmen 1</b>	nur Spalte "für alle" einsehbar
<b>Unternehmen 2</b>	Link auf <a href="http://www.ekas-box.ch">www.ekas-box.ch</a>
<b>Unternehmen 3</b>	nur Rubriken "Unfallverhütung" und "Ergonomisches Arbeiten"
<b>Unternehmen 4</b>	kein Kommentar
<b>Unternehmen 5</b>	alle Rubriken einsehbar

In den beteiligten Unternehmen wurde die Information zur Einführung der EKAS-Box mehrheitlich per E-Mail kommuniziert. Im Intranet wurde gleichzeitig die EKAS-Box direkt oder per Linkverweis auf [www.ekas-box.ch](http://www.ekas-box.ch) aufgeschaltet. Ein Betrieb teilte die Einführung zusätzlich mittels eines Beitrages im firmeninternen Kunden- und/oder Mitarbeitermagazin mit.

Ausserdem nannten die beteiligten Unternehmen folgende weitere Präventionsinstrumente der EKAS:

	<b>andere aufgezählte Instrumente der EKAS</b>
<b>Unternehmen 1</b>	Broschüren und Publikationsliste
<b>Unternehmen 2</b>	keine Nennung
<b>Unternehmen 3</b>	Broschüre und EKAS-Fragebogen und Unterlagen SUVA
<b>Unternehmen 4</b>	Unterlagen der EKAS mit den Themen „praktische Tipps zur Installation des Arbeitsplatzes“ und 10 häufigsten Fragen zum Arbeitsplatz im Büro“. Auch die Broschüre der SUVA „10 Ratschläge für ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden an Arbeitsplätze mit EDV-Ausrüstung“.
<b>Unternehmen 5</b>	Broschüre und Online-Lernmodule für Gesundheitskoordinatoren

### **3.2. Reaktionen zur Kommunikation**

Einige Beispiele zeigen die Reaktionen der Kommunikation auf: **„Direkt auf die Veröffentlichung habe ich keine Rückmeldungen erhalten.“** Solche Aussagen erscheinen in den Ergebnissen mehrmals. Trotz des betriebenen Aufwandes um Rückmeldungen zu erhalten, konnte nicht mehr erreicht werden: **„Ich bin auf Leute zugegangen. Die wenigsten haben Feedbacks gegeben. Auch sonst habe ich keine Gespräche gehört.“** Eine interviewte Person sagte sogar: **„Ich weiss nicht mal, wann ich das Mail bezüglich der ersten Kommunikation bekommen habe.“** Klar aufgezeigt wurde, dass es mehrmalige Anläufe braucht, damit etwas Neues nachhaltig und wirksam wird. Zwei Unternehmen sagen dazu: **„Die brauchen viele Anläufe, damit es wirkt. Eine nur einmalige Kommunikation genügt nicht, auch keine zweimalige.“**

Ein weiterer Kommentar einer Mitarbeiterin lautet: **„Ich habe von der EKAS-Box nur von ferne etwas gehört; ich weiss nicht, wann diese eingeführt wurde.“** Eine weitere Rückmeldung lautet: **„Ich habe ehrlich gesagt erst jetzt zum ersten Mal von ihr etwas gehört.“** Eine zusätzliche Einschätzung beinhaltet die Aussage: **„Vermutlich habe ich die EKAS-Box wieder verdrängt und vergessen, weil diese ja schon vor längerer Zeit eingeführt worden ist.“**

#### 4. Akzeptanz der EKAS-Box

Nach der erfolgreichen Kommunikation zur EKAS-Box innerhalb der Unternehmen fielen direkt geäußerte Reaktionen der Mitarbeitenden gegenüber den von uns interviewten Personen relativ bescheiden aber eher positiv aus, wie folgende Kommentare bestätigen:

- **„Wir haben wirklich nur positive Rückmeldungen erhalten.“**
- **„Wir haben 5 Rückmeldungen erhalten, davon 3 positive.“**
- **„Es gab Rückmeldungen von Mitarbeitenden, die die EKAS-Box sehr gut gefunden haben.“**

Die Akzeptanz der EKAS-Box bei den Mitarbeitenden wird von den sicherheits- und gesundheitsbeauftragten Personen wie folgt beschrieben: **„Ohne meine Unterstützung würde die EKAS-Box sicher nicht umgesetzt oder wenn, dann nur sehr schwach.“** Diese Aussage wird anderweitig präzisiert: **„Es hat sehr viel mit der zuständigen Person zu tun und mit dem Wissen dieser Person zum Thema.“** Die Aussagen der interviewten Personen zur Akzeptanz der EKAS-Box bei den Mitarbeitenden sind eher hypothetischer Natur und vage, weil die befragten Mitarbeitenden sich manchmal unbestimmt äusserten und nicht alle im Betrieb befragt wurden: **„Die Mitarbeitenden finden es grundsätzlich gut.“** Etwas skeptischer tönt es hier: **„Ich denke dass sie bei den Mitarbeitern akzeptiert ist, ich weiss es aber nicht, ich würde sagen, 50 zu 50%.“** Auch nicht ganz so optimistisch lautet diese Rückmeldung: **„Ich kann mir gut vorstellen, dass gewisse Mitarbeitende dies schnell angeschaut haben und das war’s.“**

Eine erste konkrete positive Meinungen war: **„Ich finde es gut, dass hier mal ein Effort gemacht wurde.“** Eine weitere Aussage bestätigt: **„Ich habe es für eine gute Sache befunden.“**

Die kritischeren Haltungen beinhalten oft eine zeitliche Begründung und auch Desinteresse am Thema. Die zeitliche Komponente zeigt folgende Aussage: **„Ich selber als Mitarbeiter finde es gut, man müsste sich einfach die Zeit dazu nehmen.“** Desinteresse tönt aus folgender Rückmeldung: **„Ich wäre da einfach darüber gestolpert, da es mich nicht so interessiert, weil ich die EKAS-Box nicht genau kenne.“**

### 5. Wirkung nach Einführung der EKAS-Box

Zwei der befragten Unternehmen haben aufgrund der EKAS-Box neues Mobiliar angeschafft. Eine häufig durchgeführte Massnahme war die richtige Einstellung des vorhandenen Arbeitsplatzes durch Fachpersonen der Ergonomie. Zusätzlich wurde in einem Betrieb zugunsten der Arbeitssicherheit die Verlegung von Kabeln in allen Büroräumlichkeiten umgesetzt. Ein Unternehmen packte die Chance und setzte die EKAS-Box bereits bei der Planungsphase für die optimale Einrichtung der neu zu beziehenden Büroräumlichkeiten ein. Nebst diesen konkreten Massnahmen hat sich gezeigt, dass die Lancierung bei allen beteiligten Personen zu einer Sensibilisierung und Bestätigung für das richtige Verhalten bezüglich Gesundheitsförderung geführt hat. Es wurde sogar ein Augenmerk auf die Strukturen der Organisation geworfen wie diese Aussage verdeutlicht: **„Es ist interessant, ich habe mehr auf die Aspekte der Arbeitsorganisation geschaut d.h. darauf, dass es nicht nur auf die richtige Einstellung des Tisches ankommt, sondern auch die Organisation eine Rolle spielt.“** Durch die Einführung der EKAS-Box fand innerhalb der diversen Abteilungen der Unternehmen eine bessere Kommunikation und Vernetzung statt. Ein abschliessender Satz veranschaulicht das Wunschdenken: **„Es wäre ja super, wenn alles was darin steht umgesetzt würde!“**

In Bezug auf die Wirkung der EKAS-Box sieht ein erstes Fazit der befragten Unternehmen wie folgt aus: **„Die Akzeptanz von allen bringen sie nicht hin und sie ist zurzeit noch nicht wirklich gegeben.“** Eine weitere Beurteilung lautet: **„Eine Riesenwelle hat die Sache sicher nicht geworfen“** und ob die Wirkung von präventiven Massnahmen zur Gesundheitsförderung überhaupt monetär belegt werden können ist schwierig, wie folgende Aussage verdeutlicht: **„Es ist relativ schwierig, Präventivmassnahmen in Zahlen benennen zu können.“**

### 6. Wünsche an die EKAS-Box

Es bestehen Verbesserungsvorschläge oder Wünsche zur möglichen Erweiterung der EKAS-Box, welche zusammengefasst und paraphrasiert aufgeführt werden:

- Weitere Themenideen: Ernährung, Lockerungsübungen im Büro und Zwischenverpflegung beim Arbeiten, psychischen Bereich ausführlicher, privaten Bereich einbeziehen

- Fragenkatalog oder virtuelle Checkliste
- Bild mit einem positiven und einem negativen Beispiel
- Namensänderung erwünscht: poppig, knackig und mit einem guten „Entry-Point“
- Mehr generische und saisonal abgestimmte Tools
- SECO und EKAS müssten gemeinsame Module finanzieren und lancieren
- Link auf rechtliche Grundlagen
- Audio und evtl. spielerische Videosequenzen einbauen
- bessere Struktur und schnellere Reaktion der Klicks

## 7. Fazit

Die EKAS-Box ist ein Online-Präventionsinstrument und gibt mit unterhaltsamen Animationen praktische Tipps, wie sich mit wenig Aufwand Sicherheit und Gesundheit im Büro verbessern lassen. Mit den Themen „Ergonomisches Arbeiten“, „Unfallverhütung“, „Büroplanung“ und „Büroeinrichtung“ wurde die EKAS-Box 2012 erfolgreich lanciert. Im Herbst 2013 wurde sie um die Themen „Selbstmanagement“, „Arbeitsorganisation“ und „Gebäude/Unterhalt“ erweitert.

Im Grossen und Ganzen wird die EKAS-Box sehr positiv bewertet. Eine entsprechende Bemerkung zeigt dies: **„Die EKAS-Box an sich ist für mich so ein abgeschlossenes gutes Paket.“**

Die EKAS-Box wurde als zweckmässiges, nützliches und effizientes Präventionsinstrument eingeführt. Der digitale Zugang der EKAS-Box ermöglicht es, den Unternehmen ein Präventionsinstrument einer grossen Anzahl Personen zur Verfügung zu stellen und keine Papierflut zu veranstalten.

Der inhaltliche Auftritt der EKAS-Box hat alle Unternehmen überzeugt, und es wurde als visuell gut dargestelltes Tool mit viel Informationsgehalt empfunden. Der Auftritt ermöglicht es, in kompakter Weise, für das Zielpublikum wertvolle Hinweise zur Verfügung stellen zu können. Die verschiedenen Rubriken der EKAS-Box decken physische und psychische Bereiche ab die für eine betriebliche Gesundheitsförderung zentral sind. Die Hinweise der EKAS-Box sind leicht verständlich und speziell auf den Bürobereich konzipiert. Die dargestellten Informationen bestätigen für die Mitarbeitenden das gesundheitsbewusste Verhalten und tragen zu einer weiteren Sensibilisierung bei oder generieren neues Bewusstsein darüber.

## **8. Ausblick**

Mit den erhaltenen Resultaten haben sich für die Autorinnen folgende Aspekte gezeigt, die zu einer Weiterentwicklung führen könnten:

- ✓ Die EKAS-Box könnte explizit mit dem Fokus auf kommunikationspsychologische oder den inhaltlichen Faktoren evaluiert werden.
- ✓ Es könnten ausschliesslich Führungskräfte zur Spalte der EKAS-Box „für Führungskräfte“ befragt werden.
- ✓ Die Rubrik Selbstmanagement der EKAS-Box ist auf ihre Anwendung und Umsetzung zu untersuchen.

Bezogen auf die EKAS-Box sollte eine Zugangsbeschränkung zu einzelnen Rubriken möglichst vermieden werden. Ein nur ansprechendes Tool den Mitarbeitenden zur Verfügung zu stellen, reicht für eine nachhaltige Veränderung des Gesundheitsbewusstseins nicht aus. Nebst der digitalen Einführung müssten auf verschiedenen Kanälen weitere Aktionen wie beispielsweise Austauschmöglichkeiten, aktive Vorführungen, Kurse zu einzelnen Themen etc. durchgeführt werden. Zudem müsste von einer verantwortlichen Person eine aktive Betreuung und Prozessbegleitung der Mitarbeitenden gewährleistet sein, damit sie mit der Einführung und den dargestellten Hinweisen der EKAS-Box nicht alleingelassen werden. Die EKAS-Box müsste in einem betrieblichen Gesundheitsmanagement systematisch integriert sein.

Die Eidgenössische Koordinationskommission für Arbeitssicherheit (EKAS) ist der Öffentlichkeit zu wenig bekannt und präsent. Die EKAS-Box mit dem fast identischen Namen ist dementsprechend ebenso wenig geläufig. Eine allfällige Namensänderung der EKAS-Box wäre für mehr Aufmerksamkeit nötig. Dazu bräuchte es eine prägnante Namensgebung. Eine eigene Evaluation der EKAS-Box ist der EKAS vorzuschlagen.